

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 25, № 3 (98) '2019
DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3

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

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

Редакційна рада

К. В. Аймедов (Україна), Х. Бергер (Німеччина), В. С. Бітенський (Україна), П. В. Волошин (Україна), Н. О. Дзеружинська (Україна), С. К. Євтушенко (Україна), Б. Б. Івнєв (Україна), З. Каспер (Австрія), О. Г. Князевич (Україна), Г. М. Кожина (Україна), І. В. Лінський (Україна), М. В. Маркова (Україна), Н. О. Марута (Україна), І. І. Марценковська (Україна), Р. О. Моїсеєнко (Україна), О. К. Напреєнко (Україна), М. М. Пустовойт (Україна), Н. Г. Пшук (Україна), Р. Ван Ворен (Нідерланди), І. К. Сосін (Україна), Н. Скокаускас (Норвегія), О. Ю. Табачніков (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.jar.org.ua

Затверджено до друку Вченою радою ДУ «НДІП МОЗ України» (протокол засідання № 8 від 18.09.2019).

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 поділяючи 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. 3 (98) '2019
DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3

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 board

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), G. Ya. Pyliagina (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 council

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), H. 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), M. M. Pustovoit (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 theses are allowed to be published (The Resolution of the Ministry of Education and Science of Ukraine 09.03.2016 №241).
The Journal is presented in international database Google Scholar.

Address of editorial office

Ukraine, 04080, Kyiv, Kyrylivska str., 103
Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine
tel. (044) 503-87-80
e-mail: jap.ukraine@gmail.com
web-site of the journal: www.jap.org.ua

Approved for publication by the Academic Council of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine (protocol № 8 dated 18.09.2019).

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

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, С. О. Український, О. В. Скринник, О. С. Серікова</i> ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗМІШАНИМ ЕПІЗОДОМ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ	124
<i>М. О. Овчаренко, П. В. Будьонний</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ	130
<i>Р. І. Ісаков</i> ОСОБЛИВОСТІ СПІВВІДНОШЕННЯ ВИРАЖЕНОСТІ ПРОЯВІВ МАКРОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ І ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ	136
<i>Ю. І. Мисула</i> ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНИХ ПРОЯВІВ ПРИ ПЕРВИННОМУ ЕПІЗОДІ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ	142
<i>А. М. Скрипніков, П. В. Кидонь</i> РОЛЬ МЕЛАТОНІНУ В ПАТОГЕНЕЗІ ТА ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	147
<i>Ю. А. Стародубцева</i> КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ КОМП'ЮТЕРНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ	155

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>О. С. Юрценюк</i> ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ В НАВЧАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТА	160
<i>М. М. Хаустов</i> МІШЕНІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ	164
<i>К. А. Косенко</i> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВІВ ПАТОЛОГІЧНОЇ ТРИВОГИ У РОБІТНИКІВ МОРСЬКОГО ТОРГОВЕЛЬНОГО І ПАСАЖИРСЬКОГО ФЛОТІВ	168
<i>Т. Г. Кривоніс</i> ОСОБЛИВОСТІ СПРІЙНЯТТЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ОНКОЛОГІЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ	173

CONTENTS

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>V. S. Pidkorytov, O. I. Syerikova, S. O. Ukrainnyi, O. V. Skrynnyk, O. S. Serikova</i> FEATURES OF THE COGNITIVE SPHERE IN PATIENTS WITH A MIXED EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER	124
<i>M. O. Ovcharenko, P. V. Budonnyi</i> THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY OF SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA	130
<i>R. I. Isakov</i> FEATURES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SEVERITY OF MACROSOCIAL MALADAPTATION AND ANXIETY-DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN WITH DIFFERENT GENESIS DEPRESSIVE DISORDERS	136
<i>Yu. I. Mysula</i> FEATURES OF DEPRESSIVE AND ANXIETY MANIFESTATIONS IN THE FIRST EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER	142
<i>A. M. Skrypnikov, P. V. Kydon</i> THE ROLE OF MELATONIN IN THE PATHOGENESIS AND THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS (LITERATURE REVIEW)	147
<i>Yu. A. Starodubtseva</i> COMPREHENSIVE APPROACH TO THERAPY OF ADAPTATION DISORDERS ASSOCIATED WITH COMPUTER ADDICTION	155

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>O. S. Yurtsenyuk</i> THE WAYS TO OVERCOME STRESS IN STUDENT LEARNING ACTIVITY	160
<i>M. M. Khaustov</i> TARGETS OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE FOR MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS WITH ADAPTATION DISORDERS	164
<i>K. A. Kosenko</i> COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF MANIFESTATIONS OF PATHOLOGICAL ANXIETY IN WORKERS OF THE MARINE MERCHANT AND PASSENGER FLEETS	168
<i>T. G. Krivonis</i> FEATURES OF PERCEPTION OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT OF ONCOLOGICAL PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF THE DISEASE	173

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.4-008.46-092-08

DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.124-129

В. С. Підкоритов, О. І. Серікова,
С. О. Український, О. В. Скринник*, О. С. Серікова
ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ
ЗІ ЗМІШАНИМ ЕПІЗОДОМ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна

Резюме

Актуальність. Дані різних мета-аналізів підтверджують, що у більшості пацієнтів з біполярним афективним розладом (БАР) наявна нейрокогнітивна дисфункція, навіть під час ремісії. Згідно з даними останніх досліджень, порушеними доменами зі змінами від помірних до виражених є увага, словесне навчання та пам'ять, а також виконавчі функції, тоді як преморбідний інтелект, можливо, залишається незмінним. Основний масив досліджень присвячений вивченню когнітивних порушень при першому епізоді БАР, при маниакальному, депресивному епізодах та еутимії. Водночас залишаються недостатньо вивченими особливості когнітивної дисфункції при змішаних формах БАР.

Мета – вивчення особливостей когнітивної сфери у пацієнтів зі змішаним епізодом БАР.

Матеріали та методи. За допомогою батареї тестів (тест на запам'ятовування десяти не зв'язаних за змістом слів; тест Рея – Остеррица; тест вербальної швидкості; тест цифрового заміщення символів; тест зв'язку символів) було досліджено когнітивні функції 25 пацієнтів із змішаним епізодом, 16 пацієнтів із маниакальним епізодом та 15 пацієнтів із депресивним епізодом БАР.

Результати. Когнітивні порушення були виявлені в усіх пацієнтів незалежно від типу афективної симптоматики у вигляді широкого спектра психопатологічних феноменів, які більшою мірою проявляються у пацієнтів зі змішаним епізодом БАР. Особливості феноменологічної структури когнітивних порушень у пацієнтів зі змішаною фазою БАР проявляються у вигляді більш виразного погіршення вербальної пам'яті, швидкості обробки інформації; більш виражених порушень просторових уявлень, погіршення зорової пам'яті, вербальної асоціативної продуктивності та виконавчих функцій; зменшення обсягу уваги та порушення її розподілу.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що провідну роль у формуванні цих порушень відіграє наявність депресивної симптоматики в структурі змішаного афекту.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, змішаний епізод, нейрокогнітивні порушення.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННЫМ ЭПИЗОДОМ
БИПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

В. С. Подкорытов, О. И. Серикова, С. А. Украинский, О. В. Скрынник*, О. С. Серикова
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков, Украина

Резюме

Актуальность. Данные различных мета-анализов подтверждают, что у большинства пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР) имеется нейрокогнитивная дисфункция, даже во время ремиссии. Согласно данным последних исследований, нарушенными доменами с изменениями от умеренных до выраженных являются внимание, словесное обучение и память, а также исполнительные функции, тогда как преморбидный интеллект, возможно, остается неизменным. Основной массив исследований посвящен изучению когнитивных нарушений при первом эпизоде БАР, при маниакальном, депрессивном эпизодах и еутимии. В то же время остаются недостаточно изученными особенности когнитивной дисфункции при смешанных формах БАР.

Цель – изучение особенностей когнитивной сферы у пациентов со смешанным эпизодом БАР.

Материалы и методы. С помощью батареи тестов (тест на запоминание десяти не связанных по смыслу слов; тест Рея – Остеррица; тест вербальной скорости; тест цифрового замещения символов; тест связи символов) были исследованы когнитивные функции 25 пациентов со смешанным эпизодом, 16 пациентов с маниакальным эпизодом и 15 пациентов с депрессивным эпизодом БАР.

Результаты. Когнитивные нарушения были выявлены у всех пациентов независимо от типа аффективной симптоматики в виде широкого спектра психопатологических феноменов, которые в большей степени проявляются у пациентов со смешанным эпизодом БАР. Особенности феноменологической структуры когнитивных нарушений у пациентов со смешанной фазой БАР проявляются в виде более выразительного ухудшения вербальной памяти, скорости обработки информации; более выраженных нарушений пространственных представлений, ухудшения зрительной памяти, вербальной ассоциативной производительности и исполнительных функций; уменьшения объема внимания и нарушения ее распределения.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что ведущую роль в формировании этих нарушений играет наличие депрессивной симптоматики в структуре смешанного аффекта.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, смешанный эпизод, нейрокогнитивные нарушения.

FEATURES OF THE COGNITIVE SPHERE IN PATIENTS WITH A MIXED EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

V. S. Pidkorytov, O. I. Syerikova, S. O. Ukrainskyi, O. V. Skrynnyk*, O. S. Serikova
SI "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Abstract

Background. Data of various meta-analyses confirm that the majority of patients with bipolar affective disorder (BAD) have neurocognitive dysfunction, even during remission. According to the latest research, disturbed domains with moderate to pronounced changes are attention, verbal learning and memory, as well as executive functions, whereas

premorbid intelligence may remain unchanged. The main body of research is devoted to the study of cognitive impairment in the first episode of BAD, in manic, depressive episodes and euthymia. At the same time, the features of cognitive dysfunction in mixed forms of biologically active substances remain insufficiently studied.

Objective – to study the characteristics of the cognitive sphere in patients with a mixed episode of BAD.

Materials and methods. With the help of battery tests (a test to memorize ten unrelated words; Rey-Osterreith Complex Figure Test; Verbal Fluency Test Digit Symbol Substitution Test; Trail making test), the cognitive functions of 25 patients with mixed episodes, 16 patients with manic episodes, and 15 patients with depressive episode of BAD.

Results. Cognitive impairments were identified in all patients, regardless of the type of affective symptoms, in the form of a wide range of psychopathological phenomena, which are more pronounced in patients with a mixed episode BAD. The peculiarities of the phenomenological structure of cognitive impairment in patients with mixed phase BAD manifest themselves in the form of: a more pronounced deterioration of verbal memory, speed of information processing; more pronounced violations of spatial representations, impairment of visual memory, verbal associative performance and executive functions; reduction of attention and violations of its distribution.

Conclusions. The findings suggest that the presence of depressive symptoms in the structure of mixed affect plays a dominant role in the formation of these disorders.

Keywords: bipolar affective disorder, mixed episode, neurocognitive impairment.

For citation: Pidkorytov V. S., Syerikova O. I., Ukrainykyi S. O., Skrynnyk O. V., Serikova O. S. Features of the cognitive sphere in patients with a mixed episode of bipolar affective disorder. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(3): 124–129. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.124-129

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

Received / Поступила: 18.06.2019

Accepted / Прийнята до друку: 16.07.2019

Актуальність. За останнє десятиліття вивчення нейрокогнітивних порушень, їх причин та наслідків, а також розробка нових терапевтичних стратегій для управління або навіть запобігання таким дефіцитам є однією з найактивніших галузей досліджень при ендогенних психозах. Дані різних мета-аналізів підтверджують, що більшість пацієнтів з біполярним афективним розладом (БАР) мають нейрокогнітивну дисфункцію, навіть під час еутимії або ремісії [5]. Деякі з цих нейрокогнітивних дефіцитів, можливо, присутні не тільки на початковому етапі перебігу хвороби, а й на преморбідних її стадіях до початку розладу [3]. Згідно з даними останніх досліджень, порушеними доменами зі змінами від помірних до виражених є увага, словесне навчання та пам'ять, а також виконавчі функції, тоді як преморбідний інтелект, можливо, залишається незмінним [5]. З огляду на високу спадковість біполярного розладу, цілком закономірними є результати дослідження De la Serna et al. (2016), згідно з яким здорові родичі першого ступеня і діти пацієнтів з БАР мають ознаки помірної когнітивної дисфункції. У цьому сенсі автори припускають, що нейрокогнітивні дефіцити можна розглядати як ймовірні ендотипи БАР [9].

Загалом приблизно 40–60 % пацієнтів з БАР мають нейрокогнітивні порушення, з великою гетерогенністю серед них. Поряд з цим, зведені дані з декількох недавніх досліджень вказують, що при БАР існує кілька нейрокогнітивних підтипів. Це також може пояснювати, принаймні частково, різноманітність у психосоціальному функціонуванні серед пацієнтів. Використання кластерного аналізу дозволило різним авторам виявити різні нейрокогнітивні профілі серед пацієнтів з БАР I і II типів. Одна група – це пацієнти з нормальною ефективністю, друга група – з селективними помірними порушеннями і, нарешті, ще одна група – пацієнти, які демонструють глобально більш виражені когнітивні порушення (ті, що охоплюють кілька доменів). Припускають, що з нейрокогнітивною мінливістю пов'язані деякі клінічні ознаки (наприклад, кількість епізодів, наявність психотичних симптомів тощо) або соціально-демографічні змінні (наприклад, освіта, фактор преморбідного інтелекту тощо). Водночас, в якості потенційних чинників, що впливають на неї, не можна виключити методологічні проблеми, інші внутрішні індивідуальні чинники (наприклад, мотивація, самооцінка та інші) [10].

У мета-аналітичних дослідженнях представлені спроби побудувати «когнітивний профіль» хворих із зміша-

ним епізодом БАР. Так, в огляді Robinson et al. (2006) описано, що максимальний рівень вираженості мають обмеження обсягу вербальної робочої пам'яті, порушення процесів вербального навчання, мовної швидкості; в діапазоні від вираженого до помірного ступеня – зниження швидкості психічних процесів, порушення перемикання і розподілу уваги, обмеження обсягу короточасної та довготривалої вербальної пам'яті, а також порушення когнітивної гнучкості [7].

Як стверджують деякі автори, нейрокогнітивна мінливість може також відображати етіологічну гетерогенність БАР, включаючи потенційно різні підтипи, пов'язані з різними факторами генетичної сприйнятливості. Результати досліджень показують, що окремі хворі на БАР мають деякі гени схильності до шизофренії. Водночас ті самі хворі можуть мати й інші фактори генетичної схильності, мабуть, специфічні для кожного розладу [4]. Беручи до уваги всі ці дані, дослідники висунули припущення про існування двох груп пацієнтів з БАР. Перша група характеризується нормальним психомоторним і когнітивним функціонуванням, на їх когнітивне зниження, ймовірно, впливають афективні епізоди, що повторюються. У другій, значно меншій групі пацієнтів, наявна картина порушення пізнавальної здатності, яку можна порівняти з ситуацією, що спостерігається при шизофренії. Вони характеризуються низьким преморбідним когнітивним функціонуванням ще до початку хвороби. Ця остання група пацієнтів матиме загальні генетичні фактори ризику з шизофренією і може бути пов'язана з порушеннями нейророзвитку. Проте на даний момент для підтвердження цієї гіпотези необхідні подальші генетичні й нейробіологічні дослідження. Більше того, суперечливі дані між існуючими перехресними і лонгітудинальними дослідженнями підкреслюють необхідність подальших зусиль для з'ясування справжньої еволюції когнітивної дисфункції при БАР, оскільки динаміка порушень після повторних епізодів не зовсім ясна. Більшість досліджень у поперечному розрізі виявляють зв'язок між когнітивними порушеннями і числом епізодів, тоді як поздовжні вказують на стабільну картину з плином часу [8].

Протягом останнього десятиліття були запропоновані різні підходи до моделювання БАР [8]. Ці моделі припускають, що в основі вказаного розладу, поряд з іншими нейробіохімічними змінами, лежить патофізіологічний процес нейропрогресування, пов'язаний з когнітивним зниженням, однак не кожен пацієнт буде проходити

через усі його етапи. Таким чином, раннє виявлення пацієнтів, у яких розвивається нейропрогресивний розлад, а також зв'язок з проміжними моделями – це деякі з питань, що мають бути розв'язані у майбутньому.

З огляду на перебіг нейрокогнітивних порушень деякі автори вважають, що їх слід розглядати як терапевтичну клінічну мету для поліпшення як психосоціального функціонування, так і якості життя пацієнтів з БАР. Наявні дані підкреслюють, що когнітивна дисфункція є критично важливим показником несприятливих психосоціальних наслідків БАР. Також нові дані свідчать про те, що когнітивна функція може бути кращим предиктором майбутнього стану загального функціонування, ніж тяжкість симптомів. Варто зазначити, що, подібно до когнітивної дисфункції, у значної частини пацієнтів з БАР функціональний дефіцит зберігається навіть після симптоматичної ремісії, створюючи додаткове навантаження для пацієнтів, а також, можливо, збільшуючи прямі й непрямі витрати суспільства, пов'язані із захворюваннями. У цьому сенсі БАР входить до числа основних розладів, що потребують значних витрат на соціальну адаптацію хворих [6].

Аналіз існуючих літературних джерел показав, що за останнє десятиліття все більше цінується важливість виявлення та лікування когнітивних порушень, пов'язаних із біполярним розладом, оскільки вони зберігаються в періоди ремісії. Основний масив досліджень присвячений вивченню когнітивних порушень при першому епізоді БАР, аналізу проявів при маніакальному, депресивному епізодах та еутимії. Водночас недостатньо вивченими залишаються особливості когнітивної дисфункції при змішаних формах БАР.

Мета – вивчення особливостей когнітивної сфери у пацієнтів зі змішаним епізодом біполярного афективного розладу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено з січня по грудень 2018 року у клініці відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ ІНПН НАМН України) у рамках науково-дослідної роботи «Визначити особливості формування терапевтично резистентних форм афективної патології змішаного типу (біполярного і шизоафективного розладів) та розробити методи їх лікування в умовах впровадження в Україні страхової медицини» (Шифр теми НАМН.РА.7П.18; № державної реєстрації 0118U0030).

Критерієм включення до дослідження був встановлений згідно з клінічними критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) діагноз біполярного афективного розладу, F31. З обстеження були виключені особи з вираженою супутньою соматичною і неврологічною патологією. Також критеріями виключення з дослідження були наявність органічних розладів центральної нервової системи, грубої патології особистості; наявність хронічних соматичних захворювань. Іншими критеріями виключення були наявність залежності від психоактивних речовин, вік до 18 років та давність захворювання менш ніж 5 років (ці критерії зумовлені необхідністю досягнення однорідності дослідницьких груп).

Було відібрано та проаналізовано історії хвороби та амбулаторні карти 56 пацієнтів, що страждали на БАР і отримували лікування в ДУ ІНПН НАМН України у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії. Для подальшого вивчення було сформовано три групи.

До першої групи були включені хворі на БАР, змішаний епізод (F31.6 за МКХ-10). Другу та третю групи склали пацієнти з БАР із маніакальним (F 1.1 за МКХ-10) та, відповідно, депресивним епізодом (F31.3 за МКХ-10).

Група 1 складалась з 25 пацієнтів. Середній вік хворих склав $(42,92 \pm 14,32)$ років, у групі було 10 жінок та 15 чоловіків.

У групі 2 було 16 пацієнтів, середній вік хворих склав $(39,45 \pm 10,16)$ років, у групі було 6 жінок та 10 чоловіків.

У групі 3 було 15 пацієнтів, середній вік хворих склав $(43,33 \pm 15,24)$ років, у групі було 9 жінок та 6 чоловіків.

За допомогою клініко-анамнестичного та клініко-катамнестичного методів визначені основні клінічні характеристики захворювання (табл. 1).

Таблиця 1. Основні клінічні характеристики досліджених груп

Показник	Група 1 (n=25)	Група 2 (n=16)	Група 3 (n=15)
Початок перших симптомів психічного розладу, роки	30,28 $\pm$ 12,23	32,45 $\pm$ 11,83	31,37 $\pm$ 12,59
Кількість загострень, разів	6,40 $\pm$ 5,24	4,62 $\pm$ 3,21	5,64 $\pm$ 3,82
Тривалість хвороби, роки	12,48 $\pm$ 11,13	11,37 $\pm$ 8,42	12,94 $\pm$ 10,04

Як видно з даних, наведених у таблиці 1, у пацієнтів зі змішаним епізодом (перша група) спостерігаються деякі особливості перебігу психічного розладу. Привертають увагу дані про більш ранній початок перших симптомів психічного розладу в цих пацієнтів – у середньому в $(30,28 \pm 12,23)$ років, та більша кількість загострень – $(6,40 \pm 5,24)$ разів, але без вірогідної відмінності від інших груп. Середня тривалість хвороби у пацієнтів в усіх групах була ідентичною: в групі 1 – $(12,48 \pm 11,13)$ років, в групі 2 – $(11,37 \pm 8,42)$ років, в групі 3 – $(12,94 \pm 10,04)$ років.

Ми використали батарею когнітивних тестів, що охоплюють когнітивні функції, специфічно порушені у хворих з афективними розладами, і дозволяють провести якісний аналіз нейрокогнітивного дефіциту в пацієнтів з БАР в окремих фазах перебігу захворювання [1]. З цієї метою були використані наступні методики:

- тест на запам'ятовування десяти не зв'язаних за змістом слів – для перевірки вербальної пам'яті;
- тест Рея – Остерріца (Rey – Osterreith Complex Figure Test, ROCFT) – для дослідження зорової пам'яті та зорово-просторових синтезів;
- тест вербальної швидкості (Verbal fluency test, VFT) – для оцінки вербальної асоціативної продуктивності (літерна частина) і порушень лексичної системи та виконавчих функцій (категоріальна частина);
- тест цифрового заміщення символів (Digit Symbol Substitution Test, DSST) – для оцінки уваги та швидкості обробки даних;
- тест зв'язку символів (Trail making test, TMT), в якому частина «ТМТ-А» оцінює динамічні параметри уваги – обсяг і рівень довільної регуляції, частина «ТМТ-В» – виконавчу функцію.

Математичну і статистичну обробку даних здійснювали з використанням методів непараметричної статистики: для оцінки достовірності відмінностей серед груп використовували критерій Манна – Уїтні, який застосовується як для абсолютних, так і для рангових величин, незалежно від розподілу значення ознаки у варіаційному ряді.

Результати та їх обговорення

Пацієнти трьох виділених груп були обстежені за допомогою батареї психодіагностичних тестів з метою вивчення когнітивного функціонування залежно від фази БАР. Основні результати цього обстеження представлені в таблиці 2.

Таблиця 2. Основні показники виконання нейрокогнітивних тестів пацієнтів з біполярним афективним розладом залежно від типу афективної фази

Показники тестів	Результати		
	1 група (n=25)	2 група (n=16)	3 група (n=15)
	M±σ	M±σ	M±σ
Тест «запам'ятовування десяти слів»			
Безпосереднє відтворення, кількість слів	6,9±0,5	8,1±0,4	7,2±0,6
Відстрочене відтворення, кількість слів	6,1±1,3*	7,4±1,1	6,2±0,9
Тест Рея – Остерріца (ROCFT)			
Копіювання, бали	23,8±0,8**	25,4±0,9	27,2±0,4
Безпосереднє відтворення, бали	19,1±1,3	21,5±1,1	22,0±0,8
Відстрочене відтворення, бали	16,7±0,9**	18,9±1,2	20,3±1,1
Організація малюнка, бали	4,7±0,8**	5,4±1,2	6,6±0,9
Тест вербальної швидкості (VFT)			
Літерна частина, кількість слів	33,7±3,9*	42,6±3,5	35,7±4,9*
Категоріальна частина, кількість слів	28,3±4,5*	40,1±4,1	32,9±4,6*
Тест цифрового заміщення символів (DSST)			
Кількість відтворених символів	35,4±1,1*	47,3±2,3	37,7±0,9*
Кількість помилок	4,3±1,3	5,2±1,6	2,1±0,8*
Тест зв'язку символів (TMT)			
TMT-A, час виконання (с)	56,4±4,2*	47,7±4,6	54,1±3,3*
TMT-B, час виконання (с)	123,1±5,1*	115,4±5,9	120,5±3,1

Примітки: 1. * – значима відмінність у порівнянні з групою 2 ($p < 0,05$); 2. ** – значима відмінність у порівнянні з групою 3 ($p < 0,05$); 3. M – середнє арифметичне, σ – середнє квадратичне відхилення.

Тест запам'ятовування десяти слів дозволив комплексно оцінити стан слухової пам'яті, довільної уваги та виснажливості. Загальні показники його виконання були знижені в пацієнтів усіх досліджених груп, достовірної різниці за результатами безпосереднього відтворення слів між дослідженими групами пацієнтів не виявлено. Але при відстроченому відтворенні в групі пацієнтів зі змішаним епізодом БАР відмічалися найнижчі показники – (6,1±1,3) балів, які виявилися достовірно нижчими, ніж у пацієнтів з маніакальним епізодом – (7,4±1,1) балів відповідно ($p > 0,05$). Мабуть це зумовлено особливістю клінічних проявів – поєднанням, з одного боку, нестійкості уваги, притаманної маніакальному стану, з іншого – зниження

мотивації і зосередженості при депресивних проявах. Пацієнти з депресивною симптоматикою при БАР також мали низькі показники при відстроченому відтворенні – (6,2±0,9) балів, але достовірної різниці, порівняно з іншими групами, виявлено не було ($p > 0,05$).

Також виявлена певна різниця в особливостях відповідей пацієнтів різних груп. Так, пацієнти з маніакальним станом частіше відтворювали зайві слова, а також демонстрували зигзагоподібний тип подальших відтворень. Це свідчило про нестійкість уваги та певну розгаломованість психічних процесів. У пацієнтів із депресивним епізодом БАР найчастіше виявлялося так зване «плато» запам'ятовування, що було наслідком незацікавленості пацієнта в обстеженні, загальної емоційної загальмованості або підвищеної стомлюваності. У пацієнтів зі змішаним станом графік запам'ятовування мав зигзагоподібний характер, в обсязі матеріалу, що запам'ятовується від повторення до повторення, проявляється тенденція до виснаження, рідко були наявні зайві слова.

За результатами обстеження за тестом ROCFT у значної кількості пацієнтів досліджуваних груп були наявні порушення зорово-просторового синтезу різного ступеня виразності. Вони виявлені у 88,00 % пацієнтів зі змішаним епізодом БАР, у 81,25 % пацієнтів з манією та у 73,33 % пацієнтів з депресивним епізодом БАР. Пацієнти з маніакальним та змішаним епізодами БАР мали більш виражені порушення просторових уявлень – (5,4±1,2) та (4,7±0,8) балів відповідно, порівняно з (6,6±0,9) балів у групі пацієнтів з депресивною фазою БАР. Але достовірної різниці спостерігалася лише між групою пацієнтів зі змішаною симптоматикою та депресивним епізодом ($p < 0,01$).

Аналіз даних тестування за методикою тесту ROCFT свідчив про принципову складність аналізу та відтворення геометричних фігур, як відображення порушень зорово-просторового аналізу та виконавчих функцій у пацієнтів з БАР. Найчастішими помилками були спотворення симетрії та цілісності фігури, контамінація елементів фігури, дублювання та персеверація або пропуск другорядних деталей зображення, додавання зайвих елементів, яких не було у стимульному матеріалі. У групі пацієнтів з маніакальною симптоматикою характерними були пропуски другорядних деталей (13 осіб, 81,25 %), додавання елементів, яких не було у стимульному матеріалі (11 осіб, 68,75 %) та контамінації елементів фігури зображення (10 осіб, 62,50 %). У пацієнтів з депресивною симптоматикою частіше спостерігали спотворення симетрії та цілісності фігури (10 осіб, 66,67 %), дублювання або пропуск другорядних деталей зображення (11 осіб, 73,33 %). У пацієнтів зі змішаною симптоматикою насамперед відмічали додавання елементів, яких не було у стимульному матеріалі (20 осіб, 80,00 %), дублювання або пропуск другорядних деталей зображення (16 осіб, 64,00 %), додавання елементів, яких не було у стимульному матеріалі (18 осіб, 72,00 %).

При вивченні зорової пам'яті встановлено, що її показники також були зниженими у всіх пацієнтів з БАР (96,00 % пацієнтів зі змішаною симптоматикою; 87,5 % – з маніакальною та 80 % – з депресивною). Пацієнти зі змішаною афективною симптоматикою не лише частіше мали погіршення зорової пам'яті, а й виразність її порушень була достовірно більшою, порівняно з пацієнтами, що

страждали на депресивну фазу БАР. Достовірна різниця ($p < 0,05$) виявлена як в частині виконання копіювання – ($23,8 \pm 0,8$) та ($27,2 \pm 0,4$) балів відповідно, так і при відстро-ченому відтворюванні – ($16,7 \pm 0,9$) та ($20,3 \pm 1,1$) балів від-повідно. Схоже зниження показників зорової пам'яті було й у пацієнтів із маніакальною фазою БАР, але достовірної різниці, порівняно з іншими групами, виявлено не було.

Для оцінки вербальної асоціативної продуктивності та функціонування лексичної системи було використано тест вербальної швидкості (VFT). Застосування тесту дає можливість оцінити виконавчі функції, пов'язані з лобовою корою, оскільки генерація списку слів вимагає створення стратегії їх пошуку в пам'яті, гальмування автоматично спливаючих асоціацій, повторень і невідповідних слів, а також утримання інструкції і гнучкого перемикання між субкатегоріями. Крім того, показники VFT відображають психічну швидкість та стан семантичної пам'яті.

Згідно з даними, наведеними в таблиці 2, у групах пацієнтів з БАР зі змішаною та депресивною симптомати-кою спостерігалися найнижчі показники як при виконан-ні літеральної частини тесту – ($33,7 \pm 3,9$) та ($35,7 \pm 4,9$) слів відповідно, так і його категоріальної частини – ($28,3 \pm 4,5$) та ($32,9 \pm 4,6$) слів відповідно. В обох групах ці показники не мали відмінностей між собою ($p > 0,05$), але були віро-гідно нижчими, ніж у пацієнтів з маніакальним епізодом БАР, результати яких склали ($42,76 \pm 3,5$) та ($40,1 \pm 4,1$) слів у відповідних частинах тесту ($p < 0,05$). Отримані резуль-тати вказують на зниження функціонування лексичної системи, вербальної асоціативної продуктивності та виконавчих функцій у пацієнтів з БАР зі змішаною та депресивною симптоматикою. Для обох цих груп було характерним зниження темпу виконання наприкінці завдання, вірогідно, внаслідок ослаблення мотивації та психічного виснаження. Незважаючи на те, що у групі пацієнтів з маніакальною симптоматикою БАР темп ді-яльності впродовж виконання тестового завдання був пришвидшеним, результати були дещо нижчі, але сут-тево не відрізнялися від показників умовної норми. Для них була характерна нерівномірність виконання та труд-нощі, пов'язані, насамперед, з явищами гіпомотивації.

Отримані дані свідчать про те, що переважну роль у формуванні порушень вербальної асоціативної продуктив-ності, семантичної пам'яті та виконавчих функцій у паці-єнтів з БАР відіграє наявність депресивної симптоматики.

Для оцінки уваги та швидкості обробки інформації у досліджуваних групах хворих проводили тест цифрового заміщення символів (Digit Symbol Substitution Test – DSST). За результатами тесту, що представлені в таблиці 2, виявлено, що показники швидкості обробки інформа-ції, які детермінуються даним тестом, були найнижчими у групах пацієнтів зі змішаною та депресивною симпто-матикою і склали ($35,4 \pm 1,1$) та ($37,7 \pm 0,9$) символів відпо-відно. Істотна різниця між цими групами була відсутня, але показники обох груп були вірогідно нижчими, ніж у пацієнтів з маніакальною симптоматикою, у яких цей показник становив ($47,3 \pm 2,3$) символів ($p < 0,05$). Тобто, у пацієнтів з наявністю в структурі афекту депресивної симптоматики мав місце дефіцит швидкості психічної діяльності за рахунок уповільнення темпу мислення та появи ригідності психічних процесів, притаманних власне депресивному синдрому.

Водночас кількість помилок протягом виконання тесту достовірно переважала у пацієнтів з маніакальною симптоматикою – ($5,2 \pm 1,6$), порівняно з пацієнтами із де-пресивною симптоматикою – ($2,1 \pm 0,8$) ($p < 0,05$). Пацієнти зі змішаною симптоматикою також істотно частіше, ніж пацієнти з депресивним епізодом БАР, припускалися по-милок – ($4,3 \pm 1,3$) та ($2,1 \pm 0,8$) відповідно ($p < 0,05$), але цей показник достовірно не відрізнявся від групи пацієнтів з маніакальним епізодом ($p > 0,05$), що відображало значне погіршення функції уваги у пацієнтів зі значною часткою маніакальної симптоматики.

Методику Тест зв'язку символів (ТМТ) використовували для вивчення зорово-моторної координації. Зокре-ма, частина «А» дозволила оцінити динамічні параметри уваги та рівень її довільної регуляції, просторову орієн-тацію та власне зорово-моторну координацію. Частина «В» – розподілену увагу, робочу пам'ять та виконавчу функцію. Параметром, що реєструвався, був час у се-кундах, витрачений на виконання завдання. Чим більше часу витрачалося на виконання тесту, тим більшим було погіршення когнітивного функціонування. Результати вивчення уваги та виконавчих функцій у пацієнтів з БАР за даними тесту зв'язку символів наведені в таблиці 2.

Визначені за допомогою ТМТ-А дані про обсяг уваги мали статистично значущу міжгрупову різницю з на-явністю гірших показників у пацієнтів з депресивною ($54,1 \pm 3,3$ с) та змішаною симптоматикою ($56,4 \pm 4,2$ с), по-рівняно з маніакальними пацієнтами ($47,7 \pm 4,6$ с) ($p < 0,05$).

Водночас у пацієнтів всіх груп виявлена тенденція до уповільнення виконання завдання відносно умовної норми часу в частині ТМТ-В – $123,1 \pm 5,1$ секунд у пацієнтів зі змішаними симптомами, $115,4 \pm 5,9$ секунд у пацієнтів з маніакальними симптомами та $120,5 \pm 3,1$ секунд у па-цієнтів з депресивною симптоматикою, що свідчить про певну функціональну недостатність процесів регулювання вказаної когнітивної функції у пацієнтів з БАР незалежно від типу загострення. Але в групі пацієнтів зі змішаними симптомами цей показник виявився найбільшим і мав вірогідну різницю тільки з групою пацієнтів з манією ($p < 0,05$). Це свідчить про більш виражені когнітивні по-рушення в сфері розподілу уваги, робочої пам'яті та ви-конавчих функцій у таких пацієнтів, вірогідно, за рахунок наявності депресивних симптомів у структурі епізоду захворювання. Водночас, кількість помилок впродовж виконання тесту в обох його частинах достовірно перева-жала у пацієнтів групи з маніакальними симптомами, що свідчить про значне відволікання уваги у таких пацієнтів.

Отже, дефіцит когнітивного функціонування у вигля-ді зниження уваги та виконавчої функції притаманний пацієнтам з БАР у всіх фазах розладу. При цьому обсяг уваги був найбільше порушеним при депресивній та змішаній фазах БАР, а її розподіл і виконавчі функції найбільше страждали при змішаній фазі БАР.

Висновки

На підставі вивчення особливостей когнітивного функціонування пацієнтів з БАР встановлено, що когні-тивні порушення, незалежно від типу афективної симп-томатики, виявляються у вигляді широкого спектра психопатологічних феноменів, які більшою мірою про-являються у пацієнтів зі змішаним епізодом БАР.

Особливості феноменологічної структури когнітивних порушень у пацієнтів зі змішаною фазою БАР проявляються у вигляді більш виразного погіршення вербальної пам'яті, швидкості обробки інформації; більш виражених порушень просторових уявлень, погіршення зорової пам'яті, вербальної асоціативної продуктивності та виконавчих функцій; зменшення обсягу уваги та порушення її розподілу. Отримані дані свідчать про те, що переважну роль у формуванні цих порушень відіграє наявність депресивної симптоматики в структурі змішаного афекту. Враховуючи схильність змішаної симптоматики до резистентності до фармакотерапії, виявлені у таких пацієнтів особливості когнітивного функціонування можна розглядати як предиктори відповіді на лікування та прогнозу типу ремісії, що потребує подальших досліджень.

Список використаної літератури

1. Хомская Е.Д. Нейропсихологическая диагностика. Схема нейропсихологического исследования высших психических функций и эмоционально-личностной сферы: Альбом. М.: «Москва», 2007. 93 с.
2. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *Journal of Affective Disorders*. 2008. V. 113 (1-2). P. 1–20. DOI: 10.1016/j.jad.2008.06.009.
3. Bora E., Pantelis C. Meta-analysis of cognitive impairment in first-episode bipolar disorder: comparison with first-episode schizophrenia and healthy controls. *Schizophrenia Bulletin*. 2015. Vol. 41, issue 5. P. 1095–1104. DOI: 10.1093/schbul/sbu198.
4. Bora E. Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2016. Vol. 70, issue 10. P. 424–433. DOI: 10.1111/pcn.12410.
5. Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses / B. Bortolato, K. W. Miskowiak, C. A. Köhler [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015. Vol. 11. P. 3111–3125. DOI: 10.2147/NDT.S76700.
6. The increasing burden of mental and neurological disorders / F. Catala-Lopez, R. Genova-Maleras, E. Vieta, R. Tabares-Seisdedos // *European Neuropsychopharmacology*. 2013. Vol. 23, issue 11. P. 1337–1339. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2013.04.001.
7. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder / L. J. Robinson, J. M. Thompson, P. Gallagher [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2006. Vol. 93, issue 1-3. P. 105–115. DOI: 10.1016/j.jad.2006.02.016.
8. Samame C., Martino D. J., Strejilevich S. A. Longitudinal course of cognitive deficits in bipolar disorder: a meta-analytic study. *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 164. P. 130–138. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.028.

9. Neuropsychological characteristics of child and adolescent offspring of patients with bipolar disorder / E. de la Serna, M. Vila, V. Sanchez-Gistau [et al.] // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2016. Vol. 65. P. 54–59. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2015.08.014.
10. Cognitive variability in bipolar II disorder: who is cognitively impaired and who is preserved / B. Solé, E. Jiménez, C. Torrent [et al.] // *Bipolar disorder*. 2016. Vol. 18, issue 3. P. 288–299. DOI: 10.1111/bdi.12385.

References

1. Khomskaya, Ye. D. (2007). *Neuropsychologicheskaya diagnostika. Skhema neuropsychologicheskogo issledovaniya vysshikh psikhicheskikh funktsiy i emotsional'no-lichnostnoy sfery* [Neuropsychological diagnosis. Scheme of neuropsychological research of higher mental functions and emotional-personal sphere]. Moscow: Moskva. 93 p. (In Russian).
2. Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2008). Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2), 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.009>
3. Bora, E., & Pantelis, C. (2015). Meta-analysis of cognitive impairment in first-episode bipolar disorder: comparison with first-episode schizophrenia and healthy controls. *Schizophrenia Bulletin*, 41(5), 1095–1104. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu198>
4. Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(10), 424–433. <https://doi.org/10.1111/pcn.12410>
5. Bortolato, B., Miskowiak, K. W., Köhler, C. A., Moskva, E., & Carvalho, A. F. (2015). Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3111–3125. <https://doi.org/10.2147/NDT.S76700>
6. Catalá-López, F., Genova-Maleras, R., Vieta, E., & Tabarés-Seisdedos, R. (2013). The increasing burden of mental and neurological disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1337–1339. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.04.001>
7. Robinson, L. J., Thompson, J. M., Gallagher, P., Goswami, U., Young, A. H., Ferrier, I. N., & Moore, P. B. (2006). A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.016>
8. Samame, C., Martino, D. J., & Strejilevich, S. A. (2014). Longitudinal course of cognitive deficits in bipolar disorder: a meta-analytic study. *Journal of Affective Disorders*, 164, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.028>
9. de la Serna, E., Vila, M., Sanchez-Gistau, V., Moreno, D., Romero, S., Sugranyes, G., ... Castro-Fornieles, J. (2016). Neuropsychological characteristics of child and adolescent offspring of patients with bipolar disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 65, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2015.08.014>
10. Solé, B., Jiménez, E., Torrent, C., Del Mar Bonnin, C., Torres, I., Reinares, M., ... Martínez-Arán, A. (2016). Cognitive variability in bipolar II disorder: who is cognitively impaired and who is preserved. *Bipolar disorder*, 18(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/bdi.12385>

Відомості про авторів:

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, д-р мед. наук, професор, керівник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: pid-vs@ukr.net

СЕРИКОВА Ольга Іванівна, канд. мед. наук, провідний науковий співробітник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: olserikova@yahoo.com

УКРАЇНСЬКИЙ Сергій Олександрович, канд. мед. наук, старший науковий співробітник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: ukrayinskyu@ukr.net

СКРИННИК Ольга Вячеславівна, канд. мед. наук, старший науковий співробітник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

СЕРИКОВА Ольга Сергіївна, канд. мед. наук, молодший науковий співробітник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

Сведения об авторах:

ПОДКОРИТОВ Валерий Семенович, д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела клинической, социальной и детской психиатрии, Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: pid-vs@ukr.net

СЕРИКОВА Ольга Ивановна, канд. мед. наук, Ведущий научный сотрудник отдела клинической, социальной и детской психиатрии, Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: olserikova@yahoo.com

УКРАИНСКИЙ Сергей Александрович, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела клинической, социальной и детской психиатрии, Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: ukrayinskyu@ukr.net

СКРЫННИК Ольга Вячеславовна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела клинической, социальной и детской психиатрии, Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

СЕРИКОВА Ольга Сергеевна, канд. мед. наук, младший научный сотрудник отдела клинической, социальной и детской психиатрии, Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

About the Authors:

PIDKORYTOV Valerii, DMSc in Psychiatry, Professor, Head of Department of Clinical, Social and Child Psychiatry, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: pid-vs@ukr.net

SYERIKOVA Olga, PhD in Psychiatry, Lead researcher of Department of Clinical, Social and Child Psychiatry, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: olserikova@yahoo.com

UKRAINSKYI Sergii, PhD in Psychiatry, Senior researcher of Department of Clinical, Social and Child Psychiatry, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: ukrayinskyu@ukr.net

SKRYNNYK Olga, PhD in Psychiatry, Senior researcher of Department of Clinical, Social and Child Psychiatry, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

SERIKOVA Olga, PhD in Psychiatry, Junior researcher of Department of Clinical, Social and Child Psychiatry, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

М. О. Овчаренко¹, П. В. Будьонний^{1,2 *}**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ**¹ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна²Лисичанська обласна психіатрична лікарня, м. Лисичанськ, Україна**Резюме**

Актуальність. Клініко-соціальну необхідність проведення даного дослідження зумовлює той факт, що на сьогоднішній день не розроблено комплексної терапії і профілактики суїцидальної поведінки (СП) у хворих на шизофренію із зони проведення антитерористичної операції (АТО).

Мета – проаналізувати з використанням шкали PANSS особливості позитивних і негативних синдромів у осіб із шизофренією, які мали прояви суїцидальної поведінки в анамнезі, до та після комплексної терапії.

Матеріали та методи. Було відібрано 266 осіб віком від 22 до 50 років, з діагнозом шизофренія, які мали прояви суїцидальної поведінки в анамнезі. 136 осіб із суїцидальною поведінкою при шизофренії, які лікувалися у 2014–2016 роках, склали основну групу (ОГ), та 130 осіб з суїцидальною поведінкою при шизофренії, які були обстежені у 2006–2013 роках, – контрольну групу (КГ). Використовували інформаційно-аналітичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи, та метод математичної статистики.

Результати. Запропоновано алгоритм лікувального процесу, який включав комплексне та поетапне надання медикаментозної та соціальної допомоги. Додатково до стандартної допомоги згідно з клінічними протоколами, нами впроваджено комплексні підходи з урахуванням гендерних особливостей хворих на шизофренію з суїцидальною поведінкою. Комплексна авторська терапія проводилась на стаціонарному та амбулаторному етапах, лікувальні заходи були спрямовані як на самих хворих на шизофренію з СП, так і на їх родичів.

Після проведеного лікування ми проаналізували його ефективність, порівняли результати, отримані до та після терапії, за шкалою PANSS. Встановлено, що найбільша кількість результатів, які мають достовірну різницю в ОГ та КГ, стосується загально-психопатологічних симптомів, які були визначені як маркери.

Висновки. Враховані нами маркери позитивних, негативних та загально-психопатологічних синдромів, які знижують якість життя та призводять до порушень у соціальному функціонуванні, зазнали позитивних змін при впровадженні моделі комплексних заходів допомоги пацієнтам з суїцидальною поведінкою при шизофренії.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, шизофренія, зона проведення антитерористичної операції, суїцидальна активність, психофармакологічна терапія, комплексна терапія.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**Н. А. Овчаренко ¹, П. В. Буденный^{1,2 *}¹ГУ «Луганский государственный медицинский университет» г. Рубежное, Украина²Лисичанская областная психиатрическая больница, г. Лисичанск, Украина**Резюме**

Актуальность. Клинико-социальную необходимость проведения данного исследования обуславливает тот факт, что на сегодняшний день не разработаны комплексная терапия и профилактика суицидального поведения (СП) у больных шизофренией из зоны проведения антитеррористической операции (АТО).

Цель – проанализировать с использованием шкалы PANSS особенности положительных и отрицательных синдромов у лиц с шизофренией, которые имели проявления суицидального поведения в анамнезе, до и после комплексной терапии.

Материалы и методы. Было отобрано 266 человек в возрасте от 22 до 50 лет, с диагнозом шизофрения, которые имели проявления суицидального поведения в анамнезе. 136 человек с суицидальным поведением при шизофрении, которые лечились в 2014–2016 годах, составили основную группу (ОГ), и 130 человек с суицидальным поведением при шизофрении, которые были обследованы в 2006–2013 годах, – контрольную группу (КГ). Применялись информационно-аналитический, клинико-психопатологический, психодиагностические методы и метод математической статистики.

Результаты. Предложен алгоритм лечебного процесса, который включал комплексное и поэтапное предоставление медикаментозной и социальной помощи. Дополнительно к стандартной помощи согласно клиническим протоколам, мы внедрили комплексный подход с учетом гендерных особенностей больных шизофренией с суицидальным поведением. Комплексная авторская терапия проводилась на стационарном и амбулаторном этапах, лечебные мероприятия были направлены как на самих больных шизофренией с суицидальным поведением, так и на их родственников. После проведенного лечения мы проанализировали его эффективность, было проведено сравнение полученных результатов до и после терапии по шкале PANSS. Установлено, что наибольшее число результатов, которые имеют достоверную разницу в ОГ и КГ, касается общих психопатологических симптомов, которые были определены как маркеры.

Выводы. Учтенные нами маркеры положительных, отрицательных и психопатологических синдромов, которые снижают качество жизни и приводят к нарушениям в социальном функционировании, подверглись положительным изменениям при внедрении модели комплексных мер помощи пациентам с суицидальным поведением при шизофрении.

Ключевые слова: суицидальное поведение, шизофрения, зона проведения антитеррористической операции, суицидальная активность, психофармакологическая терапия, комплексная терапия.

THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY OF SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA

M. O. Ovcharenko¹, P. V. Budonnyi^{1,2 *}¹State Institution «Luhansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine²Lysychansk Regional Psychiatric Hospital in Lysychansk, Lysychansk, Ukraine**Abstract**

Background. The relevance and clinical and social need for this study is determined by the fact that to date, no comprehensive therapy and prevention of suicidal behavior (SB) has been developed in patients with schizophrenia from the area of the anti-terrorist operation (ATO).

Objective – to analyze the features of positive and negative syndromes by using the PANSS scale before and after complex therapy in people with schizophrenia who in the past had suicidal behavior.

Materials and methods. 266 people aged 22 to 50 years were selected with a diagnosis of schizophrenia, who in the past had suicidal behavior. 136 people with suicidal behavior in schizophrenia who were treated in 2014–2016 constituted the main group (MG). The control group (CG) constituted 130 people with suicidal behavior in schizophrenia who were examined in 2006–2013.

Results. In order to improve care for patients with suicidal behavior in schizophrenia who have been living in the ATO zone, we proposed an algorithm for the treatment process, which included a comprehensive and phased provision of medical and social assistance. In addition to standard care using clinical protocols, we have introduced a comprehensive approach taking into account the gender characteristics of patients with schizophrenia with suicidal behavior. Integrated author's therapy was carried out at the inpatient and outpatient stages. Treatment measures were aimed both at the patients with schizophrenia with suicidal behavior, and at their relatives. After the treatment, we analyzed dynamics of positive, negative and psychopathological syndromes according to the PANSS, compared the results obtained before and after therapy. It was found that the main number of results that have a significant difference in MG and CG, relates to general psychopathological symptoms, which were identified as markers.

Conclusions. The highlighted markers of positive, negative and psychopathological syndromes, that reduce the quality of life and lead to impaired social functioning, underwent positive changes when introducing a model of comprehensive measures to help patients with suicidal behavior in schizophrenia.

Keywords: suicidal behavior, schizophrenia, zone of anti-terrorist operation, suicidal activity, psychopharmacological therapy, complex therapy.

For citation: Ovcharenko M. O., Budonnyi P. V. The effectiveness of complex therapy of suicidal behavior in schizophrenia. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25(3): 130–135. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.130-135

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

Received / Поступила: 09.08.2019

Accepted / Прийнята до друку: 12.09.2019

Актуальність проблеми пов'язана з високою поширеністю різних форм суїцидальної поведінки. Антивітальні переживання в період життєвих криз відзначалися у понад 75 % населення. Завершені суїциди традиційно входять до першої п'ятірки основних причин насильницької смерті [3, 5, 7, 9, 12, 14, 18]. При аналізі та вивченні суїцидальної поведінки дуже важливо знайти оціночні константи, як уніфіковані точки відліку, що дозволяє правильно структурувати патологію і розробити алгоритми допомоги пацієнтам [2, 4, 6, 8, 13, 15–17, 19]. Як свідчить наш досвід, практичні лікарі потребують компактної, зрозумілої протокольної програми надання допомоги пацієнтам, які госпіталізовані в стаціонар або після суїциду, або з намірами здійснити суїцидальний акт, або з іншими виявленими внутрішніми формами суїцидальної поведінки.

Мета – проаналізувати за шкалою PANSS особливості позитивних і негативних синдромів у осіб із шизофренією, які мали прояви суїцидальної поведінки в анамнезі, до та після комплексної терапії.

Матеріали та методи дослідження

Інформаційно-аналітичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, метод математичної статистики.

Клініко-психопатологічне обстеження було реалізоване шляхом напівструктурованого клінічного інтерв'ю. При цьому оцінювали загальний стан хворих із шизофренією та суїцидальною поведінкою (СП), проводили збір та аналіз анамнестичних даних, деталізацію скарг, зіставлення одержаних даних з відомостями, що містяться у медичній документації, а також проводили оцінку виразності позитивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії та суїцидальної поведінки за допомогою шкали PANSS (за С. П. Кеєм, Л. А. Оплером і А. Фіцбейном) [11].

Було відібрано 266 осіб віком від 22 до 50 років з діагнозом шизофренія (за МКХ-10, шифр F2 «Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади»), які мали прояви суїцидальної поведінки (СП) в анамнезі. Відібрані особи проживали у

м. Лисичанськ до початку військового конфлікту. 136 осіб з СП при шизофренії, які лікувалися у 2014–2016 роках, склали основну групу (ОГ), 130 осіб з СП при шизофренії, які були обстежені у 2006–2013 роках – контрольну групу (КГ).

Надалі кожна з груп була поділена на відповідні підгрупи за гендерною ознакою. До групи ОГ1 увійшли 72 чоловіки, до ОГ2 – 64 жінки та, відповідно, до КГ1 – 68 чоловіків, а до КГ2 – 62 жінки, які відповідали вищенаведеним критеріям включення до проведеного дослідження (співвідношення чоловіків та жінок було в межах статистичної похибки ($p > 0,05$)).

Результати та їх обговорення

З метою вдосконалення допомоги пацієнтам із СП при шизофренії, які мешкають у зоні АТО, нами було запропоновано алгоритм лікувального процесу, який включав комплексне та поетапне надання медикаментозної та соціальної допомоги. У разі наявності психотичного рівня психопатологічної симптоматики призначали комплекс заходів із інтенсивної терапії психозу, який включав антипсихотичну та антидепресивну психофармакологічну терапію, що підвищувало доступність хворих до психотерапевтичних інтервенцій і психосоціальних заходів. Комплекс методів включав невідкладну допомогу, фармакотерапевтичну допомогу, психотерапевтичні інтервенції, психоосвіту, соціальну допомогу тощо. Додатково до стандартної допомоги згідно з клінічними протоколами ми впровадили комплексні підходи із урахуванням гендерних особливостей хворих на шизофренію з СП.

За терапевтичну мету комплексної допомоги нами обрано нормалізацію поведінки; зниження показників суїцидальної активності, усунення психомоторного збудження, поступовий зворотний розвиток залишкової продуктивної симптоматики та редукцію негативних, афективних і когнітивних симптомів; відновлення критики (часткове або повне), підвищення рівня соціальної адаптації та формування оптимального рівня соціального функціонування хворого. Ми оцінювали на клінічному

рівні ступінь редукції психопатологічної симптоматики та стабільність психічного стану, на соціально-психологічному рівні – здатність до автономного соціального функціонування. Це були головні обрані нами критерії якості лікування. Для об'єктивної оцінки ефективності проведеного автор-

ського комплексного методу допомоги дослідженим (метод описано у попередніх роботах автора [1, 10]) хворим було проведено повторне тестування з використанням шкали PANSS, з метою виявлення особливостей позитивних і негативних синдромів до та після терапії (табл. 1).

Таблиця 1. Порівняння середніх значень показників за шкалою PANSS у пацієнтів із суїцидальною поведінкою при шизофренії до та після терапії

Синдроми	Симптоми		ОГ1 (n=72)	ОГ2 (n=64)	КГ1 (n=68)	КГ2 (n=62)
Позитивні	марення	до	5,3	6,3	5,1	6,2
		після	1,1	1,6	2,6	2,8
	дезорганізація мислення	до	5,0	5,2	5,3	5,0
		після	1,0	1,7	2,5	2,8
	галюцинаторна поведінка	до	5,5	4,3	5,4	4,1
		після	1,1	1,4	2,1	2,9
	психомоторне збудження	до	6,0	5,1	5,8	5,0
		після	1,8	1,2	2,3	2,0
	манія величі	до	3,0	4,6	2,9	4,5
		після	0,9	1,6	2,6	3,9
Негативні	сплощення афекту	до	6,1	4,6	6,2	4,9
		після	2,0	2,1	2,7	2,9
	емоційна відгородженість	до	6,5	4,1	6,4	3,8
		після	1,1	2,1	4,6	3,1
	зниження комунікабельності	до	5,7	3,9	6,2	4,2
		після	1,9	1,8	4,7	3,6
	пасивна/апатична соціальна самоізоляція	до	6,1	4,2	6,2	3,9
		після	1,3	2,7	4,6	3,4
	порушення абстрактного мислення	до	5,6	6,2	5,4	6,4
		після	2,5	2,6	4,1	4,7
Загально-психопатологічні	зниження спонтанності та мовної активності	до	5,1	5,3	5,5	5,2
		після	1,9	1,3	4,1	3,8
	стереотипність мислення	до	5,7	5,0	5,9	5,2
		після	2,3	2,9	4,3	3,7
	соматизація	до	4,1	5,6	4,3	6,4
		після	1,6	1,5	3,2	4,1
	тривожність	до	5,9	4,4	6,3	5,1
		після	1,6	2,1	3,5	3,9
	почуття провини	до	4,4	5,9	4,2	5,7
		після	1,7	1,2	2,7	3,4
Загально-психопатологічні	внутрішня напруга	до	5,2	5,4	5,4	5,2
		після	1,1	3,6	4,2	4,7
	манірність рухів та поз	до	4,1	5,9	4,2	6,1
		після	2	2,5	3,8	5,0
	депресія	до	4,4	5,8	4,3	6,4
		після	1,8	2,4	3,0	3,9
	рухова загальмованість	до	5,8	5,3	6,1	5,4
		після	0,9	1,3	3,8	3,0

Синдроми	Симптоми		ОГ1 (n=72)	ОГ2 (n=64)	КГ1 (n=68)	КГ2 (n=62)
Загально-психопатологічні	негативізм	до	6,2	5,8	6,6	5,6
		після	1,1	2,8	4,6	3,7
	мислення з незвичайним змістом	до	5,1	4,9	5,5	5,3
		після	0,9	1,5	3,1	2,6
	дезорієнтація	до	4,0	4,8	4,2	5,1
		після	0,2	0,4	2,5	3,1
	зниження уваги	до	4,9	5,2	5,3	5,6
		після	2,1	2,8	4,2	4,0
	порушення критики та розважливості	до	5,1	5,9	5,3	6,3
		після	2,6	2,0	3,9	4,7
	вольові порушення	до	5,3	4,4	6,4	5,3
		після	1	2,1	3,8	3,4
	зниження контролю імпульсів	до	5,6	5,1	6,8	5,8
		після	0,8	1,8	3,2	4,1
	аутизація	до	6,3	4,8	6,4	4,6
		після	1,3	2,4	3,7	3,0
	активна соціальна ізоляція	до	6,7	4,4	6,6	4,1
		після	1,6	1,5	3,9	2,8

Примітка. * – різниця достовірна між групами ОГ1 та КГ1; ОГ2 та КГ2 після проведеної терапії ($p \leq 0,05$).

За результатами проведеного дослідження зареєстрована достовірна різниця між показниками за деякими симптомами, отриманими після проведеної терапії, у групах ОГ1, ОГ2 та КГ1, КГ2. Проаналізувавши отримані дані можна стверджувати, що найбільша кількість результатів, які мають достовірну різницю в основній групі та групі порівняння, стосується загально-психопатологічних симптомів. Опишемо лише результати, отримані за маркерами нашого дослідження. Показник «соматизація» в ОГ1 знизився до 1,6 бала, в КГ1 – до 3,2 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,0964112$); в ОГ2 – до 1,5 бала, в КГ2 – до 4,1 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,07614978$); середній бал за показником «тривожність» знизився в ОГ1 до 1,6 бала, в КГ1 – до 3,5 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,0885855$); в ОГ2 – до 2,1 бала, в КГ2 – до 3,9 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,15979327$); показник «почуття провини» в ОГ1 знизився до 1,7 бала, в КГ1 – до 2,7 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,1129063$); в ОГ2 – до 1,2 бала, в КГ2 – до 3,4 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,091053$); за шкалою «внутрішня напруга» лише в групах чоловіків виявлено достовірну різницю $p=0,0744028$, в ОГ1 середній бал знизився до 1,1 бала, в КГ1 – до 4,2 бала; за шкалою «депресія» показник в ОГ1 знизився до 1,8 бала, в КГ2 – до 3,0 балів (достовірна різниця між групами склала $p=0,1024164$); серед груп жінок – в ОГ2 – до 2,4 бала, в КГ2 – до 3,9 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,15979327$); за шкалою «негативізм» середній бал знизився в ОГ1 до 1,1 бала, в КГ1 – до 4,6 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,0681376$), в ОГ2 – до 2,8 балів, в КГ2 – до 3,7 балів (достовірна різниця між групами склала $p=0,16804453$); за шкалою «порушення критики та розважливості» середній бал знизився в ОГ1 до 2,6 бала, в КГ1 – до 3,9 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,1597933$); в ОГ2 – до 2,0 балів, КГ2 – до 4,7 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,13346087$);

за шкалою «аутизація» середній бал знизився в ОГ1 до 1,3 бала, в КГ1 – до 3,7 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,0840223$), в ОГ2 – до 2,4 бала, в КГ2 – до 3,0 балів (достовірна різниця між групами склала $p=0,20483276$); за шкалою «активна соціальна ізоляція» середній бал знизився в ОГ1 до 1,6 бала, в КГ1 – до 3,9 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,0798966$), в ОГ2 – до 1,5 бала, в КГ2 – до 2,8 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,10918791$).

За шкалами «позитивних симптомів» після терапії також відзначено певне зниження показників середніх балів: показники «марення» в ОГ1 знизилися до 1,1 бала, в КГ1 – до 2,6 балів (достовірна різниця між групами склала $p=0,4697077$), в ОГ2 до 1,6 бала, в КГ2 – до 2,8 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,46971$ та $p=0,35561537$); за шкалою «галюцинаторна поведінка» середній бал в ОГ1 знизився до 1,1 бала, в КГ1 – до 2,1 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,4697077$), в ОГ2 – до 1,4 бала, в КГ2 – до 2,9 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,39486309$); за шкалою «психомоторне збудження» середній бал в ОГ1 знизився до 1,8 бала, в КГ1 – до 2,3 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,3228289$), в ОГ2 до 1,2 бала, в КГ2 – до 2,0 балів (достовірна різниця між групами склала $p=0,44228412$); за шкалою «підозріливість-переслідування» в ОГ1 показник знизився до 1,2 бала, в КГ1 – до 2,6 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,4422841$), в ОГ2 – до 1,8 бала, в КГ2 – до 2,9 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,32282893$); за шкалою «ворожість» середній бал в ОГ1 знизився до 1,3 бала, в КГ1 – до 2,7 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,4174288$), в ОГ2 – до 1,1 бала, в КГ2 – до 2,9 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,46970766$).

Позитивних змін зазнали показники «негативних» субшкал. За субшкалою «сплощення афекту» середній

бал в ОГ1 знизився до 2,0 балів, в КГ1 – до 2,7 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,2951672$), в ОГ2 – до 2,1 бала, в КГ2 – до 2,9 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,28292606$); за субшкалою «емоційна відгородженість» середній бал в ОГ1 знизився до 1,1 бала, в КГ1 – до 4,6 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,0681376$), в ОГ2 – до 2,1 бала, в КГ2 – до 3,1 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,19865218$); за субшкалою «пасивна/апатична соціальна самоізоляція» середній бал в ОГ1 знизився до 1,3 бала, в КГ1 – до 4,6 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,0681376$), в ОГ2 – до 2,7 бала, в КГ2 – до 3,4 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,182106$); за субшкалою «порушення абстрактного мислення» середній бал в ОГ1 знизився до 2,5 бала, в КГ1 – до 4,1 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,1522996$), в ОГ2 – до 2,6 бала, в КГ2 – до 4,7 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,13346087$); за субшкалою «зниження спонтанності та мовної активності» середній бал в ОГ1 знизився до 1,9 бала, в КГ1 – до 4,1 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,0761498$), в ОГ2 – до 1,3 бала, в КГ2 – до 3,8 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,08190868$); за субшкалою «стереотипність мислення» також виявлені значні позитивні зміни середнього бала – в ОГ1 – до 2,3 бала, в КГ1 – до 4,3 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,1454655$), в ОГ2 до 2,9 бала та в КГ2 – до 3,7 бала (достовірна різниця між групами склала $p=0,16804453$).

Висновки

Враховані нами маркери позитивних, негативних та загально-психопатологічних синдромів, які знижують якість життя та призводять до порушень у соціальному функціонуванні, зазнали позитивних змін при впровадженні моделі комплексних заходів допомоги пацієнтам з СП при шизофренії. Отримані дані віддзеркалюють переважання ефективності розробленої системи над такими, що використовуються традиційно.

Список використаної літератури

- Будённый П. В. Алгоритм комплексных мероприятий при оказании экстренной помощи суицидентам. *Scientific Pages*. 2018. № 11. С. 3–7.
- Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 105.
- Заворотный В. И. Посттравматические стрессовые расстройства у участников антитеррористической операции (боевые психогении, клинико-психопатологическая характеристика). *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 48–50.
- Кожина А. М., Зеленская Е. А. Современные подходы к психотерапии неспихотических депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением. *Медицина психология*. 2012. Т. 7, № 3 (27). С. 68–71.
- Кожина А. М., Гайчук Л. М. Психосоцітні заходи в умовах гібридної війни. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 124.
- Лінський І. В., Кузьмів Н. В., Ткаченко Т. В. Особливості больової чутливості у хворих на депресивні розлади з суїцидальною поведінкою. *Психічне здоров'я*. 2017. Вип. 1 (50). С. 24–27.
- Любов Е. Б. Профилактика суицидов молодых: международный опыт и отечественные резервы (комментарий переводчика). *Суицидология*. 2014. Т. 5, № 4 (17). С. 9–11.
- Марута Н. А., Явдак И. А., Черединова Е. С. Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 116–117.
- Михайлов Б. В. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 71–75.
- Овчаренко М. О., Будённый П. В. Комплексні заходи превенції суїцидальної поведінки. *Spirit time*. 2019. № 5 (17). С. 6–8.

- Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: Бахрах-М, 2002. 672 с.
- Awad A.G. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008. Vol. 26, issue 2. P. 149–162. DOI: 10.2165/00019053-200826020-00005.
- Courtet P., Lopez-Castroman J. Antidepressants and suicide risk in depression. *World Psychiatry*. 2017. Vol. 6, issue 3. P. 317–318. DOI: 10.1002/wps.20460.
- Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes. A longitudinal and nationwide register-based study / A. Erlangsen, B. Runeson, J. M. Bolton [et al.] // *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74, issue 5. P. 456–464. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0226.
- Racine M. Chronic pain and suicide risk: a comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018. Vol. 87 (Pt B). P. 269–280. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.08.020.
- Reynolds C. F., Patel V. Screening for depression: the global mental health context. *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16, issue 3. P. 316–317. DOI: 10.1002/wps.20459.
- Thibodeau M. A., Welch P. G., Sareen J., Asmundson G. J. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and anxiety*. 2013. Vol. 30, issue 10. P. 947–954. DOI: 10.1002/da.22203.
- Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies / G. Turrini, M. Purgato, F. Ballette [et al.] // *Int J Ment Health Syst*. 2017. Vol. 11. Article number: 51. DOI: 10.1186/s13033-017-0156-0.
- Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments / U. Shaikh, I. Qamar, F. Jafry [et al.] // *Front Psychiatry*. 2017. Vol. 8. P. 136. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00136.

References

- Budonnyi, P. V. (2018). Algoritm kompleksnykh meropriyatiy pri okazanii ekstreynnoi pomoshchi suitsidentam [Algorithm of complex measures under the emergency assistance to suicides]. *Scientific Pages*, 11, 3–7. (In Russian).
- Voloshyn, P. V., Maruta, N. O., Shestopalova, L. F., & Linskyi, I. V. (2015). Pryntsypy medyko-psykholohichnoi reabilitatsii osib, yaki postrazhdaly pid chas vykonannya sluzhbovykh obov'язkiv v Ukraini [Principles of medical and psychological rehabilitation of persons injured during their official duties in Ukraine]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 23(2), 105. (In Ukrainian).
- Zavorotnyi, V. I. (2017). Posttravmatychni stresovi rozlady u uchasykiv antyterorystychnoi operatsii (boiovi psykhohenii, kliniko-psykhopatolohichna kharakterystyka) [Post-traumatic stress disorders in participants of the anti-terrorist operation (combat psychogenias, clinical-psychopathological characteristics)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 25(1), 48–50. (In Russian).
- Kozhyna, H. M., & Zelenska, O. O. (2012). Sovremennyye podkhody k psikhoterapii nepsikhoticheskikh depressivnykh rasstroistv, soprovozhdayushchikhsya suitsidal'nym povedenim [Modern approaches to psychotherapy of nonpsychotic depressive disorders accompanied by suicidal behavior]. *Medical psychology*, 7(3), 68–71. (In Russian).
- Kozhyna, G. M., & Haichuk, L. M. Psykhoosvitni zakhody v umovakh hybrydnoi viiny [Psycho-educational measures in the conditions of hybrid war]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 25(1), 124. (In Ukrainian).
- Linskyi, I. V., Kuzminov, V. N., & Tkachenko, T. V. (2017). Osoblyvosti bolovoi chutlyvosti u khvorykh na depresyvi rozlady z suitsydalnoiu povedinkoiu [Features of pain sensitivity in patients with depressive disorders with suicidal behavior]. *Mental health*, 1, 24–27. (In Ukrainian).
- Lyubov, E. B. (2014). Profilaktika suitsidov molodykh: mezhdunarodnyi opyt i otechestvennye rezervy (kommentarii perevodchika) [Youth suicide prevention: international experience and native reserves (translator's comments)]. *Suicidology*, 5(4), 9–11. (In Russian).
- Maruta, N. O., Yavdak, I. O., & Cheredniakova, O. S. (2015). Lichnost' bol'nogo v formirovani rezistentnosti nevroticheskikh rasstroistv [The personality of the patient in the formation of resistance of neurotic disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 23(2), 116–117. (In Russian).
- Mykhaylov, B. V. (2015). Psikhogenno obuslovlennyye narusheniya psikhicheskoi sfery v usloviyakh chrezvychaynykh situatsii [The mental disturbances of extreme situation origin]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 23(2), 71–75. (In Russian).
- Ovcharenko, M. O., & Budonnyi, P. V. (2019). Kompleksni zakhody preventsii suitsydalnoi povedinky [Complex measures of prevention of suicidal behavior]. *Spirit time*, 5, 6–8. (In Russian).
- Raigorodskii, D. Ya. (2002). *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara: Bakhrakh-M, 672 p. (In Russian).
- Awad, A.G. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149–162. <https://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
- Courtet, P., & Lopez-Castroman, J. (2017). Antidepressants and suicide risk in depression. *World Psychiatry*, 6(3), 17–318. <https://doi.org/10.1002/wps.20460>
- Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J.M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., ... Conwell, Y. (2017). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes. A longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 456–464. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226>

15. Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: a comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 87(Pt B), 269–280. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.020>
16. Reynolds, C. F., & Patel, V. (2017). Screening for depression: the global mental health context. *World Psychiatry*, 16(3), 316–317. <https://doi.org/10.1002/wps.20459>
17. Thibodeau, M. A., Welch, P. G., Sareen, J., & Asmundson, G. J. (2013). Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and anxiety*, 30(10), 947–954. <https://doi.org/10.1002/da.22203>
18. Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *Int J Ment Health Syst*, 11, 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>
19. Shaikh, U., Qamar, I., Jafry, F., Hassan, M., Shagufta, S., Odhejo, Y. I., & Ahmed, S. (2017). Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Front. Psychiatry*, 8, 136. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00136>

Відомості про авторів:

ОВЧАРЕНКО Микола Олексійович, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії та наркології, ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна;
e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

БУДЬОННИЙ Павло Валерійович, головний лікар Лисичанської обласної психіатричної лікарні, м. Лисичанськ, асистент кафедри неврології, психіатрії та наркології, ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна;
e-mail: budonnyi.ua@gmail.com

Сведения об авторах:

ОВЧАРЕНКО Николай Алексеевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии, психиатрии и наркологии, ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина;
e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

БУДЁННЫЙ Павел Валерьевич, главный врач Лисичанской областной психиатрической больницы, г. Лисичанск, ассистент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина;
e-mail: budonnyi.ua@gmail.com

About the Authors:

OVCHARENKO Mykola Oleksiyovych, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology, State Institution “Lugansk State Medical University”, Rubizhne, Ukraine;
e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

BUDONNYI Pavlo Valeriiovych, Head of Lysychansk Regional Mental Hospital, Lysychansk, Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology, State Institution “Lugansk State Medical University”, Rubizhne, Ukraine;
e-mail: budonnyi.ua@gmail.com

Р. І. Ісаков

**ОСОБЛИВОСТІ СПІВВІДНОШЕННЯ ВИРАЖЕНОСТІ ПРОЯВІВ
МАКРОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ Й ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЇ
СИМПТОМАТИКИ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ**

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

Резюме

Актуальність. Провідне становище у структурі патології психіки на сьогоднішній день переконливо утримують депресивні розлади. В останні роки збільшилась кількість публікацій, що засвідчують поєднання частоти депресії та психосоціальної дезадаптації, яка виступає і як похідна в клініці депресивних розладів, і як самостійний феномен, що провокує й обтяжує їх перебіг.

Мета – дослідити співвідношення структури і вираженості проявів макросоціальної дезадаптації (МакД) й тривожно-депресивної симптоматики у жінок із депресивними розладами різного генезу, для визначення в подальшому цільових мішеней диференційованої психосоціальної реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 252 жінки з діагнозом депресивного розладу: 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу (F43.21), 83 жінки з ендегенною депресією (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F31.3, F31.4, F31.5) та 75 осіб з депресивним розладом органічного генезу (F06.3). За результатами оцінки ступеня макросоціальної дезадаптації виділено дві групи: до першої групи (n=48) віднесені жінки без ознак дезадаптації; до другої групи (n=204) – жінки з виявленими ознаками дезадаптації. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. Встановлено та описано закономірності між генезом депресії та вираженістю ознак макросоціальної дезадаптації й тривоги. МакД різної вираженості зустрічається у переважній більшості хворих з депресією будь-якого генезу. Вираженість і варіативність патологічної тривоги є найнижчою у жінок із психогенною депресією за умови відсутності або легкого рівня МакД, та найвищою – при тяжкій дезадаптації, тоді як у пацієнок з ендегенною депресією вираженість тривожних феноменів є найбільшою при легкій дезадаптації і найнижчою – при тяжких проявах МакД.

Висновки. Вираженість МакД не демонструє прямої асоційованості з вираженістю депресивних феноменів та чіткої зіставності з генезом депресивного розладу. Тривога меншою мірою залежить від генезу депресії, і більшою мірою визначається ступенем дезадаптації. Отримані дані слід враховувати при розробці лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів для жінок з депресивними розладами.

Ключові слова: депресивні розлади, психогенна депресія, органічна депресія, ендегенна депресія, макросоціальна дезадаптація.

**ОСОБЕННОСТИ СООТНОШЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ МАКРОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Р. И. Исаков

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

Резюме

Актуальность. Ведущее положение в структуре патологии психики на сегодняшний день убедительно удерживают депрессивные расстройства. В последние годы увеличилось количество публикаций, свидетельствующих о сочетании частоты депрессии и психосоциальной дезадаптации, которая выступает и как производная в клинике депрессивных расстройств, и как самостоятельный феномен, провоцирующий и обтягивающий их течение.

Цель – исследовать соотношение структуры и выраженности проявлений макросоциальной дезадаптации (МакД) и тревожно-депрессивной симптоматики у женщин с депрессивными расстройствами различного генеза, для определения в дальнейшем целевых мишеней дифференцированной психосоциальной реабилитации данного контингента пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 252 женщины с диагнозом депрессивного расстройства: 94 женщины с депрессивным расстройством психогенного генеза (F43.21), 83 женщины с эндогенной депрессией, (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F31.3, F31.4, F31.5) и 75 женщин с депрессивным расстройством органического генеза (F06.3). По результатам оценки степени макросоциальной дезадаптации выделены две группы: к первой группе (n=48) отнесены женщины без признаков дезадаптации; ко второй группе (n=204) – женщины с выявленными признаками дезадаптации. Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностические, статистический.

Результаты. Установлены и описаны закономерности между генезом депрессии и выраженностью признаков макросоциальной дезадаптации и тревоги. МакД различной выраженности встречается у подавляющего большинства больных с депрессией любого генеза. Выраженность и вариативность патологической тревоги является самой низкой у женщин с психогенной депрессией при отсутствии или легком уровне МакД, и высокой – при тяжелой дезадаптации, тогда как у пациенток с эндогенной депрессией выраженность тревожных явлений является наивысшей при легкой дезадаптации и низкой – при тяжелых проявлениях МакД.

Выводы. Выраженность МакД не демонстрирует прямой ассоциированности с выраженностью депрессивных феноменов и четкой сопоставимости с генезисом депрессивного расстройства. Тревога в меньшей степени зависит от генеза депрессии, и в большей степени определяется степенью дезадаптации. Полученные данные следует учитывать при разработке лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для женщин с депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, психогенная депрессия, органическая депрессия, эндогенная депрессия, макросоциальная дезадаптация.

FEATURES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SEVERITY OF MACROSOCIAL MALADAPTATION AND ANXIETY-DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN WITH DIFFERENT GENESIS DEPRESSIVE DISORDERS

R. I. Isakov

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Abstract

Background. The leading position in the structure of the pathology of the psyche today is convincingly held by depressive disorders. In recent years, the number of publications showing a combination of the frequency of depression and psychosocial maladaptation, which acts both as a derivative in the clinic of depressive disorders and as an independent phenomenon that provokes and aggravates their course, has increased.

Objective – to study the correlation of the structure and severity of the manifestations of macrosocial maladaptation and anxiety-depressive symptoms in women with depressive disorders of various genesis, in order to further determine the targeted points for differentiated psychosocial rehabilitation of this patient population.

Materials and methods. 252 women with a diagnosis of depressive disorder were examined: 94 women with depressive disorder of psychogenic genesis (F43.21), 83 women with endogenous depression, (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F31.3, F31.4, F31.5) and 75 women with depressive disorder of organic genesis (F06.3). According to the results of assessing the degree of macrosocial maladaptation, two groups were distinguished: women without signs of maladaptation were assigned to the first group (n=48); the second group (n=204) consisted of women with identified signs of maladaptation. We used such research methods: clinical-psychopathological, psychodiagnostic, statistical.

Results. The regularities between the genesis of depression and the severity of signs of macrosocial maladaptation and anxiety are established and described. Macrosocial maladaptation of various severity occurs in the vast majority of patients with depression of any genesis. The severity and variability of pathological anxiety is the lowest in women with psychogenic depression with no or mild macrosocial disadaptation, and high in severe maladaptation, meanwhile in patients with endogenous depression the severity of anxiety is highest with mild maladaptation and low with severe macrosocial maladaptation.

Conclusions. The severity of macrosocial maladaptation does not demonstrate a direct association with the severity of depressive phenomena and a clear comparability with the genesis of depressive disorder. Anxiety is less dependent on the genesis of depression, and is more determined by the degree of maladaptation. Received data should be taken into account when developing diagnostic, treatment and rehabilitation measures for women with depressive disorders.

Keywords: depressive disorders, psychogenic depression, organic depression, endogenous depression, macrosocial maladaptation.

For citation: Isakov R. I. Features of the relationship between severity of macrosocial maladaptation and anxiety-depressive symptoms in women with different genesis depressive disorders. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25(3): 136–141. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.136-141

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

Received / Поступила: 30.07.2019

Accepted / Прийнята до друку: 03.09.2019

Актуальність. Депресивні розлади в структурі патології психіки на сьогоднішній день переконаливо утримують провідні позиції [1]. За даними ВООЗ, на депресію упродовж життя хворіють від 5 до 12 % чоловіків і від 12 до 20 % жінок. Однак лише 50 % хворих, що страждають на депресію, бажать або мають можливість отримати медичну допомогу, а активно лікуються менш ніж 10 % з них [2–5]. Депресивні розлади поєднуються із значними негативними соціально-економічними наслідками, як для суспільства в цілому, так і для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя та рівень соціального функціонування [6]. Серед великої кількості наукових досліджень щодо особливостей виникнення, перебігу та лікування депресивних розладів, в останні роки збільшилась кількість публікацій, що засвідчують поєднання частоти депресії та психосоціальної дезадаптації, яка виступає і як похідна в клініці депресивних розладів, і як самостійний феномен, що має провокуючий і обтяжуючий вплив на їх перебіг [7, 8].

Однак, феномен психосоціальної дезадаптації сам по собі не є монолітним, він включає впливи соціальних чинників різних рівнів, а саме, макро-, мезо- і мікросоціального. І, якщо проблемі мікросоціальної, насамперед, родинної, дезадаптації у хворих з депресивними розладами, науковці приділяють увагу, то питання ідентифікації особливостей дезадаптації макросоціального рівня у даного контингенту та закономірності взаємовпливу депресії і макросоціальної дезадаптації (МакД) на теперішній час не знайшло свого висвітлення, що унеможливує розробку персоніфікованих підходів до лікування та реабілітації цих хворих.

Мета – дослідити співвідношення вираженості проявів макросоціальної дезадаптації та тривожно-депресивної симптоматики у жінок із депресивними

розладами різного ґенезу, для визначення в подальшому таргетних мішеней для диференційної психосоціальної реабілітації цього контингенту пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева обстежено 252 жінки, яким був встановлений діагноз депресивного розладу відповідно до чинних нормативних документів. Згідно з дизайном роботи, у дослідження були включені 94 жінки з депресивним розладом психогенного ґенезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, код за МКХ-10 F43.21), 83 жінки з ендегенною депресією (депресивний епізод, коди за МКХ-10 F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад, коди за МКХ-10 F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії, коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F31.5) та 75 жінок із депресивним розладом органічного ґенезу (органічні афективні розлади, код за МКХ-10 F06.3). Окрім класичного клініко-психопатологічного дослідження, для визначення клінічної специфіки депресивних розладів здійснювали дослідження з використанням шкал депресії і тривоги М. Гамільтона [9, 10].

З метою ідентифікації та виміру вираженості МакД нами була розроблена оригінальна шкала, що містила оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної складових МакД [11]. Кожна сфера оцінювалася 10 питаннями. Мінімальна можлива оцінка за кожною сферою – 10 балів (максимальна адаптація), максимальна – 50 балів (максимальна дезадаптація).

Під соціально-економічною дезадаптацією ми розуміли порушення адаптації індивіда у соціальному середовищі

під впливом майнових, економічних та фінансових чинників. Оцінка соціально-економічної дезадаптації здійснювалась шляхом аналізу бальної відповіді пацієнток наступних питань: Мені не вистає грошей на поточні потреби; Я заробляю значно менше, ніж міг(могла) би; Я постійно турбуюся про гроші; За останній рік моя робота (бізнес) стала менш прибутковою; Я втратив(ла) кар'єрні перспективи; Мені доводиться шукати додатковий заробіток; Я не можу дозволити собі заощаджувати; Мені доводиться позичати гроші (жити в кредит); Коли я думаю про гроші, я почуваюся нещасним(ою); Я не очікую покращення свого матеріального стану.

Під інформаційно-соціальною дезадаптацією розумілося порушення адаптації індивіда у соціальному середовищі під впливом інформаційних чинників. Оцінка інформаційно-соціальної дезадаптації здійснювалась шляхом аналізу бальної відповіді пацієнток наступних питань: Інформація, яку я отримую, викликає у мене переважно негативні емоції; Я не довіряю інформації, яку одержую від ЗМІ та сторонніх людей; Я намагаюся не дивитися інформаційні програми і не відвідувати інформаційні сайти; Я ретельно відбираю інформацію для себе (дивлюся лише певні телеканали, відвідую лише окремі сайти, читаю тільки певні видання і т.п.); Після перегляду телевізора я відчуваю сум або тривогу; Вважаю, що у ЗМІ надто багато негативної інформації; Мені доводилося конфліктувати з моїми родичами або близькими через зміст телевізійних програм, Інтернет-контенту і т.п.; Я відчуваю брак необхідної мені інформації; Нова інформація погіршує мою працездатність; Я надто емоційно реагую на нову інформацію.

Обстежені жінки за результатами оцінки ступеня МакД з використанням розробленої нами шкали були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 48 жінок, у яких показник МакД не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації. До другої групи увійшли 204 жінки, у яких принаймні за однією зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає ознакам дезадаптації. При цьому показник за шкалою в межах 20–29 балів розцінювали як ознаки МакД легкого ступеня, показник у межах 30–39 балів – як ознаки дезадаптації помірного ступеня, показник у 40 і більше балів – дезадаптації вираженого ступеня.

З урахуванням поєднання генезу депресії та ступеня МакД дезадаптації було виділено 12 груп: пацієнтки з психогенною депресією та відсутністю ознак дезадаптації (чисельністю 19 жінок), з ендогенною депресією та відсутністю ознак дезадаптації (15 жінок), з органічною депресією та відсутністю ознак дезадаптації (14 жінок), з психогенною депресією та дезадаптацією легкого ступеня (50 жінок), з ендогенною депресією та дезадаптацією легкого ступеня (14 жінок), з органічною депресією та дезадаптацією легкого ступеня (9 жінок), з психогенною депресією та дезадаптацією помірного ступеня (16 жінок), з ендогенною депресією та дезадаптацією помірного ступеня (37 жінок), з органічною депресією та дезадаптацією помірного ступеня (18 жінок), з психогенною депресією та дезадаптацією важкого ступеня (9 жінок), з ендогенною депресією та дезадаптацією важкого ступеня (17 жінок), з органічною депресією та дезадаптацією важкого ступеня (34 жінки).

Результати та їх обговорення

Результати аналізу депресії за даними шкали М. Гамільтона наведено в таблицях 1 і 2 та на рисунку 1.

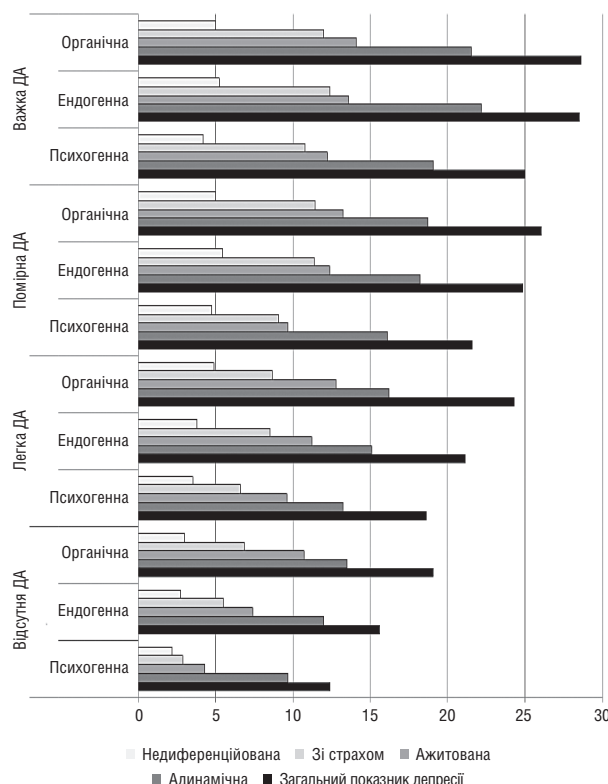


Рис. 1. Середні показники депресії за шкалою М. Гамільтона у пацієнток з різними ступенями МакД з урахуванням генезу депресії

Як видно з даних, наведених у таблиці 1 і на рисунку 1, у пацієнток без ознак МакД показники депресії є найнижчими при психогенній, вищими при ендогенній, і найвищими – при органічній депресії. При цьому розбіжності між групами при порівнянні загального показника депресії за шкалою М. Гамільтона, а також за субшкалами адинамічної депресії, ажитованої депресії, а також депресії зі страхом є статистично значущими, а для недиференційованої депресії – статистично незначущими. У пацієнток з ознаками дезадаптації легкого ступеня розбіжності менш суттєві. При цьому загальна тенденція до найнижчого рівня депресії у жінок із психогенним характером депресії, вищого – при ендогенному, і найвищого – при органічному, зберігається, однак, розбіжності є статистично значущими лише для загального показника депресії при порівнянні всіх груп, для адинамічної і ажитованої депресії та депресії зі страхом при порівнянні груп з психогенною та ендогенною, психогенною та органічною депресією, а також для недиференційованої депресії при порівнянні груп з психогенною і органічною депресією та з ендогенною і органічною депресією.

У групі з дезадаптацією помірного ступеня відмінності між пацієнтками з різним генезом депресії виражені ще менше. При збереженні тієї ж закономірності щодо найменшого рівня депресії при психогенному її характері і найбільшого – при ендогенному,

Таблиця 1. Середні показники за шкалами депресії та тривоги М. Гамільтона у пацієнтів з різними ступенями МакД з урахуванням генезу депресії (у балах)

Показник	Генез депресії			Рівень статистичної значущості розбіжностей (p)		
	психогенна	ендогенна	органічна	психогенна vs ендогенна	психогенна vs органічна	ендогенна vs органічна
3 відсутністю ознак дезадаптації						
Загальний показник депресії	12,42±2,12	15,60±1,68	19,07±1,90	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	9,68±1,86	12,00±0,85	13,50±1,34	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	4,32±1,92	7,40±1,80	10,71±1,33	<0,01	<0,01	<0,01
Депресія зі страхом	2,89±1,79	5,53±1,64	6,86±1,46	<0,01	<0,01	<0,05
Недиференційована депресія	2,16±1,42	2,73±1,03	3,00±1,41	>0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	11,74±4,36	14,33±3,64	17,29±3,56	>0,05	<0,01	<0,05
Психічна тривога	6,95±3,27	8,60±2,10	10,86±1,66	>0,05	<0,01	<0,01
Соматична тривога	4,79±2,25	5,73±2,31	6,43±2,31	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації легкого ступеня						
Загальний показник депресії	18,64±2,78	21,14±2,18	24,33±1,58	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	13,24±2,11	15,07±1,94	16,22±1,72	<0,01	<0,01	>0,05
Ажитована депресія	9,62±2,11	11,21±1,76	12,78±1,79	<0,05	<0,01	>0,05
Депресія зі страхом	6,60±2,19	8,50±1,51	8,67±1,58	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	3,54±1,11	3,79±0,97	4,89±1,05	>0,05	<0,01	<0,01
Загальний показник тривоги	15,36±2,69	17,14±2,38	15,56±2,07	<0,05	>0,05	>0,05
Психічна тривога	8,48±1,61	9,93±1,59	9,00±1,12	<0,01	>0,05	>0,05
Соматична тривога	6,88±2,14	7,21±1,97	6,56±1,42	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації помірного ступеня						
Загальний показник депресії	21,63±1,41	24,89±3,56	26,06±2,04	<0,01	<0,01	>0,05
Адинамічна депресія	16,13±2,36	18,24±2,47	18,72±1,96	<0,05	<0,01	>0,05
Ажитована депресія	9,69±1,30	12,35±2,57	13,22±1,66	<0,01	<0,01	>0,05
Депресія зі страхом	9,06±1,39	11,38±2,10	11,44±1,34	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	4,75±0,77	5,46±1,37	5,00±1,19	<0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	21,06±2,84	21,05±1,88	21,22±3,59	>0,05	>0,05	>0,05
Психічна тривога	11,75±1,29	12,30±1,60	12,22±2,32	>0,05	>0,05	>0,05
Соматична тривога	9,31±2,44	8,76±1,50	9,00±2,03	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації важкого ступеня						
Загальний показник депресії	25,00±2,69	28,53±2,76	28,62±2,88	<0,01	<0,01	>0,05
Адинамічна депресія	19,11±1,96	22,18±2,65	21,53±2,84	<0,01	<0,05	>0,05
Ажитована депресія	12,22±2,17	13,59±1,91	14,12±1,84	>0,05	<0,05	>0,05
Депресія зі страхом	10,78±1,72	12,35±1,93	11,97±1,62	<0,05	>0,05	>0,05
Недиференційована депресія	4,22±1,09	5,24±1,03	5,00±1,13	<0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	25,33±2,55	24,59±3,86	25,15±3,35	>0,05	>0,05	>0,05
Психічна тривога	14,89±2,09	13,29±2,17	14,06±2,04	>0,05	>0,05	>0,05
Соматична тривога	10,44±1,94	11,29±2,42	11,09±2,12	>0,05	>0,05	>0,05

розбіжності статистично значущі тільки для загального показника депресії, показників адинамічної та ажитованої депресії й депресії зі страхом при порівнянні груп з психогенною і ендогенною, та психогенною і органічною депресією, а також для недиференційованої депресії при порівнянні груп з психогенною та ендогенною депресією.

При важкій МакД відмінності у показниках депресії в групах з різним її генезом є найменшими. Описана вище загальна тенденція в цілому зберігається, однак розбіжності є значущими лише для загального показника депресії і показника адинамічної депресії при порівнянні груп з психогенною і ендогенною, та з психогенною і органічною депресією, для ажитованої депресії при порівнянні груп з

Таблиця 2. Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп з різним ступенем МакД з урахуванням генезу депресії

Показник	Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при порівнянні груп					
	без ознак МакД vs легкий ступінь МакД	без ознак МакД vs помірний ступінь МакД	без ознак МакД vs тяжкий ступінь МакД	легкий ступінь МакД vs помірний ступінь МакД	легкий ступінь МакД vs помірний ступінь МакД	помірний ступінь МакД vs тяжкий ступінь МакД
Психогенна						
Загальний показник депресії	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Депресія зі страхом	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05
Недиференційована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Психічна тривога	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Соматична тривога	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Ендогенна						
Загальний показник депресії	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,05
Депресія зі страхом	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Загальний показник тривоги	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Психічна тривога	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Соматична тривога	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Органічна						
Загальний показник депресії	<0,01	<0,01	<0,01	0,014	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05
Депресія зі страхом	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Психічна тривога	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Соматична тривога	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

психогенною та органічною депресією, а також для депресії зі страхом і недиференційованої депресії при порівнянні груп з психогенною та ендогенною депресією.

При аналізі розбіжностей між групами з різним ступенем МакД було виявлено, що показник депресії збільшується синхронно зі зростанням ступеня дезадаптації (табл. 2). При цьому найсуттєвіші відмінності виявлені при психогенній депресії, дещо менші – при ендогенній, і найменші – при органічній.

При аналізі тривоги були виявлені більш складні закономірності (див. табл. 1 і 2, рис. 2). У пацієнток з відсутністю ознак МакД виявлена чітка тенденція, аналогічна тій, що виявлена для депресії: найнижчий рівень виявлений у пацієнток з психогенною депресією, вищий – з ендогенною,

і найвищий – з органічною. Розбіжності статистично значущі при порівнянні груп з психогенною і органічною та з ендогенною і органічною депресією для загального показника тривоги та показника психічної тривоги.

У групі з легким ступенем МакД найвищий рівень тривоги виявлений у хворих на ендогенну депресію, нижчий – на органічну депресію, і найнижчий – на психогенну. Розбіжності статистично значущі при порівнянні груп з психогенною та органічною депресією для загального показника тривоги і показника психічної тривоги.

При помірному рівні МакД найвищий рівень тривоги виявлений у пацієнток з органічною депресією, і практично однаковий – з ендогенною і психогенною; при тяжкому ступені МакД найвищий

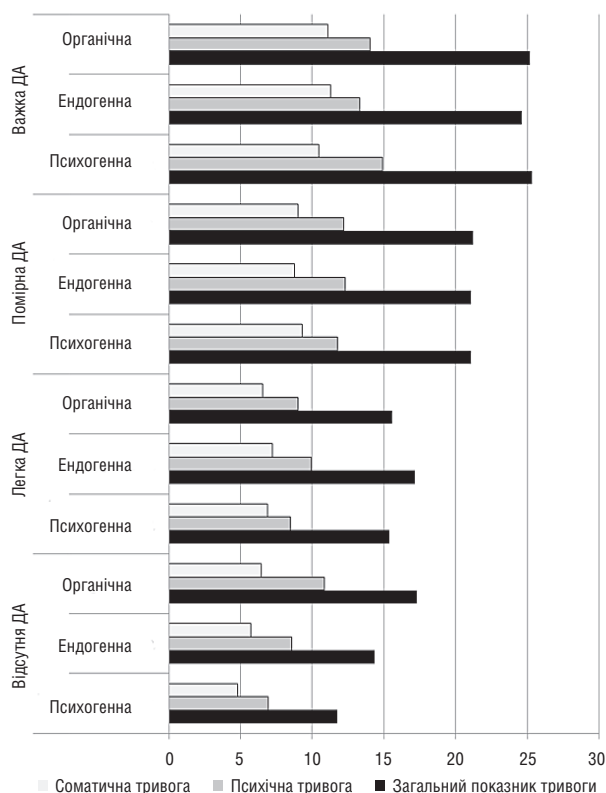


Рис. 2. Середні показники тривоги за шкалою М. Гамільтона у пацієнток з різними ступенями МакД з урахуванням генезу депресії

рівень тривоги виявлений у пацієнток з психогенним, а найнижчий – з ендогенним характером депресії, однак, ці розбіжності є статистично незначущими.

Висновки

МакД різної вираженості зустрічається у переважній більшості хворих з депресією будь-якого генезу.

Вираженість МакД не демонструє прямої асоційованості з вираженістю депресивних феноменів та чіткої зіставності з генезом депресивного розладу.

Вираженість і варіативність патологічної тривоги є найнижчою у жінок з психогенною депресією за умови відсутності або легкого рівня МакД, та найвищою – при тяжкій дезадаптації, в той час як у пацієнток з ендогенною депресією вираженість тривожних феноменів є найбільшою при легкій дезадаптації і найнижчою – при тяжких проявах МакД.

Отримані дані повинні враховуватися при розробці лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів стосовно даного контингенту хворих.

Список використаної літератури

1. Волошин П. В., Марута Н. О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10–18.

Відомості про автора:

ИСАКОВ Рустам Ісроїлович, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна; e-mail: drtrust@bigmir.net

Сведения об авторе:

ИСАКОВ Рустам Исроїлович, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», м. Полтава, Украина; e-mail: drtrust@bigmir.net

About the Author:

ISAKOV Rustam Isroilovich, MD, PhD, Associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine; e-mail: drtrust@bigmir.net

2. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5–11.
3. Михайлов Б. В. Фармакодинамічні механізми терапевтичної дії і побічних ефектів антидепресантів. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 22, вип. 2 (79). С. 103–106.
4. Нециркулярні депресії: монографія / за ред. О. К. Напрєєнка. К.: Софія-А, 2013. 624 с.
5. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» – на арену общемедицинской практики. *Medix. AntiAging*. 2009. № 5 (11). С. 18–22.
6. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии. *Neuronews*. 2013. № 8 (53). С. 16–20.
7. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок: монографія. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. 157 с.
8. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 62–65.
9. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*. 1960. Vol. 23, issue 1. P. 56–62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.
10. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959. Vol. 32, issue 1. P. 50–55. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
11. Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу: особливості діагностики, вираженості і структури. *Психіатрія, неврологія, медична психологія*. 2018. № 9. С. 82–92. DOI: 10.26565/2312-5675-2018-9-12.

References

1. Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2015). Osnovni napriamky naukovykh rozrobok v nevrolohii, psykhiiatrii ta narkolohii v Ukraini [The main directions for scientific developments in the fields of neurology, psychiatry and narcology in Ukraine]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*, 25(1), 10–18. (In Ukrainian).
2. Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2015). Stratehiia okhорony psykhichnoho zdorov'ia naselennia Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody [The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*, 23(1), 5–11. (In Ukrainian).
3. Mykhalov, B. V. (2015). Farmakodynamichni mekhanizmy terapevtychnoi dii i pobichnykh efektiv antydepressantiv [Pharmacodynamic mechanisms of therapeutic and complications effects of antidepressants]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*, 22(2), 103–106. (In Russian).
4. Napryeyenko, O. K. (Ed.). (2013). *Netsyrkuliarni depresii* [Non-circular depression]. Kyiv: Sofiia-A, 2013, 624 p. (In Ukrainian).
5. Markova, M. V. (2009). Depressivnye rasstroistva v seti pervichnoi meditsinskoi pomoshchi: iz «diagnosticheskikh nevidimok» – na arenu obshchemeditsinskoi praktiki [Depressive disorders in the primary health care network: from "diagnostic invisibility" to the arena of general medical practice]. *Medix. AntiAging*, 5, 18–22. (In Russian).
6. Maruta, N. O. (2013). Vosstanovlenie sotsial'nogo funktsionirovaniya – osnovnaya tsel' terapii depressii [Recovery of social functioning is the main goal of depression therapy]. *Neuronews*, 8, 16–20. (In Russian).
7. Skrypnykov, A. M., Herasymenko, L. O., & Isakov, R. I. (2016). *Psykhosotsialna dezadaptatsiia pry posttravmatychnomu stresovomu rozladi u zhinok* [Psychosocial maladaptation in post-traumatic stress disorder in women]. Poltava: TOV «ASMI», 157 p. (In Ukrainian).
8. Herasymenko, L. O. (2018). *Psykhosotsialna dezadaptatsiia (suchasni kontseptualni modeli)* [Psychosocial maladjustment (modern conceptual models)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*, 26(1), 62–65. (In Ukrainian).
9. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
10. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
11. Isakov, R. I. (2018). *Psykhosotsialna dezadaptatsiia u zhinok z depressyvnymy rozladamy riznogo genezu: osoblyvosti diagnostyky, vyrazhenosti i struktury* [Psychosocial maladjustment in women with depressive disorders of different genesis: features of diagnostics, diseases and structure]. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 9, 82–92. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-12>

Ю. І. Мисула

**ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНИХ ПРОЯВІВ
ПРИ ПЕРВИННОМУ ЕПІЗОДІ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ**Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна**Резюме**

Актуальність. Дослідження особливостей депресії і тривоги при первинному епізоді БАР має важливе значення для своєчасного виявлення, лікування та профілактики у зв'язку з недостатньою діагностикою захворювання.

Мета – вивчення особливостей депресивної і тривожної симптоматики первинного епізоду біполярного афективного розладу з урахуванням гендерного фактора та клінічного варіанта.

Матеріали та методи. Проведено клінічне обстеження 65 чоловіків та 88 жінок з первинним епізодом (ПЕ) біполярного афективного розладу (БАР).

Результати. У чоловіків з депресивним варіантом ПЕ БАР усі показники, за винятком недиференційованої депресії, є незначно вищими, ніж у жінок: загальний показник (відповідно $22,55 \pm 3,61$ балів і $22,16 \pm 3,03$ балів); показники адинамічної депресії ($17,41 \pm 2,62$ балів і $16,76 \pm 2,48$ балів); ажитованої депресії ($9,75 \pm 3,13$ балів і $9,69 \pm 2,66$ балів); депресії зі страхом ($9,34 \pm 2,55$ балів і $9,51 \pm 2,27$ балів); недиференційованої депресії ($4,89 \pm 0,95$ балів і $5,01 \pm 1,22$ балів); у хворих зі змішаним варіантом значуще не відрізняються: відповідно $15,83 \pm 2,64$ балів і $17,00 \pm 3,32$ балів; $11,00 \pm 1,67$ балів і $11,80 \pm 1,64$ балів; $6,67 \pm 1,63$ балів і $6,60 \pm 2,07$ балів; $7,33 \pm 1,21$ балів і $8,00 \pm 1,87$ балів; $3,67 \pm 1,03$ балів і $3,40 \pm 1,14$ балів; у хворих з маніакальним варіантом ознаки депресії відсутні. Показники тривоги у чоловіків і жінок значуще не відрізняються: при депресивному варіанті загальний показник склав відповідно $21,41 \pm 7,01$ балів і $23,36 \pm 7,01$ балів; психічної тривоги – $13,25 \pm 3,86$ балів і $14,35 \pm 3,87$ балів; соматичної тривоги – $8,16 \pm 4,05$ балів і $9,01 \pm 4,10$ балів; при змішаному варіанті відповідно $20,00 \pm 4,52$ балів і $22,00 \pm 4,90$ балів; $13,33 \pm 3,27$ балів і $15,20 \pm 2,39$ балів; $6,67 \pm 3,27$ балів і $6,80 \pm 3,70$ балів; при маніакальному варіанті ознак тривоги не виявлено. Середнє значення показника тривоги за шкалою Zung при депресивному варіанті склало відповідно $68,82 \pm 8,30$ балів і $65,97 \pm 8,41$ балів, при змішаному – $44,00 \pm 5,55$ балів і $50,40 \pm 5,32$ балів, при маніакальному $2,13 \pm 1,64$ балів і $2,50 \pm 1,60$ балів відповідно.

Висновки. Відмінності у проявах депресії і тривоги при первинному епізоді біполярного афективного розладу визначаються клінічним варіантом; вплив гендерного фактора на ці прояви є несуттєвим.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, первинний епізод, депресія, тривога.

**ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЭПИЗОДЕ БИПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

Ю. И. Мисула

Тернопольский национальный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины, г. Тернополь, Украина**Резюме**

Актуальность. Исследование особенностей депрессии и тревоги при первичном эпизоде БАР имеет важное значение для своевременного выявления, лечения и профилактики в связи с недостаточной диагностикой заболевания.

Цель – изучение особенностей депрессивной и тревожной симптоматики первичного эпизода биполярного аффективного расстройства с учетом гендерного фактора и клинического варианта.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 65 мужчин и 88 женщин с первичным эпизодом (ПЭ) биполярного аффективного расстройства (БАР).

Результаты. У мужчин с депрессивным вариантом ПЭ БАР все показатели, за исключением недифференцированной депрессии, незначительно выше, чем у женщин: общий показатель (соответственно $22,55 \pm 3,61$ баллов и $22,16 \pm 3,03$ баллов); показатели адинамической депрессии ($17,41 \pm 2,62$ баллов и $16,76 \pm 2,48$ баллов); ажитированной депрессии ($9,75 \pm 3,13$ баллов и $9,69 \pm 2,66$ баллов); депрессии со страхом ($9,34 \pm 2,55$ баллов и $9,51 \pm 2,27$ баллов); недифференцированной депрессии ($4,89 \pm 0,95$ баллов и $5,01 \pm 1,22$ баллов); у больных со смешанным вариантом значимо не различаются: соответственно $15,83 \pm 2,64$ баллов и $17,00 \pm 3,32$ баллов; $11,00 \pm 1,67$ баллов и $11,80 \pm 1,64$ баллов; $6,67 \pm 1,63$ баллов и $6,60 \pm 2,07$ баллов; $7,33 \pm 1,21$ баллов и $8,00 \pm 1,87$ баллов; $3,67 \pm 1,03$ баллов и $3,40 \pm 1,14$ баллов; у больных с маниакальным вариантом признаки депрессии отсутствуют. Показатели тревоги у мужчин и женщин значимо не отличаются: при депрессивном варианте общий показатель составил соответственно $21,41 \pm 7,01$ баллов и $23,36 \pm 7,01$ баллов; психической тревоги – $13,25 \pm 3,86$ баллов и $14,35 \pm 3,87$ баллов; соматической тревоги – $8,16 \pm 4,05$ баллов и $9,01 \pm 4,10$ баллов; при смешанном варианте соответственно $20,00 \pm 4,52$ баллов и $22,00 \pm 4,90$ баллов; $13,33 \pm 3,27$ баллов и $15,20 \pm 2,39$ баллов; $6,67 \pm 3,27$ баллов и $6,80 \pm 3,70$ баллов; при маниакальном варианте признаков тревоги не обнаружено. Среднее значение показателя тревоги по шкале Zung при депрессивном варианте составило, соответственно, $68,82 \pm 8,30$ баллов и $65,97 \pm 8,41$ баллов, при смешанном – $44,00 \pm 5,55$ баллов и $50,40 \pm 5,32$ баллов, при маниакальном $2,13 \pm 1,64$ баллов и $2,50 \pm 1,60$ баллов.

Выводы. Различия в проявлениях депрессии и тревоги при первичном эпизоде биполярного аффективного расстройства определяются клиническим вариантом; влияние гендерного фактора на эти проявления незначительно.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, первичный эпизод, депрессия, тревога.

FEATURES OF DEPRESSIVE AND ANXIETY MANIFESTATIONS IN THE FIRST EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Yu. I. Mysula

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Abstract**Background.** The study of depression and anxiety in the first episode of BAR is important for the timely detection, treatment and prevention of poor diagnosis of the disease.**Objective** – the study of the features of depressive and anxiety symptoms of the first episode of bipolar affective disorder, taking into account the gender factor and the clinical type. **Materials and methods.** We have clinically examined 65 men and 88 women diagnosed with first episode (FE) of bipolar affective disorder (BAD).**Results.** In patients with depressive FE of BAD, all indicators, with the exception of the undifferentiated depression indicator, in men are slightly higher than in women: the overall indicator (respectively 22.55 ± 3.61 points and 22.16 ± 3.03 points); adynamic depression (17.41 ± 2.62 points and 16.76 ± 2.48 points); pervasive depression (9.75 ± 3.13 points and 9.69 ± 2.66 points); depression with fear (9.34 ± 2.55 points and 9.51 ± 2.27 points); undifferentiated depression (4.89 ± 0.95 points and 5.01 ± 1.22 points); in patients with the mixed variant are not significantly different: accordingly 15.83 ± 2.64 points and 17.00 ± 3.32 points; 11.00 ± 1.67 points and 11.80 ± 1.64 points; 6.67 ± 1.63 points and 6.60 ± 2.07 points; 7.33 ± 1.21 points and 8.00 ± 1.87 points; 3.67 ± 1.03 points and 3.40 ± 1.14 points; in patients with a manic type there are no signs of depression. The indicators of anxiety in men and women do not differ significantly: in the depressive variant, the total indicator was accordingly 21.41 ± 7.01 points and 23.36 ± 7.01 points; psychic anxiety – 13.25 ± 3.86 points and 14.35 ± 3.87 points; somatic anxiety – 8.16 ± 4.05 points and 9.01 ± 4.10 points; when mixed, accordingly, 20.00 ± 4.52 points and 22.00 ± 4.90 points; 13.33 ± 3.27 points and 15.20 ± 2.39 points; 6.67 ± 3.27 points and 6.80 ± 3.70 points; the manic variant showed no signs of anxiety. The mean Zung score for the depressed variant was 68.82 ± 8.30 points and 65.97 ± 8.41 points, accordingly, for the mixed one, 44.00 ± 5.55 points and 50.40 ± 5.32 points, accordingly, at a manic variant 2.13 ± 1.64 points and 2.50 ± 1.60 points.**Conclusions.** Differences in manifestations of depression and anxiety in the first episode of bipolar affective disorder are determined by the clinical option; the impact of gender on these manifestations is insignificant.**Keywords:** bipolar affective disorder, first episode, depression, anxiety.**For citation:** Mysula Yu. I. Features of depressive and anxiety manifestations in the first episode of bipolar affective disorder. *Arkhiv Psichiatрії*. 2019, 25(3): 142–146. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.142-146

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

Received / Поступила: 19.08.2019

Accepted / Прийнята до друку: 13.09.2019

Актуальність. Сьогодні біполярний афективний розлад (БАР) розглядають як одну з найактуальніших проблем психіатричної науки і практики [1, 2]. Медична та соціальна значущість БАР пояснюється суттєвими негативними змінами у психічному та соціальному функціонуванні, погіршенням психосоціальної адаптації та якості життя, а також потребою у тривалій системній терапії [3–5]. При цьому діагностика БАР на ранніх етапах захворювання залишається недостатньою: від появи перших симптомів до встановлення правильного діагнозу може минути декілька років, що позбавляє значну частину пацієнтів своєчасної адекватної терапії, посилюючи психіатричні та соціальні несприятливі наслідки БАР [6–8]. Депресивні й тривожні прояви складають стрижневу клініко-психопатологічну феноменологію БАР [9, 10], тому дослідження особливостей депресивної і тривожної симптоматики при первинному епізоді (ПЕ) БАР має надзвичайно важливе значення для комплексної оцінки патодинаміки захворювання і може бути використано при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів при цій патології.

Мета – вивчення особливостей депресивної і тривожної симптоматики первинного епізоду біполярного афективного розладу з урахуванням гендерного фактора та клінічного варіанта первинного епізоду.

Матеріали та методи дослідження

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 153 хворих (65 чоловіків та 88 жінок) з первинним епізодом (ПЕ) біполярного афективного розладу, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні у період 2011–2016 років. Середній вік обстежених пацієнтів на момент виникнення симптоматики склав $21,3 \pm 6,5$ років (медіана 19,0 років, інтерквартильний діапазон 17,0–22,0 років), чоловіків – $20,5 \pm 5,8$ років (18,0 років, 17,0–21,0 років), жінок – $21,9 \pm 6,9$ років (18,5 років, 18,5–22,5 років), вік на момент звернення за медичною допомогою і обстежен-

ня – відповідно $21,4 \pm 6,4$ років (19,0 років, 18,0–22,0 років), $20,7 \pm 5,7$ років (18,0 років, 17,0–21,0 років) та $22,0 \pm 6,9$ років (19,0 років, 18,5–22,5 років).

Серед обстежених чоловіків і жінок нами було виділено по три групи, залежно від клінічного варіанта перебігу ПЕ БАР: з переважанням депресивної симптоматики (депресивний варіант), чисельністю 119 осіб (44 чоловіки і 75 жінок); з переважанням маніакальної або гіпоманіакальної симптоматики (маніакальний варіант), чисельністю 23 особи (15 чоловіків і 8 жінок), та з одночасною наявністю депресивної та маніакальної симптоматики або зі швидкою зміною фаз (змішаний варіант), чисельністю 11 осіб (6 чоловіків і 5 жінок).

Статистичний аналіз проведено з використанням непараметричного тесту Манна-Уїтні. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0 % ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення

Основні кількісні характеристики депресивних проявів за даними шкали М. Hamilton наведено у таблиці 1.

Як видно з даних, наведених у таблиці 1, у хворих з депресивним варіантом ПЕ БАР усі показники, за винятком показника недиференційованої депресії, у чоловіків є вищими, ніж у жінок, однак ці відмінності статистично незначущі. Так, середній рівень депресії у всіх хворих з депресивним варіантом ПЕ БАР склав $22,30 \pm 3,24$ балів, у чоловіків $22,55 \pm 3,61$ балів, у жінок $22,16 \pm 3,03$ балів; адинамічної депресії – відповідно $17,00 \pm 2,54$ балів, $17,41 \pm 2,62$ балів і $16,76 \pm 2,48$ балів; ажитованої депресії – відповідно $9,71 \pm 2,83$ балів, $9,75 \pm 3,13$ балів і $9,69 \pm 2,66$ балів; депресії зі страхом – відповідно $9,45 \pm 2,37$ балів, $9,34 \pm 2,55$ балів і $9,51 \pm 2,27$ балів; недиференційованої депресії – відповідно $4,97 \pm 1,13$ балів, $4,89 \pm 0,95$ балів і $5,01 \pm 1,22$ балів. Загалом показники депресії у хворих з депресивним варіантом ПЕ БАР відповідають помірній та тяжкій депресії.

Показники за шкалою депресії у хворих з маніакальним варіантом ПЕ БАР є очікувано низькими і формуються

Таблиця 1. Показники виразності депресивної симптоматики за шкалою M. Hamilton при ПЕ БАР з урахуванням гендерного фактора і варіанта дебюту (у балах)

Показник	Разом (M±m) /Me (Q25–Q75)	Чоловіки (M±m) /Me (Q25–Q75)	Жінки (M±m) /Me (Q25–Q75)	p					
Депресивний варіант ПЕ БАР									
Загальний показник	22,30±3,24 / 22,00 (20,00–25,00)	22,55±3,61 / 22,00 (20,00–25,50)	22,16±3,03 / 22,00 (20,00–24,00)	>0,05					
Адинамічна депресія	17,00±2,54 / 17,00 (15,00–19,00)	17,41±2,62 / 17,50 (16,00–19,00)	16,76±2,48 / 17,00 (15,00–19,00)	>0,05					
Ажитована депресія	9,71±2,83 / 10,00 (7,00–12,00)	9,75±3,13 / 9,50 (7,00–12,50)	9,69±2,66 / 10,00 (8,00–12,00)	>0,05					
Депресія зі страхом	9,45±2,37 / 9,00 (8,00–11,00)	9,34±2,55 / 9,00 (7,50–11,00)	9,51±2,27 / 10,00 (8,00–11,00)	>0,05					
Недиференційована депресія	4,97±1,13 / 5,00 (4,00–5,00)	4,89±0,95 / 5,00 (5,00–5,00)	5,01±1,22 / 5,00 (4,00–6,00)	>0,05					
Маніакальний варіант ПЕ БАР									
Загальний показник	2,83±0,65 / 3,00 (2,00–3,00)	2,80±0,68 / 3,00 (2,00–3,00)	2,88±0,64 / 3,00 (2,50–3,00)	>0,05					
Адинамічна депресія	2,04±0,47 / 2,00 (2,00–2,00)	2,07±0,59 / 2,00 (2,00–2,00)	2,00±0,00 / 2,00 (2,00–2,00)	>0,05					
Ажитована депресія	2,52±0,51 / 3,00 (2,00–3,00)	2,47±0,52 / 2,00 (2,00–3,00)	2,63±0,52 / 3,00 (2,00–3,00)	>0,05					
Депресія зі страхом	2,39±0,50 / 2,00 (2,00–3,00)	2,40±0,51 / 2,00 (2,00–3,00)	2,38±0,52 / 2,00 (2,00–3,00)	>0,05					
Недиференційована депресія	0,13±0,34 / 0,00 (0,00–0,00)	0,13±0,35 / 0,00 (0,00–0,00)	0,13±0,35 / 0,00 (0,00–0,00)	>0,05					
Змішаний варіант ПЕ БАР									
Загальний показник	16,36±2,87 / 16,00 (14,00–18,00)	15,83±2,64 / 16,00 (13,00–17,00)	17,00±3,32 / 17,00 (14,00–18,00)	>0,05					
Адинамічна депресія	11,36±1,63 / 11,00 (10,00–13,00)	11,00±1,67 / 11,00 (10,00–11,00)	11,80±1,64 / 13,00 (10,00–13,00)	>0,05					
Ажитована депресія	6,64±1,75 / 6,00 (5,00–8,00)	6,67±1,63 / 6,50 (5,00–8,00)	6,60±2,07 / 6,00 (5,00–7,00)	>0,05					
Депресія зі страхом	7,64±1,50 / 8,00 (6,00–9,00)	7,33±1,21 / 7,50 (6,00–8,00)	8,00±1,87 / 8,00 (8,00–9,00)	>0,05					
Недиференційована депресія	3,55±1,04 / 4,00 (3,00–4,00)	3,67±1,03 / 4,00 (3,00–4,00)	3,40±1,14 / 3,00 (3,00–4,00)	>0,05					
Результати порівняння показників між групами за клінічним варіантом ПЕ БАР									
Показник	Групи, що порівнюються								
	разом			чоловіки			жінки		
	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний
	Загальний показник	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01
Депресія зі страхом	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01
Недиференційована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

переважно за рахунок окремих проявів тривоги і соматовегетативної симптоматики.

У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР середні показники депресії відповідають середньому ступеню тяжкості: у всіх хворих 16,36±2,87 балів, у чоловіків 15,83±2,64 балів, у жінок 17,00±3,32 балів; показник адинамічної депресії – відповідно 11,36±1,63 балів, 11,00±1,67 балів і 11,80±1,64 балів; ажитованої депресії – відповідно 6,64±1,75 балів, 6,67±1,63 балів і 6,60±2,07 балів; депресії зі страхом – відповідно 7,64±1,50 балів, 7,33±1,21 балів і 8,00±1,87 балів; недиференційованої депресії – відповідно 3,55±1,04 балів, 3,67±1,03 балів і 3,40±1,14 балів. Показники за всіма субшкалами у чоловіків були вищими, ніж у жінок, але відмінності статистично незначущі (p>0,05).

Аналіз особливостей тривоги виявив дещо інші закономірності (табл. 2). На відміну від депресії, показники тривоги виявилися вищими у жінок, порівняно з чоловіками, однак ці розбіжності є статистично незначущими.

При депресивному варіанті ПЕ БАР загальний показник тривоги за шкалою M. Hamilton у всіх хворих склав 22,64±7,04 балів, у чоловіків 21,41±7,01 балів, у жінок 23,36±7,01 балів; показник психічної тривоги – відповідно 13,94±3,89 балів, 13,25±3,86 балів і 14,35±3,87 балів; соматичної тривоги – відповідно 8,70±4,08 балів, 8,16±4,05 балів і 9,01±4,10 балів. У цілому показники тривоги у хворих з депресивним варіантом ПЕ БАР відповідають помірному і легкому рівням.

Таблиця 2. Показники виразності тривоги за шкалою M. Hamilton при ПЕ БАР з урахуванням гендерного фактора і варіанта дебюту (у балах)

Показник	Разом (M±m) /Me (Q25-Q75)	Чоловіки (M±m) /Me (Q25-Q75)	Жінки (M±m) /Me (Q25-Q75)	p					
Депресивний варіант ПЕ БАР									
Загальний показник	22,64±7,04 / 22,00 (16,00–27,00)	21,41±7,01 / 19,00 (15,50–27,00)	23,36±7,01 / 24,00 (17,00–28,00)	>0,05					
Психічна тривога	13,94±3,89 / 14,00 (10,00–18,00)	13,25±3,86 / 13,00 (10,00–17,00)	14,35±3,87 / 15,00 (10,00–18,00)	>0,05					
Соматична тривога	8,70±4,08 / 8,00 (6,00–11,00)	8,16±4,05 / 7,50 (5,00–11,00)	9,01±4,10 / 9,00 (6,00–11,00)	>0,05					
Маніакальний варіант ПЕ БАР									
Загальний показник	2,35±1,15 / 2,00 (1,00–3,00)	2,13±1,06 / 2,00 (1,00–3,00)	2,75±1,28 / 3,00 (1,50–4,00)	>0,05					
Психічна тривога	1,70±0,97 / 2,00 (1,00–3,00)	1,60±0,99 / 2,00 (1,00–2,00)	1,88±0,99 / 1,50 (1,00–3,00)	>0,05					
Соматична тривога	0,65±0,78 / 0,00 (0,00–1,00)	0,53±0,83 / 0,00 (0,00–1,00)	0,88±0,64 / 1,00 (0,50–1,00)	>0,05					
Змішаний варіант ПЕ БАР									
Загальний показник	20,91±4,57 / 20,00 (17,00–25,00)	20,00±4,52 / 19,50 (17,00–24,00)	22,00±4,90 / 20,00 (19,00–25,00)	>0,05					
Психічна тривога	14,18±2,93 / 14,00 (12,00–17,00)	13,33±3,27 / 12,50 (11,00–15,00)	15,20±2,39 / 15,00 (14,00–17,00)	>0,05					
Соматична тривога	6,73±3,29 / 7,00 (4,00–10,00)	6,67±3,27 / 7,00 (4,00–9,00)	6,80±3,70 / 6,00 (5,00–10,00)	>0,05					
Результати порівняння показників між групами за клінічним варіантом ПЕ БАР									
Показник	Групи, що порівнюються								
	разом			чоловіки			жінки		
	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний
	Загальний показник	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
Психічна тривога	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01
Соматична тривога	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01

При маніакальному варіанті ПЕ БАР показники тривоги є низькими, їх кількісні значення свідчать про відсутність ознак тривоги.

У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР загальний показник тривоги у всіх хворих склав 20,91±4,57 балів, у чоловіків 20,00±4,52 балів, у жінок 22,00±4,90 балів; показник психічної тривоги – відповідно 14,18±2,93 балів, 13,33±3,27 балів і 15,20±2,39 балів; соматичної тривоги – відповідно 6,73±3,29 балів, 6,67±3,27 балів і 6,80±3,70 балів. Загалом показники тривоги в цій групі відповідають легкому і помірному рівням.

Ми також проаналізували значення показників депресії за даними опитувальника Zung self-rating depression scale. Середнє значення показника у всіх хворих з депресивним варіантом ПЕ БАР склало 67,03±8,45 балів / медіана 72,00 бали, інтерквартильний діапазон – 60,00–75,00 балів, у чоловіків – відповідно 68,82±8,30 балів / 73,00 бали (60,00–75,00 балів), у жінок – 65,97±8,41 балів / 62,00 балів (58,00–75,00 балів). У хворих з маніакальним варіантом ПЕ БАР середній показник у всіх хворих склав 2,26±1,60 балів / 2,00 бали (1,00–3,00 бали), у чоловіків 2,13±1,64 балів / 2,00 бали (1,00–3,00 бали), у жінок – 2,50±1,60 балів / 2,00 бали (1,50–3,00 бали).

У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР середнє значення показника склало 46,91±6,16 балів / 44,00 бали (41,00–53,00 бали), у чоловіків 44,00±5,55 балів / 42,00 бали (41,00–44,00 бали), у жінок 50,40±5,32 балів

/ 52,00 бали (52,00–53,00 бали). Розбіжності між чоловіками і жінками в усіх групах статистично не значущі, а розбіжності при порівнянні груп з депресивним і маніакальним, депресивним і змішаним, маніакальним і змішаним варіантами дебюту серед всіх хворих, серед чоловіків і серед жінок статистично значущі (p<0,01). Таким чином, аналіз даних за опитувальником Zung self-rating depression scale підтвердив закономірності, виявлені при обстеженні з використанням шкали депресії M. Hamilton.

Висновки

Виявлені певні закономірності проявів депресії і тривоги при первинному епізоді БАР, пов'язані, насамперед, з клінічним варіантом дебюту захворювання. При депресивному варіанті прояви депресії є значуще більшими (p<0,01), ніж при змішаному, а при змішаному – значуще більшими (p<0,01), ніж при маніакальному варіанті ПЕ. Виразність тривоги при депресивному і змішаному варіантах є значуще більшою (p<0,01), ніж при маніакальному, при цьому показники тривоги при депресивному та змішаному варіантах значуще не відрізняються (p>0,05).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою на підставі одержаних даних сучасних лікувально-реабілітаційних та профілактичних підходів при первинному епізоді біполярного афективного розладу.

Список використаної літератури

1. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition Recommendations from the British Association for Psychopharmacology / G. M. Goodwin, P. M. Haddad, I. N. Ferrier [et al.] // *Journal of Psychopharmacology*. 2016. Vol. 30, issue 6. P. 495–553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
2. Sam S. P., Nisha A., Varghese P. J. Stressful life events and relapse in bipolar affective disorder: a cross-sectional study from a tertiary care center of southern India. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2019. Vol. 41, issue 1. P. 61–67. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_113_18.
3. Phillips M. L., Swartz H. A. A critical appraisal of neuroimaging studies of bipolar disorder: toward a new conceptualization of underlying neural circuitry and roadmap for future research. *American Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 171, issue 8. P. 829–843. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13081008.
4. Kessing L. V., Miskowiak K. Does cognitive dysfunction in bipolar disorder qualify as a diagnostic intermediate phenotype? *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P. 490. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00490.
5. Methodological recommendations for cognition trials in bipolar disorder by the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force / K. W. Miskowiak, K. E. Burdick, A. Martinez-Aran [et al.] // *Bipolar Disorders*. 2017. Vol. 19, issue 8. P. 614–626. DOI: 10.1111/bdi.12534.
6. Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis / T. Chakrabarty, G. Alamian, J. M. Kozicky [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 109–116. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.003.
7. Baldessarini R. J., Tondo L., Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014. Vol. 129, issue 5. P. 383–392. DOI: 10.1111/acps.12204.
8. Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment / P. J. Harrison, A. Cipriani, C. J. Harmer [et al.] // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2016. Vol. 1366, issue 1. P. 76–89. DOI: 10.1111/nyas.13048.
9. Tondo L., Vázquez G. H., Baldessarini R. J. Depression and mania in bipolar disorder. *Current Neuropharmacology*. 2017. Vol. 15, issue 3. P. 353–358. DOI: 10.2174/1570159X14666160606210811.
10. Ott C. A. Treatment of anxiety disorders in patients with comorbid bipolar disorder. *Mental Health Clinician*. 2018. Vol. 8, issue 6. P. 256–263. DOI: 10.9740/mhc.2018.11.256.

Відомості про автора:

МИСУЛА Юрій Ігорович, канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна;
e-mail: yuramysula@gmail.com
ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

Сведения об авторе:

МИСУЛА Юрий Игоревич, канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины» г. Тернополь, Украина;
e-mail: yuramysula@gmail.com
ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

About the Author:

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

References

1. Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T. R. H., Cipriani, A., ... Young, A. H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30(6), 495–553. <https://doi.org/10.1177/0269881116636545>
2. Sam, S. P., Nisha, A., & Varghese, P. J. (2019). Stressful life events and relapse in bipolar affective disorder: a cross-sectional study from a tertiary care center of southern India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(1), 61–67. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_113_18
3. Phillips, M. L., & Swartz, H. A. (2014). A critical appraisal of neuroimaging studies of bipolar disorder: toward a new conceptualization of underlying neural circuitry and roadmap for future research. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 829–843. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081008>
4. Kessing, L. V., & Miskowiak, K. (2018). Does cognitive dysfunction in bipolar disorder qualify as a diagnostic intermediate phenotype? *Frontiers in Psychiatry*, 9, 490. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00490>
5. Miskowiak, K. W., Burdick, K. E., Martinez-Aran, A., Bonnin, C. M., Bowie, C. R., Carvalho, A. F., ... Vieta, E. (2017). Methodological recommendations for cognition trials in bipolar disorder by the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force. *Bipolar Disorders*, 19(8), 614–626. <https://doi.org/10.1111/bdi.12534>
6. Chakrabarty, T., Alamian, G., Kozicky, J. M., Ivan, J. T., & Lakshmi, N. Y. (2018). Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 227, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.003>
7. Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Visioli, C. (2014). First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(5), 383–392. <https://doi.org/10.1111/acps.12204>
8. Harrison, P. J., Cipriani, A., Harmer, C. J., Nobre, A. C., Saunders, K., Goodwin, G. M., & Geddes, J. R. (2016). Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1366(1), 76–89. <https://doi.org/10.1111/nyas.13048>
9. Tondo, L., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2017). Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current Neuropharmacology*, 15(3), 353–358. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666160606210811>
10. Ott, C. A. (2018). Treatment of anxiety disorders in patients with comorbid bipolar disorder. *Mental Health Clinician*, 8(6), 256–263. <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.11.256>

А. М. Скрипніков, П. В. Кидонь*

**РОЛЬ МЕЛАТОНІНУ В ПАТОГЕНЕЗІ
ТА ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Резюме

Актуальність. Депресії є одним з найпоширеніших захворювань у всьому світі. Незважаючи на безперервний потік наукових досліджень, присвячених проблемам афективних розладів, і появу нових антидепресантів, депресія залишається серйозною проблемою. Серед гіпотез виникнення депресивних розладів провідне місце займають гіпотези, пов'язані з порушенням функції нейротрансмітерів, і хронобіологічні концепції (наявність змінених циркадних ритмів, які реалізуються за допомогою мелатоніну). Останні лягли в основу мелатонінової теорії депресій, основоположником якої став А. Lewy.

Мета – провести огляд літературних джерел, які висвітлюють проблему ролі мелатоніну в патогенезі та терапії депресивних розладів.

Матеріали та методи. Було проаналізовано публікації з баз даних Pubmed, Web of Science, Google Scholar за ключовими словами – депресія, мелатонін, біоритмологія, агомелатин, десинхроноз.

Результати. Згідно з хронобіологічною концепцією депресії, єдиною причиною депресивних розладів є фазова неузгодженість різних циркадних ритмів між собою через слабкість у роботі структур, що ними керують. Порушення центральної моноамінергічної передачі, зокрема, здатне в першу чергу негативно відобразитися на функції провідного ритмоорганізуючого апарату – супрахіазматичних ядер гіпоталамуса (СХЯ), що призводить до прискорення «ходу» біологічного годинника і формування внутрішнього десинхронозу. На користь хронобіологічної природи депресій свідчать 3 основних факти: виражена циклічність у клінічній картині більшості депресивних розладів і наявність інсомнії; можливість ефективного впливу на перебіг депресії хронобіологічними методами (депривація сну, світлотерапія, терапія «темрявою»); наявність у багатьох класів антидепресантів активності щодо циркадних ритмів. Огляд літературних джерел показав, що порушення секреції мелатоніну є характерною особливістю пацієнтів з депресивними розладами. Але спрямованість цього порушення може бути різною: як в сторону зменшення, так і в сторону збільшення. Цей факт обумовлений наявністю біохімічно різних підгруп депресії. Антидепресивний ефект мелатоніну на сьогоднішній день є досить суперечливим. Ефект іншого мелатонінергічного антидепресанта, агомелатину, може бути обумовлений як впливом на мелатонінові рецептори, так і антагоністичними властивостями щодо серотонінових 5-HT_{2C}-рецепторів.

Висновки. Кожний клінічний випадок депресії є унікальним і потребує ретельної оцінки для визначення якості терапевтичної відповіді на антидепресанти. У зв'язку з цим постає питання про розробку диференційованого підходу до терапії різних депресивних розладів, зокрема – попередньої лабораторної оцінки пінеальної функції.

Ключові слова: депресія, мелатонін, агомелатин, біологічні ритми, десинхроноз.

РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В ПАТОГЕНЕЗІ І ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РАСТРОЙСТВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А. Н. Скрипников, П. В. Кидонь*

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина

Резюме

Актуальность. Депрессии являются одним из наиболее распространенных заболеваний во всем мире. Несмотря на непрекращающийся поток научных исследований, посвященных проблемам аффективных расстройств, и появление новых антидепрессантов, депрессия остается серьезной проблемой. Среди гипотез возникновения депрессивных расстройств ведущее место занимают гипотезы, связанные с нарушением функции нейротрансмиттеров, и хронобиологические концепции (наличие измененных циркадных ритмов, которые реализуются с помощью мелатонина). Последние легли в основу мелатониновой теории депрессий, основоположником которой стал А. Lewy.

Цель – провести обзор литературных источников, которые освещают проблему роли мелатонина в патогенезе и терапии депрессивных расстройств.

Материалы и методы. Были проанализированы публикации из баз данных Pubmed, Web of Science, Google Scholar по ключевым словам – депрессия, мелатонин, биоритмология, агомелатин, десинхроноз.

Результаты. Согласно хронобиологической концепции депрессии, единственной причиной депрессивных расстройств является фазовая несогласованность различных циркадных ритмов между собой из-за слабости в работе управляющих ними структур. Нарушения центральной моноаминергической передачи, в частности, способны в первую очередь негативно отражаться на функции ведущего ритмоорганизирующего аппарата – супрахиазматических ядер гипоталамуса, что ведет к ускорению «хода» биологических часов и формированию внутреннего десинхроноза. В пользу хронобиологической природы депрессий свидетельствуют 3 основных факта: выраженная цикличность в клинической картине большинства депрессивных расстройств и наличие инсомнии; возможность эффективного воздействия на течение депрессии хронобиологическими методами (депривация сна, светотерапия, терапия «тьмой»); существование у многих классов антидепрессантов активности относительно циркадных ритмов. Обзор литературных источников показал, что нарушения секреции мелатонина является характерной особенностью пациентов с депрессивными расстройствами. Но направленность этого нарушения может быть разной: как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения. Данный факт обусловлен наличием биохимически различных подгрупп депрессии. Антидепрессивный эффект мелатонина на сегодняшний день является достаточно противоречивым. Эффект другого мелатонинергического антидепрессанта, агомелатина, может быть обусловлен как влиянием на мелатониновые рецепторы, так и антагонистическими свойствами в отношении серотониновых 5-HT_{2C}-рецепторов.

Выводы. Каждый клинический случай депрессии является уникальным и требует тщательной оценки для определения качества терапевтического ответа на антидепрессанты. В связи с этим встает вопрос о разработке дифференцированного подхода к терапии различных депрессивных расстройств, в частности – предварительной лабораторной оценки пинальной функции.

Ключевые слова: депрессия, мелатонин, агомелатин, биологические ритмы, десинхроноз.

THE ROLE OF MELATONIN IN THE PATHOGENESIS AND THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS (LITERATURE REVIEW)

A. M. Skrypnikov, P. V. Kydon*

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Abstract

Background. Depression is one of the most common diseases worldwide. Despite the ongoing flow of research on affective disorders and the emergence of new antidepressants, depression remains a serious problem. Among the hypotheses of the occurrence of depressive disorders hypothesis associated with dysfunction of neurotransmitters and chronobiology concept (altered circadian rhythms that are implemented with the help of melatonin) occupy a leading place. The latter formed the basis of the melatonin theory of depression, the founder of which was A. Lewy.

Objective – of this work was to review the literary sources that highlights the role of melatonin in the pathogenesis and therapy of depressive disorders.

Materials and methods. Was analyzed publications from databases of Pubmed, Web of Science, Google Scholar with keywords – depression, melatonin, biorhythmology, agomelatine, desynchronization.

Results. According to the chronobiological concept of depression, the only cause of depressive disorders is the phase inconsistency of different circadian rhythms among themselves due to weakness in the work of their governing structures. In particular disorders of the central monoaminergic transmission is capable first and foremost negatively affect the role of lead retooling apparatus – suprachiasmatic nuclei of the hypothalamus, which leads to an acceleration of «progress» biological clocks and the formation of internal desynchronization. Benefit chronobiological nature of the depressions suggest 3 basic facts: pronounced cyclicality in the clinical picture of the majority of depressive disorders and the availability of insomnia; the possibility of effective influence on the course of depression chronobiological methods (sleep deprivation, light therapy, therapy with «darkness»); the existence of many classes of antidepressants activity relative to circadian rhythms. A review of literature sources has shown that disorders of melatonin secretion is a characteristic feature of patients with depressive disorders. But the focus of this disturbance may be different: both downward and upward. This fact is due to the presence of biochemically different subgroups of depression. Antidepressant effect of melatonin today is quite controversial. The effect of another melatonergic antidepressant, agomelatine, may be due to both the effect on melatonin receptors and antagonistic properties against serotonin 5-HT_{2C} receptors.

Conclusions. Each clinical case of depression is unique and requires careful evaluation to determine the quality of the therapeutic response to antidepressants. In this regard, there is a question of developing a differentiated approach to the treatment of various depressive disorders, in particular – a preliminary laboratory assessment of pineal function.

Keywords: depression, melatonin, agomelatine, biological rhythms, desynchronization.

For citation: Skrypnikov A. M., Kydon P. V. The role of melatonin in the pathogenesis and therapy of depressive disorders (literature review). *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25(3): 147–154. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.147-154

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

Received / Поступила: 29.08.2019

Accepted / Прийнята до друку: 19.09.2019

Актуальність. Депресії є одним з найпоширеніших захворювань у всьому світі. Більшість сучасних вчених та клініцистів одностайні в думці про збільшення абсолютної кількості хворих на депресії в популяції за останні роки [1]. Незважаючи на безперервний потік наукових досліджень, присвячених проблемам афективних розладів, і появу нових антидепресантів, депресія залишається серйозною проблемою. На сьогодні існує декілька гіпотез виникнення депресивних розладів. Серед них провідне місце займають гіпотези, пов'язані з порушенням функції нейротрансмітерів і хронобіологічні концепції (наявність змінених циркадних ритмів, які реалізуються за допомогою мелатоніну) [2, 3]. Останні лягли в основу мелатонінової теорії депресій, основоположником якої став А. Льюї (1979) [4].

Вивчення ролі мелатоніну в патогенезі депресивних розладів спричинило активну дослідницьку роботу щодо впливу на його обмін та рецептори при лікуванні даної патології. У 2000-х роках на фармакологічному ринку з'явився перший препарат, який належав до класу антидепресантів і впливав на мелатонінові рецептори – агомелатин. У науковій літературі почали публікуватися численні роботи щодо ефективності агомелатину при терапії депресії, у тому числі й тяжкої та терапевтично резистентної [3, 5, 6].

Водночас багато клініцистів повідомляли, що мелатонін та препарати, які діяли через мелатонінові рецептори, або не впливали на депресивну симптоматику, або їх вплив був вельми незначним. Моделі депресії на тваринах показали, що лікуванням агомелатином не вдалося нормалізувати експресію гена-годинника, який на клітинному рівні керує «молекулярним годинником». Це говорить про те, що антидепресантні дії агомелатину в основному не залежать від циркадної синхронізації ритму і, у зв'язку з цим, не

перевершують традиційні антидепресанти, протестовані в моделі на щурах [7]. Таким чином, на сьогодні не існує єдиної думки та моделі щодо ролі мелатоніну в патогенезі та терапії депресивних розладів.

Мета – зробити огляд літературних джерел, які висвітлюють дану проблему.

Матеріали та методи дослідження

За допомогою інформаційно-аналітичного методу було проаналізовано публікації з баз даних Pubmed, Web of Science, Google Scholar за ключовими словами – депресія, мелатонін, біоритмологія, агомелатин, десинхроноз.

Результати та їх обговорення

Синтез, секреція та біохімічні властивості мелатоніну

Мелатонін у 1958 р. відкрив професор дерматології з Єльського університету Аарон Лернер, який займався вивченням вітиліго. Він звернув увагу на публікацію К. Маккорда та Ф. Аллена (1917), які виявили, що застосування екстракту шишкоподібних залоз корів призводило до освітлення покриву пуголовків шляхом стискання темних епідермальних меланофор. На початку 1950-х рр. групи Лернера вдалося виділити з коров'ячих епіфізів екстракт, який освітлює шкіру жаб. Згодом команді вдалося виділити і визначити структуру основної речовини – це виявився N-ацетил-5-метокситриптамін, який був названий мелатоніном [8, 9].

Виробляється мелатонін у нервовій системі пінеалоцитами, клітинами епіфіза (шишкоподібної залози), від якого він надходить у гіпоталамус і здійснює ритмічну регуляцію роботи внутрішніх органів. У наступні роки було встановлено, що, крім шишкоподібної залози, існують екстрапінеальні джерела синтезу мелатоніну, до яких

належать ентерохромафінні клітини шлунково-кишкового тракту (ЕС-клітини), клітини повітряношлункових шляхів, легень, коркового шару нирок, надниркових залоз, підпечінкової капсули, парагангліїв, яєчників, ендометрія, передміхурової залози, плаценти, жовчного міхура, апендикса і внутрішнього вуха. Крім того, виявлений синтез мелатоніну і в неендокринних клітинах: опастистих, лімфоцитах, тромбоцитах, еозинофілних лейкоцитах, в тимусі, підшлунковій залозі, сітківці ока, ендотеліальних клітинах [8, 10].

Основні етапи біосинтезу мелатоніну і тимчасова динаміка його утворення сьогодні добре вивчені. Епіфіз продукує близько 80 % мелатоніну, що циркулює в крові; він не накопичується в епіфізі, а відразу шляхом пасивної дифузії надходить з пінеалоцитів до кровотоку. Його джерелом служить триптофан, який надходить у пінеалоцити із судинного русла та через 5-окситриптофан перетворюється на серотонін. Лімітуючим фактором у синтезі гормону є активність ферменту арилалкіламін-N-ацетилтрансферази (NAT), який контролює утворення попередника – N-ацетилсеротоніну, який надалі за участю гідроксиіндол-O-метилтрансферази перетворюється безпосередньо на мелатонін [10, 11]. Схематично це зображено на рисунку 1.

Принципово важливим є факт циркадианної (добової) періодичності вироблення в пінеалоцитах біологічно активних сполук. Синтез мелатоніну ефективно відбувається лише з настанням темряви і знижується в світлу фазу доби. При підвищенні температури рівень мелатоніну зменшується. На продукцію гормону впливає також електромагнітне поле Землі [12]. Максимальний рівень мелатоніну в крові спостерігається між 24 год ночі і 5 год ранку. Достатньо короткого світлового імпульсу силою 0,1–1 lux, щоб пригнітити цей процес. У людини світловий цикл сприймається сітківкою ока. Потім нервовий сигнал ретиногіпоталамічним трактом надходить у супрахіазматичні ядра гіпоталамуса, а далі в верхній шийний ганглії [13]. З верхнього шийного ганглія інформація про освітленість надходить в епіфіз: вона опосередковується норадреналіном, який виділяється нервовими закінченнями безпосередньо в паренхіму (пінеалоцити) епіфіза, що, в кінцевому підсумку, приводить до запуску синтезу мелатоніну [14]. Денний ритм продукції мелатоніну залежить від активності

NAT у сітківці, яка, в свою чергу, залежить від іонів кальцію, дофаміну і гамма-аміномасляної кислоти [8, 10]. Мелатонін не накопичується, тому важливе щоденне його вироблення в достатній кількості. Для синтезу мелатоніну організму необхідні оптимальна кількість триптофану, вуглеводів, вітаміну B₆ і кальцію. Вироблення мелатоніну в кишечнику можна стимулювати. Голодування раз на тиждень, заняття спортом тощо сприяють синтезу мелатоніну [8].

Крім добового, існує і сезонний ритм мелатоніну. Пізньої осені і взимку, в зв'язку зі зменшенням освітленості, рівень гормону в організмі підвищується. Навесні і влітку, навпаки, концентрація мелатоніну в організмі знижується. Однак при цьому зберігається добовий ритм утворення мелатоніну. Ці зміни обумовлені флуктуацією ферментативної активності ключових ферментів синтезу мелатоніну – N-ацетилтрансферази і гідроксиіндол-O-метилтрансферази, що перетворює епіфіз на своєрідний біологічний годинник, що має пряме відношення до регуляції циркадних і циркануальних ритмів в організмі. Концентрація мелатоніну в плазмі істотно змінюється залежно від віку. Циркадианний ритм синтезу мелатоніну з'являється відразу після народження плода і у доношених немовлят встановлюється до 9–12 тижнів життя, на 2–3 тижні пізніше – у недоношених дітей [10].

Найвища пікова нічна концентрація мелатоніну (близько 325 пг/мл або 1400 пмоль/л) спостерігається у віці 1–3 роки, після чого вона поступово знижується. У молодих людей середня кількість мелатоніну вдень і пік в середині ночі становить 10 і 60 пг/мл (40 і 240 пмоль/л) відповідно. Максимальна продукція цього гормону припадає на вік від 10 до 40 років. Після цього відбувається зниження продукції мелатоніну, зменшується амплітуда добового ритму його секреції епіфізом [10].

Мелатоніновий патерн у кожної людини на подив стабільний від ночі до ночі, тоді як патерни різних людей однієї статі і віку настільки різні, що є підстави говорити про індивідуальний патерн, що характеризує особистість. Раніше вважали, що зниження вмісту мелатоніну при старінні викликане кальцифікацією епіфіза. Однак дослідження з використанням електронної мікроскопії показали розвиток

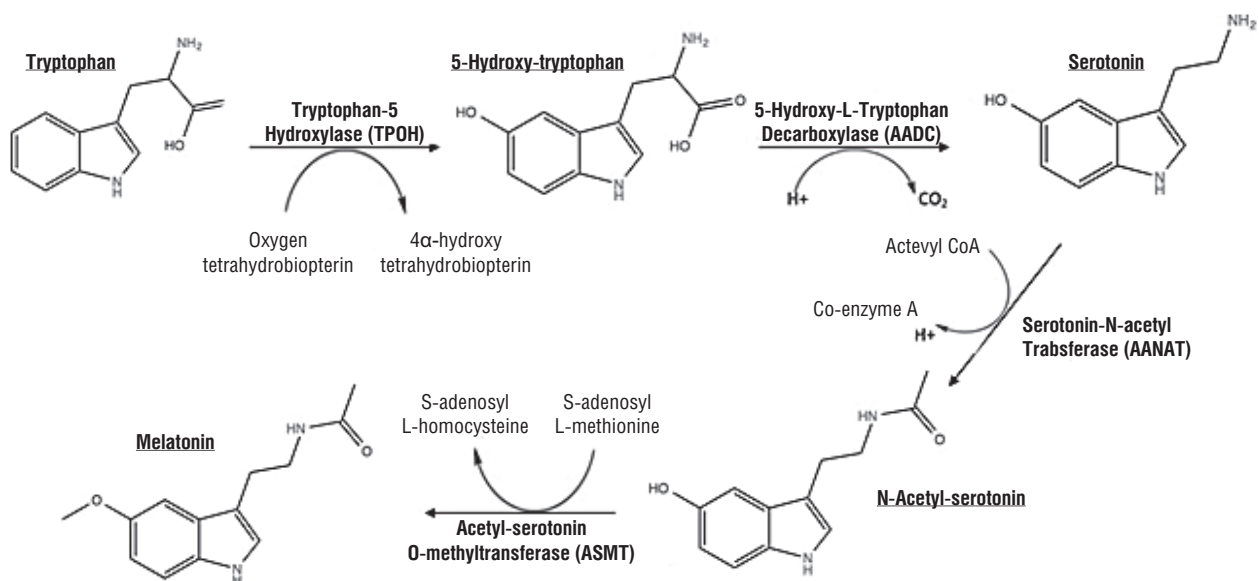


Рис. 1. Схема біосинтезу мелатоніну

в епіфізі при старінні морфофункціональних змін, які свідчать про зниження його активності внаслідок зменшення адренергічної іннервації та кількості β_1 -адренергічних рецепторів на поверхні пінеалоцитів [10].

Транспортною формою для мелатоніну є сироватковий альбумін. Висока щільність ділянок, що зв'язують мелатонін, була виявлена на молекулі гемоглобіну, що може свідчити про роль гемоглобіну як переносника мелатоніну в кровотоці до органів-мішеней. Висока ліпофільність цього гормону забезпечує його швидке проникнення через мембрани клітин в інші біологічні середовища [10].

Мелатонін опосередковує свої ефекти в результаті впливу на власні рецептори, розташовані як на мембрані клітин, так і на ядрі. Мембранні рецептори представлені двома типами: MTNR1A (MT_1) та MTNR1B (MT_2). Ці рецептори належать до родини рецепторів, пов'язаних з G-білками, і діють через Gai-білок, знижуючи рівень цАМФ [8]. Тканини, в яких знайдені й повністю охарактеризовані MT_1 -і/або MT_2 -рецептори – сітківка, супрахіазматичне ядро, pars tuberalis, хребтові та периферійні артерії, нирки, підшлункова залоза, кора надниркових залоз, сім'яники, імунні клітини, шлунково-кишковий тракт [15]. Нещодавно відкриті ядерні рецептори мелатоніну належать до підродини RZR/ROR-ретиноїдних рецепторів, через які, як припускають, опосередковуються імуностимулюючі і протипухлинні ефекти мелатоніну [8]. Члени підродини зв'язуються з ДНК у формі мономерів і «впізнають» гормоночутливі елементи (RORE). Результатом такої взаємодії є зміна рівня експресії генів специфічних факторів транскрипції і ефекторних білків. Важливо зазначити, що ядерні рецептори виявлені в трьох органах ссавців, що визначають добові ритми організму: в супрахіазматичному ядрі, сітківці ока й епіфізі [10].

Мелатонін має короткий період напіврозпаду (близько 30 хвилин) і швидко усувається з кровотоку. Він надходить у печінку, де гідроксильється і кон'югується з сірчаною (на 70–80 %) або глюкуроною (5 %) кислотами та у вигляді сульфатів і глюкуронідів виводиться з сечею. Основний метаболіт мелатоніну в сечі – 6-гідроксимелатонін-сульфат, за концентрацією якого можна судити про продукцію мелатоніну епіфізом [10]. У мозку невелика кількість мелатоніну може перетворюватися на речовини з мелатоніноподібною активністю по відношенню до контролю біологічних ритмів. Мелатонін, що синтезується в сітківці, інактивується іншим шляхом, відмінним від утилізації епіфізарного мелатоніну. Тому мелатонін, який синтезується і метаболізується в сітківці, не впливає на характеристику рівня мелатоніну циркулюючої крові, що визначається за продуктами екскреції [15].

Фізіологічні дії мелатоніну

Мелатонін має надзвичайно широкий спектр фізіологічних функцій [10]. Основними його фізіологічними функціями на рівні організму є регуляція діяльності нервової, ендокринної, серцево-судинної, імунної систем, травного тракту, контроль за періодичністю сну, адаптацією при зміні часових поясів, сезонною ритмікою, уповільнення процесів старіння, модифікація лактаційної

функції, антиоцицептивна активність шляхом впливу на центральні ланки больової чутливості головного мозку. На клітинному рівні показані виражений антиоксидантний, антимутагенний, антиапоптозний, нейропротекторний, протиішемічний ефекти [8, 16].

Біоритмологічна функція забезпечується безпосереднім впливом мелатоніну і модулюючим впливом на секрецію інших гормонів і біологічно активних речовин, концентрація яких змінюється залежно від часу доби. Мелатонін опосередковує всі найважливіші функції епіфіза, пов'язані з контролем діяльності периферійних ендокринних залоз і центральної нервової системи. Тісний гуморальний зв'язок епіфіза як нейроендокринного органа з гіпоталамусом здійснюється, мабуть, головним чином через спинномозкову речовину III шлуночка мозку. Введення специфічних компонентів епіфіза, а саме мелатоніну, в III шлуночок приводить до швидкого його проникнення в гіпоталамус [13]. У нормі функціональна активність епіфіза знаходиться в протифазі з діяльністю гіпофіза: мелатонін гальмує синтез гонадотропіну, соматотропіну, кортикотропіну та тиреотропіну. Таке чергування діяльності цих двох нейроендокринних утворень мозку забезпечує циркадіанне ритмічне функціонування не тільки залоз внутрішньої секреції, а й організму в цілому. У сезонних перебудовах організму основну роль грають пов'язані з фотоперіодизмом зміни продукції мелатоніну [8, 10].

Мелатонін підтримує цикл «сон – неспання», добові зміни локомоторної активності і температури тіла. Циркадіанні ритми температури у людини характеризуються максимальними показниками вдень і мінімальними вночі й асоційовані з особливостями біоелектричної активності мозку. У людини циркадіанний ритм секреції мелатоніну епіфізом тісно синхронізований з типовими годинами сну. Мелатонін може модифікувати рівень моноамінових нейротрансмітерів у мозку, ініціюючи каскад реакцій, які при досягненні кульмінації активують механізми сну. При старінні активність епіфіза знижується, тому кількість мелатоніну зменшується, сон стає поверхневим і неспокійним, можливе безсоння [8, 10].

Механізм антиоксидантної дії мелатоніну пов'язаний перш за все з його здатністю зв'язувати токсичні гідроксильні радикали, що утворюються при перекисному окисненні ліпідів. Поряд з прямим антиоксидантним ефектом гормон діє як вторинний антиоксидант. Крім цього, гормон має здатність безпосередньо зв'язувати іони металів зі змінною валентністю (залізо, мідь, манган). Антиоксидантні ефекти мелатоніну не пов'язані з його впливом на рецептори клітинних мембран, а обумовлені проникненням гормону в клітини і його взаємодією практично з усіма субклітинними структурами, включаючи ядро. Тому мелатонін може впливати на вільнорадикальні процеси в будь-якій клітині людського організму [10].

Мелатонін бере участь у регуляції функції тимуса та щитоподібної залози, підвищує активність Т-клітин та фагоцитів. За умови ослабленої функції тимуса екзогенне введення мелатоніну відновлює масу тимуса, покращує активність клітин, що посилює диференціювання Т-лімфоцитів і відновлює чутливість шкіри до алергенів. Шляхом збільшення

продукції цитокінів, які виробляються Т-хелперами, мелатонін підсилює імунну відповідь. Мелатонін пригнічує клітинну проліферацію, посилюючи експресію молекул адгезії, модулюючи імунну відповідь і здійснюючи прямий цитотоксичний вплив на пухлинні клітини [8, 10].

Мелатонін грає істотну роль у нормалізації післястресових станів організму, яка обумовлена його впливом на нейромедіаторні системи, впливом на синхронізацію циркадіанної ритміки. Впливаючи одночасно на нейроендокринну та імунну системи, мелатонін оптимізує гомеостаз і здійснює захист від стресу. У механізмі протистресової активності мелатоніну істотну роль грає зменшення активності тону симпатичної нервової системи і активності гіпофізарно-наднирковозалозої системи, зниження рівня кортикостероїдів та стимуляція виділення ендорфінів [10].

Роль мелатоніну в патогенезі та терапії депресивних розладів

Клінічна картина депресивних розладів зачіпає всі аспекти діяльності організму людини, в тому числі добових, сезонних та інших біологічних ритмів організму [17, 18]. Зазначений десинхроноз та поява дезадаптації обумовлені порушенням ритму продукції мелатоніну в організмі [12].

Згідно з хронобіологічною концепцією депресії, єдиною причиною депресивних розладів є фазова неузгодженість різних циркадних ритмів між собою, не в останню чергу через слабкість у роботі структур, що ними керують. Порушення центральної моноамінергічної передачі, зокрема, здатне в першу чергу негативно відображатися на функції провідного ритмоорганізуючого апарату – супрахіазматичних ядер гіпоталамуса, що призводить до прискорення «ходу» біологічного годинника і формування внутрішнього десинхронозу [19].

Одним із джерел такого роду динамічної хронопатології може бути недостатність контролю за діяльністю ядер з боку епіфіза. В умовах психічної норми за допомогою закладених у них мелатонінових рецепторів гормон стримує активність ритмоводія, забезпечує більшу синхронність коливальних процесів в організмі і тому – запобігання десинхронозу. З таких позицій зрозуміло, що гормональна недостатність повинна призводити до зворотних наслідків із розвитком психічного захворювання. Хронопатологічному дефекту, який лежить в основі депресивності, крім «несправності» нормальних взаємин епіфіза та супрахіазматичних ядер, очевидно, сприяє мелатоніновий дефіцит за рахунок зрушень у роботі інших мозкових утворень, які, беручи участь у регуляції процесів вищої нервової діяльності та емоційно-мотиваційної поведінки, одночасно залучені до організації біологічних ритмів. Це положення підтверджує вивчення внеску епіфізарного гормону в ритмогенну діяльність смугастого тіла (стріатума) і старої кори (гіпокампа). У походженні депресії важливою обставиною є також можливість ослаблення обмежувального контролю

епіфіза за діяльністю гіпоталамо-гіпофізарно-адренкортикальної системи [19].

На користь хронобіологічної природи депресій свідчать три основні факти: виражена циклічність у клінічній картині більшості депресивних розладів і наявність інсомнії; можливість ефективного впливу на перебіг депресії хронобіологічними методами (депривація сну, світлотерапія, терапія «темрявою»); існування у багатьох класів антидепресантів активності щодо циркадних ритмів [18, 20]. Більшість антидепресантів навіть у традиційних схемах застосування чинять виражені хронотропні ефекти, зокрема, на добові коливання вмісту норадреналіну та інших нейротрансмітерів, збільшення латентної фази REM-сну, зменшення загальної тривалості цієї стадії сну. Припускають, що ця дія антидепресантів пов'язана з активацією пінеалоцитів, опосередкована прямим впливом на їх β -адренорецептори [20]. Є дослідження, які демонструють, що тривале лікування класичними антидепресантами змінює в головному мозку співвідношення MT_1 / MT_2 -рецепторів. Існують дані, які показують, що флувоксамін збільшує секрецію мелатоніну. А ось флуоксетин, навпаки, знижує концентрацію мелатоніну в крові, що пов'язують з блокадою зворотного захоплення серотоніну під впливом цього антидепресанту. З іншого боку, флувоксамін підвищує концентрацію мелатоніну в крові в зв'язку з тим, що мелатонін метаболізується за участю ізоферменту цитохрому CYP450A2, який і блокує флувоксамін. З іншого боку, дослідниками було показано, що вальпроєва кислота – потужний нормотимік, анкіолітик і антима́нік – має здатність підвищувати кількість і чутливість MT_1 / MT_2 -мелатонінових рецепторів, і це може бути одним з механізмів її нормотимічної, антима́ніакальної й анкіолітичної активності. Є дані, що електросудомна терапія (ЕСТ), яка використовується в лікуванні пацієнтів з депресією, достовірно підвищує концентрацію мелатоніну в крові, що може бути одним із механізмів терапевтичного ефекту ЕСТ і пояснювати швидку, нерідко з перших днів, нормалізацію депресивної симптоматики, купірування інсомнії та вегетативних порушень в ході курсу ЕСТ [21].

Слід зазначити, що положення хронобіологічної гіпотези не суперечать прийнятій раніше і неодноразово підтвердженій моноаміновій гіпотезі, а доповнюють її, оскільки їх об'єднує походження всіх нейромедіаторів з триптофану [18].

Було встановлено, що у пацієнтів з депресією відзначається зниження вмісту мелатоніну в плазмі крові в нічні години з відповідним зниженням екскреції його метаболітів. Вважають, що низький рівень мелатоніну у пацієнтів з депресією, будучи ознакою зменшення рівнів норадреналіну і серотоніну в головному мозку, може бути використаний як маркер балансу цих нейромедіаторів на рівні головного мозку [18]. Виділяють два біохімічних типи депресії: перший – із низьким рівнем дофаміну, другий – із низьким рівнем дофаміну та серотоніну [17].

У той же час дослідження показали, що порушення продукції мелатоніну при депресії є складними

і представляють собою не тільки дефіцит мелатоніну. За результатами значного числа робіт констатовано підвищення рівня мелатоніну. Наприклад, R. Rubin і співавт. виявили, що як у чоловіків, так і у жінок з діагнозом «великий депресивний розлад» нічна секреція мелатоніну була значно вищою, порівняно зі здоровими. При цьому прямого зв'язку між рівнями мелатоніну і вираженістю депресії автори не виявили. В іншому дослідженні, виконаному A. Wirz-Justice і співавт., було встановлено, що у пацієнтів з депресією підвищений як денний, так і нічний вміст мелатоніну. В даному аспекті великий інтерес становить робота A. Szymanska і співавт., в якій визначено ступінь зв'язку між вираженістю депресивної симптоматики і рівнем мелатоніну в крові. Вони обстежили дві групи пацієнтів – з помірною депресією (20–29 балів за шкалою депресії Гамільтона) і з тяжкою депресією (30–40 балів). Виявилося, що в групі з тяжкою депресією вміст денного мелатоніну був значно вищим, ніж у групі з помірною симптоматикою. Що стосується нічної секреції мелатоніну, то вона була підвищеною в обох групах, порівняно зі здоровими. Лікування кломіпраміном протягом 8 тижнів привело до істотного зниження середнього рівня мелатоніну у пацієнтів обох груп, хоча навіть при повній ремісії цей рівень залишався вищим, порівняно з таким у здорових. R. Rubin і співавт. у своєму дослідженні відзначали тенденцію до затримки піку секреції мелатоніну у пацієнтів з депресією (максимальна концентрація мелатоніну припадала на час від 3 до 5 год ночі, тоді як у здорових обстежених пік концентрації мелатоніну припадав приблизно на 2 год ночі). Отримані результати вельми суперечливі, однак, на думку ряду авторів, можуть бути пояснені існуванням біохімічно різних підгруп депресії [18].

Інші дослідники припускають, що в загальній популяції пацієнтів з депресивними розладами існує підгрупа пацієнтів з генералізованими порушеннями функціонування системи ендокринної регуляції, центральною ланкою яких є дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи. Порушення функції епіфіза в цьому випадку є вторинними [18].

Комбінація антидепресивного та хронобіотичного (з поліпшенням якості сну) ефектів залишається актуальним завданням на всіх етапах терапії депресії [2]. Цей факт обумовлює науковий інтерес до використання мелатоніну при лікуванні вказаної патології. Повідомляється, що антидепресивна активність мелатоніну виявляється при окремих функціональних депресивних станах, що пояснюють здатністю інгібувати МАО [22]. Покращення мозкової діяльності під його впливом пов'язують із декількома механізмами: антиоксидантною дією, ослабленням глутаматної нейротоксичності, активацією фактора росту нейронів та обмеженням апоптозу нервових клітин [13]. Є експериментальні дані про те, що мелатонін підвищує рівень гамма-аміномасляної кислоти, основного гальмуючого нейротрансмітера в ЦНС, а також серотоніну в середньому мозку і гіпоталамусі, зниження яких має значення при розвитку тривожних і депресивних станів [8].

Цікавим аспектом даного питання є ефективність нефармакологічних методів лікування депресії, а саме депривації сну та світлотерапії, які впливають на обмін мелатоніну. Оскільки навіть незначний вплив світла пригнічує виділення мелатоніну, ці методи також повинні викликати зниження рівня цього гормону. Повна або часткова депривація сну, можливо, є єдиною, за винятком кетаміну, антидепресивною інтервенцією, помітний сприятливий ефект якої проявляється в той же день, полегшуючи депресію приблизно у 60 % пацієнтів. Відповідь на депривацію сну особливо виражена у пацієнтів зі стійкими щоденними перепадами настрою. Слід зазначити, що терапія яскравим світлом стабілізує антидепресивний ефект часткової депривації сну. Що стосується ефективності світлотерапії, то в клінічних рекомендаціях британського інституту NICE за підсумками огляду великої кількості досліджень констатується, що дослідження значно варіюють за методологією. У всіх дослідженнях розрізнялися параметри інтенсивності і тривалості впливу світла, часу дня, способу застосування світла і груп порівняння. Звідси можна зробити висновок, що, незважаючи на очевидну більшу ефективність яскравого світла в порівнянні з контрольною групою на листі очікування неясно, чи виходить цей ефект за межі плацебо [23].

У результаті дослідження мелатонінергічних антидепресантів виявлено, що основні фармакологічні ефекти агомелатину визначаються тим, що препарат є насамперед лігандом мелатонінових рецепторів з властивістю агоніста до MT_1 / MT_2 -рецепторів (в першу чергу в СХЯ). Фармакологічні властивості агомелатину обумовлені також антагонізмом препарату з серотонінергічними $5-HT_{2C}$ -рецепторами, при цьому він посилює вивільнення дофаміну і норадреналіну, особливо в ділянці префронтальної кори мозку, і не впливає на концентрацію позаклітинного серотоніну [2]. Вплив на $5-HT_{2C}$ -рецептори є дуже важливою ланкою в антидепресивному ефекті агомелатину. Відомо, що $5-HT_{2C}$ -рецептори трапляються в лобній долі головного мозку, гіпокампі, базальних гангліях та інших структурах, пов'язаних з афективним, моторним і когнітивним дефіцитом. Багато антидепресантів, такі як міансерин, міртазапін та амітриптилін, діють як антагоністи $5-HT_{2C}$ -рецепторів. На відміну від $5-HT_{2A}$ і $5-HT_{2B}$ рецепторів, активація $5-HT_{2C}$ -рецепторів чинить тонічний інгібувальний вплив на дофамінергічні та адренергічні шляхи, активність яких пригнічена при депресії. Крім того, вважають, що $5-HT_{2C}$ -рецептори залучені до формування тривожної симптоматики при депресивних розладах. Це забезпечує анксиолітичний ефект агомелатину [18]. Одночасно агомелатин діє на ряд показників інсомнії, зокрема усуває ключові порушення, що визначають послідовність структурних елементів циклу сон-неспанання: відновлює стадії і цикли сну та денну активність з самого ранку [2]. У той же час, критичне дослідження ефективності таких втручань при великому депресивному розладі свідчить про те, що циркадна зміна може бути необхідною, але недостатньою для антидепресивного ефекту [24].

Висновки

Огляд літературних джерел показав, що порушення секреції мелатоніну є характерною особливістю пацієнтів з депресивними розладами. Але спрямованість цього порушення може бути різною: як в сторону зменшення, так і в сторону збільшення. Цей факт обумовлений наявністю біохімічно різних підгруп депресії. Антидепресивний ефект мелатоніну на сьогоднішній день є досить суперечливим. Ефект іншого мелатонінергічного антидепресанта, агомелатину, може бути обумовлений як впливом на мелатонінові рецептори, так і антагоністичними властивостями щодо серотонінових 5-HT_{2C}-рецепторів. У зв'язку з цим знову постає питання про розробку диференційного підходу до терапії різних депресивних розладів, зокрема – попередньої лабораторної оцінки пінеальної функції.

Список використаної літератури

- Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Гринь К. В. Віковий патоморфоз рекурентних депресивних розладів. *Світ медицини та біології*. 2016. № 4. С. 64–66.
- Котова О. В. Роль мелатоніну в ліченні депресії. *Неврологія, нейропсихіатрія, психосоматика*. 2011. Т. 3, № 2. С. 85–88. DOI: 10.14412/2074-2711-2011-153.
- Гринь К. В. Клінічні та біоритмологічні особливості депресивних розладів у чоловіків та жінок. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2010. Т. 10, № 3. С. 146–149.
- Lewy A. J., Wehr T. A., Gold P. W. Plasma melatonin in manic depressive-illness. *Catecholamines*. 1979. P. 1173–1175. DOI: 10.1016/B978-1-4832-8363-0.50359-1.
- Маларов С. А. Тяжелая депрессия и трудные для лечения больные депрессией в стационаре: новые возможности терапии. *НейроNEWS*. 2011. № 7. С. 34–38.
- Бурчинский С. Г. Агомелатин – антидепрессант нового поколения: клиническая эффективность и преимущества. *Український вісник психоневрології*. 2006. Т. 14, вип. 4 (49). С. 81–84.
- Højgaard K., Christiansen S. L., Bouzinova E. V., Wiborg O. Disturbances of diurnal phase markers, behavior, and clock genes in a rat model of depression; modulatory effects of agomelatine treatment. *Psychopharmacology*. 2018. Vol. 235, issue 3. P. 627–640. DOI: 10.1007/s00213-017-4781-8.
- Нестерова М. В. Мелатонин – адаптоген с мультимодальными возможностями. *Медицинский совет*. 2015. № 18. С. 50–53. DOI: 10.21518/2079-701X-2015-18-50-53.
- Касумян А. Б., Полуэктов М. Г. К 60-летию открытия мелатонина. Перевод оригинальной статьи А. Лернера. *Эффективная фармакология. Неврология спецвыпуск «Сон и его расстройства – 6»*. 2018. № 35. С. 86–87.
- Каладзе Н. Н., Соболева Е. М., Скоромная Н. Н. Итоги и перспективы изучения физиологических, патогенетических и фармакологических эффектов мелатонина. *Здоровье ребенка*. 2010. № 2. С. 156–166.
- Черних В. П. Фармацевтична енциклопедія. Київ: МОПІОН, 2010. 1632 с.
- Дорогой А. П. Мелатонин – основной гормон передней доли эпифиза (шишковидной залози). Биологичне і клінічне значення гормону в кардіологічній практиці. *Український кардіологічний журнал*. 2006. № 2. С. 99–105.
- Коршняк В. О. Роль мелатоніну в нейроендокринній регуляції нервової системи у хворих із наслідками закритих черепно-мозгових травм (огляд літератури). *Міжнародний неврологічний журнал*. 2016. № 4. С. 108–113.
- Melatonin and minocycline for combinatorial therapy to improve functional and histopathological deficits following traumatic brain injury / M. L. Kelso, N. W. Scheff, S. N. Scheff [et al.] // *Neurosci Lett*. 2011. Vol. 488, issue 1. P. 60–64. DOI: 10.1016/j.neulet.2010.11.003.
- Мелатонин: теория и практика / А. Ю. Беспяных и др. Москва: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2009. 99 с.
- Комаров О. М., Рапопорт С. И. Хронобиология и хрономедицина. Москва: Триада-Х, 2000. 488 с.
- Сидоренко А. Г. Роль нейромедиаторных систем у розвитку депресії. *Вісник проблем біології і медицини*. 2012. Вип. 1. С. 45–49.
- Васильев А. Н., Кокін І. В., Комарова М. О. Уровень мелатонина и депрессивные расстройства. *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения*. 2014. № 3. С. 24–28.

- Арушанян Э. Б. Изучение психотропной активности гормона эпифиза мелатонина – оригинальное направление наших исследований. *Экспериментальная и клиническая фармакология*. 2007. Т. 70, № 6. С. 55–60. DOI: 10.30906/0869-2092-2007-70-6-55-60.
- Стрельник С. Н., Романов Д. В. Хронобиологический подход к терапии депрессивных расстройств. *Российский психиатрический журнал*. 2008. № 6. С. 84–88.
- Быков Ю. В., Беккер Р. А., Григорьев М. Э. Перспективы применения мелатонина при депрессивных расстройствах (обзор литературы). *Consilium medicum*. 2013. № 9. С. 90–95.
- Пішак В. П., Кривчанська М. І., Пішак О. В. Погляд на ефекти мелатоніну. *Сучасна гастроентерологія*. 2016. № 5 (91). С. 118–120.
- Клинические рекомендации Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (ВФОБП) по биологической терапии униполярных депрессивных расстройств. Часть 3: Острое и продолжительное лечение униполярных депрессивных расстройств по состоянию на 2013 год / М. Бауэр, А. Пфенниг, Э. Северус [и др.] // *Современная терапия психических расстройств*. 2016. № 2. С. 27–40.
- Norman T. R. Agomelatine, melatonin and depressive disorder. *Expert Opin Investig Drugs*. 2013. Vol. 22, issue 4. P. 407–410. DOI: 10.1517/13543784.2013.779668.

References

- Skrypnikov, A. M., Herasymenko, L. O., & Gryn', K. V. (2016). Vikoviy patomorfoz rekurentnyh depresyynyh rozladiv [Age-related pathomorphosis of recurrent depressive disorders]. *Svit medycyny ta biologiyi*, 4, 64–66. (In Ukrainian).
- Kotova, O. V. (2011). Rol' melatonina v lechenii depressii [Role of melatonin in the treatment of depression]. *Nevrologiya, Neuropsikhiatriya, Psikosomatika*, 3(2), 85–88. (In Russian). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2011-153>
- Gryn', K. V. (2010). Klinichni ta biorytmologichni osoblyvosti depresyynyh rozladiv u cholovikiv ta zhinok [Clinical and biorhythmic features of depressive disorders in men and women]. *Actual Problems of the Modern Medicine*, 10(3), 146–149. (In Ukrainian).
- Lewy, A. J., Wehr, T. A., & Gold, P. W. (1979). Plasma melatonin in manic depressive-illness. *Catecholamines*, 1173–1175. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4832-8363-0.50359-1>
- Malyarov, S. A. (2011). Tyazhelaya depressiya i trudnye dlya lecheniya bol'nye depressiei v statsionare: novye vozmozhnosti terapii [Severe depression and difficult to treat patients with depression in the hospital: new treatment options]. *NeuroNews*, 7, 34–38. (In Russian).
- Burchinsky, S. G. (2006). Agomelatine – antidepressant novogo pokoleniya: klinicheskaya effektivnost' i preimushchestva [Agomelatine – antidepressant of new generation: clinical efficacy and benefits]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 14(4), 81–84. (In Russian).
- Højgaard, K., Christiansen, S. L., Bouzinova, E. V., & Wiborg, O. (2018). Disturbances of diurnal phase markers, behavior, and clock genes in a rat model of depression; modulatory effects of agomelatine treatment. *Psychopharmacology*, 235(3), 627–640. <https://doi.org/10.1007/s00213-017-4781-8>
- Nesterova, M. V. (2015). Melatonin – adaptogen s mul'timodal'nymi vozmozhnostyami [Melatonin is an adaptogen with multimodal action]. *Medical Council*, 18, 50–53. (In Russian). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-18-50-53>
- Kasumyan, A. B., & Poluektov, M. G. (2018). K 60-letiyu otkrytiya melatonina. Perevod original'noi stat'i A. Lerner [To the 60th anniversary of the discovery of melatonin. Translation of the original article by A. Lerner]. *Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya spetsvypusk «Son i ego rasstroystva – 6»*, 35, 86–87. (In Russian).
- Kaladze, N. N., Soboлева, Ye. M., & Skoromnaya, N. N. (2010). Itogi i perspektivy izucheniya fiziologicheskikh, patogeneticheskikh i farmakologicheskikh effektiv melatonina [Results and perspectives of study of physiological, pathogenetic and pharmacological effects of melatonin]. *Child's health*, 2, 156–166. (In Russian).
- Chernykh, V. P. (2010). *Farmatsevtichna entsyklopediia* [Pharmaceutical encyclopedia]. Kyiv: MORION, 1632 p. (In Ukrainian).
- Dorogoy, A. P. (2006). Melatonin – osnovnyi hormon perednoi doli epifizu (shyshkovidnoy zalozy). Biologichne i klinichne znachennia hormonu v kardiologichnii praktytzi [Melatonin – main hormone of anterior lobe of the epiphysis (pineal glandular). Its biological and clinical significance in cardiological practice]. *Ukrainian Journal of Cardiology*, 2, 99–105. (In Russian).
- Korshniak, V. O. (2016). [The role of melatonin in neuroendocrine regulation of the nervous system in patients with consequences of closed craniocerebral injuries (literature review)]. *International Neurological Journal*, 4, 108–113. (In Ukrainian).
- Kelso, M. L., Scheff, N. W., Scheff, S. N., & Pauly, J. R. (2011). Melatonin and minocycline for combinatorial therapy to improve functional and histopathological deficits following traumatic brain injury. *Neurosci Lett*, 488(1), 60–64. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2010.11.003>
- Bespyatykh, A. Yu., Brodskii, V. Ya., Burlakova, O. V., Golichenkov, V. A., Voznesenskaya, L. A., Kolesnikov, D. B., ... Rapoport, S. I. (2009). *Melatonin: teoriya i praktika* [Melatonin: theory and practice]. Moscow: ID «MEDPRAKTIKA-M», 99 p. (In Russian).
- Komarov, O. M., & Rapoport, S. I. (2000). *Khronobiologiya i khronomeditsina* [Chronobiology and Chronomedicine]. Moscow: Triada-Kh, 488 p. (In Russian).
- Sydorenko, A. G. (2012). Rol' neiromediatornykh sistem u rozvytku depressii [A Role Of Neuromediator Systems In The Development Of Depression]. *Bulletin of problems of biology and medicine*, 1, 45–49. (In Ukrainian).
- Vasiliev, A. N., Kokin, I. V., & Komarova, M. O. (2014). Uroven' melatonina i depressivnye rasstroystva [Melatonin Levels and Depressive Disorders]. *Bulletin of the Scientific Centre for Expert Evaluation of Medicinal Products*, 3, 24–28. (In Russian).

19. Arushanyan, E. B. (2007). Izucheniye psikhotropnoi aktivnosti gormona epifiza melatonina – original'noe napravleniye nashikh issledovaniy [Studying the psychotropic activity of pineal hormone melatonin: original direction of our investigations]. *Experimental and Clinical Pharmacology*, 70(6), 55–60. (In Russian). <https://doi.org/10.30906/0869-2092-2007-70-6-55-60>
20. Strelnik, S. N., & Romanov, D. V. (2008). Khronobiologicheskii podkhod k terapii depressivnykh rasstroistv [Chronobiological approach to the treatment of depressive disorders]. *Russian Psychiatric Journal*, 6, 84–88. (In Russian).
21. Bykov, Yu. V., Bekker, R. A., & Grigor'ev, M. E. (2013). Perspektivy primeneniya melatonina pri depressivnykh rasstroistvakh (obzor literatury) [Prospects for the use of melatonin in depressive disorders (literature review)]. *Consilium medicum*, 9, 90–95. (In Russian).
22. Pishak, V. P., Kryvchanska, M. I., & Pishak, O. V. (2016). Pohliad na efekty melatoninu [A look at the melatonin effects]. *Modern Gastroenterology*, 5, 118–120. (In Ukrainian).
23. Bauer, M., Pfennig, A., Severus, E., Whybrow, P. C., Angst, J., & Möller, H. J. (2016). Klinicheskie rekomendatsii Vsemirnoi federatsii obshchestv biologicheskoi psikiatrii (VFOBP) po biologicheskoi terapii unipolyarnykh depressivnykh rasstroistv. Chast' 3: Ostroe i prodolzhennoe lecheniye unipolyarnykh depressivnykh rasstroistv po sostoyaniyu na 2013 god [Clinical recommendations of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) on the biological treatment of unipolar depressive disorders. Part 3: Acute and continued treatment for unipolar depressive disorders as of 2013]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*, 2, 27–40. (In Russian).
24. Norman, T. R. (2013). Agomelatine, melatonin and depressive disorder. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 22(4), 407–410. <https://doi.org/10.1517/13543784.2013.779668>

Відомості про авторів:

СКРИПНИКОВ Андрій Миколайович, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна;
e-mail: professorsan1963@gmail.com
ID ORCID: 0000-0002-1562-9421

КИДОНЬ Павло Володимирович, канд. мед. наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна;
e-mail: pavlokydon@gmail.com
ID ORCID: 0000-0001-8711-8228

Сведения об авторах:

СКРИПНИКОВ Андрей Николаевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина;
e-mail: professorsan1963@gmail.com
ID ORCID: 0000-0002-1562-9421

КИДОНЬ Павел Владимирович, канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина;
e-mail: pavlokydon@gmail.com
ID ORCID: 0000-0001-8711-8228

About the Authors:

SKRYPNIKOV Andrii Mykolaiovych, Doctor of medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine;
e-mail: professorsan1963@gmail.com
ID ORCID: 0000-0002-1562-9421

KYDON Pavlo Volodymyrovych, MD, PhD, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine;
e-mail: pavlokydon@gmail.com
ID ORCID: 0000-0001-8711-8228

Ю. А. Стародубцева

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ,
ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ КОМП'ЮТЕРНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Резюме

Актуальність. У сучасних умовах відбувається різке збільшення нехімічних аддикцій, насамперед, комп'ютерної залежності. На жаль, пацієнти з нехімічними залежностями не потрапляють у поле зору лікарів на ранніх етапах розвитку захворювання, а звертаються за спеціалізованою допомогою в ситуаціях хронізації, втрати працездатності, деліквентної поведінки, що сприяє порушенню соціального функціонування, якості життя самого пацієнта та його родини.

Мета – розробити та оцінити ефективність комплексної програми лікування розладів адаптації, пов'язаних із комп'ютерною залежністю, на підставі вивчення клініко-психопатологічних та патофизиологічних закономірностей їх формування.

Матеріали та методи. Обстежено 117 хворих з ознаками комп'ютерної залежності за результатами AUDIT-подібних тестів та з розладами адаптації.

Основна група – 66 хворих, які брали участь у програмі комплексної терапії із застосуванням методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти; контрольна – 51 хворий, який отримував стандартну регламентовану терапію у лікувальному закладі.

Методи обстеження – клініко-анамнестичний; клініко-психопатологічний, з використанням AUDIT-подібних тестів для комплексної оцінки аддиктивного статусу; психодіагностичний з використанням госпітальної шкали тривоги і депресії, клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (HAM-A та HAM-D), опитувальника нервово-психічної напруги за Немчином Т. А., статистичний.

Результати. У клінічній картині комп'ютерної залежності відмічались: нав'язливий серфінг в комп'ютерній мережі (45,8±1,6 % обстежених), комп'ютерні ігри (22,3±1,2%), віртуальне спілкування (5,8±0,4 %), азартні ігри on-line (14,1±1,1%), захоплення порносайтами (1,2±0,1 %).

Усі обстежені отримували фармакотерапію із застосуванням антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або мелатоніну та анксиолітичних засобів. Психотерапевтичний комплекс включав використання раціональної психотерапії, особистісно-орієнтованої психотерапії, екзистенціальної психотерапії, арт-терапії (малюнкові техніки). Психоосвітня робота включала в себе використання інформаційних модулів, мотиваційних тренінгів, формування комунікативних умінь і навичок, проблемно-орієнтованих дискусій та навчання копінг-стратегіям.

Психотерапевтична та психоосвітня робота були спрямовані на визначення ресурсних можливостей пацієнта в подоланні комп'ютерної залежності та її виникнення.

На тлі використання розробленої комплексної програми терапії розладів адаптації, пов'язаних із комп'ютерною залежністю, встановлено, що завдяки використанню психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти відбулася позитивна динаміка емоційного статусу хворих, редукція проявів тривоги та депресії за Госпітальною шкалою; тяжких депресивного та тривожного епізодів та шкалами Гамільтона; зниження нервово-психічної напруги за шкалою Т. А. Немчина.

Висновки. Комплексна система терапії розладів адаптації, пов'язаних із комп'ютерною залежністю, повинна включати поєднання фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти. Позитивна динаміка емоційного статусу хворих, переважання субклінічних проявів або відсутність тривоги та депресії за шкалою HADS; легкий депресивний та тривожний епізоди або їх відсутність за шкалами HAM-D та HAM-A, зниження нервово-психічної напруги за шкалою Т. А. Немчина у пацієнтів з розладами адаптації, пов'язаними із комп'ютерною залежністю, та стійкість терапевтичного ефекту протягом дворічного катамнестичного дослідження свідчить про ефективність розробленої комплексної програми терапії.

Ключові слова: комп'ютерна залежність, розлади адаптації, психоосвіта, психотерапія, тривога, депресія, нервово-психічна напруга, астенія.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ, СВЯЗАННЫХ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ю. А. Стародубцева

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Резюме

Актуальность. В современных условиях происходит резкое увеличение нехимических аддикций, прежде всего компьютерной зависимости. К сожалению, пациенты с нехимическими зависимостями не попадают в поле зрения врачей на ранних этапах развития заболевания, а обращаются за специализированной помощью в ситуациях хронизации, потери трудоспособности, деликвентного поведения, что способствует нарушению социального функционирования, качества жизни самого пациента и его семьи.

Цель – разработать и оценить эффективность комплексной программы лечения расстройств адаптации, связанных с компьютерной зависимостью, на основании изучения клинико-психопатологических и психопсихологических закономерностей их формирования.

Материалы и методы. Обследованы 117 больных с признаками компьютерной зависимости по результатам AUDIT-подобных тестов и с расстройствами адаптации. Основная группа – 66 больных, принимавших участие в программе комплексной терапии с применением методов фармакотерапии, психотерапии и психообразования; контрольная – 51 больной, получавший стандартную регламентированную терапию в лечебном учреждении.

Методы обследования: клинико-anamnestический; клинико-психопатологический, с использованием AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса, психодиагностические с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, клинических шкал тревоги и депрессии Гамильтона, опросника нервно-психического напряжения; статистический.

Результаты. В клинической картине компьютерной зависимости отмечались: навязчивый серфинг в компьютерной сети ($45,8 \pm 1,6$ % обследованных), компьютерные игры ($22,3 \pm 1,2$ %), виртуальное общение ($5,8 \pm 0,4$ %), азартные игры on-line ($14,1 \pm 1,1$ %), увлеченность порносайтами ($1,2 \pm 0,1$ %).

Все обследованные получали фармакотерапию с применением антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или мелатонина, и анксиолитических средств. Психотерапевтический комплекс включал использование рациональной психотерапии, личностно-ориентированной психотерапии, экзистенциальной психотерапии, арт-терапии (рисуночной техники). Психообразовательная работа включала в себя использование информационных модулей, мотивационных тренингов, формирования коммуникативных умений и навыков, проблемно-ориентированных дискуссий и обучения навыкам совладания.

Психотерапевтическая и психообразовательная работа были направлены на определение ресурсных возможностей пациента в преодолении компьютерной зависимости и ее возникновения.

На фоне использования разработанной комплексной программы терапии расстройств адаптации, связанных с компьютерной зависимостью, установлено, что благодаря использованию психофармакотерапии, психотерапии и психообразования удалось добиться положительной динамики эмоционального статуса больных, редукции проявлений тревоги и депрессии по Госпитальной шкале; тяжелого депрессивного и тревожного эпизодов по шкалам Гамильтона; снижения нервно-психического напряжения по шкале Т. А. Немчина.

Выводы. Комплексная система терапии расстройств адаптации, связанных с компьютерной зависимостью, должна включать сочетание фармакотерапии, психотерапии и психообразования.

Положительная динамика эмоционального статуса больных, преобладание субклинических проявлений или отсутствие тревоги и депрессии по шкале HADS; легкий депрессивный и тревожный эпизоды или их отсутствие по шкалам HAM-D и HAM-A, снижения нервно-психического напряжения по шкале Т. А. Немчина у пациентов с расстройствами адаптации, связанными с компьютерной зависимостью и устойчивость терапевтического эффекта в течение двухлетнего катамнестического исследования свидетельствует об эффективности разработанной комплексной программы терапии.

Ключевые слова: компьютерная зависимость, расстройства адаптации, психообразование, психотерапия, тревога, депрессия, нервно-психическое напряжение, астения.

COMPREHENSIVE APPROACH TO THERAPY OF ADAPTATION DISORDERS ASSOCIATED WITH COMPUTER ADDICTION

Yu. A. Starodubtseva

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Abstract

Background. In modern conditions there is a quick increase in non-chemical addictions, primarily computer addiction. Unfortunately, patients with non-chemical addictions do not fall into the field of view of doctors at the early stages of the development of the disease. They seek specialized help when addiction becomes a chronic process; due to disability, and delinquent behavior, which contributes to a violation of social functioning and quality of life of the patient and his family.

Objective – to develop and evaluate the effectiveness of a comprehensive program for the treatment of adaptation disorders associated with computer addiction, based on the study of clinical, psychopathological and psychopathological patterns of their formation.

Materials and methods. The study involved 117 patients with signs of computer addiction according to the results of AUDIT-like tests and with adaptation disorders. The main group consisted of 66 patients who took part in the complex therapy program using the methods of pharmacotherapy, psychotherapy and psycho-education; control group – 51 patients who received standard regulated therapy in a medical institution.

We used such study methods: clinical-anamnesic; clinical-psychopathological, using AUDIT-like tests for a comprehensive assessment of addictive status, psychodiagnostic using a hospital scale of anxiety and depression, Hamilton anxiety rating scale, Hamilton depression rating scale, the questionnaire of neuro-psychic tension according to T. A. Niemchyn; statistical.

Results. The clinical picture of computer addiction noted: compulsive surfing in a computer network (45.8 ± 1.6 % of the examined), computer games (22.3 ± 1.2 %), virtual communication (5.8 ± 0.4 %), gambling on-line (14.1 ± 1.1 %), passion for porn sites (1.2 ± 0.1 %).

All examined patients received pharmacotherapy – antidepressants (SSRI) and anxiolytic drugs. The psychotherapeutic complex included the use of rational psychotherapy, personality-oriented psychotherapy, existential psychotherapy, art therapy (painting technique). Psycho-educational work included the use of information modules, motivational trainings, the formation of communicative skills, problem-oriented discussions and teaching coping skills.

Psychotherapeutic and psycho-educational work was aimed at determining the patient's resource in overcoming computer addiction and its occurrence.

Due to effects of the developed comprehensive program for the treatment of adaptation disorders associated with computer addiction, positive dynamics of the emotional status of patients were achieved, reduction of manifestations of anxiety and depression by HADS, reduction of manifestations of severe depressive and anxious episodes according to the Hamilton scales as well as reduce neuropsychic stress on a scale of T. A. Niemchyn were indicated.

Conclusions. A comprehensive system for the treatment of adaptation disorders associated with computer addiction should include a combination of pharmacotherapy, psychotherapy and psycho-education. Positive dynamics of the emotional status of patients, the predominance of subclinical manifestations or the absence of anxiety and depression on the HADS scale; mild depressive and anxious episodes or their absence according to the HAM-D and HAM-A scales; reduction of neuropsychic stress on a scale of T. A. Niemchyn as well as stability of the therapeutic effect during a two-year follow-up study indicates the effectiveness of the developed comprehensive therapy program.

Keywords: computer addiction, adaptation disorders, psycho-education, psychotherapy, anxiety, depression, neuropsychic stress, asthenia.

For citation: Starodubtseva Yu. A. Comprehensive approach to therapy of adaptation disorders associated with computer addiction. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(3): 155–159. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.155-159

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): anfiss22@gmail.com

Received / Поступила: 30.07.2019

Accepted / Прийнята до друку: 03.09.2019

Актуальність. В останні роки ситуація в Україні характеризується безперервно зростаючими вимогами та психологічним навантаженням на населення через дію різноманітних масових психогенних чинників, що призводить до дезадаптації людини в умовах соціальної кризи та поширення аддиктивної поведінки, насамперед, хвороб залежності [1].

У сучасних умовах відбувається різке збільшення нехімічних аддикцій, насамперед комп'ютерної залежності, що набуває в молодіжному середовищі характеру національного лиха, а також поява нових видів залежності [2].

Умови українського сьогодення характеризуються соціально-економічними та соціально-політичними

зміними, які часто набувають психогенного значення та охоплюють усі сфери людського життя: стрімко трансформується звичне середовище існування, формуються нові обставини, людина втрачає чіткі орієнтири, що сприяє розвитку і посиленню сутнісного страху перед реальністю. Втрата внутрішнього комфорту, почуття безпеки та рівноваги, що спостерігається в кризові часи, для багатьох людей стає вирішальним фактором у виборі аддиктивної стратегії поведінки. В умовах стресової напруженості різко збільшується кількість пацієнтів з проявами залежності від хімічних та нехімічних речовин [3, 4]. Як інструмент, що заміщує незадоволену

потребу і знижує мотиваційно-емоційну напругу, використовуються «штучні» стимулятори позитивних емоцій у вигляді хімічних (прийом речовин, які впливають на психічні процеси) і нехімічних агентів (надлишкове зосередження на певних видах активності), що супроводжується розвитком суб'єктивно прийнятих емоційних станів [5].

В останні п'ятнадцять років в Україні проблема комп'ютерної залежності стає все більш актуальною у зв'язку зі стрімким поширенням гаджетів та спрощенням можливості підключення до Інтернет-мережі [6, 7].

Поява Інтернету створила можливість так званого інтерактивного спілкування. Розширився горизонт привабливих можливостей задоволення власних інформаційних потреб у сукупності з хворобливими ознаками безпосередньо Інтернет-залежності. Прикладом може бути постійне нав'язливе бажання перевіряти електронну пошту, тривале просиджування у чатах, неконтрольований пошук та читання різного роду інформації, проходження нових все складніших рівнів ігор тощо [8, 9].

Одним із головних чинників патологічного потягу при комп'ютерній залежності є постійне прагнення до відходу від реальності за допомогою зміни своєї свідомості. При цьому відбувається трансформація особистості з деструктивною мотивацією, спрямованістю та ціннісними орієнтаціями. Патоморфоз комп'ютерної аддикції просувається від реакції до патології і має особливості стійкої та рецидивної дезадаптивної поведінки [10–12].

На жаль, пацієнти з нехімічними залежностями не потрапляють у поле зору лікарів на ранніх етапах розвитку захворювання, а звертаються за спеціалізованою допомогою в ситуаціях хронізації, втрати працездатності, деліквентної поведінки, що сприяє порушенню соціального функціонування, якості життя самого пацієнта та його родини [13–15].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета – розробити та оцінити ефективність комплексної програми лікування розладів адаптації, пов'язаних із комп'ютерною залежністю, на підставі вивчення клініко-психопатологічних та патофизиологічних закономірностей їх формування.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети, відповідно до вимог статей 1, 11 та 12 Закону України «Про психіатричну допомогу» та відповідно до Кодексу етики Всесвітньої медичної асоціації (Декларація Гельсінкі) протягом 2016–2018 рр. на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 та у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону було проведено комплексне обстеження 117 хворих з ознаками комп'ютерної залежності за результатами AUDIT-подібних тестів та з розладами адаптації.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно з стандартами МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу склали пацієнти, які брали участь у програмі комплексної терапії із застосуванням методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти; контрольну групи – хворі які отримували стандартну регламентовану терапію у лікувальному закладі.

В основну групу увійшли 66 хворих обох статей (32 жінки, 34 чоловіки), у середньому віці $27,0 \pm 3,0$ років; в контрольну групу – 51 хворий обох статей (23 жінки, 28 чоловіків) у середньому віці $27,1 \pm 3,0$ років.

У роботі було використано наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний; клініко-психопатологічний з використанням психометричних методик: системи AUDIT-подібних тестів для комплексної оцінки аддиктивного статусу (Лінський І. В., Мінко О. І., Артемчук А. П. зі співавт., 2009); психодіагностичний з використанням госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983), клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967) (HAM-A та HAM-D), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988), опитувальника нервово-психічної напруги за Немциним Т. А. (1984).

Статистичні методи обробки та аналізу даних включали методи описової статистики (відсотки (%), середня арифметична (M), стандартна похибка середньої арифметичної (m)).

Результати та їх обговорення

Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження, у клінічній картині комп'ютерної залежності відмічались нав'язливий серфінг в комп'ютерній мережі ($45,8 \pm 1,6$ % обстежених), комп'ютерні ігри ($22,3 \pm 1,2$ %), віртуальне спілкування ($5,8 \pm 0,4$ %), азартні ігри on-line ($14,1 \pm 1,1$ %), захоплення порносайтами ($1,2 \pm 0,1$ %).

Серед клінічних проявів розладів адаптації відзначалося переважання депресивного ($72,9 \pm 2,1$ % обстежених), тривожного ($69,4 \pm 1,9$ %) та астеничного ($84,7 \pm 2,2$ %) симптомомкомплексів, гіперестезії з нестриманістю афекту ($52,7 \pm 1,8$ %), станів розгубленості ($55,3 \pm 1,8$ %).

Усі обстежені отримували патогенетично обґрунтовану фармакотерапію із застосуванням антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або мелатоніну (сертралін, пароксетин, агомелатин) та ансіолітичних засобів (фабомотизол, гідроксизину гідрохлорид) у стандартних терапевтичних дозах.

Психотерапевтична та психоосвітня робота були спрямовані на усвідомлення пацієнтом наявності у нього залежної поведінки, механізмів її формування, мотивації хворого до лікування, визначення ресурсних можливостей пацієнта в подоланні комп'ютерної залежності та її виникнення.

Психотерапевтичний комплекс включав використання раціональної психотерапії (П. Дюбуа, (1912), особистісно-орієнтованої психотерапії (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994), екзистенційної психотерапії (С. Rogers, 2002; Т. Karasu, 2006), арт-терапії (малюнкові техніки).

Психоосвітня робота (Марута Н. О., Кожина Г. М., 2015) включала в себе використання інформаційних модулів, мотиваційних тренінгів, формування комунікативних умінь і навичок, проблемно-орієнтованих дискусій та навчання копінг-навичкам.

Згідно з отриманими в ході роботи даними, на тлі проведеної терапії у $78,2 \pm 1,7$ % хворих основної та у $48,6 \pm 1,3$ % контрольної груп відмічалася редукція психопатологічної симптоматики та нормалізація емоційного стану.

Проведене психодіагностичне дослідження за шкалою HADS на I етапі обстеження (до використання

терапевтичних заходів) показало клінічні прояви тривоги та депресії ($71,7 \pm 1,6$ % обстежених основної та $70,9 \pm 1,6$ % контрольної груп); на II етапі дослідження (після завершення програми) – переважання субклінічних проявів ($33,8 \pm 1,4$ % обстежених основної та $32,9 \pm 1,3$ % контрольної груп) або відсутність тривоги та депресії ($66,1 \pm 1,6$ % обстежених основної та $60,9 \pm 1,5$ % контрольної груп).

За шкалами HAM-D та HAM-A на I етапі дослідження відмічалися тяжкий депресивний ($48,2 \pm 1,3$ % та $47,5 \pm 1,5$ % відповідно) та тривожний ($54,1 \pm 1,6$ % та $53,5 \pm 1,5$ %) епізоди; на II етапі – легкий депресивний ($33,8 \pm 1,3$ % та $39,8 \pm 1,4$ % відповідно) та тривожний ($48,2 \pm 1,3$ % та $55,5 \pm 1,5$ %) епізоди, або їх відсутність (депресивний – $52,1 \pm 1,5$ % та $33,2 \pm 1,3$ % та тривожний $60,1 \pm 1,6$ % та $38,1 \pm 1,3$ % епізоди).

За шкалою нервово-психічної напруги на I етапі дослідження встановлено надмірну ($70,5 \pm 1,8$ % обстежених основної та $70,1 \pm 1,6$ % контрольної груп), на II етапі дослідження – слабку ($71,9 \pm 2,1$ % та $66,3 \pm 1,6$ % відповідно) нервово-психічну напругу.

На I етапі дослідження у всіх обстежених хворих виявлені ознаки комп'ютерної залежності за результатами AUDIT-подібних тестів (середній бал $4,0 \pm 2$), на II етапі у $85,6 \pm 15,5$ % хворих основної групи встановлено відсутність ознак комп'ютерної аддикції, порівняно з лише $26,1 \pm 1,3$ % хворих контрольної групи).

Дворічні катamnестичні дослідження підтвердили стійкість терапевтичного ефекту.

Висновки

1. Комплексна система терапії розладів адаптації, пов'язаних з комп'ютерною залежністю, повинна включати поєднання фармакотерапії (селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або мелатоніну та анксиолітики), психотерапії (раціональної психотерапії, особистісно-орієнтованої та екзистенціальної психотерапії, арт-терапії) та психоосвіти.

Психотерапевтична та психоосвітня робота були спрямовані на визначення ресурсних можливостей пацієнта в подоланні комп'ютерної залежності та її виникнення.

2. На тлі використання розробленої комплексної програми терапії встановлено позитивну динаміку емоційного статусу хворих ($78,2 \pm 1,7$ % хворих основної та $48,6 \pm 1,3$ % контрольної груп); переважання субклінічних проявів ($33,8 \pm 1,4$ % обстежених основної та $32,9 \pm 1,3$ % контрольної груп) або відсутність тривоги та депресії ($66,1 \pm 1,6$ % обстежених основної та $60,9 \pm 1,5$ % контрольної груп) за шкалою HADS; легкий депресивний ($33,8 \pm 1,3$ % та $39,8 \pm 1,4$ % відповідно) та тривожний ($48,2 \pm 1,3$ % та $55,5 \pm 1,5$ %) епізоди або їх відсутність (депресивний – $52,1 \pm 1,5$ % та $33,2 \pm 1,3$ %; тривожний $60,1 \pm 1,6$ % та $38,1 \pm 1,3$ % епізоди) за шкалами HAM-D та HAM-A; зниження нервово-психічної напруги ($71,9 \pm 2,1$ % та $66,3 \pm 1,6$ % відповідно), що свідчить про її ефективність.

3. Використання у комплексному лікуванні психотерапевтичних та психоосвітніх програм сприяє редукції комп'ютерної залежності ($85,6 \pm 15,5$ % хворих основної групи).

4. Дворічні катamnестичні дослідження підтвердили стійкість терапевтичного ефекту.

Список використаної літератури

1. Аймедов К. В. Клинические аспекты современной аддиктологии (литературный обзор). *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2007. № 1 (11). С. 136–145.
2. Денисенко М. М. Соціальна фрустрація в формуванні адиктивної поведінки при невротичних розладах. *Восточно европейский научный журнал*. 2017. Т. 1, № 9(25). С. 30–37.
3. Аддиктивный статус и ведущие стратегии совладания у больных с невротическими расстройствами и лиц общей популяции: сравнительный аспект / Н. О. Марута, С. П. Колядко, Г. Ю. Каленська [та ін.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2016. Т. 7, № 4. С. 501–512.
4. Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students / D. J. Terasaki, B. Gelaye, Y. Berhane [et al.] // BMC Public Health. 2009. Vol. 9. Article number: 13. DOI: 10.1186/1471-2458-9-13.
5. Мельник В. О. Аналіз сучасного стану психічних та поведінкових розладів, пов'язаних з патологічним використанням комп'ютеру та Інтернет-мережі. *Психічне здоров'я*. 2011. № 1 (30). С. 22–25.
6. Кожина Г. М., Коростій В. І. Коморбідність нехімічних аддикцій та психосоматичних захворювань. *Довженківські читання: «Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою»*: матеріали XV Української науково-практичної конференції з міжнародною участю. Харків, 2014. С. 85–95.
7. Ревенко О. А., Аймедов К. В., Корошніченко Д. М. Адиктивна коморбідність у сучасній наркологічній практиці. *Архів психіатрії*. 2011. Т. 17, № 1 (64). С. 92–95.
8. Comorbidity of Mental and Physical Disorder / N. Sartorius, R. I. G. Holt, M. Maj (Eds.). Karger, Basel: Key Issues in Mental Health, 2015. Vol. 179. 188 p. DOI: 10.1159/000366509.
9. Психологічні особливості осіб із залежністю від азартних ігор (огляд літератури) / С. І. Табачников, Є. М. Харченко, Г. А. Приб [та ін.] // Архів психіатрії. 2010. Т. 16, № 4 (63). С. 39–42.
10. Денисенко М. М. Особливості та варіанти співвідношення різних адиктивних тенденцій у хворих на невротичні розлади. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2016. № 3 (72). С. 99–107.
11. Social network addiction: a new clinical disorder? / D. Karaiskos, E. Tzavellas, G. Balta [et al.] // European Psychiatry. 2010. Vol. 25, Suppl. 1. P. 855–855. DOI: 10.1016/S0924-9338(10)70846-4.
12. Brus A. A young people's perspective on computer game addiction. *Addiction Research & Theory*. 2013. Vol. 21, issue 5. P. 365–375. DOI: 10.3109/16066359.2012.733466.
13. Kardefelt-Winther D. A critical account of DSM-5 criteria for internet gaming disorder. *Addiction Research & Theory*. 2015 Vol. 23, issue 2. P. 93–98. DOI: 10.3109/16066359.2014.935350.
14. van Rooij A. J., Schoenmakers T. M., van de Mheen D. Clinical validation of the C-VAT 2.0 assessment tool for gaming disorder: A sensitivity analysis of the proposed DSM-5 criteria and the clinical characteristics of young patients with 'video game addiction'. *Addictive Behaviors*. 2017. Vol. 64. P. 269–274. DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.10.018.
15. Foddy B., Savulescu J. A Liberal Account of Addiction. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. 2017. Vol. 17, issue 1. P. 1–22. DOI: 10.1353/ppp.0.0282.

References

1. Aymedov, K. V. (2007). Klinicheskie aspekty sovremennoy addiktologii (literaturny obzor) [Clinical aspects of modern addictology (literature review)]. *Visnyk psykhiiatrii ta psykhofarmakoterapii*, 1(11), 136–145. (In Russian).
2. Denysenko, M. M. (2017). Sotsialna frustratsiia v formuvanni adyktivnoi povedinky pry nevrotichnykh rozladakh [Social frustration in formation of addictive behavior in neurotic disorders]. *East European Scientific Journal*, 1(9), 30–37. (In Ukrainian).
3. Maruta, N. O., Kolyadko, S. P., Kalenska, G. Yu., & Denysenko, M. M. (2016). Adyktivnyi status i vedushchie strategii sovladaniya u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami i lits obshchei populyatsii: sravnitel'nyi aspekt [Addictive status and leading coping strategies in patients with neurotic disorders and general population persons: comparative aspect]. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, 7(4), 501–512. (In Russian).
4. Terasaki, D. J., Gelaye, B., Berhane, Y., & Williams, M. A. (2009). Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students in Ethiopia. *BMC Public Health*, 9, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-13>
5. Melnyk, V. O. (2011). Analiz suchasnoho stanu psichichnykh ta povedinkovykh rozladiv, pov'iazanykh z patolohichnym vykorystanniam komp'yutera ta Internet-merezhi [Analysis of the current state of mental and behavioral disorders associated with pathological use of the computer and the Internet]. *Psichichne zdorov'ia*, 1, 22–25. (In Ukrainian).
6. Kozhina, G. M., & Korostiy, V. I. (2014). Komorbidnist nekhimichnykh addyktzii ta psykhosomatichnykh zakhvoriuvan [Comorbidity of non-chemical addictions and psychosomatic diseases]. *Proceedings of the Dovzhenkov Readings: "The Problem of Patients' Addiction to the Therapy Profile. Need for treatment and treatment for need"*, Kharkiv, (pp. 85–95). (In Ukrainian).
7. Revenok, O. A., Aymedov, K. V., & Koroshnichenko, D. M. (2011). Adyktivna komorbidnist u suchasni narologichni praktitsi [Addictive comorbidity in modern narological practical]. *Arkhiv Psykhiiatrii*, 17(1), 92–95. (In Ukrainian).

8. Sartorius, N., Holt, R. I. G., & Maj, M. (Eds.). (2015). *Comorbidity of Mental and Physical Disorders*. Key Issues Ment Health. Basel: Karger, 179, 188. <https://doi.org/10.1159/000366509>
9. Tabachnikov, S. I., Kharchenko, Ye. M., Prib, G. A., Synitska, T. V., & Trofimchuk, G. E. (2010). Psykholohichni osoblyvosti osib iz zalezhnistiu vid azartnykh ihor (ohliad literatury) [Psychological features of persons with gambling dependence (literature review)]. *Arkhiv Psykhatrii*, 16(4), 39–42. (In Ukrainian).
10. Denysenko, M. M. (2016). Osoblyvosti ta varianty spivvidnoshennia riznykh adyktivnykh tendentsii u khvorykh na nevrotychni rozlady [Features and variants of relations of different addictive tendency in patients with neurotic disorders]. *Experimental and clinical medicine*, 3, 99–107. (In Ukrainian).
11. Karaikos, D., Tzavellas, E., Balta, G., & Paparrigopoulos, T. (2010). Social network addiction: a new clinical disorder? *European Psychiatry*, 25(1), 855–855. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)70846-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)70846-4)
12. Brus, A. (2013). A young people's perspective on computer game addiction. *Addiction Research & Theory*, 21(5), 365–375. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.733466>
13. Kardefelt-Winther, D. (2015). A critical account of DSM-5 criteria for internet gaming disorder. *Addiction Research & Theory*, 23(2), 93–98. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.935350>
14. van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., & van de Mheen, D. (2017). Clinical validation of the C-VAT 2.0 assessment tool for gaming disorder: A sensitivity analysis of the proposed DSM-5 criteria and the clinical characteristics of young patients with 'video game addiction'. *Addictive Behaviors*, 64, 269–274. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.10.018>
15. Foddy, B., & Savulescu, J. (2010). A Liberal Account of Addiction. *Philosophy, psychiatry, & psychology*, 17(1), 1–22. <https://doi.org/10.1353/ppp.0.0282>

Відомості про автора:

СТАРОДУБЦЕВА Юлія Андріївна, аспірант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна;
e-mail: anfiss22@gmail.com

Сведения об авторе:

СТАРОДУБЦЕВА Юлия Андреевна, аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина;
e-mail: anfiss22@gmail.com

About the Author:

STARODUBTSEVA Yuliia Andriivna, PhD-student of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: anfiss22@gmail.com

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89:159.944.4-07-08-057.875

DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.160-163

О. С. Юрценюк

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ
В НАВЧАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТА

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Резюме

Актуальність. Стрес є невід'ємною частиною життя сучасної людини. Особливо актуальна проблема стресу в сфері вищої професійної освіти. Навчальна діяльність студентів завжди була пов'язана з високим рівнем стресових навантажень. При тривалому впливі стресу, а також за відсутності у студентів навиків позитивного його подолання, він може призводити до появи психосоматичних захворювань, непсихотичних психічних розладів (НПР), формування навчальної занедбаності, порушення особистісного та професійного розвитку особистості, що й обумовлює актуальність даної роботи.

Мета – вивчення шляхів подолання стресу в студентів залежно від наявності у них НПР, статі, курсу навчання.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 1235 студентів обох статей, 852 студентів (68,99 %) Буковинського державного медичного університету та 383 студентів (31,01 %) Чернівецького національного університету. Середній вік обстежених складав $20,15 \pm 0,05$ років. Методи дослідження: клінічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. У результаті проведеного дослідження виявлено, що в якості прийомів зняття стресу студенти обох груп найчастіше використовували: сон – 70,35 % та 71,24 % в I та II групах відповідно; прогулянки на свіжому повітрі – 58,99 % та 60,02 %; смачну їжу – 58,04 % та 52,51 %; спілкування з друзями – 56,78 % та 57,41 % ($p \geq 0,05$). Достовірно більша кількість студентів з НПР при первинному обстеженні в якості засобів зняття стресу використовували куріння – 34,38 % проти 13,18 % студентів без НПР, та вживання алкоголю – 26,81 % та 13,73 % відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що достовірних відмінностей за статевим розподілом у виборі засобів подолання стресу немає. Кількість студентів, які курять, зростає з кожним наступним роком, досягаючи максимуму на IV курсі, й незначно знижується на V курсі, це слід враховувати при плануванні профілактичних та лікувальних заходів. Наше комплексне лікування студентів з НПР зменшило частоту куріння в 2,09 раза, з 33,80 % до 16,19 % ($p < 0,05$), що вказує на його високу ефективність.

Ключові слова: стрес, непсихотичні психічні розлади, куріння, студенти.

ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА В УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ

О. С. Юрценюк

ВГУЗУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Резюме

Актуальность. Стресс является неотъемлемой частью жизни современного человека. Особенно актуальна проблема стресса в сфере высшего профессионального образования. Учебная деятельность студентов всегда была связана с высоким уровнем стрессовых нагрузок. При длительном воздействии стресса, а также отсутствии у студентов навыков позитивного его преодоления, он может приводить к появлению психосоматических заболеваний, непсихотических психических расстройств (НПР), формированию учебной запущенности, нарушению личностного и профессионального развития личности, что и обуславливает актуальность данной работы.

Цель – изучение путей преодоления стресса у студентов в зависимости от наличия у них НПР, пола, курса обучения.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 1235 студентов обоих полов, 852 студента (68,99 %) Буковинского государственного медицинского университета и 383 студента (31,01 %) Черновицкого национального университета. Средний возраст обследованных составил $20,15 \pm 0,05$ лет. Методы исследования: клинический, психодиагностические, статистический.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что в качестве приемов снятия стресса студенты обеих групп чаще всего использовали: сон – 70,35 % и 71,24 % в I и II группах соответственно; прогулки на свежем воздухе – 58,99 % и 60,02 %; вкусную еду – 58,04 % и 52,51 %; общение с друзьями – 56,78 % и 57,41 % ($p \geq 0,05$). Достоверно большее количество студентов с НПР при первичном обследовании в качестве средств снятия стресса использовали курение – 34,38 % против 13,18 % студентов без НПР, и употребление алкоголя – 26,81 % и 13,73 % соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что достоверных различий в выборе средств преодоления стресса в зависимости от полового распределения нет. Количество курящих студентов растет с каждым годом, достигая максимума на IV курсе, и незначительно снижается на V курсе, что должно учитываться при планировании профилактических и лечебных мероприятий. Наше комплексное лечение студентов с НПР уменьшило частоту курения в 2,09 раза, с 33,80 % до 16,19 % ($p < 0,05$), что указывает на его высокую эффективность.

Ключевые слова: стресс, непсихотические психические расстройства, курение, студенты.

THE WAYS TO OVERCOME STRESS IN STUDENT LEARNING ACTIVITY

O. S. Yurtsenyuk

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

Abstract

Background. Stress is an integral part in the life of a contemporary man. The problem of stress is especially acute in the field of higher professional activity. Student learning activity has been always associated with a high level of stressful tension. In case of a long stress effect and when students do not have skills of its positive overcoming, stress can result in occurrence of psychosomatic diseases, non-psychosomatic psychic disorders (NPD), formation of educational neglect, disorders of personality and professional development of the personality, which stipulate the topicality of the given work.

Objective – to examine the ways of overcoming stress among students depending on NPD available, gender and the course of education.

Materials and methods. 1235 students of both genders were examined comprehensively including 852 students (68,99%) from the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University” and 383 students (31,01%) from Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University. An average age of those involved in the study was $20,15 \pm 0,05$. The following methods were applied: clinical, psychodiagnostic and statistical.

Results. The conducted study found that most often students used the following means to overcome stress: sleep – 70,35% and 71,24% in I and II groups respectively; walking in the open air – 58,99% and 60,02%; tasty food – 58,04% and 52,51%; communication with friends – 56,78% and 57,41% ($p \geq 0,05$). A reliable majority of students with NPD during the first examination indicated that they used cigarettes as a means to get over stress (34,38%) against 13,18% of students without NPD, and alcohol (26,81% and 13,73% respectively) ($p < 0,05$).

Conclusions. Therefore, the conducted study did not find any reliable gender differences in the choice of means to get over stress. The number of smoking students increases with every next year getting its maximum at the 4th year of studies. It decreases a little at the 5th year which should be considered in planning of preventive and therapeutic measures. Our comprehensive treatment of students with NPD reduced the rate of smoking 2,09 times, from 33,80% to 16,19% ($p < 0,05$), which is indicative of its high effect.

Keywords: stress, non-psychotic psychic disorders, smoking, students.

For citation: Yurtsenyuk O.S. The ways to overcome stress in student learning activity. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(3): 160–163. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.160-163

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

Received / Поступила: 27.06.2019

Accepted / Прийнята до друку: 20.07.2019

Актуальність. Технічний прогрес і постійно зростаючий темп розвитку сучасного суспільства накладає свій відбиток на стан навколишнього середовища. Зміна природного середовища виражається не тільки в токсичному впливі забруднювальних речовин на організм людини, а й відображається на психологічному стані та призводить до стресу [1]. Стрес є невід’ємною частиною життя сучасної людини. Завдяки йому відбувається пристосування людини до умов зовнішнього середовища, що здійснюється за рахунок універсального комплексу нейрогуморальних реакцій.

Особливо актуальна проблема стресу в сфері вищої професійної освіти. Навчальна діяльність студентів завжди була пов’язана з високим рівнем стресових навантажень [2, 3]. Медичні обстеження студентів, проведені в останні роки, виявляють неухильне зростання їх захворюваності [2]. У студентів також спостерігають часте порушення емоційної, когнітивної, поведінкової та мотиваційної сфер діяльності, що, на думку ряду вчених [4], пов’язане з підвищеним стресом і зі зниженим рівнем стресостійкості [5].

Варто зазначити, що негативні емоційні стани одночасно є і передумовами виникнення та розвитку стресів. Дослідження навчальних стресів демонструє, що страх перед майбутніми проблемами провокує появу тривожності, невпевненості, відчуття безпорадності тощо [6]. Вплив стресу на особистість студента, а, отже, на процес його навчання, очевидний. За умови позитивного вирішення стресових ситуацій вплив стресу може бути позитивним і мати мотивуючий характер, але при тривалому його впливі, а також за відсутності у студентів навиків позитивного подолання стресу, може призводити до появи психосоматичних захворювань, неспокійних психічних розладів (НПР), формування навчальної занедбаності, порушення особистісного та професійного розвитку особистості [7].

Мета – вивчення шляхів подолання стресу у студентів залежно від наявності у них НПР, статі, курсу навчання.

Матеріали та методи дослідження

Протягом 2015–2017 рр. ми провели суцільне комплексне обстеження студентів I–V курсів медичних факультетів Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (БДМУ) та студентів I–IV курсів факультету педагогіки, психології та соціальної роботи, філологічного факультету, інституту фізико-технічних та комп’ютерних наук, факультету математики та інформатики, філософсько-теологічного факультету Чернівецького національного університету. Дослідження було проведено з дотри-

манням принципів біоетики та деонтології (на початку дослідження всі обстежені дали інформовану згоду на проведення дослідження). У результаті першого скринінгового обстеження ми отримали вихідну групу обстеження кількістю 1679 студентів. Через рік при повторному загальному обстеженні вихідної групи студентів (1679 осіб) ми зібрали 1235 уніфікованих карт, що відповідали загальному критерію включення в дослідження. Надалі ми аналізували результати обстеження 1235 студентів.

Усіх студентів (1235 осіб) було поділено на дві групи – основну (I) та порівняльну (II). До основної групи увійшли 317 (25,67 %) студентів, у яких було діагностовано неспокійні психічні розлади (НПР). Для верифікації клінічних особливостей НПР, в якості II порівняльної групи було обстежено 918 (74,33%) студентів без НПР, практично здорових.

У дослідженні брали участь 852 студенти (68,99 %) Буковинського державного медичного університету та 383 студенти (31,01 %) Чернівецького національного університету. Середній вік обстежених складав $20,15 \pm 0,05$ років. Серед обстежених було 365 (29,55 %) чоловіків та 870 (70,45 %) жінок. Вибірка не мала суттєвих відмінностей за статевим і віковим складом, місцем мешкання, формою навчання обстежених. Провідним критерієм включення особи до дослідження було її навчання у вищому навчальному закладі. Обстеження проводили в міжсесійний період. Методи дослідження: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний.

Основним завданням клініко-психопатологічного методу дослідження була комплексна оцінка психічного статусу обстеженого. Цей метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв’ювання та спостереження. Опитування проводили із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10.

Усім обстеженим проводили напівструктуроване інтерв’ю. Воно враховувало індивідуальний підхід до кожного студента і було спрямоване на виявлення клінічних симптомів НПР відповідно до діагностичних критеріїв Розділу V «Психічні розлади» МКХ-10. Дані клініко-психопатологічного обстеження реєстрували у додатку до карти обстеження студента. На основі обох карт формували базу даних обстежених (у форматі Microsoft Excel XP для Windows) для подальшої статистичної обробки отриманих даних.

Результати та їх обговорення

У результаті проведеного дослідження виявлено (табл. 1), що в якості прийомів зняття стресу студенти обох груп най-

частіше використовували сон – 70,35 % та 71,24 % в I та II групах відповідно; прогулянки на свіжому повітрі – 58,99 % та 60,02 %; смачну їжу – 58,04 % та 52,51 %; спілкування з друзями – 56,78 % та 57,41 % ($p \geq 0,05$). Достовірно більша кількість студентів з НПР при первинному обстеженні в якості засобів зняття стресу використовувала куріння – 34,38 % проти 13,18 % студентів без НПР, та вживання алкоголю – 26,81 % та 13,73 % відповідно ($p < 0,05$). Через рік, при повторному обстеженні, виявлено, що в основній групі достовірно більше студентів почали використовувати наступні засоби зняття стресу: перерва в навчанні (з 34,07 % до 47,95 % ($p < 0,05$)); прогулянки на свіжому повітрі (з 58,99 % до 68,77 % ($p < 0,05$)); хобі (з 45,43 % до 60,88 % ($p < 0,05$)); фізичну активність (з 34,07 % до 53,31 % ($p < 0,05$)). Кількість студентів, які в якості зняття стресу використовували вживання алкоголю, зменшилося з 26,81 % до 18,30 % студентів з НПР, а куріння – з 34,38 % до 25,87 % ($p < 0,05$), що свідчить про позитивний вплив нашого комплексного лікування студентів з НПР.

У студентів порівняльної групи при повторному обстеженні варіанти зняття стресу суттєво не відрізнялися від первинних ($p \geq 0,05$).

Прикметно, що для чоловіків основної та порівняльної груп найхарактернішими прийомами зняття стресу були: сон – 65,98 % та 64,18 %, спілкування з друзями – 54,64 % та 50,75 %, хобі – 54,64 % та 47,76 % ($p \geq 0,05$). Цікавим виявився факт, що достовірно більше хлопців з НПР знімали стрес курінням – 52,58 %, тоді як у порівняльній групі курили лише 19,03 % молодих людей ($p < 0,05$). Проведений аналіз дозволив встановити, що при повторному обстеженні для студентів основної групи більшого значення набули такі способи подолання стресу: спілкування з друзями – 67,01 %, прогулянки на свіжому повітрі – 60,82 %, фізична активність – 59,79 % ($p < 0,05$). Достовірно більше юнаків основної групи надавали перевагу перерві в навчанні – 48,45 % проти 30,97 % у II групі, та хобі – 67,01 % проти 51,12 % відповідно

Таблиця 1. Розподіл прийомів зняття стресу в основній та порівняльній групах при первинному та повторному обстеженнях

Прийоми зняття стресу	Група I (n=317)		Група II (n=918)		t	p
	n	%	n	%		
Результати первинного обстеження						
Спілкування з друзями	180	56,78	527	57,41	-0,15	≥0,05
Підтримка батьків	144	45,43	462	50,33	-1,03	≥0,05
Перерва в навчанні	108	34,07	306	33,33	0,14	≥0,05
Прогулянки на свіжому повітрі	187	58,99	551	60,02	-0,25	≥0,05
Смачна їжа	184	58,04	482	52,51	1,29	≥0,05
Вживання алкоголю	85	26,81	126	13,73	2,30	<0,05
Куріння	109	34,38	121	13,18	3,86	<0,05
Вживання наркотиків	19	5,99	11	1,20	0,75	≥0,05
Перегляд телебачення	66	20,82	145	15,80	0,86	≥0,05
Секс	83	26,18	183	19,93	1,10	≥0,05
Сон	223	70,35	654	71,24	-0,25	≥0,05
Хобі	144	45,43	393	42,81	0,54	≥0,05
Фізична активність	108	34,07	313	34,10	-0,01	≥0,05
Інше	12	3,79	19	2,07	0,27	≥0,05
Результати повторного обстеження						
Спілкування з друзями	210	66,25	553	60,24	1,55	≥0,05
Підтримка батьків	160	50,47	452	49,24	0,27	≥0,05
Перерва в навчанні	152	47,95	303	33,01	3,07	<0,05
Прогулянки на повітрі	218	68,77	536	58,39	2,74	<0,05
Смачна їжа	197	62,15	495	53,92	2,00	<0,05
Вживання алкоголю	58	18,30	138	15,03	0,55	≥0,05
Куріння	82	25,87	137	14,92	1,92	<0,05
Вживання наркотиків	13	4,10	13	1,42	0,42	≥0,05
Перегляд телебачення	61	19,24	149	16,23	0,51	≥0,05
Секс	101	31,86	198	21,57	1,88	≥0,05
Сон	233	73,50	648	70,59	0,86	≥0,05
Хобі	193	60,88	399	43,46	4,05	<0,05
Фізична активність	169	53,31	340	37,04	3,50	<0,05
Інше	14	4,42	68	7,41	-0,47	≥0,05

($p < 0,05$). Отже, внаслідок проведеного комплексного лікування студентів з НПР, шляхи, які вони використовували для боротьби зі стресом, стали кориснішими для здоров'я.

Виявлено, що більша кількість дівчат з НПР обирали в якості способу боротьби зі стресом: сон – 72,27 %, прогулянки на свіжому повітрі – 64,09 % та смачну їжу – 60,91 %, студентки порівняльної групи також надавали перевагу сну – 74,15 %, прогулянкам – 62,77 %, смачній їжі – 54,31 % ($p \geq 0,05$). Прикметно, що достовірна різниця була виявлена у вживанні цигарок студентками основної та порівняльної груп – 26,38 % та 10,77 % відповідно ($p < 0,05$).

При повторному обстеженні перерву в навчанні в якості засобу для зняття стресу використовували 47,73 % студенток I групи та 33,85 % студенток II групи ($p < 0,05$). Прогулянки на свіжому повітрі допомагали впоратися зі стресом 72,27 % дівчат з НПР та 60,46 % здорових дівчат ($p < 0,05$), фізична активність – 50,45 % та 32,62 % студенток відповідно ($p < 0,05$).

Аналізуючи, як змінюється актуальність тих чи інших засобів подолання стресу в залежності від курсу навчання, ми розглянемо найпоширенішу шкідливу звичку серед молоді – куріння. Виявлено, що цигарки на I курсі курили 20,55 % обстежених в основній групі та 4,62 % в порівняльній групі, на II курсі – 34,29 % та 9,30 % відповідно, на III курсі – 33,33 % та 15,6 % студентів I та II груп, на IV курсі – 42,42 % і 15,6 % ($p < 0,05$), на V курсі – 37,78 % студентів з НПР та 18,90 % здорових студентів.

Виявлено, що питома частка курців в основній групі вища на всіх курсах, найбільшою вона була на IV курсі – 42,42 %, і вже на п'ятому знижувалася до 37,78 %. Прикметно, що в порівняльній групі вона з кожним роком зростала, від 4,62 % на I курсі до 18,90 % на V. Ми враховували це, проводячи психокорекційну роботу зі студентами з НПР, і при повторному обстеженні отримали наступні результати (рис. 1): студенти основної групи відносно менше курили, і це було характерно для всіх курсів навчання. Цікаво, що в терапевтичній групі (N=210) на початку дослідження курив 71 студент (33,80 %), а після проведеного комплексного лікування лише – 34 студенти (16,19 %) ($p < 0,05$). Водночас у контрольній групі (N=107), тобто серед студентів з НПР, які відмовились від лікування при первинному обстеженні, курили 38 (35,51 %) осіб, а через рік, при повторному обстеженні – 48 (44,85 %). Отже, проведене нами комплексне лікування мало значний вплив на зниження частоти куріння серед студентської молоді.

Висновки

У результаті проведеного дослідження встановлено, що в якості прийомів зняття стресу студенти обох груп найчастіше використовували сон, прогулянки на свіжому повітрі, смачну їжу, спілкування з друзями ($p \geq 0,05$). Достовірно більша кількість студентів з НПР при первинному обстеженні в якості засобів зняття стресу ви-

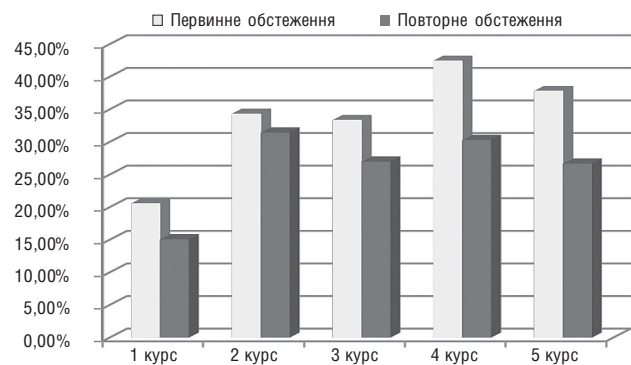


Рис. 1. Частота використання куріння, як засобу боротьби зі стресом, серед осіб основної групи, %.

користували куріння (34,38 % проти 13,18 % студентів без НПР) та алкоголь (26,81 % та 13,73 % відповідно) ($p < 0,05$). Достовірних відмінностей за статевим розподілом не виявлено. Кількість студентів, які курять, зростає з кожним наступним роком, досягаючи максимуму на IV курсі і незначно знижується на V курсі. Наше комплексне лікування студентів з НПР зменшило частоту куріння в 2,09 раза, з 33,80 % до 16,19 % ($p < 0,05$), що вказує на його високу ефективність.

Список використаної літератури

1. Глебов В. В., Аникина Е. В., Рязанцева М. А. Различные подходы изучения адаптационных механизмов человека. *Мир науки, культуры, образования*. 2010. № 5. С. 135–136.
2. Богуш В. М. Особливості прояву екзаменаційного стресу у студентів ДВНЗ. *Молодий вчений*. 2017. № 9.1 (49.1). С. 1–4.
3. Кузьмина Я. В., Глебов В. В. Динамика адаптации иногородних студентов к условиям экологии столичного мегаполиса. *Мир науки, культуры, образования*. 2010. № 6-2. С. 305–307.
4. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: Пер Сэ, 2006. 528 с.
5. Андреева А. А. Стрессоустойчивость как фактор развития позитивного отношения к учебной деятельности у студентов: автореф. дисс. ... канд. психол. наук.: 19.00.07. Тамбов, 2009. 26 с.
6. Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол. ун-т. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
7. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции: 2-е изд. СПб.: Питер, 2012. 256 с.

References

1. Glebov, V. V., Anikina, E. V., & Ryazantseva, M. A. (2010). Razlichnye podkhody izucheniya adaptatsionnykh mekhanizmov cheloveka [Different approach for studying of the human's adaptation mechanisms]. *The world of science, culture, education*, 5, 135–136. (In Russian).
2. Bogush, V. M. (2017). Osoblyvosti proiavu ekzamenatsiynogo stresu u studentiv DVNZ [The peculiarities of manifestation of university students' examination stress]. *Young Scientist*, 9.1, 1–4. (In Ukrainian).
3. Kuzmina, Y. V., & Glebov, V. V. (2010). Dinamika adaptatsii inogorodnikh studentov k usloviyam ekologii stolichnogo megapolisa [Dynamics of nonresident students adaptation' to ecology conditions of the capital megacity]. *The world of science, culture, education*, 6-2, 305–307. (In Russian).
4. Bodrov, V. A. (2006). *Psikhologicheskii stress: razvitie i preodolenie* [Psychological stress: development and overcoming]. Moscow: Per Se. 528 p. (In Russian).
5. Andreeva, A. A. (2009). *Stressoustoichivost' kak faktor razvitiya pozitivnogo otnosheniya k uchebnoi deyatel'nosti u studentov* [Stress tolerance as a factor in the development of a positive attitude to students' learning activities]. Extended abstract of candidate's thesis. Tambov, 2009. 26 p. (In Russian).
6. Kupriyanov, R. V., & Kuz'mina, Yu. M. (2012). *Psikhodiagnostika stressa: praktikum* [Stress psychodiagnosis]. Kazan: KNITU. 212 p. (In Russian).
7. Shcherbatykh, Yu. V. (2012). *Psikhologiya stressa i metody korrektsii* [Psychology of stress and correction methods]. (2nd ed.). Saint Petersburg. 256 p. (In Russian).

Відомості про автора:

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

Сведения об авторе:

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

About the Author:

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

М. М. Хаустов

МІШЕНИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СТУДЕНТАМ
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Резюме

Актуальність. Пріоритетним завданням сучасної медичної психології є ефективне вирішення питання особливостей проявів і механізмів розвитку дезадаптивних станів в умовах соціального стресу, оптимізація надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги та психопрофілактики подібних хворобливих станів.

Мета – на основі комплексного підходу до вивчення механізмів формування станів дезадаптації студентів розробити систему їх психотерапевтичної корекції та психопрофілактичної підтримки в умовах медичного закладу вищої освіти (ЗВО).

Матеріали та методи. З дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне медико-психологічне, соціально-демографічне, клініко-психопатологічне, анамнестичне та психодіагностичне обстеження 412 студентів II–V курсів Харківського національного медичного університету обох статей у віці 17–22 років. Усіх обстежених було поділено на три групи: I група – 215 студентів, мешканців Східної України; II група – 87 студентів, мешканців Луганської та Донецької областей, які вступили до ХНМУ до початку АТО; III група – 110 студентів – переселенців із зони АТО.

Результати. Студенти-переселенці мають вищий рівень розладів адаптації, порівняно зі студентами I та II груп. Встановлено, що структура розладів адаптації представлена депресивним, неврастенічним, тривожним та дисоціативним синдромокомплексами.

Прогностично значущими у формуванні розладів адаптації є збудливість і неврівноваженість, 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.

Маркерами розладів адаптації у обстежених студентів є високі рівні соматизації, депресії, та тривоги за шкалою SCL-90-R; помірний і тяжкий депресивний та тривожний епізоди за шкалою Гамільтона, клінічні та субклінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою.

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

Висновки. Аналіз динаміки психопатологічної симптоматики під впливом розробленої психотерапевтичної програми показав позитивну динаміку психологічного стану: швидка редукція тривожної та депресивної симптоматики, зниження рівня нервово-психічної напруги, підвищення психофізичної активності студентів, позитивна зміна копінг-стратегії.

Ключові слова: студенти-медики, розлади адаптації, тривога, депресія, особливості особистості, психоосвіта, психотерапія.

МІШЕНИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧЕСКОЇ ПОМОЦІ СТУДЕНТАМ
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ С РАСТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦІЇ

М. Н. Хаустов

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Резюме

Актуальность. Приоритетной задачей современной медицинской психологии является эффективное решение вопроса особенностей проявлений и механизмов развития дезадаптивных состояний в условиях социального стресса, оптимизация оказания квалифицированной медико-психологической помощи и психопрофилактики подобных болезненных состояний.

Цель – на основе комплексного подхода к изучению механизмов формирования состояний дезадаптации студентов разработать систему их психотерапевтической коррекции и психопрофилактической поддержки в условиях медицинского учреждения высшего образования (УВО).

Материалы и методы. С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено комплексное медико-психологическое, социально-демографическое, клинико-психопатологическое, анамнестическое и психодиагностическое обследование 412 студентов II–V курсов Харьковского национального медицинского университета обоих полов в возрасте 17–22 лет. Все обследованные были поделены на три группы: I группа – 215 студентов жителей Восточной Украины; II группа – 87 студентов, жителей Луганской и Донецкой областей, поступивших на обучение в ХНМУ до начала АТО; III группа – 110 студентов – переселенцев из зоны АТО.

Результаты. Студенты-переселенцы проявляют более высокий уровень расстройств адаптации, по сравнению со студентами I и II групп. Установлено, что структура расстройств адаптации представлена депрессивным, неврастеническим, тревожным и диссоциативным синдромокомплексами.

Прогностически значимыми в формировании расстройств адаптации являются возбудимость и неуравновешенность, конфликтность в отношениях, тревожная мнительность, дезорганизация поведения, неспособность к саморегуляции, неспособность успешно преодолевать стрессовые ситуации, действовать в условиях неопределенности, ригидность, фиксированность на травматических и отрицательных переживаниях.

Маркерами расстройств адаптации у обследованных студентов являются: высокие уровни соматизации, депрессии и тревоги по шкале SCL-90-R; умеренный и тяжелый депрессивный и тревожный эпизоды по шкале Гамильтона, клинические и субклинические проявления тревоги и депрессии по госпитальной шкале.

На основании полученных данных разработана система медико-психологической поддержки студента-медика в период обучения, предусматривающая применение комплексного дифференцированного психотерапевтического и психообразовательного воздействий.

Выводы. Анализ динамики психопатологической симптоматики под влиянием разработанной психотерапевтической программы показал положительную динамику психологического состояния: быстрая редукция тревожной и депрессивной симптоматики, снижение уровня нервно-психического напряжения, повышение психофизической активности студентов, положительное изменение копинг-стратегии.

Ключевые слова: студенты-медики, расстройства адаптации, тревога, депрессия, особенности личности, психообразование, психотерапия.

TARGETS OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE FOR MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS WITH ADAPTATION DISORDERS

M. M. Khaustov

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Abstract

Background. In the course of work is to identify and develop a system of measures for psychotherapeutic correction on the basis of identification and comprehensive evaluation of clinical and psychological manifestations and mechanisms of formation of maladaptive states in medical students.

Objective – to comprehensively study the mechanisms of formation of students' maladaptation states and develop a system of their psychotherapeutic correction and psychoprophylactic support in a medical institution of higher education.

Materials and methods. Complying with the principles of bioethics and deontology, 412 students of the 2-5 academic years of the Kharkiv National Medical University (KhNMU), of both sexes, at the age of 17-22 years, were examined. All the surveyed people were divided into three groups: Group 1 included 215 students-inhabitants of the Eastern Ukraine; Group 2 consisted of 87 students-residents of Luhansk and Donetsk regions, who entered the study at the KhNMU before the ATO; Group 3 consisted of 110 students-migrants from the ATO zone.

Results. Students-migrants have a higher level of adaptation disorders, compared with the students of the first and second groups. It was established that the structure of adaptation disorders is represented by depressive, neurasthenic, anxious and dissociative syndrome complexes.

Prognostically significant elements in the formation of adaptation disorders are excitability and imbalance, proneness to conflicts in relationships, disturbing confidence, disorganization of behavior, failure to self-regulation, inability to successfully overcome stressful situations, act in conditions of uncertainty, rigidity, and focusing on traumatic and negative feelings.

According to the results of the pathopsychological examination, high levels of somatization, depression and anxiety by the SCL-90-R scale; the prevalence of severe depressive and anxiety episodes by the Hamilton scale; clinical manifestations by the hospital anxiety and depression scale were characteristic for the examined students with disorders of adaptation. Based on the data obtained, a system of medical and psychological support of the medical student during the study period was developed, which envisages the use of complex differentiated psychotherapeutic, psychoeducational and psychoprophylactic influences.

Conclusions. Against the background of the psychotherapeutic correction, a positive dynamic of the psychological state was noted: rapid reduction of anxiety and depressive symptoms, reduction of the level of neuro-psychic tension, increase of students' psychophysical activity, positive change of coping strategy.

Keywords: medical students, adaptation disorders, anxiety, depression, personality traits, psychoeducation, psychotherapy.

For citation: Khaustov M. M. Targets of medical-psychological assistance for medical university students with adaptation disorders. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(3): 164–167. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.164-167

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

Received / Поступила: 07.08.2019

Accepted / Прийнята до друку: 11.09.2019

Актуальність. Сучасний період розвитку України характеризується значною кількістю соціально зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є тенденція до негативних зрушень у стані здоров'я населення, серед яких одним з найбільш значимих є зростання кількості дезадаптивних станів та реакцій [1–3].

Останнім часом питання діагностики та корекції психосоціальної дезадаптації привертає увагу ряду дослідників. Проте слід констатувати, що досі залишається недостатньо вивченим питання розробки критеріїв раннього виявлення, диференційованої реабілітації та профілактики психосоціальної дезадаптації у студентів ЗВО. Також недостатньо вивчена роль психосоціальних, стресових і соматогенних факторів у формуванні станів дезадаптації в умовах соціального стресу [4–6].

Пріоритетним завданням сучасної медичної психології є ефективне вирішення питання особливостей проявів і механізмів розвитку дезадаптивних станів в умовах соціального стресу, оптимізація надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги та психопрофілактики подібних хворобливих станів [6–8].

В умовах сучасного патоморфозу, серед невротичних розладів найчастіше зустрічаються розлади адаптації. Це надає даній проблемі не тільки медичного, а й надзвичайно важливого соціального значення. Зокрема, медико-соціальні наслідки розладів адаптації включають хронічний перебіг, вираженість соціального дистресу, зниження працездатності та порушення соціальної адаптації [9–11].

Вищезазначене свідчить про необхідність поглибленого вивчення соціально-психологічних, клініко-психопатологічних та патофизиологічних особливостей

формування порушень психологічної адаптації у студентів-медиків, що створить основу для розробки системи їх психологічної підтримки в умовах медичного ЗВО.

Вищевикладене обумовлює актуальність нашої роботи, **мета** якої – на основі вивчення закономірностей формування станів дезадаптації молоді, яка навчається, розробити систему їх психотерапевтичної корекції в умовах медичного закладу вищої освіти.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне медико-психологічне, соціально-демографічне, клініко-психопатологічне, анамнестичне та психодіагностичне обстеження 412 студентів (216 жінок та 196 чоловіків) Харківського національного медичного університету, середній вік обстежених становив 19 ± 3 роки.

Усіх обстежених було поділено на три групи: I група – 215 студентів (116 жінок та 99 чоловіків) – мешканців східної України; II група – 87 студентів (47 жінок та 40 чоловіків) – мешканців Луганської та Донецької областей, які вступили на навчання у ХНМУ до початку АТО; III група – 110 студентів (59 жінок та 51 чоловік) – переселенців із зони АТО.

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, студентам – переселенцям із зони АТО притаманна надвисока виразність розладів адаптації, порівняно зі студентами I та II груп, а саме, високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних), виявлено у $0,5 \pm 0,2$ % студентів I групи, у $2,2 \pm 0,4$ % студентів II групи та у $25,4 \pm 1,2$ % студентів III групи. Виражений рівень дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів,

проведення програми реадaptaції – у $2,4 \pm 0,4$ % студентів I, у $9,2 \pm 0,7$ % – II та у $36,4 \pm 1,8$ % III груп відповідно. Помірний рівень дезадаптації, при якому корисне проведення консультативної роботи фахівців – у $24,1 \pm 1,3$ % студентів I групи, у $25,2 \pm 1,2$ % студентів II групи та у $30,4 \pm 1,7$ % студентів III групи.

Отримані в ході роботи дані дозволили нам розробити модель формування у студентів станів дезадаптації (рис. 1). Встановлено, що факторами, які провокують розвиток станів дезадаптації, є різка зміна життєвого стереотипу та недосконалість механізмів психологічного захисту, відсутність навичок саморегуляції, навчальне перевантаження, збудливість і неврівноваженість, тривожна помисливість, низька комунікативність, нездатність успішно долати стресові ситуації, діяти в умовах невідомості. Тригерами розвитку порушень адаптації є надвисока нервово-психічна напруга, ознаки важкого тривожного та депресивного епізодів за клінічними шкалами тривоги і депресії HDRS та госпітальною шкалою й наявність неконструктивних копінг-стратегій.

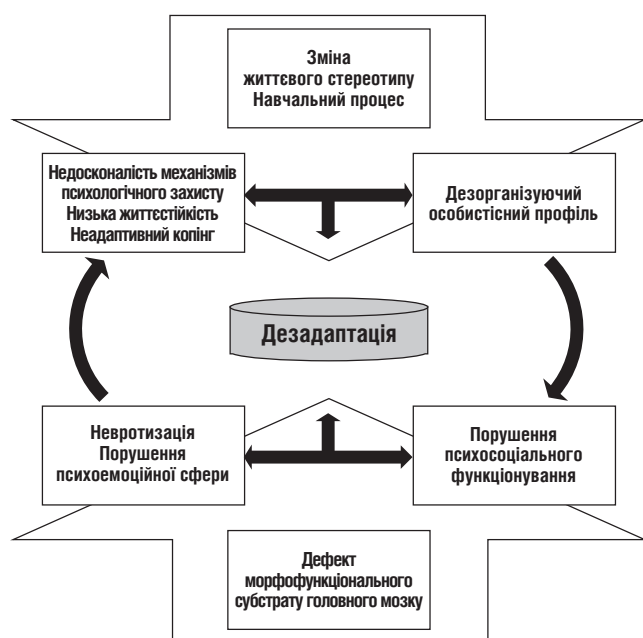


Рис.1. Модель формування розладів адаптації у студентів

Клінічна структура розладів адаптації у студентів-медиків представлена депресивним ($22,1 \pm 1,2$ % обстежених I групи, $23,1 \pm 1,2$ % II групи та $25,2 \pm 1,3$ % обстежених III групи), неврастенічним ($27,8 \pm 1,4$ %, $25,4 \pm 1,3$ %, $22,2 \pm 1,2$ % обстежених відповідно), тривожним ($24,5 \pm 1,3$ % обстежених I групи, $26,6 \pm 1,4$ % II групи та $25,3 \pm 1,3$ % обстежених III групи) та дисоціативним ($25,6 \pm 1,3$ %, $24,9 \pm 1,3$ % та $26,8 \pm 1,4$ % відповідно) синдромокомплексам.

Базуючись на отриманих даних ми розробили систему медико-психологічної підтримки студентів-медиків із застосуванням комплексного психотерапевтичного та психоосвітнього впливів.

Розроблена нами психотерапевтична програма передбачала поетапне введення психотерапевтичних методик за принципом взаємного потенціювання. Програма складалася з 26 повноцінних зустрічей тривалістю 60 хвилин з періодичністю 2 рази на тиждень (рис. 2).

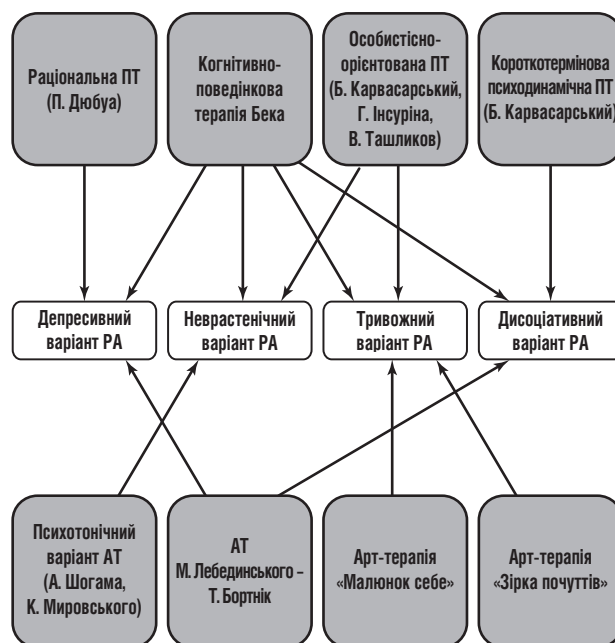


Рис. 2. Персоніфікована психотерапевтична корекція розладів адаптації у студентів

Психотерапевтична корекція при депресивному варіанті розладів адаптації включала використання раціональної психотерапії (класичний варіант П. Дюбуа, 1912), когнітивно-поведінкової терапії Бека (А. Т. Beck, 2006) та арт-терапії у техніці «Малюнок себе».

При неврастенічному варіанті ми використовували когнітивно-поведінкову терапію Бека (А. Т. Beck, 2006), особистісно-орієнтовану психотерапію (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994), психотонічний варіант аутогенного тренування (А. М. Шогама, К. І. Мировського, 1963).

При тривожному варіанті – когнітивно-поведінкову терапію Бека (А. Т. Beck, 2006), особистісно-орієнтовану психотерапію (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994) та арт-терапію в техніці «Зірка почуттів».

При дисоціативному варіанті використовувались короткотермінова психодинамічна психотерапія (Б. Д. Карвасарський, 1999), когнітивно-поведінкова терапія Бека (А. Т. Beck, 2006), аутогенне тренування у модифікації М. С. Лебединського, Т. Л. Бортнік (1969).

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 об'єму та тривалості психотерапевтичних інтервенцій.

Смислотворчим елементом розробленої моделі були психоосвітні заходи з використанням інформаційних модулів у вигляді проблемно-орієнтованих дискусій та комунікативної терапії.

Психоосвітній модуль складався з 10 занять тривалістю 60 хвилин з частотою 2 рази на тиждень. Основними завданнями психоосвіти у випадку роботи із студентами I та II груп були подолання дефіциту знань відносно механізмів формування розладів адаптації, навчання навичкам «оволодіння стресом», зміна неконструктивних копінг-стратегій.

Психоосвітня програма для студентів III групи була спрямована на зниження емоційного напруження, спроектованого статусом вимушено переселеної особи, відновлення особистісного і соціального ресурсу, превенцію декомпенсації емоційного стану, безпосередньо пов'язану із новою інформацією відносно операції об'єднаних сил та подій на окупованих територіях, навчання навичкам вирішення проблем, зміну неконструктивного копінгу.

Висновки

Апробація запропонованої системи медико-психологічної підтримки студентів медичного ЗВО здійснена на моделі Медико-психологічного центру Інституту якості освіти Харківського національного медичного університету. Результати катamnестичного дослідження довели ефективність запропонованої системи – спостерігалась швидка редукція ознак дезадаптивних станів, нормалізація емоціонального стану, формування адаптивних копінг-стратегій та навичок подолання стресу.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М., Маркова М. В. Адаптація студентів першого курсу до навчальної діяльності – пріоритетне завдання вищого навчального закладу. *Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал*. 2017. Т. 5, № 2 (28). С. 28–34.
2. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. *Медична психологія*. 2015. Т. 10, № 1 (37). С. 8–13.
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. Психофізіологічні механізми адаптації студентів. Харків: ХГМУ, 2007. 412 с.
5. Пшук Н. Г., Слободянюк Д. П. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 86–91.
6. Лісовий В. М., Капустник В. А., Марковський В. Д., Кожина Г. М. Порушення адаптації студентів першого курсу до навчальної діяльності у Вищому навчальному закладі. *Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах України III – IV рівнів акредитації: матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції*, Тернопіль, 2011. Медична освіта. 2011. № 2. С. 78–79. DOI: 10.11603/me.v0i2.877.
7. Марков А. Р. Інтерперсонально-комунікативна складова в генезі дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах інформаційно-психологічної війни. *Медична психологія*. 2016. Т. 11, № 4. С. 17–25.
8. Кюсева О. В. Психопатологічна характеристика емоціональної сфери у студентів молодших курсів. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 1 (86). С. 60–63.
9. Вьюн В. В., Коростий В. І., Витенко І. С. Когнитивний тренінг 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.

10. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 62–65.
11. Чабан О. С., Хаустова О. О., Трачук Л. Є. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія». *Медична психологія*. 2016. Т. 11, № 1. С. 3–8.

References

1. Kozhina, A. M., & Markova, M. V. (2012). Adaptatsiia studentiv pershoho kursu do navchalnoi diialnosti – pryoritetne zavdannia vyshchoho navchalnoho zakladu [Adaptation of first-year students to educational activities is a priority of the higher education institution]. *Mezhdunarodnyi psikhiatricheskii, psikhoterapevticheskii i psikhoanaliticheskii zhurnal*, 5(2), 28–34. (In Ukrainian).
2. Markova, M. V., & Kozira, P. V. (2015). Poststresovi dezadaptivni stany na tli sotsialnykh zmin: analiz problemy [Post-stress deadaptive states against a background of social changes: the problem analysis]. *Medical psychology*, 10(1), 8–13. (In Ukrainian).
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]. *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 Ukrainian).
5. Pshuk, N. H., & Slobodianuk, D. P. (2015). Rol psykhosotsialnykh chynnykiv v genezi sotsialnoi dezadaptatsii u studentskoi molodi [Role of psychosocial factors in the genesis of social exclusion among student youth]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii*, 23(2), 86–91. (In Ukrainian).
6. Lisovyi, V. M., Kapustnyk, V. A., Markovskyi, V. D., & Kozhyna, H. M. (2011). Porushennia adaptatsii studentiv pershoho kursu do navchalnoi diialnosti u Vyshchomu navchalnomu zakladi [Disorders of the educational adaptation of the first-year students in higher educational institution]. *Medical education*, 2, 78–79. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.11603/me.v0i2.877>
7. Markov, A. R. (2016). Interpersonalno-komunikatyvna skladova v genezi dezadaptivnykh staniv u tsyvilnoho naselennia v umovakh informatsiino-psykholohichnoi viiny [Interpersonal communication element in development of maladjustment states in civilians in the condition of information-psychological war]. *Medical psychology*, 11(4), 17–25. (In Ukrainian).
8. Kioseva, O. V. (2016). Psihopatologicheskaja karakteristika jemotsional'noj sfery u studentov mladshih kursov [Psychopathological characteristics of an emotional sphere of university first year students]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii*, 24(1), 60–63. (In Russian).
9. Vjun, V. V., Korostiy, V. I., & Vitenko, I. S. (2014). Kognitivnyj trenin stressoustojchivosti kak sostavlajushhaja psikhoterapevticheskoy 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]. *Mezhdunarodnyi psikhiatricheskii, psikhoterapevticheskii i psikhoanaliticheskii zhurnal*, 7(4), 99–105. (In Russian).
10. Herasymenko, L. O. (2018). Psykhosotsialna dezadaptatsiia (suchasni kontseptualni modeli) [Psychosocial maladjustment (modern conceptual models)]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii*, 26(1), 62–65. (In Ukrainian).
11. Chaban, O. S., Khaustova, O. O., & Trachuk, L. Ye. (2016). Shliakhy pidvyshchennia efektyvnosti navchannia studentiv za spetsialnistiu «Medychna psykholohiia» [Ways to improve the effectiveness of teaching medical students majoring in medical psychology]. *Medical psychology*, 11(1), 3–8. (In Ukrainian).

Відомості про автора:

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

Сведения об авторе:

ХАУСТОВ Максим Николаевич, канд. мед. наук, доцент, декан II медицинского факультета, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ, г. Харьков, Украина;
e-mail: haustov217@gmail.com

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, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: haustov217@gmail.com

К. А. Косенко

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВІВ ПАТОЛОГІЧНОЇ ТРИВОГИ
У РОБІТНИКІВ МОРСЬКОГО ТОРГОВЕЛЬНОГО І ПАСАЖИРСЬКОГО ФЛОТІВ

КУ «Одеський обласний центр психічного здоров'я», м. Одеса, Україна

Резюме

Актуальність. Діяльність моряків належить до надзвичайно складних і одночасно ризикованих професій, що висуває специфічні вимоги до плавскладу суден. Тривале плавання пов'язане з постійним перебуванням членів екіпажу в умовах обмеженого простору, монотонної діяльності, різкого звуження зовнішніх соціальних зв'язків, підвищеної небезпеки виникнення аварійних ситуацій тощо. Наукові дослідження показують наявність диференціації негативного впливу професійних стрес-факторів залежно від звань моряків далекого плавання.

Мета – дослідження специфіки проявів тривожного реагування робітників морського торговельного і пасажирського флотів для визначення необхідності створення специфічних для даного контингенту системних заходів з охорони їх психічного здоров'я.

Матеріали та методи. Протягом 2016–2019 рр. обстежено 120 робітників морського флоту України: 90 матросів, мотористів та ін. торговельного флоту, та 30 – пасажирського. Усі обстежені були чоловіками, громадянами України. Дослідження включало використання клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів.

Результати. Значна частина рядового складу як торговельного, так і пасажирського флотів, мають прояви патологічного тривожного реагування переважно середньо-низької інтенсивності. Представники робітничих професій пасажирського морського флоту характеризуються більш інтенсивними проявами тривожної симптоматики, середня вираженість якої наближається до верхньої межі субклінічних значень, тоді як у представників торговельного флоту – до верхньої межі нормативних показників.

Висновки. Отримані дані повинні враховуватись при розробці специфічних заходів психотерапії та психопрофілактики для даного контингенту, що становить перспективу даного дослідження.

Ключові слова: робітники торговельного морського флоту, робітники пасажирського морського флоту, патологічна тривога, тривожне реагування.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ
У РАБОЧИХ МОРСКОГО ТОРГОВОГО И ПАСАЖИРСКОГО ФЛОТОВ

К. А. Косенко

КУ «Одесский областной центр психического здоровья», г. Одесса, Украина

Резюме

Актуальность. Деятельность моряков относится к чрезвычайно сложным и одновременно рискованным профессиям, выдвигает специфические требования к плавсоставу судов. Длительное плавание связано с постоянным пребыванием членов экипажа в условиях ограниченного пространства, монотонности деятельности, резкого сужения внешних социальных связей, повышенной опасности возникновения аварийных ситуаций и тому подобное. Научные исследования показывают наличие дифференциации негативного влияния профессиональных стресс-факторов в зависимости от званий моряков дальнего плавания.

Цель – исследование специфики проявлений тревожного реагирования работников морского торгового и пассажирского флотов для определения необходимости создания специфических для данного контингента системных мер по охране их психического здоровья.

Материалы и методы. В течение 2016–2019 гг. обследованы 120 рабочих морского флота Украины 90 матросов, мотористов и др. торгового флота, и 30 – пассажирского. Все обследованные были мужчинами, гражданами Украины. Исследование включало использование клинико-психопатологического, психодиагностического и статистического методов.

Результаты. Значительная часть рядового состава как торгового, так и пассажирского флотов, имеют проявления патологического тревожного реагирования преимущественно средне-низкой интенсивности. Представители рабочих профессий пассажирского морского флота характеризуются более интенсивными проявлениями тревожной симптоматики, средняя выраженность которой приближается к верхней границе субклинических значений, в то время так у представителей торгового флота – к верхней границе нормативных показателей.

Выводы. Полученные данные должны учитываться при разработке специфических мер психотерапии и психопрофилактики для данного контингента, что составляет перспективу данного исследования.

Ключевые слова: рабочие торгового морского флота, рабочие пассажирского морского флота, патологическая тревога, тревожное реагирование.

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF MANIFESTATIONS OF PATHOLOGICAL ANXIETY
IN WORKERS OF THE MARINE MERCHANT AND PASSENGER FLEETS

K. A. Kosenko

Public Institution "Odessa Regional Center for Mental Health", Odessa, Ukraine

Abstract

Background. The activities of seafarers are extremely complex and at the same time risky professions; they put forward specific requirements for the crew of ships. Long seagoing are associated with the constant presence of crew members in a confined space, monotony of activity, a sharp narrowing of external social relations, an increased risk of emergency situations and etc. Scientific studies show the differentiation of the negative impact of occupational stress factors depending on the ranks of long-distance sailors.

Objective – to study the specifics of manifestations of anxiety reaction of workers of the marine merchant and passenger fleets to determine the need to create specific systemic measures to protect mental health for this contingent.

Materials and methods. During 2016–2019 we examined 120 workers of the Ukrainian navy. Of these, 90 were sailors, minders, and other merchant fleet workers, and 30 were passenger fleet workers. All examined were men, citizens of Ukraine. The study included the use of clinical, psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods.

Results. A significant part of the deck ratings (workers) of both merchant and passenger fleets has manifestations of a pathological anxiety reaction, mainly of medium-low intensity. Representatives of the working professions of the passenger navy are characterized by more intense manifestations of anxiety symptoms, the average severity of which approaches the upper limit of subclinical values, while among the representatives of the merchant fleet it approaches the upper limit of normative indicators.

Conclusions. The data obtained should be taken into account when developing specific measures of psychotherapy and psychoprophylaxis for this contingent, which is the prospect of this study.

Keywords: workers of the merchant marine fleet, workers of the passenger marine fleet, pathological anxiety, anxiety reaction.

For citation: Kosenko K. A. Comparative characteristic of manifestations of pathological anxiety in workers of the marine merchant and passenger fleets. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(3): 168–172. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.168-172

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): sun2003@ukr.net

Received / Поступила: 04.08.2019

Accepted / Прийнята до друку: 06.09.2019

Актуальність. Україна – держава з величезним морським потенціалом, який забезпечується комбінацією морської інфраструктури, морського законодавства та морських кадрів, загальна кількість яких складає більш ніж 100 тисяч моряків [1].

Діяльність моряків завжди належала до надзвичайно складних і одночасно ризикованих професій, що висуває специфічні вимоги до плавскладу суден. Тривале плавання пов'язане з постійним перебуванням членів екіпажу в умовах обмеженого простору, монотонної діяльності, різкого звуження зовнішніх соціальних зв'язків, підвищеної небезпеки виникнення аварійних ситуацій тощо [2].

Дослідники також відмічають дисконгруентність стресорів, пов'язаних із професійною діяльністю робітників та командного складу морського флоту: якщо в першому випадку провідними професійними стресорами є, перш за все, фізичні і фізіологічні, то для командирів більш патогенними стають психосоціальні й психоемоційні стресові чинники [3]. Професійні умови робітників-матросів асоційовані з постійною дією таких патогенних чинників як шум, вібрація, зміна температури тощо, що складають фізичні, хімічні, механічні та структурні професійні ризики. З іншого боку, надмірна відповідальність, монотонність, відсутність кар'єрних перспектив, труднощі зі сном та тривала розлука з сім'єю і домом, які становлять соціальні та організаційні ризики, мають не менш негативний вплив на фізичний і психологічний стан екіпажу [4].

A. Mellbye, T. Carter у великому огляді, присвяченому аналізу впливу професійних ризиків на стан психічного здоров'я та суїцидальної активності моряків далекого плавання, наводять дані про наявність диференціації негативного впливу професійних стрес-факторів залежно від звань моряків далекого плавання, оскільки офіцери, з одного боку, зазнають більшої напруги на роботі, але також, здається, мають міцніші сімейні та подружні стосунки через коротший час перебування на борту [5]. Про більшу вразливість до дії специфічних чинників професійного стресу на стан психічного здоров'я нижчого персоналу судноплавства вказано також у роботах M. Oldenburg зі співавторами [6, 7], D. Jegaden, M. Menaheze, D. Lucas, B. Loddé, J. D. Dewitte [8].

Мета – дослідження специфіки проявів тривожного реагування робітників морського торговельного і пасажирського флотів для визначення необхідності створення специфічних для даного контингенту системних заходів з охорони їх психічного здоров'я.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на засадах інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2016–2019 років було обстежено 120 робітників морського флоту України: 90 матросів, мотористів та ін. торгового флоту, та 30 – пасажирського. Усі обстежені були чоловіками, громадянами України. Усі респонденти були обстежені в період після повернення з рейсу на базі декількох медичних установ (медичний центр «Академмарін» НУ ОМА, КУ «Одеський обласний центр психічного здоров'я», кафедра психіатрії, наркології та психології Одеського національного медичного університету, медичні центри «Крок до життя», «Віта» та ін.) під час добровільного звернення за консультацією лікаря-психіатра.

Дослідження включало використання клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів. Після первинного структурованого інтерв'ю проводили оцінку психічного стану з аналізом особливостей притаманного їм тривожного реагування за допомогою першого (тривожного) модуля госпітальної шкали тривоги і депресії HADS [9]. Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики та аналіз розбіжностей з використанням непараметричних методів.

Результати та їх обговорення

Основні соціально-демографічні показники обстежених наведені в таблиці 1, з якої випливає, що серед матросів питома вага осіб віком 25–35 та 36–50 років була приблизно однаковою. Переважна більшість обстежених мали середню спеціальну освіту. Понад половина чоловіків були одружені, інші – розлучені.

Результати дослідження притаманних обстеженим проявів тривожного реагування наведені в таблиці 2, з якої видно, що середня вираженість тривожних проявів в обох групах була вищою за нормативні значення.

Таблиця 1. Базові соціально-демографічні характеристики обстежених, %

Показник абс. к.		Робітники торговельного флоту (РТФ), n=90 осіб		Робітники пасажирського флоту (РПФ), n=30 осіб	
		абс. к.	%	абс. к.	%
Вік	25–35	44	48,9	14	46,7
	36–50	39	43,3	15	50,0
	більше 50	7	7,8	1	3,3
Освіта	середня	13	14,4	5	16,7
	середня спеціальна	77	85,6	25	83,3
Сімейний стан	одружені	50	55,5	16	53,3
	розлучені	40	45,5	14	46,7

Проте, якщо у РТФ середній показник тривожної симптоматики був трохи вищий за норму ($7,42 \pm 1,78$), то для рядового складу пасажирського флоту була характерною більша вираженість патологічної тривоги, що виявила тенденцію схильності до верхньої межі субклінічних значень ($9,11 \pm 1,43$) (статистична значущість розбіжностей складала $p < 0,05$).

Порівняльний аналіз структури і вираженості окремих симптомів тривожного реагування дозволив зробити такі висновки. Відчуття напруженості, що супроводжувало респондентів увесь час, було притаманне 10,0 % РТФ і 26,7 % РПФ (розбіжності достовірні, $p < 0,01$). Частий стан напруженості, якого було неможливо позбутися, відмічали 23,3 % РТФ і 20,0 % РПФ ($p > 0,05$), час від часу напруженість відмічали 45,5 % РТФ і 23,3 % РПФ ($p < 0,01$). Не скаржились на напруженість 21,1 % РТФ і 30,0 % РПФ ($p > 0,05$). Середня вираженість цього симптому в РТФ складала 1,22 бала, у РПФ – 1,43 бала ($p < 0,01$).

Інтенсивне відчуття страху та очікування чогось жахливого постійно супроводжувало 5,6 % РТФ і 10,0 % РПФ ($p > 0,05$); страх меншої інтенсивності виявлено у 15,6 % РТФ і 36,7 % РПФ ($p < 0,01$); лише іноді такий стан відмічали 54,4 % РТФ і 16,7 % РПФ ($p < 0,05$), були позбавлені відчуття страху 24,4 % РТФ і 36,7 % РПФ ($p > 0,05$). Середня вираженість даного симптому була достовірно вищою у РПФ (1,20), порівняно з РТФ (0,86) ($p < 0,01$).

На постійну наявність неспокійних думок скаржились 7,7 % РТФ і 16,7 % РПФ ($p < 0,01$); переважну більшість часу такі думки займали у 11,2 % РТФ і 23,3 % РПФ ($p < 0,01$), не так часто від неспокійних думок потерпали 53,3 % РТФ і 36,7 % РПФ ($p > 0,05$), іноді такі думки мали місце у 27,8 % РТФ і 23,3 % РПФ ($p > 0,05$). Середній показник інтенсивності даного симптому був значуще більшим у РПФ (1,33), порівняно з РТФ (0,98) ($p < 0,01$).

На абсолютну неможливість розслабитися скаржились 8,9 % РТФ і 20,0 % РПФ ($p < 0,01$); 15,6 % РТФ і 26,7 % РПФ розслабитися вдавалося лише зрідка ($p < 0,01$), 43,3 % РТФ і 30,0 % РПФ відмічали, що, напевно, можуть досягти стану розслаблення ($p > 0,05$), а 32,2 % РТФ і 23,3 % РПФ були впевнені в цьому ($p > 0,05$). Інтенсивність даного симптому була значно вираженішою у РПФ (1,43 бала), порівняно з РТФ (1,01 бала) ($p < 0,05$).

Внутрішню напругу і тремтіння дуже часто відчували 7,8 % РТФ і 26,7 % РПФ, часто від них потерпали 2,7 % РТФ і 23,3 % РПФ, іноді – 45,6 % РТФ і 33,3 % РПФ, зовсім не скаржились на це 20,0 % РТФ і 16,7 % РПФ. Треба зазначити, що кількісний розподіл даного симптому серед обох груп не мав достовірних розбіжностей, на відміну від якісного – інтенсивність цього симптому була вищою у РПФ (1,60 балів), порівняно з РТФ (1,22 бали) ($p < 0,05$).

Від постійної тривожної ажитаци, потреби постійно рухатись, неможливості всидіти на місці потерпали 10,0 % РТФ і 6,6 % РПФ, від її наявності в тому чи іншому ступені вираженості – 64,5 % РТФ і 70,0 % РПФ, не відмічали в себе вказаного прояву 25,6 % РТФ і 23,3 % РПФ. У цьому випадку як кількісні, так і якісні показники даного симптому не мали розбіжностей між обстеженими обох груп ($p > 0,05$).

Дуже часті раптові напади відчуття паніки відмічала незначна кількість обстежених – 3,3 % РТФ і РПФ відповідно, проте, досить часті раптові панічні настрої були характерними для 21,1 % РТФ і 13,3 % РПФ, не такими вже й частими вони були у 45,6 % РТФ і 50,0 % РПФ. Треба зазначити, що тільки 30,0 % РТФ і 33,0 % РПФ зовсім не скаржились на цей симптом патологічної тривоги, середня вираженість якого у вибірці становила 0,97 бала для РТФ і 0,86 бала для РПФ (різниця кількісного і якісного розподілів між групами не достовірна, $p > 0,05$).

Висновки

У результаті дослідження встановлено, що значна частина рядового складу як торговельного, так і пасажирського флотів, мають прояви патологічного тривожного реагування переважно середньо-низької інтенсивності.

Представники робітничих професій пасажирського морського флоту характеризуються більш інтенсивними проявами тривожної симптоматики, середня вираженість якої наближається до верхньої межі субклінічних значень, тоді як у представників торговельного флоту – до верхньої межі нормативних показників.

Отримані дані повинні враховуватись при розробці специфічних заходів психотерапії і психопрофілактики для даного контингенту, що становить перспективу даного дослідження.

Таблиця 2. Порівняльний аналіз кількісних і якісних показників тривожного реагування в обстежених

№	Розповсюдженість / вираженість				Параметри оцінки психічного стану	Оцінка в балах	Рівень статистичної значущості розбіжностей
	РТФ, n = 90		РПФ, n = 30				
	абс. к.	%	абс. к.	%			
Досліджувані параметри тривоги							
1.	Я відчуваю напруженість, мені не по собі						
	9	10,0	8	26,7	Постійно	3	p<0,01
	21	23,3	6	20,0	Часто	2	p>0,05
	41	45,5	7	23,3	Час від часу, іноді	1	p<0,01
	19	21,1	9	30,0	Зовсім не відчуваю	0	p>0,05
	сер. бал	1,22	сер. бал	1,43			p<0,01
2.	Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися						
	5	5,6	3	10,0	Безумовно так	3	p>0,05
	14	15,6	11	36,7	Так, але страх не дуже сильний	2	p<0,01
	49	54,4	5	16,7	Іноді, але це мене не турбує	1	p<0,05
	22	24,4	11	36,7	Зовсім не відчуваю	0	p>0,05
	сер. бал	0,86	сер. бал	1,20			p<0,01
3.	Неспокійні думки крутяться у мене в голові						
	7	7,7	5	16,7	Постійно	3	p<0,01
	10	11,2	7	23,3	Більшу частину часу	2	p<0,01
	48	53,3	11	36,7	Час від часу і не так часто	1	p>0,05
	25	27,8	7	23,3	Тільки іноді	0	p>0,05
	сер. бал	0,98	сер. бал	1,33			p<0,01
4.	Я легко можу сісти і розслабитися						
	29	32,2	7	23,3	Безумовно, це так	0	p>0,05
	39	43,3	9	30,0	Напевно, це так	1	p>0,05
	14	15,6	8	26,7	Лише зрідка це так	2	p<0,01
	8	8,9	6	20,0	Зовсім не можу	3	p<0,01
	сер. бал	1,01	сер. бал	1,43			p<0,05
5.	Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння						
	18	20,0	5	16,7	Зовсім не відчуваю	0	p>0,05
	41	45,6	10	33,3	Іноді	1	p>0,05
	24	26,7	7	23,3	Часто	2	p>0,05
	7	7,8	8	26,7	Дуже часто	3	p>0,05
	сер. бал	1,22	сер. бал	1,60			p<0,05
6.	Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися						
	9	10,0	2	6,6	Безумовно це так	3	p>0,05
	26	28,9	11	36,7	Напевно, це так	2	p>0,05
	32	35,6	10	33,3	Лише в деякій мірі це так	1	p>0,05
	23	25,6	7	23,3	Зовсім не відчуваю	0	p>0,05
	сер. бал	1,23	сер. бал	1,26			p>0,05
7.	У мене буває раптове відчуття паніки						
	3	3,3	1	3,3	Дуже часто	3	p>0,05
	19	21,1	4	13,3	Досить часто	2	p>0,05
	41	45,6	15	50,0	Не так вже й часто	1	p>0,05
	27	30,0	10	33,3	Зовсім не буває	0	p>0,05
	сер. бал	0,97	сер. бал	0,86			p>0,05
Загальний сер. бал		7,42	Заг. сер. бал		9,11		p<0,05

Список використаної літератури

1. Пріоритети державної морської політики у сфері функціонування та розвитку моргосподарського комплексу України : аналіт. доп. / О. В. Собкевич, К. М. Михайличенко, А. В. Шевченко, В. М. Русан, Є. В. Белашов. К. : НІСД, 2016. 72 с.
2. Криворотко Г. С. Психологічна природа й чинники самотності моряків далекого плавання. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. № 2 (33). С. 229–234.
3. Psychological stress in seafarers: a review / A. Carotenuto, I. Molino, A. M. Fasanaro [et al.] // *International maritime health*. 2012. Vol. 63, issue 4. P. 188–194.
4. A survey of the health, stress and fatigue of Australian seafarers / A. W. Parker, L. M. Hubinger, S. Green [et al.] // Australian Maritime Safety Authority, Canberra, 1997. 185 p. URL: <https://www.amsa.gov.au/sites/default/files/health-stress-and-fatigue-study-1997.pdf> (дата звернення: 26.06.2019).
5. Mellbye A., Carter T. Seafarers' depression and suicide. *International Maritime Health*. 2017. Vol. 68, issue 2. P. 108–114. DOI: 10.5603/IMH.2017.0020.
6. Seafaring stressors aboard merchant and passenger ships / M. Oldenburg, H. J. Jensen, U. Latza [et al.] // *Int J Public Health*. 2009. Vol. 54, issue 2. P. 96–105. DOI: 10.1007/s00038-009-7067-z.
7. Oldenburg M., Baur X, Schlaich C. Occupational risks and challenges of seafaring. *J Occup Health*. 2010. Vol. 52, issue 5. P. 249–256. DOI: 10.1539/joh.k10004.
8. Don't forget about seafarer's boredom / D. Jegaden, M. Menaheze, D. Lucas [et al.] // *Int Marit Health*. 2019. Vol. 70, issue 2. P. 82–87. DOI: 10.5603/IMH.2019.0013.
9. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. Харьков : «Торнадо», 2003. 349 с.

Відомості про автора:

КОСЕНКО Корнелія Артурівна, канд. мед. наук, зав. відділенням КУ «Одеський обласний центр психічного здоров'я», асистент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна;
e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID: 0000-0001-6656-1802

Сведения об авторе:

КОСЕНКО Корнелия Артуровна, канд. мед. наук, зав. отделением КУ «Одесский областной центр психического здоровья», ассистент кафедры психиатрии и наркологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина;
e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID: 0000-0001-6656-1802

References

1. Sobkevych, O. V., Mykhailychenko, K. M., Shevchenko, A. V., Rusan, V. M., & Bielashov, Ye. V. (2016). *Priorytety derzhavnoi morskoi polityky u sferi funktsionuvannia ta rozvytku morehospodarskoho kompleksu Ukrainy: analitychna dopovid* [Priorities of the State Maritime Policy for the Functioning and Development of Ukraine's Maritime Complex: Analytical Report]. Kyiv: NISD, 72 p. (In Ukrainian).
2. Kryvorotko, G. (2013). Psychological nature and factors loneliness sailors seagoing]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy*, 2, 229–234. (In Ukrainian).
3. Carotenuto, A., Molino, I., Fasanaro, A. M., & Amenta, F. (2012). Psychological stress in seafarers: a review. *International maritime health*, 63(4), 188–194.
4. Parker, A. W., Hubinger, L. M., Green, S., Sargent, L., & Boyd, R. (1997). *A survey of the health, stress and fatigue of Australian seafarers*. Australian Maritime Safety Authority, Canberra, 1997. 185 p. Retrieved from <https://www.amsa.gov.au/sites/default/files/health-stress-and-fatigue-study-1997.pdf>
5. Mellbye A., & Carter, T. (2017). Seafarers' depression and suicide. *International Maritime Health*, 68(2), 108–114. <https://doi.org/10.5603/IMH.2017.0020>
6. Oldenburg, M., Jensen, H.J., Latza, U., & Baur, X. (2009). Seafaring stressors aboard merchant and passenger ships. *Int J Public Health*, 54(2), 96–105. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-7067-z>
7. Oldenburg, M., Baur, X., & Schlaich, C. (2010). Occupational risks and challenges of seafaring. *J Occup Health*, 52(5), 249–256. <https://doi.org/10.1539/joh.k10004>
8. Jegaden, D., Menaheze, M., Lucas, D., Loddé, B., & Dewitte, J. D. (2019). Don't forget about seafarer's boredom. *Int Marit Health*, 70(2), 82–87. <https://doi.org/10.5603/IMH.2019.0013>
9. Pidkorytov, V. S., Chaika, Yu. Yu. (2003). *Depressii. Sovremennaya terapiya* [Depression. Modern therapy]. Kharkiv: Tornado. 349 p. (In Russian).

About the Author:

KOSENKO Korneliia Arturivna, MD, PhD, Head of Department of Public Institution "Odessa Regional Center for Mental Health", assistant of the Department of Psychiatry and Narcology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine;
e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID: 0000-0001-6656-1802

Т. Г. Кривоніс

ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ
ОНКОЛОГІЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ

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

Резюме

Актуальність. Перебіг онкологічного захворювання має значні психосоціальні наслідки. Психосоціальні проблеми онкологічних хворих обумовлені рядом факторів: порушенням працездатності, соціальної активності, міжособистісної взаємодії, прив'язаністю до медичних закладів, витратами на лікування, стигматизацією, поширеністю міфів щодо онкології в суспільстві. Прогресування захворювання обумовлює потребу в сторонній допомозі та психологічній підтримці.

Мета – вивчити особливості сприйняття психосоціальної підтримки онкологічними пацієнтами на різних етапах перебігу захворювання.

Матеріали та методи. На основі інформованої згоди було обстежено 286 онкологічних пацієнтів, в тому числі 174 жінки та 114 чоловіків. Хворих обстежували на різних етапах лікувального процесу, а саме, при першому зіткненні з захворюванням – 78 жінок та 51 чоловік, та при поверненні хвороби чи її рецидиві – 96 осіб жіночої та 63 – чоловічої статі. Методи дослідження: клініко-анамнестичний, психодіагностичний, статистичний. У дослідженні були використані методики FACES-3, «Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS).

Результати. Прогресування онкологічного захворювання супроводжувалося збільшенням потреб пацієнтів та вимог до психосоціальної підтримки. Рівень сімейної адаптації відіграв важливу роль у здатності хворих сприймати та отримувати психосоціальну підтримку під час перебігу та лікування захворювання. Адаптовані родини мали достатній підтримувальний потенціал, тоді як у сім'ях із ознаками порушення пристосування, особливо дезадаптованих, хворі не відчували чи не отримували достатньої допомоги, що поглиблювало рівень їх психічного стресу.

Висновки. Психосоціальна допомога є важливою складовою медико-психологічних заходів, особливого значення вона набуває при прогресуванні хвороби.

Ключові слова: родина пацієнта, онкологічні хворі, психоонкологія, психосоціальна підтримка, медико-психологічна допомога.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Т. Г. Кривонос

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

Резюме

Актуальность. Течение онкологического заболевания имеет значительные психосоциальные последствия. Психосоциальные проблемы онкологических больных обусловлены рядом факторов: нарушением работоспособности, социальной активности, межличностного взаимодействия, привязанностью к медицинским учреждениям, затратами на лечение, стигматизацией, распространенностью мифов относительно онкологии в обществе. Прогрессирование заболевания обуславливает потребность в посторонней помощи и психологической поддержке.

Цель – изучить особенности восприятия психосоциальной поддержки онкологическими пациентами на разных этапах течения заболевания.

Материалы и методы. На основе информированного согласия были обследованы 286 онкологических пациентов, в том числе 174 женщины и 114 мужчин. Больных обследовали на различных этапах лечебного процесса, а именно, при первом столкновении с заболеванием – 78 женщин и 51 мужчина, и при возвращении болезни или ее рецидиве – 96 лиц женского и 63 – мужского пола. Методы исследования: клинико-анамнестический, психодиагностический, статистический. В исследовании были использованы методики FACES-3, «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (MSPSS).

Результаты. Прогрессирование онкологического заболевания сопровождалось увеличением потребностей пациентов и требований к психосоциальной поддержке. Уровень семейной адаптации играл важную роль в способности больных воспринимать и получать психосоциальную поддержку во время течения и лечения заболевания. Адаптированные семьи владели достаточным поддерживающим потенциалом, тогда как в семьях с признаками нарушения приспособления, особенно дезадаптированных, больные не испытывали или не получали достаточной помощи, что усугубляло уровень их психического стресса.

Выводы. Психосоциальная помощь является важной составляющей медико-психологических мероприятий. Особое значение психосоциальная поддержка приобретает при прогрессировании болезни.

Ключевые слова: семья пациента, онкологические больные, психоонкология, психосоциальная поддержка, медико-психологическая помощь.

FEATURES OF PERCEPTION OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT
OF ONCOLOGICAL PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF THE DISEASE

T. G. Krivonis

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Abstract

Background. The cancer caused significant psychosocial consequences. Psychosocial problems of oncological patients are due to the following factors: impaired ability to work, social activity, interpersonal interaction, attachment to medical institutions, costs of treatment, stigma, and the prevalence of myths about cancer in society. The progression of the disease necessitates the need for external help and psychological support.

Objective – to study the features of the perception of psychosocial support oncological patients at different stages of the disease.

Materials and methods. On the base of informed consent, 286 oncological patients were examined: 174 women and 114 men. Patients examined at different stages of the treatment process, namely, at the first episode of the disease – 78 women and 51 men, and after return of the disease or its relapse – 96 women and 63 men. We used such research methods: clinical anamnestic, psychodiagnostic, statistical. The study used the FACES-3 methodology, "Multidimensional Scale of Perception of Social Support" (MSPSS).

Results. The cancer progression accompanied by an increasing patients' needs in psychosocial support. The level of family adaptation played an important role in patients' ability to perceive and receive psychosocial support during treatment of the disease. "Adapted" families had sufficient supportive potential, whereas in families with signs of maladaptation, especially "maladapted" patients did not feel or received sufficient care, which exacerbated their level of mental distress.

Conclusions. Psychosocial help is an important component of medical- psychological measures. Psychosocial support is especially important during the progression of the disease.

Keywords: patient's family, cancer patients, psycho-oncology, psychosocial support, medical-psychological help.

For citation: Krivonis T. G. Features of perception of psychosocial support of oncological patients at different stages of the disease. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(3): 173–176. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.173-176

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

Received / Поступила: 22.07.2019

Accepted / Прийнята до друку: 27.08.2019

Актуальність. За визначенням Дж. Холланд, психоонкологія займається вивченням усього різноманіття факторів, пов'язаних із онкологічними захворюваннями, на психобіологічному та психосоціальному рівнях [1]. Основною метою психоонкології є забезпечення найоптимальнішої адаптації онкологічного хворого шляхом аналізу чинників пристосування, пов'язаних із хворобою, особистістю пацієнта, суспільством, і факторів, що призводять до порушення психологічної та психосоціальної адаптації [2]. У кожному з визначень психоонкології як науки і медичної практики важливу роль надають психосоціальним аспектам.

До психосоціальних проявів дистресу належать посилення напруженості у міжособистісних стосунках, виникнення чи актуалізація існуючих конфліктів; звуження кола спілкування до сім'ї та близьких друзів; дистанціювання від оточення, самоізоляція; інтенсивне почуття провини за хворобу, відчуття себе тягарем для родини [3]. У онкологічних пацієнтів наявні типові соціофобії, обумовлені соціальними наслідками хвороби: страх насмішок, самотності, залежності від інших, втрати гідності, втрати партнера, ізоляції, втрати контролю [4].

Психосоціальні проблеми онкологічних хворих викликані порушеннями працездатності, соціальної активності, міжособистісної взаємодії, прив'язаністю до медичних закладів, витратами на лікування, стигматизацією, поширеністю міфів щодо онкології в суспільстві [5–7].

Прояви та рівень стресу в онкологічних хворих мають відмінності залежно етапу перебігу захворювання та особливостей його лікування [8]. Коли пацієнти зіштовхуються з хворобою вперше, наявні нестача інформації, ірраціональні уявлення, відсутній досвід протидії онкологічному стресу. Прогресування онкопатології обумовлює психічну ретравматизацію, проте хворі володіють індивідуалізованими та практично-орієнтованими способами вирішення проблем, пов'язаних із хворобою та її лікуванням. Паліативний етап супроводжується значним обмеженням фізичних можливостей і значною потребою у сторонній допомозі.

Психосоціальна підтримка для онкологічних пацієнтів на кожному з етапів перебігу та лікування захворювання набуває вагомого значення, що робить актуальним питання розробки заходів психологічної допомоги, спрямованих на посилення зовнішнього ресурсу.

Мета – вивчити особливості сприйняття психосоціальної підтримки онкологічними пацієнтами на різних етапах перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження

З дотриманням вимог етики та деонтології проведено психологічне обстеження 286 онкологічних хворих у віці від 46 до 67 років: 174 жінки (ГЖ) та 114 чоловіків (ГЧ). Хворих обстежували на різних етапах перебігу онкопатології, а саме, при першому зіткненні з захворюванням – 78 жінок (ГЖ1) та 51 чоловік (ГЧ1), та при поверненні хвороби – 96 осіб жіночої (ГЖ2) та 63 – чоловічої статі (ГЧ2).

Для оцінки психосоціального ресурсу використали «Багатовимірну шкалу сприйняття соціальної підтримки» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, G. D. Zimet, N. W. Dahlem, S. G. Zimet, G. K. Farley в адаптації В. М. Ялтонського та Н. А. Сироти).

Опитуваних також було поділено на підгрупи на основі критерію рівня сімейної адаптації за шкалою сімейної адаптації і згуртованості FACES-3 (Н. І. Оліфірович, Т. А. Зінкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента) на адаптовані родини, сім'ї з межовим пристосуванням та дезадаптовані.

Результати та їх обговорення

Серед пацієнтів, які мали продовження чи рецидив онкологічного захворювання, реєструвалася вища частка осіб із низьким рівнем психосоціальної підтримки (30,2 % – у групі первинного захворювання проти 44,0 % – у групі повторного захворювання), та нижча – з середнім та високим (40,3 % проти 33,4 %; 29,5 % проти 22,6 %) (табл. 1). Серед онкохворих, які зіштовхнулися з хворобою вперше, у структурі соціальної підтримки домінували особи з середнім рівнем вираженості показників, тоді як у разі повернення захворювання – з низьким, а частка з високим зменшувалася.

У таблиці 2 представлено розподіл рівнів соціальної підтримки за складовими у пацієнтів на різних етапах перебігу хвороби та залежно від сімейної адаптації. У адаптованих родин пацієнти, які зіштовхнулися з онкопатологією як уперше, так і повторно, виявляли високу оцінку соціальної підтримки – 79,2 % та 80,6 %, середні показники реєструвалися відповідно у 20,8 % та 19,4 % опитуваних, низькі були відсутні. У сім'ях з межевою адаптацією у половини пацієнтів зафіксовано середній рівень психосоціальної підтримки (52,3% – первинні, 50,0 % – повторно), тоді як частка осіб із низькою

Таблиця 1. Структура соціальної підтримки за окремими показниками у онкохворих, які зіштовхнулися з хворобою вперше та повторно, %

Рівень	Сім'я		Значимі інші		Друзі		Загальний	
	П	В	П	В	П	В	П	В
Низький	24,8	37,7	28,7	43,4	31,0	48,4	30,2	44,0
Середній	42,6	37,7	45,0	35,8	45,0	32,1	40,3	33,4
Високий	32,6	24,5	26,4	20,8	24,0	19,5	29,5	22,6

Примітка. П – онкохворі, які зіштовхнулися з хворобою вперше, та В – пацієнти з продовженням або рецидивом онкологічного захворювання.

Таблиця 2. Структура соціальної підтримки за окремими показниками у онкохворих, які зіштовхнулися з хворобою вперше та повторно, залежно від рівня сімейної адаптації, %

Рівень	Сім'я		Значимі інші		Друзі		Загальний	
	П	В	П	В	П	В	П	В
Адаптовані родини								
Низький	-	-	-	-	-	-	-	-
Середній	16,7	16,1	25,0	22,6	33,3	29,0	20,8	19,4
Високий	83,3	83,9	75,0	77,4	66,7	71,0	79,2	80,6
Родини з межевою адаптацією								
Низький	13,8	25,8	18,5	29,0	21,5	38,7	18,5	32,3
Середній	52,3	53,2	56,9	56,5	55,4	46,8	52,3	50,0
Високий	33,8	21,0	24,6	14,5	23,1	14,5	29,2	17,7
Деадаптовані родини								
Низький	57,5	66,7	62,5	77,3	65,0	80,3	67,5	75,8
Середній	42,5	33,3	37,5	22,7	35,0	19,7	32,5	24,2
Високий	-	-	-	-	-	-	-	-

Примітка. П – онкохворі, які зіштовхнулися з хворобою вперше, та В – пацієнти після продовження та рецидиву онкологічного захворювання.

вираженістю суттєво збільшувалася (18,5 % проти 32,3 %), а з високою – зменшувалася (29,2 % проти 17,7 %). У дезадаптивних родині лише 32,5% онкохворих при первинному зіткненні та 24,2% – при поверненні хвороби визначили соціальну підтримку як середню, та 67,5 % та 75,8 % – як низьку, високий рівень взагалі був відсутній.

Отримані результати вказують на збільшення психосоціального тиску онкологічного захворювання, зростання потреб пацієнта та викликів до родини щодо фізичної та психологічної підтримки хворого.

Висновки

Прогресування онкологічного захворювання супроводжувалося збільшенням потреб пацієнтів та вимог до психосоціальної підтримки, що обумовлювало диференціювання заходів медико-психологічної допомоги, її розширення на родину хворого.

Рівень сімейної адаптації відігравав важливу роль у здатності хворих сприймати та отримувати психосоціальну підтримку під час перебігу та лікування захворювання. Адаптовані родини мали достатній підтримувальний потенціал, тоді як у сім'ях з ознаками порушення пристосування, особливо дезадаптованих, хворі не відчували чи не отримували достатньої допомоги, що поглиблювало рівень їх психічного стресу.

Заходи, спрямовані на покращення психосоціальної підтримки онкологічних хворих, є важливою та необхідною складовою медико-психологічної допомоги.

Список використаної літератури

1. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen et al. Oxford University press, 2015. 808 p.
2. Бабик А. И. Психонкология: камо грядеши? Медичні аспекти здоров'я жінки. 2011. № 1 (40). С. 70–76. URL: <https://mazg.com.ua/ru-issue-article-414#Psihoonkologiya-kamo-gryadeshi-> (дата звернення: 01.07.2019).
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство Москва : МЕДпресс, 2010. 432 с.
4. Мухаровська І. Р. Клініко-психологічна характеристика психоемоційних порушень та система медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці (феноменологія, механізми психопатогенезу та адаптаційна модель психонкологічної допомоги). ХМАПО, Харків, 2017. 51 с.
5. Sexual, marital, and general life functioning in couples coping with colorectal cancer: a dyadic study across time / M. J. Traa, J. Braeken, J. De Vries [et al.] // Psychooncology. 2015. Vol. 24, issue 9. P. 1181–1188. DOI: 10.1002/pon.3801.
6. Hess C. B., Chen A. M. Measuring psychosocial functioning in the radiation oncology clinic: a systematic review. *Psychooncology*. 2014. Vol. 23, issue 8. P. 841–854. DOI: 10.1002/pon.3521.
7. Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management / M. G. Nayak, A. George, M. Vidyasagar [et al.] // Indian J Palliat Care. 2015. Vol. 21, issue 3. P. 349–354. DOI: 10.4103/0973-1075.164893.
8. Мухаровська І. Р. Аналіз особливостей організації медико-психологічної допомоги для пацієнтів онкологічного профілю. *Science Rise. Medical science*. 2016. № 9 (5). С. 25–30. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.77849.

References

1. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R. & Butow, P. N. (2015). *Psycho-Oncology* (5th ed.). Oxford University Press, 808 p.
2. Babik, A. I. Psihoonkologiya: kamo gryadeshi? (2011). [Psycho-oncology: what are you going for?]. *Medychni aspekty zdorov'ia zhinky*, 1, 70–76. Retrieved from <https://mazg.com.ua/ru-issue-article-414#Psihoonkologiya-kamo-gryadeshi-> (In Russian).
3. Mendelevich, V. D. (2010). *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: prakticheskoe rukovodstvo* [Clinical and medical psychology: a practical guide]. Moscow: MEDpress, 432 p. (In Russian).
4. Mukharovska, I. R. (2017). *Kliniko-psykholohichna kharakterystyka psykhoemotsiynkh porushen ta systema medyko-psykholohichnoi korektsii*

- i pidtrymky v onkologichnii praktytsi (fenomenolohiia, mekhanizmy psykhopatohenezu ta adaptatsiina model psykhoonkologichnoi dopomohy) [Clinical-psychological characteristics of psycho-emotional disorders and system of medical-psychological correction and support in oncological practice (phenomenology, mechanisms of psychopathogenesis and adaptation model of psycho-oncological assistance)]. KhMAPO, Kharkiv, 51 p. (In Ukrainian).
5. Traa, M. J., Braeken, J., De Vries, J., Roukema, J. A., Slooter, G. D., Crolla, R. M., ... Den Ouden, B. L. (2015). Sexual, marital, and general life functioning in couples coping with colorectal cancer: a dyadic study across time. *Psychooncology*, 24(9), 1181–1188. <https://doi.org/10.1002/pon.3801>
6. Hess, C. B., & Chen, A. M. (2014). Measuring psychosocial functioning in the radiation oncology clinic: a systematic review. *Psychooncology*, 23(8), 841–854. <https://doi.org/10.1002/pon.3521>
7. Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, M., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B. S., ... Kamath, A. (2015). Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management. *Indian J Palliat Care*, 21(3), 349–354. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.164893>
8. Mukharovska, I. R. (2016). Analiz osoblyvostei orhanizatsii medyko-psykholohichnoi dopomohy dlia patsientiv onkologichnoho profilu [The analysis of organizational features of psychological help for cancer patients]. *Science Rise. Medical science*, 9, 25–30. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2016.77849>

Відомості про автора:

КРИВОНІС Тамара Григорівна, канд. мед. наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: tamarakr@ukr.net

Сведения об авторе:

КРИВОНОС Тамара Григорьевна, канд. мед. наук, доцент кафедры медицинской психологии и психиатрии с курсом последипломного образования, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина; e-mail: tamarakr@ukr.net

About the Author:

KRYVONIS Tamara Hryhorivna, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Medical Psychology and Psychiatry with a postgraduate course, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: tamarakr@ukr.net