

ЗМІСТ

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>В. О. Коцїй</i> АНАЛІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН КІНЦІВОК З РІЗНИМ ОБ'ЄМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ.....	4
--	---

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>К. В. Шевченко-Бітенський</i> ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНІ РОЗЛАДИ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ (КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ)	11
---	----

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>І. Ф. Терьошина, М. М. Хаустов</i> МЕТАБОЛІЧНА ІНТОКСИКАЦІЯ ЯК ПРОЯВ БІОХІМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД	17
<i>С. О. Ярославцев</i> ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕМОЦІЙ ТА СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ.....	21

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>Т. О. Скрипник</i> ПОВТОРЮВАНА ТА СТЕРЕОТИПНА ПОВЕДІНКА ПРИ РОЗЛАДАХ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ТА ЛОБНИХ ЕПІЛЕПСІЯХ.....	28
---	----

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>В. В. В'юн</i> КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ СТАНІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	35
<i>С. В. Ісаєнко</i> ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ПІДТРИМКА І ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПОЗАМОЗКОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ.....	39
<i>К. А. Косенко</i> ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ МОРЯКІВ ДАЛЕКОГО ПЛАВАННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА РІВНЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ	43

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>В. І. Салдень</i> ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ВЖИВАННІ АЛКОГОЛЮ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ У ХВОРИХ СОМАТИЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	49
--	----

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO MILITARY MEN AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>V. O. Koshchii</i> ANALYSIS OF PSYCHO-SOCIAL FUNCTIONING OF COMBATANTS WITH TRAUMATIC INJURIES OF MAIN VESSELS OF LIMBS WITH DIFFERENT VOLUME OF SURGICAL INTERVENTION	4
---	---

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>K. V. Shevchenko-Bitensky</i> HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN VASCULAR DEMENTIA (CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STRUCTURE AND SOCIAL FUNCTIONING)	11
---	----

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>I. F. Teryshina, M. M. Khaustov</i> METABOLIC INTOXICATION AS BIOCHEMICAL DISBALANCE IN PATIENTS WITH RECURRENT MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.....	17
<i>S. A. Yaroslavtsev</i> FEATURES OF COGNITIVE REGULATION OF EMOTIONS AND SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENTS IN DEPRESSIVE DISORDERS	21

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>T. O. Skrypnyk</i> REPETITIVE AND STEREOTYPED BEHAVIORS IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND FRONTAL EPILEPSY.....	28
--	----

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>V. V. Vyun</i>	35
COMPREHENSIVE PROGRAM OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF THE STATE OF PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT AND PSYCHOPROPHYLACTIC SUPPORT OF INTERNSHIP DOCTORS	35
<i>S. V. Isaenko</i> PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT AND PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH EXTRACEREBRAL ONCOLOGICAL PATHOLOGY	39
<i>K. A. Kosenko</i> SPECIFIC FEATURES OF SOCIAL SUPPORT FOR LONG-DISTANCE SAILORS DEPENDING ON THE STATE OF MENTAL HEALTH AND THE LEVEL OF PSYCHOSOCIAL STRESS	43

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

<i>V. I. Salden</i> PREVALENCE OF DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS IN SOMATIC PATIENTS WHO USE ALCOHOL WITH HARMFUL EFFECTS.....	49
---	----

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89-057.36-085.851-02:[616.137:616.147]-001-089

DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.04-10

В. О. Кошій

АНАЛІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ
З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН КІНЦІВОК
З РІЗНИМ ОБ'ЄМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Резюме

Актуальність. Тяжке поранення з ушкодженням магістральних судин кінцівок є не лише фізичною травмою, а й важким стресом, психічною травмою, яка, в свою чергу, призводить до формування станів психологічної дезадаптації.

Мета – проаналізувати особливості психосоціального функціонування учасників бойових дій з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок з різним об'ємом оперативного втручання, для визначення персоніфікованих мішеней психокорекції психологічної дезадаптації для даного контингенту пацієнтів.

Матеріали та методи. Протягом 2018–2019 рр. на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону було обстежено 150 комбатантів, які перебували на лікуванні після участі у бойових діях. Основну групу (ОГ) склали 120 осіб, які мали травматичні ушкодження магістральних судин кінцівок, групу порівняння (ГП) – 30 бійців без соматичних бойових ушкоджень. За критерієм об'єму оперативного втручання пацієнти ОГ були поділені на дві підгрупи – ОГ1 – 60 поранених із травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, яким після оперативного втручання вдалося зберегти поранену кінцівку; ОГ2 – 60 поранених із травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації кінцівок. У дослідженні використовували клініко-психологічний, психодіагностичний і статистичний методи.

Результати. Встановлено, що психосоціальне функціонування учасників бойових дій із травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок характеризується значно нижчим рівнем соціально-психологічної адаптації та якості життя, порівняно з комбатантами без соматичної бойової травми. Об'єм оперативного втручання є чинником, що визначає ступінь погіршення як загального рівня психосоціального функціонування, так і його окремих параметрів: комбатанти, які через поранення пережили ампутацію кінцівки, мають значуще вираженіші проблеми, ніж бійці, яким у результаті операції вдалося зберегти кінцівку. У комбатантів із травматичними ушкодженнями магістральних судин, незалежно від об'єму оперативного втручання, рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя є низькими, як за окремими складовими, так і за інтегральними показниками. При цьому найгірший рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя за всіма ключовими показниками мають комбатанти з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації кінцівок. У комбатантів, яким після оперативного втручання вдалося зберегти поранену кінцівку, основні показники соціально-психологічної адаптації та якості життя є значуще кращими, ніж у поранених із ампутацією, але суттєво гіршими, ніж у комбатантів без травматичного ушкодження магістральних судин кінцівок.

Висновок. Виявлені закономірності слід враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних та психокорекційних заходів для поранених з ушкодженнями магістральних судин кінцівок.

Ключові слова: учасники бойових дій, травматичні ушкодження магістральних судин кінцівок, об'єм оперативного втручання, ампутація, психосоціальне функціонування, соціально-психологічна адаптація, якість життя.

В. О. Кошій

АНАЛИЗ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ
С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ
С РАЗНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Резюме

Актуальность. Тяжелое ранение с повреждением магистральных сосудов конечностей, наряду с физической травмой, является тяжелым стрессом, психической травмой, которая, в свою очередь, приводит к формированию состояний психологической дезадаптации.

Цель – проанализировать особенности психосоциального функционирования участников боевых действий с травматическими повреждениями магистральных сосудов конечностей с разным объемом оперативного вмешательства для определения персонифицированных мишеней психокоррекции психологической дезадаптации для данного контингента пациентов.

Материалы и методы. В течение 2018–2019 гг. на базе Военно-медицинского клинического центра Северного региона было обследовано 150 комбатантов, которые находились на лечении после участия в боевых действиях. Основную группу (ОГ) составили 120 человек, которые имели травматические повреждения магистральных сосудов конечностей, группу сравнения (ГП) – 30 бойцов без соматических боевых повреждений. По критерию объема оперативного вмешательства пациенты ОГ были поделены на две подгруппы – ОГ1 – 60 раненых с травматическими повреждениями магистральных сосудов конечностей, которым после оперативного вмешательства удалось сохранить раненую конечность; ОГ2 – 60 раненых с травматическими повреждениями магистральных сосудов конечностей, которые привели к ампутации конечностей. В исследовании использовали клинико-психологический, психодиагностические и статистический методы.

Результати. Установлено, що психосоціальне функціонування учасників бойових дій з травматичними пошкодженнями магістральних судин кінцівок характеризується значно нижчим рівнем соціально-психологічної адаптації та якості життя, порівняно з комбатантами без соматичної бойової травми. Об'єм оперативного втручання є фактором, що визначає ступінь погіршення загального рівня психосоціального функціонування, так і його окремих параметрів: комбатанти, які зазнали травми кінцівки, мають більш виражені проблеми, ніж бойці, у яких в результаті операції вдалося зберегти кінцівку.

У комбатантів з травматичними пошкодженнями магістральних судин, незалежно від об'єму оперативного втручання, рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя є низьким як по окремим показателям, так і по інтегральним показателям. При цьому найгірший рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя по всіх ключових показателях мають комбатанти з травматичними пошкодженнями магістральних судин кінцівок, які привели до ампутації кінцівок. У комбатантів, у яких після оперативного втручання вдалося зберегти ранену кінцівку, основні показники соціально-психологічної адаптації та якості життя були значно кращі, ніж у поранених з ампутацією, але суттєво гірше, ніж у комбатантів без травматичного пошкодження магістральних судин кінцівок.

Висновок. Виявлені закономірності слід враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних та психокорекційних заходів для поранених з пошкодженнями магістральних судин кінцівок.

Ключові слова: учасники бойових дій, травматичні пошкодження магістральних судин кінцівок, об'єм оперативного втручання, ампутація, психосоціальне функціонування, соціально-психологічна адаптація, якість життя.

V. O. Koshchii

ANALYSIS OF PSYCHO-SOCIAL FUNCTIONING OF COMBATANTS
WITH TRAUMATIC INJURIES OF MAIN VESSELS OF LIMBS WITH DIFFERENT VOLUME OF SURGICAL INTERVENTION
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Abstract

Background. Severe injury with damage main vessels of limbs, along with physical trauma, is severe stress and mental trauma. This leads to the formation of states of psychological maladjustment.

Objective is to analyze the features of the psychosocial functioning of combatants with traumatic injuries of main vessels of limbs with different volumes of surgical intervention and to determine the personalized targets of psychocorrection of psychological maladjustment for this contingent of patients.

Materials and methods. During 2018-2019 on the basis of the Military Medical Clinical Center of the Northern Region 150 combatants were examined, who were being treated after participating in hostilities. The main group (MG) consisted of 120 people who had traumatic injuries of main vessels of limbs, the comparison group (CG) – 30 combatants without somatic combat injuries. According to the criterion of the volume of surgical intervention, patients with MG were divided into two subgroups. MG1 consisted of 60 combatants with traumatic injuries of the main vessels of the limbs, who, after surgery, managed to save the wounded limb. MG2 consisted of 60 combatants with traumatic injuries of main vessels of limbs, which led to amputation of limb(s). We used clinical, psychological, psychodiagnostic and statistical methods.

Results. It has been established that the psychosocial functioning of combatants with traumatic injuries of main vessels of limbs is characterized by a significantly lower level of socio-psychological adaptation and quality of life, compared with combatants without somatic combat trauma. The volume of surgical intervention is a factor determining the degree of deterioration in both the general level of psychosocial functioning and its individual parameters. Combatants who survived an amputation of a limb due to injury have more pronounced problems than combatants who managed to save a limb.

In combatants with traumatic injuries of main vessels, regardless of the volume of surgery intervention, the level of socio-psychological adaptation and quality of life are low both in terms of individual components and in terms of integral indicators. At the same time, combatants with traumatic injuries of main vessels of limbs, which led to amputation of the limb(s), have the worst level of socio-psychological adaptation and quality of life for all key indicators. In combatants who, after surgery, managed to save a wounded limb, the main indicators of socio-psychological adaptation and quality of life were significantly better than in combatants with amputation, but significantly worse than in combatants without traumatic injury to the main vessels of limbs.

Conclusion. The revealed patterns should be taken into account in the development of treatment, rehabilitation and psychocorrectional measures for the combatants with injuries of the main vessels of limbs.

Keywords: combatants, traumatic injuries of main vessels of limbs, the volume of surgery intervention, amputation, psychosocial functioning, socio-psychological adaptation, quality of life.

For citation: Koshchii V. O. Analysis of psycho-social functioning of combatants with traumatic injuries of main vessels of limbs with different volume of surgical intervention. *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 04–10. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.04-10

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

Received / Поступила: 20.01.2020

Accepted / Прийнята до друку: 13.02.2020

Актуальність. За офіційною інформацією Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції (2019), станом на 01.07.2019 р. в Україні офіційний статус учасника бойових дій мають майже 370 тисяч осіб. Кожен з них стикався зі впливом значної кількості потужних стресогенних чинників та має власний психотравматичний досвід, з яким не завжди здатен впоратися за допомогою саногенних механізмів психічної діяльності, що негативно відображається на стані психічного здоров'я і соціального функціонування комбатанта та його близьких [1].

Бойовий психічний стрес є особливо значимим фактором, що деструктивно взаємодіє зі структурою особистості військовослужбовців та призводить до особистісних і поведінкових змін комбатантів [2–8]. Особливо актуальним це стає для комбатантів із бойовою соматичною травмою, яка призводить до розладів функцій або втрати органів тіла та виникнення інвалідності, зокрема, при наявності судинних ушкоджень, які посідають значне місце в структурі бойової травми та супроводжуються високою частотою післяопераційних ускладнень (тромбоз, нагноєння) – 39–46%, ампутацій – до 25% і летальністю – 12–21% [9–16]. Тяжке поранення з ушкодженням магістральних судин кінцівок, поряд з фізичною травмою, є тяжким стресом, психічною

травмою, яка, в свою чергу, призводить до формування станів психологічної дезадаптації. В ситуації тяжкої травми кінцівки внаслідок участі в бойових діях відбувається індуція як мінімум двох потужних стресогенних чинників, що накладає відбиток на стан психічного здоров'я пораненого та сприяє розвитку станів дезадаптації [17].

Мета роботи – проаналізувати особливості психосоціального функціонування учасників бойових дій з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок з різним об'ємом оперативного втручання, для визначення персоналізованих мішеней психокорекції психологічної дезадаптації для даного контингенту пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети протягом 2018–2019 рр. на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону було комплексно обстежено 150 комбатантів, які перебували там на лікуванні після участі у бойових діях. Основну групу (ОГ) склали 120 осіб, які мали травматичні ушкодження магістральних судин кінцівок, групу порівняння (ГП) – 30 бійців без соматичних бойових ушкоджень. За критерієм об'єму оперативного втручання пацієнти ОГ були поділені на дві підгрупи – ОГ1 – 60 по-

ранених із травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, яким після оперативного втручання вдалося зберегти поранену кінцівку; ОГ2 – 60 поранених із травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації кінцівок.

Дослідження мало двоетапну структуру. Спочатку оцінювали вираженість і структуру показників соціально-психологічної адаптації обстежених, на другому етапі ретельно вивчали рівень успішності реалізації в різних сферах якості життя (ЯЖ) та аналізували його інтегративні параметри, на основі чого вже робили узагальнення щодо особливостей психосоціального функціонування та його розбіжностей у респондентів різних груп.

У дослідженні використовували клініко-психологічний, психодіагностичний і статистичний методи. Аналіз психосоціального функціонування здійснювали з використанням таких психодіагностичних інструментів, як «Методика діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницького» [18] та «Шкала оцінки якості життя» Н. Mezzich, N. Cohen, M. Ruizperez, I. Lin, G. Yoon в адаптації Н. О. Марути [19]. Оцінку характеру розподілу кількісних ознак проводили за допомогою тесту Шапіро-Уїлка. Міжгруповий аналіз розбіжностей проводили за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні. Обробку результатів проводили за допомогою програм MS Office Excel 2013 і SPSS-23.0.

Результати та їх обговорення

Вивчення вираженості й структури показників соціально-психологічної адаптації обстежених довело наступне. Результати аналізу базових показників шкали соціально-психологічної адаптації наведено у таблиці 1 та на рисунку 1.

Як видно з таблиці 1, показник адаптивності був найнижчим у обстежених ОГ2 ($39,35 \pm 12,71$ балів), вищим – у обстежених ОГ1 ($51,98 \pm 16,53$ балів) і найвищим – у обстежених ГП ($67,57 \pm 15,86$ балів); розбіжності були статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

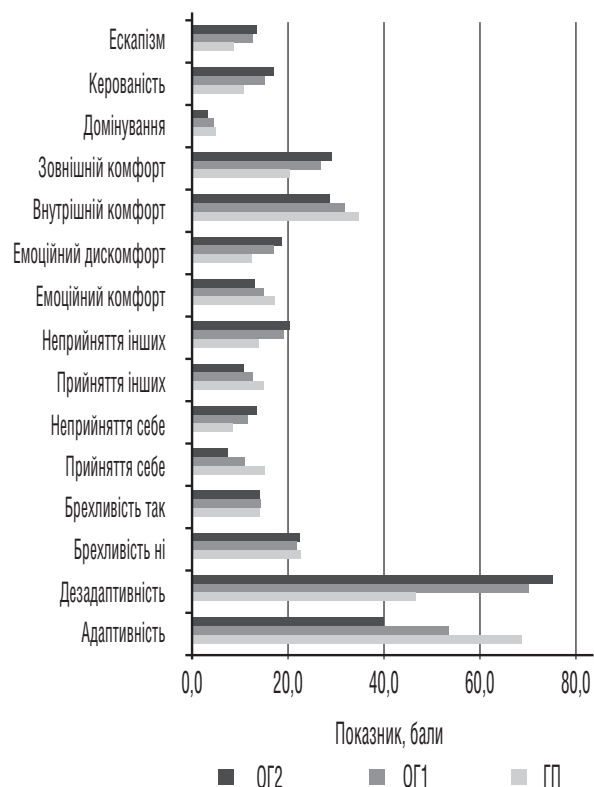


Рис. 1. Базові показники соціально-психологічної адаптації за шкалою С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницького

Для обстежених хворих був характерним невисокий рівень брехливості, показники за шкалами брехливості «ні» і брехливості «так» у ГП, ОГ1 і ОГ2 значуще не відрізнялися: відповідно $21,57 \pm 3,16$ балів, $20,75 \pm 3,21$ балів і $21,28 \pm 3,01$ балів, та $13,17 \pm 2,15$ балів, $13,68 \pm 2,94$ балів і $13,28 \pm 3,00$ балів. Невисокий рівень брехливості дозволив вважати дані обстеження за методикою достовірними.

Вельми показовими були результати за шкалами прийняття себе, неприйняття себе, прийняття інших та неприйняття інших. Найнижчі рівні прийняття себе були

Таблиця 1. Базові показники соціально-психологічної адаптації за шкалою С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницького (у балах)

Показник	Групи			р		
	ГП	ОГ1	ОГ2	ГП і ОГ1	ГП і ОГ2	ОГ1 і ОГ2
Адаптивність	$67,57 \pm 15,86$	$51,98 \pm 16,53$	$39,35 \pm 12,71$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,01$
Деадаптивність	$45,53 \pm 30,11$	$68,92 \pm 20,12$	$73,85 \pm 20,17$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,01$
Брехливість ні	$21,57 \pm 3,16$	$20,75 \pm 3,21$	$21,28 \pm 3,01$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Брехливість так	$13,17 \pm 2,15$	$13,68 \pm 2,94$	$13,28 \pm 3,00$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Прийняття себе	$14,43 \pm 7,13$	$10,12 \pm 4,94$	$6,58 \pm 3,99$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,01$
Неприйняття себе	$7,57 \pm 5,15$	$10,85 \pm 4,19$	$12,53 \pm 4,73$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,05$
Прийняття інших	$13,90 \pm 3,13$	$11,88 \pm 3,66$	$9,88 \pm 3,33$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,01$
Неприйняття інших	$13,03 \pm 7,79$	$18,18 \pm 4,83$	$19,42 \pm 5,45$	$<0,01$	$<0,01$	$>0,05$
Емоційний комфорт	$16,43 \pm 4,72$	$14,23 \pm 4,02$	$12,33 \pm 3,96$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,05$
Емоційний дискомфорт	$11,50 \pm 6,24$	$16,08 \pm 4,69$	$17,78 \pm 5,26$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,05$
Внутрішній контроль	$33,73 \pm 9,51$	$30,90 \pm 7,46$	$27,88 \pm 5,70$	$>0,05$	$<0,01$	$<0,05$
Зовнішній контроль	$19,53 \pm 10,12$	$25,95 \pm 6,25$	$28,25 \pm 5,59$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,05$
Домінування	$4,17 \pm 3,13$	$3,53 \pm 2,65$	$2,47 \pm 2,47$	$>0,05$	$<0,05$	$<0,05$
Керованість	$9,87 \pm 6,27$	$14,38 \pm 4,08$	$15,93 \pm 3,25$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,05$
Ескапізм	$7,93 \pm 5,09$	$11,83 \pm 3,31$	$12,72 \pm 2,82$	$<0,01$	$<0,01$	$>0,05$

виявлені у обстежених ОГ2: $6,58 \pm 3,99$ балів, дещо вищі – у обстежених ОГ1: $10,12 \pm 4,94$ балів, і найвищі – у ГП: $14,43 \pm 7,13$ балів; розбіжності виявились статистично значущими при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Натомість показник неприйняття себе у обстежених ОГ2 був найвищим серед усіх досліджених груп: $12,53 \pm 4,73$ балів. У обстежених ОГ1 цей показник був меншим: $10,85 \pm 4,19$ балів, а у ГП – найменшим: $7,57 \pm 5,15$ балів. Розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ГП і ОГ2 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$).

Для обстежених ОГ2 був характерним також найнижчий рівень прийняття інших ($9,88 \pm 3,33$ балів), у обстежених ОГ1 показник прийняття інших був дещо вищим ($11,88 \pm 3,66$ балів), а у обстежених ГП – найвищим серед усіх груп ($13,90 \pm 3,13$ балів). Розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ($p < 0,05$), ГП і ОГ2 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,01$).

Очікувано, що у обстежених ОГ2 був виявлений найвищий рівень неприйняття інших: $19,42 \pm 5,45$ балів, у обстежених ОГ1 рівень неприйняття інших був незначуще ($p > 0,05$) нижчим: $18,18 \pm 4,83$ балів, а у обстежених ГП – значуще ($p < 0,01$) нижчим: $13,03 \pm 7,79$ балів.

Комбатанти з найтяжчими uszkodженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації, характеризувалися найнижчими рівнями емоційного комфорту і найвищими рівнями емоційного дискомфорту; у поранених, яким вдалося зберегти кінцівку, показники емоційного комфорту були також низькими, а емоційного дискомфорту – високими, хоча й кращими, ніж у поранених із ампутацією. У обстежених ГП показники емоційного комфорту були найвищими, а емоційного дискомфорту – найнижчими. Середнє значення показника емоційного комфорту в обстежених ОГ2 склало $12,33 \pm 3,96$ балів, у обстежених ОГ1 – $14,23 \pm 4,02$ балів, у обстежених ГП – $16,43 \pm 4,72$ балів. Розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ($p < 0,05$), ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$). Середнє значення показника емоційного дискомфорту в обстежених ОГ2 склало $17,78 \pm 5,26$ балів, у обстежених ОГ1 – $16,08 \pm 4,69$ балів, у обстежених ГП – $11,50 \pm 6,24$ балів. Розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$).

Для поранених із травматичними uszkodженнями магістральних судин кінцівок виявились характерними низькі рівні внутрішнього контролю і високі – зовнішнього контролю. При цьому показник внутрішнього контролю у поранених без ампутації виявився ближчим до показника здорових комбатантів, а показник поранених з ампутацією суттєво відрізнявся від показників обох цих груп. Середнє значення показника внутрішнього контролю у обстежених ОГ2 склало $27,88 \pm 5,70$ балів, у обстежених ОГ1 – $30,90 \pm 7,46$ балів, у обстежених ГП – $33,73 \pm 9,51$ балів (розбіжності були значущі при порівнянні ГП і ОГ2 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$)). Середнє значення показника зовнішнього контролю у обстежених ОГ2 склало $28,25 \pm 5,59$ балів, у обстежених ОГ1 – $25,95 \pm 6,25$ балів, у обстежених ГП – $19,53 \pm 10,12$ балів (розбіжності значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$)).

Показник домінування у обстежених комбатантів зменшувався пропорційно тяжкості травми: у обстежених ГП він склав $4,17 \pm 3,13$ балів, у обстежених

ОГ1 – $3,53 \pm 2,65$ балів, у обстежених ОГ2 – $2,47 \pm 2,47$ балів. Слід зазначити, що у поранених ОГ1 показник домінування хоча й виявився меншим, ніж у ГП, але ці відмінності були статистично не значущі ($p > 0,05$), тоді як у обстежених ОГ2 вираженість цієї характеристики була значуще меншою, ніж у ГП ($p < 0,05$) та ОГ1 ($p < 0,05$).

Натомість, показник керованості у обстежених ОГ2 був найвищим серед усіх груп: $15,93 \pm 3,25$ балів, у обстежених ОГ1 дещо нижчим: $14,38 \pm 4,08$ балів, і у обстежених ГП – значно нижчим: $9,87 \pm 6,27$ балів; розбіжності виявились значущими при порівнянні груп ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$).

Також для поранених із травматичними uszkodженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації, були характерні найвищі рівні ескапізму: $12,72 \pm 2,82$ балів; у поранених, яким вдалося зберегти кінцівку, показник був близьким і значуще не відрізнявся: $11,83 \pm 3,31$ балів, а у обстежених ГП – суттєво нижчим: $7,93 \pm 5,09$ балів, і значуще відрізнявся від показників ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,01$).

Аналіз інтегральних показників соціально-психологічної адаптації дозволив виявити чітку тенденцію до погіршення усіх показників адаптації по мірі зростання тяжкості травматичного uszkodження (табл. 2, рис. 2).

Таблиця 2. Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації за шкалою С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницького (у балах)

Показник	Групи			р		
	ГП	ОГ1	ОГ2	ГП і ОГ1	ГП і ОГ2	ОГ1 і ОГ2
Адаптація	$64,65 \pm 16,32$	$43,56 \pm 14,06$	$35,75 \pm 14,00$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,01$
Самоприйняття	$59,11 \pm 17,62$	$37,76 \pm 17,68$	$27,01 \pm 18,25$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,01$
Прийняття інших	$61,20 \pm 16,95$	$43,82 \pm 10,73$	$38,77 \pm 14,20$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,01$
Емоційний комфорт	$61,10 \pm 12,72$	$47,36 \pm 12,17$	$41,62 \pm 14,29$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,05$
Інтернальність	$59,57 \pm 13,61$	$46,28 \pm 9,15$	$41,63 \pm 6,81$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,01$
Прагнення до домінування	$44,21 \pm 27,49$	$31,00 \pm 18,63$	$20,97 \pm 18,67$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,01$

Інтегральний показник адаптації у обстежених ОГ2 був найнижчим, і склав $35,75 \pm 14,00$ балів, у обстежених ОГ1 – дещо вищим: $43,56 \pm 14,06$ балів, тоді як у ГП він був значно вищим – $64,65 \pm 16,32$ балів. Розбіжності у показниках між усіма групами статистично значущі ($p < 0,01$).

Показник самоприйняття у обстежених ОГ2 склав $27,01 \pm 18,25$ балів, у обстежених ОГ1 – $37,76 \pm 17,68$ балів, у ГП – $59,11 \pm 17,62$ балів; розбіжності у показниках між усіма групами були статистично значущі ($p < 0,01$).

Середнє значення показника прийняття інших у обстежених ОГ2 виявилось найнижчим і склало $38,77 \pm 14,20$ балів, у обстежених ОГ1 – дещо вищим: $43,82 \pm 10,73$ балів, і у обстежених ГП – значно вищим: $61,20 \pm 16,95$ балів; розбіжності були статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Обстежені ОГ2 характеризувалися найнижчим рівнем емоційного комфорту: середній показник у них склав

41,62±14,29 балів, у обстежених ОГ1 він був вищим майже на 6 балів: 47,36±12,17 балів, тоді як у обстежених ГП – вищим майже на 20 балів: 61,10±12,72 балів; розбіжності були значущі при порівнянні груп ГП і ОГ1 ($p<0,01$), ГП і ОГ1 ($p<0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p<0,05$).

Для поранених, у яких травматичне ушкодження магістральних судин призвело до ампутації кінцівки, була характерна низька інтернальність: показник у ОГ2 склав 41,63±6,81 балів; показник у обстежених ОГ1 був вищим: 46,28±9,15 балів, а у обстежених ГП – суттєво вищим (59,57±13,61 балів); розбіжності показників між усіма групами були статистично значущі ($p<0,01$). Прагнення до домінування не було характерним для комбатантів з ушкодженнями магістральних судин; особливо низьким показник виявився у обстежених ОГ2: 20,97±18,67 балів. У обстежених ОГ1 середній показник прагнення до домінування склав 31,00±18,63 балів, а у обстежених ГП – 44,21±27,49 балів. Розбіжності були статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p<0,01$).

Аналіз ЯЖ має надзвичайно важливе значення для комплексної оцінки стану біопсихосоціального функціонування індивіда. Результати аналізу показників ЯЖ за основними сферами у обстежених різних груп наведено у таблиці 3 та на рисунку 3.

Загальною закономірністю, виявленою у нашому дослідженні, стало погіршення показників ЯЖ за основними сферами по мірі зростання тяжкості травми. Найгірші показники ЯЖ мали комбатанти з травматичними ушкодженнями магістральних судин, які призвели до ампутації кінцівки (ОГ2); у комбатантів з травматичними ушкодженнями магістральних судин, у яких вдалося зберегти кінцівку, показники ЯЖ за основними сферами були кращими; у комбатантів, які не мали травматичних ушкоджень магістральних судин, показники ЯЖ були найкращими за всіма основними сферами.

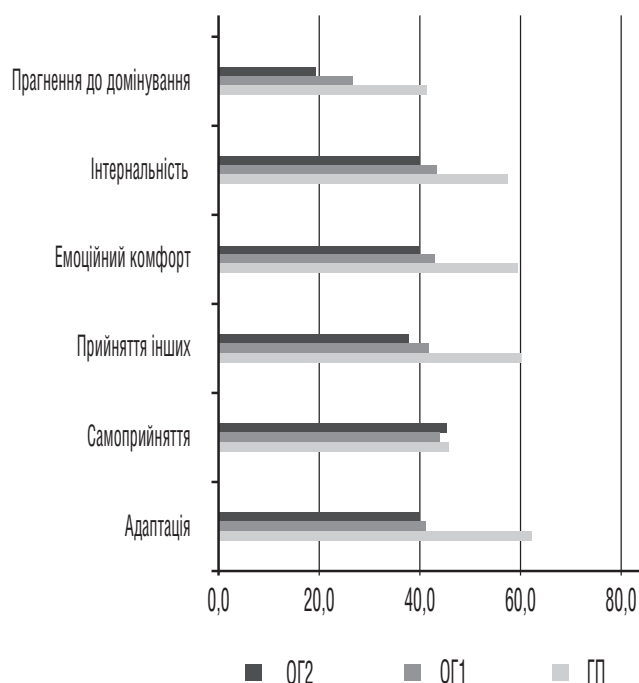


Рис. 2. Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації за шкалою C. Rogers et R. F. Dymond у модифікації А. К. Осницького

Таблиця 3. Показники якості життя в основних сферах за даними опитувальника Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon в адаптації Н. О. Марути

Показник	Групи			р		
	ГП	ОГ1	ОГ2	ГП і ОГ1	ГП і ОГ2	ОГ1 і ОГ2
Фізичне благополуччя	6,87 ±1,46	4,05 ±2,20	2,70 ±2,13	<0,01	<0,01	<0,01
Психологічне (емоційне) благополуччя	4,20 ±2,01	2,00 ±1,31	1,53 ±1,07	<0,01	<0,01	<0,05
Самообслуговування і незалежність дій	8,80 ±1,16	6,52 ±2,17	5,50 ±2,03	<0,01	<0,01	<0,01
Працездатність	6,70 ±1,49	4,02 ±1,91	2,87 ±2,14	<0,01	<0,01	<0,01
Міжособистісна взаємодія	4,17 ±2,42	1,93 ±1,53	1,53 ±1,28	<0,01	<0,01	>0,05
Соціоемоційна підтримка	8,40 ±1,35	6,12 ±1,92	4,82 ±2,12	<0,01	<0,01	<0,01
Громадська і службова підтримка	8,77 ±1,19	6,85 ±1,78	5,45 ±2,03	<0,01	<0,01	<0,01
Особистісна реалізація	4,60 ±1,96	2,07 ±1,55	1,68 ±1,38	<0,01	<0,01	>0,05
Духовна реалізація	7,03 ±1,16	5,33 ±1,51	4,03 ±1,86	<0,01	<0,01	<0,01
Загальне сприйняття життя	3,60 ±1,79	1,73 ±1,09	1,45 ±0,91	<0,01	<0,01	>0,05

Так, показник ЯЖ за сферою фізичного благополуччя у обстежених ОГ2 був закономірно низьким і склав 2,70±2,13 балів, у обстежених ОГ1 – значуще вищим: 4,05±2,20 балів, і у обстежених ГП – найвищим: 6,87±1,46 балів. Розбіжності виявилися статистично значущими при порівнянні між собою усіх груп ($p<0,01$).

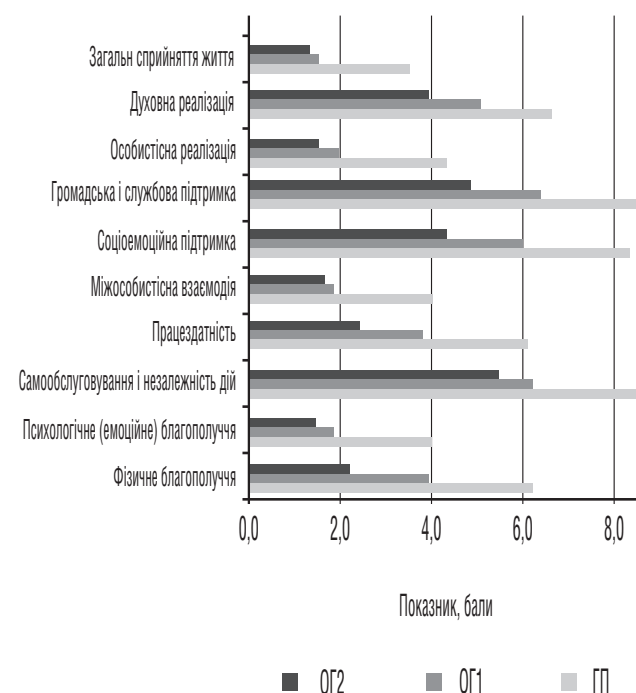


Рис. 3. Показники якості життя за даними опитувальника Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon в адаптації Н. О. Марути

Показник за сферою психологічного (емоційного) благополуччя у обстежених ОГ2 був найнижчим і склав $1,53 \pm 1,07$ балів, у обстежених ОГ1 – значуще вищим: $2,00 \pm 1,31$ балів, і у обстежених ГП – найвищим: $4,20 \pm 2,01$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою груп ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ГП і ОГ2 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$).

Середнє значення показника самообслуговування і незалежності дій у обстежених ОГ2 склало $5,50 \pm 2,03$ балів, у обстежених ОГ1 – $6,52 \pm 2,17$ балів, у обстежених ГП – $8,80 \pm 1,16$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Аналогічно, у обстежених ОГ2 виявлено найнижчий показник за сферою працездатності: $2,87 \pm 2,14$ балів, у обстежених ОГ1 він був значуще вищим – $4,02 \pm 1,91$ балів, а у обстежених ГП – найвищим: $6,70 \pm 1,49$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Показник міжособистісної взаємодії у комбатантів із травматичними ушкодженнями магістральних судин значуще не відрізнявся, хоча у обстежених ОГ2 він був нижчим, ніж в ОГ1: $1,53 \pm 1,28$ балів проти $1,93 \pm 1,53$ балів ($p > 0,05$), а в обстежених ГП – значно вищим: $4,17 \pm 2,42$ балів. Розбіжності значущі при порівнянні ГП і ОГ1 ($p < 0,01$), ГП і ОГ2 ($p < 0,01$).

Середнє значення показника соціоемоційної підтримки у обстежених ОГ2 було найнижчим: $4,82 \pm 2,12$ балів, у обстежених ОГ1 – значуще вищим: $6,12 \pm 1,92$ балів, а у обстежених ГП – найвищим серед усіх груп: $8,40 \pm 1,35$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Показники громадської та службової підтримки також виявилися найвищими у обстежених ГП, а найнижчими – у обстежених ОГ2, хоча кількісні показники у різних групах відрізнялися меншою мірою, ніж у сферах фізичного і психологічного благополуччя: середній показник у обстежених ОГ2 склав $5,45 \pm 2,03$ балів, у обстежених ОГ1 – $6,85 \pm 1,78$ балів, у обстежених ГП – $8,77 \pm 1,19$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

У сфері особистісної реалізації показники у обстежених ОГ2 були нижчими, ніж у ОГ1: $1,68 \pm 1,38$ балів проти $2,07 \pm 1,55$ балів, хоча ці відмінності статистично не значущі ($p > 0,05$). Показник за сферою особистісної реалізації у обстежених ГП склав $4,60 \pm 1,96$ балів, це значуще ($p < 0,01$) вище, ніж у обстежених ОГ1 і ОГ2.

Показник за сферою духовної реалізації у обстежених ОГ2 склав $4,03 \pm 1,86$ балів – це найнижче значення з усіх груп; у обстежених ОГ1 він був значуще вищим: $5,33 \pm 1,51$ балів, і у обстежених ГП – найвищим: $7,03 \pm 1,16$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Показник за сферою загального сприйняття життя у обстежених ОГ2 ($1,45 \pm 0,91$ балів) був нижчим, ніж у обстежених ОГ1 ($1,73 \pm 1,09$ балів), проте ці відмінності статистично не значущі ($p > 0,05$). Показник у обстежених ГП ($3,60 \pm 1,79$ балів) був значуще вищим, ніж у обстежених ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,01$).

Аналіз інтегральних показників ЯЖ також засвідчив тенденцію до погіршення показників ЯЖ по мірі зростання тяжкості травматичного ушкодження судин (табл. 4, рис. 4).

Таблиця 4. Показники якості життя у інтегральних сферах за даними опитувальника Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon в адаптації Н. О. Марути

Показник	Групи			p		
	ГП	ОГ1	ОГ2	ГП і ОГ1	ГП і ОГ2	ОГ1 і ОГ2
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	14,6 $\pm 5,03$	7,78 $\pm 4,40$	5,68 $\pm 3,89$	<0,01	<0,01	<0,01
Виконання соціальних ролей	24,27 $\pm 6,76$	14,53 $\pm 6,55$	11,58 $\pm 6,25$	<0,01	<0,01	<0,01
Зовнішні життєві умови	24,20 $\pm 3,51$	18,30 $\pm 5,08$	14,30 $\pm 5,84$	<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник якості життя	63,13 $\pm 15,13$	40,62 $\pm 15,67$	31,57 $\pm 15,48$	<0,01	<0,01	<0,01
Показник якості життя	6,31 $\pm 1,51$	4,06 $\pm 1,57$	3,16 $\pm 1,55$	<0,01	<0,01	<0,01

Так, середній показник за інтегральною сферою суб'єктивного благополуччя / задоволеності у обстежених ОГ2 виявився найнижчим і склав $5,68 \pm 3,89$ балів, у обстежених ОГ1 він був значуще вищим – $7,78 \pm 4,40$ балів, а у обстежених ГП – найвищим: $14,67 \pm 5,03$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Показник за інтегральною сферою виконання соціальних ролей у обстежених ОГ2 склав $11,58 \pm 6,25$ балів, у обстежених ОГ1 – $14,53 \pm 6,55$ балів, у обстежених ГП – $24,27 \pm 6,76$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Аналогічно, у обстежених ОГ2 був виявлений найнижчий показник за інтегральною сферою зовнішніх життєвих умов: $14,30 \pm 5,84$ балів, у обстежених ОГ1 показник був вищим: $18,30 \pm 5,08$ балів, а у обстежених ГП – найвищим: $24,20 \pm 3,51$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп ($p < 0,01$).

Сумарний показник ЯЖ та середній показник ЯЖ виявилися найгіршими у обстежених ОГ2: $31,57 \pm 15,48$ балів і $3,16 \pm 1,55$ балів відповідно. У обстежених ОГ1 ці показники були значуще кращими: $40,62 \pm 15,67$ балів і $4,06 \pm 1,57$ балів відповідно, а у обстежених ГП – найкращими серед усіх груп: $63,13 \pm 15,13$ балів і $6,31 \pm 1,51$ балів відповідно. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою показників усіх груп ($p < 0,01$).

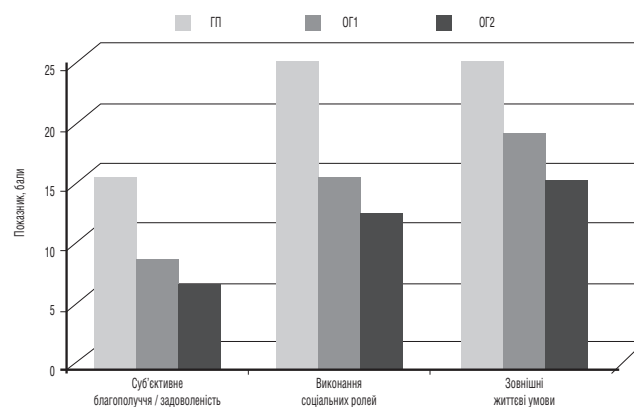


Рис. 4. Показники якості життя у інтегральних сферах за даними опитувальника якості життя Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon в адаптації Н. О. Марути

Висновки

Психосоціальне функціонування учасників бойових дій з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок характеризується значно нижчим рівнем соціально-психологічної адаптації та якості життя, порівняно з комбатантами без соматичної бойової травми.

Об'єм оперативного втручання є чинником, що визначає ступінь погіршення як загального рівня психосоціального функціонування, так і його окремих параметрів: комбатанти, які через поранення пережили ампутацію кінцівки, мають значущі вираженіші проблеми, ніж бійці, яким у результаті операції вдалося зберегти кінцівку. У комбатантів з травматичними ушкодженнями магістральних судин, незалежно від об'єму оперативного втручання, рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя є низькими як за окремими складовими, так і за інтегральними показниками. При цьому найгірший рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя за всіма ключовими показниками мають комбатанти з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, які призвели до ампутації кінцівок. У комбатантів, яким після оперативного втручання вдалося зберегти поранену кінцівку, основні показники соціально-психологічної адаптації та якості життя є значущі кращими, ніж у поранених із ампутацією, але суттєво гіршими, ніж у комбатантів без травматичного ушкодження магістральних судин кінцівок.

Виявлені закономірності слід враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних та психокорекційних заходів для поранених із ушкодженнями магістральних судин кінцівок.

Список використаної літератури

1. Абдюрахімов Р. А. Посттравматична дезадаптація при бойовій травмі очей з частковою втратою зору (феноменологія, механізми психогенезу, медико-психологічний супровід) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04. Харків, 2019. 44 с.
2. Марута Н. О., Заворотний В. І. Принципи реабілітації воєннослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства. *Український вісник психоневрології*. 2018. Том 26, випуск 3 (96). С. 33–38.
3. Основні клінічні варіанти посттравматичних розладів у комбатантів // М. М. Денисенко, Р. В. Лакінський, Л. Ф. Шестопалова [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, випуск 2 (91). С. 40–44.
4. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов / Л. Н. Юрьева и др. ; Днепр, 2017. 204 с.
5. Маркова М. В., Козыра П. В. Посттравматичні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. *Медична психологія*. 2015. Т. 10, № 1 (37). С. 8–13.
6. Михайлов Б. В. Розлади психіки та поведінки екстремально-психогенного походження. *Психічне здоров'я*. 2015. № 2. С. 9–18.
7. Guilt, shame, and suicidal ideation in a military outpatient clinical sample / C. J. Bryan, C. E. Morrow, N. Etienne [et al.] // *Depression Anxiety*. 2013. Vol. 30, issue 1. P. 55–60. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22002>.
8. Killing during combat and negative mental health and substance use outcomes among recent-era veterans: The mediating effects of rumination / M. L. Kelley, A. J. Bravo, H. C. Hamrick [et al.] // *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2019. Vol. 11, issue (4). P. 379–382. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000385>.
9. Echelons of care and the management of wartime vascular injury: A report from the 332nd EMDG/ Air Force Theater Hospital Balad Air Base Iraq / T. E. Rasmussen, W. D. Clouse, D. H. Jenkins [et al.] // *Pers Vasc Endovasc Surg*. 2006. Vol. 18, issue 2. P. 91–99. DOI: <https://doi.org/10.1177/1531003506293374>.
10. Огнестрельные ранения сосудов (Опыт гражданской войны) / А. Д. Гаиров и др. Душанбе, 2015. 132 с.
11. Бондаревський А. О., Коваль Б. М., Роговський В. М. Клінічні практичні настанови медичної служби НАТО з ушкодження судин. *Хірургія України*. 2017. № 1 (61). С. 11–17.
12. Бондаревський А. О., Роговський В. М., Олійник Ю. М. Травма магістральних судин. *Воєнно-польова хірургія* / за ред. Я. Л. Заруцького, В. М. Запорожана. Одеса : ОНМедУ, 2016. С. 390–415.
13. Спостереження емболії стегнової артерії, спричиненої кулею / О. В. Лігоненко, М. В. Дубинський, О. М. Безкоровайний [та ін.] // *Клінічна хірургія*. 2016. № 3. С. 78–80.
14. Воєнно-польова хірургія / за ред.: Я. Л. Заруцького, В. Я. Білого. К. : Фенікс, 2018. 552 с.
15. Застосування тимчасового артеріального шунта при вогнепальних пораненнях судин нижніх кінцівок (огляд та методика тимчасового шунтування) /

- В. М. Роговський, Б. М. Коваль, А. О. Бондаревський [та ін.] // *Хірургія України*. 2018. № 4 (68). С. 74–80. DOI: <https://doi.org/10.30978/SU2018-4-74>.
16. Бойова травма серця, грудної аорти та магістральних судин кінцівок : посібник / В. В. Лазоричинець та ін. ; за заг. ред. В. І. Цимбалюка. Тернопіль : ТНМУ, 2019. 429 с.
17. Абдюрахімов Р. А., Маркова М. В. Порівняльний аналіз способів психологічного захисту в учасників бойових дій з травмою очей з частковою втратою зору на тлі психологічних проявів реакцій на стрес різної вираженості. *Медична психологія*. 2019. Т. 14, № 2. С. 3–8.
18. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М. : Психотерапия, 2009. 544 с.
19. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута и др. ; под общ. ред. Н. А. Маруты. Харьков : РИФ Арсис ЛТД, 2004. 240 с.

References

1. Abdryakhimov, R. A. (2019). *Poststresova psykholohichna dezadaptatsiia pry boiovoi travmi ochei z chastkovoju vtratoi zoru (fenomenolohiia, mekhanizmy psykhohezezu, medyko-psykholohichnyi suprovod)* [Post-stress psychological disadaptation in combat eye trauma with partial lost vision (phenomenology, mechanisms of psychogenesis, medical-psychological support)]. Extended abstract of Doctoral dissertation. Kharkiv. 44 p. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/1o9Wo0TSFJMGdYpYJDl09n53MaDMWF/view> (In Ukrainian).
2. Maruta, N. O., & Zavorotnyy, V. I. (2018). Printsipy reabilitatsii voennosluzhashchikh s razlichnymi variantami posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva [Principles of rehabilitation of military men with different variants of post-traumatic stress disorder]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 26(3), 33–38. (In Russian).
3. Denysenko, M. M., Lakynskiy, R. V., Shestopalova, L. F., & Linskiy, I. V. (2017). Osnovni klinichni varianty poststresovykh rozladiv u kombatantiv [Basic clinical variants of post-stress disorders are in combatants]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 25(2), 40–44. (In Ukrainian).
4. Yur'eva, L. N., Nosov, S. G., Mamchur, A. I., Nikolenko, A. E., Ogorenko, V. V., Dukel'skii, A. A., ... Erchkova, E. A. (2017). Diagnostika, korrektsiya i profilaktika krizisnykh sostoyanii u uchastnikov voennykh konfliktov [Diagnostics, correction and prevention of crisis conditions among participants in military conflicts]. *Dnepir*. 204 p. (In Russian).
5. Markova, M. V., & Kozyra, 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).
6. Mykhailov, B. V. (2015). Rozlady psykhyky ta povedinky ekstremalno-psykhoheznno pokhodzhennia [Rozlady psyche and behaviors of extreme psychogenic walking]. *Mental health*, 1(1), 9–18. (In Ukrainian).
7. Bryan, C. J., Morrow, C. E., Etienne, N., & Ray-Sannerud, B. (2013). Guilt, shame, and suicidal ideation in a military outpatient clinical sample. *Depression and anxiety*, 30(1), 55–60. <https://doi.org/10.1002/da.22002>
8. Kelley, M. L., Bravo, A. J., Hamrick, H. C., Braitman, A. L., & Judah, M. R. (2019). Killing during combat and negative mental health and substance use outcomes among recent-era veterans: The mediating effects of rumination. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 11(4), 379–382. <https://doi.org/10.1037/tra0000385>
9. Rasmussen, T. E., Clouse, W. D., Jenkins, D. H., Peck, M. A., Eliason, J. L., & Smith, D. L. (2006). Echelons of care and the management of wartime vascular injury: a report from the 332nd EMDG/Air Force Theater Hospital, Balad Air Base, Iraq. *Perspectives in vascular surgery and endovascular therapy*, 18(2), 91–99. <https://doi.org/10.1177/1531003506293374>
10. Gaibov, A. D., Belov, Yu. V., Sultanov, D. D., & Kalmykov, E. L. (2015). *Ognestrel'nye raneniya sosudov (Opyt grazhdanskoi voyny)* [Gunshot wounds of vessels (Experience of the Civil War)]. Dushanbe. 132 p. (In Russian).
11. Bondarevskiy, A. O., Koval, B. M., & Rogovskiy, V. M. (2017). Klinichni praktychni nastanovy medychnoi sluzhby NATO z ushkodzhennia sudyn [NATO allied joint medical doctrine for vascular injury. Clinical practice guidelines]. *Surgery of Ukraine*, 1(1), 11–17. (In Ukrainian).
12. Bondarevskiy, A. O., Rohovskiy, V. M., & Oliynyk, Yu. M. (2016). Travma mahistralnykh sudyn. In Ya. L. Zarutskiy & V. M. Zaporozhan (Eds.), *Voienno-pol'ova khirurgiia* (pp. 390–415). (In Ukrainian).
13. Ligonenko, O. V., Dubynskiy, M. V., Bezkorovaynyi, O. M., Velychko, D. A., Kravtsiv, M. I., & Lyakhovskiy, V. I. (2016). Sposterezheniia embolii stehnovoi arterii, sprychynenoi kuleiu [Observation of a femoral artery embolism, caused by a bullet]. *Klinicheskaia khirurgiia*, (3), 78–80. (In Ukrainian).
14. Zarutskiy, Ya. L., & Bilyi, V. Ya. (Eds.). (2018). *Voienno-pol'ova khirurgiia* [Military field surgery]. Kyiv: Feniks, 552 p. (In Ukrainian).
15. Rogovskiy, V. M., Koval, B. M., Bondarevskiy, A. O., Augustinovich, I. I., Rodionov, O. S., & Holinko, V. M. (2018). Zastosuvannia tymchasovoho arterialno shunta pry vohnepalnykh poranenniakh sudyn nyzhnykh kintsivok (ohliad ta metodyka tymchasovoho shuntuвання) [Application of the temporary arterial sound at the footwears of the lower hideshow vessels (review and methods of temporary succession)]. *Surgery of Ukraine*, (4), 74–80. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.30978/SU2018-4-74>
16. Lazoryshynets, V. V., Khomenko, I. P., Korda, M. M., Lurin, I. A., Usenko, O. Yu., Cherniak, V. A., ... Dubenko, D. Ye. (2019). *Boiova travma sertsia, hrudnoi aorty ta mahistralnykh sudyn kintsivok: posibnyk* [Combat injury of the heart, thoracic aorta and main vessels of the extremities: a guide]. (V. I. Tsybaliuk, Ed.). Ternopil: TNMU, 429 p. (In Ukrainian).
17. Abdryakhimov, R. A., & Markova, M. V. (2019). Porivnialnyi analiz sposobiv psykholohichnoho zachystu v uchastnykiv boiovykh dii z travmoiu ochei z chastkovoju vtratoi zoru na tli psykholohichnykh proiaviv reaktiv na stres riznoi vyrazhenosti [Ways for psychological defense of combatants with eye traumas and partial vision loss against the background of different stress intensity]. *Medical psychology*, 14(2), 3–8. (In Ukrainian).
18. Fetiskin, N. P., Kozlov, V. V., & Manuilov, G. M. (2009). *Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiia lichnosti i mal'kikh grupp* [Socio-psychological diagnostics of the development of personality and small groups]. Moscow: Psychotherapy, 544 p. (In Russian).
19. Maruta, N. A., Pan'ko, T. V., Yavdak, I. A., Semykina, E. E., Kolyadko, S. P., & Kalenskaya, G. Yu. *Kriterii kachestva zhizni v psikhiatricheskoi praktike* [Quality of life criterion in psychiatric practice] (N. A. Maruta, Ed.). Kharkov: RIF Arsis LTD. 240 p. (In Russian).

Відомості про автора:

КОШЦІЙ Владислава Олегівна, аспірант очно-вечірньої форми навчання кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації ХМАПО, м. Харків, Україна;
e-mail: koshchiivlada@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6534-7713>

Сведения об авторе:

КОШЦІЙ Владислава Олеговна, аспірант очно-вечірньої форми навчання кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації ХМАПО, г. Харьков, Украина;
e-mail: koshchiivlada@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6534-7713>

About the Author:

KOSHCHII Vladislava Olehivna, MD, PhD-student, Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation, Kharkiv Medical Academy of Post-graduate Education, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: koshchiivlada@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6534-7713>

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.46(47):616.831.9

DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.11-16

К. В. Шевченко-Бітенський

ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНІ РОЗЛАДИ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ
(КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ)ДЗ «Південний Український національний педагогічний університет
імені К. Д. Ушинського», м. Одеса, Україна

Резюме

Актуальність дослідження обумовлена значним негативним впливом галюцинаторно-параноїдних розладів на соціальне функціонування пацієнтів з судинною деменцією.

Мета – вивчення клініко-психопатологічної структури галюцинаторно-параноїдних розладів при судинній деменції та якості життя цих пацієнтів для вдосконалення діагностики та раннього виявлення пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції.

Матеріали та методи. Вивчення клініко-психопатологічної структури та соціального функціонування при галюцинаторно-параноїдних розладах у хворих із судинною деменцією було проведено на вибірці, до якої увійшов 41 пацієнт із діагнозом F01.3 (1–2), що склав основну групу; 34 пацієнти із судинною деменцією (F01.3), не ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, склали контрольну групу. Для реалізації мети та завдань дослідження був використаний комплекс методів, що включав клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричним опитувальником (NPI), некогнітивними секціями шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog), шкалу глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF)); Брістольську шкалу активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)) та методи статистичної обробки даних.

Результати. В результаті проведеного дослідження були встановлені клініко-психопатологічні особливості галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих із судинною деменцією. У пацієнтів із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції спостерігаються порушення функції спілкування, ефективності й рівня участі в домашніх справах, якості й рівня участі у виконанні сімейної та батьківської ролей, потреби і ефективності соціальних контактів, ефективності поведінки в нестандартних і складних умовах.

Висновки. Отримані дані необхідно враховувати в процесі діагностики та реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Ключові слова: галюцинаторно-параноїдні розлади, судинна деменція, маячення, депресія, соціальне функціонування.

ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА
ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ)

К. В. Шевченко-Битенский

ГУ «Южный Украинский национальный педагогический университет
имени К. Д. Ушинского», г. Одесса, Украина

Резюме

Актуальность исследования обусловлена значительным негативным влиянием галлюцинаторно-параноидных расстройств на социальное функционирование пациентов с сосудистой деменцией.

Цель – изучение клинко-психопатологической структуры галлюцинаторно-параноидных расстройств при сосудистой деменции и качества жизни этих пациентов для совершенствования диагностики и раннего выявления пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции.

Материалы и методы. Изучение клинко-психопатологической структуры и социального функционирования при галлюцинаторно-параноидных расстройствах у больных сосудистой деменцией было проведено на выборке, в которую вошел 41 пациент с диагнозом F01.3 (1–2), составивший основную группу; 34 пациента с сосудистой деменцией (F01.3), не осложненной галлюцинаторно-параноидными расстройствами, составили контрольную группу. Для реализации цели и задач исследования был использован комплекс методов, включавший клинко-психопатологический метод, дополненный шкалой поведенческих расстройств (Bahav-AD), нейропсихиатрическим опросником (NPI), некогнитивными секциями шкалы оценки болезни Альцгеймера (ADAS-Non Cog), Шкалу глобального функционирования (Global Assessment Functionally) (GAF)) Бристольскую шкалу активности в повседневной жизни (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)) и методы статистической обработки данных.

Результаты. В результате проведенного исследования были установлены клинко-психопатологические особенности галлюцинаторно-параноидных расстройств у больных сосудистой деменцией. У пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции наблюдаются нарушения функции общения, эффективности и степени участия в домашних делах, качества и уровня участия в выполнении семейной и родительской ролей, потребности и эффективности социальных контактов, эффективности поведения в нестандартных и сложных условиях.

Выводы. Полученные данные необходимо учитывать в процессе диагностики и реабилитации данного контингента пациентов.

Ключевые слова: галлюцинаторно-параноидные расстройства, сосудистая деменция, бред, депрессия, социальное функционирование.

K.V. Shevchenko-Bitensky
HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN VASCULAR DEMENTIA (CLINICAL
AND PSYCHOLOGICAL STRUCTURE AND SOCIAL FUNCTIONING)

The state institution "South Ukrainian National Pedagogical University Named After K. D. Ushynsky", Odessa, Ukraine

Abstract

Background. The relevance of the study is due to the significant negative impact of hallucinatory-paranoid disorders on the social functioning of vascular dementia patients.**Objective.** The aim of the study was to study the clinical and psychopathological structure of hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia and the quality of life of these patients to improve the diagnosis and early detection of patients with hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia.**Materials and methods.** The study - the clinical, psychopathological structure and social functioning in case of hallucinatory-paranoid disorders in patients with vascular dementia was carried out on a sample of 41 patients with a diagnosis of F01.3 (1-2), who made up the main group. As a control group, the study involved 34 patients with vascular dementia (F01.3), not complicated by hallucinatory-paranoid disorders. To achieve the goals and objectives of the study, a set of research methods was used, including the clinical and psychopathological method, supplemented by the Behavioral Disorders Scale (Bahav-AD), the Neuropsychiatric Questionnaire (NPI), non-cognitive sections of the Alzheimer's Disease Rating Scale (ADAS-Non Cog), and the global functioning scale (Global Assessment Functionally) (GAF), Bristol activity Daily Life Scale (BADL) and statistical data processing methods.**Results.** As a result of the study, the clinical and psychopathological features of hallucinatory-paranoid disorders in patients with vascular dementia were established. In patients with hallucinatory-paranoid disorders with vascular dementia, there are impaired communication functions, the effectiveness and degree of participation in household chores, the quality and level of participation in fulfilling family and parental roles, the need and effectiveness of social contacts, and the effectiveness of behavior in unusual and difficult conditions.**Conclusions.** The data obtained must be taken into account in the process of diagnosis and rehabilitation of this patient population.**Keywords:** hallucinatory-paranoid disorders, vascular dementia, delirium, depression, social functioning.**For citation:** Shevchenko-Bitensky K. V. Hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia (clinical and psychological structure and social functioning). *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 11–16. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.11-16

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): 380482@gmail.com

Received / Поступила: 26.12.2019

Accepted / Прийнята до друку: 23.01.2020

Актуальність. Наявна на сьогодні соціальна демографічна тенденція постаріння населення ставить проблему вивчення деменції в ряд найактуальніших. Кількість хворих на деменцію в усьому світі неухильно зростає; до основних їх форм належать хвороба Альцгеймера, судинна деменція та змішані варіанти патології [2, 7, 14].

У багатьох країнах світу перше місце за поширеністю посідає деменція внаслідок хвороби Альцгеймера (ХА), втім, в Україні серед пацієнтів із деменцією переважають саме випадки судинної деменції (СД). Їх відсоток складає 42% всіх випадків діагностованих деменцій, що значно перевищує число хворих на ХА [3, 4].

Медичне, соціальне, психологічне значення деменцій обумовлено вираженим зниженням автономності та дефіцитом функціонування пацієнтів, залученням у проблеми їх психічного страждання осіб найближчого оточення. Негативний вплив некогнітивних психопатологічних симптомів на соціальну активність хворих підтверджений в роботах багатьох авторів [2, 5]. Особливо це стосується галюцинаторно-параноїдних розладів (ГПР), які суттєво погіршують якість життя не лише пацієнтів, а й їх мікросоціального оточення, посилюючи економічний тягар цієї патології на суспільство.

Метою дослідження стало вивчення клініко-психопатологічної структури ГПР при СД та якості життя цих пацієнтів для вдосконалення діагностики та раннього виявлення пацієнтів з ГПР при СД.

Матеріали та методи дослідження

Вивчення клініко-психопатологічної структури та соціального функціонування при ГПР у хворих на СД було проведено на вибірці, до якої увійшов 41 пацієнт із діагнозом F01.3 (1–2) (основна група); 34 пацієнти з СД (F01.3), не ускладненою ГПР, склали контрольну групу.

Для реалізації мети та завдань дослідження був використаний комплекс методів дослідження, що включав клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричним опитувальником (NPI), некогнітивними секціями

шкали оцінки ХА (ADAS-Non Cog), шкалу глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF)); Брістольську шкалу активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)) та методи статистичної обробки даних [1, 8–14].

Результати та їх обговорення

Результати вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих із ГПР при СД за допомогою шкали поведінкових розладів Bahav-AD представлені в таблиці 1. Згідно з цими результатами, у групі хворих на СД з ГПР переважали маячні ідеї матеріального збитку, обману та ревнощів. У пацієнтів основної групи були виражені маячні ідеї матеріального збитку, пограбування, обкрадання (26,8±2,5% випадків, при $p<0,01$ в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією фабулою маячення були переконані в тому, що їх постійно обкрадають сусіди, родичі, медичний персонал, доглядачі. Також у пацієнтів з ГПР при СД частими були висловлювання про нечесність (21,9±2,1% випадків, при $p<0,01$ в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією фабулою були переконані в тому, що їх постійно обманює найближче оточення (діти, близькі родичі, доглядачі тощо).

В основній групі відзначались також маячні ідеї ревнощів (17,1±1,6% випадків, при $p<0,01$, в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією фабулою були переконані в тому, що їх подружжя без всякої на те причини стають байдужими до них, що вони отримують підозрілі листи, заводять нові знайомства з іншими чоловіками і жінками, запрошують їх таємно в гості в той час, коли відсутні хворі.

Серед обманів сприйняття (галюцинацій) у хворих основної групи з ГПР при СД переважали слухові галюцинації (19,5% випадків, при $p>0,5$, в порівнянні з контрольною групою). Пацієнтам із цим видом обману сприйняття чулись фрази, монологи, діалоги, рідше – нескладні уривки фраз або окремих слів. Хворі, як правило, не сумнівались у тому, що хтось дійсно говорить, включаючи «отриману від голосів» інформацію в фабулу маячення. При цьому пацієнтів не бентежило, що інші люди нечують тих же «голосів», що й вони.

Таблиця 1. Особливості психопатологічної симптоматики і поведінкових розладів у хворих із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	Судинна деменція	
	основна група	контрольна група
	%±m%	
Параноїдні і параноїальні розлади		
Маячні висловлювання: «Крадуть речі»	26,8±2,5 **	–
Маячні висловлювання: «Будинок не є його будинком»	2,4±0,8	–
Чоловік/дружина (або інший доглядач) є самозванцем	-	–
Маячні висловлювання з приводу відмови від хворого (наприклад, напрямом в стаціонар)	7,3±1,2	–
Маячні висловлювання про нечесність	21,9±2,1 **	–
Підозріливість (параноїальні ідеї) (інші)	-	–
Маячні установки (інші)	17,1±1,6 **	–
Галюцинації		
Зорові галюцинації	9,8±1,3	–
Слухові галюцинації	19,5±1,9	–
Нюхові галюцинації	2,4±0,8	–
Тактильні галюцинації	4,9±1,0	–
Порушення активності		
Бродяжництво (втеча з дому або від особи, що доглядає)	41,5±4,1 *	23,5±2,2
Безцільна активність (когнітивна абулія)	12,2±1,4	14,7±1,5
Неадекватна поведінка	4,9±1,0	5,9±0,9
Агресивність		
Вербальна агресія	48,8±4,9 **	20,6±1,9
Загроза фізичної розправи або насильства	7,3±1,2	8,8±1,1
Афективні порушення		
Плаксивість	7,3±1,2	5,9±0,9
Знижений настрій	65,9±6,7 *	41,2±4,2
Тривога і фобія		
Тривога з приводу майбутніх подій	12,2±1,4	14,7±1,5
Тривожність	26,8±2,5	29,4±2,7
Інші прояви тривоги	-	2,9±0,8
Страх залишитися одному	41,5±4,1 *	23,5±2,2
Інші фобії	2,4±0,8	5,9±0,9
Порушення ритму день / ніч	78,0±7,9 *	47,1±4,8
Загальна вираженість вищевказаних симптомів		
Симптоми не турбують доглядача і безпечні для пацієнта	14,6±1,5	23,5±2,2 *
Симптоми незначно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	21,9±2,1	47,1±4,8 **
Симптоми помірно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	43,9±4,2 **	20,6±1,9
Симптоми значно турбують доглядача і (або) нестерпні для пацієнта	19,5±1,9	8,8±1,1

Примітка. * – відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** – відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.

У хворих з ГПР при СД переважали систематизовані маячні ідеї (70,1% хворих з маячним розладом, при $p < 0,01$), порівняно з несистематизованими і уривчастими маячними ідеями, які не мали тенденції до розширення (у 29,9% хворих з маячним розладом, при $p < 0,01$).

Серед порушень активності у хворих основної групи з ГПР при СД часто траплялося бродяжництво (втеча з дому або від доглядача) (41,5% випадків, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією формою порушення активності йшли з дому в невідомому напрямку, їм здавалося, що вони знають дорогу, знають мету свого виходу з дому і знають зворотний шлях. Частою причиною бродяжництва було життя пацієнта в світі своїх спогадів, де він продовжував ходити на роботу, бачитися з друзями тощо. В контрольній групі порушення активності в формі бродяжництва спостерігали лише в 23,5% випадків ($p < 0,05$).

Серед агресивних розладів у хворих основної групи з ГПР при СД переважала вербальна агресія (48,8% випадків, при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою). Ці пацієнти проявляли виражені негативні почуття по відношенню до близьких, рідних, медичного персоналу через сварку, крик, загрози, прокляття, лайку тощо. У контрольній групі вербальна агресія спостерігалася тільки в 20,6% випадків ($p < 0,01$).

Розлади біологічних ритмів (порушення засинання, сонливість вдень) переважали в основній групі (78,0% випадків, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). У контрольній групі ці розлади виявлено в 47,1% випадків.

Серед афективних розладів у хворих основної групи з ГПР при СД частіше реєструвалися погіршення настрою (65,9% випадків, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), що в більшості випадків перебігали у формі дисфорії (43,9% випадків, при $p < 0,01$). Пацієнтам з цією формою афективного розладу були притаманні погіршення настрою з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточуючих, зі схильністю до спалахів помірної агресії (переважно вербальної). В контрольній групі погіршення настрою спостерігалися в 41,2% випадків.

Серед фобічних і тривожних розладів у хворих основної групи часто реєстрували почуття страху залишитися одному (41,5% випадків, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). Пацієнти боялися залишатися самі в будинку, вимагали, щоб з ними постійно перебував родич або доглядач. При відсутності доглядача вдома хворі відчували виражену тривогу, перешкоджали його виходу з дому, при цьому благали або агресивно вимагали у доглядача залишитися вдома. В контрольній групі страх залишитися самому в будинку спостерігався тільки в 23,5% випадків та тільки в 20,6% випадків ($p < 0,01$) помірно тривожив доглядача й був безпечний для хворого.

Аналіз результатів вивчення клінічних характеристик (частоти, вираженості) психопатологічних і поведінкових розладів пацієнтів з ГПР при СД показав, що в основній групі хворих статистично достовірно більш вираженими були маячні розлади ($3,3 \pm 0,4$ бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою хворих), які проявлялися часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня, у вигляді маячних ідей матеріального збитку, пограбування, обкрадання, нечесності, ревності (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічні характеристики психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Психопатологічні та поведінкові розлади	Клінічні характеристики			
	частота		вираженість	
	основна група	контрольна група	основна група	контрольна група
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
А. Маячні ідеї	3,3±0,4*	–	2,4±0,4*	–
Б. Галюцинації	2,0±0,4	–	1,3±0,3	–
В. Порушення поведінки (агресія)	2,5±0,6*	1,4±0,3	2,3±0,3*	1,2±0,1
Г. Депресія (дисфорія)	3,4±0,5*	2,0±0,3	2,4±0,3*	1,4±0,3
Д. Тривога	2,0±0,3	1,8±0,4	1,7±0,2	1,5±0,2
Е. Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	1,6±0,2	1,4±0,1	1,4±0,3	1,5±0,3
Ж. Апатія (байдужість, індивідуальність)	1,9±0,3	1,8±0,3	2,0±0,4	2,2±0,3
З. Розгальмування	1,5±0,3	1,6±0,3	2,3±0,5	2,2±0,3
І. Дратівливість	3,1±0,5*	1,8±0,4	2,3±0,4*	1,3±0,2
К. Аномальна рухова активність (неадекватна рухова поведінка)	3,4±0,4*	1,9±0,3	2,5±0,5*	1,4±0,3
Л. Сон і порушення поведінки в нічний час	3,2±0,2*	2,0±0,3	2,6±0,4*	1,4±0,2
М. Порушення апетиту і харчової поведінки	1,4±0,3	1,5±0,3	2,2±0,5	2,1±0,3

Примітка. * – відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** – відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.

При цьому маячні розлади сягали помірного ступеня вираженості (2,4±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою хворих), зумовлювали неспокій та неадекватну поведінку пацієнта, характеризувались труднощами в їх корегуванні зовні.

Також в основній групі визначався стан агресивного збудження, який виникав не рідше одного разу на тиждень (2,5±0,6 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). При цьому у 48,8% хворих ($p < 0,01$) стан агресивного збудження перебігав переважно у вербальній формі.

Серед клінічних характеристик психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів основної групи з ГПР при СД в 65,9% випадків визначався депресивний настрій з дисфоричним компонентом, який був помірно виражений (2,4±0,3 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою) та виникав часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня (3,4±0,5 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). У контрольній групі депресивний настрій спостерігався у 41,2% пацієнтів ($p < 0,05$).

У 36,6% пацієнтів основної групи визначався стан дратівливості помірного ступеня вираженості (2,3±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою)

та спостерігався часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня (3,1±0,5 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). У контрольній групі дратівливість спостерігалась лише у 11,8% пацієнтів ($p < 0,01$).

У 41,5% пацієнтів основної групи була виражена аномальна рухова активність (переважно бродяжництво – втеча з дому або від доглядача) помірно-сильного ступеня вираженості (2,5±0,5 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), яка виникала часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня (3,4±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі аномальна рухова активність спостерігалась у 23,5% хворих ($p < 0,01$).

У більшості пацієнтів основної групи (78,0%) відзначались порушення сну і поведінки в нічний час помірно-сильного ступеня вираженості (2,6±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). Ці стани виникали часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня (3,2±0,2 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі порушення сну і поведінки в нічний час спостерігались у 47,1% хворих ($p < 0,01$).

Результати вивчення некогнітивних психопатологічних розладів у хворих основної групи з ГПР при СД за допомогою шкали ADAS-Non Cog представлені на рисунку 1.

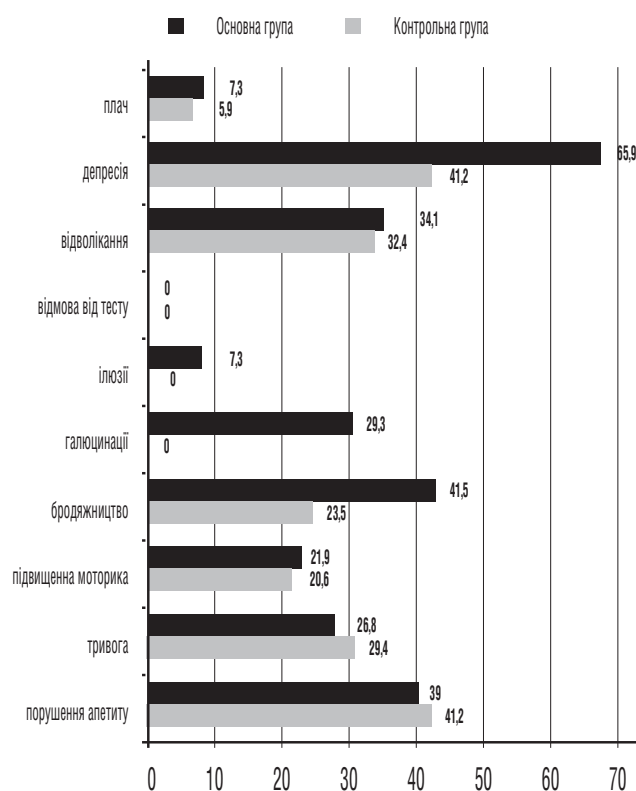


Рис. 1. Некогнітивні психопатологічні розлади у хворих із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Згідно з результатами, представленими на рисунку 1, в клініці некогнітивних психопатологічних розладів хворих з ГПР при СД поряд з галюцинаторною симптоматикою спостерігались розлади депресивного спектра, відволікання, бродяжництво, підвищена моторика, тривога і порушення апетиту. При цьому, в порівнянні з контрольною групою, статистично достовірно переважали:

- розлади депресивного спектра (65,9% випадків, при $p < 0,05$), з переважанням зниженого настрою

з дисфоричним компонентом (в 43,9% випадків, при $p < 0,01$), у контрольній групі розлади депресивного спектра спостерігалися в 41,2% випадків ($p < 0,05$);

- бродяжництво (41,5% випадків, при $p < 0,05$), у контрольній групі розлади активності, що перебігають у формі бродяжництва, спостерігалися тільки в 23,5% випадків ($p < 0,05$).

Особливості глобального соціального функціонування (СФ) хворих із ГПР при СД, у порівнянні з контрольною групою, вивчали за допомогою шкали GAF (рис. 2).

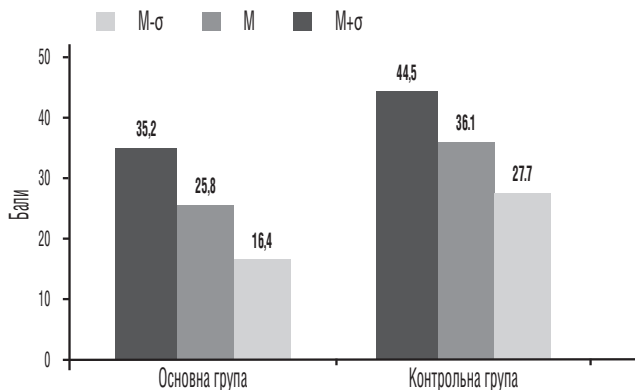


Рис. 2. Особливості соціального функціонування у пацієнтів із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Аналіз глобального функціонування, представлений на рисунку 2, показав, що у хворих з ГПР при СД середнє значення глобального функціонування становить в $25,8 \pm 9,4$ бали [16,4–35,2] ($p < 0,05$) і характеризується погіршенням функціонування в соціальній і професійній сферах у межах від вираженого погіршення – до потреби в спостереженні для підтримки мінімальної особистої життєдіяльності.

У пацієнтів контрольної групи середня величина глобального функціонування складала $36,1 \pm 8,4$ бали [27,7–44,5] ($p < 0,05$) і характеризувалася погіршенням функціонування в соціальній і професійній сферах у межах від серйозного погіршення – до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності.

Результати вивчення чинників обмеження життєдіяльності хворих із ГПР при СД, проведеного за допомогою шкали BADL, представлені в таблиці 3.

Аналіз результатів вивчення чинників обмеження життєдіяльності пацієнтів із ГПР при СД, в порівнянні з хворими контрольної групи, показав, що у хворих основної групи реєструється виражене порушення таких функцій життєдіяльності:

- комунікація (порушення в діапазоні від «розуміє себе, але відчуває труднощі в розумінні інших» – до «повністю порушена комунікація») ($2,7 \pm 0,3$ бали). У контрольній групі порушення комунікації були виражені значно менше та відповідали функціональному діапазону в $1,7 \pm 0,3$ балів ($p < 0,05$).
- здатність робити покупки (порушення в діапазоні від «нездатності робити покупки самостійно, але може брати участь у закупівлях за допомогою інших осіб» – до «нездатності робити покупки навіть за допомогою інших осіб») ($2,6 \pm 0,4$ бали), тоді як у контрольній групі вираженість порушення «робити покупки» була

вірогідно меншою та відповідала функціональному діапазону $1,7 \pm 0,4$ балів ($p < 0,05$);

- здатність розпоряджатися фінансами (порушення в діапазоні від «можливості написати ім'я, але не визначити грошовий обсяг» – до «неможливості написати ім'я та визначити грошовий обсяг») ($2,6 \pm 0,4$ бали). У контрольній групі вираженість порушення здатності розпоряджатися фінансами була меншою та відповідала функціональному діапазону $1,7 \pm 0,3$ балів ($p < 0,05$);
- вміння користуватися транспортом (порушення в діапазоні від «неможливості користуватися громадським транспортом самостійно» – до «неможливості або небажання користуватися громадським транспортом навіть у супроводі») ($2,7 \pm 0,3$ балів). У контрольній групі порушення вміння користуватися транспортом були меншими та відповідали функціональному діапазону $1,7 \pm 0,2$ балів ($p < 0,05$).

Таблиця 3. Фактори обмеження життєдіяльності хворих із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Чинники обмеження життєдіяльності	Основна група	Контрольна група
	M±σ	
Приготування їжі	2,2±0,3	2,0±0,3
Вживання їжі	2,1±0,2	1,4±0,3
Приготування напоїв	2,1±0,3	1,9±0,4
Вживання напоїв	1,3±0,2	1,1±0,3
Одягання	1,9±0,3	1,6±0,2
Умивання	1,8±0,4	1,7±0,3
Чищення зубів	2,0±0,2	1,7±0,2
Прийняття ванни / душу	2,0±0,2	1,4±0,4
Користування туалетом	1,5±0,2	1,2±0,3
Пересування	1,0±0,3	1,0±0,3
Ходьба	1,5±0,3	1,3±0,3
Орієнтація в часі	2,2±0,3	2,0±0,4
Орієнтація в місці	2,2±0,2	1,7±0,3
Комунікація	2,7±0,3 *	1,7±0,3
Користування телефоном	2,5±0,4	1,9±0,4
Домашня робота / робота в саду	2,3±0,4	1,6±0,5
Здатність робити покупки	2,6±0,4 *	1,7±0,4
Розпорядження фінансами	2,6±0,4 *	1,7±0,3
Ігри / хобі	2,4±0,4	2,2±0,4
Користування транспортом	2,7±0,3 *	1,7±0,2

Примітка. * – відмінності статистично достовірні за $p < 0,05$.

Висновки

У клініко-психопатологічній структурі ГПР при СД виявлені такі закономірності: переважання параноїдних і паранояльних розладів над розладами сприйняття (маячних ідей матеріального збитку, пограбування, обкрадання, відносини і ревнощів); систематизованих маячних ідей над малорозгорнутими, несистематизованими і уривчастими маячними ідеями, які не мають тенденції до розширення; поєднання ГПР із частим бродяжництвом; помірною вербальною агресією;

розладами ритму день / ніч; зниженим настроєм, що проявляється у формі дисфорії; страхом залишитися самому; з частими станами дратівливості.

Величина загального соціального функціонування пацієнтів із ГПР при СД відповідає діапазону порушень від «вираженого погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах» – до «потреби в спостереженні для підтримки мінімальної особистої життєдіяльності».

У пацієнтів із ГПР при СД спостерігаються порушення функції спілкування, ефективності і активності участі в домашніх справах, якості й активності участі у виконанні сімейної та батьківської ролей, потреби й ефективності соціальних контактів, ефективності поведінки в нестандартних і складних умовах.

ГПР при СД мають виражений вплив на формування обмежень життєдіяльності пацієнтів у комунікації, здатності робити покупки, розпоряджатися фінансами та користуватися транспортом.

Отримані дані необхідно враховувати в процесі діагностики та реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. К., 2006. 556 с.
2. Громова Н. С. Синдромально-нозологическая структура и клинко-катамнестическое исследование когорты больных с галлюцинаторными психозами позднего возраста, госпитализированных в гериатрическое отделение ПКБ №1 им. Н. А. Алексеева: XVI съезд психиатров России. Конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра, 2015. С. 154–155.
3. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень. К.: Державна служба статистики України, 2012. 89 с.
4. Король Г. М. Мультиmodalний підхід до діагностики та лікування судинної деменції. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2014. № 6 (68). С. 62–68.
5. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии. *HeiPoNews*. 2013. № 8 (53). С. 16–19.
6. Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вукс А. Я., Вид В. Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. 24 с.
7. Мищенко Т. С. Когнитивные нарушения в практике семейного врача (актуальность проблемы, факторы риска, патогенез, возможности лечения и профилактики). *Семейная медицина*. 2017. № 1 (69). С. 21–24.
8. Мищенко Т. С., Мищенко В. Н. Сосудистая деменция. *HeiPoNews*. 2011. № 2-1 URL: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0>
9. Пінчук І. Я., Левада О. А., Чередніченко Н. В. Українська адаптована версія NPI та досвід застосування. *Архів психіатрії*. 2013. Т. 19, № 3 (74). С. 63–68.
10. Kueper, J. K., Speechley, M., Montero-Odasso M. The Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale (ADAS-Cog): Modifications and Responsiveness in Pre-Dementia Populations. A Narrative Review. *J Alzheimers Dis*. 2018. Vol. 63, issue 2. P. 423–444. DOI: 10.3233/JAD-170991.
11. Pruszyński J. J. Non-cognitive symptoms of dementia. *Postępy Nauk Medycznych*. 2015. Vol. 18, no. 7. P. 477–481. URL: http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2015/07/pnm_2015_477-481.pdf
12. Reisberg B., Auer S. R., Monteiro I. M. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int. Psychogeriatr*. 1996. Vol. 8, suppl. 3. P. 301–308. DOI: 10.1097/00019442-199911001-00147.
13. Sahathevan R., Brodtmann A., Donnan G. A. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *Int. J. Stroke*. 2012. Vol. 7, issue 1. P. 61–73. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2011.00731.x
14. Skoog I., Korczyn A. D., Guekht A. Neuroprotection in vascular dementia: A future path. *J. Neurol. Sci*. 2012. Vol. 322, issue 1-2. P. 232–236 DOI: 10.1016/j.jns.2012.02.013.
15. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization. 2015. WHO/MSD/MER/15.3 URL: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf

Відомості про автора:

ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСКИЙ Костянтин Валерійович, асистент кафедри біології та охорони здоров'я по циклу психіатрії та наркології медичного факультету Державного закладу «Південний Український національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», м. Одеса, Україна; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

Сведения об авторе:

ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСКИЙ Константин Валерьевич, ассистент кафедры биологической и медицинской помощи по циклу психиатрии и наркологии медицинского факультета ГУ «Государственный Украинский национальный педагогический университет имени К. Д. Ушинского», г. Одесса, Украина; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

About the Author:

SHEVCHENKO-BITENSKY Kostiantyn Valeriiovych, Assistant Professor, Department of Biology and Health Care, Cycle of Psychiatry and Narcology, Faculty of Medicine The state institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K. D. Ushynsky», Odessa, Ukraine; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

16. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. Geneva: WHO, 1988. 96 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40429/9241561114.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 15.10.2019).

References

1. Antonomov, M. Yu. (2006). *Matematicheskaya obrabotka i analiz mediko-biologicheskikh dannykh* [Mathematical processing and analysis of biomedical data]. Kyiv. 556 p. (In Russian).
2. Gromova, N. S. (2015). Sindromal'no-nozologicheskaya struktura i kliniko-katamnestichekoye issledovaniye kogorty bol'nykh s gallyutsinatorynymi psikhozami pozdnego vozrasta, gosptalizirovannykh v geriatricheskoye otdeleniye PKB №1 im. N. A. Alekseyeva [Syndromic-nosological structure and clinical follow-up study of a cohort of patients with late-stage hallucinatory psychoses hospitalized in the Geriatric Department of Clinical Hospital No. 1 named after N. A. Alekseeva]. XVI s'yezd psikiatrov Rossii. Konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiyem «Psikiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy»: sbornik tezisev. SPb.: Al'ta Astra, 154-155. (In Russian).
3. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2012). *Zaklady okhorony zdorov'ia ta zakhvoriuvaniist naseleennia Ukrainy u 2011 rotsi: Statystychnyi biuletien*. [Health Care Institutions and Morbidity of the Ukrainian Population in 2011: Statistical Bulletin]. Kyiv. 89 p. (In Ukrainian).
4. Korol, H. M. (2014). Multimodalnyi pidkhid do diahnostyky ta likuvannia sudynnoi dementsii. [A multimodal approach to the diagnosis and treatment of vascular dementia]. *International neurological journal*, 6(68), 62–68. (In Ukrainian).
5. Maruta, N. A. (2013). Vosstanovleniye sotsial'nogo funktsionirovaniya – osnovnaya tsel' terapii depressii [Restoring social functioning is the main goal of depression therapy]. *NeuroNews*, (8), 16-19. (In Russian). Retrieved from <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2013/8%2853%29/article-1269/vosstanovlenie-socialnogo-funktsionirovaniya-osnovnaya-cel-terapii-depressii#gsc.tab=0>
6. Lutova, N. B., Bortsov, A. V., Vuks, A. Ya., & Vid, V. D. (2007). *Metod prognozirovaniya medikamentoznogo komplaiensa v psikiatrii: metodicheskie rekomendatsii* [Method for predicting drug compliance in psychiatry: guidelines]. NIPNI im. V. M. Bekhtereva. SPb., 24 p. (In Russian). Retrieved from <https://docplayer.ru/115644666-Metod-prognozirovaniya-medikamentoznogo-komplaiensa-v-psikiatrii-metodicheskie-rekomendatsii.html>
7. Mishchenko, T. S. (2017). Kognitivnye narusheniya v praktike semeinogo vracha (aktual'nost' problemy, faktory riska, patogeneiz, vozmozhnosti lecheniya i profilaktiki) [Cognitive violations in the practice of family doctor (the urgency of the problem, risk factors, pathogenesis, treatment options and preventions)]. *Family Medicine*, (1), 21–24. (In Russian).
8. Mishchenko, T. S., & Mishchenko, V. N. (2011). Sosudistaya dementsiya [Vascular dementia]. *NeuroNews*, (1-2). (In Russian). Retrieved from <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0>
9. Pinchuk, I. Ya., Levada, O. A., & Cherednichenko, N. V. (2013). Ukrainka adaptovana versia NPI ta dosvid zastosuvannia [The neuropsychiatric inventory (NPI) as valid tool to assess psychopathological disorders in dementia and other organic brain damage: Ukrainian adapted version and experience of application]. *Archives of Psychiatry*, 19(3), 63–68. (In Ukrainian).
10. Kueper, J. K., Speechley, M., & Montero-Odasso, M. (2018). The Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale (ADAS-Cog): Modifications and Responsiveness in Pre-Dementia Populations. A Narrative Review. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 63(2), 423–444. <https://doi.org/10.3233/JAD-170991>
11. Pruszyński, J. J. (2015). Non-cognitive symptoms of dementia. *Postępy Nauk Medycznych*, 18(7), 477–481. Retrieved from http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2015/07/pnm_2015_477-481.pdf
12. Reisberg, B., Auer, S. R., & Monteiro, I. M. (1996). Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *International psychogeriatrics*, 8 Suppl 3, 301–354. <https://doi.org/10.1097/00019442-199911001-00147>
13. Sahathevan, R., Brodtmann, A., & Donnan, G. A. (2012). Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 7(1), 61–73. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00731.x>
14. Skoog, I., Korczyn, A. D., & Guekht, A. (2012). Neuroprotection in vascular dementia: a future path. *Journal of the neurological sciences*, 322(1-2), 232–236. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.02.013>
15. WHO. (2015). *The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends*. Geneva: World Health Organization. WHO/MSD/MER/15.3 Retrieved from https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf
16. WHO. (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use*. Geneva: WHO. 96 p. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40429/9241561114.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.4-092.612.017.018.2

DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.17-20

І. Ф. Терьошина *, М. М. Хаустов

МЕТАБОЛІЧНА ІНТОКСИКАЦІЯ ЯК ПРОЯВ БІОХІМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Резюме

Актуальність. Рекурентний депресивний розлад (РДР) є актуальною проблемою психіатрії, що обумовлено його поширеністю, значним впливом на якість життя хворих, а також на соціальне функціонування людини практично у всіх сферах життя. Патогенез хвороб психічної сфери складний та до кінця не вивчений, при цьому не виключається значна роль біохімічних порушень. Тому концепція патогенетичної значущості клініко-лабораторного синдрому «метаболічної» інтоксикації (СМІ) у генезі багатьох хвороб, лабораторним критерієм якої є концентрація «середніх молекул» (СМ) у біологічних рідинах організму, є перспективною для дослідження.

Мета – вивчення концентрації «середніх молекул» у сироватці крові хворих на РДР у динаміці амбулаторного лікування.

Матеріали та методи. Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 96 хворих на РДР. Діагноз «РДР, поточний епізод легкого ступеня» (F33.00) був встановлений у 30 (31,3%) хворих, «РДР, поточний епізод помірної тяжкості» (F33.1) – у 35 (36,5%) хворих і «РДР, поточний епізод тяжкий без психотичних симптомів» (F33.2) – у 31 (32,3%) хворого. Хворі з діагнозом «РДР, поточний епізод тяжкий з психотичними симптомами» були виключені з дослідження, оскільки потребували лікування у умовах психіатричного стаціонару. Середній вік хворих був $32,4 \pm 6,8$ років, жінок серед хворих було 67 (69,8%), чоловіків 29 (30,2%). Лабораторні методи обстеження включали загальноклінічні аналізи, а також визначення концентрації СМ у сироватці крові. Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica.

Результати. Встановлено що до початку лікування у хворих на РДР рівень СМ у сироватці крові істотно підвищувався. Концентрація СМ у крові обстежених хворих із легким епізодом РДР до початку лікування була збільшена у середньому в 1,82 раза, з помірним епізодом – в 2,44 раза, при великому епізоді – в 3,12 раза відносно норми. Включення до комплексу лікування хворих на РДР загальноприйнятих засобів сприяло деякій позитивній динаміці вивчених показників, але при цьому в переважній більшості хворих не відбувалося нормалізації концентрації СМ у сироватці крові.

Висновки. Отримані дані дозволяють вважати, що доцільним та перспективним є застосування сучасних метаболічно активних препаратів у хворих на РДР, що буде сприяти відновленню показників метаболічного гомеостазу.

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, «середні молекули», загальноприйняте лікування.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕКУРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАСТРОЙСТВОМ

И. Ф. Терьошина *, М. М. Хаустов

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Резюме

Актуальность. Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) является актуальной проблемой психиатрии, что обусловлено его распространенностью, значительным влиянием на качество жизни больных, а также на социальное функционирование человека практически во всех сферах жизни. Патогенез болезней психической сферы сложный и до конца не изучен, при этом не исключается значительная роль биохимических нарушений. Поэтому концепция патогенетической значимости клинко-лабораторного синдрома «метаболической» интоксикации (СМИ) в генезисе многих болезней, лабораторным критерием которой является концентрация «средних молекул» (СМ) в биологических жидкостях организма, является перспективной для исследования.

Цель – изучение концентрации «средних молекул» в сыворотке крови больных РДР в динамике амбулаторного лечения.

Материалы и методы. Проведено клинко-психопатологическое и клинко-психодиагностическое обследование 96 больных РДР. Диагноз «РДР, продолжающийся эпизод легкой степени» (F33.00) был установлен у 30 (31,3%) больных, «РДР, продолжающийся эпизод средней тяжести» (F33.1) – у 35 (36,5%) больных и «РДР, продолжающийся эпизод тяжелый без психотических симптомов» (F33.2) – у 31 (32,3%) больного. Больные с диагнозом «РДР, продолжающийся эпизод тяжелый с психотическими симптомами» были исключены из исследования, поскольку нуждались в лечении в условиях психиатрического стационара. Средний возраст больных составил $32,4 \pm 6,8$ лет, женщин среди больных было 67 (69,8%), мужчин – 29 (30,2%). Лабораторные методы обследования включали общеклинические анализы, а также определение концентрации СМ в сыворотке крови. Статистическую обработку полученных результатов исследований осуществляли на персональном компьютере с помощью дисперсионного анализа с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Office, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof и Statistica.

Результаты. Установлено, что до начала лечения у больных РДР уровень СМ в сыворотке крови существенно повышался. Концентрация СМ в крови обследованных больных с легким эпизодом РДР до начала лечения была увеличена в среднем в 1,82 раза, с умеренным эпизодом – в 2,44 раза, при большом эпизоде – в 3,12 раза относительно нормы. Включение в комплекс лечения больных РДР общепринятых средств способствовало некоторой положительной динамике изученных показателей, но при этом у подавляющего большинства больных не происходило нормализации концентрации СМ в сыворотке крови.

Выводы. Полученные данные позволяют считать, что целесообразным и перспективным является применение современных метаболически активных препаратов у больных РДР, что будет способствовать восстановлению показателей метаболического гомеостаза.

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, «средние молекулы», общепринятое лечение.

METABOLIC INTOXICATION AS BIOCHEMICAL DISBALANCE
IN PATIENTS WITH RECURRENT MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

I. F. Teryshina *, M. M. Khaustov

Kharkiv National Medical University (KhNMU), Kharkiv, Ukraine

Abstract

Background. Recurrent major depressive disorder (MDD) is an actual problem in psychiatry, due to its prevalence, significant impact on the quality of life of patients, as well as on the social functioning of a person in almost all spheres of life. The pathogenesis of mental illness is complex and not fully understood, while a significant role of biochemical disorders is not excluded. Therefore, the concept of the pathogenetic significance of the clinical and laboratory syndrome of "metabolic" intoxication (SMI) in the genesis of many diseases, the laboratory criterion of which is the concentration of "average molecules" (AM) in biological body fluids, is promising for research.

Objective – to study the concentration of average molecules in the blood serum of patients with RDD in the dynamics of outpatient treatment.

Materials and methods. Clinical-psychoopathological and clinical-psychodiagnostic examination of 96 patients with recurrent MDD was carried out. The diagnosis "MDD, recurrent, mild" (F33.00) was established in 30 (31.3%) patients, "MDD, recurrent, moderate" (F33.1) – in 35 (36.5%) patients, and "MDD, recurrent severe without psychotic features" (F33.2) – in 31 (32.3%) patients. Patients diagnosed with "MDD, recurrent severe without psychotic features" were excluded from the study because they needed treatment in a psychiatric hospital. The average age of the patients was 32.4 ± 6.8 years, among the patients there were 67 women (69.8%), and 29 men (30.2%). Laboratory methods of examination included general clinical analyzes, as well as determination of the concentration of AM in the blood serum. Statistical processing of the obtained research results was carried out on a personal computer using analysis of variance using licensed software packages Microsoft Office, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof and Statistica.

Results. It was found that before the start of treatment in patients with MDD, the level of AM in the blood serum increased significantly. The concentration of AM in the blood of the examined patients with F33.00 before treatment was increased by an average of 1.82 times, with F33.1 – 2.44 times, with F33.2 – 3.12 times relative to the norm. The inclusion of conventional drugs in the complex of treatment of patients with MDD contributed to some positive dynamics of the studied parameters, but at the same time, the overwhelming majority of patients did not normalize the concentration of AM in the blood serum.

Conclusions. The data obtained allow us to believe that the use of modern metabolically active drugs in patients with recurrent MDD is expedient and promising, which will contribute to the restoration of metabolic homeostasis indicators.

Keywords: recurrent major depressive disorder, average molecules, conventional treatment, general accepted treatment.

For citation: Teryshina I.F., Khaustov M. M. Metabolic intoxication as biochemical disbalance in patients with recurrent major depressive disorder. *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 17–20. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.17-20

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): teryshina.ira73@gmail.com

Received / Поступила: 06.01.2020

Accepted / Прийнята до друку: 13.02.2020

Актуальність. На сьогодні рекурентний депресивний розлад (РДР) є актуальною проблемою психіатрії. Важливість проблеми РДР обумовлена не тільки їх поширеністю, значним впливом на якість життя хворих, а й на соціальне функціонування людини практично в усіх сферах життя: трудовій, сімейній, у сфері соціальних контактів. У теперішній час депресії характеризуються тенденцією до рекурентного перебігу, довгою тривалістю депресивних розладів, зниженням якості життя та наявністю ризику суїцидальної поведінки [1–4].

У західних індустріальних країнах поширеність даного захворювання складає 2,3–3,2% серед чоловіків і 4,5–9,3% серед жінок. Ризик захворіти на депресивний розлад протягом життя складає 7–12% у чоловіків і 20–25% у жінок. У системі первинної медичної допомоги 6–10% хворих страждають від тривалої тяжкої депресії. Ці показники свідчать, що велика депресія в практиці медичної допомоги зустрічається так само часто, як інфекції верхніх дихальних шляхів чи гіпертензія.

Майже половина випадків депресивних розладів не розпізнана пацієнтом або лікарем, а серед діагнованих випадків значна частка пацієнтів залишаються не пролікованими. На це впливає стигматизація, те, що пацієнти не усвідомлюють вагомості хвороби, можливості її курабельності, а також те, що і лікарі, і пацієнти більше концентрують увагу на соматичних скаргах [5–7].

За класифікацією МКХ-10: F32 – депресивний епізод (куди входять і легкий, і тяжкий депресивні епізоди з/без соматичних проявів, F32.0–F32.9); поодинокі епізоди депресивної реакції, велика депресія – без психотичних симптомів, психогенна депресія або реактивна депресія (F32.0, F32.1 і F32.2); F33 – рекурентний депресивний розлад (з/без соматичних проявів, різних ступенів тяжкості F33.0–F33.9).

Рекурентний розлад характеризується повторними епізодами депресій. Включає рекурентні епізоди (F33.0 або F33.1) – депресивні реакції; психогенні та реактивні депресії; сезонні депресивні розлади. Рекурентні епізоди

(F33.2 або F33.3) – ендогенна депресія; маніакально-депресивний психоз (депресивний тип); вітальна, велика, психотична депресія; психогенний або реактивний депресивний психоз. Виключені короткотривалі рекурентні депресивні епізоди (F38.1) [8–10].

Патогенез хвороб психічної сфери складний та до кінця не вивчений, не виключена значна роль у ньому біохімічних порушень. Нашу увагу привернула концепція патогенетичної значущості клініко-лабораторного синдрому метаболічної інтоксикації (СМІ) у генезі багатьох хвороб. Лабораторним визначним критерієм СМІ є концентрація «середніх молекул» (СМ) у біологічних рідинах організму [11–14].

Виходячи з вищезазначеного, ми вважали доцільним та перспективним провести аналіз рівня СМ у сироватці крові хворих на РДР у міжрецидивному періоді, тобто в періоді амбулаторного лікування.

Мета – вивчення концентрації СМ у сироватці крові хворих на РДР в динаміці амбулаторного лікування.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 96 хворих на РДР. Діагноз «РДР, поточний епізод легкого ступеня» (РДР ЛЕ) (F33.00) був встановлений у 30 (31,3%) хворих, «РДР, поточний епізод помірної тяжкості» (РДР ПЕ) (F33.1) – у 35 (36,5%) хворих і «РДР, поточний епізод тяжкий без психотичних симптомів» (РДР ТЕ без ПС) (F33.2) – у 31 (32,3%) хворого. Хворих з діагнозом «РДР, поточний епізод тяжкий з психотичними симптомами» ми не розглядали, оскільки вони потребували лікування в умовах психіатричного стаціонару. Середній вік хворих був $32,4 \pm 6,8$ років, жінок серед хворих було 67 (69,8%), чоловіків – 29 (30,2%).

Спостереження за станом пацієнтів проводилось один раз на місяць на впродовж 24 міс. У ході спостереження проводилась реєстрація всіх загострень та повторних епізодів захворювання за ознакою ступеня тяжкості, часу

виникнення та їх довготривалість. Під рецидивом розуміли розвиток депресивної симптоматики, яка зберігалась не менше двох тижнів і відповідала критеріям МКХ-10 для легкого (F33.00), помірного (F33.1) та важкого епізодів без психотичних симптомів (F33.2). При виникненні депресивного розладу поміж запланованими візитами проводилось допоміжне обстеження хворих. Хворі на РДР отримували загальноприйняту терапію антидепресантами та антипсихотиками в амбулаторних умовах.

Крім загальноприйнятого лабораторного обстеження для реалізації означеної мети дослідження у хворих, що були під наглядом, вивчали концентрацію СМ у сироватці крові [7].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica [4].

Результати та їх обговорення

Проведення спеціального біохімічного дослідження до початку лікування обстежених дозволило встановити, що у всіх без винятку хворих рівень СМ у сироватці крові був істотно підвищеним, причому максимальне збільшення цього показника відмічено у пацієнтів із тяжким епізодом РДР.

Так, концентрація СМ у крові обстежених хворих з легким епізодом РДР до початку лікування була збільшена у середньому в 1,82 раза, порівняно з нормою, і складала $(0,91 \pm 0,04)$ г/л ($P < 0,05$). У обстежених пацієнтів з помірним епізодом РДР вміст СМ був підвищений в середньому в 2,44 раза, порівняно з нормою, і дорівнював $(1,22 \pm 0,05)$ г/л ($P < 0,001$). Найсуттєвіші зсуви вивчених показників відмічалися при великому епізоді РДР – рівень СМ збільшувався в середньому в 3,12 раза, порівняно з нормою, і складав $(1,56 \pm 0,06)$ г/л ($P < 0,001$) (табл. 1).

При вивченні концентрації СМ на момент завершення амбулаторного лікування із застосуванням антидепресантів згідно з клінічними протоколами було встановлено, що рівень СМ мав деяку тенденцію до покращення, але при цьому повної нормалізації не відбувалося.

Слід зазначити, що більш виразна позитивна динаміка спостерігалася у хворих із легким епізодом РДР (F33.00), що відображено у таблиці, рівень СМ знижувався, порівняно з вихідним, у середньому в 1,31 раза,

Таблиця 1. Концентрація СМ у сироватці крові обстежених хворих на РДР в динаміці загальноприйнятого лікування ($M \pm m$)

Діагноз	Норма	Період дослідження		P
		до початку амбулаторного лікування	після завершення амбулаторного лікування	
РДР ЛЕ (F33.00) (n=30)	0,50±0,02	0,91±0,04***	0,63±1,5**	<0,001
РДР ПЕ (F33.1) (n=35)		1,22±0,05***	0,95±0,07***	<0,01
РДР ТЕ без ПС (F33.2) (n=31)		1,56±0,06***	1,30±0,06***	<0,05

Примітка. В таблиці вірогідність розбіжностей відносно норми: * – $P < 0,05$, ** – $P < 0,01$, *** – $P < 0,001$; колонка P – показник вірогідності відмінностей між показниками до та після лікування.

але залишався вище норми в середньому в 1,26 раза ($P < 0,05$). У хворих із помірним епізодом РДР (F33.01) вміст СМ знижувався, порівняно з вихідним, у середньому в 1,2 раза, але залишався вище відповідного показника норми в середньому в 1,9 раза ($P < 0,001$). У динаміці лікування у пацієнтів із легким епізодом РДР (F33.02) концентрація СМ зменшувалася, порівняно з вихідним значенням, в середньому в 1,2 раза, але залишалася вище норми в середньому в 2,64 раза ($P < 0,001$). Отже, як видно з отриманих даних, динаміка змін рівня СМ була різною – максимально вираженою при легкому перебігу захворювання, мінімально – при важкому епізоді РДР (F33.2). Слід зазначити, що на момент завершення терапії із застосуванням лише загальноприйнятих препаратів, поряд з відсутністю повної нормалізації вивчених лабораторних показників, у клінічному плані відзначалося виникнення наступних епізодів РДР, у низці випадків – з погіршенням клінічної симптоматики. Отримані дані дозволяють вважати, що проведення загальноприйнятого лікування не забезпечує нормалізації концентрації СМ у сироватці крові обстежених хворих на РДР, що потребує відповідних методів корекції.

Висновки

1. У хворих на РДР до початку загальноприйнятого лікування в амбулаторних умовах відмічалася збільшення концентрації СМ у сироватці крові, більш суттєво виражене при важкому епізоді РДР (F33.2).

2. Включення до комплексу лікування хворих на РДР загальноприйнятих засобів сприяло деякій позитивній динаміці вивчених показників, але при цьому в переважній більшості хворих нормалізації концентрації СМ у сироватці крові не відбувалося.

3. Отримані дані дозволяють вважати, що доцільним та перспективним є застосування для лікування хворих на РДР сучасних метаболічно активних препаратів, що сприятиме відновленню показників метаболічного гомеостазу.

Список використаної літератури

- Громашевская Л. Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов. *Лабораторная диагностика*. (2006). № 1 (35). С. 3–13.
- Зеленська К. О., Зеленська Г. М. Сучасна модель формування суїцидальної поведінки. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 122–123.
- Ісаков Р. І. Якість життя жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу та рівню психосоціальної дезадаптації. *Вісник проблем біології і медицини*. 2020. № 1. С. 131–136. DOI: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2020-1-155-131-136>.
- Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. К.: Морион, 2001. 408 с.
- Аналіз суб'єктивного сприйняття свого стану хворими на депресивні розлади / Н. О. Марута, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська [та ін.] // *East European Science Journal*. 2016. No. 11 (15). С. 58–67. URL: https://eesa-journal.com/wp-content/uploads/EESJ_15_1.pdf#page=58
- Марута Н. О., Вербенко Г. М. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія). *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 3 (88). С. 5–10.
- Николайчик В. В., Моин В. М., Кирковский В. В. Способ определения «средних молекул». *Лабораторное дело*. 1991. № 10. С. 13–18.
- Роль нейробиологічної аугментації в лікуванні терапевтично резистентних депресій / Л. В. Рахман, Р. І. Білобровка, О. Ю. Плевачук [та ін.] // *Медична психологія*. 2019. Т. 14, № 1. С. 48–52.
- Томей А. І. (2017). Етіопатогенетичні аспекти виникнення синдрому ендогенної інтоксикації (огляд літератури). *Проблеми клінічної педіатрії*. 2017. № 3-4 (37-38). С. 112–118.
- Федченко В. Ю. Комплексна система реабілітації депресивних розладів. *Вісник наукових досліджень*. 2018. № 3. С. 89–94. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.3.9417>.

11. Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD – a consensus statement. Part I: neuroimaging and genetics / B. Bandelow, D. Baldwin, M. Abelli [et al.] // *World J. Biol. Psychiatry*. 2016. Vol. 17, issue 5. P. 321–365. DOI: <https://doi.org/10.1080/15622975.2016.1181783>.
12. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry / B. J. Sadock, V. A. Sadock, P. Ruiz (Eds.). 4th edition. Philadelphia : Wolters Kluwer, 2017. 975 p.
13. Kurmann J. Psychotische Störungen. *Rev Med Suisse*. 2015. Vol. 11, issue 459. P. 298–299.
14. Grover S., Nebhinani N., Chakrabarti S., Avasthi A. Prevalence of metabolic syndrome among patients with depressive disorder admitted to a psychiatric inpatient unit: A comparison with healthy controls. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 27. P. 139–144. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.02.030>.
6. Maruta, N. O., & Verbenko, G. N. (2016). Kohnnytny porushennia u khvorykh na bipoliarnyi afektyvnyi rozlad (klinika, diahnostyka, terapiia) [Cognitive impairments in patients with bipolar affective disorder (clinical features, diagnosis, therapy)]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohi*, 24(3), 5–10. (In Ukrainian).
7. Nikolaichik, V. V., Moin, V. M., & Kirkovskii, V. V. (1991). Sposob opredeleniya "srednikh molekul" [Method for the determination of "medium molecules"]. *Laboratornoe delo*, (10), 13–18. (In Russian).
8. Rakhman, L. V., Bilobryvka, R. I., Plevachuk, O. Yu., Shpylovyi, Ya. V., & Osadtsia, M. O. (2019). Rol neirobiologichnoi auhmentatsii v likuvanni terapevtychno rezystentnykh depresii [Role of neurobiological augmentation in therapy of treatment-resistant depression]. *Medical psychology*, 14(1), 48–52. (In Ukrainian).
9. Tomey, A. (2017). Etiopatohenetychni aspekty vynyknennia syndromu endohennoi intoksykatsii (ohliad literatury) [Etiopathogenetic mechanisms of the appearance of endogenous intoxication syndrome]. *Problems of Clinical Pediatrics*, (3–4), 112–118. (In Ukrainian).
10. Fedchenko, V. Y. (2018). Kompleksna systema reabilitatsii depresyvykh rozladiv [Complex system of rehabilitation of depressive disorders]. *Bulletin of Scientific Research*, (3), 89–94. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.3.9417>
11. Bandelow, B., Baldwin, D., Abelli, M., Altamura, C., Dell'Osso, B., Dom-schke, K., ... & Riederer, P. (2016). Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD – a consensus statement. Part I: Neuroimaging and genetics. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 17(5), 321–365. <https://doi.org/10.1080/15622975.2016.1181783>
12. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (Eds.). (2017). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. 975 p.
13. Kurmann, J. (2015). Psychotische Störungen [Psychotic disorders]. *Rev Med Suisse*, 11(459), 298–299. (In German). Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-459/Psychotische-Stoerungen>
14. Grover, S., Nebhinani, N., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2017). Prevalence of metabolic syndrome among patients with depressive disorder admitted to a psychiatric inpatient unit: A comparison with healthy controls. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.02.030>

References

1. Hromashevska, L. L. (2006). Metabolic intoxication in the pathogenesis and diagnosis of pathological processes. *Laboratory diagnostics*, (1), 3–13. (In Russian).
2. Zelenska, K. O., & Zelenska, H. M. (2017). Suchasna model formuvannia suitsydalnoi povedinky [Modern model of suicidal behavior]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohi*, 25(1), 122–123. (In Ukrainian).
3. Isakov, R. I. (2020). Yakist zhyttia zhynok, khvorykh na depresyvi rozlady riznoho henezu ta rivniu psykhosotsialnoi dezadaptatsii [Quality of life of women patients with depressive disorders of different genesis and psychosocial disadaptation level]. *Bulletin of problems biology and medicine*, (1), 131–136. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2020-1-155-131-136>
4. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., & Babich, P. N. (2001). *Statistical methods in life sciences research using Excel* [Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel]. Kiev: Morion. 408 p. (In Russian).
5. Maruta, N. A., Fedchenko, V. Y., Kalenska, G. Y., Panko, T. V., & Semikina, O. E. (2016). Analiz sub'iektyvnoho spryiniattia svoho stanu khvorymy na depresyvi rozlady [Analysis of subjective perception of patient's conditions with depressive disorders]. *East European Science Journal*, (11), 58–67. (In Ukrainian). Retrieved from https://eesa-journal.com/wp-content/uploads/EESJ_15_1.pdf#page=58

Відомості про авторів:

ТЕРЬОШИНА Ірина Федорівна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету (ХНМУ), м. Харків, Україна;
e-mail: teryshina.ira73@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8112-2514>
ХАУСТОВ Максим Миколайович, д-р мед. наук, доцент, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ, м. Харків, Україна;
e-mail: haustov217@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8613-2172>

Сведения об авторах:

ТЕРЕШИНА Ирина Федоровна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, медицинской психологии и социальной работы Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ), г. Харьков, Украина;
e-mail: teryshina.ira73@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8112-2514>
ХАУСТОВ Максим Николаевич, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ, г. Харьков, Украина;
e-mail: haustov217@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8613-2172>

About the Authors:

TERYSHINA Iryna Fedorivna, MD, PhD, Docent, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Kharkiv National Medical University (KhNMU), Kharkiv, Ukraine;
e-mail: teryshina.ira73@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8112-2514>
KHAUSTOV Maksym Mykolaiovych, MD, Doctor of Medical Science, Docent, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, KhNMU, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: haustov217@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8613-2172>

С. О. Ярославцев

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕМОЦІЙ
ТА СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ
З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги», м. Херсон, Україна

Резюме

Актуальність. Актуальність дослідження проблеми депресій обумовлена їх високою поширеністю та значними медико-соціальними наслідками, які полягають у зниженні соціального функціонування пацієнтів з різними типами депресивних розладів, що проявляється в професійній і соціальній сферах, в сімейних стосунках, при виконанні домашніх обов'язків. Когнітивний дефіцит, поряд із афективними розладами і порушеннями регуляції емоцій, істотно погіршує соціальне функціонування при депресивних розладах, що робить актуальним дослідження, спрямоване на визначення ролі когнітивних процесів у регуляції емоцій і зворотного впливу емоційних станів на перебіг когнітивних процесів, а також на вивчення особливостей порушень соціального функціонування.

Мета – визначити особливості когнітивного регулювання емоцій та соціального функціонування у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

Матеріали та методи. Було обстежено 362 пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах: 123 пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнта з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 осіб з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР). Для дослідження клініко-психопатологічних особливостей когнітивних порушень при депресивних розладах використовувався комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний та статистичний.

Результати. Встановлені специфічні особливості когнітивного регулювання емоцій та соціального функціонування у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивних розладів: при РДР – вираженість самозвинувачення, катастрофізації, звинувачення інших, румінації та розгляду в перспективі; переважання слабких порушень у сфері суспільно корисної діяльності, переважання помірних та слабких порушень особистісної та соціальної взаємодії, наявність слабких порушень у самообслуговуванні; при БАР – вираженість самозвинувачення, катастрофізації, звинувачення інших, румінації та ухвалення; переважання помірних та значних порушень у сфері суспільно корисної діяльності, значних порушень особистісної та соціальної взаємодії, помірних, значних та сильних порушень у самообслуговуванні та у сфері агресивних патернів поведінки; при ПДР – вираженість румінації, звинувачення інших, катастрофізації, фокусування на плануванні, позитивної переоцінки, позитивного перефокусування; переважання слабких порушень у сфері суспільно корисної діяльності, у сфері особистісної та соціальної взаємодії та переважання помірних порушень у сфері агресивних патернів поведінки.

Висновки. Визначені особливості когнітивного регулювання емоцій та соціального функціонування у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивних розладів, які можуть виступати в якості діагностичних критеріїв при проведенні диференційної діагностики та можуть враховуватися при розробці та проведенні соціально-реабілітаційних заходів для даної групи пацієнтів.

Ключові слова: пацієнти з когнітивними порушеннями, депресивні розлади, когнітивне регулювання емоцій, соціальне функціонування, рекурентний депресивний розлад, біполярний депресивний розлад, пролонгована депресивна реакція.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЭМОЦИЙ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

С. А. Ярославцев

КНП «Херсонское областное учреждение по оказанию психиатрической помощи», г. Херсон, Украина

Резюме

Актуальность. Актуальность исследования проблемы депрессий обусловлена их высокой распространенностью и значительными медико-социальными последствиями, заключающимися в снижении социального функционирования пациентов с различными типами депрессивных расстройств, проявляющихся в профессиональной и социальной сферах, в семейных отношениях, при выполнении домашних обязанностей. Когнитивный дефицит, вместе с аффективными расстройствами и нарушениями регуляции эмоций, существенно ухудшает социальное функционирование при депрессивных расстройствах, что делает актуальным исследование, направленное на определение роли когнитивных процессов в регуляции эмоций и обратного влияния эмоциональных состояний на протекание когнитивных процессов, а также на изучение особенностей нарушений социального функционирования.

Цель – определить особенности когнитивного регулирования эмоций и социального функционирования у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах.

Материалы и методы. Было обследовано 362 пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах: 123 пациентов с рекуррентными депрессивными расстройствами (РДР), 141 пациента с биполярными аффективными расстройствами (БАР) и 98 пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией (ПДР). Для исследования клинико-психопатологических особенностей когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах использовался комплекс методов исследования: клинико-психопатологический, психометрический, психодиагностический и статистический.

Результаты. Установлены специфические особенности когнитивного регулирования эмоций и социального функционирования у пациентов с когнитивными нарушениями при различных типах депрессивных расстройств: при РДР – выраженность самообвинения, катастрофизации, обвинения других, руминации и рассматривания в перспективе; преобладание слабых нарушений в сфере общественно полезной деятельности, умеренных и слабых нарушений личностного и социального взаимодействия, наличие слабых нарушений в самообслуживании; при БАР – выраженность самообвинения, катастрофизации, обвинения других, руминации и принятия; преобладание умеренных и значительных нарушений в сфере общественно полезной деятельности, значительных нарушений личностного и социального взаимодействия, умеренных, значительных и сильных нарушений в самообслуживании и в сфере агрессивных паттернов поведения; при ПДР – выраженность руминации, обвинения других, катастрофизации, фокусировки на планировании, положительной переоценки и положительной перефокусировки; преобладание слабых нарушений в сфере общественно полезной деятельности, в сфере личного и социального взаимодействия и преобладание умеренных нарушений в сфере агрессивных паттернов поведения.

Выводы. Определены особенности когнитивного регулирования эмоций и социального функционирования у пациентов с когнитивными нарушениями при различных типах депрессивных расстройств, которые могут выступать в качестве диагностических критериев при проведении дифференциальной диагностики и могут учитываться при разработке и проведении социально-реабилитационных мероприятий для данной группы пациентов.

Ключевые слова: пациенты с когнитивными нарушениями, депрессивные расстройства, когнитивное регулирование эмоций, социальное функционирование, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное депрессивное расстройство, пролонгированная депрессивная реакция.

FEATURES OF COGNITIVE REGULATION OF EMOTIONS AND SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENTS IN DEPRESSIVE DISORDERS

S. A. Yaroslavtsev

Communal nonprofit enterprise «Kherson regional institution of mental care of Kherson regional council», Kherson, Ukraine

Abstract

Background. The relevance of the study of the problem of depression is due to their high prevalence and significant medical and social consequences, consisting in a decrease in the social functioning of patients with various types of depressive disorders, manifested in the professional and social spheres, in family relationships, while performing household duties. Cognitive deficit, together with affective disorders and disturbances in the regulation of emotions, significantly impairs social functioning in depressive disorders, which makes it relevant to research aimed at determining the role of cognitive processes in the regulation of emotions and the "reverse" influence of emotional states on the course of cognitive processes, on the one hand, and on the study of the characteristics of disorders of social functioning, on the other hand.

Objective of the study was to determine the features of the cognitive regulation of emotions and social functioning in patients with cognitive impairments and depressive disorders.

Materials and methods. 362 patients with cognitive impairment in depressive disorders were examined: 123 patients with recurrent depressive disorder (RDD), 141 patients with bipolar affective disorder (BAD) and 98 patients with prolonged depressive reaction (PDR). To study the clinical and psychopathological features of cognitive impairments in depressive disorders, a set of research methods was used: clinical psychopathological, psychometric, psychodiagnostic and statistical.

Results. Specific features of cognitive regulation of emotions and social functioning in patients with cognitive impairment in different types of depressive disorders have been identified: in DDR – the severity of "self-blame", "catastrophization", "blame others", "rumination" and "perspective"; the predominance of weak violations in the field of socially useful activities, the predominance of moderate and weak violations of personal and social interaction, the presence of weak violations in self-service; in BAR – the severity of "self-blame", "catastrophization", "accusation of others", "rumination" and "adolescence"; predominance of moderate and significant violations in the field of socially useful activities, significant violations of personal and social interaction, moderate, significant and severe violations in self-service and in the field of aggressive patterns of behavior; in traffic regulations – the severity of "rumination", "accusation of others", "catastrophization", "focus on planning", "positive reassessment", "positive refocusing"; the predominance of weak violations in the field of socially useful activities, in the sphere of personal and social interaction and the predominance of moderate violations in the sphere of aggressive patterns of behavior.

Conclusions. The features of the cognitive regulation of emotions and social functioning in patients with cognitive impairments with various types of depressive disorders were determined, which can serve as diagnostic criteria for differential diagnostics and can be taken into account in the development and implementation of social rehabilitation measures for this group of patients.

Keywords: patients with cognitive impairment, depressive disorders, cognitive regulation of emotions, social functioning, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction.

For citation: Yaroslavtsev S. A. Features of cognitive regulation of emotions and social functioning in patients with cognitive impairments in depressive disorders. *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 21–27. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.21-27

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

Received / Поступила: 04.02.2020

Accepted / Прийнята до друку: 25.02.2020

Актуальність. Депресія – один із найпоширеніших психічних розладів і провідна причина інвалідизації у всьому світі [1]. Щорічно діагноз депресивного розладу (ДР) встановлюється у 6,7% дорослого населення США [2, 3]. В Україні, за даними ВООЗ, за останні 10 років захворюваність на ДР зросла на 6,13%, а поширеність – на 13,16% [4]. Депресивні розлади є великою медико-соціальною проблемою не тільки в зв'язку з їх поширеністю, а й з тим, що вони вражають найбільш працездатні верстви населення [1, 4, 5]. Когнітивні, емоційні та соматичні прояви депресії призводять до значних порушень працездатності, фізичного і соціального функціонування (СФ) [6, 7]. Непрямі витрати, пов'язані тільки із зниженням продуктивності праці через ДР, складають понад 60% загального економічного тягаря депресій, що вдвічі перевищує розміри прямих витрат [8].

Дослідження проблеми депресій в останнє десятиліття сфокусовано не тільки на клінічних аспектах патології, важливість і актуальність яких не підлягають сумніву, скільки на соціальних наслідках ДР, що визначають ту значну шкоду, яка завдається суспільству даним захворюванням [1–4, 6, 9]. На відміну від інших психічних захворювань, депресії мають підвищене соціальне значення, оскільки загально визнано, що ДР

супроводжуються значними порушеннями соціальної адаптації [10–12]. Для пацієнтів, які страждають на ДР, зазвичай характерні труднощі в міжособистісній взаємодії і зниження соціальної активності [8, 10]. ДР супроводжуються вираженим порушенням СФ, що проявляється в професійній і соціальній сферах, у сімейних стосунках, при виконанні домашніх обов'язків [8, 7].

Регуляція емоцій є важливим фактором, що визначає благополуччя людини та її успішне СФ [13]. Регуляція емоцій – це сукупність всіх процесів, відповідальних за моніторинг, оцінювання та модифікацію емоційних реакцій, особливо їх інтенсивних і тимчасових характеристик, для досягнення певних цілей [14]. Відомо, що на сприйняття якості життя та СФ впливають емоційна реакція пацієнта та його особливості когнітивного регулювання емоцій. Здатність регулювати емоційні стани є одним з показників психічного здоров'я та рівня психосоціального розвитку особистості [10, 14].

У дослідженнях останнього періоду підтверджено, що когнітивний дефіцит, поряд з афективними розладами і порушеннями регуляції емоцій, істотно погіршує СФ при ДР, що робить актуальним дослідження, спрямоване на визначення ролі когнітивних процесів у регуляції емоцій і зворотного впливу емоційних станів на перебіг когнітивних

процесів, а також на дослідження особливостей порушень СФ [1, 6–8, 12–14]. Розуміння особливостей когнітивного регулювання емоцій та СФ у пацієнтів із когнітивними порушеннями (КП) при ДР допоможе розробити програму комплексної психокорекції ДР, спрямовану на підвищення СФ та корекцію когнітивного регулювання емоцій у пацієнтів із когнітивними дисфункціями при ДР. Усе вищевикладене і визначило мету дослідження.

Мета – визначити особливості когнітивного регулювання емоцій та соціального функціонування у пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 362 пацієнти з депресивними розладами. Були обстежені 123 пацієнти з рекурентним депресивним розладом (РДР), 141 пацієнт з біполярним афективним розладом (БАР) та 98 пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР). Для дослідження клініко-психопатологічних особливостей когнітивних порушень при депресивних розладах використовувався комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний та статистичний. За допомогою клініко-психопатологічного методу шляхом стандартизованого інтерв'ю і спостереження проводили первинну діагностику когнітивних розладів. Клініко-психопатологічний метод доповнювався використанням психометричних шкал: шкали особистісного та соціального функціонування (PSP). Психодіагностичні методи – опитувальник когнітивної регуляції емоцій (ОКРЕ), методи математичної статистики (визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок, достовірності відмінностей (критерії Ст'юдента – Фішера [t], Колмогорова – Смірнова [λ]), розрахунку діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (MI)) [15, 16]. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою Excel – 2010 та STATISTICA 6.1. Особливості соціального функціонування у пацієнтів з КП при ДР досліджували за допомогою опитувальника когнітивної регуляції емоцій (ОКРЕ), який використовували для дослідження емоційного реагування пацієнтів із ДР, і шкали особистісного та соціального функціонування (PSP), яка являє собою напівструктуроване інтерв'ю та дозволяє оцінити соціальний статус пацієнтів, їх функціонування і задоволеність відповідною сферою.

Результати та їх обговорення

Аналіз когнітивних стратегій в процесі регуляції афективних переживань у пацієнтів з ДР дозволив виділити 9 основних когнітивних стратегій регуляції емоцій, які можуть бути віднесені до двох різних категорій: ті, що сприяють успішній адаптації (або ефективні) стратегії: прийняття того, що трапилося, позитивне перефокусування, фокусування на плануванні, позитивна переоцінка та розгляд у перспективі; та ті, що перешкоджають адаптації і підсилюють дезадаптаційні ефекти (або деструктивні) стратегії: самозвинувачення, румінації / нав'язливі думки про подію, катастрофізація та звинувачення інших (рис. 1).

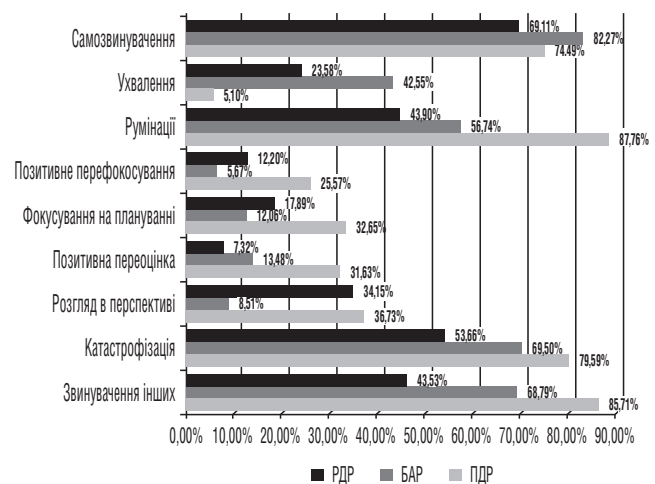


Рис. 1. Особливості когнітивної регуляції емоцій у пацієнтів з КП при ДР (за даними ОКРЕ)

Було встановлено, що у більшості пацієнтів з РДР серед когнітивних стратегій регуляції емоцій переважало самозвинувачення ($69,11 \pm 3,15\%$), у $53,66\%$ пацієнтів спостерігалась катастрофізація, яка виражалась у думках про глобальні розміри події і її негативні наслідки, у $45,53\%$ пацієнтів визначалось звинувачення інших, що проявлялось в спробах перекласти провину за пережиту подію на оточуючих, у $43,90\%$ пацієнтів спостерігались румінації, що проявлялось у постійних роздумах про думки і почуття, пов'язані з ситуацією, у $34,15\%$ визначався розгляд в перспективі за рахунок зниження значущості події при порівнянні з іншими ситуаціями. Найменш характерними для пацієнтів з РДР були наступні когнітивні стратегії регуляції емоцій: позитивна переоцінка ($7,32 \pm 0,58\%$), позитивне перефокусування ($12,20 \pm 0,94\%$), фокусування на плануванні ($17,89 \pm 1,33\%$) та ухвалення ($23,58 \pm 1,69\%$).

У більшості пацієнтів з БАР серед когнітивних стратегій регулювання емоцій переважали самозвинувачення ($82,27 \pm 2,47\%$), катастрофізація ($69,50 \pm 2,74\%$), звинувачення інших ($68,79 \pm 2,74\%$), румінація ($56,74 \pm 2,67\%$) та ухвалення ($42,55 \pm 2,30\%$). Тобто для пацієнтів з БАР характерні перебільшування значимості події, що сталася, звинувачення насамперед себе та інших, постійні думки про негативні події, що сталися, та відчуття потреби у прийнятті ситуації, яку вони не можуть подолати. Найменш характерними когнітивними стратегіями регулювання емоцій були спроби відволіктися від думок про події, що трапилися ($5,67 \pm 0,39\%$), розглядати ситуацію у перспективі, порівнюючи її з іншими ($8,51 \pm 0,58\%$), фокусуватися на плануванні ($12,06 \pm 0,81\%$) та шукати позитивний сенс у подіях, що трапилися ($13,48 \pm 0,90\%$).

Більшість пацієнтів з ПДР були схильні постійно думати про події, що сталися ($87,76 \pm 3,17\%$), намагалися звинувачувати інших ($85,71 \pm 3,34\%$) і себе ($74,49 \pm 3,88\%$), перебільшувати глобальність проблеми і негативність її наслідків ($79,59 \pm 3,71\%$). Третина пацієнтів намагалися розглянути ситуацію у перспективі, знижуючи значущість події за рахунок її порівняння з іншими ситуаціями ($36,73 \pm 3,01\%$), схильні були фокусуватися на плануванні, міркуючи про те, які кроки краще зробити з огляду на те, що трапилося ($32,65 \pm 2,76\%$), намагалися

знайти позитивний сенс у події, що трапилася, з метою особистісного зростання або набуття нового досвіду ($31,63 \pm 2,70$)% та намагалися відволікатись на думки про інших, більш приємні події і ситуації замість роздумів про пережиті складні етапи ($25,51 \pm 2,27$)%. Найменш характерною когнітивною стратегією регулювання емоцій було ухвалення, що передбачає думки про прийняття того, що сталося ($5,10 \pm 0,51$)%.

Статистичний аналіз результатів дозволив довести, що пацієнти з ПДР відрізнялись переважанням різноманітних когнітивних стратегій регуляції емоцій, що перешкоджають та сприяють адаптації. Так, серед пацієнтів із ПДР були більш виражені дезадаптивні стратегії румінації, катастрофізації та звинувачення інших ($87,76\%$; $79,59\%$ та $85,71\%$ відповідно), порівняно з пацієнтами з РДР ($43,90\%$, $ДК=3,01$, $МІ=0,66$, $p<0,0001$; $53,66\%$, $ДК=1,76$, $МІ=0,22$, $p<0,0001$ та $45,53\%$, $ДК=2,75$, $МІ=0,55$, $p<0,0001$ відповідно) та БАР ($56,74\%$, $ДК=1,89$, $МІ=0,29$, $p<0,0001$; $69,70\%$, $ДК=0,59$, $МІ=0,03$, $p<0,0263$ та $68,79\%$, $ДК=0,96$, $МІ=0,08$, $p<0,0012$ відповідно), а також адаптаційні стратегії регуляції емоцій – позитивне перефокусування, фокусування на плануванні, позитивна переоцінка ($25,51\%$; $32,65\%$ та $31,63\%$ відповідно), порівняно з пацієнтами з РДР ($12,20\%$, $ДК=3,21$, $МІ=0,21$, $p<0,005$; $17,89\%$, $ДК=2,61$, $МІ=0,19$, $p<0,005$ та $7,32\%$, $ДК=6,36$, $МІ=0,77$, $p<0,0001$ відповідно) та БАР ($5,67\%$, $ДК=6,53$, $МІ=0,65$, $p<0,0001$; $12,06\%$, $ДК=4,33$, $МІ=0,35$, $p<0,0001$ та $13,48\%$, $ДК=3,71$, $МІ=0,34$, $p<0,0004$ відповідно). При цьому було встановлено, що пацієнти з БАР відрізнялись від хворих на РДР більшою схильністю до румінацій, катастрофізацій, самозвинувачення та звинувачення інших ($56,74\%$, $ДК=1,11$, $МІ=0,07$, $p<0,0113$; $69,50\%$, $ДК=1,12$, $МІ=0,09$, $p<0,003$; $82,27\%$, $ДК=0,76$, $МІ=0,05$, $p<0,005$ та $68,79\%$, $ДК=1,79$, $МІ=0,21$, $p<0,0001$ відповідно), а також схильністю до позитивної переоцінки ситуацій та ухвалення ($13,48\%$, $ДК=2,65$, $МІ=0,08$, $p<0,0438$ та $42,55\%$, $ДК=2,56$, $МІ=0,24$, $p<0,0005$ відповідно), тоді як для пацієнтів із РДР були більш характерні позитивне перефокусування та розгляд ситуації у перспективі ($12,20\%$, $ДК=3,32$, $МІ=0,11$, $p<0,0309$ та $34,15\%$, $ДК=6,03$, $МІ=0,77$, $p<0,0001$ відповідно). Треба також зазначити, що пацієнти з ПДР не схильні були до прийняття ситуацій ($5,10\%$), порівняно з пацієнтами з РДР та БАР ($23,58\%$, $ДК=6,65$, $МІ=0,61$, $p<0,0001$ та $42,55\%$, $ДК=9,21$, $МІ=1,72$, $p<0,0001$ відповідно). Схильність до самозвинувачення була більш виражена серед пацієнтів з БАР ($82,27\%$), порівняно з хворими на ПДР ($74,49\%$, $ДК=0,43$, $МІ=0,02$, $p<0,0448$), серед яких було більше осіб, що використовували румінації та схильні були розглядати ситуацію у перспективі ($87,76\%$, $ДК=1,89$, $МІ=0,29$, $p<0,0001$ та $36,73\%$, $ДК=6,35$, $МІ=0,90$, $p<0,0001$ відповідно).

Аналіз соціального і особистісного функціонування пацієнта проводили за допомогою шкали PSP за чотирма доменами: суспільно корисна діяльність, особисті і соціальні взаємовідносини, увага до себе і свого стану, неспокійні та агресивні патерни поведінки (рис. 2).

На рисунку 2 відображені усереднені відповіді пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах, які демонструють ступінь вираженості порушень функціонування у різних сферах (де 0 – відсутність порушень, 4 – сильно виражені порушення).

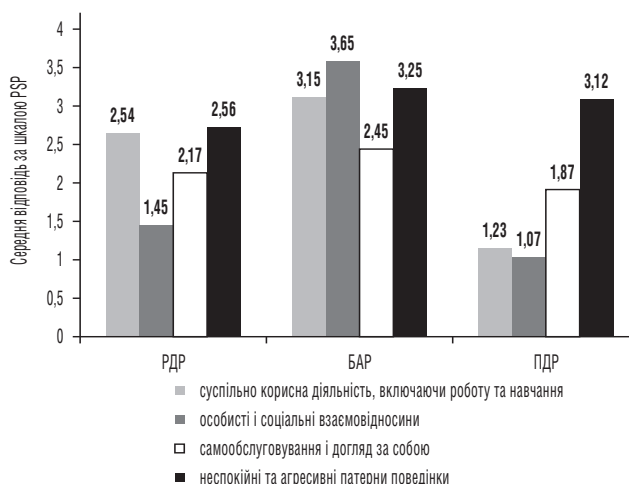


Рис. 2. Структура порушень соціального функціонування у пацієнтів з КП при ДР (за даними PSP)

Так, у пацієнтів із РДР найбільш виражені порушення функціонування відзначались у вигляді неспокою та агресивних патернів поведінки ($2,56 \pm 0,56$ балів), зниження суспільно корисної діяльності ($2,54 \pm 0,51$ балів) та зменшення уваги у догляді за собою ($2,17 \pm 0,37$ балів).

У пацієнтів з БАР відзначались порушення особистісної та соціальної взаємодії ($3,65 \pm 1,02$ балів), наявність неспокою та агресивних тенденцій ($3,25 \pm 0,86$ балів), зниження суспільної діяльності та уваги по догляду за собою ($3,15 \pm 0,74$ та $2,45 \pm 0,38$ балів відповідно).

У більшості пацієнтів з ПДР відзначалися неспокій та агресивні патерни поведінки ($3,12 \pm 0,68$ балів), інші сфери соціального функціонування були практично неухваленими.

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що соціальні та особистісні взаємовідносини були більше порушеними у пацієнтів з БАР ($3,65$ балів), порівняно з хворими на РДР та ПДР ($1,45$, $p<0,01$ та $1,07$, $p<0,001$), а зниження суспільної корисної діяльності було більш притаманне для пацієнтів із РДР та БАР ($2,54$ та $3,15$ балів відповідно), порівняно з хворими на ПДР ($1,23$, $p<0,025$ та $p<0,01$).

Для більш детального дослідження ступеня порушення функціонування в основних сферах життєдіяльності пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах був проведений розподіл пацієнтів за рівнями порушень (табл. 1). Визначено, що у сфері соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання, у $39,02\%$ пацієнтів з РДР були слабо виражені порушення рівня соціального функціонування, у $21,05\%$ пацієнтів вони були відсутні та у $29,27\%$ пацієнтів відмічались помірно виражені порушення. У сфері особистісної та соціальної взаємодії у $11,38\%$ осіб не було зафіксовано порушень, у $24,39\%$ – порушення були слабкими, у $38,21\%$ пацієнтів – помірними, у $15,45\%$ – порушення в соціальній сфері були значними та у $10,57\%$ – сильно вираженими.

У сфері самообслуговування у $33,33\%$ пацієнтів не відзначалося порушень, у $35,77\%$ – порушення в догляді за собою були слабо виражені та у $16,26\%$ осіб – помірно виражені. У сфері неспокою та агресивних патернів поведінки у $39,84\%$ осіб не було зафіксовано порушень, у $27,64\%$ відмічались слабо виражені порушення, у $13,01\%$ агресивні патерни поведінки були виражені помірно, у $12,20\%$ осіб – значно виражені та у $7,32\%$ осіб – сильно виражені.

Таблиця 1. Характеристика рівня соціального функціонування у пацієнтів з КП при ДР (за даними PSP)

Показник	РДР (n=123)		БАР (n=141)		ПДР (n=98)	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Суспільно корисна діяльність, включаючи роботу та навчання						
Відсутні	27	21,95±1,59	16	11,35±0,76	20	20,41±1,88
Слабо виражені	48	39,02±2,50	28	19,86±1,27	34	34,69±2,89
Помірно виражені	36	29,27±2,02	50	35,46±2,03	31	31,63±2,70
Значно виражені	10	8,13±0,64	36	25,53±1,57	9	9,18±0,90
Сильно виражені	2	1,63±0,13	11	7,80±0,54	4	4,08±0,41
Особистісні і соціальні взаємовідносини						
Відсутні	14	11,38±0,88	7	4,96±0,35	20	20,41±1,88
Слабо виражені	30	24,39±1,74	18	12,77±0,85	30	30,61±2,63
Помірно виражені	47	38,21±2,46	37	26,24±1,61	29	29,59±2,56
Значно виражені	19	15,45±1,16	64	45,39±2,40	15	15,31±1,45
Сильно виражені	13	10,57±0,82	15	10,64±0,72	4	4,08±0,41
Самообслуговування і догляд за собою						
Відсутні	41	33,33±2,23	12	8,51±0,58	50	51,02±3,68
Слабо виражені	44	35,77±2,35	26	18,44±1,19	24	24,49±2,19
Помірно виражені	20	16,26±1,22	38	26,95±1,65	22	22,45±2,04
Значно виражені	11	8,94±0,70	45	31,91±1,88	1	1,02±0,10
Сильно виражені	7	5,69±0,45	20	14,18±0,94	1	1,02±0,10
Неспокійні та агресивні патерни поведінки						
Відсутні	49	39,84±2,53	6	4,26±0,30	13	13,27±1,27
Слабо виражені	34	27,64±1,93	19	13,48±0,90	26	26,53±2,34
Помірно виражені	16	13,01±0,99	46	32,62±1,91	40	40,82±3,24
Значно виражені	15	12,20±0,94	47	33,33±1,94	18	18,37±1,71
Сильно виражені	9	7,32±0,58	23	16,31±1,07	1	1,02±0,10

У сфері соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання, у 35,46% пацієнтів з БАР були помірно виражені порушення рівня соціального функціонування, у 25,53% осіб – значно виражені, у 11,35% пацієнтів вони були відсутні та у 19,86% пацієнтів відмічались слабо виражені порушення. У сфері особистісної та соціальної взаємодії у 45,39% осіб порушення були значно виражені, у 26,24% – помірно виражені, у 12,77% – порушення були слабкими та у 10,64% – сильно вираженими. У сфері самообслуговування у 18,44% – порушення в догляді за собою були слабо виражені, у 26,95% осіб – помірно, у 31,91% пацієнтів – значно та у 14,18% осіб – сильно виражені. У сфері неспокою та агресивних патернів поведінки у 33,33% осіб були зафіксовані значні порушення, у 32,62% осіб відмічались помірно виражені порушення, у 16,31% агресивні патерни поведінки були виражені сильно та у 13,48% осіб – слабо виражені.

У сфері соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання, у 20,41% пацієнтів з ПДР не були зафіксовані порушення, у 34,69% пацієнтів були слабо виражені порушення рівня соціального функціонування, у 31,63% пацієнтів вони були помірними. У сфері особистісної та соціальної взаємодії у 20,41% осіб не було зафіксовано порушень, у 30,61% порушення були слабкими, у 29,59% – помірними, у 15,31% – порушення в соціальній сфері були значними та у 4,08% – сильно

вираженими. У сфері самообслуговування у більшості пацієнтів з ПДР не було зафіксовано порушень (51,02±3,68)%, у 24,49% пацієнтів порушення в догляді за собою були слабо виражені та у 22,45% осіб – помірно виражені. У сфері неспокою та агресивних патернів поведінки у 40,82% осіб були зафіксовані помірні порушення, у 26,53% осіб відмічались слабо виражені порушення, у 18,37% агресивні патерни поведінки були виражені помірно та у 13,27% осіб не було зафіксовано порушень у цій сфері.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що в сфері суспільної діяльності серед пацієнтів з РДР та ПДР було більше осіб з відсутністю порушень (21,95%, ДК=2,87, МІ=0,15, $p<0,009$ та 20,41%, ДК=2,55, МІ=0,12, $p<0,0236$ відповідно) та слабо вираженими порушеннями (39,02%, ДК=2,93, МІ=0,28, $p<0,0003$ та 34,69%, ДК=2,42, МІ=0,18, $p<0,0045$ відповідно), порівняно з пацієнтами з БАР, серед яких було більше осіб зі значними порушеннями (25,53%, ДК=4,97, МІ=0,43, $p<0,0001$ та ДК=4,40, МІ=0,36, $p<0,001$ відповідно).

У сфері соціальної взаємодії було визначено, що пацієнти з ПДР відрізнялись більшою кількістю осіб з відсутністю порушень у цій сфері (20,41%), порівняно з пацієнтами з РДР та БАР (11,38%, ДК=2,54, МІ=0,11, $p<0,0277$ та 4,96%, ДК=6,14, МІ=0,47, $p<0,0001$ відповідно), серед яких було більше осіб із сильними порушеннями

(10,57%, ДК=4,13, МІ=0,13, $p<0,0414$ та 10,64%, ДК=4,16, МІ=0,14, $p<0,0363$ відповідно). Треба зазначити, що серед пацієнтів з БАР була більша кількість осіб зі значними порушеннями в сфері соціальної взаємодії (45,39%, ДК=4,68, МІ=0,70, $p<0,0001$ та ДК=4,72, МІ=0,71, $p<0,0001$ відповідно), тоді як серед пацієнтів з РДР та ПДР було більше осіб зі слабкою вираженістю порушень у цій сфері (24,39%, ДК=2,81, МІ=0,16, $p<0,006$ та 30,61%, ДК=3,60, МІ=0,34, $p<0,0004$ відповідно). Також було доведено, що пацієнтів з помірним рівнем вираженості порушень у сфері соціальної взаємодії було більше серед хворих на РДР (38,21%), порівняно з пацієнтами з БАР та ПДР (26,24%, ДК=1,63, МІ=0,10, $p<0,0122$ та 29,59%, ДК=1,11, МІ=0,05, $p<0,0045$ відповідно).

У сфері самообслуговування осіб з відсутністю порушень було більше серед пацієнтів з ПДР (51,02%), ніж серед пацієнтів з РДР та БАР (33,33%, ДК=1,85, МІ=0,16, $p<0,0033$ та 8,51%, ДК=7,78, МІ=1,65, $p<0,0001$ відповідно), а осіб зі слабкими порушеннями було більше серед хворих на РДР (35,77%), порівняно з пацієнтами з БАР та ПДР (18,44%, ДК=2,88, МІ=0,25, $p<0,0007$ та 24,49%, ДК=1,65, МІ=0,09, $p<0,0231$ відповідно). Серед пацієнтів з БАР, на відміну від хворих на РДР та ПДР, було більше осіб зі значними (31,91%, ДК=5,53, МІ=0,63, $p<0,0001$ та ДК=14,95, МІ=2,31, $p<0,0001$ відповідно) та сильними (14,18%, ДК=3,97, МІ=0,17, $p<0,0122$ та ДК=11,43, МІ=0,75, $p<0,0001$ відповідно) порушеннями у сфері самообслуговування. При цьому слід зазначити, що помірний рівень порушень також був більш виражений при БАР (26,95%), ніж при РДР (16,26%, ДК=2,19, МІ=0,12, $p<0,0133$).

Пацієнтів із відсутністю та слабкою вираженістю агресивних патернів поведінки було більше серед хворих на РДР (39,64% та 27,64% відповідно) та ПДР (13,27% та 26,53% відповідно), порівняно з пацієнтами з БАР (4,26%, ДК=9,71, МІ=1,73, $p<0,0001$ та ДК=4,94, МІ=0,22, $p<0,01$ та 13,48%, ДК=3,12, МІ=0,22, $p<0,002$ та ДК=2,94, МІ=0,19, $p<0,0057$ відповідно), серед яких було більше пацієнтів з помірною (32,62%, ДК=3,99, МІ=0,39, $p<0,0001$ та ДК=0,97, МІ=0,04, $p<0,048$ відповідно), значною (33,33%, ДК=4,37, МІ=0,46, $p<0,0001$ та ДК=2,59, МІ=0,19, $p<0,0043$ відповідно) та сильною (16,31%, ДК=3,48, МІ=0,16, $p<0,0124$ та ДК=12,04, МІ=0,92, $p<0,0001$ відповідно) вираженістю агресивних патернів поведінки. Треба підкреслити, що серед пацієнтів з РДР було більше осіб з відсутністю (39,84%) та з сильною вираженістю (7,32%) агресивних патернів, порівняно з пацієнтами з ПДР (13,27%, ДК=4,78, МІ=0,63, $p<0,0001$ та 1,02%, ДК=8,56, МІ=0,27, $p<0,0207$ відповідно), серед яких було більше осіб із помірним рівнем вираженості агресивних патернів поведінки (40,82%, ДК=4,97, МІ=0,69, $p<0,0001$).

Висновки

У результаті проведеного дослідження було визначено та доведено, що пацієнти з КП при ДР мають специфічні особливості когнітивного регулювання емоцій та СФ:

- при РДР: вираженість таких когнітивних стратегій регулювання емоцій, як самозвинувачення (69,11%), катастрофізація (53,66%), звинувачення інших (45,53%), румінації (43,90%) та розгляд у перспективі (34,15%); переважання відсутності порушень та слабких порушень в сфері суспільно корисної діяльності (21,95% та

39,02%, відповідно), переважання помірних та слабких порушень особистісної та соціальної взаємодії (38,21% та 24,39% відповідно), наявність слабких порушень у самообслуговуванні (35,77%) та відсутність порушень і наявність слабких порушень у сфері агресивних патернів поведінки (39,84% та 27,64% відповідно);

- при БАР: вираженість наступних когнітивних стратегій регулювання емоцій: самозвинувачення (82,27%), катастрофізація (69,50%), звинувачення інших (68,79%), румінації (56,74%) та ухвалення (42,55%); переважання помірних та значних порушень у сфері суспільно корисної діяльності (35,46% та 25,53%, відповідно), переважання значних порушень особистісної та соціальної взаємодії (45,39%), наявність помірних, значних та сильних порушень у самообслуговуванні (26,95%, 31,91% та 14,18% відповідно) та у сфері агресивних патернів поведінки (32,62%, 33,33 та 16,31% відповідно);
- при ПДР: вираженість таких когнітивних стратегій регулювання емоцій, як румінації (87,76%), звинувачення інших (85,71%), катастрофізація (79,59%), фокусування на плануванні (32,65%), позитивна переоцінка (31,63%) позитивне перефокусування (25,51%); переважання слабких порушень та їх відсутність у сфері суспільно корисної діяльності (34,69% та 20,41%, відповідно), у сфері особистісної та соціальної взаємодії (30,61% та 20,41% відповідно), відсутність порушень у самообслуговуванні (51,02%) та переважання помірних порушень у сфері агресивних патернів поведінки (40,82%).

У результаті дослідження були визначені особливості когнітивного регулювання емоцій та СФ у пацієнтів з КП при різних типах ДР, які можуть виступати як діагностичні критерії при проведенні диференційної діагностики КП при ДР та повинні бути враховані при розробці та проведенні соціально-реабілітаційних заходів для даної групи пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Hasselbalch B. J., Knorr U., Kessing L. V. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2011. Vol. 134, No. 1-3. P. 20-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.011>.
2. Краснов В. Н. Проблемы современной диагностики депрессии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2012. Т. 112, № 11, Вып. 2. С. 3-10. URL: <http://mnip-repo.ru/uploads/1358851780.pdf>
3. Gotlib I. H., Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*. 2010. Vol. 6. P. 285-312. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>.
4. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. Женева: ВОЗ, 2013. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1 (дата обращения: 15.01.2020).
5. Азимова Ю. Э. Депрессия и когнитивные нарушения: опыт использования вортиоксетина в неврологической практике. *Медицинский совет*. 2017. No. 11. С. 36-39. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-11-36-39>.
6. LeMoult J., Gotlib I. H. Depression: a cognitive perspective. *Clinical psychology review*. 2019. Vol. 69. P. 51-66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>.
7. Кирьянова Е. М., Сальникова Л. И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010. № 3. С. 73-75. URL: http://mnip.serbssky.ru/assets/uploads/2017/11/2010_09_scp_215.pdf
8. Емелин К. Э. Социальное функционирование как критерий эффективности терапии больных с депрессивными расстройствами: обзор литературы. *Российский психиатрический журнал*. 2016. № 3. С. 61-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2016-1%25x>.
9. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis / P. L. Rock, J. P. Roiser, W. J. Riedel [et al.] // *Psychological medicine*. 2014. Vol. 44, issue 10. P. 2029-2040. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>.

10. Марута Н. О., Панько Т. В. Каленська Г. Ю. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 135.
11. Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life / C. Cotrena, L. D. Branco, F. M. Shansis [et al.] // *Journal of affective disorders*. 2016. Vol. 190. P. 744–753. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.007>.
12. McIntyre R. S., Lophaven S., Olsen C. K. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. *The international journal of neuropsychopharmacology*. 2014. Vol. 17, issue 10. P. 1557–1567. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1461145714000546>.
13. Взаимосвязи когнитивных и эмоциональных нарушений при депрессиях (обзор литературы) / В. Н. Краснов, М. В. Алфимова, Т. С. Мельникова [и др.] // Доктор.Ру. 2013. № 5 (83). С. 1–6. URL: <http://mniip-repo.ru/uploads/1379677998.pdf>
14. Падун М. А. Регуляция эмоций и ее нарушения. *Психологические исследования*. 2015. Т. 8, № 39. С. 5. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1089-padun39.html>
15. Рассказова Е. И., Леонова А. Б., Плужников И. В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2011. № 4. С. 161–179.
16. Reliability and validity of the Personal and Social Performance scale in patients with schizophrenia / B. Nafees, P. van Hanswijck de Jonge, D. Stull [et al.] // *Schizophrenia Research*. 2012. Vol. 140, issue 1–3. 71–76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.06.013>.
6. LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical psychology review*, 69, 51–66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>
7. Kiryanova, E. M., & Salnikova, L. I. (2010). Sotsial'noe funktsionirovanie i kachestvo zhizni psikhicheskikh bol'nykh – vazhneishii pokazatel' effektivnosti psikhiatricheskoi pomoshchi [Psychiatric patients' social functioning and quality of life as an important indicator of mental health care effectiveness]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, (3), 73–75. (In Russian). Retrieved from http://mniip.serbsky.ru/assets/uploads/2017/11/2010_09_scp_215.pdf
8. Emelin, K. E. (2016). Sotsial'noe funktsionirovanie kak kriterii effektivnosti terapii bol'nykh s depressivnymi rasstroistvami: obzor literatury [Social functioning as a criterion of treatment efficacy in patients with depressive disorders: literature review]. *Russian Journal of Psychiatry*, (3), 61–71. (In Russian). <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2016-1%25x>
9. Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(10), 2029–2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
10. Maruta, N. O., Panko, T. V., & Kalenska, H. Yu. (2017). Diahnostichni kryterii depresyvnnykh rozladiv na etapakh nadannia medychnoi dopomohy [Diagnostic criteria of depressive disorders at the stages of medical care]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohii*, 25(1), 135. (In Ukrainian).
11. Cotrena, C., Branco, L. D., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. (2016). Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. *Journal of affective disorders*, 190, 744–753. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.007>
12. McIntyre, R. S., Lophaven, S., & Olsen, C. K. (2014). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 17(10), 1557–1567. <https://doi.org/10.1017/S1461145714000546>
13. Krasnov, V. N., Alfimova, M. V., Melnikova, T. S., & Frolov, A. M. (2013). Vzaimosvyazi kognitivnykh i emotsional'nykh narushenii pri depressiyakh (obzor literatury) [Relationships between cognitive and emotional disturbances in depressions: review]. *Doctor.Ru*, (5), 1–6. (In Russian). Retrieved from <http://mniip-repo.ru/uploads/1379677998.pdf>
14. Padun, M. A. (2015). Regulyatsiya emotsii i ee narusheniya [Emotion regulation and its disorders]. *Psikhologicheskie issledovaniya*, 8(39), 5. (In Russian). Retrieved from <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1089-padun39.html>
15. Rasskazova, E. I., Leonova, A. B., & Pluzhnikov, I. V. (2011). Development of the Russian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Moscow University Psychology Bulletin*, (4), 161–179. (In Russian). Retrieved from <http://msupsyj.ru/articles/article/2864/>
16. Nafees, B., van Hanswijck de Jonge, P., Stull, D., Pascoe, K., Price, M., Clarke, A., & Turkington, D. (2012). Reliability and validity of the Personal and Social Performance scale in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 140(1–3), 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.06.013>

References

Відомості про автора:

ЯРОСЛАВЦЕВ Сергій Олександрович, канд. мед. наук, психіатр, КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради, с. Степанівка, Херсонська обл., Україна;
e-mail: kalenskaya_galina@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>

Сведения об авторе:

ЯРОСЛАВЦЕВ Сергей Александрович, канд. мед. наук, психиатр, КНП «Херсонское областное учреждение по оказанию психиатрической помощи» Херсонского областного совета, с. Степановка, Херсонская обл., Украина;
e-mail: kalenskaya_galina@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>

About the Author:

YAROSLAVTSEV Serhii Oleksandrovych, MD, PhD, psychiatrist, Communal nonprofit enterprise «Kherson regional institution of mental care of Kherson regional council», Stepanivka, Kherson region, Ukraine;
e-mail: kalenskaya_galina@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89+616.853-053.2

DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.28-34

Т. О. Скрипник

ПОВТОРЮВАНА ТА СТЕРЕОТИПНА ПОВЕДІНКА
ПРИ РОЗЛАДАХ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ТА ЛОБНИХ ЕПІЛЕПСІЯХДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії
Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Резюме

Актуальність. Розлади аутистичного спектра (РАС) мають поширеність 1–2% серед дитячої популяції у світі та належать до спектра порушень нейророзвитку. РАС характеризуються значним генетичним та клінічним поліморфізмом, зокрема, коморбідністю з неврологічними та психічними розладами. У 15–30% дітей з РАС протягом життя діагностується епілепсія. Повторювані рухи та вокалізації при РАС часто схожі й потребують диференційної діагностики з моторними та вокальними феноменами у структурі епілептичних нападів, з моторними та вокальними тиками, зокрема при розладі Турета, обсесіями та компульсіями при обсесивно-компульсивному розладі. Поліморбідність РАС ускладнює типологізацію повторюваних рухових та вокальних феноменів. Поліморфізм повторюваних рухів та вокалізацій також притаманний енцефалопатіям розвитку.

Мета – дослідити клінічний поліморфізм, варіанти моторних феноменів протягом 6 років життя у дитини з подвійною діагностикою РАС та лобної епілепсії.

Матеріали та методи. На базі відділу психічних розладів дітей та підлітків ДУ «Науково-дослідний Інститут психіатрії МОЗ України» протягом 6 років перебувала під спостереженням дитина з РАС і лобною фокальною епілепсією. Дитина проходила комплексне психіатричне та неврологічне обстеження кожні три місяці. Для діагностики та оцінки перебігу психічних розладів використовували DAWBA та K-SADS-PL. Для оцінки аутистичної симптоматики використовували ADOS та ADI-R, тикозної симптоматики – YGTSS, обсесивно-компульсивних розладів у дітей з РАС – CYBOCS ASD. Когнітивне функціонування дитини оцінювали з використанням PEP-R і тесту Векслера, соціально-адаптивну поведінку – Vineland і SRS. Кожні шість місяців та при позачергових візитах проводили ЕЕГ-дослідження з математичним аналізом отриманих результатів.

Результати. Дитячий аутизм у дитини було діагностовано відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, результатів напівструктурованого інтерв'ю з батьками – ADI-R та оцінювання актуальної поведінки за ADOS. Протягом періоду контрольованого спостереження епілептичні пароксизми характеризувалися відсутністю повної втрати свідомості, поліморфністю нападів з численними руховими та вокальними феноменами, які диференціювали з симптомами РАС, тикозного, обсесивно-компульсивного розладів. Стереотипні рухи у вигляді автоматичних повторювальних дій спостерігалися в проксимальних відділах кінцівок, виглядали як продовження і повторення попередньо виконуваних і повсякденно виконуваних автоматичних дій. Епізоди мимовільних гримас з перекошуванням м'язів обличчя протягом перших двох років спостереження виглядали як зумисний акт діяльності, а не як епілептичні пароксизми. Результати ЕЕГ також не підтверджували діагноз епілепсії.

Динамічне лонгітудинальне спостереження клінічного патоморфозу повторюваних рухових та вокальних феноменів, аналіз терапевтичних відповідей на лікування у різні періоди часу арипіпразолом, гуанфацином, сертраліном, ламотриджином, аналіз симптомів, кваліфікованих у якості коморбідних, поступове наростання фокальних епілептиформних змін на ЕЕГ дозволило діагностувати у дитини лобну епілепсію з розладом аутистичного спектра.

Висновки. Більшість дітей з РАС мають вокальні та моторні феномени, які можуть нагадувати симптоми коморбідних психічних розладів. Повторювані рухи та вокалізації при РАС, як прояви тикозного, обсесивно-компульсивного розладів, складно диференціювати, вони можуть накладатися у випадку коморбідності розладів. При появі у таких пацієнтів специфічної епілептичної активності та епілептичних нападів має проводитися диференційна діагностика з енцефалопатією розвитку. Лобна форма епілепсії може супроводжуватися нападами без повної втрати свідомості з характерними автоматичними повторюваними стереотипними рухами, які мають значну варіативність протягом життя. Наведений клінічний випадок підтримує точку зору, що РАС та епілепсії є проявами єдиного патологічного процесу – порушення нейророзвитку.

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, лобна епілепсія, повторювані та стереотипні рухи, епілептичні напади.

ПОВТОРЯЮЩЕСЯ І СТЕРЕОТИПНЕ ПОВЕДІННЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА І ЛОБНЫХ ЭПИЛЕПСИЯХ

Т. А. Скрипник

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

Резюме

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) имеют распространенность 1–2% среди детской популяции в мире и относятся к спектру нарушений нейроразвития. РАС характеризуются значительным генетическим и клиническим полиморфизмом, в частности коморбидностью с неврологическими и психическими расстройствами. У 15–30% детей с РАС в течение жизни диагностируется эпилепсия. Повторяющиеся движения и вокализации при РАС часто похожи и требуют дифференциальной диагностики с моторными и вокальными феноменами в структуре эпилептических припадков, с моторными и вокальными тиками, в частности при расстройстве Туретта, обсессиями и компульсиями при обсессивно-компульсивном расстройстве. Полиморбидность РАС усложняет типологизацию повторяющихся двигательных и вокальных феноменов. Полиморфизм повторяющихся движений и вокализаций также присущ энцефалопатии развития.

Цель – исследовать клинический полиморфизм, варианты моторных феноменов в течение 6 лет жизни у ребенка с двойной диагностикой РАС и лобной эпилепсией.

Материалы и методы. На базе отдела психических расстройств детей и подростков ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МОЗ Украины» на протяжении 6 лет наблюдался ребенок с РАС и лобной фокальной эпилепсией. Ребенок проходил комплексное психиатрическое и неврологическое обследования каждые три месяца. Для диагностики и оценки течения психических расстройств использовали DAWBA и K-SADS-PL. Для оценки аутистической симптоматики использовали ADOS та ADI-R, тикозной симптоматики – YGTSS, обсессивно-компульсивных расстройств у детей с РАС – CYBOCS ASD. Когнитивное функционирование ребенка оценивали с использованием PEP-R и теста Векслера, социально-адаптивное поведение – Vineland и SRS. Каждые шесть месяцев и при внеплановых визитах проводилось ЭЭГ-исследование с математическим анализом полученных результатов.

Результаты. Детский аутизм у ребенка был диагностирован в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, по результатам полуструктурированного интервью с родителями – ADI-R и оценивания актуального поведения по ADOS. На протяжении периода контролируемого наблюдения эпилептические пароксизмы характеризовались отсутствием полной потери сознания, полиморфностью приступов с многочисленными двигательными и вокальными феноменами, которые дифференцировали с симптомами РАС, тикозного, обсессивно-компульсивного расстройств. Стереотипные движения в виде автоматически повторяемых действий наблюдались в проксимальных отделах конечностей, выглядели как продолжение и повторение прежде выполняемых и ежедневно выполняемых автоматических действий. Эпизоды непроизвольных гримас с перекашиванием мышц лица на протяжении первых двух лет наблюдения выглядели как насильственный акт деятельности, а не как эпилептические пароксизмы. Результаты ЭЭГ также не подтверждали диагноз эпилепсии.

Динамическое лонгитудинальное наблюдение клинического патоморфоза повторяемых двигательных и вокальных феноменов, анализ терапевтических ответов на лечение в разные периоды времени: арипипразолом, гуанфацином, сертралином, ламотриджином, анализ симптомов, которые квалифицированы в качестве коморбидных, постепенное нарастание фокальных эпилептиформных изменений на ЭЭГ позволило диагностировать у ребенка лобную эпилепсию с расстройством аутистического спектра.

Выводы. Большинство детей с РАС имеют вокальные и моторные феномены, которые могут напоминать симптомы коморбидных психических расстройств. Повторяемые движения и вокализации при РАС, как проявления тикозного, обсессивно-компульсивного расстройств, сложно дифференцировать, они могут накладываться в случае коморбидности расстройств. При появлении у таких пациентов специфической эпилептической активности и эпилептических припадков необходимо проводить дифференциальную диагностику с энцефалопатией развития. Лобная форма эпилепсии может сопровождаться припадками без полной потери сознания с характерными автоматическими повторяемыми стереотипными движениями, которые имеют значительную вариативность на протяжении жизни. Приведенный клинический случай поддерживает точку зрения, что РАС и эпилепсия являются проявлениями единого патологического процесса – нарушения нейроразвития.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, лобная эпилепсия, повторяющиеся и стереотипные движения, эпилептические приступы.

REPETITIVE AND STEREOTYPED BEHAVIORS IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND FRONTAL EPILEPSY

T. O. Skrypnyk

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

Abstract

Background. Autism spectrum disorders (ASD) have a prevalence of 1-2% among the world's child population and belong to the spectrum of neurodevelopmental disorders. ASD are characterized by significant genetic and clinical polymorphism, in particular comorbidity with neurological and mental disorders. In 15-30% of children with ASD, epilepsy is diagnosed throughout life. Repeated movements and vocalizations in ASD are often similar and require differential diagnosis with motor and vocal phenomena in the structure of epileptic seizures, with motor and vocal tics, in particular with Tourette's disorder, obsessions and compulsions in obsessive-compulsive disorder. The polymorbidity of ASD complicates the typology of recurring motor and vocal phenomena. Polymorphism of repetitive movements and vocalizations is also inherent in developmental encephalopathy.

Objective – to investigate clinical polymorphism, variants of motor phenomena during 6 years of life in a child with dual diagnosis of ASD and frontal epilepsy.

Materials and methods. A child with ASD and frontal focal epilepsy was observed for 6 years on the basis of the Department of Mental Disorders of Children and Adolescents of the Scientific Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Ukraine. The child underwent a comprehensive psychiatric and neurological examination every three months. For the diagnosis and assessment of the course of mental disorders, DAWBA and K-SADS-PL were used. To assess autistic symptoms, ADOS and ADI-R were used, and tics symptoms were YGTSS, and obsessive-compulsive disorders in children with ASD were CYBOCS ASD. The cognitive functioning of the child was assessed using PEP-R and the test WISC, the socially adaptive behavior of Vineland and SRS. Every six months and during unscheduled visits, an EEG study was conducted with a mathematical analysis of the results.

Results. Child autism in a child was diagnosed in accordance with the ICD-10 diagnostic criteria, according to the results of a semi-structured interview with parents – ADI-R and assessment of current behavior by ADOS. During the period of controlled observation, epileptic paroxysms were characterized by the absence of complete loss of consciousness, polymorphism of seizures with numerous motor and vocal phenomena, which differentiated with symptoms of ASD, tics, obsessive-compulsive disorders. Stereotypic movements in the form of automatically repeated actions were observed in the proximal extremities, looked like a continuation and repetition of previous performed and daily performed automatic actions. The episodes of involuntary grimaces with distorted facial muscles during the first two years of observation looked like a violent act of activity, and not like epileptic paroxysms. EEG results also did not confirm the diagnosis of epilepsy.

Dynamic, longitudinal monitoring of the clinical pathomorphism of repeated motor and vocal phenomena, analysis of therapeutic responses to treatment at different time periods: aripiprazole, guanfacin, sertraline, lamotrigine, analysis of symptoms that are qualified as comorbid, a gradual increase in focal epileptiform changes in the EEG allowed to diagnose frontal epilepsy with autism spectrum disorder.

Conclusions. Most children with ASD have vocal and motor phenomena that may resemble symptoms of comorbid mental disorders. Repeated movements and vocalizations in ASD, as manifestations of tics, obsessive-compulsive disorders, are difficult to differentiate; they can be superimposed in the case of comorbidity disorders. With the appearance of specific epileptic activity and epileptic seizures in such patients, it is necessary to conduct differential diagnosis with developmental encephalopathy. The frontal form of epilepsy can be accompanied by seizures without complete loss of consciousness with characteristic automatic repeated stereotypic movements that have significant variability throughout life. The given clinical case supports the point of view that ASD and epilepsy are manifestations of a single pathological process – impaired neurodevelopment.

Keywords: autism spectrum disorders, frontal epilepsy, repetitive and stereotyped movements, epileptic seizures.

For citation: Skrypnyk T. O. Repetitive and stereotyped behaviors in autism spectrum disorders and frontal epilepsy. *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 28–34. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.28-34

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

Received / Поступила: 31.01.2020

Accepted / Прийнята до друку: 25.02.2020

Актуальність. Розлади аутистичного спектра (РАС) мають поширеність 1–2% у дитячій популяції в світі та належать до спектра порушень нейророзвитку [1]. Серед когорт пацієнтів із РАС часті випадки з наявністю низки супутніх коморбідних неврологічних та психічних розладів [2–6]. У 15–30% дітей з РАС протягом життя

діагностується епілепсія, а 20–39% дітей з РАС мають специфічні для епілепсії нейрофізіологічні феномени на ЕЕГ. У кожній третій дитині з РАС виконуються діагностичні критерії РДУГ, у 22% дітей наявні транзиторні чи хронічні моторні та вокальні тики, у 17% діагностується обсессивно-компульсивний розлад.

У багатьох дітей з РАС наявна поліморбідність – перебіг з маніфестацією різних психічних та неврологічних розладів протягом життя [7–8].

Результати наукових досліджень свідчать про прямий та зворотний кореляційний зв'язок РАС та епілепсії: діагностика РАС підвищує ризик діагностики епілепсії впродовж розвитку дитини; епілептичні енцефалопатії часто супроводжуються порушеннями загального розвитку і накопиченням випадків з патологічним перебігом пологів, зокрема передчасних пологів, перинатальним гіпоксійно-ішемічним ураженням мозку, накопиченням випадків церебрального паралічу, гідроцефалії. Епілепсії частіше маніфестують протягом двох вікових періодів: до трьох років і в підлітковому віці. Для ранніх маніфестацій властивий тяжчий перебіг, виражений негативний вплив на когнітивний розвиток дитини [11–12]. Кінцеві стани при такому перебігу характеризуються більшим відсотком осіб із помірною та тяжкою розумовою відсталістю. При маніфестації епілепсії в підлітковому віці перспективи загального розвитку дітей кращі. Первазивні розлади (порушення загального розвитку) та епілепсії є проявами єдиного патологічного процесу – порушення нейророзвитку, що проявляється в клінічній практиці наявністю поліморбідності, можливості одночасної діагностики низки психічних та неврологічних розладів. Вибір протиепілептичного лікарського засобу, додаткова терапія психотропним лікарським засобом при подвійній діагностиці РАС та епілепсії залежать як від форми епілепсії, так і від типології коморбідних психічних розладів.

Моторні та вокальні феномени у структурі епілептичних нападів часто схожі і потребують диференційної діагностики з повторюваними рухами та вокалізаціями при РАС, тикозних розладах, зокрема, розладі Турета, при обсесивно-компульсивних розладах [14]. У випадку поліморбідності розладів типологізація повторюваних рухових та вокальних феноменів може бути особливо складною.

Лобна форма епілепсії характеризується відсутністю повної втрати свідомості, поліморфною та мінливою клінікою нападів [13], прояви яких часто складно клінічно диференціювати від симптомів інших розладів, що супроводжуються схожими проявами. Це обумовлює тривалий шлях для встановлення точного діагнозу і призначення адекватного лікування.

Мета – дослідити клінічний поліморфізм, варіанти моторних феноменів протягом 6 років життя у дитини з подвійною діагностикою РАС та лобної епілепсії.

Матеріали та методи дослідження

На базі відділу психічних розладів дітей та підлітків ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України» протягом 6 років перебувала під спостереженням дитина з РАС і лобною фокальною епілепсією. Дитина проходила комплексне психіатричне та неврологічне обстеження кожні три місяці. Для діагностики та оцінки перебігу психічних розладів використовували DAWBA та K-SADS-PL. Для оцінки аутистичної симптоматики використовували ADOS та ADI-R, тикозної симптоматики – YGTSS, обсесивно-компульсивних розладів у дітей з РАС – CYBOCS ASD. Когнітивне функціонування дитини

оцінювали з використанням PEP-R і тесту Векслера, соціально-адаптивну поведінку – Vineland і SRS. Кожні шість місяців та при позачергових візитах проводилося EEG-дослідження з математичним аналізом отриманих результатів.

Результати та їх обговорення

Клінічний випадок

Коли дитині виповнилося 5 років, її батьки вперше звернулися до відділу зі скаргами на поведінкові порушення (спалахи агресії по відношенню до членів родини і педагогів, дітей у садочку, напади неадекватного сміху, протестні реакції з психомоторним збудженням). Батьки також скаржилися на затримку мовленнєвого розвитку дитини. При обстеженні хлопчик не реагував на звернену мову, погано розумів вербальні інструкції, виконував лише часто повторювані та підкріплені жестами вказівки. Батьки скаржилися на те, що дитина уникає тілесного контакту, уникає обіймів із батьками, опирається, коли вони намагаються його розчесати, проявляє особливий інтерес до предметів, що крутяться (вентилятори, барабан пральної машини тощо). Батьки розповіли про повторювані рухи та поведінку у дитини (стереотипні рухи пальцями та кистями рук, намагання при прогулянках дотримуватися тих самих маршрутів, уникати нових приміщень, незнайомих запахів, їжі, приготовленої в інший спосіб).

З анамнезу відомо, що це перша і єдина дитина в родині. Маги дитини з первазивними особливостями розвитку (аутистичним фенотипом), соціально негнучка, має надцінні інтереси (має енциклопедичні знання про рибу). Бабуся по лінії матері має порушення соціальної когніції та соціальної взаємності.

Вагітність перебігала без ускладнень, пологи проведено шляхом кесаревого розтину на 38 тижні гестації у зв'язку з сідничним передлежанням плода, аномалією розвитку матки. Ранній розвиток дитини із затримкою: сидів з 1 року 3 місяців. На особливості розвитку дитини батьки почали звертати увагу після того, як їй виповнився 1 рік (не цікавився іграшками, погано спав, батьки були вимушені всю ніч його колисати). З 2-річного віку хлопчик не давав себе стригти, доторкатися до волосся, не бавився іграшками, не реагував на звернену мову, на команди та інструкції батьків. Перебував під спостереженням педіатра та невролога з приводу затримки формування навичок охайності (опирався висаджуванню на горщик, затримувал калові маси, оправлявся в штанці, не оправлявся у незнайомих місцях). Після поїздки за кордон на відпочинок спостерігався регрес раніше набутих навичок.

Діагностика РАС проведена на підставі відповідності клінічної картини розладу діагностичним критеріям МКХ-10 (наявності у дитини з раннього віку, до 3 років, порушень мовленнєвого розвитку (затримки рецептивного та експресивного мовлення), формування соціальної взаємності та функціональної (символічної гри), стереотипної повторюваної поведінки, рухових стереотипів), а також результатів оцінювань з використанням напівструктурованого інтерв'ю з батьками ADI-R (Autism diagnostic Interview Revised) [9] <https://www.karger.com/Article/Abstract/474949> та структурованого оцінювання аутистичної поведінки дитини ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) [10] <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-019-04302-8>.

При оцінюванні за **ADI-R**: якісні порушення соціальної взаємності – 18 балів, якісні порушення комунікації – 15 балів, обмежена повторювана та стереотипна поведінка – 8 балів, порушення розвитку у віці до 36 місяців – 5 балів, що відповідає критеріям дитячого аутизму.

При оцінюванні за **ADOS** встановлені порушення спілкування – 7 балів, порушення соціальної взаємності – 10 балів, порушення уяви та гри – 4 бали, стереотипні форми поведінки і обмежені – 4 бали, що відповідає критеріям дитячого аутизму.

Ознаки первазивного (різко дисгармонійного розвитку) були підтверджені результатами оцінювання за психоосвітнім профілем (**PEP-R-Psychoeducational profile Revised**) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jar.12216>. Актуальний рівень розвитку дитини за **PEP – R** відповідав віку 3 роки 1 місяць при зоні найближчого розвитку 4 роки 1 місяць; пізнавальні функції були сформовані на 4 роки 3 місяці, мовлення – на 2 роки 2 місяці; перцепція – на 4 роки. Індекс психофізичного розвитку (ІПР) становив 68% від очікуваного у дитини з цим біологічним віком (когнітивна недостатність, що відповідала рівню легкої розумової відсталості).

На **ЕЕГ** спостерігалася вища за вікову норму пікова частота домінантного спектра потужності альфа-ритму (10 Гц). На фоновому записі визначалися ознаки помірних, але стійких регіональних порушень біоелектричної активності головного мозку іригаторного характеру в ділянках потиличних і задньоскроневих полів кори мозку (справа і зліва). Розрядів специфічної епілептичної активності, явищ генералізації і ознак зниження порогу судомної готовності не виявлено. Стереотипні повторювані рухи пальцями і кистями рук, поведінкові порушення були розцінені як аутоstimуляції, притаманні РАС.

У дитини було діагновено **дитячий аутизм з якісними порушеннями соціальної взаємності, комунікації, розладом експресивного мовлення II – III рівня, стереотипними формами поведінки, вторинною когнітивною недостатністю (F84.0)**.

Дитині рекомендоване лікувальне харчування (омега-3; безказеїнова та безглютенова дієта, курс лікування пробіотиками (канадським йогуртом); короткотривала, протягом 2–3 місяців, терапія протестних форм поведінки арипіпразолом 2,5–5,0 мг на добу; індивідуальна реабілітаційна програма за Шоплером (TEACCH) під супервізією психолога; інклюзивне навчання у загальноосвітньому дошкільному закладі з тьютором.

При обстеженні через рік (хлопчику 6 років): динаміку психічних розладів оцінювали з використанням методики **DAWBA** (Development and Well-Being Assessment) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10946756> та методики **K-SADS-PL** (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) <https://www.kennedykrieger.org/sites/default/files/library/documents/faculty/ksads-dsm-5-screener.pdf>.

На фоні лікування арипіпразолом протягом 3–4 місяців зменшилися вираженість тривожної симптоматики, емоційна лабільність та дратівливість, редукувалися поведінкові порушення, зникли агресивні форми реагування. Згодом батьки самостійно відмінили призначений лікарський засіб, після чого протестні реакції при спілкуванні з педагогами та матір'ю відновились і згодом посилювалися.

Виконання реабілітаційної програми супроводжувалося покращенням комунікації з однолітками, розуміння звернених емоцій (почав спостерігати за дітьми, не уникав їх, як раніше, але спільну гру не підтримував, «бавився поруч сам по собі»).

Сферою особливих інтересів дитини на час обстеження були транспортні засоби (впевнено і охоче називав марки автомобілів, дорожні знаки, деталі машин, особливо уподобав залізничний транспорт).

За час, що минув, спостерігався прогрес у мовленнєвому розвитку: покращилось розуміння зверненої мови, складних інструкцій, розширився словниковий запас. Дитина не розгорнуто відповідала на запитання. Діалогове мовлення на час обстеження не сформоване.

Рухові порушення у дитини оцінені з використанням шкали Ель-Браун <https://psychologyjournal.ru/testirovanie/shkala-yelya-brauna>, для оцінювання обсесивно-компульсивних розладів у дітей з розладами аутистичного спектра (**CYBOCS-ASD** – Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for children with autism spectrum disorder) <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-016-0863-0> та Ельської шкали тикозних розладів (**YGTSS** – Yale Global Tic Severity Scale) <https://n.neurology.org/content/90/19/e1711.abstract>.

Спостерігалися повторювані стереотипні рухи верхніми кінцівками, пальцями та кистями рук із залученням проксимальних відділів кінцівок. З'явилися пароксизми нових неконтрольованих рухів (різних гримас із напруженням м'язів обличчя та «перекошуванням» то в один, то в інший бік), що швидко минають за 30–40 секунд. Батьки не могли визначити, які фактори провокують пароксизми гримас. Найчастіше вони виникали при психомоторному збудженні, але іноді спостерігалися у спокійному стані дитини.

Повторювана поведінка зі стереотипними рухами була кваліфікована як аутоstimуляції аутистичного спектра, крім цього, були діагновані хронічні тикозні розлади. Гримаси, мимовільні рухи з напруженням м'язів обличчя були розцінені як моторні тики. Інтегральна оцінка за YGTSS становила 28 балів.

Соціально-адаптивну поведінку досліджували з використанням **Vineland** (Vineland Adaptive Behavior Scale) <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Behavior/Adaptive/Vineland-Adaptive-Behavior-Scales-%7C-Third-Edition/p/100001622.html> і **SRS** (Social Responsiveness Scale) <https://www.wpspublish.com/srs-2-social-responsiveness-scale-second-edition>.

Розуміння зверненої мови відповідає віку – 4 роки 11 місяців, навички експресивної мови сформовані на 4 роки 7 місяців. Передумови шкільних навичок сформовані на 4 роки 4 місяці. Повсякденні індивідуальні навички відповідають віку 4 роки 10 місяців, домашні – 5 років 4 місяці, соціальні навички – 4 роки 5 місяців. Міжособистісні відносини сформовані на 5 років 1 місяць, ігрова діяльність – на 5 років 4 місяці, проблемно-вирішувальна поведінка – на 5 років 1 місяць, крупна моторика – на 5 років 11 місяців, дрібна моторика – на 4 роки 5 місяців.

ЕЕГ: пікова частота домінантного спектра потужності альфа-ритму вище вікової норми. При гіпервентиляції на 1-й хвилині спостерігається іригаторно-пароксизмальна

активність у ділянках лобно-задньолобних полів кори мозку з акцентом зліва у вигляді спалахів епілептиформних хвиль із частотою 4–5 кол/с, а також поодиноких розрядів епі-комплексів «гостра хвиля – повільна хвиля» з максимальною амплітудою 170–190 мкВ із тенденцією до генералізації, залученням лімбічної системи мозку. При гіпервентиляції проявляються ознаки зниження порогу судомної готовності мозку.

У дитини було діагностовано **дитячий аутизм із якісними порушеннями соціальної взаємності, комунікації, розладом експресивного мовлення (недорозвиненням мовлення III рівня), стереотипними формами поведінки, вторинною когнітивною недостатністю (зниженою здатністю до навчання, IQ-82), змішаним розладом поведінки та емоцій. Хронічний руховий тикозний розлад (F84.0; F84.8; F95.1).**

Було рекомендовано: інклюзивне навчання в загальноосвітньому закладі з тьютором, реабілітаційна програма за Шоплером (TEACCH), тренінги соціальної компетентності, терапія альфа – агоністами (гуанфацин, інт'юнів).

При обстеженні через 2,5 року (хлопчику 7,5 року): дитина навчається у загальноосвітній школі, має додаткові заняття з логопедом, корекційним педагогом. Хлопчик адаптувався до шкільних вимог, виконує інструкції педагога, хоча часто отримує зауваження з приводу гримас, які виникають мимоволі, і почастишали (раніше 1 раз на місяць, наразі кілька разів на тиждень), вчитель вважає, що хлопець робить це навмисно. Отримує зауваження в школі і вдома за поведінку, що провокує у хлопчика роздратування, неспокій, тривогу. Став неуважним, легко відволікається, швидко стомлюється. Інколи виникають стани, «коли він підходить до столу і декілька разів перекладає якийсь предмет на столі з місця на місце»; дитина пам'ятає, як це робить, але не може пояснити навіщо. Через певний час епізод повторюваних рухів припиняється, хлопець продовжує перервану дію (те, що робив перед цим). Близько шести місяців тому до повторюваної поведінки додалися ще кілька різновидів рухів (вмикання-вимикання світла, топтання на місті, переступання назад-вперед).

До сфери особливих інтересів дитини, крім транспорту, додалися «динозаври» та «мурахи», має вдома формікарій, любить спостерігати за життям мурах.

Прийом гуанфацину, призначеного при попередньому візиті, дитина переносила погано, скаржилася на головний біль, седацію. Моторні феномени лишалися без суттєвих змін, через місяць терапія альфа-агоністами була відмінена дитячим неврологом.

Оцінювання рухових розладів у дитини провели з використанням **CYBOCS-ASD та YGTSS**, повторювані рухи були кваліфіковані як ознаки обсесивно-компульсивного та хронічного моторного тикозного розладів. Також були кваліфіковані рухові стереотипії, притаманні РАС.

Соціально-адаптивну поведінку у хлопчика досліджували з використанням шкали оцінювання адаптивної поведінки **Vineland (Vineland Adaptive Behavior Scales)** [\[Edition/p/100001622.htm\]\(https://www.wpspublish.com/srs-social-responsiveness-scale\). Розуміння зверненої мови відповідає віку 5 років 6 місяців, навички експресивної мови сформовані на 6 років 10 місяців. Передумови шкільних навичок сформовані на 5 років 4 місяці. Повсякденні індивідуальні навички відповідають віку 5 років 8 місяців, домашні – на 6 років, соціальні навички – 6 років 5 місяців. Міжособистісні відносини сформовані на 5 років 3 місяці, ігрова діяльність – 5 років 8 місяців, проблемно-вирішувальна поведінка – 5 років 1 місяць, крупна моторика – на 6 років 11 місяців, дрібна моторика – на 5 років 10 місяців. При оцінці за шкалою соціально-психологічної адаптивності **SRS \(Social Responsiveness Scale\)** <https://www.wpspublish.com/srs-social-responsiveness-scale> виявлені основні проблемні сфери: в стані стресу дитина вперта, не слухається, дивно поводить. Намагається не дивитися в очі, часто дивиться в очі оточуючим неприродним чином \(встановлює зоровий контакт, але не підтримує його під час бесіди\). Йому складно знайти спільну мову з іншими дітьми. Мало грається з дітьми свого віку. Інші діти вважають його дивним, незрозумілим. Його часто ображають. Виглядає надто чутливим до звуків, текстур, запахів. Дитина виглядає легковажною, сміється без причин. Негнучкий у поведінці, йому складно змінити свою думку. Виконує повторювані рухи \(хитається, махає руками\).](https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Behavior/Adaptive/Vineland-Adaptive-Behavior-Scales-%7C-Third-</p></div><div data-bbox=)

Оскільки надцінні інтереси та стереотипна поведінка протягом періоду спостереження за розвитком дитини посилювалися, особливості клінічного фенотипу дитини з РАС були кваліфіковані як симптоми коморбідних обсесивно-компульсивного та тикозного розладів. Було рекомендоване лікування сертраліном.

ЕЕГ: пікова частота домінантного спектра потужності альфа-ритму в межах вікової норми. При гіпервентиляції спостерігалася формування фокусу епілептичної активності в ділянках лобно-задньолобних полів кори мозку у формі спалахів патологічних пароксизмальних хвиль з частотою 5–6 кол/с, а також розрядів поодиноких епі-спайків з максимальною амплітудою 180–200 мкВ з тенденцією до генералізації. При гіпервентиляції проявляються ознаки зниження порогу судомної готовності мозку.

Було встановлено етапний діагноз: **дитячий аутизм з якісними порушеннями соціальної взаємності, комунікації, розладом експресивного мовлення, загальним недорозвиненням мовлення III рівня, стереотипними формами поведінки, обсесивно-компульсивними та тикозними руховими розладами, вторинною когнітивною недостатністю (IQ 92). (F84.0; F42.1; F95.1).**

Було рекомендовано продовжити інклюзивне навчання в загальноосвітньому закладі з тьютором, розроблена індивідуальна реабілітаційна програма (TEACCH, когнітивно-поведінкові втручання). Призначена пробна терапія сертраліном 100–150 мг на добу під контролем дитячого психіатра за місцем проживання.

При обстеженні у віці 10,5 року: дитина відвідує загальноосвітню школу, знаходиться на інклюзивному навчанні, останнім часом знизилася академічна успішність, посилюлися неуважність, відволікання уваги. Посилилися стереотипні форми поведінки, може повторювати одну й ту саму фразу по декілька разів, не у відповідності до контексту, так само може

повторювати стереотипно фрази з мультфільмів, реклами, фрази дорослих. З'явилися елементи діалогової мови при спілкуванні з однолітками. Напади гримас зменшились і поступово зникли, але випадки повторюваної поведінки почастишали (відкривання – закривання дверей, застібання – розстібання гудзиків або блискавки на одязі, відкриття – закриття крана з водою). Хлопець частково пам'ятає свої дії, але пояснити їх не може, також не може стримувати їх, відкладати на прохання батьків. Рухові стереотипії краще описують батьки дитини. Зі слів батьків, у дитини спостерігаються пароксизми стереотипних рухів тривалістю до 20–30 секунд. Спочатку такі феномени спостерігалися 1–2 рази на місяць, наразі декілька разів на день. Покращення від терапії сертраліном було короточасним, батьки відмінили лікарський засіб через три місяці прийому без консультації з лікарем.

ЕЕГ: пікова частота домінантного спектра потужності альфа-ритму в межах вікової норми. При гіпервентильації проявляється стійкий фокус домінантної епілептичної активності в ділянках лобних полів кори мозку у формі патологічних білатерально-синхронних латералізованих хвиль із частотою 6–7 кол/с, а також розрядів епі-комплексів «гостра хвиля – повільна хвиля» з максимальною амплітудою 250 мкВ у ділянках лобних і тім'яно-задньоскроневих полів кори мозку з явищами генералізації та залученням лімбічної системи мозку.

Було встановлено етапний діагноз: **високофункціональний аутизм із якісними порушеннями соціальної взаємності, комунікації, розладом експресивного мовлення (загальне недорозвинення мовлення III рівня) і мовленнєвої артикуляції, специфічними особливими інтересами і стереотипними формами поведінки, вторинною когнітивною недостатністю. Лобна фокальна епілепсія з частими парціальними епілептичними нападами (F84.0; G40.2).**

На час демонстрації клінічного випадку період спостереження за дитиною становив шість років. Ми спостерігали певний клінічний патоморфоз та наростання моторних феноменів, появу окреслених пароксизмів із частковими порушеннями свідомості, появу специфічних епілептичних змін на ЕЕГ, що дозволило зробити висновок, що клінічна картина відповідає проявам лобної фокальної епілепсії з парціальними епілептичними нападами. Було призначене лікування протиепілептичним лікарським засобом (ламотриджином у дозі 100–150 мг на добу із повільним титруванням дози лікарського засобу).

При наступному візиті через три місяці спостерігалася редукція описаних раніше моторних феноменів у вигляді повторення певних дій: відкривання – закривання дверей, застібання – розстібання гудзиків або блискавки на одязі, відкриття – закриття крана з водою тощо, мимовільних гримас м'язів обличчя. Зазначені моторні феномени не спостерігалися протягом останнього місяця.

Рекомендовано продовжити навчання у загальноосвітньому закладі з т'ютором, індивідуальна реабілітаційна програма (ТЕАССН, когнітивні, поведінкові втручання, тренінги соціальної компетентності). Терапія ламотриджином 150 мг на добу.

Висновки

Більшість дітей з РАС мають повторювані вокальні та моторні феномени, які можуть нагадувати симптоми коморбідних психічних розладів. Повторювані рухи та вокалізації, як прояви тикозного, obsесивно-компульсивного розладів, РАС складно диференціювати, вони можуть накладатися у випадку коморбідності розладів.

Нейробиологічною основою аутизму, епілепсій, синдрому Турета, гіперкінетичного і біполярного розладів є подібні патологічні процеси, пов'язані з порушенням процесу синаптичного скорочення при формуванні норадренергічних, дофамінергічних, глутаматергічних, серотонінергічних, ГАМК-ергічних нейротрансмітерних систем мозку. Функціональні порушення нейродинаміки в процесі розвитку мозку опосередковуються процесами амігдаларного кідлінгу, супроводжуються процесами гіперсинхронізації. Це знаходить вираз у появі специфічної епілептичної активності на ЕЕГ, пояснює високий рівень коморбідності РАС із епілепсіями.

Стереотипні рухи в проксимальних відділах кінцівок у вигляді автоматичних повторювальних дій (відкриття – закриття крана, застібання – розстібання гудзика, перекладання речей з місця на місце, переступання назад – вперед можуть спостерігатися при obsесивно-компульсивному розладі. В окремих клінічних випадках такі повторювані моторні феномени доводиться диференціювати зі складними парціальними нападами при лобних фокальних епілепсіях [15, 16].

Лобна форма епілепсії може супроводжуватися нападами без повної втрати свідомості з характерними автоматичними повторюваними стереотипними рухами, які часто мають значний патоморфоз та варіативність симптомів з плином часу.

У наведеному клінічному випадку повторювані моторні феномени представляли продовження і повторення раніше виконуваних дії або повсякденно виконуваних автоматичних дій і супроводжувались ознаками порушення свідомості з поверненням до попередньої діяльності після припинення пароксизму. Моторні стереотипії також супроводжувалися неконтрольованими пароксизмами мимовільних гримас з перекошуванням м'язів обличчя, що помилково не було кваліфіковано як епілептичні пароксизми.

Оскільки розладам аутистичного спектра притаманні стереотипні форми поведінки, повторювані дії, всі моторні феномени у пацієнта були помилково трактовані як ознаки РАС [17, 18].

Схожість повторюваних рухів на тикозну і obsесивно-компульсивну симптоматику призвела до труднощів у диференційній діагностиці розладів, що не дозволяло тривалий час встановити точний діагноз.

Інколи даних ЕЕГ-дослідження буває недостатньо, тривалий час може бути відсутня специфічна епілептична активність, яка б підтвердила припущення про епілептичну природу повторюваної поведінки. В інших випадках при тикозних розладах на ЕЕГ може спостерігатися специфічна епілептична активність. Додатково можуть застосовуватися ЕЕГ-відеомоніторинг із фіксацією змін на ЕЕГ та зіставленням одночасно наявних моторних проявів у дитини з подальшим аналізом отриманих даних.

Додаткові діагностичні труднощі можуть викликати поліморбідні розлади, наприклад, при подвійній діагностиці епілепсії та розладів аутистичного спектра. У таких дітей додатково можуть виконуватися діагностичні критерії тикозного, obsесивно-компульсивного розладів [19, 20]. У таких випадках має проводитися диференційна діагностика з енцефалопатіями розвитку.

Наведений клінічний випадок демонструє, що РАС та епілепсії є проявами єдиного патологічного процесу – порушення нейророзвитку.

Список використаної літератури

- Chiarotti F., Venerosi A. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders: A Review of Worldwide Prevalence Estimates Since 2014. *Brain Sciences*. 2020. Vol. 10, issue 5. P. 274. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci10050274>.
- Antshel K. M., Russo N. Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenonology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Current psychiatry reports*. 2019. Vol. 21, issue 5. P. 34. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1020-5>.
- Association of comorbid mood and anxiety disorders with autism spectrum disorder / A. C. Kirsch, A. R. Huebner, S. Q. Mehta [et al.] // *JAMA pediatrics*. 2020. Vol. 174, issue 1. P. 63–70. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.4368>.
- Gobrial E. Comorbid mental health disorders in children and young people with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2019. Vol. 13, no. 5. P. 173–181. DOI: <https://doi.org/10.1108/AMHID-05-2018-0026>.
- Characterizing the interplay between autism spectrum disorder and comorbid medical conditions: an integrative review / C. Tye, A. K. Runicles, A. J. Whitehouse [et al.] // *Frontiers in psychiatry*. 2019. Vol. 9. P. 751. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00751>.
- Reddy J., Ramesh A. Epilepsy and neurodevelopmental disorders: a biological perspective. *International Journal of Child Development and Mental Health*. 2019. Vol. 7, issue 2. P. 55–60.
- Chan R. C., Yi H., Siu Q. K. Polymorbidity of developmental disabilities: Additive effects on child psychosocial functioning and parental distress. *Research in Developmental Disabilities*. 2020. Vol. 99. 103579. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103579>.
- Клінічний фенотип розладів аутистичного спектра у дітей дошкільного та шкільного віку, обтяжених епілептичними нападами / І. А. Марценковський, Т. О. Скрипник, І. І. Марценковська [та ін.] // *Архів психіатрії*. 2019. Т. 25, № 2 (97). С. 81–87. DOI: <https://doi.org/10.37822/2410-7484.2019.25.2.81-87>.
- Using the ADI-R to diagnose autism in preschool children / C. Lord, S. Storoschuk, M. Rutter [et al.] // *Infant Mental Health Journal*. 1993. Vol. 14, issue 3. P. 234–252. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199323\)14:3<234::AID-IMHJ2280140308>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199323)14:3<234::AID-IMHJ2280140308>3.0.CO;2-F).
- Diagnosing autism spectrum disorders in pre-school children using two standardised assessment instruments: the ADI-R and the ADOS / A. Le Couteur, G. Haden, D. Hammal [et al.] // *Journal of autism and developmental disorders*. 2008. Vol. 38, issue 2. P. 362–372. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0403-3>.
- Tuchman R., Rapin I. Epilepsy in autism. *The Lancet Neurology*. 2002. Vol. 1, issue 6. P. 352–358. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00160-6](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00160-6).
- Berg A. T., Plioplys S. Epilepsy and autism: is there a special relationship? *Epilepsy & Behavior*. 2012. Vol. 23, issue 3. P. 193–198. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.01.015>.
- Gedye A. Frontal lobe seizures in autism. *Medical hypotheses*. 1991. Vol. 34, issue 2. P. 174–182. DOI: [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(91\)90189-6](https://doi.org/10.1016/0306-9877(91)90189-6).
- Epilepsy as a network disorder (1): what can we learn from other network disorders such as autistic spectrum disorder and mood disorders? / A. M. Kanner, H. Scharfman, N. Jette [et al.] // *Epilepsy & Behavior*. 2017. Vol. 77. P. 106–113. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.09.014>.
- Frye R. E. Prevalence, significance and clinical characteristics of seizures, epilepsy and subclinical electrical activity in autism. *North American Journal of Medicine and Science*. 2015. Vol. 8, issue 3. P. 113–122. DOI: <https://doi.org/10.7156/najms.2015.0803113>.
- Buckley A. W., Holmes G. L. Epilepsy and autism. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 2016. Vol. 6, issue 4. a022749. DOI: <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a022749>.
- Prevalence and risk factors for autism spectrum disorder in epilepsy: a systematic review and meta-analysis / L. Strasser, M. Downes, J. Kung [et al.] // *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2018. Vol. 60, issue 1. P. 19–29. DOI: <https://doi.org/10.1111/dmcn.13598>.
- Psychiatric and Behavioural Disorders in Children with Epilepsy (ILAE Task Force Report): Epilepsy and autism / F. Besag, A. Aldenkamp, R. Caplan [et al.] // *Epileptic disorders: international epilepsy journal with videotape*. 2016. Vol. 18, suppl. 1. P. S16–S23. DOI: <https://doi.org/10.1684/epd.2016.0812>.
- Lee B. H., Smith T., Paciorkowski A. R. Autism spectrum disorder and epilepsy: disorders with a shared biology. *Epilepsy & Behavior*. 2015. Vol. 47. P. 191–201. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.017>.
- Behavioral neuroscience of autism / T. Takumi, K. Tamada, F. Hatanaka [et al.] // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2020. Vol. 110. P. 60–76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.012>.

References

- Chiarotti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of autism spectrum disorders: a review of worldwide prevalence estimates since 2014. *Brain sciences*, 10(5), 274. <https://doi.org/10.3390/brainsci10050274>
- Antshel, K. M., & Russo, N. (2019). Autism spectrum disorders and ADHD: overlapping phenomenonology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Current psychiatry reports*, 21(5), 34. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1020-5>
- Kirsch, A. C., Huebner, A., Mehta, S. Q., Howie, F. R., Weaver, A. L., Myers, S. M., ... Katusic, S. K. (2019). Association of comorbid mood and anxiety disorders with autism spectrum disorder. *JAMA pediatrics*, 174(1), 63–70. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.4368>
- Gobrial, E. (2019). Comorbid mental health disorders in children and young people with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 13(5), 173–181. <https://doi.org/10.1108/AMHID-05-2018-0026>
- Tye, C., Runicles, A. K., Whitehouse, A., & Alvares, G. A. (2019). Characterizing the interplay between autism spectrum disorder and comorbid medical conditions: an integrative review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 751. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00751>
- Reddy, J., & Ramesh, A. (2019). Epilepsy and neurodevelopmental disorders: a biological perspective. *International Journal of Child Development and Mental Health*, 7(2), 55–60. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/cdmh/article/view/203507>
- Chan, R. C., Yi, H., & Siu, Q. K. (2020). Polymorbidity of developmental disabilities: Additive effects on child psychosocial functioning and parental distress. *Research in Developmental Disabilities*, 99, 103579. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103579>
- Martsenkovsky, I. A., Skrypnyk, T. O., Martsenkovska, I. I., Zdoryk, I. F., & Makarenko, H. V. (2019). Klinichnyi fenotyp rozladiv autystychnoho spektra u ditei doshkilnoho ta shkilnoho viku, obtyazhenykh epileptychnymy napadamy [Clinical phenotype of autism spectrum disorders in children of preschool and school age, burdened epileptic seizures]. *Archives of psychiatry*, 25(2), 81–87. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.37822/2410-7484.2019.25.2.81-87>
- Lord, C., Storoschuk, S., Rutter, M., & Pickles, A. (1993). Using the ADI—R to diagnose autism in preschool children. *Infant Mental Health Journal*, 14(3), 234–252. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199323\)14:3<234::AID-IMHJ2280140308>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199323)14:3<234::AID-IMHJ2280140308>3.0.CO;2-F)
- Le Couteur, A., Haden, G., Hammal, D., & McConachie, H. (2008). Diagnosing autism spectrum disorders in pre-school children using two standardised assessment instruments: the ADI-R and the ADOS. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(2), 362–372. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0403-3>
- Tuchman, R., & Rapin, I. (2002). Epilepsy in autism. *The Lancet. Neurology*, 1(6), 352–358. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00160-6](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00160-6)
- Berg, A. T., & Plioplys, S. (2012). Epilepsy and autism: is there a special relationship?. *Epilepsy & Behavior*, 23(3), 193–198. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.01.015>
- Gedye, A. (1991). Frontal lobe seizures in autism. *Medical hypotheses*, 34(2), 174–182. [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(91\)90189-6](https://doi.org/10.1016/0306-9877(91)90189-6)
- Kanner, A. M., Scharfman, H., Jette, N., Anagnostou, E., Bernard, C., Camfield, C., ... Pohlmann-Eden, B. (2017). Epilepsy as a Network Disorder (1): What can we learn from other network disorders such as autistic spectrum disorder and mood disorders?. *Epilepsy & Behavior*, 77, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.09.014>
- Frye, R. E. (2015). Prevalence, significance and clinical characteristics of seizures, epilepsy and subclinical electrical activity in autism. *North American Journal of Medicine and Science*, 8(3), 113–122. <https://doi.org/10.7156/najms.2015.0803113>
- Buckley, A. W., & Holmes, G. L. (2016). Epilepsy and Autism. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 6(4), a022749. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a022749>
- Strasser, L., Downes, M., Kung, J., Cross, J. H., & De Haan, M. (2018). Prevalence and risk factors for autism spectrum disorder in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 60(1), 19–29. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13598>
- Besag, F., Aldenkamp, A., Caplan, R., Dunn, D. W., Gobbi, G., & Sillanpää, M. (2016). Psychiatric and behavioural disorders in children with epilepsy (ILAE Task Force Report): Epilepsy and autism. *Epileptic disorders: international epilepsy journal with videotape*, 18(suppl. 1), S16–S23. <https://doi.org/10.1684/epd.2016.0812>
- Lee, B. H., Smith, T., & Paciorkowski, A. R. (2015). Autism spectrum disorder and epilepsy: Disorders with a shared biology. *Epilepsy & Behavior*, 47, 191–201. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.017>
- Takumi, T., Tamada, K., Hatanaka, F., Nakai, N., & Bolton, P. F. (2020). Behavioral neuroscience of autism. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 110, 60–76. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.012>

Відомості про автора:

СКРИПНИК Тетяна Олексіївна, лікар-психіатр дитячий, аспірант ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: tatynaskrypnyk07@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4290-5495>

Сведения об авторе:

СКРИПНИК Татьяна Алексеевна, врач-психиатр детский, аспирант ГУ «Украинский научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: tatynaskrypnyk07@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4290-5495>

About the Author:

SKRYPNYK Tetiana Oleksiivna, MD, child psychiatrist, PhD-student, Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: tatynaskrypnyk07@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4290-5495>

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89-051:365-786-787.522

DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.35-38

В. В. В'юн

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ СТАНІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Резюме

Актуальність. На поточному етапі реформування системи охорони здоров'я актуальним стає питання медико-психологічної підтримки професійної діяльності медиків. Основне завдання медичної психології в цьому випадку полягає в забезпеченні високої ефективності професійної діяльності та в профілактиці виникнення дезадаптивних реакцій та станів.

Мета – розробити систему психотерапевтичної корекції станів психологічної дезадаптації та принципи психо-профілактичної підтримки лікарів-інтернів.

Матеріали та методи. З дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології проведено комплексне клініко-психологічне, психодіагностичне та клініко-анамнестичне обстеження 213 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету обох статей (116 жінок та 97 чоловіків). Обробка одержаних результатів проведена за допомогою статистичного методу. Етапи дослідження: I – скринінг рівнів адаптації у лікарів-інтернів, II – комплексний аналіз клінічних проявів та механізмів формування розладів адаптації у лікарів-інтернів, III – розробка та апробація системи комплексних психокорекційних та психопрофілактичних впливів та оцінка їх ефективності.

Результати. Виділено астеничний, гіперстезичний, тривожно-депресивний, психосоматичний, астено-апатичний та аддиктивний варіанти дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів. Розроблено та апробовано індивідуалізовану триетапну систему медико-психологічної підтримки в період професійної підготовки фахівця, що передбачає застосування комплексного психодіагностичного, психотерапевтичного, психоосвітнього та психопрофілактичного впливів. Персоніфікована система психотерапевтичної корекції станів психологічної дезадаптації, що виникають у лікарів-інтернів в умовах адаптації до професійної діяльності. Психотерапевтичний комплекс при астеничному та астено-апатичному варіантах повинен включати використання раціональної психотерапії, аутогенне тренування (психотонічний варіант А. М. Шогама, К. І. Мировського). При гіперстезичному варіанті – короткотермінову психодинамічну психотерапію за Б. Д. Карвасарським, когнітивний тренінг, прогресивну м'язову релаксацію за Е. Асбосона, арт-терапію (малюнкові техніки). При тривожно-депресивному варіанті – особистісно-орієнтовану психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію Бека, аутогенне тренування в модифікації М. С. Лебединського, Т. Л. Бортнік, арт-терапію (малюнкові техніки). При психосоматичному варіанті – когнітивно-поведінкову аналітичну психотерапію Д. Мак-Каллоу та методику сегментарного тренінгу за В. І. Сухоруковим. При аддиктивному варіанті – непряму психотерапію за І. З. Вельвовським та аутогенне тренування в модифікації М. С. Лебединського, Т. Л. Бортнік.

Висновки. Система психопрофілактичної підтримки лікарів-інтернів включає в себе первинну психопрофілактику – зниження рівня емоційної напруженості, допомогу в адаптації до професійної діяльності; вторинну – прогнозування адаптаційних реакцій лікарів-інтернів, підвищення їх адаптаційних можливостей; третинну – профілактику рецидиву дезадаптивних станів лікарів-інтернів.

Апробацію запропонованої системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації та психопрофілактичної підтримки лікарів-інтернів здійснено на моделі медико-психологічного центру Інституту якості освіти Харківського національного медичного університету. Результати трирічного катamnестичного дослідження довели ефективність запропонованої системи – дезадаптивні стани редукувалися; у 92,6% обстежених рецидивів порушень адаптації не траплялося.

Ключові слова: лікарі-інтерни, адаптація, стани дезадаптації, розлади адаптації, медико-психологічна підтримка, психотерапія, психоосвіта, психопрофілактика.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ

В. В. В'юн

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Резюме

Актуальность. На текущем этапе реформирования системы здравоохранения актуальным становится вопрос медико-психологической поддержки профессиональной деятельности медиков. Основная задача медицинской психологии в этом случае состоит в обеспечении высокой эффективности профессиональной деятельности и в профилактике возникновения дезадаптивных реакций и состояний.

Цель – разработать систему психотерапевтической коррекции состояний психологической дезадаптации и принципы психопрофилактической поддержки врачей-интернов. **Материалы и методы.** С соблюдением принципов биоэтики и медицинской деонтологии проведено комплексное клинико-психологическое, психодиагностическое и клинико-анамнестическое обследования 213 врачей-интернов Харьковского национального медицинского университета обоих полов (116 женщин и 97 мужчин). Обработка полученных результатов проведена с помощью статистического метода. Этапы исследования: I – скрининг уровней адаптации у врачей-интернов, II – комплексный анализ клинических проявлений и механизмов формирования расстройств адаптации у врачей-интернов, III – разработка и апробация системы комплексных психокоррекционных и психопрофилактических воздействий и оценка их эффективности.

Результаты. Выделены астенический, гиперстезический, тревожно-депрессивный, психосоматический, астено-апатичный и аддитивный варианты дезадаптивных реакций у врачей-интернов. Разработана и апробирована индивидуализированная трехэтапная система медико-психологической поддержки в период профессиональной подготовки специалиста, которая предусматривает применение комплексного психодиагностического, психотерапевтического, психообразовательного и психопрофилактического воздействия. Персонифицирована система психотерапевтической коррекции состояний психологической дезадаптации, возникающих у врачей-интернов в условиях адаптации к профессиональной деятельности. Психотерапевтический комплекс при астеническом и астено-апатичном варианте должен включать использование рациональной психотерапии, аутогенной тренировки (психотонический вариант А. Н. Шогам, К. И. Мировского). При гиперстезическом варианте – краткосрочную психодинамическую психотерапию по Б. Д. Карвасарскому, когнитивный тренинг, прогрессивную мышечную релаксацию за Е. Асбон, арт-терапию (рисуночные техники). При тревожно-депрессивном варианте – личностно-ориентированную психотерапию, когнитивно-поведенческую терапию Бека, аутогенную тренировку в модификации М. С. Лебединского, Т. Л. Бортник, арт-терапию (рисуночные техники). При психосоматическом варианте – когнитивно-поведенческую аналитическую психотерапию Д. Мак-Каллоу и методику сегментарного тренинга по В. И. Сухорукову. При аддитивном варианте – косвенную психотерапию по И. З. Вельвовскому и аутогенную тренировку в модификации М. С. Лебединского, Т. Л. Бортник.

Выводы. Система психопрофилактической поддержки врачей-интернов включает в себя первичную психопрофилактику – снижение уровня эмоциональной напряженности, помощь в адаптации к профессиональной деятельности; вторичную – прогнозирование адаптационных реакций врачей-интернов, повышение их адаптационных возможностей; третичную – профилактику рецидива дезадаптивных состояний врачей-интернов.

Апробация предложенной системы психотерапевтической коррекции расстройств адаптации и психопрофилактической поддержки врачей-интернов осуществлена на модели медико-психологического центра Института качества образования Харьковского национального медицинского университета. Результаты трехлетнего катamnестического исследования доказали эффективность предложенной системы – дезадаптивные состояния редуцировались; у 92,6% обследованных рецидивов нарушений адаптации не наступало.

Ключевые слова: врачи-интерны, адаптация, состояния дезадаптации, расстройства адаптации, медико-психологическая поддержка, психотерапия, психообразование, психопрофилактика.

COMPREHENSIVE PROGRAM OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF THE STATE OF
PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT AND PSYCHOPROPHYLACTIC SUPPORT OF INTERNSHIP DOCTORS
V. V. Vyun

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Abstract

Background. At the current stage of reforming the healthcare system, the issue of medical and psychological support for the professional activities of physicians is becoming topical. The main task of medical psychology in this case is to ensure high efficiency of professional activity and in the prevention of maladaptive reactions and conditions.

Objective is to develop a system of psychotherapeutic correction of states of psychological maladjustment and principles of psychoprophylactic support for interns.

Materials and methods. In compliance with the principles of bioethics and medical deontology, a comprehensive clinical-psychological, psychodiagnostic and clinical-anamnestic examination was carried out on 213 medical interns of the Kharkov National Medical University of both sexes (116 women and 97 men). The obtained results were processed by statistical method. Research stages were: I – screening of adaptation levels in interns, II – complex analysis of clinical manifestations and mechanisms of formation of maladjustment disorders in interns, III – development and testing of a system of complex psychocorrectional and psychoprophylactic effects and assessment of their effectiveness.

Results. We identified asthenic, hypersthetic, anxious-depressive, psychosomatic, asthenic-apathetic and addictive variants of maladaptive reactions in interns. An individualized three-stage system of medical and psychological support has been developed and tested during the period of professional training of a specialist, which provides for the use of complex psychodiagnostic, psychotherapeutic, psychoeducational and psychoprophylactic effects. The system of psychotherapeutic correction of the states of psychological maladjustment, which arise among doctors-interns in the conditions of adaptation to professional activity, has been personified. The psychotherapeutic complex for asthenic and asthenic-apathetic variants should include the use of rational psychotherapy, autogenous training (psychotonic version of A. N. Shogam, K. I. Mirovsky). In the case of a hypersthetic variant – short-term psychodynamic psychotherapy according to B. D. Karvasarsky, cognitive training, progressive muscle relaxation according to E. Acobson, art therapy (drawing techniques). In case of anxiety-depressive variant – personality-oriented psychotherapy, Beck's cognitive-behavioral therapy, autogenous training modified by M. S. Lebedinsky, T. L. Bortnik, art therapy (drawing techniques). In the case of the psychosomatic variant – cognitive-behavioral analytical psychotherapy by D. McCullough and the method of segmental training according to V. I. Sukhorukov. In the additive variant – indirect psychotherapy according to I. Z. Vel'vovsky and autogenous training in the modification of M. S. Lebedinsky, T. L. Bortnik.

Conclusions. The system of psychoprophylactic support for interns includes primary psychoprophylaxis – reducing the level of emotional tension, assistance in adapting to professional activities; secondary – predicting the adaptive reactions of interns, increasing their adaptive capabilities; tertiary – prevention of recurrence of maladaptive states of interns.

Approbation of the proposed system of psychotherapeutic correction of adjustment disorders and psychoprophylactic support for interns was carried out on the model of the medical and psychological center of the Institute for the Quality of Education of Kharkiv National Medical University. The results of a three-year catamnestic study proved the effectiveness of the proposed system – maladaptive states were reduced; 92.6% of the surveyed did not have recurrences of adjustment disorders.

Keywords: interns, adaptation, states of maladjustment, adjustment disorders, medical and psychological support, psychotherapy, psychoeducation, psychoprophylaxis.

For citation: Vyun V. V. Comprehensive program of psychotherapeutic correction of the state of psychological maladjustment and psychoprophylactic support of internship doctors. *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 35–38. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.35-38

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): val.v.nnipo@gmail.com

Received / Поступила: 20.01.2020

Accepted / Прийнята до друку: 28.02.2020

Актуальність. На поточному етапі реформування системи охорони здоров'я актуальним стає питання медико-психологічної підтримки професійної діяльності медиків. Основне завдання медичної психології в цьому випадку полягає в забезпеченні високої ефективності професійної діяльності та в профілактиці виникнення дезадаптивних реакцій і станів [1–3].

У сучасних умовах стає актуальним своєчасне виявлення і нівелювання у лікарів негативних емоційних реакцій, пов'язаних із професійною діяльністю, що зменшить вірогідність відтоку кваліфікованих фахівців з медицини [4, 5].

Одним із важливих факторів продуктивного розвитку й ефективного функціонування медичної допомоги є медико-психологічна підтримка медичних працівників, поряд з високим рівнем їх підготовки та адекватним фінансуванням [6, 7].

Досвід багатьох країн переконливо свідчить, що професійна дезадаптація є керованою проблемою. Саме менеджмент стресу допомагає запобігти розладам адаптації і забезпечує відновлення цілісності особистості. Планування менеджменту стресу має бути постійним процесом, а не періодичним застосуванням певних технік або вправ. Тому важливим моментом роботи лікувальних закладів повинна стати організація психологічної підтримки медичних фахівців [8–10].

У сучасних умовах основними завданнями післядипломної освіти лікарів є поліпшення фахової підготовки лікарів-інтернів та забезпечення медико-психологічного супроводу лікарів в період адаптації до професійної діяльності [11, 12].

Мета – розробити систему психотерапевтичної корекції станів психологічної дезадаптації та принципи психопрофілактичної підтримки лікарів-інтернів.

Матеріали та методи дослідження

З дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології було проведено комплексне клініко-психологічне, психодіагностичне та клініко-анамнестичне обстеження 213 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету, в тому числі 116 жінок та 97 чоловіків. Обробка одержаних результатів проведена за допомогою статистичного методу.

Дослідження відбувалося в три етапи: I – скринінг рівнів адаптації у лікарів-інтернів; II – комплексний аналіз клінічних проявів та механізмів формування розладів адаптації у лікарів-інтернів; III – розробка та апробація системи комплексних психокорекційних і психопрофілактичних впливів та оцінка їх ефективності.

Результати та їх обговорення

Згідно з отриманими у роботі даними, лише 34,3% лікарів-інтернів (44,3% чоловіків та 31,4% жінок) адаптовані до професійної діяльності, у 65,7% лікарів-інтернів (55,7% чоловіків та 68,6% жінок), незалежно від соціально-демографічних та професійних особливостей, виявлені стани дезадаптації.

Для обстежених із порушеннями адаптації виявилися характерними знижений фон настрою (76,2% чоловіків та 82,1% жінок) з почуттям туги й безнадійності (46,3% та 52,6% відповідно), зниження загальної активності й підвищена втомлюваність (67,2% чоловіків та 70,2% жінок), зниження здатності до зосередження (30,2% чоловіків та 36,2% жінок), відчуття напруженості, скутості, порушення сну (42,2% та 44,8% відповідно), які проявлялися труднощами засинання, переривчастим сном, раннім пробудженням із неможливістю заснути; вегетативний дисбаланс (38,5% чоловіків та 43,2% жінок), який виявлявся коливаннями артеріального тиску, неприємними відчуттями в очах; головним болем; больовими відчуттями у ділянках спини та шиї; відчуттям важкості в голові; відчуттями шуму або дзвону у вухах; відчуттям появи «мушок» перед очима; тахікардією.

Психологічні прояви порушень адаптації характеризувалися скаргами на постійні дистреси, незадоволеністю рівнем досягнення життєвих цілей, відсутністю прагнення спілкуватись з оточуючими, труднощами встановлення комунікативного контакту з незнайомими людьми, конфліктністю у робочому колективі та в сім'ї, зниженням мотивації до професійної діяльності.

Отримані в ході роботи дані дозволили систематизувати прояви дезадаптивних реакцій та виділити астеничний (25,8% чоловіків та 22,5% жінок), гіперстезичний (20,6% чоловіків та 23,2% жінок), тривожно-депресивний (11,3% та 20,6% відповідно), психосоматичний (14,5% чоловіків та 18,1% жінок), астено-апатичний (12,3% та 11,0% відповідно) та аддиктивний (15,5% чоловіків та 4,4% жінок) варіанти дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів.

З метою профілактики та корекції розладів адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності ми розробили систему медико-психологічної підтримки в період професійної підготовки фахівця, що передбачає застосування комплексного психотерапевтичного, психоосвітнього та психопрофілактичного впливів.

Комплексна система медико-психологічної підтримки складається з трьох етапів:

- I етап – психодіагностичний, включає в себе моніторинг психологічного стану шляхом комплексної психодіагностики, а саме визначення патопсихологічного підґрунтя для виникнення дезадаптації (динамічна оцінка рівня тривоги та депресії, оцінка рівня професійного стресу);
- II етап – корекційний – включав у себе комплекс психотерапевтичних та психоосвітніх впливів, спрямованих на корекцію психоемоційного стану, нівелювання проявів професійної дезадаптації, корекцію негативних індивідуально-особистісних якостей та помилкових поведінкових патернів;
- III етап – психопрофілактичний, спрямований на запобігання виникненню психологічної та професійної дезадаптації у лікарів-інтернів.

Психотерапевтичні програми передбачали поетапне введення психотерапевтичних методик залежно від індивідуальних особливостей лікарів-інтернів і змістовної частини психотерапії. При цьому задачі змістовної частини психотерапії включали принцип взаємного потенціювання, незалежно від застосування методів психотерапії.

Психотерапевтичний комплекс у лікарів-інтернів із астеничним та астено-апатичним варіантами дезадаптації включав використання раціональної психотерапії (класичний варіант П. Дюбуа, 1912), аутогенне тренування (психотонічний варіант А. М. Шогама, К. І. Мировського, 1963).

При гіперстезичному варіанті використовувалися короткотермінова психодинамічна психотерапія (Б. Д. Карвасарський, 1999), когнітивний тренінг, прогресивна м'язова релаксація за Е. Jacobson (1963), арт-терапія (малюнкові техніки).

Основними формами психотерапевтичного впливу при тривожно-депресивному варіанті були особистісно-орієнтована психотерапія (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994), когнітивно-поведінкова терапія Бека (Beck A. T., 2006), аутогенне тренування в модифікації Лебединського М. С., Бортнік Т. Л. (1969), арт-терапія (малюнкові техніки).

При психосоматичному варіанті використовували когнітивно-поведінкову аналітичну психотерапію (Мак-Каллоу Д., 2002), в якості методу психічної саморегуляції – методику сегментарного тренінгу (Сухоруков В. І., 1984).

Психотерапевтична програма при аддиктивному варіанті включала непряму психотерапію (І. З. Вельвовський, 1984), екзистенціальну психотерапію (С. Rogers, 2002; Т. Karasu, 2006) та аутогенне тренування у модифікації М. С. Лебединського, Т. Л. Бортнік (1969).

Невід'ємним компонентом розробленої нами психотерапевтичної програми є психоосвітні тренінги (Н. О. Марута, Г. М. Кожина, В. І. Коростій, 2011), які включають в себе використання інформаційних модулів, тренінгів позитивного самосприйняття, формування комунікативних вмінь і навичок, вирішення проблем міжособистісної взаємодії та проблемно-орієнтованих дискусій.

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

Метою психопрофілактичного етапу було запобігання виникненню в лікарів-інтернів станів дезадаптації, підвищення їх соціально-психологічної компетентності,

оптимізація міжособистісної взаємодії, психологічний супровід під час навчання в інтернаті.

Психопрофілактичний етап включав у себе первинну психопрофілактику – зниження рівня емоційної напруженості, допомога в адаптації до професійної діяльності; вторинну – прогнозування адаптаційних реакцій лікарів-інтернів, підвищення їх адаптаційних можливостей; третинну – профілактику рецидиву дезадаптивних станів лікарів-інтернів.

Висновки

Апробація запропонованої системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації та психопрофілактичної підтримки лікарів-інтернів здійснена на моделі медико-психологічного центру Інституту якості освіти Харківського національного медичного університету МОЗ України. Як показали результати динамічного спостереження, на тлі проведення запропонованої системи психотерапевтичної корекції станів психологічної дезадаптації, що виникають у лікарів-інтернів в умовах їх професійної діяльності, рівень адаптації істотно підвищився – у 45,2% обстежених виявлено високий, у 37,2% – середній та у 17,6% обстежених – низький (обумовлений додатковими психотравмуючими обставинами) рівні адаптації лікаря-інтерна до професійної діяльності.

Результати трирічного катamnестичного дослідження довели ефективність запропонованої системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів, на тлі її проведення відмічалась позитивна динаміка психічного стану, дезадаптивні стани редукувалися; у 92,6 % обстежених рецидивів порушень адаптації не наставало.

Список використаної літератури

1. Психофізіологічні особливості станів дезадаптації у студентів-медиків в сучасних умовах / Г. М. Кожина, Д. І. Маракушин, К. О. Зеленьська [та ін.] // Український журнал медицини, біології та спорту. 2017. Т. 2, № 1 (3). С. 91–95. DOI: <https://doi.org/10.26693/jmbs02.01.091>.
2. Пшук Н. Г., Камінська А. О. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 1 (78). С. 84–87.
3. Вітенко І. С. Специфіка адаптаційних реакцій лікаря загальної практики – сімейної медицини до професійної діяльності. *Медична психологія*. 2011. Т. 6, № 3 (23). С. 10–13.
4. Юрьева Л. Н. Кризисы профессиональной деятельности врача и пути их преодоления. *Здоров'я України*. 2017. № 2 (41). С. 23–24.
5. Kozhyna A., Mykhaylov V., Vyun V. The phenomenon of psychological adaptation to the professional activities of doctors. *European psychiatry*. 2017. Vol. 41, suppl. P. S690–S691. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1209>.
6. Кокун О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти. *Актуальні проблеми психології*. 2005. Т. 5, вип. 4. С. 77–85.
7. Аршава І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі «особистість–стан»). *Вісн. АПН України: Педагогіка і психологія*. 2006. № 4 (53). С. 82–90.

Відомості про автора:

В'ЮН Валерій Васильович, д-р мед. наук, директор Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету (ХНМУ), професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ, м. Харків, Україна;
e-mail: val.v.nnipo@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0228>

Сведения об авторе:

В'ЮН Валерий Васильевич, д-р мед. наук, директор Учебно-научного института последипломного образования Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ), профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ, г. Харьков, Украина;
e-mail: val.v.nnipo@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0228>

About the Author:

VYUN Valery Vasilovich, Doctor of Medical Science, Director of Educational and Scientific Institute for Postgraduate Training of the Kharkiv National Medical University (KhNMU), Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of KhNMU, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: val.v.nnipo@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0228>

8. Сінайко В. М., Хаустов М. М. Комплексна оцінка динаміки станів психічної дезадаптації у студентів медичного вищого навчального закладу. *Архів психіатрії*. 2018. Том 24, № 4 (95). С. 212–215.
9. Соколова И. М. Психофизиологические механизмы адаптации студентов: монография. Харьков: ХГМУ, 2007. 412 с.
10. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): монографія / П. В. Волошин та ін.; за заг. ред. П. В. Волошин, Н. О. Марута. Харків: Видавець Строків Д. В., 2016. 335 с.
11. Герасименко Л. О. Терапія, реабілітація та профілактика психосоціальної дезадаптації у жінок із розладами адаптації. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, № 2 (91). С. 38–39.
12. 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.

References

1. Kozhyna, H. M., Marakushyn, D. I., Zelenska, K. O., Khaustov, M. M., & Zelenska, G. M. (2017). Psykhofiziologichni osoblyvosti staniv dezadaptatsii u studentiv-medykiv v suchasnykh umovakh [Physiological characteristics of maladaptation of medical students in modern conditions]. *Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sport*, 2(1), 91–95. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.26693/jmbs02.01.091>
2. Pshuk, N. G., & Kaminska, A. O. (2014). Deiaiki indyvidualno-psykhologichni predyktory formuvannia profesiinoi dezadaptatsii likariv khirurhichnoho ta terapevtychnoho profilu [Some individual psychological predictors of professional disadaptation forming in surgery and therapeutic profile doctors]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi*, 22(1), 84–87. (In Ukrainian).
3. Vitenko, I. S. (2011). Spetsyfika adaptatsiinykh reaktsii likaria zahalno praktyky – simeinoi medytyny do profesiinoi diialnosti [The specificity of general practitioner adaptive reactions to the profession]. *Medical psychology*, 6(3), 10–13. (In Ukrainian).
4. Yuryeva, L. N. (2017). Krizisy professional'noi deyatel'nosti vracha i puti ikh preodoleniya [Crisis of a doctor's professional activity and ways to overcome them]. *Zdorov'ia Ukrainy*, (2), 23–24. (In Russian).
5. Kozhyna, A., Mykhaylov, V., & Vyun, V. (2017). The phenomenon of psychological adaptation to the professional activities of doctors. *European psychiatry*, 41(suppl.), S690–S691. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1209>
6. Kokun, O. M. (2005). Adaptatsiia ta adaptatsiini mozhlyvosti liudyny: prykladni aspekty [Adaptation and adaptive possibilities of the person: applied aspects]. *Aktualni problemy psykhologii. Psykhofiziologia. Medychna psykhologia. Henetychna psykhologia*, 5(4), 77–85. (In Ukrainian).
7. Arshava, I. F. (2006). Funktsionalni stany liudyny v protsesi adaptatsii do ekstremalnykh umov diialnosti (u paradyhmi "osobystist–stan") [Functional states of man in the process of adaptation to extreme conditions of activity (in the paradigm "person-state")]. *Pedagogics and Psychology. Newsletter of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine*, (4), 82–90. (In Ukrainian).
8. Sinaiko, V. M., & Khaustov, M. M. (2018). Kompleksna otsinka dynamiky staniv psykhichnoi dezadaptatsii u studentiv medychnoho vysshchoho navchalnoho zakladu [Comprehensive assessment of the dynamics of mental disadaptation of students at a medical higher educational institution]. *Archives of Psychiatry*, 24(4), 212–215. (In Ukrainian).
9. Sokolova, I. M. (2007). Psihofiziologicheskie mehanizmy adaptatsii studentov [Psychophysiological mechanisms of student adaptation]. Kharkiv: KhHMU, 412 p. (In Russian).
10. Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (Eds.). (2016). *Sotsialno-stresovi rozlady (klinika, diahnostyka, profilaktyka)* [Socio-stress disorder (clinic, diagnostics, prevention)]. Kharkiv: Vydavets Strokov D. V., 335 p. (In Ukrainian).
11. Herasymenko, L. O. (2017). Terapiia, reabilitatsiia ta profilaktyka psykhosotsialnoi dezadaptatsii u zhinok iz rozladamy adaptatsii [Therapy, rehabilitation and prevention of psychosocial maladjustment in women with adjustment disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi*, 25(2), 38–39. (In Ukrainian).
12. 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).

С. В. Ісаєнко

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ПІДТРИМКА І ПРОФІЛАКТИКА
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ
З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПОЗАМОЗКОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Резюме

Актуальність. Онкологічна хвороба має сильний вплив на психіку людини. Поширеність депресій в онкологічній практиці, за даними різних авторів, коливається від 40 до 60%. Висока суїцидальна небезпечність депресій є однією з найгостріших медико-соціальних проблем.

Мета – розробити систему психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих із онкологічною патологією та оцінити її ефективність.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне, анамнестичне та психодіагностичне обстеження 154 хворих обох статей з онкологічною патологією позамозкової локалізації, у яких було діагностовано депресивні розлади. Основну групу склали 103 хворих, які взяли участь у розробленій програмі корекції депресивних розладів і профілактики суїцидальної поведінки; контрольну – 51 хворий, який отримував стандартну протипухлинну терапію. Обробка одержаних результатів проведена за допомогою статистичного методу.

Результати. Встановлено, що клінічна картина депресивних розладів у обстежених хворих представлена тривожним, емоційно-лабільним, астеничним і апатичним варіантами психопатологічної симптоматики. Хворим із тривожним та емоційно-лабільним варіантами депресії притаманний високий рівень суїцидального ризику. Встановлено, що найбільша суїцидальна активність відзначається у хворих на рак стравоходу, шлунка та підшлункової залози. Виділено піки суїцидальної активності у хворих із онкологічною патологією.

Психотерапевтична програма для хворих на рак легень і бронхів включає використання раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, особистісно-орієнтованої психотерапії та малюнкових технік арт-терапії, сімейної психотерапії. У хворих на рак стравоходу, шлунка і підшлункової залози – індивідуальної і групової когнітивно-поведінкової терапії Бека, особистісно-орієнтованої психотерапії, екзистенціальної терапії Роджерса, сімейної психотерапії. У хворих на рак ротової порожнини і глотки – раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, психотонічного варіанта аутогенного тренування, сімейної психотерапії. У хворих на рак грудей і статевих органів – особистісно-орієнтованої психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, сімейної психотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії.

Висновки. Розроблено і апробовано програму персоналізованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих із онкологічною патологією, яка базується на комплексному використанні психотерапевтичних і психоосвітніх втручань з використанням E-Mental Health технологій. Доведена ефективність використання психотерапевтичного супроводу онкохворого пацієнта в режимі on line.

Ключові слова: онкологічна патологія, онкологія, депресивні розлади, суїцидальна поведінка, психотерапія, психоосвіта, E-Mental Health технології.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНЕМОЗГОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

С. В. Исаенко

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Резюме

Актуальность. Онкологическая болезнь имеет сильное влияние на психику человека. Распространенность депрессий в онкологической практике, по данным разных авторов, колеблется от 40 до 60%. Высокий риск суицида при депрессии является одной из самых острых медико-социальных проблем.

Цель – разработать систему психотерапевтической поддержки и профилактики суицидального поведения у больных онкологической патологией и оценить ее эффективность.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-психопатологическое, анамнестическое и психодиагностическое обследование 154 больных обоего пола с онкологической патологией внечерепной локализации, у которых были диагностированы депрессивные расстройства. Основную группу составили 103 больных, принявших участие в разработанной программе коррекции депрессивных расстройств и профилактики суицидального поведения; контрольную – 51 больной, который получал стандартную противоопухолевую терапию. Обработка полученных результатов проведена с помощью статистического метода.

Результаты. Установлено, что клиническая картина депрессивных расстройств у обследованных больных представлена тревожным, эмоционально-лабильным, астеническим и апатичным вариантами психопатологической симптоматики. Больным с тревожным и эмоционально-лабильным вариантами депрессии присущ высокий уровень суицидального риска. Установлено, что наибольшая суицидальная активность отмечается у больных раком пищевода, желудка и поджелудочной железы. Выделены пики суицидальной активности у больных онкологической патологией.

Психотерапевтическая программа для больных раком легких и бронхов включает использование рациональной психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии Бека, личностно-ориентированной психотерапии и рисуночной техники арт-терапии, семейной психотерапии. У больных раком пищевода, желудка и поджелудочной железы – индивидуальной и групповой когнитивно-поведенческой терапии Бека, личностно-ориентированной психотерапии, экзистенциальной терапии Роджерса, семейной психотерапии. У больных раком ротовой полости и глотки – рациональной психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии Бека, психотонического варианта аутогенной тренировки, семейной психотерапии. У больных раком груди и половых органов – личностно-ориентированной психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии Бека, семейной психотерапии и телесно-ориентированной психотерапии.

Выводы. Разработана и апробирована программа персонализированной психотерапевтической поддержки и профилактики суицидального поведения у больных онкологической патологией, которая базируется на комплексном использовании психотерапевтических и психообразовательных вмешательств с использованием E-Mental Health технологий. Доказана эффективность использования психотерапевтического сопровождения онкобольного пациента в режиме on line.

Ключевые слова: онкологическая патология, онкология, депрессивные расстройства, суицидальное поведение, психотерапия, психообразование, E-Mental Health технологии.

PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT AND PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR
IN PATIENTS WITH EXTRACEREBRAL ONCOLOGICAL PATHOLOGY

S. V. Isaenko

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Abstract

Background. Oncological pathology has a profound effect on the human psyche. The prevalence of depression in oncological practice, according to different authors, ranges from 40 to 60%. The high risk of suicide in depression is one of the most acute medical and social problems.

Objective is to develop a system of psychotherapeutic support and prevention of suicidal behavior in patients with oncological pathology and to assess its effectiveness.

Materials and methods. A comprehensive clinical-psychopathological, anamnestic and psychodiagnostic examination of 154 patients of both sexes with extracerebral oncological pathology and depressive disorders was carried out. The main group consisted of 103 patients who took part in the developed program for the correction of depressive disorders and the prevention of suicidal behavior. Control group consisted of 51 patients who received standard antitumor therapy. The obtained results were processed by the statistical method.

Results. It was found that the clinical picture of depressive disorders in the examined patients is represented by anxious, emotionally labile, asthenic and apathetic variants of psychopathological symptoms. Patients with anxious and emotionally labile variants of depression are characterized by a high level of suicidal risk. It was found that the greatest suicidal activity was observed in patients with cancer of the esophagus, stomach and pancreas. Peaks of suicidal activity in patients with oncological pathology were identified. The psychotherapeutic program for patients with lung and bronchial cancer included rational psychotherapy, Beck's cognitive-behavioral therapy, personality-oriented psychotherapy, drawing techniques of art-therapy and family psychotherapy. Individual and group Beck's cognitive-behavioral therapy, personality-oriented psychotherapy, Rogers' existential therapy, and family psychotherapy were used for patients with cancer of the esophagus, stomach and pancreas. Rational psychotherapy, Beck's cognitive-behavioral therapy, psychotonic version of autogenic training and family psychotherapy were used in patients with cancer of the oral cavity and pharynx. Patients with breast and genital cancer were treated by personality-oriented psychotherapy, Beck's cognitive-behavioral therapy, family psychotherapy, and body-oriented psychotherapy.

Conclusions. A program of personalized psychotherapeutic support and prevention of suicidal behavior in patients with oncological pathology has been developed and tested, which is based on the complex use of psychotherapeutic and psycho-educational interventions using E-Mental Health technologies. The effectiveness of the use of psychotherapeutic support of oncological patients in on-line mode has been proved.

Keywords: oncological pathology, oncology, depressive disorders, suicidal behavior, psychotherapy, psychoeducation, E-Mental Health technologies.

For citation: Isaenko S. V. Psychotherapeutic support and prevention of suicidal behavior in patients with extracerebral oncological pathology. *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 39–42. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.39-42

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): isaenko217@gmail.com

Received / Поступила: 03.01.2020

Accepted / Прийнята до друку: 12.02.2020

Актуальність. Проблема депресивних розладів займає одне з провідних місць у сучасній психіатрії та є досить значимою в соціальному плані. Останнім часом істотно зросла актуальність проблеми депресій в онкологічній практиці, де їх поширеність коливається, за даними різних авторів, від 40 до 60% [1–3].

Онкологічна хвороба має сильний вплив на психіку людини. Стрес, негативні емоції, незрозуміння, неспокій, тривога, страх, розгубленість, паніка, апатія, відчуття приреченості стають причинами глибокої депресії, суїцидальних думок і спроб [4–6].

Значна поширеність депресивних розладів, їх негативний вплив на працездатність та висока суїцидальна небезпечність є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем. Суїциди залишаються однією з найгостріших медико-соціальних проблем сучасності і посідають одне з провідних місць у структурі передчасної смертності населення [7–9].

Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади як один із важливих факторів погіршення прогнозу онкологічного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25%. Крім того, деякі дослідження переконливо показують, що тривалість життя пацієнтів зі зловідомими новоутвореннями різко скорочується при наявності симптомів депресії. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії [10–12].

Вищевикладене обумовлює актуальність нашої роботи, **мета** якої – розробити систему психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих із онкологічною патологією та оцінити її ефективність.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети ми провели комплексне клініко-психопатологічне, анамнестичне та пси-

ходіагностичне обстеження 154 хворих обох статей з онкологічною патологією позамозкової локалізації, в яких було діагностовано депресивні розлади.

Залежно від локалізації онкологічного процесу обстежені були поділені на підгрупи: I – хворі на рак легень і бронхів – 26,5±1,2%; II – хворі на рак стравоходу, шлунка і підшлункової залози – 29,1±1,3%; III – хворі на рак ротової порожнини і глотки – 16,0±1,1%; IV – хворі на рак грудей і статевих органів – 28,4±1,3%.

Основну групу (ОГ) склали 103 хворих (56 жінок та 47 чоловіків), які взяли участь у розробленій нами програмі корекції депресивних розладів і профілактики суїцидальної поведінки; контрольну (КГ) – 51 хворий (26 жінок та 25 чоловіків) який отримував стандартну протипухлинну терапію.

Обробка одержаних результатів проведена за допомогою статистичного методу.

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, клінічна картина депресивних розладів у обстежених хворих представлена тривожним (28,1±1,3% хворих на рак легень і бронхів; 24,5±1,2% хворих на рак стравоходу, шлунка і підшлункової залози; 24,6±1,2% хворих на рак ротової порожнини і глотки та 22,8±1,3% хворих на рак грудей і статевих органів), емоційно-лабільним (22,4±1,2%, 28,2±1,3%, 26,1±1,3% та 23,3±1,2% хворих відповідно), астеничним (22,9±1,2% хворих на рак легень і бронхів; 21,2±1,2% хворих на рак стравоходу, шлунка і підшлункової залози; 30,5±1,3% хворих на рак ротової порожнини і глотки та 19,4±1,1% хворих на рак грудей і статевих органів) і апатичним (21,2±1,2%, 24,7±1,3%, 22,1±1,2%, 32,1±1,4%) варіантами психопатологічної симптоматики.

Як показали результати вивчення виразності суїцидального ризику, суїцидальні спроби робили 28,1±1,3% хворих

на рак легень і бронхів, $33,2 \pm 1,3\%$ хворих на рак стравоходу, шлунка і підшлункової залози, $20,1 \pm 1,2\%$ хворих на рак ротової порожнини і глотки та $19,6 \pm 1,2\%$ хворих на рак грудей і статевих органів; суїцидальні рішення і наміри визначалися у $39,9 \pm 1,4\%$, $43,2 \pm 1,4\%$, $38,9 \pm 1,3\%$ і $39,6 \pm 1,4\%$ хворих відповідно; пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникали у $32 \pm 1,3\%$ обстежених групи I, у $26,3 \pm 1,2\%$ – групи II, у $41 \pm 1,4\%$ – групи III і в $40,8 \pm 1,4\%$ – групи IV.

Гендерний аналіз суїцидальної поведінки показав, що суїцидальні думки та фантазування частіше визначалися у жінок, рішення, наміри та спроби – у чоловіків, при скоєнні суїцидальної спроби чоловіки використовували більш травматичні засоби, а жінки – більш щадні, переважно отруєння ліками.

При дослідженні варіантів суїцидальної поведінки встановлено, що у всіх обстежених хворих, незалежно від стадії та локалізації онкопатології, переважає істинна суїцидальна поведінка – у $53,2 \pm 1,5\%$ обстежених, афективний варіант суїцидальної поведінки виявлений у $38,1 \pm 1,3\%$ обстежених і демонстративно-шантажувальна суїцидальна поведінка визначалася у $8,7 \pm 1,1\%$ хворих.

Усі обстежені хворі (100%) відзначали психотравматичність факту діагностування у них злоякісного новоутворення, вони відчували почуття небезпеки ($69,3 \pm 1,7\%$); тривогу ($78,2 \pm 1,7\%$) аж до паніки ($45,8 \pm 1,4\%$); депресію ($72,9 \pm 1,7\%$); страх смерті ($66,8 \pm 1,6\%$); безнадію ($39,2 \pm 1,3\%$) та апатію ($38,2 \pm 1,3\%$); відчай ($35,6 \pm 1,3\%$); втрату сенсу життя ($35,2 \pm 1,3\%$), відчуття гідності ($29,8 \pm 1,3\%$) та втрату контролю над ситуацією ($48,6 \pm 1,4\%$); вони ставали замкнутими ($44,6 \pm 1,4\%$).

Як свідчать отримані дані, у хворих із онкологічною патологією, залежно від перебігу захворювання, спостерігаються такі піки суїцидальної активності: I – перші 6 місяців після встановлення діагнозу, II – відразу після радикального хірургічного втручання (мастектомія, стома тощо), III – період рецидиву і прогресування захворювання, IV – перехід на симптоматичне лікування.

При цьому найбільш суїцидонебезпечним є період прогресування, рецидиву захворювання. На підставі отриманих у ході роботи даних була розроблена і апробована програма персоналізованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих із онкологічною патологією.

Розроблена програма базувалася на комплексному використанні психотерапевтичних і психоосвітніх втручань із використанням E-Mental Health технологій.

Групи хворих, що брали участь у розробленій нами програмі, формувалися з урахуванням виявлених піків суїцидальної активності у хворих із онкологічною патологією.

У ряді випадків при яскраво вираженій депресивній симптоматиці ми використовували і фармакотерапію з диференційованим застосуванням антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, мелатоніну і анксиолітиків.

На підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано програму психотерапевтичної підтримки онкологічних хворих із депресивними розладами.

Психотерапевтична програма для хворих на рак легень і бронхів включала використання раціональної психотерапії (класичний варіант П. Дюбуа, 1912), когнітивно-поведінкової терапії Бека (А. Т. Бека, 2006), особистісно-орієнтованої психотерапії (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсурина, В. А. Ташликов, 1994) та малюнкових технік арт-терапії, сімейної психотерапії (Э. Г. Эйдмиллер, 2003). Тривалість програми терапії становила 11–15 тижнів.

У хворих на рак стравоходу, шлунка і підшлункової залози використовували індивідуальну і групову когнітивно-поведінкову терапію Бека (А. Т. Бека, 2006), особистісно-орієнтовану психотерапію (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсурина, В. А. Ташликов, 1994), екзистенціальну терапію Роджерса (С. Rogers, 2002; Т. Karasu, 2006), сімейну психотерапію (Э. Г. Эйдмиллер, 2003). Тривалість програми терапії становила 12–16 тижнів.

У хворих на рак ротової порожнини і глотки використовувалася раціональна психотерапія (класичний варіант П. Дюбуа, 1912), когнітивно-поведінкова терапія Бека (А. Т. Бека, 2006), психотонічний варіант аутогенного тренування (А. М. Шогама, К. І. Мировського, 1963), сімейна психотерапія (Э. Г. Эйдмиллер, 2003). Тривалість програми терапії становила 10–12 тижнів.

У хворих на рак грудей і статевих органів використовували особистісно-орієнтовану психотерапію (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсурина, В. А. Ташликов, 1994), індивідуальну і групову когнітивно-поведінкову терапію Бека (А. Т. Бека, 2006), сімейну психотерапію (Э. Г. Эйдмиллер, 2003) та тілесно-орієнтовану психотерапію. Тривалість програми терапії становила 11–15 тижнів.

Смислотворчим елементом психотерапевтичної підтримки була визначена психоосвіта. Психоосвіта (psychoeducation) – поетапно здійснювана система психотерапевтичних впливів, які передбачають інформування хворого та його родичів про депресивні та онкологічні розлади та навчання їх методам, які допоможуть впоратися зі специфічними проблемами, обумовленими проявами захворювання.

Для вирішення поставлених завдань ми використовували інтегративну модель психоосвітньої роботи, яка включала в себе використання інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії (Н. О. Марута з співавт., 2010), тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії.

Основною метою психоосвіти є надання знань про особливості хвороби та залучення до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах шляхом формування у хворих адекватного уявлення про захворювання та особливості хірургічного й терапевтичного втручання, забезпечення «психосоціальної підтримки», формування довіри у діаді лікар – хворий, зниження рівня стигматизованості та самотигматизованості; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Психоосвіта стала важливою складовою розробленої нами програми. На передопераційному етапі психоосвіта була спрямована переважно на раціональну корекцію уявлень пацієнта про його захворювання, роботу зі страхами і негативними установками, які виникали. В післяопераційному періоді – на запобігання самоізоляції і заглибленості у хворобу, на формування цілей, які сприятимуть поверненню до активного життя. Окремим психоосвітнім алгоритмом було обговорення теми безпосередньо суїцидальної поведінки.

Психоосвітня програма реалізовувалася за допомогою проблемно-орієнтованих дискусій, міні-лекцій on line та інфографіки. Розроблена нами програма включала два блоки: I – психотерапевтична і психоосвітня робота в стаціонарі; II – психотерапевтичний супровід пацієнта в режимі on line.

У перший блок входили психотерапевтичні впливи, спрямовані на стабілізацію емоційного стану, корекцію тривожно-депресивної симптоматики, переробку внутрішньоособистісних конфліктів, корекцію страху смерті.

З огляду на специфіку виявлених суїцидогенних факторів, у роботі з пацієнтами на даному етапі були використані тренінги «Рецидив хвороби» і «Робота зі смертю».

Другий блок включав у себе психотерапію, спрямовану на підвищення спроможності хворого адекватно реагувати на проблемні ситуації і приймати конструктивні рішення; трансформацію психічної напруги в соціально прийнятні форми поведінки; адаптацію до нового життєвого статусу; підвищення життєстійкості. Психотерапевтичний супровід онкологічного хворого здійснювався на платформі соціальної мережі Instagram у спеціально створеному блозі з використанням як індивідуальної роботи з пацієнтом у закритому чаті, так і в формі участі пацієнта в он-лайн тренінгах «Відновлення», «Психологічний баланс», «Адаптація та рух вперед». Оскільки одним із факторів суїцидогенезу є суб'єктивно обтяжливе перенесення побічної дії хіміо- та радіотерапії, були створені групи психологічної підтримки для хворих, які проходять таку терапію.

Як показали результати дослідження, на тлі проведення розробленої програми персоніфікованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих із онкологічною патологією відзначено достовірне зниження показників тривоги та депресії за госпітальною шкалою HADS ($83,2 \pm 1,8\%$ обстежених хворих основної та $26,3\%$ контрольної груп); за шкалою тривоги HDRS ($79,5 \pm 1,7\%$ та $29,1 \pm 1,3\%$ відповідно) та шкалою MADRS ($76,3 \pm 1,7\%$ хворих основної та $31,1 \pm 1,3\%$ контрольної груп); зниження ступеня тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна ($51,2 \pm 1,5\%$ хворих основної та $19,1 \pm 1,2\%$ контрольної груп).

Висновки

Психотерапевтичне та психоосвітнє втручання сприяло позитивним змінам стрес-долаючої поведінки – у обстежених хворих після завершення програми психотерапевтичної підтримки домінували копінг-стратегії, спрямовані на вирішення проблеми ($42,1 \pm 1,4\%$ обстежених основної та $19,2 \pm 1,2\%$ контрольної груп), на емоції ($38,2 \pm 1,3\%$ та $22,1 \pm 1,2\%$ відповідно), на уникнення ($10,2 \pm 1,1\%$ та $33,3 \pm 1,3\%$) та на відволікання ($9,5 \pm 1,1\%$ та $25,4 \pm 1,2\%$).

На тлі проведеної програми персоніфікованої психотерапевтичної підтримки відмічена позитивна динаміка якості життя обстежених хворих основної групи – покращення показників за шкалами фізичного благополуччя, самообслуговування, самореалізації, психологічного благополуччя та загального сприйняття якості життя в середньому на $36,5 \pm 1,3\%$, порівняно з хворими контрольної групи, у яких показники підвищилися в середньому на $21,5 \pm 1,2\%$.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої диференційованої програми персоніфікованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією. У $81,5 \pm 1,8\%$ обстежених основної та $35,1 \pm 1,3\%$ контрольної груп не було повторних суїцидальних спроб, у $69,3 \pm 1,7\%$ та $29,3 \pm 1,3\%$ обстежених відповідно встановлена стійка позитивна динаміка психічного стану, стабілізація фону настрою та підвищення ефективності стрес-долаючої поведінки.

Відомості про автора:

ИСАЕНКО Світлана Володимирівна, психіатр, заочний аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи, Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна; e-mail: isaenko217@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6460-0484>

Сведения об авторе:

ИСАЕНКО Светлана Владимировна, психиатр, заочный аспирант кафедры психиатрии, наркологии, медицинской психологии и социальной работы, Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина; e-mail: isaenko217@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6460-0484>

Список використаної літератури

- Maruta N., Yatsyna A., Cherednyakova O. Gender specificity of clinical manifestations of depressive disorders in male patients. *Focusing on access, quality and human care*: Abstracts Book of XVI World Congress of Psychiatry, Madrid, 14-18 September 2014. Madrid, 2014. Vol. 4. P. 51. URL: <http://www.tilesa.es/wpamadrid2014/abstracts/docs/abstracts-vol4-WPA2014.pdf> (дата звернення: 25.12.2019).
- Савин А. И., Володин Б. Ю. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме). *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2015. № 3. С. 82–86.
- Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers / K. Z. Bambauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006. Vol. 41, issue 10. P. 819–824. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0103-x>.
- Кожина Г. М., Коростий В. І., Зеленська К. О. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади: монографія. Харків: ХНМУ, 2014. 64 с.
- Рак в Україні 2013–2014 URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm (дата звернення: 17.12.2019).
- Кожина А. М., Зеленская Е. А. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21, вип. 4 (77). С. 90–93.
- Мухаровська І. Р. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 4 (89). С. 69–71.
- Psycho-Oncology / eds. J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. Oxford University press, 2015. 784 p.
- Walter F., Webster A., Scott S., Emery J. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2012. Vol. 17, issue 2. P. 110–118. DOI: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010113>.
- Марута Н. А., Яцина А. Т. Гендерно-обусловленная специфика суицидального поведения при депрессиях у мужчин. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2014. № 2 (26). С. 44–50.
- Маркова М. В., Пiontkovska O. V., Кужель І. Р. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, вип. 4 (73). С. 86–91.
- Анікіна І. І. Депресивні, тривожні та психогенні розлади у хворих на рак молочної залози: клініко-епідеміологічні особливості, підходи до діагностики (літературний огляд). *East European Scientific Journal*. 2019. Вип. 48 (3). С. 4–13.

References

- Maruta, N., Yatsyna, A., & Cherednyakova, O. (2014, September 14-18). Gender specificity of clinical manifestations of depressive disorders in male patients. Abstracts Book: Vol. 4. XVI World Congress of Psychiatry "Focusing on access, quality and human care" (p. 51). Abstract retrieved from <http://www.tilesa.es/wpamadrid2014/abstracts/docs/abstracts-vol4-WPA2014.pdf>
- Savin, A. I., & Volodin, B. Yu. (2015). Osobennosti psikhogenno obuslovlennyykh psikhicheskikh rasstroystv i psikhologicheskie kharakteristiki onkologicheskikh bo'nykh pri raznykh opukhoveykh lokalizatsiyakh (podkhod k probleme) [Peculiarities of psychogenic conditioned mental disorders and psychological characteristics of patients with different tumor localizations (approaches to the problem)]. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*, (3), 82–86. (In Russian). Retrieved from http://naukamolod.rzgm.ru/uploads/art/art162_d102b3.pdf
- Bambauer, K. Z., Zhang, B., Maciejewski, P. K., Sahay, N., Pirl, W. F., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 819–824. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0103-x>
- Kozhyna, G. M., Korostii, V. I., & Zelenska, K. O. (2014). *Mekhanizmy formuvannya ta shliakhy profilaktyky suitsydalnoi povedinky u khvorykh na depresyivni rozlady* [Mechanisms of formation and ways of prevention of suicidal behavior in patients with depressive disorders]. Kharkiv: KhNMU, 64 p. (In Ukrainian).
- Fedorenko, Z. P., Hulak, L. O., Mykhailovych, Yu. Y., Horokh, Ye. L., Ryzhov, A. Yu., Sumkina, O. V., & Kutsenko, L. B. (2015). *Rak v Ukraini 2013–2014* [Cancer in Ukraine 2013–2014] (O. O. Kolesnik, Ed.). Natsionalnyi instytut raku, Kyiv. Retrieved from http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm
- Kozhyna, G. M., & Zelenskaya, K. O. (2013). Sovremennyye podkhody k terapii depressivnykh rasstroystv [Up-to-date approaches to the treatment of depressive disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii*, 21(4), 90–93. (In Russian).
- Mukharovska, I. R. (2016). Osoblyvosti psykhoemotsiynoho stanu onkologichnykh khvorykh na etapi pervynnoho likuvannya [Features of emotional condition cancer patients at the stage of primary treatment]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii*, 24(4), 69–71. (In Ukrainian).
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Eds). (2015). *Psycho-Oncology* (3rd ed.). Oxford University press. 784 p.
- Walter, F., Webster, A., Scott, S., & Emery, J. (2012). The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(2), 110–118. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010113>
- Maruta, N. A., & Yatsyna, A. T. (2014). Gender-related specificity of suicidal behavior in men with depression. *Visnyk Psykhiiatrii ta Psykhofarmakoterapii*, (2), 44–50. (In Russian).
- Markova, M. V., Piontkovska, O. V., & Kuzhel, I. R. (2012). Stan ta perspektyvy rozvytku suchasnoi psykhoonkologii [Status and prospects of contemporary psychooncology]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii*, 20(4), 86–91. (In Ukrainian).
- Anikina, I. I. (2019). Depresyivni, tryvozhni ta psykhohehni rozlady u khvorykh na rak molochnoi zalozy: kliniko-epidemiologichni osoblyvosti, pidkhody do diahnozyky (literaturnyi ohliad) [Depressive, anxious and psychogenic disorders in breast cancer patients: clinical and epidemiological features, approaches to diagnosis (literature review)]. *East European Scientific Journal*, (48), 4–13.

About the Author:

ISAENKO Svitlana Volodymyrivna, MD, psychiatrist, PhD-student of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social work, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: isaenko217@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6460-0484>

К. А. Косенко

**ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ МОРЯКІВ ДАЛЕКОГО ПЛАВАННЯ
ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ТА РІВНЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна
КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я»
Одеської обласної ради, м. Одеса, Україна

Резюме

Актуальність. Професійне заняття мореплавання пов'язане з високими стресовими навантаженнями і серйозними професійними ризиками. Належна соціальна підтримка може частково нівелювати психогенні стресові чинники професійної діяльності та значно знизити їх негативний вплив на стан психічного здоров'я мореплавців.

Мета – дослідити особливості соціальної підтримки (СП) моряків далекого плавання залежно від стану психічного здоров'я і рівня психосоціального стресу (ПС) для визначення в подальшому мішеней персоніфікованих заходів з охорони психічного здоров'я для даного контингенту.

Матеріали та методи. Протягом 2016–2019 рр. обстежено 110 офіцерів командного складу морського торговельного флоту, 90 робітників-матросів морського торговельного флоту, 70 представників командної ланки морського пасажирського флоту і 30 рядових морського пасажирського флоту. Всі обстежені були чоловіками, громадянами України. Дослідження включало використання клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів.

Результати. Дані дослідження дозволяють зробити висновок щодо зворотнєлінійної асоційованості рівня СП за усіма її джерелами, та рівня ПС, що випробовують моряки далекого плавання: найнижча СП характерна для груп із тяжким ПС, найвища – з низьким стресовим навантаженням. При цьому вплив соціального й професійного статусу (командний склад чи матроси) та виду флоту (торгівельний чи пасажирський) виявився другорядним. Виявлена закономірність є парадоксальною, бо зі збільшенням рівня стресу потреба у СП зростає, а її нестача стає додатковим чинником дистресу, що ще більше обтяжує рівень ПС та сприяє зниженню рівня психічного здоров'я моряків далекого плавання.

Висновки. Необхідна подальша робота, спрямована на створення системи персоніфікованих заходів з охорони психічного здоров'я для даного контингенту, з урахуванням взаємовпливів ПС, стану психічного здоров'я і СП у моряків далекого плавання.

Ключові слова: моряки далекого плавання, командний склад пасажирського морського флоту, командний склад торговельного морського флоту, робітники пасажирського морського флоту, робітники торговельного морського флоту, психосоціальний стрес, дистрес, соціальна підтримка.

К. А. Косенко

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ МОРЯКОВ ДАЛЬНЕГО ПЛАВАНИЯ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И УРОВНЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина
КНП «Одесский областной медицинский центр психического здоровья» Одесского областного совета, г. Одесса, Украина****Резюме**

Актуальность. Профессиональное занятие мореплаванием связано с высокими стрессовыми нагрузками и серьезными профессиональными рисками. Надлежащая социальная поддержка может частично нивелировать психогенные стрессовые факторы профессиональной деятельности и значительно снизить их негативное влияние на состояние психического здоровья мореплавателей.

Цель – исследовать особенности социальной поддержки (СП) моряков дальнего плавания в зависимости от состояния психического здоровья и уровня психосоциального стресса (ПС) для определения в дальнейшем мишеней персонифицированных мероприятий по охране психического здоровья для данного контингента.

Материалы и методы. В течение 2016–2019 гг. обследовано 110 офицеров командного состава морского торгового флота, 90 рабочих-матросов морского торгового флота, 70 представителей командного звена морского пассажирского флота и 30 рядовых морского пассажирского флота. Все обследованные были мужчинами, гражданами Украины. Исследование включало использование клинико-психопатологического, психодиагностического и статистического методов.

Результаты. Данные исследования позволяют сделать вывод о обратнелинейной ассоциированности уровня СП по всем ее источникам, и уровня ПС, который испытывают моряки дальнего плавания: самая низкая СП характерна для групп с тяжелым ПС, самая высокая – с низкими стрессовыми нагрузками. При этом влияние социального и профессионального статуса (командный состав или матросы) и вида флота (торговый или пассажирский) оказалось второстепенным. Выявленная закономерность является парадоксальной, поскольку с увеличением уровня стресса потребность в СП растет, а ее недостаток становится дополнительным фактором дистресса, что еще больше обтягивает уровень ПС и способствует снижению уровня психического здоровья моряков дальнего плавания.

Выводы. Необходима дальнейшая работа, направленная на создание системы персонифицированных мероприятий по охране психического здоровья для данного контингента, с учетом взаимовлияния ПС, состояния психического здоровья и СП у моряков дальнего плавания.

Ключевые слова: моряки дальнего плавания, командный состав пассажирского морского флота, командный состав торгового морского флота, рабочие пассажирского морского флота, рабочие торгового морского флота, психосоциальный стресс, дистресс, социальная поддержка.

SPECIFIC FEATURES OF SOCIAL SUPPORT FOR LONG-DISTANCE SAILORS
DEPENDENT ON THE STATE OF MENTAL HEALTH AND THE LEVEL OF PSYCHOSOCIAL STRESS

K. A. Kosenko

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Public non-profit company "Odessa Regional Center for Mental Health", Odessa, Ukraine

Abstract

Background. Professional sailing is associated with high stress loads and serious occupational risks. Adequate social support can partially neutralize psychogenic stressors of professional activity and significantly reduce their negative impact on the mental health of seafarers.

Objective is to study the features of social support (SS) of long-distance sailors depending on the state of mental health and the level of psychosocial stress (PS) in order to determine in the future the targets of personalized mental health care measures for this contingent.

Materials and methods. During 2016–2019 were examined 110 officers of the command staff of the merchant marine fleet, 90 working sailors of the merchant marine fleet, 70 representatives of the command staff of passenger-carrying fleet and 30 privates sailors of passenger-carrying fleet. All examined were men, citizens of Ukraine. The study included the clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods.

Results. Research data allow us to conclude that the level of SS for all its sources is inversely associated with the level of PS experienced by long-distance sailors: the lowest SS is characteristic of groups with severe PS, the highest – with low stress loads. At the same time, the influence of social and professional status (command staff or sailors) and the type of fleet (merchant or passenger-carrying) turned out to be of secondary importance. The revealed pattern is paradoxical, since with an increase in the level of stress, the need for SS increases, and its lack becomes an additional factor of distress, which further aggravates the level of PS and contributes to a decrease in the level of mental health of long-distance sailors.

Conclusion. Further work is needed to create a system of personalized measures for mental health for this contingent, taking into account the mutual influence of psychosocial stress, mental health and social support in long-distance sailors.

Keywords: long-distance sailors, command staff of passenger-carrying fleet, command staff of merchant marine fleet, passenger-carrying fleet workers, merchant marine fleet workers, psychosocial stress, distress, social support.

For citation: Kosenko K. A. Specific features of social support for long-distance sailors depending on the state of mental health and the level of psychosocial stress. *Archives of Psychiatry*. 2020; 26 (1): 44–48. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.44-48

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

Received / Поступила: 31.01.2020

Accepted / Прийнята до друку: 21.02.2020

Актуальність. За кількістю професіоналів, які займаються мореплаванням, Україна займає третє місце у світі, поступаючи тільки Філіппінам та Індії, а серед екіпажів на суднах, згідно з оцінками експертів, українські моряки далекого плавання займають за численністю п'яте місце у світі [1]. Професійне заняття мореплавання пов'язане з високими стресовими навантаженнями і серйозними професійними ризиками [2]. Робочий стрес, в тому та індивідуальна ізоляція мають негативні наслідки для моряків, серед яких погіршення психічного здоров'я займає одне з провідних місць [3]: на стан психічного здоров'я моряків впливають інтенсивний робочий тиск та розлука з родиною [4], інтенсивність професійних навантажень та тривалість робочого часу [5], соціальна депривація і одноманітність діяльності [6, 7] тощо.

Належна соціальна підтримка може частково нівелювати психогенні стресові чинники професійної діяльності та значно знизити їх негативний вплив на стан психічного здоров'я мореплавців. Так, у результаті дослідження 917 китайських моряків далекого плавання процедурою ієрархічного лінійного регресійного моделювання було доведено значну асоціацію між рівнем соціальної підтримки та всіма аспектами якості життя (за даними WHOQOL-BREF), а саме, загальних аспектів здоров'я, ($\beta=2,43$, $p<0,05$), фізичного здоров'я ($\beta=3,23$, $p<0,001$), психологічного здоров'я ($\beta=5,56$, $p<0,001$), соціальних відношень ($\beta=6,07$, $p<0,001$) та сфери навколишнього середовища ($\beta=4,27$, $p<0,001$). Було зроблено висновок про покращення якості життя китайських моряків за умови наявності належної соціальної підтримки, не зважаючи на те, що їх вихідний рівень якості життя менший, порівняно з населенням в цілому [8].

Ще одним дослідженням китайських вчених було встановлено, що значна соціальна підтримка має позитивну кореляцію не тільки з кращою якістю життя, а й більшою здатністю моряків далекого плавання до регулювання емоційного стану, причому ця здатність спостерігається виключно за умови високого рівня соціальної підтримки [9].

Дослідження асоційованості між рівнем стресу, депресією і проблемним вживанням алкоголю серед моряків ВМС США підтвердило зворотньолінійний зв'язок між соціальною підтримкою, рівнем стресу та проблемним вживанням алкоголю через депресивні симптоми: високий рівень соціальної підтримки сприяв зменшенню рівня стресового навантаження та пом'якшенню проблем, пов'язаних зі вживанням алкоголю та депресивними симптомами [10].

Високий рівень соціальної підтримки сприяє також вищій здатності до психологічного відновлення (резилієнсу) та зменшенню негативного впливу стресових життєвих подій, що було встановлено дослідженням серед персоналу ВМС США [11].

Однак до теперішнього часу поодинокі дослідження впливу рівня соціальної підтримки на стан психічного здоров'я моряків далекого плавання не знайшли відображення у створенні персоніфікованих програм підтримки психічного здоров'я даної категорії осіб.

Мета – дослідити особливості соціальної підтримки моряків далекого плавання залежно від стану психічного здоров'я і рівня психосоціального стресу (ПС) для визначення в подальшому мішеней персоніфікованих заходів з охорони психічного здоров'я для даного контингенту.

Гіпотезою роботи стало твердження про асоційованість між рівнем соціальної підтримки, станом психічного здоров'я і рівнем ПС у даного контингенту.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на засадах інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2016 – 2019 років було обстежено 300 моряків далекого плавання, серед яких було 200 представників морського торговельного флоту (з них 110 осіб офіцерського складу – капітани та їх помічники, КТФ, і 90 робітничого – матроси, мотористи, обслуговуючий персонал, РТФ) та 100 працівників морського пасажирського флоту України (70 осіб командного складу, КПФ, та 30 – рядового, РПФ). Усі

респонденти були обстежені в період після повернення з рейсу на базі декількох медичних установ (медичний центр «Академарін» 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 та класичного клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10, з використанням однойменної шкали Л. Рідера оцінювали рівень ПС, який відчували респонденти [12]. Якісну і кількісну оцінку феномену соціальної підтримки здійснювали з використанням «Багатовимірної шкали соціальної підтримки» Д. Зімента в адаптації В. М. Ялтонського, Н. О. Сироти [13, 14]. Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики та аналіз розбіжностей з використанням непараметричних методів: тесту Манна-Уїтні та точного критерію Фішера.

Переважаюча кількість командирів була у віці 36–50 років, тоді як серед матросів питома вага осіб 25–35 та 36–50 років була приблизно однаковою. Зрозуміло, що усі представники командного складу мали вищу освіту, а переважна більшість рядових – середню спеціальну. Більше половини чоловіків у всіх групах були одружені, інші – розлучені.

Результати та їх обговорення

Згідно з отриманими нами даними [10], кількість осіб із клінічно окресленими психічними розладами склала 18,0% від загальної вибірки, серед яких було 16,6% від загальної кількості КТФ, 12,7% від КПФ, 21,1% від РТФ і 26,7% від РПФ. У всіх обстежених були діагностовані розлади кластеру F 43 – реакція на тяжкий стрес і адаптаційні розлади, серед яких визначені: F 43.21 – пролонгована депресивна реакція – у 3,0% осіб від загальної вибірки, з них 11,1% КТФ і КПФ відповідно, 21,1% РТФ і 25,0% РПФ; F 43.22 – змішана тривожно-депресивна реакція – 5,0% від загальної вибірки, з них 27,8% КТФ, 22,2% КПФ, 26,3% РТФ і 37,5% РПФ; F 43.23 – адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій – 5,3% від загальної вибірки, з них 38,9% КТФ, 44,4% КПФ, 21,1% РТФ і 25,0% РПФ; F 43.25 – адаптаційні розлади зі змішаним порушенням емоцій і поведінки – 4,7% від загальної вибірки, з них 22,2% КТФ і КПФ відповідно, 31,5% РТФ і 12,5% РПФ.

Не мали ознак порушення психічного здоров'я 30,9% КТФ, 41,1% РТФ, 42,9% КПФ і 33,3% РПФ. У всіх інших – 52,7% КТФ, 37,7% РТФ, 44,3% КПФ і 40,0% РПФ – були виявлені окремі прояви психічної дезадаптації різної вираженості та клінічного наповнення.

Серед загальної кількості обстежених низький рівень психосоціального стресу (ПС) виявився притаманним 30,9% КТФ, 41,1% РТФ, 42,2% КПФ і 33,3% РПФ (розбіжності статистично значущі як між представниками кожного з видів флоту між собою, так і між командирами та матросами різних флотів, $p < 0,01$). Помірний рівень психосоціального стресового навантаження був характерний для 52,7% КТФ, 37,7% РТФ, 44,3% КПФ і 40,0%

РПФ (значущість статистичних розбіжностей між КТФ і РТФ складає $p < 0,05$). Найбільша кількість осіб з тяжким рівнем ПС виявилась притаманною РПФ (26,7%), що значуще відрізнялося від таких випадків серед командирів як торговельного (16,4%, $p < 0,01$), так і пасажирського (12,8%, $p < 0,05$) флотів.

Подальший аналіз дозволив встановити, що у обстежених, показники психічного здоров'я яких були в рамках психічної норми, мав місце низький рівень ПС; респонденти з ознаками психічної дезадаптації різної варіативності і вираженості відчували помірний рівень стресового навантаження; у хворих з адаптаційними розладами виявлено тяжкий рівень ПС.

Результати кількісного аналізу показників наявної соціальної підтримки (СП) у обстежених наведені у таблиці 1, з якої випливає, що найбільш суттєві зміни показника СП за усіма джерелами відбувалися зі зміною тяжкості ПС у будь-якій групі респондентів. Найвищі рівні СП були виявлені у обстежених із низьким рівнем стресу, менші – у обстежених з помірним рівнем стресу, і найнижчі – у обстежених з тяжким рівнем ПС. При цьому найнижчі кількісні показники СП в цілому виявлені у РПФ, досить низькі – у КТФ, а у РТФ і у КПФ показники СП були дещо вищими; найбільше ці відмінності були помітні при легкому рівні ПС, а при помірному і тяжкому вони виявились несуттєвими.

У КТФ показники СП у різних сферах були доволі низькими. Так, середній показник СП сім'ї при низькому рівні ПС склав $1,03 \pm 0,67$ балів, при помірному рівні – $0,67 \pm 0,57$ балів, при тяжкому рівні – $0,78 \pm 0,43$ балів; середній показник СП друзів – відповідно $1,29 \pm 0,46$ балів, $0,84 \pm 0,52$ балів та $0,50 \pm 0,51$ балів; середній показник СП значущих інших – відповідно $1,32 \pm 0,64$ балів, $0,55 \pm 0,50$ балів та $0,11 \pm 0,32$ балів. Сумарний показник СП у КТФ при легкому рівні ПС склав $3,65 \pm 0,49$ балів, при помірному рівні – $2,07 \pm 0,59$ балів, при тяжкому рівні – $1,39 \pm 0,50$ балів (рис. 1). Слід зауважити, що у цій групі розбіжності між обстеженими з різними рівнями ПС були найбільшими з усіх досліджених груп.

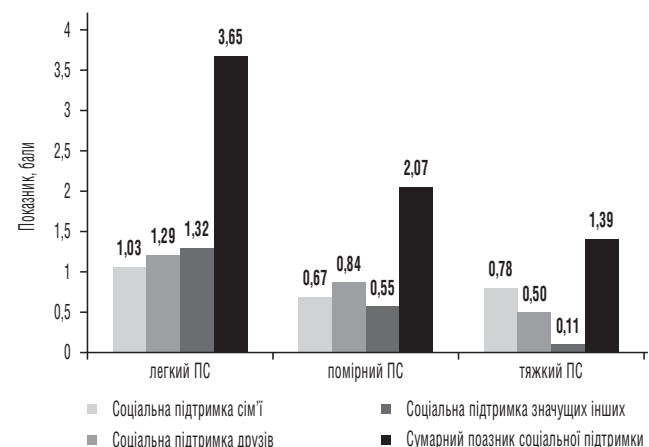


Рис. 1. Структура показників соціальної підтримки у КТФ

У РТФ показники СП займали проміжне значення. Середній показник СП сім'ї при низькому рівні ПС склав $0,86 \pm 0,86$ балів, при помірному рівні – $0,82 \pm 0,67$ балів, при тяжкому рівні – $0,53 \pm 0,51$ балів; показник СП друзів – відповідно $1,51 \pm 0,69$ балів, $0,79 \pm 0,41$ балів та $0,63 \pm 0,50$ балів; показник СП

Таблиця 1 Показники за шкалою соціальної підтримки у командного складу і матросів торговельного та пасажирського флотів

Показник	Групи за рівнем ПС			р		
	низький	помірний	тяжкий	низький/ помірний	низький/ тяжкий	помірний/ тяжкий
КТФ, n=110						
Соціальна підтримка сім'ї	1,03±0,67	0,67±0,57	0,78±0,43	<0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка друзів	1,29±0,46	0,84±0,52	0,50±0,51	<0,01	<0,01	<0,05
Соціальна підтримка значущих інших	1,32±0,64	0,55±0,50	0,11±0,32	<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник соціальної підтримки	3,65±0,49	2,07±0,59	1,39±0,50	<0,01	<0,01	<0,01
РТФ, n=90						
Соціальна підтримка сім'ї	0,86±0,86	0,82±0,67	0,53±0,51	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка друзів	1,51±0,69	0,79±0,41	0,63±0,50	<0,01	<0,01	>0,05
Соціальна підтримка значущих інших	1,19±0,62	0,71±0,68	0,47±0,70	<0,01	<0,01	>0,05
Сумарний показник соціальної підтримки	3,57±0,77	2,32±1,15	1,63±0,90	<0,01	<0,01	<0,05
КПФ, n=70						
Соціальна підтримка сім'ї	1,07±0,83	0,84±0,69	0,56±0,53	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка друзів	1,83±0,65	0,61±0,50	0,56±0,53	<0,01	<0,01	>0,05
Соціальна підтримка значущих інших	2,07±0,69	0,58±0,62	0,33±0,50	<0,01	<0,01	>0,05
Сумарний показник соціальної підтримки	4,97±1,13	2,03±0,91	1,44±0,88	<0,01	<0,01	>0,05
РПФ, n=30						
Соціальна підтримка сім'ї	0,90±0,32	0,77±0,60	0,43±0,53	>0,05	<0,05	>0,05
Соціальна підтримка друзів	1,10±0,32	0,92±0,64	0,71±0,49	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка значущих інших	1,90±0,32	0,62±0,51	0,14±0,38	<0,01	<0,01	>0,05
Сумарний показник соціальної підтримки	3,90±0,32	2,31±0,63	1,29±0,49	<0,01	<0,01	<0,01
Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп						
низький						
Показник	1–4	1–7	1–10	4–7	4–10	7–10
Соціальна підтримка сім'ї	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка друзів	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
Соціальна підтримка значущих інших	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Сумарний показник соціальної підтримки	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,05	<0,01
помірний						
Показник	2–5	2–8	2–11	5–8	5–11	8–11
Соціальна підтримка сім'ї	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка друзів	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка значущих інших	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Сумарний показник соціальної підтримки	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
тяжкий						
Показник	3–6	3–9	3–12	6–9	6–12	9–12
Соціальна підтримка сім'ї	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка друзів	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальна підтримка значущих інших	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Сумарний показник соціальної підтримки	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примітка. Позначення груп з урахуванням рівня ПС: 1 – КТФ з низьким ПС; 2 – КТФ з помірним ПС; 3 – КТФ з тяжким ПС; 4 – РТФ з низьким ПС; 5 – РТФ з помірним ПС; 6 – РТФ з тяжким ПС; 7 – КПФ з низьким ПС; 8 – КПФ з помірним ПС; 9 – КПФ з тяжким ПС; 10 – РПФ з низьким ПС; 11 – РПФ з помірним ПС; 12 – РПФ з тяжким ПС.

значущих інших – відповідно 1,19±0,62 балів, 0,71±0,68 балів та 0,47±0,70 балів. Середній сумарний показник СП у обстежених з легким рівнем ПС склав 3,57±0,77 балів, з помірним рівнем – 2,32±1,15 балів, з низьким рівнем – 1,63±0,90 балів (рис. 2). У КПФ показники СП були високими в усіх сферах.

Так, середній показник СП сім'ї при легкому рівні ПС склав 1,07±0,83 балів, при помірному рівні – 0,84±0,69 балів, при тяжкому рівні – 0,56±0,53 балів; середній показник СП друзів – відповідно 1,83±0,65 балів, 0,61±0,50 балів та 0,56±0,53 балів; показник СП значущих інших – відповідно 2,07±0,69 балів,

0,58±0,62 балів та 0,33±0,50 балів. Середній сумарний показник СП у КПФ з легким рівнем стресу склав 4,97±1,13 балів, з помірним – 2,03±0,91 балів, з тяжким – 1,44±0,88 балів (рис. 3).

У РПФ показники СП виявилися одними з найнижчих серед усіх груп. Зокрема, середній показник СП сім'ї у цій групі при низькому рівні ПС склав 0,90±0,32 балів, при помірному рівні – 0,77±0,60 балів, при тяжкому рівні – 0,43±0,53 балів; показник СП друзів – відповідно 1,10±0,32 балів, 0,92±0,64 балів та 0,71±0,49 балів; показник СП значущих інших – відповідно 1,90±0,32 балів, 0,62±0,51 балів та 0,14±0,38 балів. Сумарний показник СП у РПФ з низьким рівнем ПС склав 3,90±0,32 балів, з помірним рівнем – 2,31±0,63 балів, з тяжким рівнем – 1,29±0,49 балів (рис. 4).

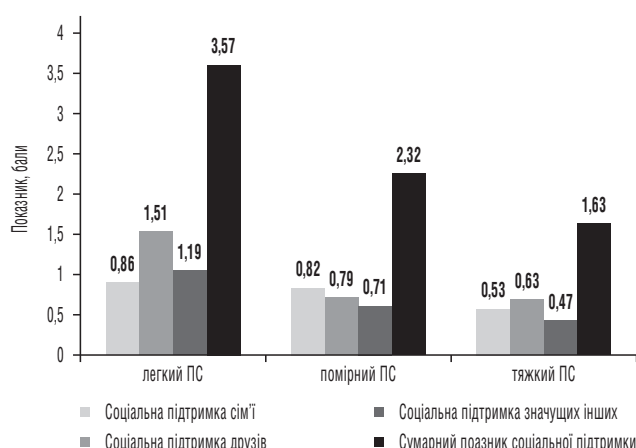


Рис. 2. Структура показників соціальної підтримки у РТФ

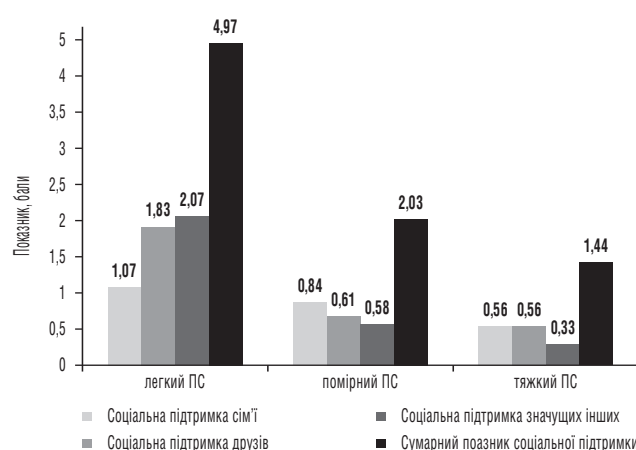


Рис. 3. Структура показників соціальної підтримки у КПФ

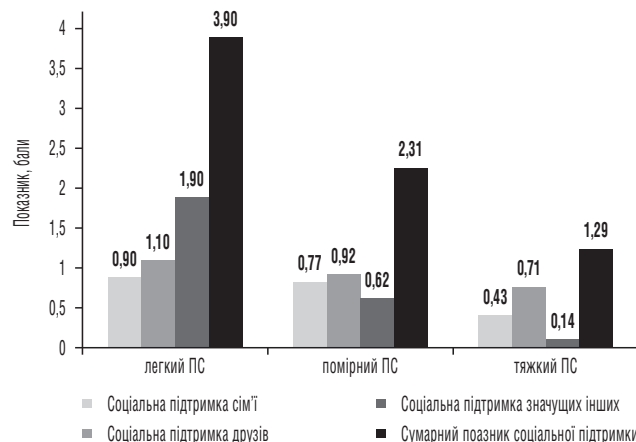


Рис. 4. Структура показників соціальної підтримки у РПФ

При аналізі розбіжностей показників СП у групах з однаковим рівнем ПС були виявлені значущі розбіжності у обстежених з низьким рівнем стресу при порівнянні груп КТФ і КПФ за показниками СП друзів ($p<0,01$), СП значущих інших ($p<0,01$) та сумарним показником СП ($p<0,01$); при порівнянні груп КТФ і РПФ за показником СП значущих інших ($p<0,01$); при порівнянні груп РТФ і КПФ – за показником СП значущих інших ($p<0,01$) і сумарним показником СП ($p<0,01$); при порівнянні груп РТФ і РПФ – за показником СП значущих інших ($p<0,01$) та сумарним показником СП ($p<0,05$); при порівнянні груп КПФ і РПФ – за показником СП друзів ($p<0,01$) та сумарним показником СП ($p<0,01$). Слід зазначити, що зменшення СП залежно від соціальної групи (командний склад чи матроси) та виду флоту (торговельний чи пасажирський) більшою мірою стосувалися СП за джерелами друзів та значущих інших; щодо СП сім'ї, то її залежність від цих чинників виявилася несуттєвою.

Висновки

Дані нашого дослідження дозволяють зробити висновок щодо зворотньої асоційованості рівня СП за усіма її джерелами та рівня ПС, що відчувають моряки далекого плавання: найнижча СП характерна для груп із тяжким ПС, найвища – з низьким стресовим навантаженням. При цьому вплив соціального й професійного статусу (командний склад чи матроси) та виду флоту (торговельний чи пасажирський) виявився другорядним. Виявлена закономірність є парадоксальною, бо зі збільшенням рівня стресу потреба у СП зростає, а її нестача стає додатковим чинником дистресу, що ще більше обтяжує рівень ПС та сприяє зниженню рівня психічного здоров'я моряків далекого плавання.

Наша подальша робота спрямована на створення системи персоніфікованих заходів з охорони психічного здоров'я для даного контингенту, з урахуванням взаємовпливів ПС, стану психічного здоров'я і СП у моряків далекого плавання.

Список використаної літератури

- Оніщенко Н. В., Побідаш А. Ю., Тімченко О. В., Христенко В. Є. Психологічні особливості життєвої стійкості моряків – жертв піратського полону: монографія. Харків: НУЦЗУ, 2012. 294 с.
- Tavacioglu L., Taç U., Eski Ö., Gökmen N. Burnout and job satisfaction among Turkish oceangoing seafarers. *International maritime health*. 2019. Vol. 70, issue 4. P. 232–238. DOI: <https://doi.org/10.5603/IMH.2019.0037>.
- Jezewska M., Leszczyńska I., Jaremin B. Work-related stress at sea self estimation by maritime students and officers. *International maritime health*. 2006. Vol. 57, issue 1–4. P. 66–75.
- Borovnik M. Occupational health and safety of merchant seafarers from Kiribati and Tuvalu. *Asia Pacific viewpoint*. 2011. Vol. 52, issue 3. P. 333–346. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8373.2011.01459.x>.
- Oldenburg M., Jensen H. J., Wegner R. Burnout syndrome in seafarers in the merchant marine service. *International archives of occupational and environmental health*. Vol. 86, issue 4. P. 407–416. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00420-012-0771-7>.
- Carotenuto A., Molino I., Fasanaro A. M., Amenta F. Psychological stress in seafarers: a review. *International Maritime Health*. 2012. Vol. 63, issue 4. P. 188–194.
- Identifying predictors of stress and job satisfaction in a sample of merchant seafarers using structural equation modeling / J. McVeigh, M. MacLachlan, F. Vallières [et al.] // *Front Psychol*. 2019. Vol. 10. P. 70. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00070>.
- Association between social support and health-related quality of life among Chinese seafarers: A cross-sectional study / J. Xiao, B. Huang, H. Shen [et al.] // *PloS one*. 2017. Vol. 12, issue 11. e0187275. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187275>.
- Wu Y., Li S., Yang J. Moderating role of perceived social support in the relationship between emotion regulation and quality of life in Chinese ocean-going fishermen. *Frontiers in psychology*. 2020. Vol. 11. P. 954. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00954>.
- Social support and relationship satisfaction as moderators of the stress-mood-alcohol link association in US Navy Members / M. L. Kelley, R. J. Miletich, B. F. Hollis [et al.] // *The Journal of nervous and mental disease*. 2017. Vol. 205, issue 2. P. 99–105. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000555>.

11. The role of resilience and social support in predicting postdeployment adjustment in otherwise healthy Navy personnel / C. A. Cunningham, B. A. Weber, B. L. Roberts [et al.] // *Military medicine*. 2014. Vol. 179, issue 9. P. 979–985. DOI: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00568>.
12. Сосін І. К., Гапонов К. Д., Гончарова О. Ю., Маркова М. В. Спосіб діагностики клінічної специфіки і прогнозу перебігу алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу : Інформаційний лист №249-2018; Харків. мед. акад. післядип. освіти МОЗ України, Укрмедпатентінформ МОЗ України. К. : Б.в., 2018. 7 с.
13. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988. Vol. 52, issue 1. P. 30–41. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2.
14. Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. М. : «Питер», 2019. 896 с.

References

1. Onishchenko, N. V., Pobidash, A. Yu., Timchenko, O. V., & Khrystenko, V. Ye. (2012). *Psykhologichni osoblyvosti zhyttievoi stiiakosti moriakiv – zhertv piratskoho polonu* [Psychological features of life stability of sailors – victims of pirate captivity]. Kharkiv: NUTSU. 294 p. (In Ukrainian).
2. Tavacıoğlu, L., Taç, U., Eski, Ö., & Gökmen, N. (2019). Burnout and job satisfaction among Turkish oceangoing seafarers. *International maritime health*, 70(4), 232–238. <https://doi.org/10.5603/IMH.2019.0037>
3. Jezewska, M., Leszczyńska, I., & Jaremin, B. (2006). Work-related stress at sea self estimation by maritime students and officers. *International maritime health*, 57(1-4), 66–75.
4. Borovnik, M. (2011). Occupational health and safety of merchant seafarers from Kiribati and Tuvalu. *Asia Pacific viewpoint*, 52(3), 333–346. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8373.2011.01459.x>
5. Oldenburg, M., Jensen, H. J., & Wegner, R. (2013). Burnout syndrome in seafarers in the merchant marine service. *International archives of occupational and environmental health*, 86(4), 407–416. <https://doi.org/10.1007/s00420-012-0771-7>
6. Carotenuto, A., Molino, I., Fasanaro, A. M., & Amenta, F. (2012). Psychological stress in seafarers: a review. *International maritime health*, 63(4), 188–194.
7. McVeigh, J., MacLachlan, M., Vallières, F., Hyland, P., Stolz, R., Cox, H., & Fraser, A. (2019). Identifying predictors of stress and job satisfaction in a sample of merchant seafarers using structural equation modeling. *Frontiers in psychology*, 10, 70. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00070>
8. Xiao, J., Huang, B., Shen, H., Liu, X., Zhang, J., Zhong, Y., Wu, C., Hua, T., & Gao, Y. (2017). Association between social support and health-related quality of life among Chinese seafarers: A cross-sectional study. *PloS one*, 12(11), e0187275. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187275>
9. Wu, Y., Li, S., & Yang, J. (2020). Moderating role of perceived social support in the relationship between emotion regulation and quality of life in Chinese ocean-going fishermen. *Frontiers in psychology*, 11, 954. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00954>
10. Kelley, M. L., Millettich, R. J., Hollis, B. F., Veprinsky, A., Robbins, A. T., & Snell, A. K. (2017). Social support and relationship satisfaction as moderators of the stress-mood-alcohol link association in US Navy Members. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(2), 99–105. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000555>
11. Cunningham, C. A., Weber, B. A., Roberts, B. L., Hejmanowski, T. S., Griffin, W. D., & Lutz, B. J. (2014). The role of resilience and social support in predicting postdeployment adjustment in otherwise healthy Navy personnel. *Military medicine*, 179(9), 979–985. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00568>
12. Sosin, I. K., Gaponov, K. D., Goncharova, O. Yu., & Markova, M. V. *Sposib diahnostyky klinichnoi spetsyfiki i prohnozu perebihu alkoholnoi zalezhnosti u osob z riznym psykhotravmatychnym dosvidom i rivnem psykhosotsialnoho stresu* (White paper № 249-2018) [Method for diagnosis of clinical specificity and prognosis of alcohol dependence in persons with different psychotraumatic experience and level of psychosocial stress (White paper № 249-2018)]. Retrieved from Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine, Ukrmedpatentinform Ministry of Health of Ukraine. Kyiv, 7 p. (In Ukrainian).
13. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
14. Karvasarskii, B. D. (Ed.). (2019). *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]. Moscow: Piter, 896 p. (In Russian).

Відомості про автора:

КОСЕНКО Корнелія Артурівна, канд. мед. наук, зав. відділенням КНП “Одеський обласний центр психічного здоров’я”, асистент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6656-1802>

Сведения об авторе:

КОСЕНКО Корнелія Артуровна, канд. мед. наук, зав. отделением КНП “Одесский областной центр психического здоровья”, ассистент кафедры психиатрии и наркологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, соискатель кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6656-1802>

About the Author:

KOSENKO Korneliia Arturivna, MD, PhD, Head of Department of Public non-profit company “Odessa Regional Center for Mental Health”, assistant of the Department of Psychiatry and Narcology, Odessa National Medical University, Odessa, PhD-student of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6656-1802>

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

UDC 616.89-008.441.3:[616.89-008.454+616.89-008.441.1]-036.22:[61:316.36

DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.49-52

V. I. Salden

PREVALENCE OF DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS
IN SOMATIC PATIENTS WHO USE ALCOHOL WITH HARMFUL EFFECTS

SI «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Abstract

Background. The problem of depressive and anxiety disorders in somatic patients who use alcohol with a harmful effect has not been described in detail in the scientific literature. The available publications mostly contain the interpretations of this concept and emphasizes about the urgency of this problem, but neither provide viable solutions to this issue, nor provide the information about algorithms and an integrated system of medical diagnosis and treatment, psychoprophylaxis assistance in such cases.

Objective – to analyze the prevalence of depressive disorders in somatic patients who use alcohol with harmful effects for the development and implementation the integrated system of early diagnosis, psychoprophylaxis and psychotherapy.

Materials and methods. During 2017-2018, we surveyed by AUDIT-testing 560 respondents, who applied with somatic complaints to the Primary Health Care network (Communal Institution «Center of Primary Health Care №1», Kyiv, Ukraine) and were selected with help of the criteria of inclusion and exclusion 240 patients aged 18-65 years. Surveyed, subject to informed consent in compliance with the principles of bioethics and deontology were examined with the help of the developed unified questionnaire, which includes: clinical-anamnestic, social and demographic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic methods. In particular, the Patient Health Questionnaire, PHQ-9; Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; State-Trait Anxiety Inventory Scale, STAI (C. Spielberger – Yu. Khanin); the Zung Self-Rating Depression Scale; the “State of Health, Activity, Mood” questionnaire.

Results. Based on the study of the mechanisms of formation of mental disorders, we found by the method of PHQ-9 that a significant number of respondents had manifestations of depression (from mild to moderately severe – 89,2%). According to the HADS method, it was found that most patients had a level of anxiety and depression in the category of borderline conditions (83,3%; 86,2%, respectively). The State-Trait Anxiety Inventory Scale, STAI (C. Spielberger – Yu. Khanin) showed the presence of both moderate personal and trait anxiety. The “State of Health, Activity, Mood” questionnaire showed that all average data for three types of surveys corresponded to the “disadvantaged” category.

Conclusions. According to the results of the psychodiagnostic methods that the vast majority of patients with a somatic profile who consume alcohol with harmful consequences has both depressive and anxiety symptoms. It requires further research, development and implementation of a comprehensive system for their early diagnosis, psychoprophylaxis and psychotherapy.

Keywords: harmful use of alcohol, family doctor, depression, anxiety.

В. І. САЛДЕНЬ

ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ВЖИВАННІ АЛКОГОЛЮ
ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ У ХВОРИХ СОМАТИЧНОГО ПРОФІЛЮ
ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна

Резюме

Актуальність. Недостатнє вивчення проблеми депресивних та тривожних порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, відсутність алгоритмів і цілісної системи лікувально-діагностичної та психопрофілактичної допомоги в подібних випадках суттєво впливають на якість життя даного контингенту та погіршують перебіг соматичної патології.

Мета – дослідити поширеність депресивних та тривожних порушень при вживанні алкоголю зі шкідливими наслідками у хворих соматичного профілю для розроблення і впровадження комплексної системи їх ранньої діагностики, психопрофілактики та психотерапії.

Матеріали та методи. Проведено обстеження за допомогою AUDIT-подібних тестів 560 осіб, які звертались із соматичними скаргами в заклади первинної медико-санітарної допомоги, зокрема в КНП «ЦПМСД № 1» Солом'янського району м. Київ у період 2017–2018 рр., з яких методами включення та виключення було відібрано 240 пацієнтів віком 18–65 років. Респонденти за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології були обстежені за допомогою розробленої уніфікованої карти, яка включає в себе клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи, зокрема Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), Госпітальну шкалу тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), шкалу самооцінки депресії Зунге, опитувальник «САН» (самопочуття, активність, настрій).

Результати. За методикою PHQ-9 виявлено, що значна кількість респондентів мала прояви депресії (від легкого до помірно-тяжкого рівня – 89,2%). За методикою HADS встановлено, що більшість пацієнтів мали рівень тривоги та депресії категорії межових станів (83,3%; 86,2% відповідно). За допомогою «Шкали реактивної і особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна виявлено наявність як помірно-особистісної, так і ситуативної тривожності. За шкалою самооцінки депресії В. Зунге встановлено наявність легкого рівня депресії також у більшості обстежених. За даними методики «САН» можна зробити висновок, що всі середні показники за трьома видами дослідження відповідали «неблагополучній» категорії.

Висновки. У більшості хворих соматичного профілю, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, виявлено депресивні та тривожні симптоми, що потребує подальшого дослідження, розроблення і впровадження комплексної системи їх ранньої діагностики, психопрофілактики та психотерапії.

Ключові слова: шкідливе вживання алкоголю, сімейні лікарі, депресія, тривога.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ У СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ,
КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЮТ АЛКОГОЛЬ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

В. И. Салден

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

Резюме

Актуальность. Недостаточное изучение проблемы депрессивных и тревожных нарушений у соматических больных, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, отсутствие алгоритмов и целостной системы лечебно-диагностической и психопрофилактической помощи в подобных случаях, существенно влияют на качество жизни данного контингента и утяжеляют течение основного заболевания.

Цель – исследовать распространенность депрессивных и тревожных нарушений при употреблении алкоголя с вредными последствиями у больных соматического профиля для разработки и внедрения комплексной системы их ранней диагностики, психопрофилактики и психотерапии.

Материалы и методы. Проведено обследование с использованием AUDIT-подобных тестов 560 человек, которые обращались с соматическими жалобами в учреждения первичной медико-санитарной помощи, в частности КНП «ЦПМСД № 1» Соломенского района г. Киев, в период 2017–2018 гг., из которых методами включения и исключения было отобрано 240 пациентов в возрасте 18–65 лет. Респонденты после подписания информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии были обследованы с помощью разработанной унифицированной карты, которая включает в себя клинико-анамнестический, социально-демографический, клинико-психопатологический, психодиагностический методы, в частности, Опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), тест «Шкала реактивной и личностной тревожности» Ч. Д. Спилберга – Ю. Л. Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), шкалу самооценки депрессии Зунге, опросник «САН» (самочувствие, активность, настроение).

Результаты. По методике PHQ-9 выявлено, что у значительного количества респондентов наблюдались проявления депрессии (легкой и умеренно-тяжелой степени – 89,2%). По методике HADS установлено, что у большинства пациентов выявлены тревога и депрессия категории пограничных состояний (83,3%; 86,2% соответственно). При помощи «Шкалы реактивной и личностной тревожности» Ч. Д. Спилберга – Ю. Л. Ханина выявлено наличие как умеренной личностной, так и ситуативной тревожности. По шкале самооценки депрессии Зунге установлено наличие легкого уровня депрессии также у большинства обследованных. По данным методики «САН» можно сделать вывод, что все средние показатели по трем видам исследования соответствовали «неблагополучной» категории.

Выводы. У большинства больных соматического профиля, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, обнаружены депрессивные и тревожные симптомы, что требует дальнейшего исследования, разработки и внедрения комплексной системы их ранней диагностики, психопрофилактики и психотерапии.

Ключевые слова: вредное употребление алкоголя, семейные врачи, депрессия, тревога.

For citation: Salden V. I. Prevalence of depressive and anxiety disorders in somatic patients who use alcohol with harmful effects. *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 49–52. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.49-52

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

Received / Поступила: 10.01.2020

Accepted / Прийнята до друку: 06.02.2020

Background. One of the most relevant questions of the world community and health protection in particular there is an alcoholic problem. The World Health Organization strategy “To reduce the harmful use of alcohol” has been partly implemented in Ukraine and requires from the State to develop and implement the adequate measures to counteract the alcoholization of the population [1,2].

According to the American Encyclopedia SAGE, modern Ukraine is characterized as the most dynamic market of alcoholic drinks with a high level of alcohol consumption, which, according to official data, is approximately 12 liters of pure ethanol per capita per year. However, the compilers of the Encyclopedia are also noted that the research literature shows higher rates, up to 20 liters of pure alcohol [3,4]. A general problem of alcohol consumption in Ukrainian society is being widely discussed, referring to the date of the Kyiv International Institute of Sociology. According to these reports, at least 26,5% of Ukrainians facing this problem throughout their lives [5,6].

Comparison of the incidence of harmful use of alcohol in Ukraine with other countries of the European Union shows above averages levels around three times. Among the social risks that accompanies alcohol abuse are low levels of education, smoking tobacco, depressive disorders, divorces etc.

The statistical information about development and an exacerbation of the somatic pathology in cases of harmful use of alcohol in multidisciplinary hospitals is highly illustrated. On average, 13% of all inpatient care in these hospitals caused by alcohol abuse.

It is scientifically proven that alcohol consumption stimulates endorphin production in human's brain, which in turn can cause depression, trouble sleeping etc. Depressive and anxiety disorders are one of the most frequent cases in work

of general practice physicians. According to the epidemiological studies which were carried out in the Primary Health Care network, depressive or anxiety disorders were most frequently found in about one of 5 patients. In this case, as a rule, they seek help with the somatic complains and then, during to the diagnostic, it turns out that these symptoms are caused or significantly enhanced due to mental health problems.

The results of many surveys shows, that general practice physicians are “skipping” the mental health disorders in 20-80% cases [7]. This is often due to the fact that a doctor cannot spot depression or anxiety disorders because they are hidden behind the somatic symptoms. These psychiatric disorders are more common in people with physical illness, than in the general population of somatic healthy people. Many studies show increased risk of depression or anxiety disorders in people who have endocrine, cardiovascular, gastrointestinal diseases.

Disguise as the non-specific somatic symptoms is another reason why the cases of depression or anxiety are not sufficiently identified. In international study, led by G. Simon were surveyed 1146 patients with depression, which were examined and treated in hospitals of the European Union and Asia (total 14 countries). Total number of patients who reported about only somatic complaints constituted 69%, which is considered extremely high. And most them have been observed in hospitals where they first turned, a smaller amount had a permanent family doctor. It should be noted that 11% of patients with depressive episode have completely denied a bad mood, guilt or worthlessness, hopelessness during the diagnostic interview.

Somatic symptoms of anxiety disorders are pathognomic, because an anxiety accompanies by vegetative symptoms.

Tachycardia, paresthesia, heart palpitations and another forms of excessively activation of the sympathetic nervous system are often identified by physician as the symptoms of somatic diseases. In most cases the mental disorders are diagnosed only after lengthy and unsuccessful looking for other possible reasons, that could explain these symptoms.

It is noteworthy, that in our country, according to the Ukrainian act № 1489-III "About psychiatric care" (The Verkhovna Rada of Ukraine, 2000), mental disorders can only be diagnosed after a psychiatric examination (respectively by a psychiatrist). Also, only a psychiatrist can provide hospital-based or hospital outpatient mental health services. So, Ukraine differs from the most countries of the Western world. For example, the depressive and anxiety disorders in USA can be diagnose and treated by the family doctors, internists or pediatricians and in severe cases or if the therapy of first line is not effective, they address a patient to the specialized medical care [8]. Despite this, physicians of the Primary Health Care network are ones who must be the first to get suspicious about the mental health disorder and address the patient to the psychiatrist for detailed diagnosis and treatment.

Currently there are many scientific works of both foreign and domestic scientists about depressive and anxiety disorders in somatic patients who use alcohol with a harmful effect. But in the scientific literature this problem has not been described in detail. The available publications mostly contain the interpretations of this concept and emphasizes about the urgency of this problem, but neither provide viable solutions to this issue, nor provide the information about algorithms and an integrated system of medical diagnosis and treatment, psychoprophylaxis assistance in such cases [9]. In contrast, as has been the clinical experience demonstrated, these disorders should be considered as one of the key installation of the early diagnostic and psychoprophylaxis more substantive addictive, mental health, including affective and somatic disorders. Mostly, the somatic patients who use alcohol with a harmful effect are potential people suffering from alcohol dependency F10.2 (according to the criteria of ICD-10), and have risks of deterioration of their physical health. It is to be noted, that these patients are at comparatively high risk of suicide and thus may be in need of supportive services and if necessary some psychotherapy interventions [10]. The World Health Organization strategy "To reduce the harmful use of alcohol" recommended to create the actions that should complement and support each other to combating alcoholization of the population. To change the dangerous pattern of alcohol consumption, there are screening, short-term psychotherapy interventions etc. among the actions.

Objective – to analyze the prevalence of depressive and anxiety disorders in somatic patients who use alcohol with harmful effects for the development and implementation the integrated system of early diagnosis, psychoprophylaxis and psychotherapy.

Materials and methods of research

During 2017-2018, we surveyed by AUDIT-testing 560 respondents, who applied with somatic complaints to the Primary Health Care network (Communal Institution «Center of Primary Health Care №1», Kyiv, Ukraine) and were selected with help of the criteria of inclusion and exclusion 240 patients aged 18-65 years.

Criteria for including the patients to the study were:

1. Ages from 18 to 65 years;
2. Mental and behavioural disorders due to alcohol harmful use (ICD-10) comorbidity to the somatic pathology;
3. Informed consent to participate in the study.

Criteria for excluding were:

1. The lack of willingness to cooperate;
2. The alcohol dependence syndrome;
3. Schizophrenia;
4. Bipolar disorder;
5. The serious neurological pathology;
6. Decompensation of somatic pathology.

Surveyed, subject to informed consent in compliance with the principles of bioethics and deontology were examined with the help of the developed unified questionnaire, which includes: clinical-anamnestic, social and demographic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic methods. In particular, the Patient Health Questionnaire, PHQ-9; Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; State-Trait Anxiety Inventory Scale, STAI (C. Spielberger – Yu. Khanin); The Zung Self-Rating Depression Scale; The "State of Health, Activity, Mood" questionnaire.

Results and discussion

Examination of respondents using the PHQ-9 questionnaire revealed the following results (Table 1).

Table 1. Analyze the patient's depression state by the Patient Health Questionnaire, PHQ-9

Total score of depression severity (n=240)									
Minimal depression (0-4)		Mild depression (5-9)		Moderate depression (10-14)		Moderately severe depression (15-19)		Severe depression (20-27)	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
26	10,8	149	62,1	54	22,5	11	4,6	0	0

As shown in the table 1, in 26 persons (10,8%) the depressive component was absent. It was found that the majority of the surveyed responded to the category of mild depression – 149 persons (62,1%), with moderate depression – 54 (22,5%), with moderate-severe – 11 (4,6%) persons. Severe depression was not detected in 240 individuals.

Research on the identification of anxiety and depressive components in the respondents according to the HADS scale presented in table 2.

Describing the data received by the level of anxiety, we can say about a high level of boundary states – 200 persons (83,3%); pathological conditions not found; the norm is due to 40 respondents (16,7%).

Table 2. The nature anxiety and depression in the group of respondents using the Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS

Overall score of anxiety and depression , n=240											
The level of anxiety						The level of depression					
Norm (<8 points)		Boundary states (8-10 points)		Pathological states (>10 points)		Norm (<8 points)		Boundary states (8-10 points)		Pathological states (>10 points)	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
40	16,7	200	83,3	0	0	33	13,8	207	86,2	0	0

In the state of depression: boundary states – 207 persons (86,2%), 33 persons (13,8%) were without signs of depression. No pathological states of depression were observed. In general, the respondents were characterized by increased anxiety and depression, but boundary states of depression were prevailed, which was attributed to the appropriate behavior and nature of somatic complaints.

State-Trait Anxiety Inventory Scale, STAI (C. Spielberger – Yu. Khanin) showed moderate state anxiety as tendency to perceive most situations as threatening and respond to it with anxiety. At the same time, there was a moderate level of trait anxiety and this condition was characterized by tension, troubling and nervousness due to experiences associated with somatic disease.

In addition, the Zung Self-Rating Depression Scale, most patients had mild depression of situational origin.

Examining the nature of health, activity and mood of the respondents according to The “State of Health, Activity, Mood” questionnaire we can conclude that all average data for three types of surveys corresponded to the «disadvantaged» category. That is, the somatic complaints of patients took place on the pathogenic background of various aspects of life: state of health, activity, mood were much lower than normal.

Conclusions

Based on the study of the mechanisms of formation of mental disorders, we found by the method of PHQ-9 that a significant number of respondents had manifestations of depression (from mild to moderately severe – 89,2%). According to the HADS method, it was found that most patients had a level of anxiety and depression in the category of borderline conditions (83,3%; 86,2%, respectively). The State-Trait Anxiety Inventory Scale, STAI (C. Spielberger – Yu. Khanin) showed the presence of both moderate personal and trait anxiety. The “State of Health, Activity, Mood” questionnaire showed that all average data for three types of surveys corresponded to the «disadvantaged» category. Thus, according to the results of the psychodiagnostic methods that the vast majority of patients with a somatic profile who consume alcohol with harmful consequences has both depressive and anxiety components.

References

1. Verkhovna Rada of Ukraine. (2010). *Proekt postanova Verkhovnoi Rady Ukrainy Pro Kontseptsiiu derzhavnoi polityky zapobihannia shkidlyvomu vzhivanniu alkoholiu naselenniam Ukrainy na period 2011-2020 rr.* 17.11.2010 no. 7372 [Draft resolution of the Verkhovna Rada of Ukraine About the Concept of the state policy of prevention of harmful consumption of alcohol by the population of Ukraine for the period of 2011-2020. 17.11.2010 № 7372]. (In Ukrainian). Retrieved from http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF50S00B.html

About the Author:

SALDEN Viktoriia Igorevna, PhD-student of State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine;
e-mail: victoriasalden@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9485-0329>

Відомості про автора:

САЛДЕНЬ Вікторія Ігорівна, аспірант, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна;
e-mail: victoriasalden@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9485-0329>

Сведения об авторе:

САЛДЕНЬ Виктория Игоревна, аспирант, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина;
e-mail: victoriasalden@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9485-0329>

2. World Health Organization (2010). *Global'naja strategija sokrashheniya vrednogo upotrebleniya alkogolja* [Global strategy to reduce the harmful use of alcohol]. WHO. 48 p. (In Russian). Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhrua/ru/
3. World Health Organization. (2018). *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. Retrieved from <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1029SDG3?lang=en&showonly=GISAH>
4. GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 392(10152), 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
5. Global Drinking Demographics (https://www.alcohol.org/guides/global-drinking-demographics).
6. Napryeyenko, O. K., & Napryeyenko, N. Yu. (2017). Depresyivni rozlady pry vzhivanni alkoholiu zi shkidlyvymy naslidkamy ta pry alkoholnii zalezhnosti [Depressive disorders in alcohol consumption with harmful consequences and alcohol dependence]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii*, 25(2), 62–64. (In Ukrainian). Retrieved from <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/280/280c0053052009e87cc6701b62a90444.pdf>
7. Bezsheiko, V. H. (2017). Likuvannia patsientiv somatichnoho profilu iz depresiei i tryvohoju [Treatment of depression and anxiety in physically ill patients]. *Ukrainian medical journal*, (6), 109–122. (In Ukrainian). Retrieved from <https://www.umj.com.ua/en/article/144437/treatment-of-depression-and-anxiety-in-physically-ill-patients>
8. Obeid, S., Akel, M., Haddad, C., Fares, K., Sacre, H., Salameh, P., & Hallit, S. (2020). Factors associated with alcohol use disorder: the role of depression, anxiety, stress, alexithymia and work fatigue- a population study in Lebanon. *BMC public health*, 20(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8345-1>
9. Hammarberg, S., Hange, D., André, M., Udo, C., Svenningsson, I., Björkelund, C., ... Westman, J. (2019). Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences. *Scandinavian journal of primary health care*, 37(3), 273–282. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639897>

Список використаної літератури

1. Про Концепцію державної політики запобігання шкідливому вживанню алкоголю населенням України на період 2011 - 2020 рр. : Проект постанови Верховної Ради України від 17.11.2010 р. № 7372. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF50S00B.html
2. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. ВОЗ, 2010. 48 с. URL: https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhrua/ru/
3. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). World Health Organization, 2018. URL: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1029SDG3?lang=en&showonly=GISAH> (дата звернення: 05.01.2020).
4. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*. 2018. Vol. 392, issue 10152. P. 1015–1035. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
5. Global Drinking Demographics. URL: <https://www.alcohol.org/guides/global-drinking-demographics/> (дата звернення: 05.01.2020).
6. Напреенко О. К., Напреенко Н. Ю. Депрессивні розлади при вживанні алкоголю зі шкідливими наслідками та при алкогольній залежності. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 62–64.
7. Безшейко В. Г. Лікування пацієнтів соматичного профілю із депресією і тривогою. *Український медичний часопис*. 2017. Вип. 6 (122). С. 109–122.
8. Factors associated with alcohol use disorder: the role of depression, anxiety, stress, alexithymia and work fatigue- a population study in Lebanon / S. Obeid, M. Akel, C. Haddad [et al.] // BMC public health. 2020. Vol. 20, issue 1. P. 245. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8345-1>
9. Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences / S. Hammarberg, D. Hange, M. André [et al.] // Scandinavian journal of primary health care. 2019. Vol. 37, issue 3. P. 273–282. DOI: <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639897>