

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ
І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ІЛЬНИЦЬКА ТЕТЯНА ЮРІЇВНА

УДК 616.89-008.47/.48-06:[616.89:159.944.4-057.36:355.4(477.6)

**ДИСЕРТАЦІЯ
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ
З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ У ПРЕМОРБІДІ
14.01.16 – психіатрія**

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

(підпис, ініціали та прізвище здобувача) Т.Ю. Ільницька

Науковий керівник: Пінчук Ірина Яківна, доктор медичних наук

Київ – 2018

АНОТАЦІЯ

Ільницька Т.Ю. Клінічні особливості симптомів посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на сході України з гіперкінетичним розладом в преморбіді. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 «Психіатрія». – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ 2018.

Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який за останні роки набув актуальності в Україні, незважаючи на досить чіткі критерії його визначення, лишається проблемною в реальній клінічній практиці (І.Я. Пінчук, 2015; Н.О. Марута, 2016). Значною мірою це обумовлено не тільки проявами стигматизації та самостигматизації, а й наявністю коморбідних станів, коли симптоми ПТСР перекриваються, маскуються або спотворюються іншими соматичними і психічними розладами (І.Я. Пінчук, 2016).

Одним із таких коморбідних станів є гіперкінетичний розлад (ГКР), який характеризується моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю і призводить до виражених порушень функціонування індивіда в основних сферах життя (R.C. Kessler, 1995; L.A. Adler et al., 2004; Z. Adams et al., 2015).

Пацієнти з ГКР мають гірші показники соціальної адаптації, у них частіше спостерігаються розлади поведінки, що може бути предиктором більшої уразливості психіки в умовах хронічного стресу. Наявні лише поодинокі дослідження, присвячені цій проблематиці (К.М. Antshel et al., 2014). Але отримані результати є доволі суперечливими. В українській популяції дослідження щодо поширеності ГКР в осіб дорослого віку не проводили. Бракує наразі даних клінічних досліджень щодо поліморфізму симптомів ГКР при тяжкій травматизації з розвитком ПТСР.

Вище зазначені факти спонукали до проведення даного дослідження метою якого було покращення діагностики та якості медико-соціальної допомоги на основі вивчення клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді.

Під час виконання дисертаційної роботи були використані такі методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-катамнестичний, статистичний.

Дисертаційне дослідження проводилось на базі Територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві та Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, с. Циблі протягом 2014–2017 рр. і виконувалось із дотриманням принципів біоетики та деонтології.

Дослідження проходило в декілька етапів.

На першому етапі вивчено дані наукової літератури щодо поширеності ГКР у дорослій популяції, зокрема у військовослужбовців, вплив психотравмуючих факторів на перебіг вказаного розладу та поліморфізм його клінічних симптомів.

На другому етапі проведено клініко-психопатологічне обстеження, сформовано групи дослідження, проведено патопсихологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів з оцінкою клінічних особливостей і рівня соціального функціонування.

На третьому етапі здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження; сформульовано висновки та розроблено алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій на сході України з ПТСР і ГКР у преморбіді.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій із розладами поведінки, які звернулись за допомогою через вади психічного здоров'я. Всі 100 % осіб, які ввійшли до дослідження, були чоловічої статі. Під час скринінгу

застосовували такі методи дослідження: напівструктуроване інтерв'ю, клініко-анамнестичний метод, клініко-психопатологічний метод: діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу гіперкінетичного розладу; шкалу повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1); шкалу оцінки рівня якості життя (О.С. Чабан, 2008); опитувальник про стан здоров'я пацієнта (PHQ).

Було відібрано 155 учасників бойових дій, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 для ГКР і мали симптоми ПТСР. Залучені до дослідження особи були поділені на дві групи:

- 1) учасники бойових дій із ГКР та окремими симптомами ПТСР (n = 85);
- 2) учасники бойових дій із ГКР і ПТСР (n = 70).

З метою дослідження клінічного патоморфозу симптомів ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України проведено аналіз результатів анамнестичного та дворічного катамнестичного клінічного досліджень.

Загальна кількість осіб, що через різні причини не завершили дослідження, становила 34 особи (22 %). Таким чином, дослідження завершило 121 особа (78 %).

Було сформовано дві групи порівняння:

- 1) учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом (n = 65);
- 2) учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом і ПТСР (n = 56).

Для вибору методу статистичного аналізу було проведено перевірку на нормальність закону розподілу даних у групах дослідження, яку визначали за допомогою критерію Колмогорова–Смірнова для незалежних даних. Показник достовірності $p < 0,005$ вважався статистично значущим. Більшість отриманих даних не відповідала критеріям нормальності. Дані всіх респондентів, які ввійшли до дослідження, було проаналізовано, порівнюючи з даними осіб із ГКР. Отриману інформацію заносили до електронної бази первинних даних (у програмі електронних таблиць Microsoft Excel) за алгоритмом спеціально створеної «Карті клініко-психопатологічного

обстеження пацієнтів із гіперкінетичним розладом».

Було встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу як добровольці: 102 особи відповідали критеріям ГКР, що становить 53,68 % загальної кількості всіх добровольців, які пройшли скринінг. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців із порушенням дисципліни був вищий: 69 % усіх осіб, які порушували дисципліну під час служби. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, у яких виконувались критерії діагнозу ГКР: 123 випадки зареєстровані в осіб, які відповідали критеріям зазначеного розладу. Серед осіб із ГКР було більше тих, хто скоював антисоціальні дії в минулому – 86 % усіх правопорушників.

Рівень тяжкості симптомів ПТСР був вищим у пацієнтів із подвійним діагнозом (кількість балів за шкалою PCL-C у пацієнтів з ГКР $43 \pm 1,6$, у пацієнтів із ГКР і ПТСР $65 \pm 1,2$; $p \leq 0,05$). Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики розладів гіперкінетичного спектра (гіперактивність, імпульсивність, неуважність) і сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак ГКР у преморбіді дає змогу встановити правильний діагноз.

Вивчивши клінічний патоморфоз симптомів ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України, в групі осіб із ГКР встановлено підвищення гіперактивності, імпульсивності та неуважності на тлі незначного посилення симптомів ПТСР (кількість балів за шкалою ASRS-v1.1: перший візит – $12 \pm 1,3$; другий візит – $15 \pm 2,1$; третій візит – $18 \pm 1,3$). Ознаки ГКР у групі учасників бойових дій із подвійним діагнозом ГКР і ПТСР посилювалися значущо більше, аніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР (кількість балів за шкалою ASRS-v1.1: перший візит – $17 \pm 2,2$; другий візит – $22 \pm 2,3$; третій візит – $24 \pm 1,3$). В учасників бойових дій із ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще зростання симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок і підвищення реактивності ($p < 0,05$). Така модифікація клінічного фенотипу розладу свідчить про ймовірність більш

тяжкого перебігу ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали тяжчі прояви симптомів як ПТСР, так і ГКР.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що у дисертаційній роботі вперше досліджено поширеність симптомів ГКР у дорослому віці та ПТСР за умови їхньої подвійної діагностики у військовослужбовців. Вперше вивчено соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики осіб із ПТСР і ГКР у преморбіді, що брали участь у бойових діях. Уперше досліджено вплив психотравмуючих факторів на перебіг ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України. За результатами клініко-катамнестичного дослідження вперше вивчено динаміку тяжкості симптомів ГКР і ПТСР та зміни загального стану в учасників бойових дій на сході України. З урахуванням отриманих даних уперше розроблено та впроваджено алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробленні алгоритму щодо скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, враховуючи їх клінічну типологію, перебіг, поліморфізм і наявність коморбідних психічних розладів.

Результати дослідження і сформульовані висновки призначені для застосування у практичній роботі психіатрів, психологів, сімейних лікарів та інших спеціалістів, які опікуються питанням охорони психічного здоров'я, а також можуть бути використані в навчальному процесі на різних етапах підготовки кваліфікованих фахівців у цій галузі.

За результатами дисертаційного дослідження науково обґрунтовано та розроблено алгоритм скринінгу ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що передбачає виявлення осіб із симптомами ГКР, обтяженим сімейним анамнезом та тих, хто мав

симптоми ГКР у дитинстві, з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для своєчасної діагностики та медико-соціальної підтримки в подальшому, враховуючи наявні коморбідні патології на етапі вторинної допомоги.

Для покращення діагностики ГКР у дорослих і якості медико-соціальної реабілітації з урахуванням клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді рекомендовано проведення скринінгу гіперкінетичного розладу і надання медико-соціальної допомоги зазначеній категорії осіб шляхом виявлення в них симптомів ГКР, обтяженого сімейного анамнезу, а також тих, хто мав прояви згаданого розладу в дитячому віці з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для забезпечення своєчасної діагностики та медико-соціальної реабілітації з урахуванням наявної коморбідної патології на етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Запропонований алгоритм забезпечує своєчасне виявлення осіб із ГКР, адекватне лікування та індивідуалізовану медико-соціальну допомогу учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що сприяє зниженню рівня психологічної травматизації, відновленню їх здоров'я та підвищенню якості життя.

Ключові слова: гіперкінетичний розлад у дорослих, гіперактивність, імпульсивність, порушення поведінки, гіперкінетичний розлад, розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, військовослужбовці, посттравматичний стресовий розлад

ANNOTATION

Ilnytska T. Yu. Clinical features of post-traumatic stress disorder in participants in combat with hyperkinetic disorder in premorbid. – Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation for obtaining the scientific degree of a candidate of medical sciences on a specialty 14.01.16 "Psychiatry". – Ukrainian Scientific Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Addiction Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2018.

Diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD), which in recent years has become topical in Ukraine, despite the rather clear criteria for its definition, remains problematic in real clinical practice (I.Ya. Pinchuk, 2015, N.O. Maruta, 2016). To a large extent, this is due not only to manifestations of stigmatization and self-stigmatization, but also to the presence of comorbid states, when the symptoms of PTSD overlap, mask or distort other somatic and mental disorders (I.Ya. Pinchuk, 2016).

One of these comorbid states is hyperkinetic disorder characterized by motor hyperactivity, attention deficit disorder and impulsivity, and leads to severe violations of the individual's functioning in the main spheres of life (R. C. Kessler, 1995; L.A. Adler et al., 2004; Z. Adams et. al. 2015).

Patients with hyperkinetic disorder have the worst indicators of social adaptation, they are more likely to experience behavioral disorders, which may be a predictor of greater vulnerability of the psyche under conditions of chronic stress. There are only a few studies devoted to this problem (K.M. Antshel et al., 2014). But the results are rather controversial. In the Ukrainian population, studies on the prevalence of hyperkinetic disorder in adult patients were not conducted. Currently, there is a lack of clinical research data on the polymorphism of symptoms of hyperkinetic disorder in severe traumatising with the development of PTSD.

The above facts led to this study, whose purpose was to improve the

diagnosis and quality of medical and social assistance on the basis of studying the clinical features of PTSD in the participants in military operations in the prewar hyperkinetic disorder.

During the course of the dissertation work, the following methods of research were used: socio-demographic, clinical anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, clinical-catamnestic, and statistical.

The dissertation was conducted on the basis of the Territorial Medical Association PSYCHIATRIA in Kyiv and the Ukrainian State Medical and Social Center of Veterans of War, p. The cycles during 2014-2017 were carried out in compliance with the principles of bioethics and deontology.

The study took place in several stages.

At the first stage the data of scientific literature on the prevalence of hyperkinetic disorder in the adult population, in particular, the soldiers, the influence of psycho-traumatic factors on the course of the indicated disorder and the polymorphism of its clinical symptoms were studied.

At the second stage, a clinical and psychopathological examination was carried out, groups of research were formed, a pathopsychological and psychodiagnostic examination of patients was performed with an assessment of clinical features and the level of social functioning.

At the third stage, the analysis and generalization of the research results was carried out; formulated conclusions and elaborated an algorithm for the screening of hyperkinetic disorder in adulthood and medical and social assistance to fighters in eastern Ukraine with PTSD and hyperkinetic disorder in premorbid.

To achieve this goal, subject to informed consent, with the observance of the principles of bioethics and deontology, a screening survey of 350 participants in hostilities with behavioral disorders that were contacted through mental health defects was conducted. All 100% of the subjects included in the study were males. During the screening, the following research methods were used: semi-structured interviews, clinical anamnestic method, clinical-psychopathological method: diagnostic criteria of IBC-10 for verifying the diagnosis of hyperkinetic disorder;

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1); the scale for assessing the quality of life (O.S. Chaban, 2008); Patient Health Questionnaire (PHQ).

155 participants of combat operations were selected, which met the diagnostic criteria of MKH-10 for hyperkinetic disorder and had symptoms of PTSD. Persons involved in the study were divided into two groups:

1) combatants with hyperkinetic disorder and individual symptoms of PTSD (n = 85);

2) participants in combat operations with hyperkinetic disorder and PTSD (n = 70).

An analysis of the results of anamnestic and biennial catamnestic clinical trials was conducted in order to investigate the clinical pathomorphosis of the symptoms of hyperkinetic disorder and PTSD in the participants of combat operations in the east of Ukraine.

The total number of people who, for various reasons, did not complete the study, was 34 (22%). Thus, the study completed 121 persons (78%).

Two groups of comparison were formed:

1) participants in combat with hyperkinetic disorder (n = 65);

2) participants in combat with hyperkinetic disorder and PTSD (n = 56).

In order to select the statistical analysis method, a verification of the normality of the data distribution law in the study groups was performed, which was determined using the Kolmogorov-Smirnov criterion for independent data. The reliability index $p < 0.005$ was considered statistically significant. Most of the data received did not meet the criteria for normality. The data of all respondents who were included in the study were analyzed comparing with the data of persons with hyperkinetic disorder. The received information was transferred to the electronic database of primary data (in the Microsoft Excel spreadsheet program) by the algorithm of the specially created "Maps of clinical and psychopathological examination of patients with hyperkinetic disorder".

It was found that people with hyperkinetic disorder were more likely to be included in military service as volunteers: 102 persons met the criteria of the

hyperkinetic disorder, which is 53.68% of the total number of all volunteers who have undergone screening. The prevalence rate of hyperkinetic disorder for servicemen with discipline violations was higher: 69% of all persons who violated discipline during service. During the service in the ATO, traumatic events occurred more often in men who fulfilled the criteria for diagnosis of hyperkinetic disorder: 123 cases were registered in persons who met the criteria for this disorder. Among those with hyperkinetic disorder there were more than those who committed anti-social actions in the past - 86% of all offenders.

The severity of the symptoms of PTSD was higher in patients with dual diagnosis (the number of points on the PCL-C scale was $43 \pm 1,6$ for patients with CCR, and $65 \pm 1,2$, $p \leq 0,05$ for PTSR patients). This may indicate the impact of psychological traumatism on increasing the symptoms of hyperkinetic spectrum disorders (hyperactivity, impulsivity, inattention) and perceived by clinicians as secondary psychopathisation. Detection of signs of hyperkinetic disorder in premorbid ability to establish the correct diagnosis.

Having studied the clinical pathomorphosis of the symptoms of hyperkinetic disorder and PTSD in the participants of the fighting in the east of Ukraine, in the group of people with hyperkinetic disorder increased hyperactivity, impulsivity and inactivity with a slight increase in symptoms of PTSD (ASRS-v1.1 score: the first visit was 12 ± 1 , 3; second visit - $15 \pm 2,1$; third visit - $18 \pm 1,3$). Signs of hyperkinetic disorder in the group of combatants with a double diagnosis of hyperkinetic disorder and PTSD increased significantly more than in patients without comorbid PTSD (ASRS-v1.1 score: the first visit was $17 \pm 2,2$, the second visit was 22 ± 2 , 3; the third visit is $24 \pm 1,3$). Significant growth in the symptoms of intrusions, avoidance, severity of negative thoughts and increased reactivity ($p < 0,05$) was observed in the participants of the fighting with the early manifestation of PTSD. Such a modification of the clinical phenotype of the disorder indicates the probability of a more severe course of PTSD in the distant period after traumatization. Patients with an early manifestation of PTSD on the background of hyperkinetic disorder in the premorbid period in the aftermath of trauma had more

severe manifestations of symptoms as PTSD and hyperkinetic disorder.

Scientific novelty of the results is that the thesis first studied the prevalence of symptoms in adulthood hyperkinetic disorder and PTSD, provided their dual diagnosis in military personnel. The socio-demographic and clinical anamnestic characteristics of persons from PTSD and hyperkinetic disorder in premorbid who participated in combat operations were first studied. For the first time, the influence of psycho-traumatic factors on the course of hyperkinetic disorder and PTSD in participants of combat operations in the east of Ukraine was investigated. According to the results of a clinical catamnestic study, for the first time, the dynamics of the severity of the symptoms of hyperkinetic disorder and PTSD and the change in the general condition of combatants in the east of Ukraine were studied. In view of the data was first developed and introduced screening algorithm hyperkinetic disorder in adult, medical and social assistance to combatants with PTSD and hyperkinetic disorder in premorbid.

The practical significance of the results is the development of the screening algorithm on hyperkinetic disorder in adult, medical and social assistance to combatants with PTSD and hyperkinetic disorder in premorbid given their clinical typology, course, polymorphism and the presence of comorbid psychiatric disorders.

Survey results and conclusions are formulated for use in practice psychiatrists, psychologists, family doctors and other professionals who deal with issues of mental health, and can be used in teaching at various stages of preparation of qualified specialists in this field.

The results of the dissertation research have scientifically substantiated and developed the algorithm for the screening of hyperkinetic disorder and medical and social assistance to the participants of military operations on PTSD and hyperkinetic disorder in premorbid, which involves identifying persons with symptoms of hyperkinetic disorder, family history and those who had symptoms of hyperkinetic disorder in childhood, with subsequent formation an increased focus on the stage of primary health care for timely diagnosis and medical and social

support in the future, given the current comorbid diseases during secondary care.

In order to improve the diagnosis of hyperkinetic disorder in adults and the quality of medical and social rehabilitation, taking into account the clinical features of PTSD in participants in combat operations with hyperkinetic disorder in premorbid, it is recommended to screen hyperkinetic disorders and provide medical and social assistance to this category of persons by detecting symptoms of hyperkinetic disorder, a burden on their family history, as well as those who had manifestations of the mentioned disorder in childhood with the subsequent formation of groups of increased attention at the stage of provision of primary care to ensure timely Diagnostics and medical and social rehabilitation taking into account the existing comorbid pathology at the stage of secondary (specialized) medical care.

The proposed algorithm ensures the timely identification of persons with hyperkinetic disorder, adequate treatment and individualized medical and social assistance to combatants from PTSD and hyperkinetic disorder in premorbid, which contributes to reducing the level of psychological traumatization, restoring their health and improving the quality of life.

Key words: hyperkinetic disorder in adults, hyperactivity, impulsivity, behavioral disorder, hyperkinetic disorder, attention deficit disorder and hyperactivity, soldiers, post-traumatic stress disorder.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Plynyska T. Social adaptation impairment after the psychic trauma: ADHD role in premorbid. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22. № 3 (86). С. 12–14. *Дисертантом особисто відібрана та проаналізована література за темою дисертаційної роботи, ідентифікована проблема дослідження, проведений відбір, обстеження та систематизація матеріалу, здійснена інтерпретація результатів.*

2. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А., Булахова Л. О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22. № 4 (87). С. 34–37. *Дисертантом особисто відібрана та проаналізована література за темою дисертаційної роботи, ідентифікована проблема дослідження, проведений відбір, обстеження та систематизація матеріалу, здійснена інтерпретація результатів.*

3. Ільницька Т. Ю. Поширеність гіперкінетичного розладу серед учасників антитерористичної операції на сході України: соціодемографічні характеристики. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 2 (89). С. 96–99. *Дисертантом особисто відібрана та проаналізована література за темою дисертаційної роботи, ідентифікована проблема дослідження, проведений відбір, обстеження та систематизація матеріалу, здійснена інтерпретація результатів.*

4. Ільницька Т. Ю. Клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу у ветеранів військових дій на сході України під впливом посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 3 (90). С. 166–170. *Дисертантом особисто відібрана та проаналізована література за темою дисертаційної роботи, ідентифікована проблема дослідження, проведений відбір, обстеження та систематизація матеріалу,*

здійснена інтерпретація результатів.

5. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та постравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на сході України. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. № 4 (93). С. 23–25. *Дисертантом особисто відібрана та проаналізована література за темою дисертаційної роботи, ідентифікована проблема дослідження, проведений відбір, обстеження та систематизація матеріалу, здійснена інтерпретація результатів.*

6. Ільницька Т. Ю., Пінчук І. Я. Поширеність симптомів гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 4 (91). С. 212–216. *Дисертантом особисто відібрана та проаналізована література за темою дисертаційної роботи, ідентифікована проблема дослідження, проведений відбір, обстеження та систематизація матеріалу, здійснена інтерпретація результатів.*

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Ільницька Т. Ю. Гіперкінетичні розлади у дорослих (діагностичні критерії і коморбідні психічні розлади): матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, терапії та соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах», 23–24 квітня 2015 р., Київ. *Архів психіатрії*. 2015. Т. 21. № 1 (80). С. 164–165. *Дисертантом запропонована гіпотеза дослідження, проведений набір матеріалу, аналіз та інтерпретація отриманих даних.*

8. Ilnytska T., Martsenkovska I. PTSD in patients with history of ADHD: clinical polymorphism and features of therapy. XXII Congress of the World Association of Social Psychiatry, 30 November – 4 December, 2016, New Delhi, India. *Indian journal of social psychiatry*. 2016. Vol. 32, issue 4. P. 472. *Дисертантом проведене обстеження клінічного матеріалу, здійснений аналіз та інтерпретація результатів.*

9. Ільницька Т. Ю. Роль розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю у преморбіді при психічній травмі: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», 27–29 квітня 2017 р., Київ. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 1 (88). С. 63–64. *Дисертантом проведене обстеження клінічного матеріалу, здійснений аналіз та інтерпретація результатів.*

10. Ilnytska T. Social adaptation impairment after the psychic trauma: ADHD role in premorbide. *DGPPN KONGRESS* 24–26 October, 2016. Berlin, Germany. P. 209. *Дисертантом проведене обстеження клінічного матеріалу, здійснений аналіз та інтерпретація результатів.*

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

11. Ильницкая Т. Ю. Актуальные вопросы диагностики и лечения РДВГ. *НейроNews: психоневрология і нейропсихіатрія*. 2015. № 6 (70). С. 6–9. *Дисертантом особисто відібрана та проаналізована література за темою дисертаційної роботи, ідентифікована проблема дослідження, здійснена інтерпретація даних.*

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ANNOTATION	8
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	14
ЗМІСТ	17
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	20
ВСТУП	21
РОЗДІЛ 1. ПОШИРЕНІСТЬ СИМПТОМІВ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ В ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	29
1.1. Клінічна картина гіперкінетичного розладу в дорослих	23
1.2. Поширеність гіперкінетичного розладу в дорослій популяції	23
1.3. Розповсюдженість гіперкінетичного розладу серед військовослужбовців	35
1.4. Коморбідні стани при гіперкінетичному розладі	36
1.4.1. Поєднання гіперкінетичного розладу та вживання психоактивних речовин	37
1.4.2. Поєднання гіперкінетичного розладу та тривожно-афективних розладів	37
1.4.3. Поєднання гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу	39
1.5. Якість життя хворих на гіперкінетичний розлад	41
1.6. Лікування та реабілітація осіб із гіперкінетичним розладом	42
1.6.1. Медикаментозне лікування	42
1.6.2. Психоосвітні інтервенції	43
1.6.3. Психотерапевтичні інтервенції	43
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ОСІБ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	46
2. 1. Етапи та дизайн дослідження	49
2.2. Загальна характеристика методів дослідження	53

2.2.1. Соціально-демографічний та клініко-анамнестичний методи дослідження	53
2.2.2 Клініко-психопатологічний метод	54
2.2.3. Психодіагностичний метод	56
2.2.3.1. Шкала повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю в дорослому віці	57
2.2.3.2. Шкала симптомів посттравматичного стресового розладу – цивільна версія	58
2.2.3.3. Опитувальник про стан здоров'я пацієнта	61
2.2.3.4. Шкала оцінки якості життя	
2.2.4. Клініко-катамнестичний метод	61
2.2.5. Математико-статистичний метод	62
2.3. Загальна характеристика обстежених пацієнтів	63
РОЗДІЛ 3. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ У ПРЕМОРБІДІ	
3.1. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики осіб з гіперкінетичним розладом у преморбіді, що брали участь у бойових діях	69
3.2. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики осіб, які були включені в дослідження	74
3.3. Вплив психотравмуючих факторів на перебіг гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України	78
3.4. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України	82
РОЗДІЛ 4. РОЗРОБКА АЛГОРИТМУ СКРИНІНГУ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	

ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ І ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ У ПРЕМОРБІДІ	90
4.1. Обґрунтування принципів створення алгоритму скринінгу гіперкінетичного розладу та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом в преморбіді	90
4.2. Розробка алгоритму скринінгу гіперкінетичного розладу та медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом в преморбіді	92
ВИСНОВКИ	100
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	102
ДОДАТОК А	123
ДОДАТОК Б	124
ДОДАТОК В	125

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ГКР	– гіперкінетичний розлад
ГСР	– гострий стресовий розлад
ДІ	– довірчий інтервал
КПТ	– когнітивно-поведінкова терапія
МДБ	– мультидисциплінарна бригада
МКХ -10	– міжнародна класифікація хвороб, 10-й перегляд
ПАР	– психоактивні речовини
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
РДУГ	– розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю
РХП	– розлади харчової поведінки
ASRS-v1.1	– шкала повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю в дорослому віці
DSM	– посібник із діагностики й статистики психічних розладів
PCL-C	– шкала симптомів посттравматичного стресового розладу – цивільна версія
PHQ	– опитувальник стану здоров'я
PPV	– діагностична цінність позитивного результату

ВСТУП

Актуальність дослідження. Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який за останні роки набув актуальності в Україні, попри досить чіткі критерії його визначення, лишається проблемною в реальній клінічній практиці (І.Я. Пінчук, 2015; Н.О. Марута, 2016). Значною мірою це обумовлено не лише проявами стигматизації та самостигматизації, а й наявністю коморбідних станів, коли симптоми ПТСР перекриваються, маскуються або спотворюються іншими соматичними і психічними розладами (І.Я. Пінчук, 2016).

Одним із таких коморбідних станів є гіперкінетичний розлад (ГКР), який характеризується моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю і призводить до виражених порушень функціонування індивіда в основних сферах життя (R.C. Kessler, 1995; L.A. Adler et al., 2004; Z. Adams et al., 2015).

Досить тривалий час науковці вважали, що ГКР характерний тільки для дитячої популяції. Однак у 70-х роках XIX ст. з'явилися наукові публікації, у яких описано симптоми ГКР у дорослих, а 1987 року в DSM-III-R окремо виділено розділ, присвячений діагностиці ГКР в осіб дорослого віку. Пізніше схожі дані було отримано також у результаті ретроспективних досліджень (R.A. Barkley et al., 2002; M.D. Glick, 2009). На підставі даних дослідження коморбідності (NCS-R, 2004) поширеність гіперкінетичного розладу в дорослій популяції становить 4,4 % (L. Adler et al., 2008). Зокрема, особи із зазначеною нозологією в дорослому віці рідко звертаються за допомогою до лікарів, що здебільшого призводить до виникнення супутніх психічних захворювань і негативних соціальних наслідків. Серед дорослих осіб із ГКР 79 % мають коморбідний психічний розлад (R.A. Barkley, 2006), із яких 20–45 % притаманна антисоціальна поведінка, 25 % характерний антисоціальний розлад особистості; 12 % зловживають алкоголем/наркотичними речовинами або мають афективні, тривожні, соматоформні розлади та ін.

Отже, сьогодні є достатньо даних, що підтверджують можливість збереження симптомів гіперкінетичного розладу в дорослому віці. Результати сучасних досліджень свідчать про можливі значні негативні соціальні наслідки ГКР як для самого пацієнта, так і для суспільства загалом. Так, в осіб із ГКР без адекватного лікування частіше спостерігаються ознаки дезадаптації, вони часто змінюють місце роботи та скоюють антисоціальні вчинки, що можуть призводити до значних економічних витрат задля ліквідації наслідків такої поведінки.

Діагностика ГКР у дорослих є складною процедурою, особливо, коли діагноз не був встановлений у дитячому віці. У міжнародній класифікації психічних хвороб 10-го перегляду (МКХ-10 – The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines) розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю віднесено до рубрик F90 (гіперкінетичні розлади) і F84.4 (гіперкінетичні розлади, що поєднуються з розумовою відсталістю та стереотипними рухами). В такий спосіб розмежовано два патологічні процеси: розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю та первазивні розлади з гіперактивністю. Крім того, у межах рубрики F90 розрізняють F90.0 (порушення активності та уваги) – розлад, при якому в клінічній картині домінують порушення концентрації уваги і відволікаємість, та F90.1 (гіперкінетичні розлади поведінки) – розлад із дефіцитом уваги та імпульсивністю. До того ж у DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/4th edition, text revision) використовують подібні дефініції: «стани з дефіцитом уваги», «гіперактивний розлад із дефіцитом уваги». Акцент робиться на тому факті, що саме дефіцит уваги є ключовим розладом при гіперактивності. Зокрема, у DSM-5 виділяють декілька підтипів ГКР: переважно з порушенням уваги, переважно з гіперактивністю чи імпульсивністю, змішаний. Саме у 5-й редакції DSM для того, щоб відобразити дані останніх досліджень, які демонструють стійкість симптоматики ГКР у дорослому віці, були внесені зміни щодо визначення цього стану.

Для вирішення багатьох питань, пов'язаних із ГКР, важливим наразі залишається розуміння механізмів його виникнення. Останні дані сучасних досліджень свідчать про наявність функціонального дефіциту префронтальної кори, яка відповідає за робочу пам'ять, увагу, організованість, самоконтроль та імпульсивність. Проте механізм цього дефіциту цілком не вивчений (S.V. Faraone et al., 2000; M.D. Glick, 2009). Результати численних досліджень підтверджують роль генетичного компонента в розвитку ГКР, незважаючи на те, що сам генетичний фактор не зумовлює наявності чи відсутності розладу. Дані метааналізу понад 1 тис. 800 досліджень продемонстрували, що спадкова детермінованість становить 75–91 % (L. Zhang et al., 2012). У великому популяційному дослідженні було виявлено, що у 84 % дорослих із симптомами ГКР щонайменше одна дитина мала симптоми вказаного розладу (S.V. Faraone et al., 2002). Також підтверджено роль впливу комбінованих середовищних чинників (A.J. Caspi et al., 2005).

Пацієнти з ГКР мають гірші показники соціальної адаптації, у них частіше спостерігаються розлади поведінки, що може бути предиктором більшої уразливості психіки в умовах хронічного стресу. Нині наявні лише поодинокі дослідження, присвячені цій проблематиці (K.M. Antshel et al., 2014). Але отримані результати є доволі суперечливими. Хоча в українській популяції дослідження щодо поширеності ГКР в осіб дорослого віку не проводили. Бракує наразі даних клінічних досліджень щодо поліморфізму симптомів ГКР при тяжкій травматизації з розвитком ПТСР. Таким чином, необхідність вивчення поширеності ГКР у дорослій популяції, клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді, а також нагальна потреба в розробленні алгоритму скринінгу та реабілітації обумовили актуальність дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та

наркології МОЗ України, за темою «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» (2015–2017 рр., № державної реєстрації – 0113U001212).

Мета і задачі дослідження. Метою дисертаційного дослідження було покращення діагностики та якості медико-соціальної допомоги на підставі вивчення клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді.

Згідно з поставленою метою визначено такі задачі:

1. Вивчити соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики учасників бойових дій із посттравматичним розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді.
2. Дослідити вплив психотравмуючих факторів на перебіг гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України.
3. Вивчити клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України.
4. Розробити алгоритм скринінгу гіперкінетичного розладу в дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді.

Об'єкт дослідження: ПТСР у ветеранів бойових дій на сході України з ГКР в анамнезі.

Предмет дослідження: поширеність і клінічні особливості симптомів ПТСР у ветеранів бойових дій на сході України з ГКР у преморбіді.

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-катамнестичний, статистичний.

Для вивчення історії життя осіб із гіперкінетичним розладом і динаміки

розвитку захворювання послуговувались соціально-демографічним і клініко-анамнестичним методами, які базувались на інформації, наданій безпосередньо пацієнтами, а також на підставі результатів аналізу медичної документації. Збір необхідних даних здійснювався шляхом проведення структурованого клініко-анамнестичного інтерв'ю із заповненням уніфікованої карти дослідження пацієнта з ПТСР і ГКР у преморбіді та подальшим вивченням соціально-демографічних і клініко-анамнестичних показників.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих діагностичних підходах із використанням дослідних діагностичних критеріїв МКХ-10 для визначення особливостей клінічної картини ГКР і ПТСР. Зокрема, комплексна оцінка психічного статусу пацієнта включала аналіз його поведінки під час інтерв'ю та функціонування основних сфер психічної діяльності.

Психодіагностичний метод полягав у використанні скринінгової шкали повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale) і шкали симптомів ПТСР – цивільна версія (PTSD checklist – Civilian Version – PCL-C). Для оцінювання стану здоров'я та виявлення психічних розладів непсихотичного генезу був застосований опитувальник про стан здоров'я пацієнта PHQ та шкала оцінки рівня якості життя (О.С. Чабан, 2008).

Клініко-катамнестичним методом послуговувалися для визначення динаміки тяжкості симптомів ГКР і ПТСР та зміни загального стану пацієнтів.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою програми SPSS statistics 20, використовуючи методи варіаційної статистики, кореляційного та факторного аналізу.

Наукова новизна одержаних результатів. У дисертаційній роботі вперше досліджено поширеність симптомів ГКР у дорослому віці та ПТСР за умови їхньої подвійної діагностики у військовослужбовців. Вперше вивчено соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики осіб із

ПТСР і ГКР у преморбіді, що брали участь у бойових діях. Уперше досліджено вплив психотравмуючих факторів на перебіг ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України. За результатами клініко-катамнестичного дослідження вперше вивчено динаміку тяжкості симптомів ГКР і ПТСР та зміни загального стану в учасників бойових дій на сході України. З урахуванням отриманих під час виконання роботи даних вперше розроблено та впроваджено алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробленні алгоритму щодо скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, враховуючи їх клінічну типологію, перебіг, поліморфізм і наявність коморбідних психічних розладів.

Результати дослідження і сформульовані висновки призначені для застосування у практичній роботі психіатрів, психологів, сімейних лікарів та інших спеціалістів, які опікуються питанням охорони психічного здоров'я, а також можуть бути використані в навчальному процесі на різних етапах підготовки кваліфікованих фахівців у цій галузі.

У процесі дисертаційного дослідження розроблено алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді та впроваджено в лікувально-діагностичну роботу Територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві; Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, с. Циблі; Комунальної лікувально-профілактичної установи «Міська психіатрична лікарня № 7 м. Маріуполь»; Київського міського психоневрологічного диспансеру № 1; Київського міського психоневрологічного диспансеру № 4.

Отримані наукові дані залучені до навчально-педагогічного процесу кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти

ім. П.Л. Шупика, кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою роботою. Автором визначена актуальність теми, сформульована мета та задачі дослідження, проведений аналітичний огляд вітчизняних та іноземних літературних джерел згідно з науковою темою дисертації. Самостійно здобувачем розроблений інструментарій дослідження (уніфіковану карту клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів із використанням клінічних опитувальників і шкал), проведений відбір пацієнтів і за допомогою вказаних методів обстежені 350 учасників бойових дій. Дисертантка самостійно сформувала базу даних отриманих результатів, провела їх статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію. Авторкою запропонований та апробований алгоритм скринінгу ГКР в осіб дорослого віку та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР та ГКР у преморбіді. Дисертанткою самостійно сформульовані основні теоретичні та практичні положення наукової роботи, власноруч написані всі розділи дисертації, автореферат і статті за темою дослідження, оформлені таблиці та ілюстративний матеріал, сформульовані висновки. Результати роботи відображено в опублікованих наукових працях, доповідях, впроваджено у клінічну практику закладів охорони здоров'я та навчальний процес на різних етапах підготовки кваліфікованих фахівців у галузі охорони психічного здоров'я.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи були представлені на таких наукових заходах: науково-практична конференція з міжнародною участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, терапії та соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах», 23–24 квітня 2015 р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», 14–15 квітня 2016 р., м. Київ, Україна; DGPPN KONGRESS 2016, 24–26 жовтня 2016 р., м. Берлін, Німеччина; XXII Congress of the World Association of Social

Psychiatry, 30 листопада–4 грудня, 2016 р., м. Нью-Делі, Індія; V Національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», 16–17 березня, 2017 р., м. Харків, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення», 27–29 квітня 2017 р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «На межі компетенції психіатрії та неврології: депресії та тривожні розлади при епілепсіях, первазивних розладах розвитку, дегенеративних захворюваннях нервової системи», 2–3 листопада 2017 р., м. Львів, Україна.

Дисертаційна робота розглянута і рекомендована для офіційного захисту на засіданні апробаційної ради Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології (протокол від 18 грудня 2017 р. № 4).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових праць, з яких: 5 статей – у спеціалізованих фахових виданнях, що затверджені МОН України (з них 3 статті в моноавторстві); 1 стаття – у міжнародному фаховому журналі, що включений до наукометричної бази даних; 1 стаття – у журналі для профільних спеціалістів; 4 роботи у вигляді наукових матеріалів, тез конференцій, форумів і конгресів.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 145 сторінках друкованого тексту (з них 110 сторінок – основний текст) і складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Робота ілюстрована 20 таблицями та 10 рисунками. Список використаних джерел містить 186 праць, з яких 175 – іноземними мовами.

Розділ 1

ПОШИРЕНІСТЬ СИМПТОМІВ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ В ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1 Клінічна картина гіперкінетичного розладу в дорослих

Гіперкінетичні розлади (ГКР) прийнято вважати захворюваннями дитячого віку, але згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, вони належать до поведінкових та емоційних розладів, які переважно починаються в дитячому та підлітковому віці. Тобто при дорослішанні симптоми повністю не зникають, а набувають іншої клінічної картини [1].

Гіперкінетичні розлади (F 90) об'єднують в одну групу різні стани: F 90.0 — Порушення активності та уваги (розлад або синдром з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ), гіперактивний розлад дефіциту уваги); F 90.1 — Гіперкінетичний розлад поведінки; F 90.8 — інші гіперкінетичні розлади; F 90.9 — Гіперкінетичний розлад не уточнений [2].

У дитячому віці вказана група розладів характеризується такими рисами, як неуважність, гіперактивність, імпульсивність. Залежно від переваги того чи іншого симптому в клінічній картині дитини у кожному конкретному випадку встановлюється певний варіант ГКР: із переважанням неуважності, із переважанням гіперактивності або змішаний тип. При дорослішанні в підлітковому віці у 50–80 % дітей із діагностованим раніше розладом симптоми ГКР зберігаються, проте видозмінюється клінічна картина, а саме: гіперактивність у підлітків значно знижується, або зникає зовсім, проте зберігаються порушення уваги та імпульсивність. Зокрема, їх поведінку вирізняють такі ознаки, як: несамотійність, безвідповідальність, труднощі в організації та завершенні виконаних доручень (особливо тривалої за часом роботи), наростання непорозумінь у взаєминах з оточуючими, нерозважлива поведінка (поєднана з невиправданим ризиком), порушення функціонування, недотримання правил, соціальних

стандартів і законодавчих норм [3].

Наразі діагностика ГКР у дорослих є достатньо проблематичною, оскільки вказаний розлад залишається поза увагою лікарів, у результаті чого такі хворі не отримують належної допомоги [1]. До того ж ГКР часто маскується під такими станами, як тривога, біполярний афективний розлад, зловживання психоактивними речовинами.

Діагноз ГКР у дорослих осіб (старше 18 років) вимагає наявності меншої кількості симптомів, аніж у дітей. У діагностичній і статистичній класифікації хвороб 5-го перегляду (DSM-5) змінилися критерії ГКР у пацієнтів дорослого віку. Так, комплекс заходів і досліджень з метою встановлення діагнозу та призначення ефективного лікування, тепер можливий за наявності лише п'яти симптомів із будь-яких двох категорій, хоча раніше необхідними були шість симптомів. Зокрема, у пацієнта можуть спостерігатися ознаки з однієї групи (дефіцит уваги чи гіперактивність з імпульсивністю) або їх комбінація з обох груп. У дорослих осіб частіше відмічаються симптоми з однієї групи, тоді як у дітей переважно одночасно фіксують прояви з різних груп [7].

Групи симптомів ГКР у дорослих:

1. Дефіцит уваги: важко зосередити увагу на окремих деталях; проблеми утримання уваги під час виконання завдань; неможливість уважно слухати; труднощі у виконанні певних задач, інструкцій; проблеми з організованістю; уникання ситуацій, які вимагають тривалих розумових зусиль; часта втрата важливих речей; легке переключення уваги на сторонні стимули, забудькуватість у повсякденних ситуаціях.
2. Гіперактивність з імпульсивністю: крутіння, вертіння на стільці; складно втриматись на одному місці; безцільна жвавість, особливо, коли це недоречно; незмога займатися тихими, спокійними справами у вільний час; потреба постійно перебувати у русі; надмірна балакучість; часті відповіді раніше за інших або перед поставленими запитаннями; проблеми з терпінням, очікуванням, нав'язливість

і надмірна активність стосовно оточуючих.

Серед обов'язкових критеріїв діагностики є: симптоми розладу, які спостерігалися ще до 12 років і проявлялися у понад двох середовищних аспектах життя людини (дім, школа, робота); знижена якість функціонування у трьох вищезгаданих сферах; зазначені прояви не задовольняють критерії інших розладів, симптоми зберігаються щонайменше 6 місяців [10]. Отже, діагностика ГКР у пацієнтів дорослого віку потребує детального вивчення саме анамнезу дитячого віку. Здебільшого слід звернути увагу на проблеми, що виникали у шкільні роки, оскільки часто саме у цьому віці згадана категорія осіб не встигала в навчанні та вважалася неуспішною [8].

Під час обстеження пацієнтів із ГКР в анамнезі найчастіше можна відмітити: труднощі в дотриманні часових рамок; непорозуміння на роботі; часта зміна місця роботи, яка не рідко пов'язана з проявами гніву; різні види залежності; проблеми вибудовування соціальних взаємин; антисоціальна поведінка та факти наявності симптомів ГКР у сім'ї. Взаємопов'язаними та супутніми критеріями вказаного розладу є низький соціально-економічний статус, порушення правил дорожнього руху, високий травматизм, проблеми із законом, зловживання алкоголем, тютюнопаління. У 81 % осіб із ГКР фіксуються інші діагнози, найчастіші серед яких — зловживання психоактивними речовинами, депресія та тривога [9].

Наразі діагностичний процес встановлення ГКР у дорослому віці залишається вкрай складною процедурою. Інструментами, які могли б підвищити його рівень, є самоопитувальники для пацієнтів. Серед найбільш інформативних можна виокремити такі: Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist; BarkleyAdult ADHD RatingScale; Brown Attention-Deficit Disorder Symptom Assessment Scalefor Adult; Connors Adult ADHD RatingScale [11].

Як свідчить практика, більшість осіб із ГКР не потрапляє в поле зору

психіатрів, тому важливим є увага психологів чи лікарів загальної практики до ознак, які можуть вказувати на цей розлад. Зокрема, глибокого вивчення потребує дослідження нейрокогнітивного рівня у пацієнтів [12,13].

Результати окремих досліджень свідчать про відсутність гендерних відмінностей у клінічній картині пацієнтів з ГКР [17–20] , хоча інші ж вказують на вираженішу симптоматику розладу в жіночій статі [15, 14, 16]. Часто саме в жінок ГКР є недіагностованим, проте розлад суттєво позначається на їхньому способі життя: виникають проблеми з батьками, на роботі та вдома, вони не справляються з домашніми справами, часто розлучаються, виховують дітей без батька та відчують труднощі в адаптації [15]. Так, Fedele et al. (2012) зазначили, що у жінок симптоми мають складніший характер і більшою мірою чинять вплив на їхнє функціонування. Навіть, зважаючи на різницю щодо частоти ГКР серед дівчаток і хлопчиків, все ж у дорослих пацієнтів жіночої статі спостерігається більш складна картина захворювання [16].

Одним із перших науковців, хто почав вивчати симптомами ГКР у дівчат, став психолог S. Hinshaw. Після публікації його досліджень було створено умови для того, щоб особи жіночої статі отримували належну допомогу [21]. Про особливості перебігу ГКР у жінок наголошувала також дослідниця J. iRucklidge, яка розробляла численні інформаційні листи та пропонувала відповідну систему допомоги вказаним категоріям хворих, це сприяло поширенню відомостей щодо гендерних відмінностей згаданого розладу.[22]. Лише протягом останніх 15 років ГКР у дорослих стало об'єктом прицільної уваги фахової спільноти науковців, а дослідження особливостей розладу в жінок є тенденцією сучасних вивчень згаданого розладу [23].

Згідно з інформацією Американської психологічної асоціації, в клінічній картині осіб жіночої статі відмічається маловиражена гіперактивність, натомість у них спостерігаються більш виражені проблеми з дефіцитом уваги [24]. У жінок із ГКР частіше народжуються діти

з симптомами цього ж розладу, тому діагностика вказаного захворювання у них досить часто відбувається вже після встановлення діагнозу ГКР у її дітей.

Факторами ризику розвитку ГКР науковці вважають: генетичну передиспозицію; тютюнопаління; вживання психоактивних речовин під час вагітності; вплив токсичних речовин, особливо свинцю в молодому віці; низька маса тіла при народженні; пологова чи черепно-мозкова травма. ГКР зустрічається частіше у чоловіків, аніж у жінок, причому в останніх серед симптомів переважає здебільшого дефіцит уваги. Для пацієнтів із ГКР також характерною ознакою є поєднання згаданого розладу з іншими психічними порушеннями [25].

1.2. Поширеність гіперкінетичного розладу в дорослій популяції

Одне з перших найбільш репрезентативних епідеміологічних досліджень ГКР у дорослих встановило, що приблизно у 4,4 % американців діагностують вказаний розлад [26]. Під час оцінювання постійності симптомів, було визначено частку осіб, у яких симптоми після діагностики зберігаються постійно. У віці 25 років 15 % осіб повністю відповідають критеріям ГКР, а в подальшому відсоток осіб, які частково підпадають під критерії ГКР сягає вже 65 %, що свідчить про постійність вказаного розладу та малу ефективність лікувальних заходів [27].

За даними різних фахових джерел, від 30 до 70% ознак ГКР, які були виявлені в дитячому віці, зберігаються при дорослішанні [28–32]. На підставі математичної моделі Hill та Schoener було розраховано, що експоненціальне зниження частоти ГКР із віком становить від 0,8 % (у віці 20 років) до 0,5 % (у 40 років). Це дослідження є лонгітудинальним і має високий рівень доказовості, його результати доводять, що ГКР являє собою розлад, який не зникає з віком [33].

Група американських авторів вивчила дані із 29 штатів США з 1999 до 2010 року, щоб дослідити частоту ГКР у пацієнтів дорослого віку [34].

Вчені встановили, що захворюваність на ГКР зростає серед дорослих із 2,2 випадку на 1 тис. населення до 10,57 на закінчення процесу вивчення. Подібні результати було отримано й в інших дослідженнях [34–41].

За даними Інституту гіперактивного розладу [43] і на підставі метааналізу епідеміологічних досліджень, у світі поширеність ГКР становить у середньому від 5,29 % [44] до 7,1 % [45] — у дітей і підлітків та 3,4 % (приблизно від 1,2 до 7,3 %) — у дорослому віці [46]. Поширеність ГКР у пацієнтів віком до 6 років і після 44 років ще недостатньо вивчена [46]. Так, зростання захворюваності на вказаний розлад залежить від таких факторів, як вік, стать, переважання тих чи інших симптомів ГКР. До того ж ГКР часто поєднується з іншими порушеннями, такими як опозиційний розлад особистості, розлади поведінки, тривожний і депресивний розлади [47–53], що теж значно ускладнює чітке розуміння поширеності цієї нозології.

У DSM-5 зазначено, що культуральні особливості можуть чинити вплив на інтерпретацію симптомів ГКР, у результаті чого може відрізнятися й поширеність розладу залежно від національної приналежності [7, 44]. Так, на підставі окремих із них, було виявлено значущі відмінності щодо поширеності ГКР залежно від національності досліджуваних пацієнтів. В осіб дорослого віку найменш поширений вказаний розлад в Австралії та становить 1,1 %, тоді як у Франції – 7,3 % [46, 54, 55].

Слід зазначити, що дані метааналізів щодо поширеності ГКР можуть різнитись, оскільки ґрунтуються на різних діагностичних критеріях. Враховуючи критерії МКХ-10, поширеність ГКР у пацієнтів дорослого віку була нижчою і становила 2,42 % ($p = 0,044$), водночас за DSM-IV ця позначка сягала вже 4,09 % ($p = 0,009$) [2, 56, 57]. Крім того, на частоту виявлення розладу може впливати той факт, що симптоми ГКР переважно розглядаються як індивідуальні риси особистості [44–45].

2016 року ВООЗ здійснила великомасштабне дослідження, в якому було проаналізовано основні тенденції поширеності ГКР серед осіб

дорослого віку [57]. На підставі проведеного опитування 26 тис. 744 учасників із 20 країн із різним економічним рівнем встановлено, що середня частота ГКР дорівнює 2,8 %. Найвищий рівень поширеності зазначеного розладу було виявлено в країнах із високим рівнем економіки – 3,6 %, із середнім – 3,0 % і з низьким рівнем – 1,4 % населення. Результати дослідження засвідчили, що ГКР у дорослих зустрічається частіше серед чоловіків, які раніше були одружені та мають невисокий рівень освіти. До того ж особи з ГКР часто страждали на супутні психічні розлади, такі як тривога, афективні розлади, порушення поведінки. Також у цієї категорії осіб частіше спостерігалось зловживання психоактивними речовинами. Дослідники підсумували, що ГКР у пацієнтів дорослого віку є поширеним розладом, яке може призводити до значних проблем зі здоров'ям, погіршувати якість життя згаданої когорти осіб, а також часто поєднуватись з іншими психічними порушеннями, що залишаються здебільшого недіагностованими та нелакованими [57, 59]. Увагу клініцистів і вчених привертає ГКР-подібна симптоматика у дорослих осіб, оскільки погляди щодо симптомів та клінічної картини є різноманітними [10, 68–70, 71].

1.3. Поширеність гіперкінетичного розладу серед військовослужбовців

Американські вчені, вивчивши симптоми ГКР у 21,5 тис. діючих військовослужбовців, зробили висновок, що вказаний розлад є більш поширеним у досліджуваній групі, аніж серед загальної популяції [60]. Відповідно до діагностичного методу, поширеність ГКР серед військових становить від 7,6 до 9,0 % [4, 60–66]. В іншому великому національному дослідженні було встановлено, що симптоми ГКР спостерігаються у 4,4 % військовослужбовців США [4, 67].

Серед близько 1 тис. військовослужбовців морської та сухопутної армії під час військових дій в Іраку було виявлено у 2 % відповідність критеріям ГКР [72]. Проте в іншому дослідженні виявили в 5 разів вищу поширеність

ГКР, що становила 10,4 % [73]. Така розбіжність щодо отриманих даних вказує на потребу в подальшому вивченні цієї проблеми.

Одним із фундаментальних досліджень, присвячених вказаному напрямку, було вже згадане вище дослідження STARRS (Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers) [67]. Вчені обстежили 21 тис. 449 військових у період між травнем 2011 року до березня 2013 року. Військових було рандомізовано з різних структурних підрозділів, обстеження проводили в реальному часі (під час виконання військових обов'язків). Учасники заповнювали самоопитувальник ASRS [74]. На підставі застосованої адаптованої ВООЗ версії опитувальника 7,6 % військовослужбовців відповідали критеріям ГКР. При використанні альтернативної інтерпретації, коли для діагностики потребують узгодження лише 4 із 6 клінічних критеріїв, поширеність цього розладу сягала приблизно 9 і%. У віковій групі 25–29 років частота ГКР була в 1,5 раза вищою (10,3 %), ніж в осіб молодше 25 років. Навіть порівняно з групою 18–19 років, де частота становила 6,8 %, в осіб віком 30–39 років цей показник був також вищим і становив 9,6 %.

Отже, існують переконливі дані, які підтверджують високий рівень поширеності ГКР серед військовослужбовців, і водночас бракує відомостей щодо діагностики та лікування зазначеного розладу. Низький рівень діагностики ГКР у військовослужбовців позначається на виконанні ними функціональних обов'язків, а тому своєчасне виявлення вказаного розладу серед військового контингенту є вкрай важливим чинником, особливо в країнах, де відбуваються військові дії.

1.4. Коморбідні стани при гіперкінетичному розладі

Рівень коморбідної патології в осіб із ГКР має досить високі показники. Учені стверджують, що в половини з них діагностують щонайменше хоча б один коморбідний стан. Найпоширенішим є опозиційний розлад поведінки особистості [75–77].

1.4.1. Поєднання гіперкінетичного розладу та вживання психоактивних речовин

Наразі одним із найбільш вивченим комор бідним станом є поєднання ГКР і тютюнопаління, де було доведено, що особи із ГКР дужче схильні до куріння та починають палити в молодшому віці, курять більшу кількість цигарок за день. Така тенденція спостерігається як і в дитячому і підлітковому віці, так і в дорослому житті піддослідних [78, 79].

Дані метааналізу свідчать, що ГКР є одним із факторів ризику вживання алкоголю та інших психоактивних речовин [80, 81]. У чоловіків старше 25 років ризик розвитку залежності від алкоголю в 3,6 рази вищий, аніж у здоровій популяції. Особи з ГКР протягом життя мають вищий ризик зловживання канабіноїдами порівняно з тими, у кого відсутні симптоми згаданого розладу. Як свідчать отримані дані, наразі не було помічено статистично достовірної різниці щодо виду канабіноїдів. В осіб із ГКР в анамнезі ризик зловживання канабісом зростає в 3,4 рази (95 % ДІ = 2,00–5,80), а ризик залежності — в 3 рази, порівнюючи з особами без симптомів ГКР. Дані окремих досліджень підтверджують, що в осіб із ГКР ризик розвитку залежності від різних психоактивних речовин вищий майже всемо, аніж у здорової популяції [26, 82, 83].

Підтримуючи теорію, що особи з ГКР приймають психоактивні речовини для зниження проявів розладу, вчені довели, що в осіб вказаної когорти відмічалось підвищення рівня вироблення нейротрансмітерів, особливо дофаміну [84]. Тому в патогенезі ГКР, певно, відбувається поєднання саме імпульсивної поведінки та вживання психоактивних речовин із метою самолікування, яке призводить до відповідно високого рівня ризикованої поведінки серед таких хворих [85].

1.4.2. Поєднання гіпрекінетичного розладу та тривожно-афективних розладів

2016 року в Іспанії опубліковано результати мультицентрового

дослідження поперечного зрізу CAT (ComorbilidadenAdultoscon TDAN: «Comorbidity in adultwith ADHD») [53]. У дослідженні брали участь 78 лікарів різних спеціальностей, зокрема психіатри та неврологи. Метою вивчення було визначити та охарактеризувати психопатологічну обтяженість протягом усього життя в дорослих осіб з уперше виявленими симптомами ГКР. Так, у 66,2 % осіб виявлено хоча б один психопатологічний стан, найчастіше коморбідність спостерігалася при поєднаному типі ГКР — у 72,4 %, при ГКР із переважанням гіперактивності — у 69,6 % і при ГКР із дефіцитом уваги — 53,6 %. Середня кількість коморбідних розладів налічувала більше двох станів. Найпоширенішим коморбідним станом було вживання психоактивних речовин, яке зустрічалось у 39,2 % хворих. Наступними за частотою фіксувалися симптоми тривоги (23,3 %) та афективні розлади (18,6 %). Натомість серед тривожних розладів найпоширенішим є генералізований тривожний розлад (18 %), рідше констатували соціальну фобію, агорафобію, інші типи фобій, obsesивно-компульсивний розлад і посттравматичний стресовий розлад.

Серед афективних розладів в осіб із ГКР найчастіше відмічали великий депресивний розлад (депресивний епізод тяжкого ступеня) у 9,7 %, дистимію та біполярний афективний розлад. Розлади поведінки спостерігали у 7,8 % випадків, причому в чоловіків — у 9,8 %, тоді як у жінок у 3,0 % ($p = 0,0001$). Особи з ГКР часто страждали на розлади харчової поведінки, переважно в 11 % жінок фіксували булімію та у 3 % — анорексію.

Високу також поширеність афективних розладів в пацієнтів із симптомами ГКР відмітили при тривалому спостереженні. Частота тривожних розладів коливається від 30 до 50 % [88] та афективних — 30 % [17]. Хоча, за іншими даними, частота афективних розладів сягає 40,7 % [89]. Таку різницю даних можна пояснити тим, що до одних досліджень увійшли особи з уперше виявленим ГКР у дорослому віці, натомість до інших були залучені ті, хто тривалий час страждали на ГКР і спостерігалися в лікувальних закладах.

Для встановлення причинно-наслідкового зв'язку між афективними та тривожними розладами з ГКР було проведено дослідження ВООЗ щодо оцінювання відношення шансів [57]. Виявлено, що окремий симптом може підвищувати ризик розвитку ГКР, і навпаки, наявність ГКР асоціюється із цим симптомом. Результати порівняльних досліджень у різних країнах доводять очевидність того, що розпізнавання ГКР краще проводити через призму інших психопатологічних розладів [44, 56, 57, 59]. Зрозумілою є і важливість діагностики зазначеного розладу, оскільки маніфестація психічних порушень на тлі ГКР відбувається значно раніше, тоді як коморбідним станам частіше притаманний несприятливий і більш виражений перебіг, що суттєво знижують якість життя хворих, погіршуючи їх функціонування.

В такий спосіб отримані дані свідчать про достатньо високу частоту коморбідності ГКР з іншими розладами [4, 9, 17, 86, 87].

1.4.3. Поєднання гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу

Висока частота розвитку ГКР у військовослужбовців наштовхнула вчених на думку щодо можливого поєднання ПТСР і ГКР. Так, при обстеженні 95 військовослужбовців, серед яких 63 мали встановлений діагноз ПТСР та 32 — без діагнозу, пов'язаного зі стресом розладів, виявлено, що в осіб із ПТСР фіксувався вищий рівень гіперактивності, невгамовності, неуважності та проблем із пам'яттю; імпульсивність, емоційна лабільність були достовірно доведеними предикторами розвитку ПТСР [90].

ПТСР являє собою стан, який суттєво порушує функціонування індивіду та робить імовірно можливим приєднання інших психопатологічних розладів. Класичні симптоми включають повторні переживання минулих надзвичайних подій у думках, емоціях; нічні видіння; флеш-беки; постійне уникання соціальних ситуацій; порушення

сну та погіршення якості життя індивіда. Окрім того, особливістю ПТСР є надзвичайно висока спорідненість до інших психопатологічних порушень. У 88 % хворих на ПТСР протягом життя виявляється, як правило, ще інший психічний розлад [91]. Найчастіше ПТСР поєднується з афективними розладами (депресія), зловживанням психоактивними речовинами, тривожними розладами, хоча менш вивченим наразі залишається поєднання із ГКР. В одному із досліджень вчені зазначили, що 36 % чоловіків із ПТСР відповідали критеріям ГКР у дитинстві та 28 % відповідають на цей момент [92]. Як свідчать статистичні дані, поширеність ПТСР серед хворих на ГКР у 6 разів вища, ніж у загальній популяції [93]. Імовірно, така висока поширеність пов'язаних із стресом розладів у вказаній популяції зумовлена тим, що пацієнти з ГКР є більш вразливими до стресових чинників [94]. Іншим взаємопов'язуючим фактором асоціації цих двох розладів може бути нейрокогнітивний дефіцит, який лежить в основі розвитку обох нозологій [94- 99]. В деяких випадках було встановлено, що когнітивному дефіциту передувало травмування [100, 100].

Під ПТСР вивчалися випадки не лише виключно станів військового характеру, а й переживання важких психотравмуючих ситуацій у звичайному житті. Було досліджено коморбідність ГКР і ПТСР внаслідок психічної травми в дитячому віці [102]. При поєднанні обох розладів симптоми ГКР перебували в прямому кореляційному взаємозв'язку зі складністю отриманої травми, за винятком емоційної депривації. Так, зі зростанням тяжкості симптомів одного з розладів, як правило, ускладнюються симптоми і супутнього порушення.

Очевидним є те, що основні симптоми ГКР, такі як гіперактивність, дефіцит уваги та імпульсивність, видозмінюються під впливом ПТСР. У разі поєднання обох розладів спостерігалися більш виражені симптоми флешбеків і збудження, проте менш вираженими були симптоми уникання, ніж у хворих на ПТСР без ГКР [103]. Симптоми збудження перебували у взаємозв'язку зі симптомами ПТСР лише у разі ГКР із дефіцитом уваги,

але не з гіперактивністю та імпульсивністю. Дефіцит уваги був пов'язаний із епізодами збудження в учасників бойових дій [104]. Виявлено, що при поєднанні ГКР і ПТСР більш вираженими є симптоми дефіциту уваги та збудження. В інших дослідженнях асоціації між симптомами обох розладів виявлено не фіксували [73]. Беззаперечним залишається факт співіснування обох розладів, адже було зроблено висновок, що при поєднанні ГКР і ПТСР відбувається нібито накладання симптомів одного розладу на інший [105]. Результати більшості досліджень доводять згадані асоціації: у великій вибірці ветеранів війни з ПТСР 11,5 % відповідали критеріям ГКР, найчастіше з дефіцитом уваги [4, 63].

1.5. Якість життя хворих на гіперкінетичний розлад

Крім симптомів ГКР, на якість життя осіб із згаданим розладом чинять вплив проблеми в особистому житті, соціальному та професійному функціонуванні. Як правило, такі хворі менш успішні в професійній сфері, для них характерні непорозуміння та конфлікти на робочому місці [106 - 109], часто виникають складності з організованістю у повсякденному житті та фінансові проблеми [110]. Особи з ГКР відчують труднощі в установленні близьких взаємин, часто в більш молодому віці стають батьками і переважно незадоволені власним сімейним життям [108, 109]. Їм притаманна антисоціальна, небезпечна для життя поведінка, вони нерідко мають проблеми із законом і неодноразово стають учасниками дорожньо-транспортних пригод або інших загрозливих ситуацій [111, 112]. Зокрема, різні види залежності та проблеми із законам через розповсюдження та вживання наркотичних речовин достатньо часто також ускладнюють життя особам із ГКР [108, 113, 114], а разом з тим нарастають і симптоми захворювання [115, 116].

Високий рівень дистресу осіб із ГКР є суттєвою перешкодою до їх ефективного функціонування [120, 122]. Люди з ГКР зазначають, що життя для них є справжнім викликом долі. Крім того, додаткові страждання

виникають через супутні стани [123, 124, 125, 126, 127, 128, 87, 129 -134].

Для оцінювання якості життя пацієнтів із ГКР послуговуються, як правило, опитувальником ADHD-specific QoL та опитувальником AAQoL [117, 118, 119].

Таким чином, симптоми ГКР чинять прямий вплив на якість життя таких осіб, а тому потребують більш ретельної діагностики щодо коморбідності та розроблення ефективних стратегій лікування і реабілітації в разі поєднання декількох психічних розладів [135-137,138].

1.6. Лікування та реабілітація осіб з гіперкінетичним розладом

За даними Національного інституту психічного здоров'я, сьогодні не має єдиного виробленого загальноприйнятого методу лікування ГКР, хоча доступні інтервенції можуть зменшити тяжкість симптомів і покращити рівень функціонування зазначеної категорії осіб [25]. До таких методів належить: медикаментозне лікування, медико-соціальна реабілітація, навчальні та освітні тренінги, психотерапія чи їх поєднання.

1.6.1. Медикаментозне лікування гіперкінетичного розладу

Як свідчить практика, приймання належних медикаментозних засобів, як правило, асоційоване зі зниженням симптомів гіперактивності, імпульсивності, покращенням концентрації уваги на роботі чи під час навчання. До того ж фармакологічне лікування може покращувати фізичне самопочуття осіб із ГКР. Наразі найефективнішим і науково обґрунтованим є застосування психостимуляторів, рідше антидепресантів [4, 5, 6, 140]. Дорослі пацієнти з ГКР, які отримували таке лікування у віці до 18 років, мають достовірно кращі результати терапії та вищий рівень якості життя, порівняно з тими дорослими, які в дитинстві його не отримували [141-143, 144, 145 - 149]. В дослідженні щодо тривалості інтервенцій було виявлено, що лише 31,2 % хворих протягом 6 років продовжують приймати призначене лікування [150].

1.6.2. Психосвітні заходи

Психосвітні заходи для батьків, членів родини, вчителів являють собою необхідну складову допомоги дітям із ГКР, проте вони можуть бути ефективними й у дорослих осіб із ГКР. Метою психосвітніх заходів є усвідомлення самим пацієнтом наявності в нього розладу. Важливість таких інтервенцій має наукове обґрунтування [152-154] та є нагальною темою для обговорення на міжнародних конференціях [86]. Як свідчать практика, психосвітні заходи здатні покращити розуміння пережитих у минулому труднощів, знизити відчуття провини, підвищити рівень загального функціонування, а також уникнути проблем у майбутньому.

Група вчених, яка вперше порівнювала ефективність психосвітніх заходів із когнітивно-поведінковою психотерапією (КПТ) у дорослих, встановила, що психосвіта виявилася так само ефективною, як і психотерапія [151]. Психосвітні інтервенції продемонстрували так само високу ефективність, як і психотерапія в покращенні стану здоров'я дорослих із ГКР.

Розуміння проблем в осіб із ГКР має поширюватися не лише на близьких членів сім'ї, а на громадськість загалом для поліпшення якості життя хворих [155]. Досить часто саме завдяки рідним особи з ГКР звертаються за належною фаховою допомогою [156].

1.6.3. Психотерапевтичні інтервенції

Найбільш відомим і науково обґрунтованим сьогодні методом психологічного лікування дорослих із ГКР є КПТ [157, 158, 168], зокрема групова [159], а також комбінація КПТ із психосвітніми заходами [160], мета-когнітивна психотерапія [161, 162], діалектично-гуртова психотерапія [163, 164], майндфунлес-терапія [121, 165] та інші [162, 166, 167].

Застосування КБТ у дорослих із ГКР має на меті допомогти подолати труднощі у повсякденному функціонуванні, навчитись ефективного управління часом, організації та планування в коротко- і довгостроковій

перспективі.

Крім того, добре відомо, що дорослі з ГКР частіше, аніж дорослі у загальній популяції, страждають на супутні тривожні та депресивні розлади. Тому інтервенції, які поєднують КПТ депресії, тривоги, вживання психоактивних речовин, можуть бути досить корисним для багатьох пацієнтів із ГКР, навіть за неможливості застосування спеціально розроблених методів, безпосередньо орієнтованих на лікування саме гіперкінетичного розладу.

Підсумовуючи наведені нами в цьому розділі дані щодо аналізу поширеності симптомів ГКР у дорослій віці та рівня його коморбідності з ПСТР у військовослужбовців, встановлено, що на сьогодні існує достатньо даних, які підтверджують можливість збереження симптомів гіперкінетичного розладу у дорослому віці. Результати досліджень свідчать про можливі значні негативні соціальні наслідки ГКР як для самого пацієнта, так і для суспільства в цілому. Зважаючи на те, що ГКР у дорослому віці в Україні діагностується вкрай рідко, а клініко-психопатологічні особливості осіб із вказаним розладом недостатньо вивчені, це зумовлює відсутність належної своєчасної діагностики та запровадження оптимальних методів допомоги вказаній популяції осіб. Тому виявлення дорослих із ГКР у дорослому віці в нашій країні є нагальною проблемою, адже ця категорія хворих повністю позбавлена належної медичної допомоги, якої вона гостра потребує.

Оскільки, поширеність ГКР серед військовослужбовців є досить високою, а симптоми вказаного розладу часто призводять до модифікації перебігу ПТСР, зумовлюючи в такий спосіб поліморфізм його клінічних проявів, наразі вкрай актуальним залишається вивчення причинно-наслідкових зв'язків ГКР і ПТСР, патоморфозу їхніх клінічних ознак і застосування відповідних інтервенцій, що може суттєво полегшити перебіг як ГКР, так і ПТСР.

Нагальною є потреба створення алгоритму належної діагностики та

ефективної реабілітації учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді, який передбачає адекватне виявлення осіб із симптомами ГКР, з обтяженим сімейним анамнезом та тих, хто мав ознаки гіперкінетичного розладу в дитинстві, з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для своєчасної встановлення хвороби та отримання медико-соціальної підтримки з урахуванням наявної коморбідної патології на етапі вторинної фахової допомоги.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Ільницька Т. Ю., Пінчук І. Я. Поширеність симптомів гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України. // Архів психіатрії. – 2017. – № 4.
2. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А., Булахова Л. О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації // Архів психіатрії. – 2016. – № 4.
3. Ільницька Т. Ю. Поширеність гіперкінетичного розладу серед учасників антитерористичної операції на сході України: соціодемографічні характеристики // Архів психіатрії. – 2017. – № 2.
4. Ільницька Т. Ю. Клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу у ветеранів військових дій на сході України під впливом посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. – 2017. – № 3.
5. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на сході України // Український вісник психоневрології. – 2017. – № 4.

Розділ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ОСІБ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Антитерористична операція (АТО) на сході України пов'язана зі значною психологічною травматизацією учасників бойових дій, рівень якої значно вищий, ніж у звичайній популяції. Так, за даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, кількість військовослужбовців (учасників АТО) з уперше встановленим діагнозом «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації» (F43) у I півріччі 2016 року налічувала 285 осіб, це 20,8 % від загальної захворюваності на вказаний розлад. Зокрема,, учасники АТО з уперше в житті встановленим діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад» (F43.1) становили 57,6 % (208 осіб) від кількості всього населення з уперше в житті встановленим діагнозом F43.1 і 73,0 % від кількості учасників АТО з реакцією на тяжкий стрес і порушення адаптації. У психіатричних стаціонарах за вказаний період було проліковано 1 тис. 851 особу [177, 178, 179].

Відповідно до DSM-IV, нині виділяють такі типи перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР): гострий (до 3 місяців) і хронічний (понад 3 місяці), а також ПТСР із відстроченим початком захворювання (щонайменше через 6 місяців після впливу стресового чинника). Отже, згідно з DSM-IV усі зумовлені стресом розлади поділяють на три етапи: гострий стресовий розлад (ГСР), гострий ПТСР і хронічний ПТСР. Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

З виокремленням діагнозу ГСР у DSM-IV був введений критерій А. Так, окрім етіологічного фактора (психотравмуюча подія), для встановлення згаданого діагнозу необхідною умовою є наявність реакції індивіда на цю подію у вигляді переживання жаху і безпорадності (у дітей — дезорганізованої ажитованої поведінки). Таким чином, критерій

суб'єктивного сприйняття події як значущої загрози для особи стає неодмінним у разі діагностики ПТСР. Це, своєю чергою, обмежує групу постраждалих внаслідок певного стресового чинника тими індивідами, у яких він викликав душевне потрясіння.

Згідно з діагностичними критеріями МКХ-10, гостра реакція на стрес (F43.0) — це тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних порушень у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів поспіль; тоді як посттравматичний стресовий розлад (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуації винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже в будь-кого.

Симптоми ПТСР чинять дезадаптуючий вплив на життя пацієнтів і членів їхніх родин. До негативних наслідків зазначеного розладу належать: зростання рівня протиправних дій, агресивна поведінка, конфліктність, проблеми в сімейних стосунках, часта зміна місця роботи, фінансові труднощі, порушення соціальної взаємодії, ізоляція, або відчуження, небезпечне водіння транспортного засобу, зниження боєздатності військових частин.

Для пацієнтів із ПТСР характерною ознакою є наявність коморбідних психічних розладів. У 88 % пацієнтів із ПТСР протягом життя виявляється коморбідний психічний розлад [168]. Найчастіше він поєднується з афективними порушеннями (депресія), зловживанням психоактивними речовинами (ПАР), тривожними розладами та ГКР. Так, під час обстеження 95 військовослужбовців Adams Z. et al. (2015) виявили, що в осіб із ПТСР фіксувався вищий рівень гіперактивності, невгамовності, неуважності та проблем із пам'яттю, імпульсивність, емоційна лабільність були достовірно доведеними предикторами розвитку ПТСР, проте лише неуважність і порушення пам'яті були виявлені при поєднанні з ГКР, тоді як усі інші симптоми спостерігалися лише при поєднанні обох розладів [170]. Результати дослідження Adler L. A. et al. (2004) свідчать про те, що 36 % чоловіків із

ПТСР відповідали критеріям ГКР у дитинстві та 28 % відповідають на даний момент життя [171]. Крім того, за даними Antshel K. M. (2016), поширеність ПТСР серед хворих із ГКР у 6 разів вища, ніж у загальній популяції [172]. Найімовірніше, висока поширеність пов'язаних зі стресом розладів спричинена тим, що пацієнти з ГКР є більш вразливими до стресових факторів [173]. Іншим взаємопов'язуючим фактором згаданих розладів може бути нейрокогнітивний дефіцит, який лежить в основі розвитку і ПТСР, і ГКР.

Під впливом психологічної травматизації основні симптоми ГКР, такі як гіперактивність, дефіцит уваги та імпульсивність, можуть видозмінюватися. Ознаки ГКР, передусім, асоційовані з порушеннями активності та уваги, часто призводять до модифікації перебігу ПТСР, зумовлюючи поліморфізм його клінічних проявів [174]. Так, при подвійній діагностиці ГКР і ПТСР дослідники описують більш виражені реперезивання («флеш-беки»), симптоми збудження та дефіциту уваги, проте менш поширені прояви уникання, ніж у хворих на ПТСР без ГКР [175]. Беззаперечним є факт частоті коморбідності ГКР і ПТСР. У таких випадках можливе «накладання» ознак одного розладу на інший [176]. Дослідники описали два різновиди кореляційного зв'язку: між симптомами дефіциту уваги та симптомами збудження, уникання, анестезії та між гіперактивністю, імпульсивністю та симптомами психомоторного збудження та уникання. Адже дослідження причинно-наслідкових зв'язків ГКР і ПТСР, патоморфозу їхніх клінічних проявів і застосування відповідних інтервенцій може суттєво полегшити перебіг ГКР і ПТСР.

Проте, незважаючи на виражені дезадаптуючі наслідки як ПТСР, так і ГРК, питання щодо діагностики та менеджменту осіб із зазначеними розладами сьогодні залишається дискусійним.

Отже, дисертаційне дослідження має на меті підвищити рівень діагностики ГКР у дорослій популяції та якість медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді.

Відповідно до поставленої мети були визначені наступні завдання: вивчити демографічні та клініко-соціальні характеристики осіб із гіперкінетичним розладом у преморбіді, які брали участь у бойових діях; дослідити вплив психотравмуючих факторів на перебіг гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України; дослідити клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України; розробити алгоритм щодо підвищення рівня діагностики ГКР та реабілітації учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді.

2.1 Етапи та дизайн дослідження

Програмно-цільова організація дисертаційного дослідження мала чітку етапність і відповідну послідовність (рис. 2.1).

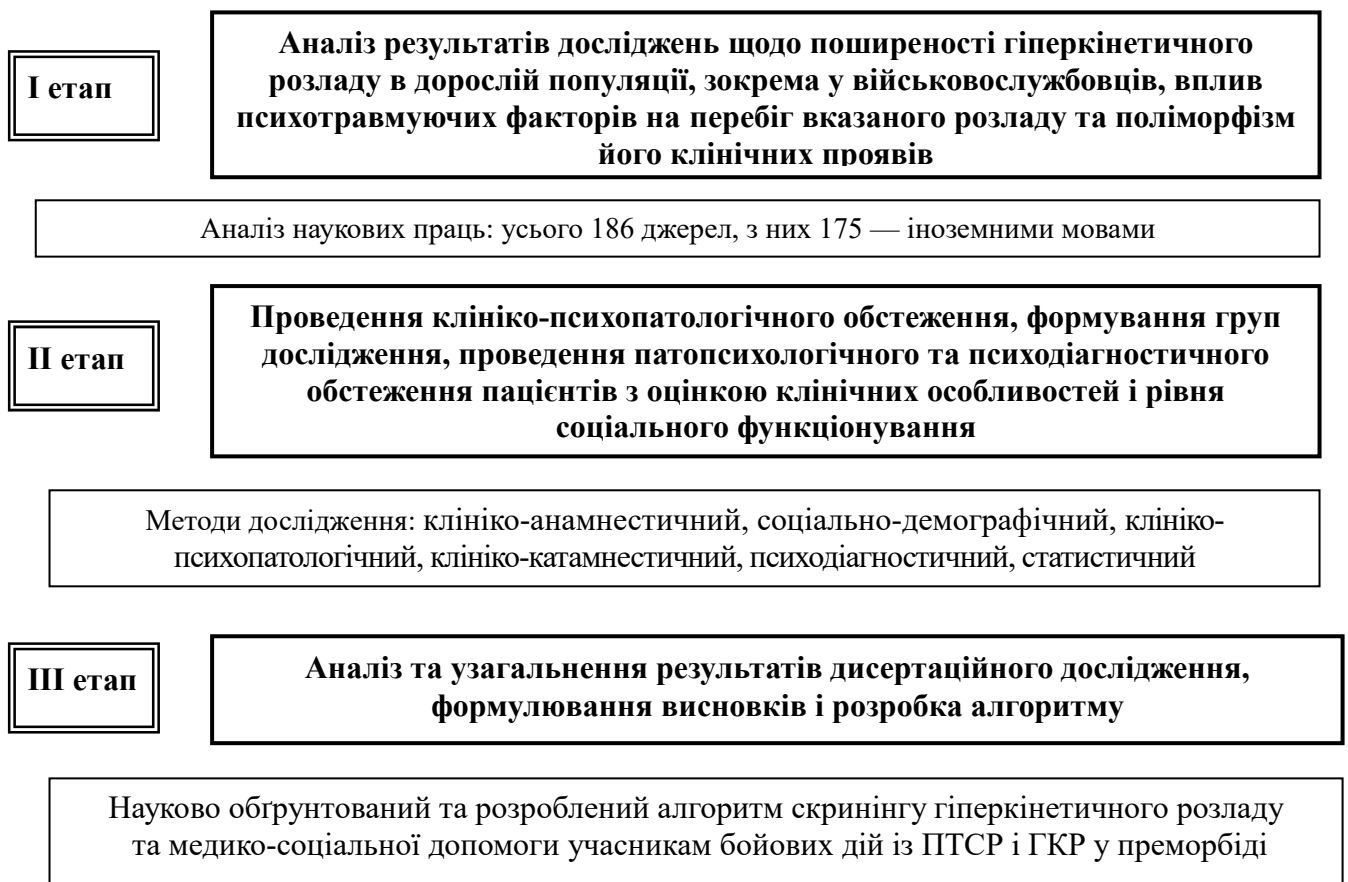


Рис. 2.1 Етапи дисертаційного дослідження

Дизайн дослідження передбачав скринінгову фазу, етап формування груп дослідження та психодіагностики, оцінювання результатів дослідження та розроблення алгоритму (рис. 2.2).

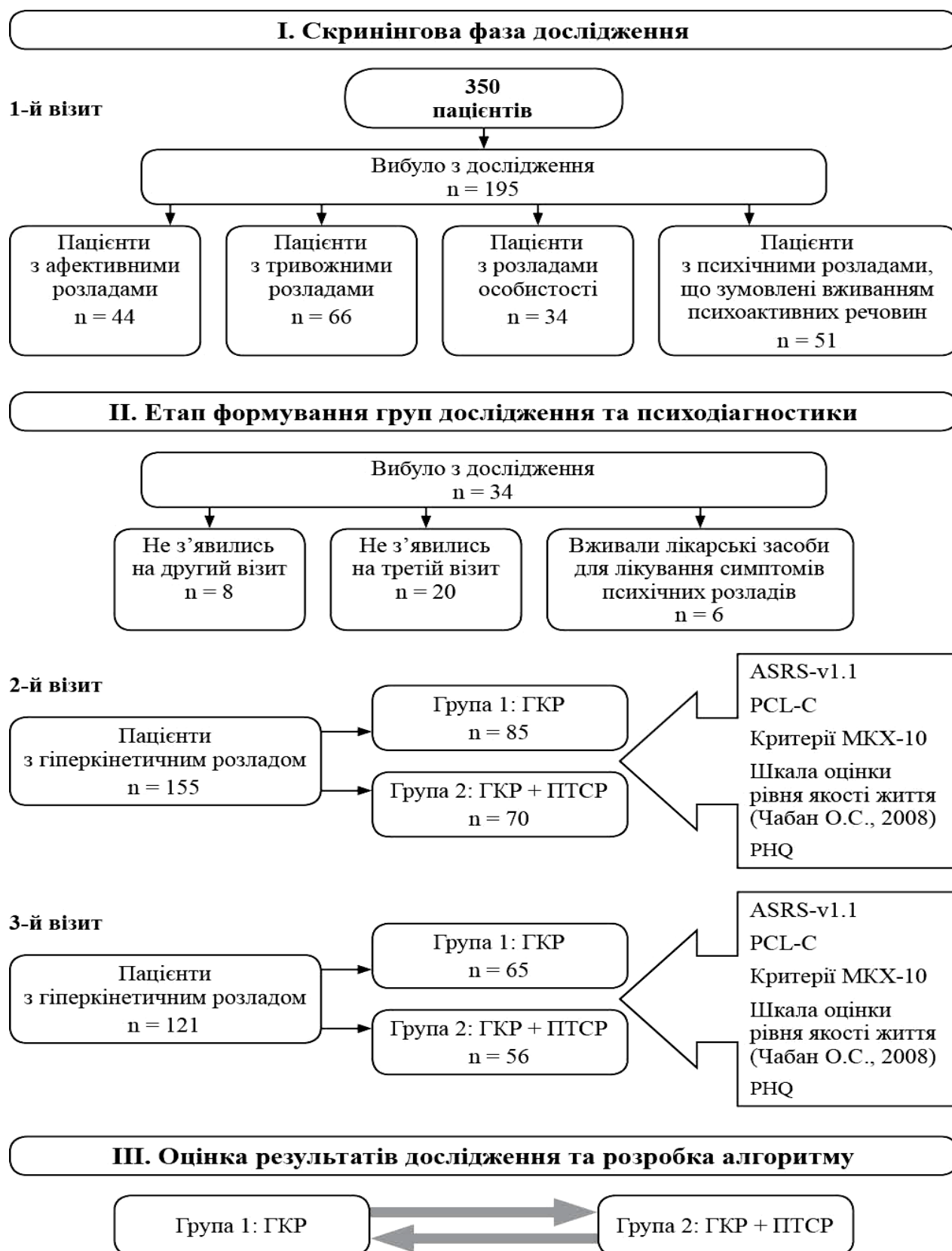


Рис 2.2 Дизайн дисертаційного дослідження

На першому етапі вивчено результати оглядових досліджень щодо поширеності гіперкінетичного розладу в дорослій популяції, зокрема у військовослужбовців, вплив психотравмуючих факторів на перебіг згаданого порушення та поліморфізм його клінічних проявів. Було проаналізовано 186 наукових літературних джерел іноземними та українською мовами.

На другому етапі проведено клініко-психопатологічне обстеження, сформовано групи дослідження, проведено патопсихологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів з оцінкою клінічних особливостей і рівня соціального функціонування. Так, за період з березня до грудня 2015 року здійснено скринінг 350 учасників бойових дій на сході України, які проходили лікування в Територіальному медичному об'єднанні «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві та Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни, с. Циблі, і виконувалось із дотриманням принципів біоетики та деонтології. Для подальшого обстеження відібрано 155 осіб, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 і DSM-IV для ГКР та мали симптоми ПТСР, які свідчили про психічну травматизацію. Включені до дослідження учасники бойових дій були поділені на дві групи:

- 1) учасники бойових дій із ГКР та окремими симптомами ПТСР (n = 85);
- 2) учасники бойових дій із ГКР та ПТСР (n = 70).

Варто зазначити, що в осіб із ГКР (перша група) відмічались окремі симптоми ПТСР, проте не виконувалися вимоги критерію А, тому діагноз ПТСР їм не встановлювався.

З дослідження були виключені особи, у яких згідно з МКХ-10 виконувалися діагностичні критерії для діагностики афективних розладів (епізоди депресії, епізоди змішаних і маніакальних станів, циклотимії, дистимії; n = 44), тривожних розладів (n = 66), розладів особистості (n = 44), порушень, зумовлених вживанням алкоголю та ПАР (n = 51).

Для опису клінічного патоморфозу симптомів гіперкінетичного розладу

та постравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України було проведено аналіз результатів анамнестичного та дворічного катамнестичного клінічного дослідження.

Щоб знизити ризики неявки на зустріч із лікарем, перед кожним візитом усі учасники дослідження в телефонному режимі отримували нагадування про заплановану зустріч. Однак через різні обставини на повторний візит не з'явилися 8 осіб (5,6 %). Тоді як через 2 роки поспіль на консультацію не приїхали 20 осіб (13%). Крім того, з дослідження були виключені особи, які протягом дослідного періоду вживали медикаментозні засоби для лікування симптомів психічних розладів — 6 осіб (3,4 %). Загальна кількість осіб, що внаслідок різних причин не завершили дослідження, становила 34 особи (22 %). Дослідження завершила 121 особа (78 %).

Таким чином, діагноз гіперкінетичного розладу було підтверджено у 65 учасників бойових дій, подвійна діагностика ГКР і ПТСР спостерігалася у 56 осіб (рис.2.3).

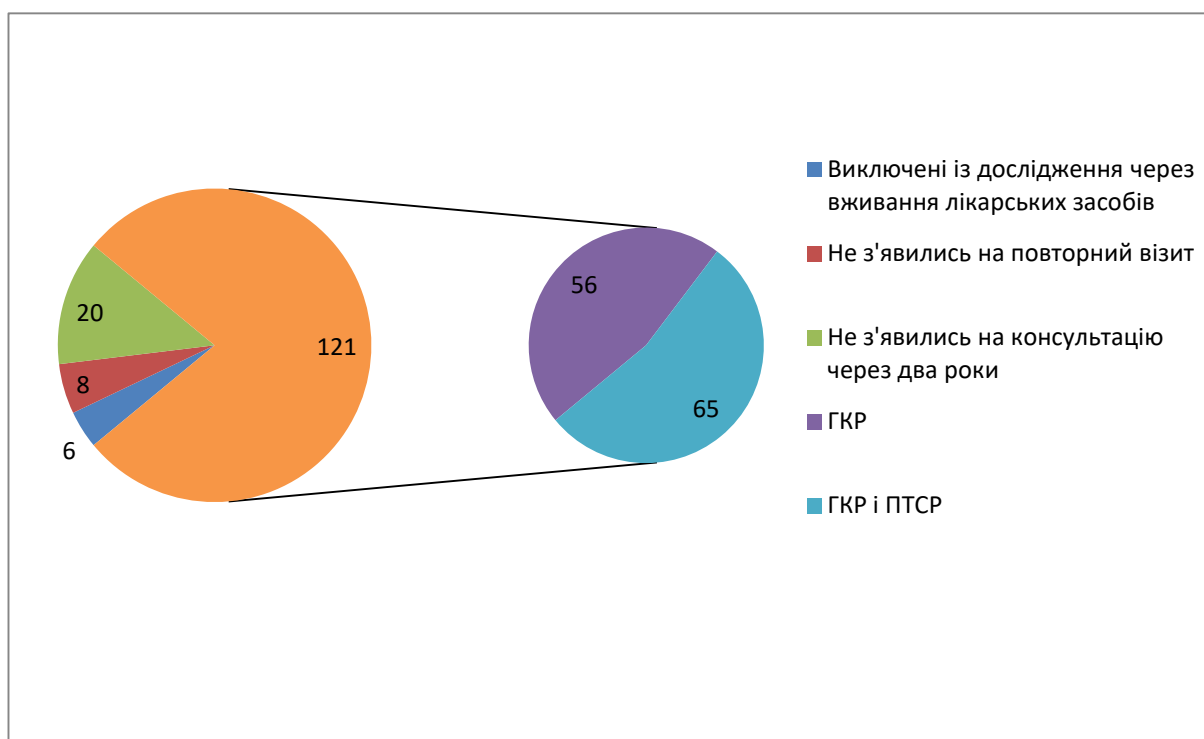


Рис. 2.3 Розподіл осіб, які були включені до дослідження, та тих, хто його не завершив

Сформовано дві порівняльні групи:

- 1) учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом ($n = 65$);
- 2) учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом і ПТСР ($n = 56$).

На третьому етапі проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження; сформульовано висновки та розроблено алгоритм для діагностики ГКР і медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій на сході України з ПТСР і ГКР у преморбіді.

2.2 Загальна характеристика методів дослідження

Вибір методів дослідження ґрунтувався на сучасних, найбільш інформативних і діагностично значущих способах. Розлади психіки та поведінки діагностували згідно з критеріями розділу V «Психічні розлади» МКХ-10. Обстеження та аналіз досліджуваних груп пацієнтів проводили із застосуванням розробленої «Уніфікованої карти обстеження учасників бойових дій із ПТСР та ГКР у преморбіді».

Зокрема, були використані такі методи, як: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

2.2.1 Соціально-демографічний та клініко-анамнестичний методи дослідження

Для вивчення історії життя осіб із гіперкінетичним розладом і власне динаміки розвитку захворювання використовували соціально-демографічний і клініко-анамнестичний методи, що базувались на наданій пацієнтом інформації, а також на підставі даних аналізу медичної документації. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні дані осіб, які пройшли скринінгове обстеження, було проаналізовано за такими показниками: стать, вік, освіта, сімейний стан, вид служби, порушення дисципліни та травматичні події під час військової служби, наявність шкідливих звичок, вчинення антисоціальних дій, звернення до психіатра в анамнезі. Окрім того, було

досліджено анамнез життя й хвороби пацієнта, особливості розвитку, виховання, навчання, трудової діяльності, мікросоціальних контактів тощо.

Збір необхідних даних здійснювали шляхом проведення структурованого клініко-анамнестичного інтерв'ю відповідно до сучасних стандартів інтерв'ювання у психіатрії.

Отриману інформацію заносили до електронної бази первинних даних (у програмі електронних таблиць Microsoft Excel) за алгоритмом спеціально створеної «Карті клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів із гіперкінетичним розладом». Такий алгоритм обробки та аналізу отриманої інформації оптимізував зберігання і пошук даних у динаміці, що дало змогу сформувати електронну базу необхідної інформації для подальшої роботи в статистичних програмних пакетах.

2.2.2 Клініко-психопатологічний метод

Для визначення особливостей клінічної картини захворювань, що вивчались, був застосований клініко-психопатологічний метод, який ґрунтувався на загальноприйнятих діагностичних підходах із використанням дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10. Комплексна оцінка психічного статусу хворого включала аналіз його поведінки під час інтерв'ю та функціонування основних сфер психічної діяльності.

Клінічне інтерв'ю здійснювали відповідно до сучасних стандартів інтерв'ювання у психіатрії. Його специфічними особливостями є дослідження наявності основних симптомів ГКР, їх проявів у різних середовищах і за різних обставин, а також впливу розладу на різні сфери життя. При діагностиці ГКР важливо з'ясувати історію розвитку особи в дитячому віці, час появи симптомів ГКР та їх модифікацію з віком. Зважаючи на високий рівень коморбідності при ГКР, частина клінічного інтерв'ю мала бути скерована на виявлення саме симптомів супутніх розладів.

У межах клініко-феноменологічного підходу було вивчено загальні

анамнестичні дані, спадкову обтяженість нервово-психічними розладами, особливості раннього психофізичного розвитку, преморбідні риси особистості, захворювання, що були перенесені на різних етапах життя пацієнта. Пацієнти обох груп порівняння були дослідженні щодо наявності та характеру змін особистості, існування та особливостей проявів ГКР у дитячому та дорослому віці, клінічних ознак ПТСР, ступеня вираженості, поліморфізму та патоморфозу симптомів зазначених розладів. У всіх піддослідних оцінювали соматичний та неврологічний статус, приділяючи особливу увагу наявності симптомів органічного ураження головного мозку. Окрім того, значна увага приділялась способу життя пацієнта, колу його інтересів, характеру соціальних взаємовідносин.

Важливим етапом встановлення діагнозу ГКР було проведення диференційної діагностики зазначеного стану з іншими розладами, що можуть проявлятися схожими симптомами. Ця процедура може бути ускладнена через велику кількість патологічних станів, при яких симптоми ГКР є якості початковими або вторинними ознаками.

Дані, що було отримано за допомогою клініко-психопатологічного методу, аналізували на предмет відповідності діагностичним критеріям розділу V «Психічні розлади» МКХ-10. Ретельний збір та аналіз скарг пацієнта, відомостей соматичного та психічного статусів на момент первинного огляду та в динаміці стали основою для формулювання результатів дисертаційного дослідження.

2.2.3. Психодіагностичний метод

Анкетні методи тестування допомагають структурувати і стандартизувати процес отримання діагностично важливої інформації про пацієнта. Самоопитувальники — це швидкий і доволі зручний спосіб отримання важливої інформації під час первинної діагностики ГКР.

Для діагностики ГКР у дорослих найчастіше використовують такі види самоопитувальників:

- а) ретроспективного плану, які допомагають дорослому відновити особливості проявів у дитячому віці для виявлення критеріїв ГКР (Wender-Utah Rating Scale, WURS);
- б) авторські, які структурно відрізняються від принципів діагностики згідно з DSM-IV (Brown ADD Rating Scale, Brown ADD-RS);
- в) створені з урахуванням загальноприйнятих діагностичних засад DSM-IV, які спрямовані на прискорення і підвищення ефективності діагностики (Adult Self Report Scale, ASRS; Conners Adult Attention Rating Scale, CAARS).

При діагностиці ПТСР клініко-психопатологічне обстеження може бути доповнене низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних методик, серед яких: Міссісіпська шкала ПТСР; шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R); шкала оцінки вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R); шкала для самооцінки ПТСР – цивільна версія (PCL-C) ; клінічна діагностична шкала (CAP); опитувальник щодо симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI) тощо [180, 182].

Першим етапом діагностики ПТСР є встановлення в анамнезі пацієнта власне факту переживання ним екстремальної (травматичної) події. Зазвичай ПТСР виникає слідом за психотравмою після латентного періоду, що може варіювати від 4 тижнів до декількох місяців (не більше 6 місяців) [182].

У дисертаційному дослідженні психодіагностичний метод був реалізований шляхом за допомогою скринінгової шкали повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю в дорослому віці (ASRS-v1.1), шкали симптомів ПТСР – цивільна версія (PCL-C), опитувальника про стан здоров'я пацієнта (PHQ) та шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., 2008).

2.2.3.1. Шкала повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю в дорослому віці

ASRS-v1.1 була розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я

(BOO3) у співпраці з робочою групою з питань ГКР у пацієнтів дорослого віку. До цієї групи увійшли доктор медицини, доцент кафедри психіатрії та неврології Нью-Йоркської університетської клініки медицини L. Adler; доктор філософії, професор, кафедра організації охорони здоров'я Гарвардської медичної школи R.C. Kessler; доктор медицини, доцент кафедри психіатрії Гарвардської медичної школи T. Spencer.

Згадана шкала представлена у вигляді контрольного списку симптомів, що включає вісімнадцять запитань, які відповідають критеріям ГКР згідно з DSM-IV-TR, і поділені на два розділи – А і Б. До розділу А увійшли шість із вісімнадцяти запитань, які виявилися найбільш чутливими щодо симптомів ГКР. Вони стали основою для скринінгової шкали ASRS-v1.1. Розділ В контрольного списку симптомів містить дванадцять інших запитань.

ASRS-v1.1 рекомендована до використання спеціалістами з охорони здоров'я для скринінгу ГКР у дорослих пацієнтів. Для заповнення анкети потрібно близько п'яти хвилин. Пацієнту рекомендовано надавати відповіді на поставлені запитання, оцінивши себе за кожним із указаних критеріїв, послуговуючись при цьому шкалою, що представлена з правого боку. Відповідаючи на кожне запитання, він має поставити позначку «Х» напроти відповіді, що найбільш чітко характеризує те, як він себе почував чи поводив протягом останніх шести місяців.

При оцінюванні отриманих результатів за шкалою ASRS-v1.1, підраховували кількість балів у розділі А (запитання 1–6; мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 24) і розділі Б (запитання 7–18; мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 48). Кожне з питань у відповідному блоці оцінювали за 4-бальною шкалою, де 0 балів – симптоми не відмічались жодного разу, 4 бали – відмічались дуже часто. Зокрема, про симптоми ГКР свідчили 4 і більше позначки у затемнених віконцях шкали розділу А (чутливість 69 %); мінімальна кількість балів, що вказує на наявність симптомів ГКР – 9. Прогностична цінність позитивного результату (PPV) становить 80 % при поширеності 3 % (специфічність 99%). Відповіді з розділу Б є допоміжними

в оцінюванні симптомів.

Було переглянуто відповіді на запитання обох розділів та оцінено рівень порушень, асоційованих із симптомами. Наступний крок — аналіз впливу ознак ГКР у колі сім'ї, друзів, на роботі та під час соціальної взаємодії. Для чіткого розуміння ми попросили пацієнта описати, як зазначені проблеми позначились на його здатності працювати, виконувати повсякденні обов'язки чи спілкуватись з іншими людьми.

Окрім того, оцінювали наявність симптомів ГКР або схожих на них проявів у дитинстві. Дорослі з ГКР не обов'язково повинні мати офіційно встановлений діагноз розладу в дитячому віці. Оцінюючи анамнез життя та захворювання пацієнта, намагалися відшукати свідчення ранніх проявів порушення уваги чи самоконтролю. Деякі симптоми ГКР спостерігалися ще в дитинстві, однак наявність розгорнутої симптоматики не є необхідною умовою діагнозу зазначеного розладу.

2.2.5.2. Шкала симптомів посттравматичного стресового розладу – цивільна версія

Згідно з даними фахової літератури, ПТСР – розлад, що виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини [180, 182].

Клінічні діагностичні критерії ПТСР такі:

Критерій А (належить до травматичної події). Особа була під впливом екстремальної травматичної події, яка характеризується двома обов'язковими ознаками:

1. Травматична подія пов'язана із загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, при цьому особа може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою.

2. На момент перебування в травматичній ситуації людина має відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В (критерій «вторгнення»). Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з наступних способів:

1. Нав'язливі та повторювані спогади екстремального явища, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають тяжкі емоційні переживання.

2. Кошмарні сновидіння про пережиту подію, що неодноразово повторюються.

3. «Флешбек»-ефекти – миттєва (без видимих причин) регенерація з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) в поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують про травматичну подію.

Критерій С («уникання»). Постійне уникання стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки наміну (numbing) – блокування емоційних реакцій, «заціпеніння» (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак:

1. Зусилля щодо униканню думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.

2. Намагання ігнорувати дії, місця або людей, які асоціюються з травмою.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності.

5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей.
6. Знижена інтенсивність «вищих» емоцій (нездатність, наприклад, до почуття любові тощо).
7. Відчуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань стосовно кар'єрного зростання, одруження, дітей або власного довгого життя).

Критерій D («гіперактивації»). Постійні симптоми гіперактивації, що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю щонайменше двох із нижчеперелічених симптомів:

1. Труднощі із засинанням або поганий сон (ранні пробудження).
2. Дратівливість або спалахи гніву.
3. Складнощі щодо зосередження уваги.
4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.
5. Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що належать до критеріїв B, C і D, спостерігаються понад місяць після травми.

Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

Як видно з опису критерію A, визначення травматичної події потрапляє до першочергових проявів при діагностиці ПТСР [182].

Зазвичай ПТСР виникає вслід за психотравмою після латентного періоду, що може варіювати від 4 тижнів до декількох місяців (за винятком особливих випадків, не більше 6 місяців). Формуванню ПТСР може передувати етап гострої стресової реакції [180, 182].

PCL-C – шкала самооцінки базується на критеріях DSM-IV і містить 17 пунктів – ознак ПТСР. Респонденти оцінювали кожне із 17 запитань за 5-бальною шкалою, де 1 бал означав відсутність симптому, 5 балів – його сильне вираження. Мінімально та максимально можлива кількість балів

налічує 17 та 85 відповідно. Незважаючи на те, що шкали для самооцінки не слід використовувати для встановлення формального діагнозу PCL-C, на практиці вони виявилися хорошим діагностичним інструментом. Weathers et al. (1993) рекомендують межі від 50 балів і вище — як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост-комбатанта. Альтернативна стратегія підрахунку полягає в тому, щоб послуговуватися окремими пунктами відповідно до критеріїв DSM-IV. Для PCL-C характерні хороші психометричні якості. Оцінка внутрішньої послідовності (альфа Кронбаха) знаходиться між .94 (Blanchard et al., 1996; .97 Weathers et al., 1993). PCL-C позитивно корелює з міссісіпською шкалою оцінки ПТСР із конвергентною валідністю між $r = .85$ та $r = .93$ (Weathers et al., 1993). Граничний бал 50 для діагностування ПТСР продемонстрував хорошу чутливість (.78 до .82) і специфічність (.83 до .86).

Обстежуваним запропоновано уважно прочитати кожен пункт і поставити позначку «X» напроти відповіді, що характеризує, з якою силою його турбували ті чи інші проблеми протягом останнього місяця.

Під час оброблення результатів оцінювання за шкалою PCL-C клінічні ознаки були об'єднані до наступних груп: симптоми інтрузії; прояви уникання; негативні думки та емоції, пов'язані з травматичною подією; підвищена реактивність.

2.2.3.2. Шкала оцінки якості життя

Опитувальник про стан здоров'я пацієнта RHC уміщує перелік запитань, які стосуються соматичних скарг обстежуваних осіб, що дає можливість оцінювати вплив тілесних переживань на тяжкість психічного стану учасників дослідження.

2.2.3.3. Шкала оцінки рівня якості життя

Шкала оцінки якості рівня життя за О. С. Чабаном налічує 10 запитань щодо оцінювання власного стану здоров'я, своєї реалізованості, відчуття

любові, гедонії, взаємин із друзями, соціальної активності, фінансового благополуччя, задоволення соціальним статусом, трудовою діяльністю, сімейним благополуччям. Оцінні критерії тесту виявляють суб'єктивні переживання стосовно якості життя як вкрай низької (менше 7 балів), низької (7–12 балів), середньої (13–18 балів), високої (19–24) та дуже високої (25–39).

2.2.4. Клініко-катамнестичний метод

Клініко-катамнестичний метод використовувався для оцінювання динаміки змін симптомів ГКР і ПТСР та стану хворого. Повторно були застосовані скринінгова шкала повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю в дорослому віці (ASRS-v1.1) і шкала симптомів ПТСР – цивільна версія (PCL-C).

Отриману інформацію заносили за алгоритмом спеціально створеної «Карти клініко-психопатологічного обстеження учасників бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді» до електронної бази первинних даних (у програмі електронних таблиць Microsoft Excel).

2.2.5. Математико-статистичний метод

Для вибору статистичного аналізу отриманої інформації було проведено оцінювання нормальності розподілу даних у групах дослідження. Визначення нормальності їх розподілу проводили за допомогою критерію Колмогорова–Смірнова для незалежних відомостей. Показник достовірності $p < 0,005$ вважався як статистично значущий. Більшість отриманих даних не відповідала критеріям нормальності. Дані всіх включених до дослідження респондентів були проаналізовані, порівнюючи з результатами осіб із ГКР.

Статистичну обробку кількісних параметрів у динаміці проводили за допомогою t-критерію Стюдента для парних сукупностей (парний t-критерій Стюдента). Тоді як статистичну значущість відмінностей згаданих показників визначали при порівнянні розрахованого значення t-критерію з критичним значенням.

Для статистичного вивчення зв'язку між двома показниками використовували кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнта рангової кореляції Кендала (τ , τ_{au}) для порівняння як порядкових, так і безперервних змінних. Математико-статистичну обробку матеріалу виконували за допомогою статистичного пакета SPSS Statistics 21.0.0. for Windows. Застосовували методи варіаційної статистики, кореляційного та факторного аналізу.

2.3. Загальна характеристика обстежених пацієнтів

Об'єктом нашого дослідження був ПТСР у ветеранів бойових дій на сході України з гіперкінетичним розладом у преморбіді.

Для реалізації поставлених завдань було проведено соціально-демографічне, клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження 350 учасників бойових дій із розладами поведінки, які звернулися за допомогою через психічні розлади. Кількість обстежених забезпечила достатню репрезентативність (рівень точності $\pm 5\%$ при 95% довірчому інтервалі). Зазначені особи були обстежені на базі Територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві та Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, с. Циблі протягом 2015–2017 рр. із дотриманням принципів біоетики та деонтології.

Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні дані осіб, які пройшли скринінгове обстеження, аналізували за такими показниками: стать, вік, освіта, сімейний стан, вид служби, порушення дисципліни та травматичні події під час військової служби, наявність шкідливих звичок, вчинення антисоціальних дій, звернення до психіатра в анамнезі.

Усі 100% піддослідних були чоловічої статі. Середній вік обстежених пацієнтів становив 29,18 року. За рівнем освіти серед контингенту обстежуваних превалювала група осіб із середньою спеціальною освітою – 206 осіб ($58,86\%$), середню освіту мали 105 осіб (30%), вищу — 39 осіб

(11,14 %) –. Серед респондентів військову освіту мали 38 учасників (10,86 %) (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Характеристика рівня освіти осіб,
які пройшли скринінгове обстеження**

Варіація ознаки	Кількість		р
	абс.	%	
Середня спеціальна освіта	206	58,8	< 0,005
Середня освіта	105	30	
Вища освіта	39	11,14	
Військова освіта	38	10,8	

Серед досліджуваного контингенту були як ті, хто служили в АТО за призовом, так і ті, хто пішли служити добровільно – 160 (45,7 %) і 190 (54,3 %) відповідно (табл. 2.2). Про порушення дисципліни під час проходження служби повідомило 197 осіб (56,3 %). Травматичні події мали місце у 187 респондентів (53,4 %).

Таблиця 2.2

**Характеристика виду служби осіб,
які пройшли скринінгове обстеження**

Варіація ознаки	Кількість		р
	абс.	%	
Служба за призовом	160	45,7	< 0,005
Добровільно	190	54,3	

На момент опитування в шлюбі перебували 189 респондентів (54 %), не були одружені взагалі — 87 осіб (24,8 %), були розлучені — 68 чоловік (19,4 %), були вдівцями — 6 осіб (1,7 %).

Характеристика сімейного стану обстежених осіб

Варіація ознаки	Кількість		p
	абс.	%	
У шлюбі	189	54	< 0,005
Неодружені	87	24,8	
Розлучені	68	19,4	
Вдівці	6	1,7	

Шкідливі звички на момент обстеження мали 322 особи (92 %). Крім куріння, 21 особа (6 %) зловживала алкоголем. Вживання наркотичних речовин на момент обстеження всі, включені до дослідження пацієнти, заперечували, проте 98 осіб (28 %) повідомили про вживання «легких наркотиків» у підлітковому віці.

За результатами аналізу анамнезу життя встановлено, що 36 осіб (10,3 %) у той чи інший період життя здійснювали антисоціальні дії.

Про обтяжений психіатричний анамнез повідомили 7 обстежених (2 %).

Під час скринінгу було виявлено 155 осіб, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 і DSM-IV для ГКР та мали симптоми ПТСР, що свідчили про психічну травматизацію. Дані всіх включених до дослідження респондентів були проаналізовані порівняно з даними осіб із ГКР.

ВИСНОВКИ ДО 2 РОЗДІЛУ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

У другому розділі представлено теоретичне обґрунтування, дизайн дисертаційного дослідження, описано його етапи, методи, наведено загальну характеристику обстеженого контингенту. Метою наукової праці стало підвищення рівня діагностики та якості медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді.

Дослідження проводили на базі Територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві та Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, с. Циблі та виконували з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Об'єктом дослідження був ПТСР у ветеранів бойових дій на сході України з гіперкінетичним розладом в анамнезі.

Дизайн дисертаційного дослідження передбачав скринінг учасників бойових дій для виявлення поширеності симптомів ГКР у вказаній категорії осіб. Для досягнення поставленої мети дисертаційного дослідження, за умови інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики та деонтології за період з березня до грудня 2015 року було проведено скринінг 350 учасників бойових дій на сході України, які проходили лікування у згаданих вище закладах. За критеріями включення для подальшого дослідження було відібрано 155 осіб, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 і DSM-IV для ГКР та мали симптоми ПТСР, які свідчили про психічну травматизацію. Щоб описати клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та постравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, було проведено аналіз результатів анамнестичного та дворічного катамнестичного клінічного дослідження. Загальна кількість осіб, які через різні причини не завершили дослідження, становила 34 особи (22 %). Дослідження закінчило 121 особа (78 %). Таким чином, діагноз гіперкінетичного розладу було підтверджено у 65 учасників бойових дій, подвійна діагностика гіперкінетичного розладу та ПТСР мала місце у 56 осіб.

Вибір методів дослідження ґрунтувався на сучасних, найбільш інформативних і діагностично значущих способах. Розлади психіки та поведінки діагностували згідно з критеріями розділу V «Психічні розлади» МКХ-10. Обстеження та аналіз досліджуваних груп пацієнтів проводили з використанням розробленої «Уніфікованої карти обстеження учасників бойових дій із ПТСР та ГКР у преморбіді».

Під час дослідження послуговувалися наступними діагностичними інструментами: скринінгова шкала повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю в дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1), шкала симптомів ПТСР – цивільна версія (PTSD checklist – Civilian Version – PCL-C), опитувальник про стан здоров'я пацієнта (PHQ) та шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., 2008).

До першої групи порівняння увійшли учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом, до другої – учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом і ПТСР. Вік пацієнтів суттєво не відрізнявся між групами. Всі 100 % піддослідних мали приналежність до чоловічої статі. За рівнем освіти серед контингенту обстежуваних превалювала група осіб із середньою спеціальною освітою. Серед досліджуваного контингенту були як ті, хто служили в АТО за призовом, так і ті, хто пішли служити добровільно.

Таким чином, досліджувані групи були репрезентативними за віком і статтю, що й передбачалось умовами дослідження. Отримані дані свідчили про однорідність вибірки, що дало змогу вивчати та аналізувати клініко-психопатологічні особливості хворих.

Отже, весь комплекс використаних у роботі методів відповідав меті та завданням дисертаційного дослідження.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Ільницька Т. Ю., Пінчук І. Я. Поширеність симптомів гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України. // Архів психіатрії. 2017. № 4.
2. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А., Булахова Л. О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації // Архів психіатрії. 2016. №4.
3. Ільницька Т. Ю. Поширеність гіперкінетичного розладу серед учасників антитерористичної операції на сході України:

соціодемографічні характеристики // Архів психіатрії. 2017. № 2.

4. Ільницька Т. Ю. Клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу у ветеранів військових дій на сході України під впливом посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. 2017. № 3.
5. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на сході України // Український вісник психоневрології. 2017. № 4.

Розділ 3

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО

РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ У ПРЕМОРБІДІ

3.1. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики осіб, які пройшли скринінгове обстеження

З метою визначити рівень поширеності симптомів ГКР у військових, які брали участь у бойових діях на сході України та дослідити їх соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики, за умови інформованої згоди було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій з розладами поведінки, які звернулися за допомогою з приводу психічних розладів. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні дані осіб, які пройшли скринінгове обстеження, аналізували за такими показниками: стать, вік, освіта, сімейний стан, вид служби, порушення дисципліни та травматичні події під час військової служби, наявність шкідливих звичок, вчинення антисоціальних дій, звернення до психіатра в анамнезі. Дані всіх включених до дослідження респондентів були проаналізовані порівняно з даними осіб із ГКР.

Під час скринінгового обстеження встановлено, що 155 учасників бойових дій мали симптоми ГКР. В усіх пацієнтів із ГКР, які увійшли до дослідження, виявлено щонайменше п'ять симптомів, які відповідали критеріям вказаного розладу. Зокрема, 100 % обстежуваних із групи ГКР повідомили про труднощі завершення розпочатої роботи і виконання завдань, які потребують зосередження уваги та організованості, а також про наявність проблем із запам'ятовуванням, неуважністю, відчуттям підвищеної активності. Вказані симптоми відмічали протягом 6 місяців і більше. Крім того, 67 % (n = 104) із них скаржились на наявність відчуття неспокою; 78 % (n = 121) – труднощі в зосередженні уваги під час бесіди; 62,6 % (n = 97) – очікування своєї черги; 53 % (n = 82) не могли дослухати співрозмовника до кінця; 35 % (n = 54) – важко всидіти на місці (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Характеристика симптомів гіперкінетичного розладу

Симптоми	Абс.	%
Складно завершити розпочату роботу	155	100
Тяжко виконувати завдання, що потребують зосередження уваги та організованості	155	100
Проблеми із запам'ятовуванням	155	100
Неуважність	155	100
Відчуття підвищеної активності	155	100
Відчуття неспокою	104	67
Труднощі в зосередженні уваги під час бесіди	121	78
Тяжко дослухати співрозмовника до кінця	82	53
Тяжко очікуванні своєї черги	97	62
Складно всидіти на місці	54	35

У результаті аналізу демографічних даних осіб, що пройшли скринінгове обстеження, було встановлено, що їх середній вік склав 29,18 років, в групі осіб з ГКР – 30,3 роки

За рівнем освіти серед контингенту обстежуваних превалювала група осіб із середньою спеціальною освітою – 206 (58,8 %) чоловік. 105 (30 %) осіб мали середню освіту, 39 (11,1 %) – вищу. В групі осіб з ГКР більшість учасників мали середню освіту – 83 (23,7 %), 55 (15,7%) – середню спеціальну, 17 (4,8 %) – вищу. Серед респондентів військову освіту мали 38 (10,8 %) учасників, із них 16 (4,6 %) чоловіків належали до групи ГКР.

Характеристика рівня освіти осіб, які пройшли скринінгове обстеження у порівнянні з особами з ГКР, представлена у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Характеристика рівня освіти осіб,

які пройшли скринінгове обстеження у порівнянні з особами з ГКР

Варіація ознаки	Особи, що пройшли скринінг, n = 350	Особи з ГКР, n = 155	p
	n (%)	n (%)	
Середня спеціальна освіта	206 (58,8 %)	55 (15,7 %)	< 0,005
Середня освіта	105 (30 %)	83 (23,7 %)	
Вища освіта	39 (11,1 %)	17 (4,8 %)	
Військова освіта	38 (10,8 %)	16 (4,6 %)	

На момент опитування у шлюбі перебували 189 (54 %) респондентів, 87 (24,86 %) не були одружені взагалі, 68 (19,43 %) були розлучені, 6 (1,7 %) були вдівцями. В групі осіб, що відповідали критеріям ГКР, 51 (14,6 %) на момент опитування перебував в шлюбі, із них 23 – повторно, 58 (16,6 %) ніколи не були одруженими, 43 (12,3 %) були розлученими, 3 (0,86 %) були вдівцями. Про часті конфлікти в сім'ї повідомили 125 (35,7 %) осіб із загальної вибірки, 75 (60 %) із яких належали до групи ГКР.

Характеристика сімейного стану осіб, які пройшли скринінгове обстеження у порівнянні з особами з ГКР, наведена у таблиці 3.3.

Шкідливі звички на момент обстеження мали 322 (92 %) особи. Крім куріння, 21 (6 %) особа зловживала алкоголем, 16 із них були із групи осіб з ГКР. Вживання наркотичних речовин на момент обстеження всі, включені у дослідження пацієнти, заперечували, однак 98 (28 %) осіб повідомили про вживання «легких наркотиків» у підлітковому віці. Взагалі не вживали наркотичних речовин на будь якому етапі свого життя 252 (72 %) особи.

За результатами аналізу анамнезу життя встановлено, що 36 осіб (10,3 %) у той чи інший період життя здійснювали антисоціальні дії. Переважно це було дрібне хуліганство, тому більшості вдалось уникнути серйозного покарання. Із них у 31 було діагностовано ГКР, що становить 86 % від всіх правопорушників та 8,8 % від загальної когорти піддослідних.

Розподіл обстежених осіб за наявністю антисоціальних дій в анамнезі представлено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.3

Характеристика сімейного стану осіб,
які пройшли скринінгове обстеження у порівнянні з особами з ГКР

Варіація ознаки	Особи, що пройшли скринінг, n = 350	Особи з ГКР, n = 155	p
	n (%)	n (%)	
У шлюбі	189 (54 %)	51 (14,6 %)	< 0,005
Неодружені	87 (24,8 %)	58 (16,6 %)	
Розлучні	68 (19,4 %)	43 (12,3 %)	
Вдівці	6 (1,7 %)	3 (0,86 %)	

Таблиця 3.4

Розподіл обстежених осіб за наявністю антисоціальних дій в анамнезі

Антисоціальні дії	Особи, що пройшли скринінг, n = 350	Особи з ГКР, n = 155	p
	n (%)	n (%)	
Вчиняли	36 (10,3 %)	31 (8,8 %)	< 0,005
Не вчиняли	314 (89,7 %)	124 (35,4 %)	

Про обтяжений психіатричний анамнез повідомили 7 (2 %) обстежених, із них 6 із групи ГКР. Варто зазначити, що лише двом пацієнтам у віці до 12 років було встановлено діагноз ГКР. Специфічних інтервенцій щодо корекції розладу не застосовувалось.

Серед досліджуваного контингенту були як ті, що служили в АТО за призовом, так і ті, що пішли на службу добровільно – 160 (45,7 %) і 190 (54,3 %) відповідно. Варто зазначити, що із 190 добровольців із загальної вибірки 102 особи відповідали критеріям ГКР, що становить 53,7 % від

загальної кількості всіх добровольців, що пройшли скринінг, і 29,1 % від всіх включених у дослідження осіб. Про порушення дисципліни повідомило 197 (56,3 %) обстежених, із них 136 були із кризи ГКР, що становить 69 % від усіх порушників. Під час проходження служби в АТО у 187 (53,4 %) військовослужбовців мали місце травматичні події, із них 123 випадки були зареєстровані у осіб, у яких виконувались критерії діагнозу ГКР (табл.3.5)

Таблиця 3.5

Вид та характеристика військової служби осіб,
що пройшли скринінгове обстеження у порівнянні з особами з ГКР

Змінна величина	Загальна кількість, n (%)	Особи з ГКР, n (%)
Вид служби:		
за призовом	160 (45,7 %)	53 (15,1 %)
доброволець	190 (54,3 %)	102 (29,1 %)
Порушення дисципліни:		
так	197 (56,3 %)	136 (38,8 %)
ні	153 (43,7 %)	19 (5,4 %)
Травматичні події під час служби:		
так	187 (53,4 %)	123 (35,1 %)
ні	163 (46,6 %)	32 (9,1 %)

Враховуючи результати дослідження, які наведені вище, встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу як добровольці: 102 особи відповідали критеріям ГКР, що становить 53,68 % загальної кількості всіх добровольців, які пройшли скринінг. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців із порушенням дисципліни був вищий: 69 % усіх осіб, які порушували дисципліну під час служби. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, у яких виконувались

критерії діагнозу ГКР: 123 випадки зареєстровані в осіб, які відповідали критеріям зазначеного розладу. Серед осіб із ГКР було більше тих, хто скоював антисоціальні дії в минулому – 86 % усіх правопорушників.

3.2. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики осіб, які були включені в дослідження

З метою вивчення соціально-демографічних та клініко-анамнестичних характеристик осіб, які були включені в дослідження, для подальшого обстеження було відібрано 155 осіб, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 та DSM-IV для ГКР та мали симптоми ПТСР, які свідчили про психічну травматизацію. Включені в дослідження учасники бойових дій були поділені на дві групи:

- 1) учасники бойових дій з ГКР та окремими симптомами ПТСР (n=85);
- 2) учасники бойових дій з ГКР та ПТСР (n=70).

Варто зазначити, що у осіб з ГКР (перша група), відмічались окремі симптоми ПТСР, проте не виконувалися вимоги критерію А, тому діагноз ПТСР їм не виставлявся.

З дослідження були виключені особи, у яких виконувалися діагностичні критерії згідно з МКХ-10 для діагностики афективних розладів (епізоди депресії, епізоди змішаних та маніакальних станів, циклотимії, дистимії; n=44), тривожних розладів (n=66), розладів особистості (n=44), розладів, зумовлених вживанням алкоголю та психоактивних речовин (n=51).

Проаналізувавши соціально-демографічні дані осіб встановили, що середній вік у групі осіб з ГКР складав 28,24 року, в групі ГКР і ПТСР – 32,8 року. За рівнем освіти обстежувані були розподілені наступним чином. У першій групі превалювали особи із середньою спеціальною освітою – 39 (45,9 %) чоловік, 36 (42,3 %) осіб мали середню освіту, 10 (11,7 %) – вищу. В другій групі більшість обстежених мали середню освіту – 47 (67,1 %), 16 (22,8 %) – середню спеціальну, 7 (10 %) – вищу. Серед респондентів військову освіту мали 10 (11,7 %) чоловіків із групи ГКР та 6 (8,6 %) осіб із групи

з подвійним діагнозом.

Порівняльна характеристика рівня освіти осіб, включених у дослідження наведена у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Порівняльна характеристика рівня освіти осіб, включених у дослідження

Варіація ознаки	Загальна кількість, n = 155	Пацієнти з ГКР, n = 85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n = 70	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Середня освіта	83 (53,5 %)	36 (42,33 %)	47 (67,1 %)	< 0,005
Середня спеціальна освіта	55 (35,5 %)	39 (45,9 %)	16 (22,8 %)	
Вища освіта	17 (11 %)	10 (11,7 %)	7 (10 %)	
Військова освіта	16 (10,3 %)	10 (11,7 %)	6 (8,6 %)	

Серед учасників першої групи на момент опитування у шлюбі перебували 39 (45,9 %) респондентів, 25 (29,4 %) не були одружені взагалі, 20 (23,5 %) були розлучені, 1 (1,2%) був вдівцем. У групі осіб, які відповідали критеріям ГКР і ПТСР, 12 (17,1 %) обстежених на момент опитування перебували у шлюбі, 33 (47,1 %) ніколи не були одруженими, 23 (32,8 %) були розлученими, 2 (2,8 %) були вдівцями. Про часті конфлікти в сім'ї повідомили 75 осіб.

Характеристика сімейного стану осіб, включених у дослідження, наведена у таблиці 3.7.

Шкідливі звички на момент обстеження мали 80 осіб із групи ГКР та 67 – із групи ГКР у поєднанні з ПТСР. Окрім куріння, 7 (8,24 %) чоловіків із першої групи та 9 (12,86%) чоловіків із другої групи зловживали алкоголем. Вживання наркотичних речовин на момент обстеження всі, включені у дослідження пацієнти, заперечували, однак 47 (55,3 %) осіб з ГКР та 39 (55,7 %) осіб із подвійним діагнозом повідомили про вживання «легких

наркотиків» у підлітковому віці. При цьому 86 із них були із групи ГКР, що становить 87,7 % від усіх, хто заявив про вживання «легких наркотичних речовин» в минулому, і 24,6 % від загальної вибірки. Взагалі не вживали наркотичних речовин на будь якому етапі свого життя 252 (72 %) особи.

Таблиця 3.7

Характеристика сімейного стану осіб, включених у дослідження

Варіація ознаки	Загальна кількість, n = 155	Пацієнти з ГКР, n = 85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n = 70	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
У шлюбі	51 (32,9 %)	39 (45,8 %)	12 (17,1 %)	< 0,005
Неодружені	58 (37,4 %)	25 (29,4 %)	33 (47,1 %)	
Розлучені	43 (27,7 %)	20 (23,5 %)	23 (32,6 %)	
Вдівці	3 (1,9 %)	1 (1,2 %)	2 (2,8 %)	

За результатами аналізу анамнезу життя встановлено, що 10 (11,7 %) осіб із першої піддослідної групи та 21 (30 %) особа із другої піддослідної групи в той чи інший період життя здійснювали антисоціальні дії. Переважно це було дрібне хуліганство, тому більшості вдалось уникнути серйозного покарання.

Розподіл включених у дослідження осіб за наявністю антисоціальних дій в анамнезі представлено у таблиці 3.8.

Про обтяжений психіатричний анамнез повідомили 2 (2,35 %) обстежених з ГКР та 4 (5,71 %) із групи ГКР та ПТСР. Варто зазначити, що лише двом пацієнтам у віці до 12 років було встановлено діагноз ГКР. Специфічних інтервенцій щодо корекції розладу не застосовувалось.

Таблиця 3.8

Розподіл включених у дослідження осіб

за наявністю антисоціальних дій в анамнезі

Антисоціальні дії	Загальна кількість, n = 155	Пацієнти з ГКР, n = 85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n = 70	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Вчиняли	31 (20 %)	10 (11,7 %)	21 (30 %)	< 0,005
Не вчиняли	124 (80 %)	75 (88,2 %)	49 (70 %)	

Серед досліджуваного контингенту були як ті, що служили в АТО за призовом, так і ті, що пішли на службу добровільно (табл. 3.9)

Таблиця 3.9

Вид та характеристика військової служби осіб,
включених у дослідження

Змінна величина	Загальна кількість пацієнтів, n=155 (%)	Пацієнти з ГКР, n=85 (%)	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n=70 (%)
Вид служби:			
за призовом	53 (34,2 %)	41 (48,2 %)	12 (17,1 %)
доброволець	102 (65,8 %)	44 (51,7 %)	58 (82,8 %)
Порушення дисципліни:			
так	136 (87,7 %)	75 (88,2 %)	61 (87,1 %)
ні	19 (12,2 %)	10 (11,7 %)	9 (12,8 %)
Травматичні події під час служби:			
так	123 (79,3 %)	61 (71,7 %)	62 (88,6 %)
ні	32 (20,6 %)	24 (28,2 %)	8 (11,4 %)

Примітка. $p \leq 0,05$.

Так, у першій дослідній групі 44 (51,7 %) особи були добровольцями, у другій дослідній групі їх кількість склала 58 (82,8 %) осіб. Про порушення дисципліни повідомили 75 (88,2 %) військовослужбовців із групи ГКР та 61 (87,1 %) – із групи з подвійним діагнозом. Під час проходження служби в АТО у 123 особи зазнали травматичних подій, в тому числі 61 випадок був

zareestrovaniy u osib, u yakih vykonувались kriteriiy diagnozu GKR, ta 62 vypadky – v uchastnykiv boyovykh diy iz podviiym diagnozom.

Proanalizuvavshi otrimani v khodi dysertatsiynogo doslidzhennya dani, yakі navedeni vyshche, ustanovleno, sho osoby z GKR chastishe potraplyali na viyskovu sluzhbu yak dobrovoltsi. Pri tsumu v grupi osib z podviiym diagnozom iх bylo bilyshe – 58 (82,8 %) proti 44 (51,7 %) u grupi z GKR. Riven ь porushenniam dysyiplini byv viysiy u viyskovosluzhbovciv z pershoi grupi – 75 (88,2 %). Sered osib, yakі vidpovidali kriteriyam yak GKR tak i PTSP bylo bilyshe tikh, kto skoyovav antisotsialni dii v minulomu – 21 (30 %).

3.3. Vplyv psixotravmuyuchykh faktoriv na perebig hiperkinetichnoho rozladu v uchastnykiv boyovykh diy na skhodi Ukrainy

Z metoyu vivchennya klinichnoho polimorfizmu simptomiv GKR v uchastnykiv boyovykh diy na skhodi Ukrainy pid vplyvom PTSP provedeno doslidzhennya tyazhkosti simptomiv zaznachenykh rozladiv.

Dlya dosyagнення zaznachenoї mety, do vsix, vkluchenykh u doslidzhennya 155 patsientiv, byla zastosovana shkala ASRS-v1.1, zapovnyuyuchi yaku responenty nadali vycherpnu informatsiyu.

Tablytsya 3.10

Tyazhkist ь simptomiv hiperkinetichnoho rozladu za ASRS-v1.1

Simptomy	Patients z GKR, n=85	Patients z GKR ta PTSP, n=70	p
	Kilkist ь baliv, ± σ	Kilkist ь baliv, ± σ	
Giperaktivnist ь	4 ± 1,2	6 ± 1,3	≤ 0,05
Impulysivnist ь	6 ± 1,3	8 ± 1,4	≤ 0,05
Neuvazhnist ь	2 ± 0,5	4 ± 0,8	≤ 0,05
Zagalnyi bal	12 ± 1,3	18 ± 1,6	≤ 0,05

Zgidno iz rezul ьtatyami obstezhen ьnya, zagalnyi bal tyazhkosti simptomiv za vказanoю shkaloю stanoviv 12 (±1,3) u osib iz grupy GKR i 18 (±1,6) u osib

із групи з подвійним діагнозом (ГКР та ПТСР).

При цьому у групі учасників з подвійним діагнозом симптоми гіперактивності ($6 \pm 1,3$), імпульсивності ($8 \pm 1,4$) та неуважності ($4 \pm 0,8$) були більш вираженими (рис. 3.1). В учасників, у яких виконувались критерії лише ГКР, гіперактивність була на рівні $4 (\pm 1,2)$ балів, імпульсивність – $6 (\pm 1,3)$ балів, неуважність – $2 (\pm 0,5)$ балів. Отримані дані були статистично значущими ($p \leq 0,05$).

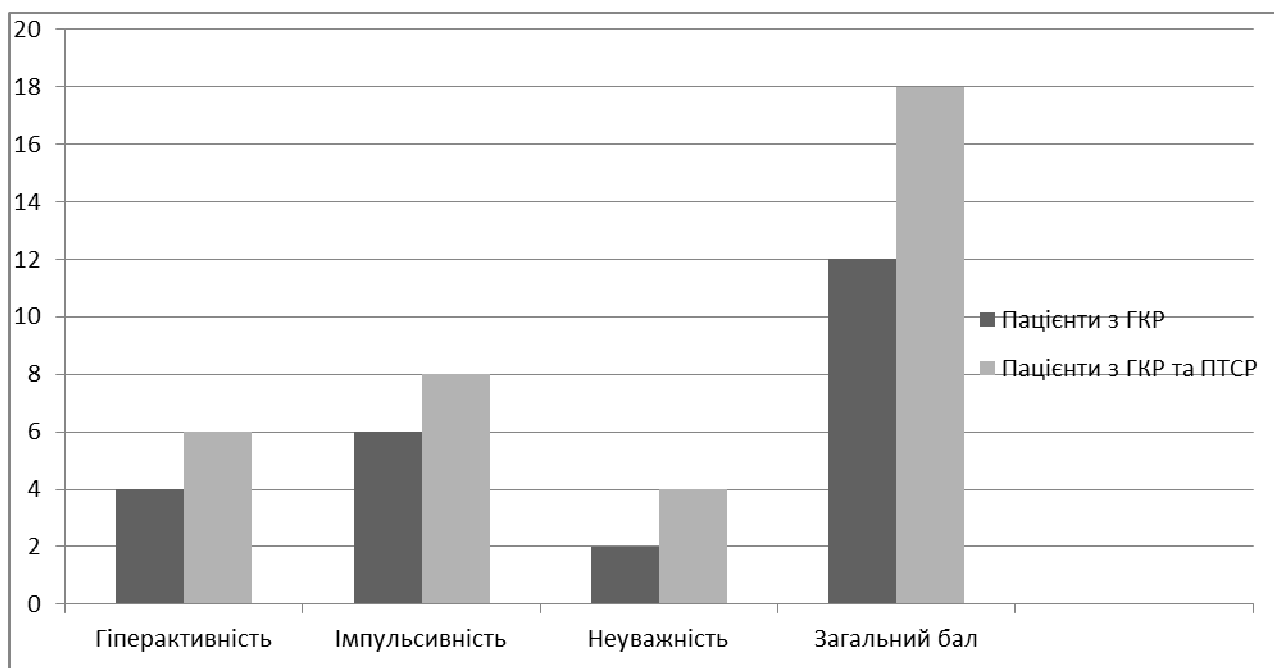


Рис. 3.1 Вираженість симптомів гіперкінетичного розладу за ASRS-v1.1

Для аналізу тяжкості симптомів ПТСР учасники двох піддослідних груп дали вичерпні відповіді на запитання за шкалою PCL-C (табл. 3.11). Загальний бал за вказаною шкалою в учасники із першої групи дослідження склав 43 бали ($\pm 1,6$), що свідчить про відсутність у них ПТСР. Тяжкість симптомів у пацієнтів із другої групи дослідження у середньому була на рівні 65 балів ($\pm 1,2$), що свідчить про наявність у них ПТСР

Таблиця 3.11

Тяжкість симптомів посттравматичного стресового розладу

за PCL-C

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n=85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n=70	p
	Кількість балів, $\pm \sigma$	Кількість балів, $\pm \sigma$	
Інтрузії	12 $\pm$ 2,3	19 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Уникання	8 $\pm$ 1,2	9 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Негативні думки та емоції	9 $\pm$ 1,3	17 $\pm$ 0,9	$\leq 0,05$
Підвищена реактивність	14 $\pm$ 0,5	20 $\pm$ 0,8	$\leq 0,05$
Загальний бал	43 $\pm$ 1,6	65 $\pm$ 1,2	$\leq 0,05$

При цьому у групі учасників з подвійним діагнозом симптоми інтрузії були на рівні 19 ($\pm$ 1,4) балів, симптоми уникання – 9 ($\pm$ 1,4) балів, негативні думки та емоції – 17 ($\pm$ 0,9) балів, підвищена реактивність – 20 ($\pm$ 0,8).

Вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу за PCL-C представлена на рисунку 3.2.

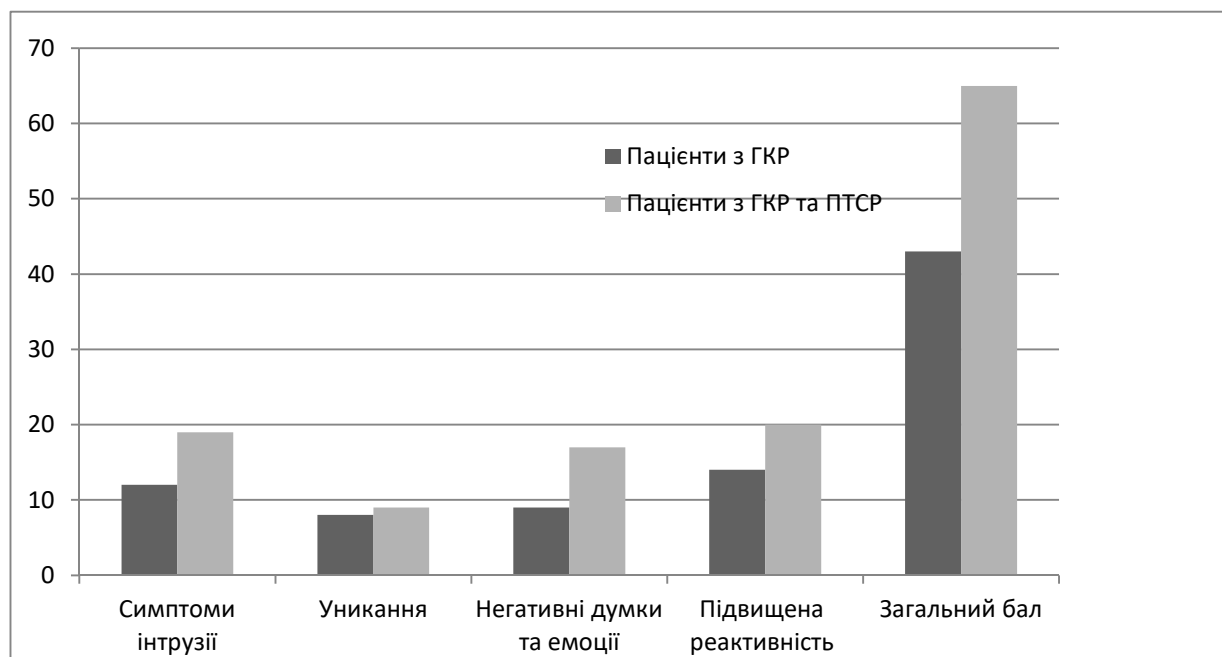


Рис. 3.2 Вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу за PCL-C

В учасників, у яких виконувались критерії лише ГКР, симптоми інтрузії були на рівні 12($\pm$ 2,3) балів, симптоми уникання – 8 ($\pm$ 1,2) балів, негативні

думки та емоції – 9 ($\pm 1,3$) балів, підвищена реактивність – 14 ($\pm 0,5$). Отримані дані були статистично значущими ($p \leq 0,05$).

При порівняльному аналізі осіб, що перебували в зоні АТО, було встановлено посилення симптомів ПТСР із збільшенням часу знаходження в зоні бойових дій (рис. 3.3). Найвища середня кількість балів (65 балів за PCL-C) зафіксована в осіб, що знаходились в зоні бойових дій від 150 до 180 діб. Найнижча кількість балів за PCL-C (43 бали) відмічено в осіб, термін перебування яких в АТО становив 90-120 діб. Тобто із збільшенням часу перебування в зоні бойових дій, вираженість симптомів ПТСР посилювалась ($p \leq 0,05$).

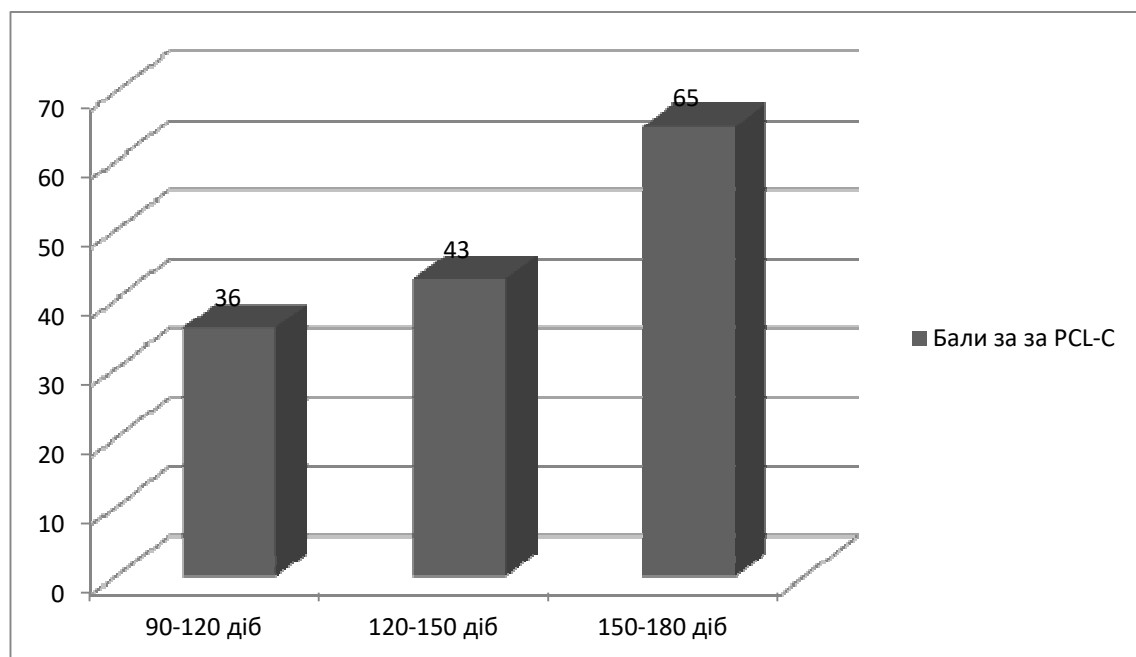


Рис. 3.3 Вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу залежно від тривалості перебування в зоні АТО

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що загальний бал тяжкості симптомів ГКР за ASRS-v1.1 вищий у військовослужбовців з подвійним діагнозом. При цьому у групі учасників з подвійним діагнозом симптоми гіперактивності, імпульсивності та неувважності були більш вираженими. Було встановлено, що рівень тяжкості симптомів ПТСР був вищим у пацієнтів, які відповідали діагностичним критеріям чк ГКР так і

ПТСР. Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики зі спектра ГКР (гіперактивність, імпульсивність, неухважність) і сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація.

3.4. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України

З метою дослідження клінічного патоморфозу симптомів ГКР та ПТСР в учасників бойових дій на сході України було проведено аналіз результатів анамнестичного та двохрічного катамнестичного клінічного дослідження.

Щоб знизити ризики неявки на зустріч з лікарем, перед кожним візитом всі учасники дослідження у телефонному режимі отримали нагадування щодо запланованої зустрічі. Однак, через різні обставини на повторний візит не з'явилося 8 осіб (5,6 %). Через 2 роки на консультацію не приїхало 20 осіб (13%). Крім цього із дослідження були виключені особи, які протягом дослідного періоду вживали лікарські засоби для лікування симптомів психічних розладів – 6 осіб (3,4%). Загальна кількість осіб, що через різні причини не завершили дослідження, склала 34 особи (22 %). Таким чином дослідження закінчило 121 особа (78%).

Таким чином, діагноз ГКР було підтверджено в 65 учасників бойових дій, подвійна діагностика ГКР та ПТСР мала місце у 56 осіб. Було сформовано дві групи порівняння:

- 1) учасники бойових дій з гіперкінетичним розладом ($n = 65$);
- 2) учасники бойових дій з гіперкінетичним розладом і посттравматичним стресовим розладом ($n = 56$).

Загальний бал тяжкості симптомів ГКР за ASRS-v1.1 під час оцінювання на першому візиті становив $12 (\pm 1,3)$ балів у осіб із групи з ГКР і $17 \pm 2,2$ балів в осіб із групи з подвійною діагностикою ГКР і ПТСР. Через рік катамнестичного спостереження (під час другого візиту) тяжкість симптомів у першій групі становила $15 \pm 2,1$ балів, другій — $22 \pm 2,3$ балів.

На третьому візиті середній бал за шкалою ASRS-v1.1 становив $18 \pm 1,3$ балів у пацієнтів із ГКР та $24 \pm 1,3$ балів у пацієнтів із ГКР та ПТСР (рис. 3.4). Варто зазначити, що в групі з подвійною діагностикою симптоми гіперактивності, імпульсивності та неуважності були більш виражені, рівень їх тяжкості значущо ($p < 0,05$) збільшувався протягом дослідження.

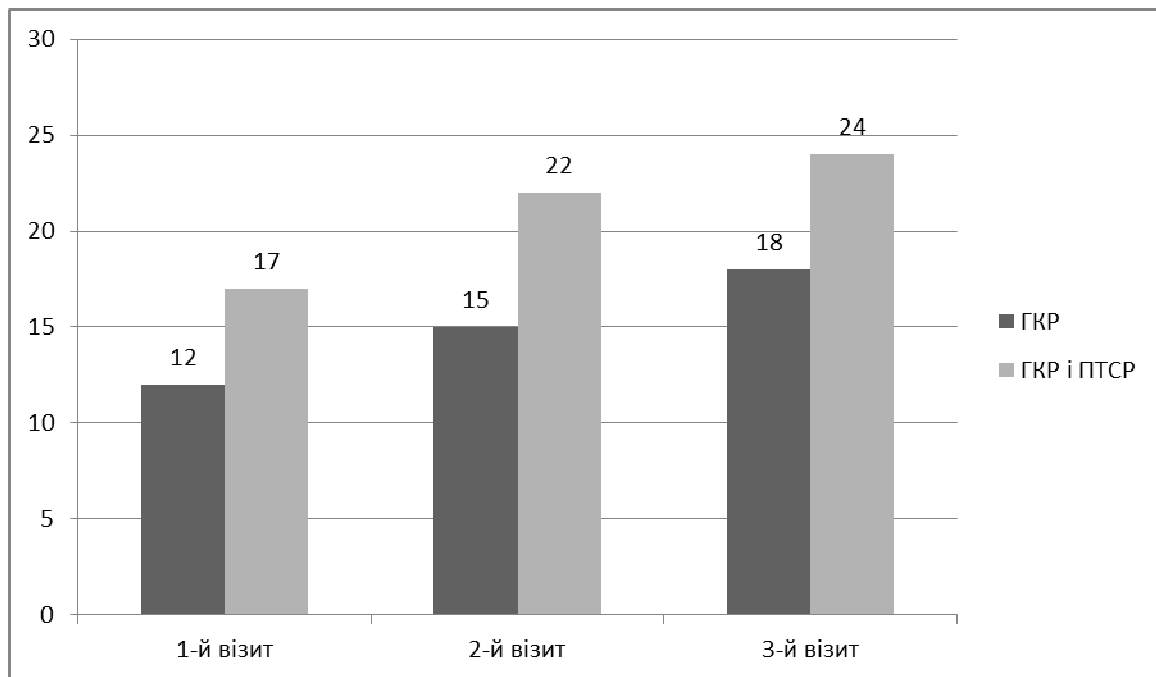


Рис. 3.4 Характеристика тяжкості симптомів гіперкінетичного розладу за ASRS-v1.1 у групах порівняння в динаміці

Під час оцінювання тяжкості симптомів ПТСР за PCL-C учасники із першої порівняльної групи на першому візиті набрали $43 \pm 2,4$ бали, що свідчило про відсутність у них ПТСР на момент огляду. Через рік катамнестичного спостереження (2-й візит) середня кількість балів за шкалою PCL-C становила $48 \pm 2,5$ балів, що також не підтверджувало наявності ПТСР. Під час третього оцінювання у пацієнтів першої групи середній бал за шкалою PCL-C становив $50 \pm 2,6$ балів. Зокрема, в 6 учасників бойових дій виявлені підстави для додаткової діагностики ПТСР. Загальна динаміка показників середнього балу за шкалою PCL-C засвідчила статистично значуще посилення симптомів зі спектра ПТСР.

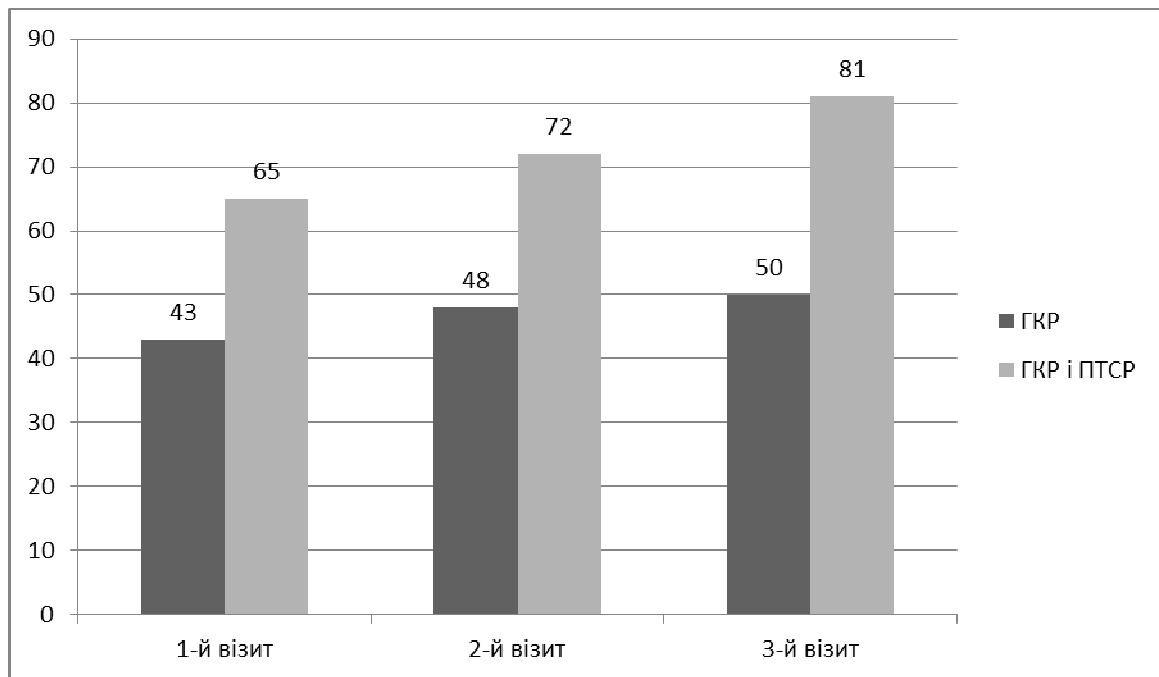


Рис. 3.5 Тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу за PCL-C в динаміці

Тяжкість симптомів ПТСР за шкалою PCL-C в учасників бойових дій із другої порівняльної групи під час першого візиту становила $65 \pm 2,2$ балів, що вказувало на наявність у них ПТСР. На другому візиті (через рік) у пацієнтів із подвійною діагностикою ГКР та ПТСР тяжкість симптомів за шкалою PCL-C зростала і середній бал досягав рівня $72 \pm 2,6$ бали, через два роки (3-й візит) середній бал у другій досліджуваній групі становив $81 \pm 2,6$ балів (рис.3.5).

Було встановлено, що у групі учасників бойових дій із ГКР, який було діагностовано в ранні терміни після травматизації, протягом дворічного катамнестичного спостереження спостерігали посилення гіперактивності, імпульсивності та неуважності на тлі незначного посилення проявів ПТСР (таблиця 3.8). Зростання тяжкості проявів імпульсивності було більш значущим ніж посилення гіперактивності та неуважності. Таким чином спостерігалася модифікація клінічного фенотипу розладу, яку можна розцінювати як набуття особистісних змін.

Таблиця 3.8.

Тяжкість симптомів ГКР за ASRS-v1.1 у динаміці

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n=65						Пацієнти з ГКР + ПТСР, n=56					
	1-й візит	2-й візи	3-й візи	P 1/	P 2	P 1/	1-й візит	2-й візит	3-й візит	P 1/	P 2/	P 1/
Симптоми зі спектра ГКР	Кількість балів за ASRS-v1.1, $M \pm \sigma$						Кількість балів за ASRS-v1.1,					
Гіперактивність	4 ± 0,5	5 ± 1,2	7 ± 1,2			*	6 ± 1,3	8 ± 1,1	9 ± 0,7			**
Імпульсивність	2 ± 0,5	4 ± 1,2	5 ± 1,2	*		**	5 ± 1,4	9 ± 1,4	11 ± 0,7	**		**
Неуважність	6 ± 0,5	7 ± 1,2	9 ± 1,2			*	4 ± 0,8	5 ± 1,2	7 ± 0,7			**
Загальний бал	12 ± 0,5	15 ± 1,2	18 ± 1,2	*		**	17 ± 0,8	22 ± 2,3	24 ± 0,7	*		**

Примітка: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

Симптоми ГКР у групі учасників бойових дій із подвійною діагностикою ГКР та ПТСР посилювалися значущо більше, ніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР. В групі з ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще зростання симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок та підвищення реактивності (таблиця 3.9).

Таблиця 3.9.

Тяжкість симптомів ПТСР за PCL-C у динаміці

Симптоми зі спектра ПТСР	Кількість балів за PCL-C, $M \pm \sigma$						Кількість балів за PCL-C, $M \pm \sigma$					
Інтрузії	12 ± 0,5	14 ± 1,2	16 ± 1,2			*	17 ± 0,8	21 ± 1,6	23 ± 0,7	**		**
Уникання	8 ± 1,2	9 ± 1,2	10 ± 1,2				9 ± 1,4	10 ± 1,6	13 ± 0,7			**
Негативні думки	9 ± 1,3	11 ± 1,2	11 ± 1,2				10 ± 0,8	19 ± 2,3	21 ± 0,7	**		**
Підвищена	14 ± 0,5	14 ± 1,2	16 ± 1,2				18 ± 0,8	22 ± 1,6	24 ± 0,7	*		**

<i>Загальний бал</i>	43 ±	48 ±	50±			*	65 ±	72 ± 2,6	81 ±	**	**	**
	2,4	2,5	2,6				2,2		2,6	*	*	*

Примітка: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

Така модифікація клінічного фенотипу розладу може свідчити про тяжкий перебіг ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали більшу тяжкість симптомів, як ПТСР, так і ГКР.

Таким чином, при катamnестичному дослідженні в групах порівняння встановлено клінічний патоморфоз симптомів наявних розладів. Дослідження їхніх особливостей дає змогу розглядати ГКР, як можливий предиктор формування поведінкових розладів при травматизації та більш тяжкого перебігу ПТСР.

ВИСНОВКИ ДО 3 РОЗДІЛУ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Таким чином, було встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу у якості добровольців. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців з порушенням дисципліни був вищий. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, в яких виконувались критерії діагнозу ГКР. Серед вказаної когорти осіб було більше тих, хто мав шкідливі звички та вчиняв антисоціальні дії в минулому. Вказані прояви у даної категорії осіб можуть бути обумовлені підвищеним рівнем імпульсивності, відчуттям підвищеної активності та іншими симптомами ГКР.

Рівень тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу був вищим у пацієнтів з подвійним діагнозом. Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики зі спектра гіперкінетичного розладу (гіперактивність, імпульсивність, неухважність) та сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак гіперкінетичного розладу в преморбіді дозволяє встановити правильний діагноз.

При катамнестичному дослідженні в групах порівняння встановлено клінічний патоморфоз симптомів наявних розладів. Дослідження їхніх особливостей дає змогу розглядати ГКР, як можливий предиктор формування поведінкових розладів при травматизації та більш тяжкого перебігу ПТСР.

Було встановлено, що у групі учасників бойових дій із ГКР, який було діагностовано в ранні терміни після травматизації, протягом дворічного катамнестичного спостереження спостерігали посилення гіперактивності, імпульсивності та неухважності на тлі незначного посилення проявів ПТСР. Зростання тяжкості проявів імпульсивності було більш значущим ніж посилення гіперактивності та неухважності. Таким чином спостерігалася модифікація клінічного фенотипу розладу, яку можна розцінювати як

набуття особистісних змін.

Симптоми ГКР у групі учасників бойових дій із подвійною діагностикою ГКР та ПТСР посилювалися значущо більше, ніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР. В групі з ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще зростання симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок та підвищення реактивності.

При порівняльному аналізі осіб, що перебували в зоні АТО, було встановлено посилення симптомів ПТСР із збільшенням часу знаходження в зоні бойових дій. Тобто із збільшенням часу перебування в зоні бойових дій, вираженість симптомів ПТСР посилювалась ($p \leq 0,05$).

Така модифікація клінічного фенотипу розладу може свідчити про тяжкий перебіг ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали більшу тяжкість симптомів, як ПТСР, так і ГКР.

Низький рівень діагностики ГКР у військовослужбовців може відображатися на виконанні ними функціональних обов'язків, що робить актуальним виявлення ГКР серед вказаної популяції. Встановлення діагнозу ГКР у дитячому віці та надання своєчасної та адекватної допомоги може значно зменшити негативний вплив проявів вказаного розладу на якість життя та професійних обов'язків.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Ilnytska T. Social adaptation impairment after the psychic trauma: ADHD role in premorbid // Архів психіатрії. – 2016. - №3.
2. Ільницька Т.Ю., Марценковський І.А., Булахова Л.О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації // Архів психіатрії. – 2016. - №4.

3. Ільницька Т.Ю. Поширеність гіперкінетичного розладу серед учасників антитерористичної операції на сході України: соціодемографічні характеристики // Архів психіатрії. – 2017. - №2
4. Ільницька Т.Ю. Клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу у ветеранів військових дій на сході України під впливом посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. – 2017. - №3.
5. Ільницька Т.Ю., Марценковський І.А. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на сході України // Український вісник психоневрології. – 2017. - №4.
6. Ільницька Т.Ю., Пінчук І.Я. Поширеність симптомів гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України. // Архів психіатрії. – 2017. - №4.
7. Ільницька Т.Ю. Актуальные вопросы диагностики и лечения РДВГ. // НейроNews: психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2015. - №6.

РОЗДІЛ 4

РОЗРОБКА АЛГОРИТМУ

СКИНІНГУ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ І ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ В ПРЕМОРБІДІ

4.1. Обґрунтування принципів створення алгоритму скринінгу гіперкінетичного розладу та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді

Алгоритм скринінгу ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді має на меті підвищити рівень діагностики ГКР у дорослому віці та удосконалити заходи медико-соціальної допомоги зазначеній категорії пацієнтів. З цією метою було проведено аналіз поширеності ГКР в дорослій популяції, зокрема серед військовослужбовців, вивчено демографічні, клініко-соціальні та клініко-психопатологічні характеристики осіб із вказаним розладом, проаналізовано рівень їхнього соціального функціонування, вивчено особливості перебігу ГКР та ПТСР, а також коморбідних станів в учасників бойових дій з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді. Крім того було досліджено вплив психотравмуючих факторів на перебіг гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на Сході України та клінічний патоморфоз симптомів зазначених розладів.

Алгоритм був створений з урахуванням даних доказової медицини, міжнародних настанов і вітчизняних уніфікованих протоколів (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий

стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затверджений у 2016 році), сучасних напрямів реформування галузі охорони здоров'я в Україні та результатів власного дисертаційного дослідження [180, 181, 182, 183].

В процесі дисертаційної роботи нами було виявлено, що у всіх включених у дослідження пацієнтів з ГКР відмічалось не менше 5 симптомів, що відповідали критеріям вказаного розладу. Зокрема, 100 % обстежуваних із групи ГКР повідомили про труднощі при завершенні розпочатої роботи, при виконанні завдань, що потребують зосередження уваги та організованості, про наявність проблем із запам'ятовуванням, неуважність, відчуття підвищеної активності. Вказані симптоми були присутні впродовж понад 6 місяців. Крім того, частина піддослідних вказувала на наявність відчуття неспокою, труднощі в зосередженні уваги під час бесіди, в очікуванні своєї черги, не могли дослухати співрозмовника до кінця, було важко всидіти на місці.

Було встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу у якості добровольців. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців з порушенням дисципліни був вищий. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, в яких виконувались критерії діагнозу ГКР. Серед вказаної когорти осіб було більше тих, хто мав шкідливі звички та вчиняв антисоціальні дії в минулому.

Рівень тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу був вищим у пацієнтів з подвійним діагнозом. При цьому у зазначеній піддослідній групі симптоми гіперактивності, імпульсивності та неуважності були більш вираженими.

Симптоми ГКР у групі учасників бойових дій із подвійною діагностикою ГКР та ПТСР посилювалися значущо більше, ніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР. У групі учасників бойових дій із ГКР, який було діагностовано в ранні терміни після травматизації, протягом дворічного

катамнестичного спостереження спостерігали посилення гіперактивності, імпульсивності та неуважності на тлі незначного посилення проявів ПТСР. Зростання тяжкості проявів імпульсивності було більш значущим ніж посилення гіперактивності та неуважності. Таким чином спостерігалася модифікація клінічного фенотипу розладу, яку можна розцінювати як набуття особистісних змін.

Рівень тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу був вищим у пацієнтів з подвійним діагнозом. У групі з ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще зростання симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок та підвищення реактивності. Така модифікація клінічного фенотипу розладу може свідчити про тяжкий перебіг ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали більшу тяжкість симптомів, як ПТСР, так і ГКР.

Таким чином, при катамнестичному дослідженні в групах порівняння встановлено клінічний патоморфоз симптомів наявних розладів. Дослідження їхніх особливостей дає змогу розглядати ГКР, як можливий предиктор формування поведінкових розладів при травматизації та більш тяжкого перебігу ПТСР.

Отримані результати можуть свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики зі спектра гіперкінетичного розладу (гіперактивність, імпульсивність, неуважність) та сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак гіперкінетичного розладу в преморбіді дозволяє встановити правильний діагноз.

4.2. Розробка алгоритму скринінгу гіперкінетичного розладу та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді

З огляду на те, що ГКР є хронічним розладом, симптоми якого можуть зберігатись протягом усього життя, має високий рівень коморбідності та

чинить значний вплив на психосоціальне функціонування, особи із зазначеним розладом потребують мультимодальної програми допомоги, яка впливала б на усі аспекти біо-психо-соціального ланцюжка. Незважаючи на те, що психофармакотерапія є найбільш ефективним методом щодо редукції симптомів ГКР, не може бути єдиним методом допомоги.

Нами запропоновано алгоритм скринінгу ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій з постравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді, що передбачає участь фахівців первинної ланки (в т.ч. сімейних лікарів) на першому етапі та фахівців галузі охорони здоров'я на другому етапі (рис. 4.1).

Алгоритм орієнтований на виявлення осіб із симптомами ГКР, з обтяженим сімейним анамнезом та тих, хто мав симптоми гіперкінетичного розладу в дитинстві, з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для своєчасної діагностики та надання медико-соціальної допомоги, з урахуванням наявної коморбідної патології на етапі вторинної допомоги. Враховуючи досить високу поширеність ГКР серед військовослужбовців, вказаний контингент має бути у фокусі уваги фахівців першої ланки.

Ключовими особами у ранньому виявленні ГКР є фахівці первинної ланки. З огляду на досить складний процес діагностики ГКР, високий ризик діагностичних помилок, завданням згаданих фахівців є запідозрити та провести скринінг ГКР.

З метою своєчасного та ефективного виявлення ГКР лікарями первинної ланки було визначено симптоми, наявність яких свідчить про ймовірний розлад і необхідність додаткового обстеження. Виокремлення здійснено в результаті вивчення отриманих даних з установленням частоти їх виявлення серед досліджуваного контингенту та наступним аналізом специфічності зазначених проявів. До симптомів, які включені до алгоритму та на які слід звертати увагу фахівцям первинної медичної допомоги, належать: гіперактивність, імпульсивність, проблеми із запам'ятовуванням

інформації, складнощі в зосередженні уваги, труднощі при завершенні розпочатої роботи, наявність ГКР в особистому чи сімейному анамнезі.

Скринінг ГКР у дорослому віці рекомендовано проводити, послуговуючись шкалою повідомлень про ГКР у дорослому віці (ASRS-v1.1). Про симптоми ГКР свідчать чотири і більше позначок у затемнених віконцях шкали розділу А; мінімальна кількість балів вказує на наявність симптомів ГКР – 9. Відповіді з розділу Б є допоміжними під час оцінювання симптомів.

Після проведення скринінгу ГКР наступним кроком є робота з групами підвищеної уваги за допомогою психоосвітніх заходів, психосоціальних інтервенцій, симптоматичного лікування. Робота передбачає інформування осіб із ГКР і членів групи первинної підтримки щодо причин і сприятливих факторів розвитку ГКР, існуючих методів лікування зазначеного розладу в дорослому віці (медикаментозне, психотерапевтичне лікування, навчання навичок релаксації), поведінкових змін при ГКР (проблем, асоційованих із дефіцитом уваги, планування та навчання шляхів їх вирішення), запобігання насильству в сім'ї, виявлення випадків вживання психоактивних речовин (ПАР), зокрема зловживання алкоголем, розладів поведінки та соціальної дезадаптації.

До заходів вторинної допомоги для учасників бойових дій із ПТСР розладом і ГКР у преморбіді запропоновано своєчасну та адекватну спеціалізовану допомогу за наявності симптомів розладу та медико-соціальну реабілітацію.

У разі наявності у військовослужбовців симптомів ГКР, що відповідають діагностичним критеріям МКХ-10, необхідно провести скринінг на ПТСР за PCL-C із подальшим співставленням відповідності симптомів ПТСР діагностичним критеріям МКХ-10. Своєю чергою, при виявленні військовослужбовців із симптомами ГКР слід застосувати ASRS-v1.1 для скринінгу симптомів ГКР із подальшим визначенням узгодженості з критеріями вказаного розладу в МКХ-10. За наявності у військовослужбовців симптомів ГКР та/або ПТСР необхідно розглянути доцільність і можливість

спеціалізованої допомоги та/або заходів медико-соціальної реабілітації.

Медико-соціальна допомога учасникам бойових дій, що страждають на ПТСР із ГКР у преморбіді, має бути орієнтована на підтримку адаптивних навичок особистості, опанування досвіду переживання психотравми та труднощів, що виникають після неї, мобілізацію психологічних можливостей військовослужбовців шляхом психологічної та психофізіологічної корекції [184, 185, 186].

Для реалізації заходів медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом з гіперкінетичним розладом у преморбіді необхідно дотримуватись таких принципів:

1. Ранній початок відновлювального лікування.
2. Комплексність допомоги із залученням мультидисциплінарних фахівців, що володіють навичками допомоги вказаній категорії пацієнтів.
3. Поетапне безперервне застосування реабілітаційних заходів із активним.
4. Створення індивідуальної програми реабілітації, з урахуванням клінічного перебігу захворювання, індивідуальних особливостей та можливостей особи.
5. Залучення хворого до терапевтичного процесу.

Широкий спектр медико-соціальних проблем, що супроводжують життя військовослужбовців, зумовлюють необхідність залучення до процесу надання допомоги вказаній когорті осіб фахівців різних галузей спеціалізації.

Мультидисциплінарна бригада (МДБ) об'єднує фахівців, які надають допомогу в лікуванні та реабілітації хворих і працюють як єдина команда з чіткою узгодженістю і координованістю дій. Це створює цілеспрямований підхід до реалізації поставлених завдань реабілітації. Застосування принципів мультидисциплінарного підходу дає змогу забезпечити менеджмент пацієнта з урахуванням його медичних, соціальних і реабілітаційних потреб, реалізувати фармакотерапевтичне та

психотерапевтичне лікування, а також соціальний супровід.

Під час діагностичних і терапевтичних інтервенцій в учасників бойових дій рекомендовано проводити оцінку наявності коморбідних станів. Найчастіше у вказаній категорії осіб спостерігаються такі коморбідні стани та розлади: афективні розлади, суїцидальна поведінка, вживання ПАР, зокрема зловживання алкоголем, антисоціальна поведінка, соматична патологія. У разі виявлення зазначених вище та інших станів рекомендовано розглянути можливість їх лікування і застосування спеціалізованої допомоги за потреби. За умови наявності коморбідних розладів лікування кожного з них слід починати одночасно.

В край важливими є психоосвітні заходи щодо симптомів та особливостей перебігу ГКР у дорослих серед військовослужбовців.

Результати дослідження клінічних особливостей посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій із гіперкінетичним розладом у преморбіді створили всі підстави для того, щоб запропонувати алгоритм скринінгу ГКР і медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді. Раннє виявлення осіб із ГКР забезпечує своєчасне застосовування заходів медико-соціальної реабілітації, що сприятиме зниженню рівня психологічної травматизації учасників бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді.

Отже, своєчасна і комплексна діагностика, адекватне лікування та індивідуалізована медико-соціальна реабілітація учасників бойових дій, які страждають на психічні розлади, ізольовані або з коморбідностями, при використанні запропонованого алгоритму скринінгу ГКР і медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, сприяє відновленню їхнього здоров'я та підвищенню рівня якості життя.

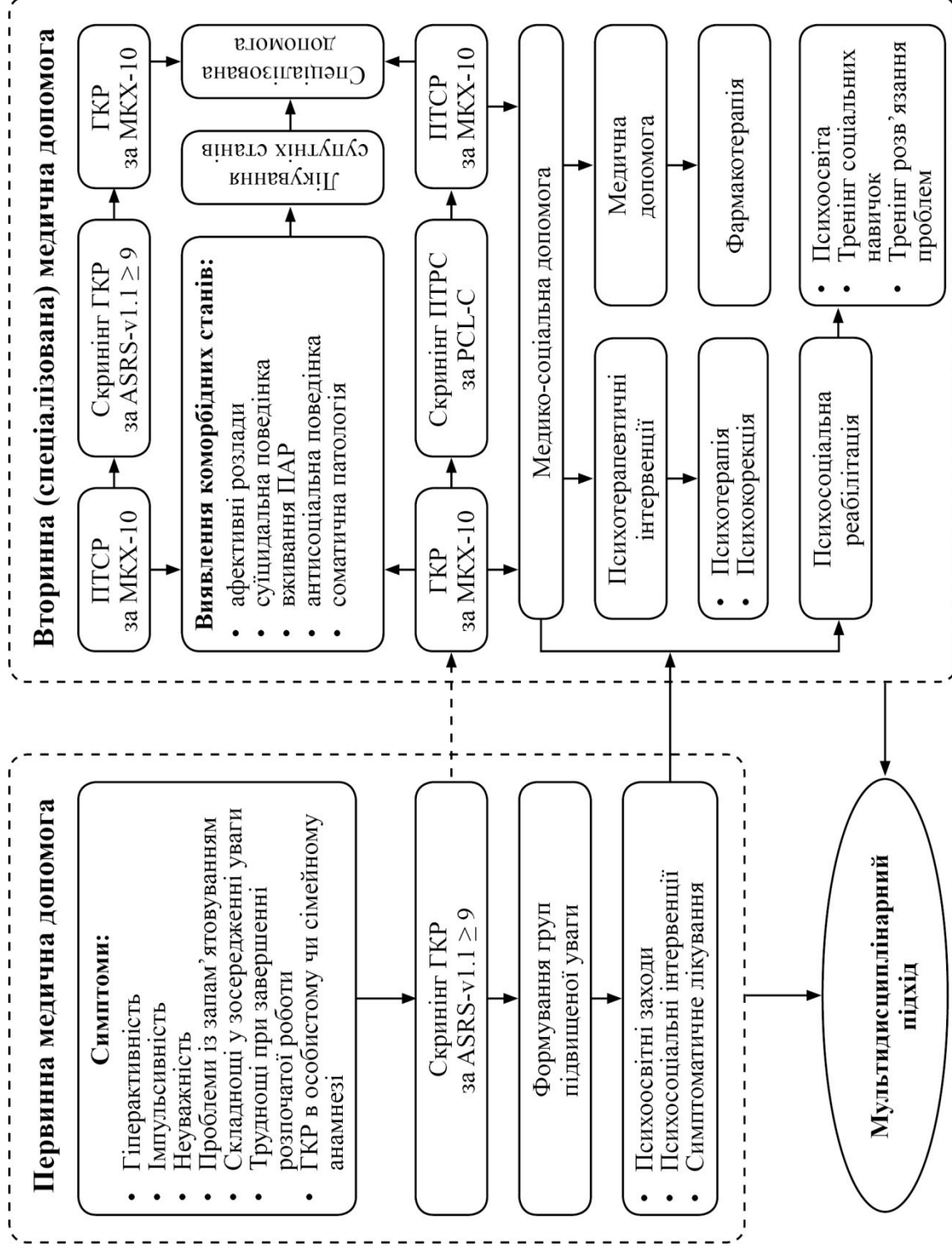


Рис. 4.1 Алгоритм скринінгу гіперкінетичного розладу та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді

ВИСНОВКИ ДО 4 РОЗДІЛУ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

У четвертому розділі науково обґрунтовані принципи створення алгоритму скринінгу ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій з постравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді.

Наведено алгоритм скринінгу щодо симптомів ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій з ПТСР та ГКР в преморбіді, який передбачає виявлення осіб із симптомами ГКР, з обтяженим сімейним анамнезом та тих, хто мав симптоми гіперкінетичного розладу в дитинстві, з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для своєчасної діагностики та надання медико-соціальної допомоги, з урахуванням наявної коморбідної патології на етапі вторинної допомоги.

Запропонований алгоритм скринінгу ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій з постравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді передбачає участь фахівців первинної ланки (в т.ч. сімейних лікарів) на першому етапі та фахівців галузі охорони здоров'я на другому етапі

Широкий спектр медико-соціальних проблем, що супроводжують життя військовослужбовців, обумовлюють необхідність залучення до процесу надання допомоги вказаній когорті осіб фахівців різних спеціальностей. Застосування принципів мультидисциплінарного підходу дозволяє забезпечити менеджмент пацієнта з урахуванням його медичних, соціальних та реабілітаційних потреб і реалізувати фармакотерапевтичне та психотерапевтичне лікування, а також соціальний супровід пацієнта.

Алгоритм скринінгу ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій з постравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді допоможе підвищити рівень діагностики ГКР у дорослому віці та удосконалити заходи медико-соціальної допомоги даній категорії пацієнтів.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Ilnytska T. Social adaptation impairment after the psychic trauma: ADHD role in premorbid // Архів психіатрії. – 2016. - №3.
2. Ільницька Т.Ю., Марценковський І.А., Булахова Л.О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації // Архів психіатрії. – 2016. - №4.
3. Ільницька Т.Ю. Поширеність гіперкінетичного розладу серед учасників антитерористичної операції на сході України: соціодемографічні характеристики // Архів психіатрії. – 2017. - №2
4. Ільницька Т.Ю. Клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу у ветеранів військових дій на сході України під впливом посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. – 2017. - №3.
5. Ільницька Т.Ю., Марценковський І.А. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на сході України // Український вісник психоневрології. – 2017. - №4.
6. Ільницька Т.Ю., Пінчук І.Я. Поширеність симптомів гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України. // Архів психіатрії. – 2017. - №4.
7. Ільницька Т.Ю. Актуальные вопросы диагностики и лечения РДВГ. // НейроNews: психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2015. - №6.

ВИСНОВКИ

1. Досліджено вплив психотравмуючих факторів на перебіг ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України: рівень тяжкості симптомів ПТСР був вищим у пацієнтів із подвійним діагнозом (кількість балів за шкалою PCL-C у пацієнтів з ГКР $43 \pm 1,6$, у пацієнтів із ГКР і ПТСР $65 \pm 1,2$; $p \leq 0,05$). Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики розладів гіперкінетичного спектра (гіперактивність, імпульсивність, неуважність) і сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак ГКР у преморбіді дає змогу встановити правильний діагноз.

2. Вивчено клінічний патоморфоз симптомів ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України. Так, в групі осіб із ГКР встановлено підвищення гіперактивності, імпульсивності та неуважності на тлі незначного посилення симптомів ПТСР (кількість балів за шкалою ASRS-v1.1: перший візит – $12 \pm 1,3$; другий візит – $15 \pm 2,1$; третій візит – $18 \pm 1,3$). Ознаки ГКР у групі учасників бойових дій із подвійним діагнозом ГКР і ПТСР посилювалися значущо більше, аніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР (кількість балів за шкалою ASRS-v1.1: перший візит – $17 \pm 2,2$; другий візит – $22 \pm 2,3$; третій візит – $24 \pm 1,3$). В учасників бойових дій із ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще зростання симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок і підвищення реактивності ($p < 0,05$). Така модифікація клінічного фенотипу розладу свідчить про ймовірність більш тяжкого перебігу ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали тяжчі прояви симптомів як ПТСР, так і ГКР.

3. Науково обґрунтовано та розроблено алгоритм скринінгу ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що передбачає виявлення осіб із симптомами ГКР, обтяженим

сімейним анамнезом та тих, хто мав симптоми ГКР у дитинстві, з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для своєчасної діагностики та медико-соціальної підтримки в подальшому, враховуючи наявні коморбідні патології на етапі вторинної допомоги.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для покращення діагностики ГКР у дорослих і якості медико-соціальної реабілітації з урахуванням клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді рекомендовано проведення скринінгу гіперкінетичного розладу і надання медико-соціальної допомоги зазначеній категорії осіб шляхом виявлення в них симптомів ГКР, обтяженого сімейного анамнезу, а також тих, хто мав прояви згаданого розладу в дитячому віці з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для забезпечення своєчасної діагностики та медико-соціальної реабілітації з урахуванням наявної коморбідної патології на етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

2. Запропонований алгоритм забезпечує своєчасне виявлення осіб із ГКР, адекватне лікування та індивідуалізовану медико-соціальну допомогу учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що сприяє зниженню рівня психологічної травматизації, відновленню їх здоров'я та підвищенню якості життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Fields S. A., Johnson W. M., Hassig M. B. Adult ADHD: Addressing a unique set of challenges // J FamPract. 2017. Vol. 66, № 2. P. 68–74. Review.
2. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines – Geneva: WHO, 1992. – 136 p.
3. Kozhyna H. M., Misiyev V. D. (Eds.). Дитяча психіатрія [Child psychiatry]. Kyiv: VSV «Medytsyna», 2014 [in ukrainian].
4. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication / Kessler R. C., Adler L., Barkley R. [et al.] // Am J Psychiatry. 2006. Vol. 163. P. 716–723. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.4.716.
5. Clemow D. B. Walker D. J. The potential for misuse and abuse of medications in ADHD: a review // Postgrad Med. 2014. Vol. 126. P. 64–81. DOI: 10.3810/pgm.2014.09.2801.
6. The nonmedical use of prescription ADHD medications: results from a national internet panel / Novak S. P., Kroutil LA, Williams R. L. [et al.] // Subst Abuse Treat Prev Policy. 2007. Vol. 2. P. 32.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 2013.
8. Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder / Kolar D., Keller A., Golfinopoulos M. [et al.] // Neuropsychiatr Dis Treat. 2008. Vol. 4. P. 389–403.
9. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families / McGough J. J., Smalley S. L., McCracken J. T. [et al.] // Am J Psychiatry. 2005. Vol. 162. P. 1621–1627.
10. Faraone S. V., Biederman J. Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood // JAMA Psychiatry. 2016. Vol. 73. P. 655–656.
11. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients / van de

Glind G., van den Brink W., Koeter M. W. J. [et al.] // Drug Alcohol Depend. 2013. Vol. 132. P. 587–596.

12. Gualtieri C. T., Johnson L. G. ADHD: Is objective diagnosis possible // Psychiatry. 2005. Vol. 2. P. 44–53.

13. Perrin A. E., Jotwani V. M. Addressing the unique issues of student athletes with ADHD // J FamPract. 2014. Vol. 63. E1-E9.

14. Sex differences in claimed and behavioral self-handicapping and ADHD symptomatology in emerging adults / Jaconis M., Boyd S., Hartung C. M. [et al.] // AttenDeficHyperactDisord. 2016. Vol.8, № 4. P. 205–214.

15. Nadeau K. G., Quinn P. O. (eds) Understanding women with ADHD. Advantage Books, Silver Spring, 2002.

16. Sex differences in the manifestation of ADHD in emerging adults / Fedele D. A., Lefler E. K., Hartung C. M. [et al.] // J AttenDisord. 2012. Vol. 16. P. 109–117.

17. Gender effects on ADHD in adults, revisited / Biederman J., Faraone S. V., Monuteaux M. C. [et al.] // Biol Psychiatry. 2004. Vol. 55. P. 692–700.

18. Self-report of ADHD symptoms in university students: cross-gender and cross-national prevalence / DuPaul G. J., Schaughency E. A., Weyandt L. L. [et al.] // J Learn Disabil. 2001. Vol. 34. P. 370–379.

19. Parent and teacher ratings of attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms: factor structure and normative data / DuPaul G. J., Reid R., Anastopoulos A. D. [et al.] // Psychol Assess. 2016. Vol. 28. P. 214–225.

20. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD // Journal of Attention Disorders. 2002. Vol. 5. P. 1036–1045.

21. Hinshaw S. P., Arnold L. E. MTA Cooperative Group. Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge // Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci. 2015. Vol. 6, № 1. P. 39–52.

22. Rucklidge J. J., Tannock R. Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001. Vol. 40, № 5. P. 530–540.

23. Hinshaw S. P., Scheffler R. M. The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance. New York: Oxford University Press, 2014.

24. Режим доступа: <http://www.apa.org/monitor/feb03/adhd.aspx>.

25. Режим доступа: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml#part_145444.

26. Osland S., Hirsch L., Pringsheim T. Smoking, alcohol and drug use in youth and adults with attention-deficit hyperactivity disorder // BJPsych Open. 2017. Vol. 3, № 3. P. 141–146.

27. Faraone S. V., Biederman J., Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies // Psychol Med. 2006. Vol. 36. P. 159–65.

28. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative / Lara C., Fayyad J., de Graaf R. [et al.] // Biological Psychiatry. 2009. Vol. 65. P. 46–54.

29. Mannuzza S., Klein R. G., Moulton J. L. Persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood: What have we learned from the prospective follow-up studies // Journal of Attention Disorders. 2003. Vol. 7. P. 93–100.

30. Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Walters E. E. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // Archives of General Psychiatry. 2005. Vol. 62, № 6. P. 617–27.

31. Attention deficit disorder in adults / Pary R., Lewis S., Matuschka P. R. [et al.] // Annals of Clinical Psychiatry. 2002. Vol. 14. P. 105–111.

32. Silver L. B. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult life // *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2000. Vol. 9. P. 511–523.
33. Hill J., Schoener E. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder // *American Journal of Psychiatry*. 1996. Vol. 153. P. 1143–1146.
34. Prevalence of ADHD in Publicly Insured Adults / Zhu Y., Liu W., Li Y. [et al.] // *J AttenDisord*. 2017. 1:1087054717698815.
35. Almeida Montes L. G., Hernández García A. O., RicardoGarcell J. ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses // *Journal of Attention Disorders*. 2007. Vol. 11. P. 150–156.
36. Faraone S. V., Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults // *Journal of Attention Disorders*. 2005. Vol. 9. P. 384–391.
37. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students / Heiligenstein E., Conyers L. M., Berns A. R. [et al.] // *Journal of American College Health*. 1998. Vol. 46. P. 185–188.
38. The prevalence and incidence, resource use and financial costs of treating people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the United Kingdom (1998 to 2010) / Holden S. E., Jenkins-Jones S., Poole C. D. [et al.] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2013. Vol. 7, Article 34.
39. Prevalence and incidence of adult attention deficit/hyperactivity disorder in a large managed care population / Knight T. K., Kawatkar A., Hodgkins P. [et al.] // *Current Medical Research & Opinion*. 2014. Vol. 30. P. 1291–1299.
40. The epidemiology of pharmacologically treated attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults in UK primary care / McCarthy S., Wilton L., Murray M. L. [et al.] // *BMC Pediatrics*. 2012. Vol. 12. P. 78.

41. Adult ADHD: Prevalence of diagnosis in a US population with employer health insurance / Montejano L., Sasané R., Hodgkins P. [et al.] // Current Medical Research & Opinion, 27 (Suppl. 2). 2011. P. 5–11.
42. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis / Simon V., Czobor P., Bálint S. [et al.] // British Journal of Psychiatry. 2009. Vol. 194. P. 204–211.
43. Режим доступа: <http://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/>
44. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis / Polanczyk G., de Lima M. S., Horta B. L. [et al.] // Am J Psychiatry. 2007. Vol. 164. P. 942–948.
45. Willcutt E. G. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review // Neurotherapeutics. 2012. Vol. 9. P. 490–499.
46. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder / Fayyad J., De Graaf R., Kessler R. [et al.] // Br J Psychiatry. 2007. Vol. 190. P. 402–409.
47. Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe–ADORE / Novik T. S., Hervas A., Ralston S. J. [et al.] // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006. Vol. 15 (Suppl 1): I/15-I/24.
48. Steinhausen H. C., Novik T. S. ADORE Study Group. Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006. Vol. 15: I/25-I/29.
49. Study design, baseline patient characteristics and intervention in a cross-cultural framework: results from the ADORE study / Preuss U, Ralston S. J., Baldursson G. [et al.] // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006. Vol. 15(Suppl 1): I/4-I/14.
50. Jensen C. M., Steinhausen H. C. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study // AttenDeficHyperactDisord. 2015. Vol. 7. P. 27–38.

51. ADHD and psychiatric comorbidity: functional outcomes in a school-based sample of children / Cuffe S. P., Visser S. N., Holbrook J. R. [et al.] // *J AttenDisord*. 2015. Epub ahead of print.
52. Coexisting psychiatric problems and stressful life events in adults with symptoms of ADHD—a large Swedish population-based study of twins / Friedrichs B., Igl W., Larsson H. [et al.] // *J AttenDisord*. 2012. Vol. 16. P. 13–22.
53. Psychiatric comorbidity at the time of diagnosis in adults with ADHD: the CAT study / Piñeiro-Dieguez B., Balanzá-Martínez V., García-García P. [et al.] // *J AttenDisord*. 2016. Vol. 20. P. 1066–1075.
54. Attention deficit hyperactivity disorder in Australian adults: prevalence, persistence, conduct problems and disadvantage / Ebejer J. L., Medland S. E., van der W. J. [et al.] // *PLoS One*. 2012. Vol. 7: e47404.
55. The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample / deZwaan M., Gruss B., Muller A. [et al.] // *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci*. 2012. Vol. 262. P. 79–86.
56. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis / Polanczyk G. V., Willcutt E. G., Salum G. A. [et al.] // *Int J Epidemiol*. 2014. Vol. 43. P. 434–442.
57. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. WHO World Mental Health Survey Collaborators / Fayyad J., Sampson N. A., Hwang I. [et al.] // *AttenDeficHyperactDisord*. 2017. Vol. 9, № 1. P. 47–65.
58. Systematic review of the epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder in Arab countries / Alhraiwil N. J., Ali A., Househ M. S. [et al.] // *Neurosciences (Riyadh)*. 2015. Vol. 20, № 2. P. 137–144.
59. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis / Thomas R., Sanders S., Doust J. [et al.] // *Pediatrics*. 2015. Vol. 135, № 4:e994–e1001.
60. Adult ADHD Symptomatology in Active Duty Army Personnel: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers /

Kok B. C., Reed D. E., Wickham R. E., Brown LM. // J AttenDisord. 2016. Oct 16. pii: 1087054716673451.

61. Functioning of Young Adults With ADHD in the Military / Fruchter E., Marom-Harel H., Fenchel D. [et al.] // J AttenDisord. 2016 Jun 5. pii: 1087054716652478.

62. LeardMannPrescription Stimulants and PTSD Among U.S. Military Service Members. C. / Crum-Cianflone N. F., Frasco M. A., Armenta R. F. [et al.] // J Trauma Stress. 2015. Vol. 28, № 6. P. 585–9. doi: 10.1002/jts.22052. Epub 2015 Nov 4.

63. Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder / Harrington K. M., Miller M. W., Wolf E. J. [et al.] // Compr Psychiatry. 2012. Vol. 53, № 6. P. 679–90.

64. ADHD, medication and the military service: a pediatrician's dilemma / Friedman L. S., Blaschke G. S., Klam W. P., Stein M. T. // J Dev BehavPediatr. 2010. Vol. 31, № 3. P. 60–3.

65. Accession standards for attention-deficit/hyperactivity disorder: a survival analysis of military recruits, 1995-2000 / Krauss M. R., Russell R. K., Powers T. E., Li Y. // Mil Med. 2006. Vol. 171, № 2. P. 99–102.

66. Almond N., Harris F., Almond M. You're the flight surgeon. Attention deficit hyperactivity disorder // Aviat Space Environ Med. 2005. Vol. 76, № 6. P. 601–2.

67. Thirty-day prevalence of DSM-IV mental disorders among nondeployed soldiers in the US Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS) / Kessler R. C., Heeringa S. G., Stein, M. B., Colpe L. J. [et al.] // JAMA Psychiatry. 2014. Vol. 71. P. 504–513.

68. Bell A. S. A critical review of ADHD diagnostic criteria: What to address in the DSM-V // Journal of Attention Disorders. 2011. Vol. 15. P. 3–10.

69. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: Are late onset and subthreshold diagnoses valid? / Faraone S. V., Biederman J., Spencer T. [et al.] // American Journal of Psychiatry. 2006. Vol. 163. P. 1720–1729.
70. Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study / Moffitt T. E., Houts R., Asherson P. [et al.] // American Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 172. P. 967–977.
71. Neuropsychological practice in the military. In C. H. Kennedy & E. A. Zillmer (Eds.), Military psychology: Clinical and operational applications / French L. M., Anderson-Barnes V., Ryan L. M. [et al.]. New York, NY: Guilford Press, 2012. P. 185–210.
72. Predeployment and in-theater diagnoses of American military personnel serving in Iraq / Larson G. E., Hammer P. S., Conway T. L. [et al.] // Psychiatric Services. 2011. Vol. 62. P. 15–21.
73. Attention deficit hyperactivity disorder subtypes and their relation to cognitive functioning, mood states, and combat stress symptomatology in deploying US soldiers / Hanson J. A., Haub M. D., Walker J. J. [et al.] // Military Medicine. 2012. Vol. 177. P. 655–662.
74. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population / Kessler R. C., Adler L., Ames M. [et al.] // Psychological Medicine. 2005. Vol. 35. P. 245–256.
75. Spencer T. J., Biederman J., Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology // AmbulPediatr. 2007. Vol. 7, №1. P. 73–81.
76. Pappas D. ADHD Rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation // J Psychoeduc Assess. 2006. Vol. 24. P. 172–8.
77. Attention-deficit-hyperactivity disorder and reward deficiency syndrome / Blum K., Chen A. L., Braverman E. R. [et al.] // Neuropsychiatr Dis Treat. 2008. Vol. 4. P. 893–918.

78. Pomerleau O. F., Downey K. K., Stelson F. W., Pomerleau C. S. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder // *J Subst Abuse*. 1995. Vol. 7. P. 373–8.
79. Kollins S. H., McClernon F. J., Fuemmeler B. F. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults // *Arch Gen Psychiatry*. 2005. Vol. 62. P. 1142–7.
80. Charach A., Yeung E., Climans T., Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011. Vol. 50. P. 9–21.
81. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder with early tobacco and alcohol use / Brinkman W. B., Epstein J. N., Auinger P. [et al.] // *Drug Alcohol Depend*. 2015. Vol. 147. P. 183–9.
82. Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD / Wilens T. E., Adamson J., Sgambati S. [et al.] // *Am J Addict*. 2007. Vol. 16, № 1. P. 14–21.
83. Gray K. M., Upadhyaya H. P. Tobacco smoking in individuals with attention-deficit hyperactivity disorder: epidemiology and pharmacological approaches to cessation // *CNS Drugs*. 2009. Vol. 23. P. 661–8.
84. Searching for a neurobiological basis for self-medication theory in ADHD comorbid with substance use disorders: an in vivo study of dopamine transporters using (99m)Tc-TRODAT-1 SPECT / Silva N., Szobot C. M., Shih M. C. [et al.] // *Clin Nucl Med*. 2014. Vol. 39: e129–34.
85. Mall M., King-Hill S., Holland P. Managing risk-taking behaviour in children and young people with ADHD // *Br J School Nurs*. 2013. Vol. 8. P. 483–7.
86. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD / Kooij J. J., Bejerot S., Blackwell A. [et al.] // *BioMed Central Psychiatry*. 2010. Vol. 10, Article 67.
87. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) /

Sobanski E., Brüggemann D., Alm B. [et al.] // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2007. Vol. 257. P. 371–377.

88. Adler L., Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder // The Psychiatric Clinics of North America. 2004. Vol. 27. P. 187–201.

89. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females / Biederman J., Ball S. W., Monuteaux M. C. [et al.] // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2008. Vol. 47. P. 426–434.

90. The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? / Adams Z., Adams T., Stauffacher K. [et al.] // J AttenDisord. 2015 Apr 16.

91. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E. [et al.] // Archives of General Psychiatry. 1995. Vol. 52. P. 1048–1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

92. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? / Adler L. A., Kunz M., Chua H. C. [et al.] // Journal of Attention Disorders. 2004. Vol. 8. P. 11–16.

93. Antshel K. M., Biederman J., Spencer T. J., Faraone S. V. The Neuropsychological Profile of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder in Adult ADHD // J AttenDisord. 2016. Vol. 20, № 12. P. 1047–1055.

94. Lee S. S., Falk A. E., Aguirre V. P. Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) // Psychiatry Research. 2012. Vol. 197. P. 90–96.

95. Beers S. R., De Bellis M. D. Outcomes of child abuse // Neurosurgery Clinics of North America. 2002. Vol. 13. P. 235–241.

96. Multivariate assessment of explicit memory function in combat veterans with posttraumatic stress disorder / Gilbertson M. W., Gurvits T. V., Lasko N. B. [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. 2001. Vol. 14. P. 413–432.
97. Memory performance in holocaust survivors with posttraumatic stress disorder / Golier J. A., Yehuda R., Lupien S. J. [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159. P. 1682–1688.
98. Attentional dysfunction associated with posttraumatic stress disorder among rape survivors / Jenkins M. A., Langlais P. J., Delis D., Cohen R. A. // *The Clinical Neuropsychologist*. 2000. Vol. 14. P. 7–12.
99. Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons / Vasterling J. J., Duke L. M., Brailey K. [et al.] // *Neuropsychology*. 2002. Vol. 16. P. 5–14.
100. Harvard/VA PTSD Twin Study Investigators. Clarifying the origin of biological abnormalities in PTSD through the study of identical twins discordant for combat exposure / Pitman R. K., Gilbertson M. W., Gurvits T. V. [et al.] // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006. Vol. 1071. P. 242–254.
101. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study / Kulka R. A., Schlenger W. E., Fairbank J. A. [et al.]. New York: Brunner/Mazel, 1990.
102. Mediating role of childhood emotional abuse on the relationship between severity of ADHD and PTSD symptoms in a sample of male inpatients with alcohol use disorder / Evren C., Umut G., Bozkurt M. [et al.] // *Psychiatry Res*. 2016. Vol. 30, № 239. P. 320–4.
103. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders / Ford J. D., Racusin R., Ellis C. G. [et al.] // *Child Maltreatment*. 2000. Vol. 5, № 3, P. 205–217.

104. Husain S. A., Allwood M. A., Bell D. J. The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the Bosnian war // Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2008. Vol. 16, № 1. P. 52–62.
105. Özdemir O., Boysan M., GüzelÖzdemir P., Yilmaz E. Relations between Post-traumatic Stress Disorder, Dissociation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Earthquake Survivors // Noro PsikiyatrArs. 2015. Vol. 52, № 3. P. 252–257.
106. Barkley R. A. Global issues related to the impact of untreated attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to young adulthood // Postgrad Med. 2008. Vol. 120. P. 48–59
107. Barkley R. A. Major life activity and health outcomes associated with attention deficit/hyperactivity disorder // J Clin Psychiatry. 2002. Vol. 63, № 12. P. 10–15.
108. Barkley R. A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006. Vol. 45, № 2. P. 192–202.
109. Adult outcome of attention-deficit/ hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study / Biederman J., Petty C.R., Yvonne Woodworth K. [et al.] // J Clin Psychiatry. 2012. Vol. 7. P. 941–950.
110. Barkley R. A. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. Guilford, New York, 2014.
111. Barkley R. A., Murphy K. R., Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder // Pediatrics. 1996. Vol. 98. P. 1089–1095.
112. Barkley R. A., Murphy K. R. Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical workbook. Guilford, New York, 1998.
113. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers / Schubiner H., Tzelepis A., Milberger S. [et al.] // J Clin Psychiatry. 2000. Vol. 61. P. 244–251.

114. Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men / Chao C. Y., Gau S. S., Mao W. C. [et al.] // *Psychiatry ClinNeurosci*. 2008. Vol. 62, № 4. P. 421–426.
115. Gjervan B., Torgersen T., Nordahl H. M., Rasmussen K. Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD // *J AttenDisord*. 2012. Vol. 16, № 7. P. 544–552.
116. Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder / Adler L. A., Liebowitz M., Kronenberger W. [et al.] // *Depression and Anxiety*. 2009. Vol. 26. P. 212–221.
117. Landgraf J. M. Monitoring quality of life in adults with ADHD: reliability and validity of a new measure // *J AttenDisord*. 2007. Vol. 11, № 3. P. 351–362.
118. Brod M., Johnston J., Able S., Swindle R. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure // *Qual Life Res*. 2006. Vol. 15. P. 117–129.
119. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale in European patients: comparison with patients from the USA / Brod M., Adler L. A., Lipsius S. [et al.] // *AttenDeficHyperactDisord*. 2015. Vol. 7, № 2. P. 141–150.
120. Subjective distress predicts treatment seeking for depression, bipolar, anxiety, panic, neurasthenia and insomnia severity spectra / Angst J., Gamma A., Clarke D. [et al.] // *ActaPsychiatrScand*. 2010. Vol. 122, № 6. P. 488–498.
121. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations / Lynch T. R., Chapman A. L., Rosenthal M. Z. [et al.] // *J ClinPsychol*. 2006. Vol. 62. P. 459–480.
122. Subjective Distress Associated with Adult ADHD: evaluation of a new self-report./ Nicastro R., Desseilles M., Prada P. [et al.] // *AttenDeficHyperactDisord*. 2017 Jun 10.

123. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature / Ginsberg Y., Quintero J., Anand E. [et al.] // Prim Care Companion CNS Disord. 2014. doi:10.4088/PCC.13r01600.

124. Able S. L., Johnston J. A., Adler L. A., Swindle R. W. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD // Psychol Med. 2007. Vol. 37. P. 97–107.

125. Ferre F., Cambra J., Ovejero M., Basurte-Villamor I. Influence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms on quality of life and functionality in adults with eating disorders // ActasEspPsiquiatr. 2017. Vol. 45, № 3. P. 98–107.

126. Bleck J., DeBate R. D. Exploring the co-morbidity of attentiondeficit/hyperactivity disorder with eating disorders and disordered eating behaviors in a nationally representative community-based sample // Eat Behav. 2013. Vol. 14, № 3. P. 390–3.

127. Bleck J. R., DeBate R. D., Olivardia R. The Comorbidity of ADHD and Eating Disorders in a Nationally Representative Sample // J Behav Health Serv Res. 2015. Vol. 42, № 4. P. 437–51.

128. Karjalainen L., Gillberg C., Rastam M., Wentz E. Eating disorders and eating pathology in young adult and adult patients with ESSENCE // Compr Psychiatry. 2016. Vol. 66. P. 79–86.

129. Mikami A. Y., Hinshaw S. P., Patterson K. A., Lee J. C. Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder // J Abnorm Psychol. 2008. Vol. 117, № 1. P. 225–35.

130. ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity? / Fernandez-Aranda F., Aguera Z., Castro R. [et al.] // BMC psychiatry. 2013. Vol. 13. P. 166–8.

131. Impulsivity in adolescents with bipolar disorder and/or attention-deficit/hyperactivity disorder and healthy controls as measured by the Barratt Impulsiveness Scale / Nandagopal J. J., Fleck D. E., Adler C. M. [et al.] // J Child AdolescPsychopharmacol. 2011. Vol. 21, № 5. P. 65–8.

132. Sokol M. S., Gray N. S., Goldstein A., Kaye W. H. Methylphenidate treatment for bulimia nervosa associated with a cluster B personality disorder // *Int J Eat Disord.* 1999. Vol. 25, № 2. P. 233–7.

133. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders / Claes L., Nederkoorn C., Vandereycken W. [et al.] // *Eat behav.* 2006. Vol. 7, № 3. P. 196–203.

134. Serneć K., Tomori M., Zalar B. Effect of management of patients with Anorexia and Bulimia nervosa on symptoms and impulsive behavior // *CollAntropol.* 2010. Vol. 34, № 4. P. 1281–7.

135. Philipsen A., Tebartz van Elst L., Graf E. Quality of Life of Adult Patients With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Taking Methylphenidate-Reply // *JAMA Psychiatry.* 2016. Vol. 73, № 5. P. 534–5.

136. Self-Reported quality of life in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder and executive function impairment treated with lisdexamfetaminedimesylate: a randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled, parallel-group study / Adler L. A., Dirks B., Deas P. [et al.] // *BMC psychiatry.* 2013. Vol. 13. P. 253.

137. Burden of illness and health care resource utilization in adult psychiatric outpatients with attention-deficit/ hyperactivity disorder in Europe / Karlsdotter K., Bushe C., Hakkaart L. [et al.] // *Curr Med Res Opin.* 2016. P. 1–35.

138. Ioannidis K., Serfontein J., Muller U. Bulimia nervosa patient diagnosed with previously unsuspected ADHD in adulthood: clinical case report, literature review, and diagnostic challenges // *Int J Eat Disord.* 2014. Vol. 47, № 4. P. 431–6.

139. Chierito de Oliveira D., Guerrero de Sousa P., Borges Dos Reis C., Tonin F. S., Maria Steimbach L, Virtuoso S., Fernandez-Llimos F., Pontarolo R., Cristina Conegero Sanches A.

140. Young J. L., Goodman D. W. Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Management, and Treatment in the DSM-5 Era // *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016. Vol. 18, № 6.

141. Managing ADHD across the lifespan in the primary care setting / Goodman D. W., Lasser R. A., Babcock T. [et al.] // Postgrad Med. 2011. Vol. 123, № 5. P. 14–26.

142. Rasmussen K., Palmstierna T., Levander S. Differences in psychiatric problems and criminality between individuals treated with central stimulants before and after adulthood [published online ahead of print March 20, 2015] // J Atten Disord.

143. Wigal S. B. Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults // CNS Drugs. 2009. Vol. 23, № 1. P. 21–31.

144. Safety of Treatments for ADHD in Adults: Pairwise and Network Meta-Analyses / Chierrito de Oliveira D., Guerrero de Sousa P., Borges Dos Reis C. [et al.] // J Atten Disord. 2017 Mar 1:1087054717696773.

145. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology / Bolea-Alamañac B., Nutt D. J., Adamou M. [et al.] // Journal of Psychopharmacology. 2014. Vol. 28. P. 179–203.

146. A 9-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-finding study to evaluate the efficacy and safety of modafinil as treatment for adults with ADHD / Arnold V. K., Feifel D., Earl C. Q. [et al.] // Journal of Attention Disorder. 2014. Vol. 18. P. 133–144.

147. A network meta-analysis of atomoxetine and osmotic release oral system methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients / Bushe C., Day K., Reed V. [et al.] // Journal of Psychopharmacology. 2016. Vol. 30. P. 444–458.

148. Safety and tolerability of atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adult patients: An integrated analysis of 15 clinical trials / Camporeale A., Porsdal V., Bruyckere K. [et al.] // Journal of Psychopharmacology. 2015. Vol. 29. P. 3–14.

149. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Rapid response report—Summary with critical appraisal: Pharmacologic management of patients with ADHD: A review of guidelines. Retrieve. 2016. d from <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/mar016/RC0759%20ADHD%20Management%20Final.pdf>

150. Bachmann C. J., Philipsen A., Hoffmann F. ADHD in Germany: Trends in Diagnosis and Pharmacotherapy // *Dtsch Arztebl Int.* 2017 Mar 3. Vol. 114, № 9. P. 141–148.

151. Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study / Vidal R., Bosch R., Nogueira M. [et al.] // *J Nerv Ment Dis.* 2013 Oct. Vol. 201, № 10. P. 894–900.

152. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD / Bramham J., Young S., Bickerdike A. [et al.] // *J atten Disord.* 2009. Vol. 12. P. 434–441.

153. Young S., Bramham J., Gray K., Rose E. The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: A qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis // *J Atten Disord.* 2008. Vol. 11. P. 493–503.

154. A controlled trial of a cognitive skills program for personality-disordered offenders. *J Atten Disord.*

155. Nussey C, Pistrang N, Murphy T. How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder / Young S., Hopkin G., Perkins D. [et al.] // *Child Care Health Dev.* 2013. Vol. 39, № 5. P. 617–27. doi: 10.1111/cch.12039. Epub 2013 Mar 5. Review.

156. Balazs J., Tolna J., Gadoros J., Dallos G. Adulthood – childhood – adulthood: long-term therapy in child and adolescent psychiatry // *Neuropsychopharmacol Hung.* 2012. Vol. 14, № 1. P. 51–8. Hungarian.

157. Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review / Vidal-Estrada R., Bosch-Munso R., Nogueira-Moraes M. [et al.] // *Actas Esp Psiquiatr.* 2012. Vol. 40. P. 147–154.
158. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy With and Without Medication for Adults With ADHD / Cherkasova M. V., French L. R., Syer C. A. [et al.] // *J Atten Disord.* 2016 Oct 1:1087054716671197.
159. Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation: A study of 29 participants / Virta M., Vedenpa"ä A., Gro"nroos N. [et al.] // *J Atten Disord.* 2008. Vol. 12. P. 218–226.
160. Rostain A. L., Ramsay J. R. A combined treatment approach for adults with ADHD: Results of an open study of 43 patients // *J Atten Disord.* 2006. Vol. 10. P. 150–159.
161. Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD / Solanto M. V., Marks D. J., Mitchell K. J. [et al.] // *J Atten Disord.* 2008. Vol. 11. P. 728–736.
162. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD / Solanto M. V., Marks D. J., Wasserstein J. [et al.] // *Am J Psychiatry.* 2010. Vol. 167. P. 958–968.
163. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program / Hesslinger B., Tebartz van Elst L., Nyberg E. [et al.] // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002. Vol. 252. P. 177–184.
164. Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Results of an open multicentre study / Philipsen A., Richter H., Peters J. [et al.] // *J Nerv Ment Dis.* 2007. Vol. 195. P. 1013–1019.
165. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study / Zylowska L., Ackerman D. L., Yang M. H. [et al.] // *J Atten Disord.* 2008. Vol. 11. P. 737–746.
166. Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial / Hirvikoski T., Waaler E., Alfredsson J. [et al.] // *Behav Res Ther.* 2011. Vol. 49. P. 175–185.

167. Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD: A randomized controlled pilot study / Virta M., Salakari A., Anttila M. [et al.] // *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010. Vol. 6. P. 43–453.
168. Knouse L. E., Teller J., Brooks M. A. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD // *J Consult Clin Psychol.* 2017 Jul. Vol. 85, № 7. P. 737–750.
169. Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Archives of General Psychiatry.* 1995. Vol. 52, № 12. P. 1048–1060.
170. The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? / Adams Z., Adams T., Stauffacher K. [et al.] // *J AttenDisord.* 2015 Apr 16.
171. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? / Adler L. A., Kunz M., Chua H. [et al.] // *Journal of Attention Disorders.* 2004. Vol. 8. P. 11–16.
172. Antshel K. M., Biederman J., Spencer T. J., Faraone S. V. The Neuropsychological Profile of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder in Adult ADHD // *J AttenDisord.* 2016 Dec. Vol. 20, № 12. P. 1047–1055.
173. Lee S. S., Falk A. E., Aguirre V. P. Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) // *Psychiatry Research.* 2012. Vol. 197. P. 90–96.
174. Effect of Symptoms of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder in Korean Conscripts / Dong-Yun Lee, Chul-Soo Park [et al.] // *Psychiatry Investig.* 2012. Vol. 9. № 2. P. 154–160.
175. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders / Ford J. D., Racusin R., Ellis C. G. [et al.] // *Child Maltreatment.* 2005. Vol. 3. P. 205–217. doi:10.1177/1077559500005003001.

176. Relations between Post-traumatic Stress Disorder, Dissociation and Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder among Earthquake Survivors / Özdemir O., Boysan M., GüzelÖzdemir P., Yilmaz E. // *Noro Psikiyatr Ars.* 2015. Vol. 52, № 3. P. 252–257.

177. Пінчук І. Я. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес та порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик, О. О. Древіцька // *Архів психіатрії.* – 2016. – Т.22, № 3(86). – С. 15-19.

178. Богомолець О.В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О.В. Богомолець, І.Я. Пінчук, А.К. Ладик-Бризгалова // *Архів психіатрії.* – 2016. – Т. 22, № 2(85). – С. 11-15.

179. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник 2013– 2015 рр. // Центр медичної статистики МОЗ України; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – Кіровоград : ПП «Поліум», 2016. – 80 с.

180. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 // *Нейронews.*— 2016. – № 3 (77). – С. 49-64.

181. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Онлайн-видання. – Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету. Видавнича серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія». – Львів, 2015.

182. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (методичні рекомендації) / [П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін.] – Харків, 2014. – 79 с.

183. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування (методичні рекомендації) / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, та ін.]. – Харків, 2009. – 31с.

184. Коростій В.І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. / В.І. Коростій, В.Т. Поліщук, В.І. Заворотній // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. - №6 (76). - С. 59-71.

185. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги після травматичного стресового розладу / Методичні рекомендації. // Мусій О.С., Пінчук І.Я., Хаустова О.О. та ін. – 2014. – 32 с.

186. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції (клінічна настанова) / Б.В. Михайлов, В.С. Гічун, О.П. Михайлік, О.М. Зінченко. – Харків-Київ, 2015. – 46с.

Шкала повідомлень про РДВГ у дорослому віці (ASRS-v1.1)

Ім'я пацієнта		Дата					
			Ніког	Рідко	Інколи	Часто	Дуже
1.	Як часто Вам буває важко довести роботу до кінця, при умові, що найскладніші її частини вже виконані?						
2.	Як часто Вам буває важко навести лад серед своїх речей, а також, виконуючи завдання, що потребує організованості?						
3.	Як часто у Вас виникають проблеми із запам'ятовуванням інформації щодо запланованих чи обов'язкових зустрічей?						
4.	Як часто Ви уникаєте чи відкладаєте виконання завдань, що потребують значного зосередження уваги?						
5.	Як часто Ви відчуваєте неспокій чи здійснюєте рухи кінцівками, в умовах, коли необхідно сидіти спокійно на місці протягом тривалого часу?						
6.	Як часто Ви відчуваєте підвищену активність і необхідність щось робити?						
Розділ А							
7.	Як часто Ви допускаєте помилки через неуважність, при умові, що потрібно виконувати нецікаве чи складне завдання?						
8.	Як часто Вам буває важко зосередити свою увагу, виконуючи нудне чи одноманітне завдання?						
9.	Як часто Вам буває важко зосередити свою увагу на тому, що говорить співрозмовник, навіть тоді, коли він звертається безпосередньо до Вас?						
10.	Як часто Ви не кладете речі на своє місце, чи Вам важко їх знайти дома або на роботі?						
11.	Як часто Вас відволікає те, що відбувається чи шум навколо Вас?						
12.	Як часто Ви встаєте з місця на зборах чи в інших ситуаціях, в яких необхідно сидіти на своєму місці?						
13.	Як часто Ви відчуваєте неспокій чи метушливість?						
14.	Як часто Вам важко розслабитися і відпочити, коли у Вас є час на самого себе?						
15.	Як часто ви усвідомлюєте, що багато говорите, коли перебуваєте у компанії інших людей?						
16.	Як часто під час розмови Ви помічаєте, що закінчуєте речення замість того, хто з Вами розмовляє, не дослухавши його до кінця?						
17.	Як часто Вам буває важко очікувати свою чергу?						
18.	Як часто Ви турбуєте інших, коли вони зайняті?						
Розділ Б							

Шкала симптомів ПТСР – цивільна версія (PCL-C)

№	Реакція	Ніколи (1)	Рідко (2)	Іноді (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1.	Чи відмічаєте Ви, що тривожні спогади, думки чи образи стресових ситуацій, пережиті в минулому, постійно повторюються?					
2.	Чи відмічаєте Ви, що тривожні сновидіння про пережиту в минулому стресову ситуацію постійно повторюються?					
3.	Чи відмічаєте Ви раптові зміни поведінки чи почуття, начебто стресова ситуація знову повторилась (відчуття, наче Ви знову переживаєте стресову ситуацію)?					
4.	Чи відчуваєте Ви дуже сильне почуття роздратованості, коли Вам іноді нагадують про пережиту в минулому стресову ситуацію?					
5.	Чи відчуваєте Ви фізичні реакції (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, підвищене потовиділення), коли Вам іноді нагадують про пережиту в минулому стресову ситуацію?					
6.	Чи уникаєте Ви думок або розмов про стресову ситуацію, пережиту в минулому, чи пов'язаних з нею почуттів?					
7.	Чи уникаєте Ви дій або ситуацій, які нагадують про пережитий в минулому стрес?					
8.	Чи відмічаєте Ви тривожні спогади важливих епізодів стресової ситуації, що пережили в минулому?					
9.	Чи відмічаєте Ви втрату інтересу до того, що раніше Вас радувало?					
10.	Чи відмічаєте Ви відчуття відстороненості чи відірваності від інших людей?					
11.	Чи відмічаєте Ви відчуття відсутності емоцій чи неспроможність відчувати любов до своїх близьких?					
12.	Чи відмічаєте Ви відчуття наче майбутнє через якісь причини не настане?					
13.	Чи відмічаєте Ви тривогу під час засинання чи сну?					
14.	Чи відмічаєте Ви роздратованість чи напади гніву?					
15.	Чи відмічаєте Ви труднощі в зосередженні уваги?					
16.	Чи відмічаєте Ви відчуття підвищеної пильності або стан «на взводі»?					
17.	Чи відмічаєте Ви відчуття нестриманості або того, що Вас легко злякати?					

Акти впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор територіального
медичного об'єднання

«Психіатрія» у місті Києві

В.Д. Мішиєв

«16» листопада 2018 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):** діагностичні, психосоціальні та профілактичні заходи щодо надання допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді, які включають виявлення осіб із вказаними розладами та алгоритм медико-соціальної допомоги з метою зменшити негативний вплив проявів вказаних розладів на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів.
2. **Ким і коли запропоновано, адреса закладу:** Ільницька Т.Ю., аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103-а, Київ, Україна, 04080).
3. **Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 Психіатрія «Клінічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді».
4. **Де та коли впроваджено:** в лікувально-профілактичний процес територіального медичного об'єднання «Психіатрія» у місті Києві.
5. **Термін впровадження:** 2015– по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження:** впровадження запропонованої методики дозволяє вчасно виявляти осіб із гіперкінетичним розладом та суттєво вдосконалити заходи психосоціальної допомоги з метою зменшення негативного впливу проявів вказаного розладу на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.
8. **Відповідальний за впровадження:** Ільницька Т.Ю.

Завідувач відділення №2

І.С. Дубінін

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

КЛПУ "Міська психіатрична
лікарня №7 м.Маріуполя"

І.В. Калугін

20 березня 2018 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): діагностичні, психосоціальні та профілактичні заходи щодо надання допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді, які включають виявлення осіб із вказаними розладом та методику раннього психосоціального втручання з метою зменшити негативний вплив проявів гіперкінетичного розладу на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів.

2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:

Ільницька Т.Ю., аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирілівська, 103, Київ, Україна, 04080).

3. Джерело інформації: Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 Психіатрія «Клінічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді».

4. Де впроваджено: КЛПУ "Міська психіатрична лікарня №7 м. Маріуполя".

5. Терміни впровадження: 2015 – по теперішній час.

6. Ефективність впровадження: впровадження запропонованої методики дозволяє вчасно виявляти осіб із гіперкінетичним розладом та суттєво вдосконалити заходи медико-соціальної реабілітації з метою зменшення негативного впливу проявів вказаного розладу на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів.

7. Зауваження, пропозиції: немає.

8. Відповідальний за впровадження: Ільницька Т.Ю.

Зав. відділенням

І.В.Персань

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

Київського міського

психоневрологічного

диспансеру №1

О.Б.Чубко

“13” *листопада* 2018 р.

05496827

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін): діагностичні, психосоціальні та профілактичні заходи щодо надання допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді, які включають виявлення осіб із вказаними розладом та алгоритм медико-соціальної допомоги з метою зменшити негативний вплив проявів вказаних розладів на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів.

2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:

Ільницька Т.Ю., аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Фрунзе, 103-а, Київ-80, Україна, 04080).

3. Джерело інформації: Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 Психіатрія «Клінічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді».

4. Де впроваджено: в профілактичний процес Київського міського психоневрологічного диспансеру №1.

5. Терміни впровадження: 2015 – 2017рр.

6. Ефективність впровадження: впровадження запропонованої методики дозволяє вчасно виявляти осіб із гіперкінетичним розладом та суттєво вдосконалити заходи медико-соціальної допомоги з метою зменшення негативного впливу проявів вказаного розладу на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді.

7. Зауваження, пропозиції: немає.

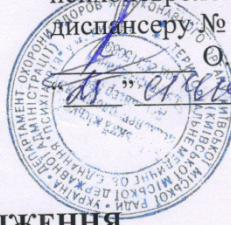
8. Відповідальний за впровадження: Ільницька Т.Ю.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
Київського міського
психоневрологічного
диспансеру № 4

О.Л. Квасневський

2018 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):** діагностичні, психосоціальні та профілактичні заходи щодо надання допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді, які включають виявлення осіб із вказаними розладом та алгоритм медико-соціальної допомоги з метою зменшити негативний вплив проявів вказаних розладів на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів.
- 2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:** Ільницька Т.Ю., аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103, Київ, Україна, 04080).
- 3. Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 Психіатрія «Клінічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді».
- 4. Де впроваджено:** в профілактичний процес Київського міського психоневрологічного диспансеру № 4
- 4. Де впроваджено:** в профілактичний процес Київського міського психоневрологічного диспансеру № 4.
- 5. Терміни впровадження:** 2015 – 2017рр.
- 6. Ефективність впровадження:** впровадження запропонованої методики дозволяє вчасно виявляти осіб із гіперкінетичним розладом та суттєво вдосконалити заходи медико-соціальної допомоги з метою зменшення негативного впливу проявів вказаного розладу на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді.
- 7. Зауваження, пропозиції:** немає.
- 8. Відповідальний за впровадження:** Ільницька Т.Ю.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор Одеського національного
медичного університету академік
НАМН України, д.мед.н., професор
В.М.Запорожан
«10» березня 2018 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):** діагностичні, психосоціальні та профілактичні заходи щодо надання допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді, які включають виявлення осіб із вказаними розладами та методику раннього психосоціального втручання з метою зменшити негативний вплив проявів гіперкінетичного розладу на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів.
- 2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:** Ільницька Т.Ю., аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Фрунзе, 103-а, Київ-80, Україна, 04080).
- 3. Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 Психіатрія «Гіперкінетичний розлад у дорослих (діагностика, клініка, реабілітація)».
- 4. Де та коли впроваджено:** в навчальний процес кафедри психіатрії та наркології ОНМедУ.
- 5. Термін впровадження:** 2015– 2017 рр.
- 6. Ефективність впровадження:** впровадження запропонованої методики дозволяє підвищити якість підготовки фахівців щодо діагностики, психосоціальних та профілактичних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення та надання допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом в преморбіді.
- 7. Зауваження, пропозиції:** немає.
- 8. Відповідальний за впровадження:** Ільницька Т.Ю.

Узгоджено: в.о.проректора з
науково-педагогічної роботи,
професор
В.Г.Марічерда

Завідуч кафедри психіатрії та
наркології д.мед.н., професор
М.М.Пустовойт

Проректор з науково-педагогічної
роботи, д.м.н., професор
В.О.Ульянов
Начальник методичного відділу,
к.мед.н., доцент

О.В.Чернецька
Начальник наукового відділу,
к.мед.н., доцент
Н.О.Романова



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Першому проректору

НМАПО ім. П. Л. Шупика

Вдовиченко Ю.П.

«*15*» *березня* 2018 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):** діагностичні, психосоціальні та профілактичні заходи щодо надання допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом та гіперкінетичним розладом в преморбіді, які включають виявлення осіб із вказаними розладами та алгоритм медико-соціальної допомоги з метою зменшити негативний вплив проявів вказаних розладів на якість життя та підвищення соціального функціонування пацієнтів.
- 2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:** Ільницька Т.Ю., аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Фрунзе, 103-а, Київ-80, Україна, 04080).
- 3. Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 Психіатрія «Клінічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді».
- 4. Де та коли впроваджено:** в навчальний процес кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО ім. П.Л. Шупика.
- 5. Термін впровадження:** 2015–2017 рр.
- 6. Ефективність впровадження:** впровадження запропонованої методики дозволяє підвищити якість підготовки фахівців щодо діагностики, психосоціальних та профілактичних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення та надання допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом в преморбіді.
- 7. Зауваження, пропозиції:** немає.
- 8. Відповідальний за впровадження:** Ільницька Т.Ю.

Завідувач кафедри
д.мед.н., професор

Г. Я. Пилягіна