

Т. Ю. Ільницька, І. А. Марценковський

**КЛІНІЧНИЙ ПАТОМОРФОЗ СИМПТОМІВ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ
ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ**

Т. Ю. Ільницькая, И. А. Марценковский

**Клинический патоморфоз симптомов гиперкинетического расстройства
и посттравматического стрессового расстройства у ветеранов боевых действий на Востоке Украины**

Т. Ю. Ільницька, І. А. Марценковський

**Clinical pathomorphosis of symptoms of Hyperkinetic disorder and Post-traumatic stress disorder
in veterans of military operations in the East of Ukraine**

Основні симптоми гіперкінетичного розладу (ГКР) можуть видозмінюватися під впливом психологічної травматизації. Симптоми ГКР, асоційовані з порушеннями активності та уваги, часто призводять до модифікації перебігу посттравматичного стрессового розладу (ПТСР), зумовлюючи поліморфізм його клінічних проявів. Дослідження причинно-наслідкових зв'язків ГКР та ПТСР, патоморфозу їхніх клінічних проявів і застосування відповідних інтервенцій може суттєво полегшити перебіг ГКР і ПТСР.

У дослідження включено 155 осіб. Усім рандомізованим пацієнтам було проведено напівструктуроване інтерв'ю для дорослих із застосуванням шкали повідомлень про ГКР (Adult ADHD Self-Report Scale — ASRS-v1.1) та шкали симптомів ПТСР (PTSD CheckList — Civilian Version — PCL-C), які доповнено даними клініко-анамнестичного та дворічного клініко-катамнестичного спостереження. Були сформовані дві порівняльні групи ветеранів бойових дій: 1) із гіперкінетичним розладом та окремими симптомами ПТСР ($n = 65$); 2) із подвійною діагностикою гіперкінетичного та посттравматичного розладів ($n = 56$).

Через рік катамнестичного спостереження, після повторної рандомізації, у 6 пацієнтів першої групи симптоми зі спектра ПТСР посилювалися, що дало змогу діагностувати в них ПТСР.

За результатами катамнестичного дослідження у групі з пізньою маніфестацією ПТСР ми спостерігали посилення симптомів ГКР на тлі незначного збільшення проявів ПТСР, що супроводжувалося психопатизацією та важкими порушеннями поведінкової адаптації. У групі з подвійною діагностикою ГКР та ПТСР через деякий час посилювалась тяжкість як симптомів зі спектра ГКР, так і ПТСР. У клінічній картині насамперед з'являлися симптоми реперезивності та інтрузії. Отже, у пацієнтів другої групи спостерігався тяжчий перебіг ПТСР у віддаленому після перенесеної травми періоді. Результати дослідження дають підстави розглядати ГКР як можливий предиктор формування поведінкових розладів при травматизації та більш важкого перебігу ПТСР.

Ключові слова: гіперкінетичний розлад, гіперактивність, імпульсивність, порушення поведінки, посттравматичний стресовий розлад, учасники бойових дій

Основные симптомы гиперкинетического расстройства (ГКР) могут видоизменяться под влиянием психологической травматизации. Симптомы ГКР, ассоциированные с нарушениями активности и внимания, часто приводят к модификации течения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), вызывая полиморфизм его клинических проявлений. Исследование причинно-следственных связей ГКР и ПТСР, патоморфоза их клинических проявлений и применение соответствующих интервенций может облегчить течение ГКР и ПТСР, а также улучшить состояние больного.

В исследование включено 155 человек. Всем рандомизированным пациентам проведено полуструктурированное интервью для взрослых с использованием шкалы сообщений о ГКР (Adult ADHD Self-Report Scale — ASRS-v1.1) и шкалы симптомов ПТСР (PTSD CheckList — Civilian Version — PCL-C), которые были дополнены данными клинико-анамнестического и двухлетнего клинико-катамнестического наблюдения.

Было сформировано две сравнительные группы ветеранов боевых действий: 1) с гиперкинетическим расстройством и отдельными симптомами ПТСР ($n = 65$); 2) с гиперкинетическим расстройством и ПТСР ($n = 56$).

Через год катамнестического наблюдения у 6 пациентов первой группы симптомы из спектра ПТСР усилились, что позволило диагностировать у них ПТСР.

По результатам катамнестического исследования, в группе с поздней манифестацией ПТСР отмечалось усиление симптомов ГКР на фоне незначительного усиления симптомов ПТСР, что сопровождалось психопатизацией и тяжелыми нарушениями поведенческой адаптации. В группе с двойной диагностикой, ГКР и ПТСР, со временем нарастала тяжесть как симптомов из спектра ГКР, так и ПТСР. На первый план в клинической картине выходили симптомы реперезивности и интрузии. Таким образом, у пациентов второй группы наблюдалось более тяжелое течение ПТСР в отдаленном, после перенесенной травмы, периоде. Результаты исследования позволяют рассматривать ГКР как возможный предиктор формирования поведенческих расстройств при травматизации и более тяжелого течения ПТСР.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, гиперактивность, импульсивность, нарушения поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, участники боевых действий

The main symptoms of hyperkinetic disorder (HKD) can be altered by the influence of psychological traumatism. Symptoms of HKD, associated with violations of activity and attention, often lead to a modification of the course of post-traumatic stress disorder (PTSD), causing the polymorphism of its clinical manifestations. The study of causal relationships of HKD and PTSD, the pathomorphosis of their clinical manifestations, and the use of appropriate interventions can greatly facilitate the course of HKD and PTSD. The study included 155 people. All randomized patients had a semi-structured adult interview using the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) and the PTSD Symptom Scale (PTSD CheckList — Civilian Version — PCL-C), supplemented by data clinic-anamnestic and biennial clinic-catamnestic observation. Were formed two comparative groups of combat veterans: 1) with hyperkinetic disorder and individual symptoms of PTSD ($n = 65$); 2) with double diagnosis of hyperkinetic and post-traumatic disorders ($n = 56$). After a year of catheter observation, after re-randomization, in 6 patients in the first group, the symptoms of the PTSD spectrum increased, which made it possible to diagnose PTSD in them.

According to the results of the catamnestic study in the group with the late manifestation of PTSD, we observed an increase in the symptoms of HKD against the backdrop of a slight increase in the manifestations of PTSD, accompanied by psychopathisation and severe violations of behavioral adaptation. In the group with double diagnosis of HKD and PTSD, the severity of both the symptoms of the HKD spectrum and PTSD increased over time. In the clinical picture, first of all there were symptoms of rebirth and intrusions. Thus, the patients in the second group a more severe course of PTSD in the remote post-traumatic period. The results of the study give grounds for considering HKD as a possible predictor of the formation of behavioral disorders in the course of traumatism and the more severe course of PTSD.

Key words: hyperkinetic disorder, hyperactivity, impulsivity, behavioral disorders, posttraumatic stress disorder, participants in hostilities

Основні симптоми гіперкінетичного розладу (ГКР), такі як гіперактивність, дефіцит уваги та імпульсивність, можуть видозмінюватися під впливом психологічної травматизації. Симптоми ГКР, асоційовані з порушеннями активності та уваги, часто призводять до модифікації перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зумовлюючи поліморфізм його клінічних проявів [1]. При подвійній діагностиці ГКР та ПТСР дослідники описують більш виражені реперезивання («флешбеки»), симптоми збудження та дефіциту уваги, проте менш поширені симптоми уникання, ніж у хворих на ПТСР без ГКР [2]. Беззаперечним є факт частішої коморбідності ГКР та ПТСР. В таких випадках можливе «накладання» симптомів одного розладу на симптоми іншого [3]. 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. Дослідження причинно-наслідкових зв'язків ГКР та ПТСР, патоморфозу їхніх клінічних проявів і застосування відповідних інтервенцій може суттєво полегшити перебіг ГКР і ПТСР. Обмеженість проведених досліджень на зазначену тему та брак даних щодо детальнішого вивчення всіх симптомів обох розладів свідчать про необхідність подальшого вивчення вказаної коморбідності.

Мета дослідження: на ґрунті результатів анамнестичного та дворічного катамнестичного клінічного дослідження описати клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на Сході України.

У дослідження включено 155 осіб чоловічої статі. Усім рандомізованим пацієнтам було проведено напівструктуроване інтерв'ю для дорослих із застосуванням шкали повідомлень про ГКР (Adult ADHD Self-Report Scale — ASRS-v1.1) та шкали симптомів ПТСР (PTSD CheckList — Civilian Version — PCL-C), які були доповнені даними клініко-анамнестичного та дворічного клініко-катамнестичного спостереження.

Щоб знизити ризики неявки на зустріч із лікарем, перед кожним візитом усі учасники дослідження в телефонному режимі отримали нагадування про заплановану зустріч. Однак через різні обставини на повторний візит не з'явилися 8 осіб (5,6 %). Через 2 роки на консультацію не приїхали 20 осіб (13 %). Крім того, із процесу дослідження були виключені особи, які протягом дослідного періоду вживали медикаментозні засоби для лікування симптомів психічних

розладів — 6 осіб (3,4 %). Загальна кількість осіб, що через різні причини не завершили дослідження, становила 34 особи (22 %). Зрештою, дослідження закінчила 121 особа (78 %).

Після повторної рандомізації діагноз гіперкінетичного розладу підтверджено в 65 ветеранів, подвійна діагностика ГКР та ПТСР мала місце в 56 учасників бойових дій.

У такий спосіб було сформовано дві порівняльні групи ветеранів бойових дій: 1) із гіперкінетичним розладом та окремими симптомами ПТСР ($n = 65$); 2) із подвійною діагностикою гіперкінетичного та посттравматичного розладів ($n = 56$).

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 — $22 \pm 2,3$ бали. На третьому візиті середній бал за шкалою ASRS-v1.1 становив $18 \pm 1,3$ балів у пацієнтів із ГКР та $24 \pm 1,3$ бали у пацієнтів із ГКР та ПТСР. Варто зазначити, що в групі з подвійною діагностикою симптоми гіперактивності, імпульсивності та неухважності були більш виражені, рівень їх тяжкості значущо ($p < 0,05$) збільшувався протягом контрольованого дослідження.

Під час оцінювання 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 час рандомізації. 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, у 6 рандомізованих ветеранів виявлені підстави для додаткової діагностики ПТСР. Загальна динаміка показників середнього бала за шкалою PCL-C засвідчила статистично значуще посилення симптомів зі спектра ПТСР.

Тяжкість симптомів за шкалою PCL-C у ветеранів 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.

У таблиці наведено порівняльну динаміку тяжкості симптомів ГКР та ПТСР у ветеранів із ГКР в разі ранньої та відтермінованої маніфестації ПТСР.

Тяжкість симптомів ГКР за ASRS-v1.1 та ПТСР за PCL-C у динаміці

| Симптоми | Пацієнти з ГКР, $n = 65$ | | | | | | Пацієнти з ГКР + ПТС | | | $P, n = 56$ | | |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| | 1-й візит | 2-й візит | 3-й візит | $P_{1/2}$ | $P_{2/3}$ | $P_{1/3}$ | 1-й візит | 2-й візит | 3-й візит | $P_{1/2}$ | $P_{2/3}$ | $P_{1/3}$ |
| Симптоми зі спектра ГКР | Кількість балів за ASRS-v1.1, $M \pm \sigma$ | | | | | | Кількість балів за ASRS-v1.1, $M \pm \sigma$ | | | | | |
| Гіперактивність | $4 \pm 1,2$ | $5 \pm 1,2$ | $7 \pm 1,3$ | | | * | $6 \pm 1,3$ | $8 \pm 1,1$ | $9 \pm 0,8$ | | | ** |
| Імпульсивність | $2 \pm 0,5$ | $4 \pm 1,2$ | $5 \pm 1,3$ | * | | ** | $5 \pm 1,4$ | $9 \pm 1,4$ | $11 \pm 0,7$ | ** | | *** |
| Неухважність | $6 \pm 1,3$ | $7 \pm 1,3$ | $9 \pm 1,5$ | | | * | $4 \pm 0,8$ | $5 \pm 1,2$ | $7 \pm 1,2$ | | | ** |
| Загальний бал | $12 \pm 1,3$ | $15 \pm 2,1$ | $18 \pm 2,3$ | * | | *** | $17 \pm 2,2$ | $22 \pm 2,3$ | $24 \pm 1,3$ | * | | *** |
| Симптоми зі спектра ПТСР | Кількість балів за PCL-C, $M \pm \sigma$ | | | | | | Кількість балів за PCL-C, $M \pm \sigma$ | | | | | |
| Інтрузії | $12 \pm 1,5$ | $14 \pm 1,6$ | $16 \pm 1,6$ | | | * | $17 \pm 1,4$ | $21 \pm 1,6$ | $23 \pm 1,6$ | ** | | *** |
| Уникання | $8 \pm 1,2$ | $9 \pm 1,3$ | $10 \pm 1,3$ | | | | $9 \pm 1,4$ | $10 \pm 1,6$ | $13 \pm 1,6$ | | | *** |
| Негативні думки | $9 \pm 1,3$ | $11 \pm 1,6$ | $11 \pm 1,4$ | | | | $10 \pm 1,9$ | $19 \pm 2,3$ | $21 \pm 1,6$ | *** | | *** |
| Підвищена реактивність | $14 \pm 0,5$ | $14 \pm 1,6$ | $16 \pm 1,6$ | | | | $18 \pm 0,8$ | $22 \pm 1,6$ | $24 \pm 1,6$ | * | | *** |
| Загальний бал | $43 \pm 2,4$ | $48 \pm 2,5$ | $50 \pm 2,6$ | | | * | $65 \pm 2,2$ | $72 \pm 2,6$ | $81 \pm 2,6$ | *** | *** | *** |

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

Отже, результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

У групі ветеранів бойових дій із ГКР, який було діагностовано в ранні терміни після травматизації, протягом дворічного катamnестичного 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. Отже, спостерігалася модифікація клінічного фенотипу розладу, яку можна розцінювати як набуття особистісних змін.

Симптоми ГКР у групі ветеранів із подвійною діагностикою ГКР та ПТСР при первинній рандомізації посилювалися значущо більше, ніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР. У ветеранів групи з ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще посилення 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.

Отже, під час катamnестичного дослідження 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.

Список літератури

1. Effect of Symptoms of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder in Korean Conscripts / Dong-Yun Lee, Cheol-Soon Lee, Chul-Soo Park [et al.] // *Psychiatry Investig.* 2012. № 9(2). P. 154—160. doi: 10.4306/pi.2012.9.2.154.
2. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders / J. D. Ford, R. Racusin, C. G. Ellis [et al.] // *Child Maltreatment.* 20005. № 3. P. 205—217. doi: 10.1177/107755950005003001.
3. Relations between Post-traumatic Stress Disorder, Dissociation and Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder among Earthquake Survivors / O. Özdemir, M. Boysan, P. GüzelÖzdemir, E. Yilmaz // *Noro Psikiyatir Ars.* 2015. № 52(3). P. 252—257. doi: 10.5152/npa.2015.7616.

Надійшла до редакції 04.10.2017 р.

ІЛЬНИЦЬКА Тетяна Юріївна, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна; e-mail: ilnitska.@id-zu.com

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович, кандидат медичних наук завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

ІЛНІТСКА Tetiana, Postgraduate Student of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ilnitska@id-zu.com

MARTSENKOVSKY Igor, MD, PhD, Head of Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

УДК [616.89-008.454:616-006-052]-036-08-084

Механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами

С. В. Ісаєнко

Механизмы формирования суицидального поведения у онкологических больных с депрессивными расстройствами

S. V. Isaienko

Mechanisms for the formation of suicidal behavior in oncology patients with depressive disorders

З метою вивчення особливостей депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих було проведено комплексне обстеження 154 онкологічно хворих з депресивними розладами.

Встановлено, що у формуванні суїцидальної поведінки онкологічно хворих провідну роль відіграють високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, онкологічно хворі, депресивна реакція, депресивний епізод, органічний депресивний розлад

С целью изучения особенностей депрессивных расстройств и суицидального поведения у онкологических больных было проведено комплексное обследование 154 онкологических больных с депрессивными расстройствами.

Установлено, что в формировании суицидального поведения онкологических больных ведущую роль играют высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, высокий уровень суицидального риска и низкий уровень самосознания смерти.

Ключевые слова: суицидальное поведение, онкологические больные, депрессивная реакция, депрессивный эпизод, органическое депрессивное расстройство

In order to study the features of depressive disorders and suicidal behavior in oncology patients, a comprehensive survey of 154 oncology patients with depressive disorders was conducted.

It was established that in the formation of suicidal behavior of oncology patients, the leading role is played by high indicators on the clinical scale of anxiety and depression, the high level of suicidal risk and low level of self-awareness of death.

Keywords: suicidal behavior, cancer patients, depressive reaction, depressive episode, organic depressive disorder

Питання онкологічних захворювань у світі визнає на останніх сесіях ВООЗ пріоритетним у медицині. Наведений прогноз на 2020 рік пророкує зростання

кількості онкологічних хворих до 20 млн щорічних випадків. Захворюваність на злоякісні пухлини в Україні з кожним роком зростає [2—4].

Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади як один з важливих факторів