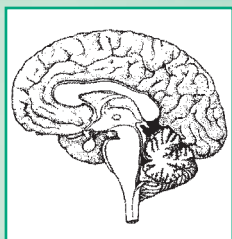


ISSN 2079-0325

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325>



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- **Том 29, випуск 1 (106), 2021**
- **Volume 29, issue 1 (106), 2021**

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021>

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOGII

Засновник і видавець: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ», ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Founder and publisher: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS OF UKRAINE", STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Рецензований науково-практичний медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical journal of medicine

Заснований у вересні 1993 р.

Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу

The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних наук (наказ МОН України від 28.12.2019 р. № 1643).

The journal is included in the list of specialized scientific publications of Ukraine, in which the results of dissertations for the degree of doctor and candidate of sciences in the fields of medical sciences can be published (order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated 28 December 2019, No. 1643)

Головний редактор
Марута Наталія

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Венгер Олена (Тернопіль, Україна)
Волошин Петро (Харків, Україна)
Волошина Наталія (Харків, Україна)
Дубенко Андрій (Харків, Україна)
Карабань Ірина (Київ, Україна)
Кожина Ганна (Харків, Україна) —
заступник головного редактора
Козьявкін Володимир (Київ, Україна)
Колядко Світлана (Харків, Україна)
Лінський Ігор (Харків, Україна)
Мінко Олександр (Харків, Україна)
Мишиєв Вячеслав (Київ, Україна)
Мищенко Владислав (Харків, Україна)
Мищенко Тамара (Харків, Україна)
Негрич Тетяна (Львів, Україна)
Овчаренко Микола (Рубіжне, Україна)
Пашковський Валерій (Чернівці, Україна)
Підкоритов Валерій (Харків, Україна)
Пшук Наталія (Вінниця, Україна)
Сосін Іван (Харків, Україна)
Танцора Людмила (Харків, Україна)
Федченко Вікторія (Харків, Україна) —
відповідальний секретар
Чабан Олег (Київ, Україна)
Чугунов Вадим (Запоріжжя, Україна)
Юр'єва Людмила (Дніпро, Україна)
Борнштейн Натан (Тель-Авів, Ізраїль)
Брайнін Майкл (Кремс-на-Дунаї, Австрія)
Хабрат Богуслав (Варшава, Польща)
Зукер Роберт (Мічиган, США)

Chief Editor
Maruta Nataliya

EDITORIAL STAFF:

Venger Olena (Ternopil, Ukraine)
Voloshyn Petro (Kharkiv, Ukraine)
Voloshyna Nataliia (Kharkiv, Ukraine)
Dubenko Andrii (Kharkiv, Ukraine)
Karaban Iryna (Kyiv, Ukraine)
Kozhyna Hanna (Kharkiv, Ukraine) — **deputy chief editor**
Kozyavkin Volodymyr (Kyiv, Ukraine)
Kolyadko Svitlana (Kharkiv, Ukraine)
Lynskiy Ihor (Kharkiv, Ukraine)
Minko Oleksandr (Kharkiv, Ukraine)
Mishyiev Viacheslav (Kyiv, Ukraine)
Mishchenko Vladyslav (Kharkiv, Ukraine)
Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)
Nehrych Tetiana (Lviv, Ukraine)
Ovcharenko Mykola (Rubizhne, Ukraine)
Pashkovskyy Valerii (Chernivtsi, Ukraine)
Pidkorytov Valerii (Kharkiv, Ukraine)
Pshuk Nataliia (Vinnytsia, Ukraine)
Sosin Ivan (Kharkiv, Ukraine)
Tantsura Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)
Fedchenko Viktoriia (Kharkiv, Ukraine) — **executive secretary**
Chaban Oleh (Kyiv, Ukraine)
Chugunov Vadym (Zaporizhzhia, Ukraine)
Yuryeva Lyudmyla (Dnipro, Ukraine)
Bornshtein Natan (Tel-Aviv, Israel)
Brainin Michael (Krems an der Donau, Austria)
Habratt Boguslaw (Warsaw, Poland)
Zucker Robert (Michigan, USA)

Журнал представлений у міжнародних базах даних: РИНЦ (Российский индекс научного цитирования); Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar.

The journal is presented in international periodicals, bibliographic and scientometric international databases, such as:

- RSCI (Russian Science Citation Index);
- Ulrich's Periodicals Directory;
- Google Scholar

Том 29, випуск 1 (106)
Харків, 2021



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України».

Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,
SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology
of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію

КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

Certificate for state registration of print mass media
KV № 16345-4817PR, dated 10 Feb, 2010

Рекомендовано до друку вченою радою
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (протокол № 2 від 9.02.2021 р.)

Approved for publication by the Academic Council
of SI "Institute of neurology, psychiatry and narco-
logy of the NAMS of Ukraine" (protocol no. 2 dated
9 February, 2021)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Наталія (м. Харків, Україна),
Карабань Ірина (м. Київ, Україна),
Дубенко Євген (м. Харків, Україна),
Міщенко Тамара (м. Харків, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Колядко Світлана (м. Харків, Україна),
Венгер Олена (м. Тернопіль, Україна),
Підкоритов Валерій (м. Харків, Україна),
Чабан Олег (м. Київ, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Лінський Ігор (м. Харків, Україна),
Мінко Олександр (м. Харків, Україна),
Сосін Іван (м. Харків, Україна),
Чугунов Вадим (м. Запоріжжя, Україна).

До уваги авторів

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються статті з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії, а також роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку треба брати до уваги таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

3. Статті надсилаються до редакції у двох примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірники) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не треба ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3-х сторінок.

5. Роботи друкуються кеглем 14, через 1,5 інтервали з полями: ліворуч — 3,5 см, праворуч — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинно бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел.

7. Тексту статті повинні передувати індекс УДК; українською, російською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме обсягом не менш як 1800 знаків, включаючи ключові слова, відповідно до вимог до наукових фахових видань України (наказ Міністерства освіти і науки України № 32 від 6.02.2018). У тексті статті посилання на літературні джерела наводити в квадратних дужках і нумерувати в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та ДСТУ ГОСТ 7.80:2007 і містить джерела мовою оригіналу за останні 10 років (більш ранні публікації вносять до переліку тільки у разі потреби). **Обов'язково вказувати цифровий ідентифікатор статті (збірника) DOI, якщо його немає — PMID або адресу статті в Інтернеті URL.** Окрім того, перелік літератури має бути транслітерований в романському алфавіті (References).

9. Після переліку літератури наводять українською та англійською мовами без скорочень *відомості про авторів*: прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада або професія, основне місце роботи чи навчання (підрозділ, кафедра, найменування установи або організації); ID ORCID у форматі <https://orcid.org/XXXX-XXXX-XXXX-XXXX>; e-mail; контактні телефони — окремим рядком.

10. Усі фізичні величини та одиниці треба наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті мають бути посилання.

12. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування. Фотографії мають бути контрастними (у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш ніж 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії.

13. Полноформатні кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK, 300 dpi. Векторна графіка — у форматі *.pdf. Текст (шрифти) і логотипи подавати тільки в кривих. Розмір ілюстрації — 205 x 295 мм, від цих меж має бути не менш ніж 10 мм до значимих об'єктів.

14. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними. Стаття має бути підписаною усіма авторами.

15. Автори обов'язково заповнюють дві форми XML (українська/російська та англійська версії) та надсилають разом зі статтею (форми XML з прикладом заповнення наведені на офіційному сайті журналу www.uvnpn.com.ua у рубриці «Авторам»).

16. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій», розміщених на сайті журналу).

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

За зміст та оформлення статей (публікацій) відповідальність несе автор.

Статті надсилати на адресу:

вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
редакція журналу «Український вісник психоневрології»,
e-mail: visnuk.pn@gmail.com

Офіційний сайт журналу: www.uvnpn.com.ua

DOI журналу: <https://doi.org/10.36927/2079-0325>

Свідоцтво про держ. реєстрацію КВ № 16345-4817ПП від 10.02.2010 р. Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 6,976 + 0,465 вкл. Обл.-вид. арк. 8,84. Тираж 300 пр. Замовлення №
Громадська організація «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
Адреса редакції та видавця: вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, 61068, тел./факс: 738-32-25; e-mail: inpn@ukr.net; visnuk.pn@gmail.com
Надруковано з оригінал-макета, виготовленого ФО-П Строков Д. В., Свідоцтво суб'єкта видавничої справи КХ № 247 від 19.11.2009 р.,
у ФОП Ожого-Масловський Г. В., вул. Чернишевська, буд. 13, оф. 508, м. Харків, 61057. Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4975 від 31.07.2015 р.

ISSN 2079-0325

DOI випуску: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-ist-2021>

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

Лінський І. В., Кузьмів В. Н., Мінко О. І., Кожина Г. М., Гриневич Є. Г., Овчаренко М. О., Чуğunов В. В., Пострелко В. М., Денисенко М. М., Плехов В. А., Ткаченко Т. В., Задорожний В. В., Малихіна Н. А., Мінко О. О., Лакінський Р. В., Васильєва О. О., Юрченко О. М. (Харків, Київ, Рубіжне, Запоріжжя)
Питущі особи в мікросоціальному оточенні мешканців України. Вікові та гендерні особливості 4

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Гук Г. В. (Запоріжжя)
Клінічно-діагностичний глосарій типології порушень сну у військовослужбовців Збройних Сил України 12
Товажнянська О. Л., Рафальська Н. С. (Харків)
Особливості формування когнітивних розладів при печінковій енцефалопатії 17

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Атраментова Л. О., Лінський І. В., Утевська О. М., Марута Н. О., Колядко С. П., Явдак І. О. (Харків)
Гендерні особливості депресивних розладів 23
Кожина Г. М., Стеблюк В. В., Зеленська К. О., Проноза-Стеблюк К. В. (Харків, Київ)
Алгоритм медико-психологічного супроводу жінок-військовослужбовців, ветеранок АТО/ООС 29
Козерацька О. А. (Київ)
Особливості судово-психіатричної оцінки осіб, які вчинили сексуальні правопорушення 32
Чабанюк С. О. (Запоріжжя)
Клініко-феноменологічна структура та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку 36

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Юр'єва Л. М., Крячкова Л. В., Шустерман Т. Й., Є. О. Ліхолетов (Дніпро)
Психометричне дослідження цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту 42

ЛІТЕРАТУРНІ ОГЛЯДИ

Огоренко В. В., Гненна О. М., Кокашинський В. О. (Дніпро)
Соціально-психологічні та клінічні аспекти домашнього насильства (огляд літератури) 48
Ткаченко О. В. (Харків)
Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я (огляд літератури) 55

НЕКРОЛОГ

Світлої пам'яті професора, члена-кореспондента НАМН України Валерія Семеновича Бітенського (14.02.1943 — 15.12.2020) 60

CONTENTS

PROBLEMATIC ARTICLES

Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I., Kozhyna H. M., Grynevych Ye. G., Ovcharenko M. O., Chugunov V. V., Postrelko V. M., Denysenko M. M., Plekhov V. A., Tkachenko T. V., Zadorozhny V. V., Malykhina N. A., Minko O. O., Lakinskiy R. V., Vasilyeva O. O., Yurchenko O. M. (Kharkiv, Kyiv, Rubizhne, Zaporizhzhia)
Drinkers in the micro-social environment of the inhabitants of Ukraine. Age and gender characteristics 4

MECHANISMS OF FORMATION AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

Guk G. V. (Zaporizhzhia)
Clinical-Diagnostic Glossary of the Typology of Sleep Disorders in Servicemen of the Armed Forces of Ukraine 12
Tovazhnyanska O. L., Rafalska N. S. (Kharkiv)
Features of formation of cognitive disorders in hepatic encephalopathy 17

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND NARCOLOGICAL DISORDERS

Atramentova L. A., Linsky I. V., Utevska O. M., Maruta N. O., Kolyadko S. P., Yavdak I. O. (Kharkiv)
Gender features of depressive disorders 23
Kozhyna H. M., Steblyuk V. V., Zelenska K. O., Pronoza-Steblyuk K. V. (Kharkiv, Kyiv)
Algorithm of medical and psychological support for service-women, ATO/JFO female veterans 29
Kozerska O. A. (Kyiv)
Forensic psychiatric evaluation of persons who have sexual offenses 32
Chabaniuk S. O. (Zaporizhzhia)
Clinical-phenomenological structure and age-related features of the course of the disease in adolescence with mild mental retardation 36

ORIGINAL RESEARCHES

Yuryeva L., Kriachkova L., Shusterman T., Likholetov Ye. (Dnipro)
Psychometric study of civilians that exposed to psychosocial stress in conditions of military conflict 42

LITERATURE REVIEW

Ogorenko V. V., Hnenna O. M., Kokashynskyi V. O. (Dnipro)
Social, psychological and clinical aspects of domestic violence (literature review) 48
Tkachenko O. (Kharkiv)
Impact of the COVID-19 pandemic on mental health (literature review) 55

OBITUARY

In cherish memory of Professor, Corresponding Member of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine Valerii Semenovych Bitenskyi (14.02.1943 — 15.12.2020) 60

І. В. Лінський, В. Н. Кузьминов, О. І. Мінко, Г. М. Кожина, Є. Г. Гриневич, М. О. Овчаренко, В. В. Чугунов, В. М. Пострелко, М. М. Денисенко, В. А. Плехов, Т. В. Ткаченко, В. В. Задорожний, Н. А. Малихіна, О. О. Минко, Р. В. Лакинський, О. О. Васильєва, О. М. Юрченко

ПИТУЩІ ОСОБИ В МІКРОСОЦІАЛЬНОМУ ОТОЧЕННІ МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ. ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ

И. В. Линский, В. Н. Кузьминов, А. И. Минко, А. М. Кожина, Е. Г. Гриневич, Н. А. Овчаренко, В. В. Чугунов, В. М. Пострелко, М. М. Денисенко, В. А. Плехов, Т. В. Ткаченко, В. В. Задорожний, Н. А. Малихина, А. А. Минко, Р. В. Лакинский, О. А. Васильева, О. Н. Юрченко

Пьющие в микросоциальном окружении жителей Украины. Возрастные и гендерные особенности

I. V. Linskiy, V. N. Kuzminov, O. I. Minko, H. M. Kozhyna, Ye. G. Grynevych, M. O. Ovcharenko, V. V. Chugunov, V. M. Postrelko, M. M. Denysenko, V. A. Plekhov, T. V. Tkachenko, V. V. Zadorozhnyi, N. A. Malykhina, O. O. Minko, R. V. Lakinskyi, O. O. Vasilyeva, O. M. Yurchenko

Drinkers in the micro-social environment of the inhabitants of Ukraine. Age and gender characteristics

Мета роботи — визначення в українському суспільстві масштабів шкоди, яку завдають питущі іншим особам, а також гендерних та вікових особливостей цієї шкоди.

В чотирьох регіонах України (Харківська, Луганська та Запорізька області, місто Київ) протягом 2018—2020 років обстежено 1742 особи з трьох якісно відмінних груп порівняння: хворі на алкогольну залежність (393 особи); їхні здорові родичі (274 особи) і представники загальної популяції (1075 осіб). Основним інструментом дослідження був опитувальник міжнародного дослідницького консорціуму GENAHTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others).

Показано, що загалом питущі особи є в мікросоціальному оточенні 27,62 % обстежених здорових респондентів. Екстраполяція цього показника на все населення України дає змогу припустити, що загальна кількість людей, які так чи інакше страждають через питущих в своєму оточенні, становить близько 11,6 мільйонів осіб. Окрім того, частоту питущих осіб в оточенні респондентів може бути використано і для визначення реальної чисельності осіб з алкогольними проблемами в нашій країні. Попередні розрахунки свідчать, що ця чисельність — в межах від 1,5 до 2,2 мільйони осіб. Частота питущих осіб в оточенні респондентів істотно залежить від віку останніх. Найвищі показники притаманні респондентам вікової категорії 40—59 років (31,43 % — у чоловіків і 41,27 % — у жінок). Суб'єктивне сприйняття шкоди з боку питущих в оточенні неухильно зростає зі збільшенням віку респондентів, до того ж найсильніше це зростання — у жінок.

Ключові слова: споживання алкоголю, шкода для інших, масштаб, вікові та гендерні особливості проблеми

Цель работы — определение в украинском обществе масштабов вреда, наносимого пьющими другим лицам, а также гендерных и возрастных особенностей этого вреда.

В четырех регионах Украины (Харьковская, Луганская и Запорожская области, город Киев) в течение 2018—2020 гг. обследовано 1742 человека из трех качественно различных групп сравнения: больные алкогольной зависимостью (393 человека); их здоровые родственники (274 человека) и представители общей популяции (1075 человек). Основным инструментом исследования был опросник международного исследовательского консорциума GENAHTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others).

Показано, что в целом пьющие лица есть в микросоциальном окружении 27,62 % обследованных здоровых респондентов. Экстраполяция этого показателя на все население Украины позволяет предположить, что общее количество людей, которые так или иначе страдают из-за пьющих в своем окружении, составляет около 11,6 миллиона человек. Кроме того, частота пьющих лиц в окружении респондентов может быть использована и для определения реальной численности лиц с алкогольными проблемами в нашей стране. Предварительные расчеты свидетельствуют, что эта численность — в пределах от 1,5 до 2,2 миллионов человек. Частота пьющих лиц в окружении респондентов существенно зависит от возраста последних. Наивысшие показатели характерны для респондентов возрастной категории 40—59 лет (31,43 % у мужчин и 41,27 % у женщин). Субъективное восприятие вреда со стороны пьющих в окружении неуклонно растет с увеличением возраста респондентов, при этом сильнее всего — у женщин.

Ключевые слова: потребление алкоголя, вред для других, масштаб, возрастные и гендерные особенности проблемы

The purpose of the work is to determine in the Ukrainian society the scale of harm inflicted by drinkers to other persons, as well as the gender and age characteristics of this harm.

In four regions of Ukraine (Kharkiv, Lugansk and Zaporizhzhia regions, Kyiv), during 2018–2020, 1,742 people were examined from three qualitatively different comparison groups: patients with alcohol dependence (393 people); their healthy relatives (274 people) and representatives of the general population (1075 people). The main research tool was the questionnaire of the international research consortium GENAHTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others).

It was shown that, in general, drinkers are present in the microsocial environment of 27.62 % of the surveyed healthy respondents. Extrapolation of this indicator to the entire population of Ukraine suggests that the total number of people who suffer in one way or another due to the drinkers in their environment is about 11.6 million people. In addition, the drinkers frequency in the environment of respondents can be used to determine the real number of people with alcohol problems in our country. Preliminary calculations indicate that this number is from 1.5 to 2.2 million people. The drinkers frequency in the environment of the respondents significantly depends on the age of the latter. The highest values of this indicator are characteristic of the respondents in the age category 40—59 years old (31.43 % for men and 41.27 % for women). The subjective perception of harm from drinkers in the environment grows steadily with increasing age of the respondents, while this growth is most pronounced in women.

Keywords: alcohol consumption, harm to others, scope, age and gender characteristics of the problem

Споживання алкоголю залишається болючою світовою проблемою. Масштабними дослідженнями, проведеними в 195 країнах, доведено, що етанол є «безпороговою отрутою», тобто речовиною, навіть найменші дози якої становлять загрозу для здоров'я людини [1]. Україна належить до країн з високим рівнем споживання алкоголю [2]. Саме тому проблема споживання алкоголю є особливо актуальною і для нас.

Відомо, що алкоголь несприятливо впливає на стан здоров'я [3—6] та соціального благополуччя [7] споживачів цієї психоактивної речовини. Також відомо, що від вживання алкоголю страждають не тільки самі його споживачі, а й інші люди [8—10]. Прояви цієї «шкоди для інших» (ШДІ) — численні і різноманітні. Це — й керування автомобілем у стані алкогольного сп'яніння, з неминучими в цих випадках дорожньо-транспортними пригодами, травмами і загибеллю постраждалих [11—13]. Це й вади розвитку у дітей, зачатих п'ючими* батьками, відомі під загальною назвою «алкогольний синдром плода» [14]. Це й насильство в родині [15, 16], а також багато інших негараздів. Нещодавні дослідження показали, що збитки суспільства внаслідок ШДІ можуть бути вдвічі більшими, ніж збитки внаслідок шкоди для самих п'ющих [17].

Кількість людей, які становлять соціальне оточення осіб, що згубно вживають алкоголь, або хворих на алкогольну залежність (АЗ) — набагато більша, ніж чисельність зазначених контингентів. Саме тому, в Глобальній стратегії ВООЗ щодо зменшення шкоди від вживання алкоголю (2010 рік) заходи протидії ШДІ розглядають як невід'ємний компонент ефективної алкогольної політики [18].

З огляду на глобальний характер проблеми ШДІ, було ініційовано створення великого міжнародного дослідницького консорціуму для реалізації глобального проєкту GENANTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others — Гендер, Алкоголь та Шкода для Інших) [19].

2018 року до участі у цьому проєкті долучилась і Україна. Ця стаття є першою із серії публікацій, присвячених висвітленню результатів, отриманих в процесі реалізації української частини міжнародного проєкту GENANTO.

Очевидно, що від вживання алкоголю п'ючими особами найбільше страждає їхнє найближче мікросоціальне оточення: родичі, друзі, сусіди, товариші по роботі тощо. Саме тому метою української частини міжнародного проєкту GENANTO стало вивчення шкідливих наслідків алкоголізації п'ющих осіб для їхнього мікросоціального оточення, а також розроблення програм профілактики зазначених наслідків.

Метою першого етапу реалізації проєкту GENANTO в Україні стало визначення в українському суспільстві масштабів шкоди, яку завдають п'ющі іншим

особам, а також гендерних та вікових особливостей цієї шкоди.

Для реалізації українського фрагмента міжнародного проєкту GENANTO було створено власний консорціум дослідників, який об'єднав фахівців чотирьох регіонів нашої держави, а саме: Харківської, Луганської та Запорізької областей, а також міста Києва. Обстеження респондентів в згаданих регіонах тривало протягом 2018—2020 років.

Усього було обстежено 1742 особи, які належали до трьох груп порівняння, що якісно відрізняються. I групу становили хворі на АЗ (393 особи, серед них — 359 чоловіків і 34 жінки); II групу — здорові родичі хворих на АЗ (274 особи, серед них — 98 чоловіків і 176 жінок) і III групу (контрольну) — представники загальної популяції (1075 особи, зокрема — 347 чоловіків і 728 жінок). Із 1075 членів контрольної групи більшу частину становили студенти 3—4 курсів медичних вишів (741 особа, серед них — 227 чоловіків і 514 жінок), і лише 334 особи (серед них — 120 чоловіків і 214 жінок) були відібрані із загальної популяції випадково. Перевагою такого способу побудови контрольної групи стало істотне збільшення вікового розмаїття контингенту дослідження (від 18 до 81 року), насамперед завдяки залученню молодих осіб (найбільш уразливих для формування станів залежності), а хвилюю — істотна відмінність такої контрольної групи за її соціально-демографічною структурою від загальної української популяції. Однак, подальший порівняльний аналіз даних в цій роботі проводили серед респондентів окремих гендерних і вікових (до 20 років, 20—39 років, 40—59 років і більше ніж 59 років відповідно) категорій і він не передбачав міжкатегоріальних усереднень. Тому певна невідповідність контрольної групи не була критичною при такому дизайні дослідження.

Основним інструментом дослідження був опитувальник консорціуму GENANTO [19], який має дві частини, перша із яких присвячена самому респонденту, а друга — оточенню респондента.

Перша частина має в своєму складі п'ять розділів:

- a. соціально-демографічна характеристика респондента
 - b. характеристика алкоголізації респондента
 - c. стан здоров'я і стиль життя респондента
 - d. добробут і якість життя респондента
 - e. шкода для респондента від пияцтва оточення.
- Друга частина містить сім розділів:
- f. близькі п'ючі у житті респондента
 - g. турбота респондента про близьких п'ющих
 - h. сімейно-демографічна характеристика близьких п'ющих
 - i. діти респондента
 - j. п'ючі співробітники респондента
 - k. п'ючі незнайомці респондента
 - l. пошук допомоги близьким п'ючим респондента.

Окрім опитувальника консорціуму GENANTO, в дослідженні використовували шкалу для оцінки депресії Hamilton (HDRS) [20].

* Тут і далі в цій статті термін «п'ючі» охоплює людей, які мають ознаки згубного вживання алкоголю (код F10.1 за МКХ-10) або синдрому залежності від алкоголю (код F10.2 за МКХ-10).

Обстеження виконували треновані інтерв'юери методом "face to face" зазвичай протягом 1,5—2 годин, однократно, після отримання відповідної інформованої згоди від респондентів.

З огляду на те, що ця стаття є першою в серії подібних публікацій, в ній буде висвітлено лише малу частину інформації, отриманої за допомогою згаданого вище інструментарію, а саме: про частоту та про кількість питущих осіб в оточенні обстежених респондентів, про рівень загального негативного впливу, який справляли на респондентів ці питущі, а також про те, хто саме в оточенні респондентів найчастіше був джерелом ШДІ.

Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналіз) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць "Excel 2016" (з пакетом «Аналіз даних») [21, 22].

Визначення масштабів проблеми ШДІ почали з оцінювання частоти питущих осіб в оточенні респондентів різного віку і статі окремо в групі конт-

ролю і в групі хворих на АЗ, в оточенні яких також є питущі особи окрім них самих. В групі здорових родичів хворих на АЗ цей показник *a-priori* становив 100 % і тому його не оцінювали (табл. 1).

Встановлено, що в контрольній групі (залежно від віку респондентів) частота питущих осіб в оточенні чоловіків була в межах від 25,00 % до 31,43 %, а у жінок — в межах від 20,00 % до 41,27 % (середня величина для всієї групи — 27,62 %). Найвищі величини цього показника і у чоловіків, і у жінок спостерігались у респондентів вікової групи 40—59 років, до того ж у жінок ця відмінність від інших вікових категорій була статистично достовірною (стовпчик 13 табл. 1).

Група хворих на АЗ не була достатньо численною для аналізу в розрізі вікових категорій, тому в межах цієї групи порівнювали лише показники респондентів різної статі. В результаті було встановлено, що частота питущих осіб в оточенні чоловіків була меншою, ніж у жінок (21,69 % і 36,67 % відповідно, при $p = 0,06$).

Таблиця 1. Частота питущих в оточенні членів різних груп порівняння (з розподілом за віком і статтю)

Ознаки (вік)	Чоловіки і жінки				Чоловіки				Жінки				p_2
	усі, осіб	абс., осіб	відн., %	p_1	усі, осіб	абс., осіб	відн., %	p_1	усі, осіб	абс., осіб	відн., %	p_1	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Група контролю													
< 20 років	51	11	21,57	0,04	16	4	25,00	0,64	35	7	20,00	0,03	0,69
20—39 років	768	207	26,95	0,03	239	65	27,20	0,60	529	142	26,84	0,02	0,91
40—59 років	98	37	37,76	—	35	11	31,43	—	63	26	41,27	—	0,33
> 59 років	39	9	23,08	0,10	16	4	25,00	0,64	23	5	21,74	0,09	0,81
Разом	956	264	27,62	—	306	84	27,45	—	650	180	27,69	—	0,93
Група хворих на АЗ													
Разом	325	75	23,08	—	295	64	21,69	—	30	11	36,67	—	0,06

Примітки: p_1 — відмінності порівняно з віковою групою 40—59 років (в межах відповідних груп порівняння); p_2 — відмінності між чоловіками і жінками (в межах відповідних вікових груп). Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділено заливкою сірого кольору

Черговою характеристикою масштабу проблеми ШДІ, що вивчали, була середня кількість питущих осіб в оточенні обстежених респондентів. Це оцінювання виконували окремо в групі здорових респондентів

(група контролю і група здорових родичів хворих на АЗ), а також в групі хворих на АЗ, до того ж до аналізу брали лише тих респондентів, у яких в оточенні була принаймні одна питуща особа (табл. 2 і 3).

Таблиця 2. Середня кількість питущих в оточенні респондентів груп порівняння (серед тих, хто мав питущих в своєму оточенні) з розподілом за віком і статтю

Групи порівняння	Вік, роки	Чоловіки і жінки		Чоловіки		Жінки		p_2
		$M \pm m$, осіб	p_1	$M \pm m$, осіб	p_1	$M \pm m$, осіб	p_1	
Група контролю + здорові родичі хворих на алкогольну залежність	< 20	1,45 $\pm$ 0,25	—	1,00	—	1,71 $\pm$ 0,36	—	—
	20—39	1,35 $\pm$ 0,05	0,33	1,31 $\pm$ 0,08	—	1,37 $\pm$ 0,06	0,17	0,29
	40—59	1,15 $\pm$ 0,03	0,11	1,11 $\pm$ 0,05	—	1,16 $\pm$ 0,04	0,06	0,25
	> 59	1,17 $\pm$ 0,05	0,13	1,19 $\pm$ 0,10	—	1,16 $\pm$ 0,07	0,07	0,41
	Разом	1,28 $\pm$ 0,03	—	1,26 $\pm$ 0,06	—	1,28 $\pm$ 0,04	—	0,37
Хворі на алкогольну залежність		—	—	1,33 $\pm$ 0,09	—	1,10 $\pm$ 0,10	—	0,04

Примітки: середні подано у форматі ($M \pm m$) — «середня арифметична» $\pm$ «стандартна похибка середньої арифметичної»; p_1 — відмінності порівняно з віковою групою «< 20 років» (в межах відповідних гендерних груп); p_2 — відмінності між чоловіками і жінками (в межах відповідних вікових груп). Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділено заливкою сірого кольору

Було встановлено, що в групі здорових середня кількість питущих (залежно від віку респондентів) в оточенні чоловіків була в межах 1,00—1,31 осіб, а у жінок — в межах 1,16—1,71 осіб (середня величина для всієї групи здорових — $1,28 \pm 0,03$ осіб). Водночас, статистично значущих відмінностей ані між віковими, ані між ґендерними підгрупами за цим показником не виявлено.

На відміну від здорових, у хворих на АЗ середня кількість питущих в оточенні чоловіків була достовірно вищою, ніж в оточенні жінок ($1,33 \pm 0,09$ особи і $1,10 \pm 0,10$ особи відповідно, при $p = 0,04$).

Близько 80 % респондентів (із тих, у кого були питущі родичі чи знайомі), незалежно від вікової і ґендерної належності, мали в своєму оточенні лише одну питущу особу і лише у кожного п'ятого респондента в оточенні була більша кількість питущих (табл. 3). Як і в разі з середніми показниками, жод-

них достовірних відмінностей за частотою випадків різної кількості питущих в оточенні респондентів не виявлено ані між віковими, ані між ґендерними підгрупами (див. табл. 3).

Ще однією характеристикою масштабу проблеми ШДІ, що вивчали, була оцінка респондентами рівня того загального негативного впливу, який справляли на них питущі з їхнього оточення (табл. 4). Як можна бачити рівень загального негативного впливу, про який йдеться (оцінений самими респондентами за десятибальною шкалою, де «1» відповідає найнижчій рівень, а «10» — найвищий), у здорових осіб з віком неухильно і достовірно збільшується (коефіцієнт кореляції $r_{xy} = 0,51$). При переході від вікової категорії «< 20 років» до вікової категорії «> 59 років» у чоловіків спостерігалось збільшення в 1,77 раза, а у жінок — в 2,92 раза (при $p = 0,03$ і $p < 0,01$ відповідно).

Таблиця 3. Частота випадків різної кількості питущих в оточенні респондентів (серед тих, хто мав питущих в своєму оточенні) з розподілом за статтю

Ознаки (кількість питущих в оточенні)	Частота ознак в групах порівняння							
	Чоловіки і жінки		p_2	Чоловіки		Жінки		p_1
	абс., осіб	відн., %		абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	
У здорових респондентів (група контролю + здорові родичі хворих на АЗ)								
1 особа	376	80,51	0,79	118	80,82	258	80,37	0,91
2 особи	71	15,20	0,95	24	16,44	47	14,64	0,62
≥ 3 осіб	20	4,28	0,53	4	2,74	16	4,98	0,27
Разом	467	100,00	—	146	100,00	321	100,00	—
	У хворих на АЗ							
1 особа	53	79,10	—	44	77,19	9	90,00	0,36
2 особи	10	14,93	—	9	15,79	1	10,00	0,64
≥ 3 осіб	4	5,97	—	4	7,02	0	0,00	0,39
Разом	67	100,00	—	57	100,00	10	100,00	—

Примітки: p_1 — відмінності між групами (в межах відповідних ґендерних груп); p_2 — відмінності між чоловіками і жінками (в межах відповідних вікових груп)

Таблиця 4. Середні оцінки рівня загального негативного впливу, який справляли на респондентів питущі з їхнього оточення (серед тих, хто мав питущих в своєму оточенні) з розподілом за віком і статтю

Групи порівняння	Вік, роки	Чоловіки і жінки		Чоловіки		Жінки		p_2
		$M \pm m$, осіб	p_1	$M \pm m$, осіб	p_1	$M \pm m$, осіб	p_1	
Група контролю + здорові родичі хворих на АЗ	< 20	$2,91 \pm 0,71$	—	$3,25 \pm 1,11$	—	$2,71 \pm 0,97$	—	0,36
	20—39	$4,01 \pm 0,16$	0,07	$4,07 \pm 0,29$	0,23	$3,98 \pm 0,20$	0,10	0,39
	40—59	$6,22 \pm 0,23$	< 0,01	$5,14 \pm 0,38$	0,06	$6,63 \pm 0,27$	< 0,01	< 0,01
	> 59	$7,32 \pm 0,32$	< 0,01	$5,75 \pm 0,57$	0,03	$7,91 \pm 0,35$	< 0,01	< 0,01
	Разом	$4,99 \pm 0,14$	—	$4,48 \pm 0,22$	—	$5,22 \pm 0,17$	—	< 0,01
Хворі на АЗ		$5,54 \pm 0,32$	—	$5,18 \pm 0,34$	—	$7,64 \pm 0,70$	—	< 0,01

Примітки: середні подано у форматі ($M \pm m$) — «середня арифметична» $\pm$ «стандартна похибка середньої арифметичної»; p_1 — відмінності порівняно з віковою групою «< 20 років» (в межах відповідних груп порівняння); p_2 — відмінності між чоловіками і жінками (в межах відповідних вікових груп). Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділено заливкою сірого кольору

Унаслідок гендерної різниці темпів збільшення, про яке йдеться, жінки старших вікових категорій достовірно перевищували за цим показником чоловіків-однолітків (у віковій категорії 40—59 років в середньому на 1,49 балів, а в віковій категорії «> 59 років» — на 2,16 балів, при $p < 0,01$ в обох випадках). Отже, можна зробити висновок про те, що наркологічно здорові жінки старших вікових категорій «> 39 років» потерпають від негативного впливу, який справляють на них питущі з їхнього оточення, набагато більше, ніж наркологічно здорові чоловіки,

тоді як серед молодших респондентів такої гендерної різниці за цим показником не спостерігалось.

Щодо хворих на АЗ, то у них, як і у здорових старших вікових груп, рівень загального негативного впливу серед жінок був достовірно вищим, ніж серед чоловіків (в середньому — на 2,46 балів, при $p < 0,01$).

Останнє питання, на яке передбачалось отримати відповідь в межах цього етапу роботи, було про те — хто саме в оточенні респондентів найчастіше був джерелом ШДІ (рис. 1 і 2).

Група контролю + здорові родичі хворих на АЗ



Група хворих на АЗ

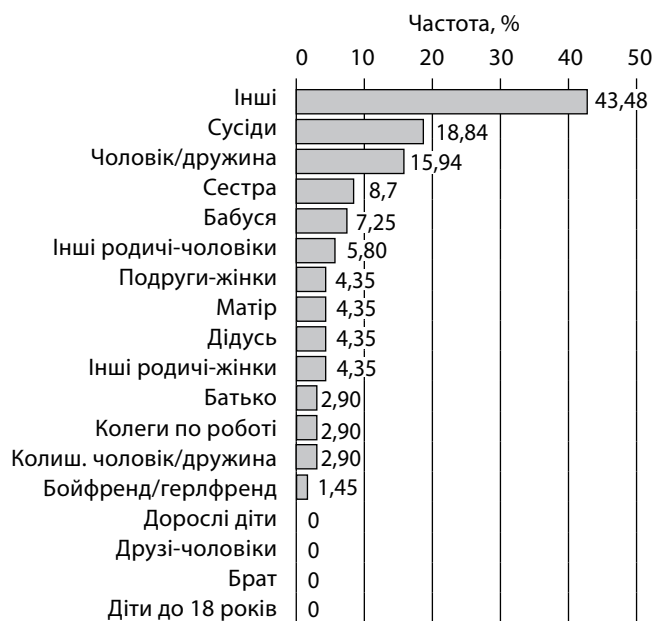


Рис. 1. Рейтинги окремих категорій питущих за частотою в оточенні респондентів (серед тих, хто мав питущих в своєму оточенні)

Наведені на рисунку 1 рейтинги свідчать про те, що склад представників оточення, які найчастіше є джерелом ШДІ, у здорових і хворих на АЗ респондентів істотно відрізняється. Якщо у здорових це, насамперед, члени родини (чоловік/дружина, батько та дорослі діти), то у хворих на АЗ перші два місця відповідного рейтингу посідають чужинці (інші та сусіди, до того ж інші — випереджають решту фігурантів рейтингу з великим відривом), і лише на третьому місці — члени родини (чоловік/дружина).

Подібні рейтинги, складені для підгруп здорових респондентів, диференційованих за ознаками віку і статі (рис. 2), виявили дві, пов'язані з віком додаткові обставини, а саме: закономірне змінення складу представників оточення респондентів, які найчастіше є джерелом ШДІ; а також закономірне скорочення самого переліку представників оточення, про яких йдеться. Дійсно, якщо у відносно молодих обстежених (< 40 років) топи рейтингів (перші три позиції) посідають: батько, друзі-чоловіки (у респондентів обох статей), а також чоловік (у респондентів-жінок) і колеги по роботі (у респондентів-чоловіків); то у обстежених середнього віку (40—59 років) це: чоловік/

дружина, дорослі діти (у респондентів обох статей), а також брат (у респондентів-жінок) і друзі-чоловіки (у респондентів-чоловіків). Нарешті, у обстежених старшої вікової категорії (> 59 років) із топів рейтингів закономірно зникають батьки і друзі-чоловіки, а залишаються дорослі діти, чоловік/дружина (у респондентів обох статей) і додаються інші родичі-жінки (у респондентів-чоловіків) і сусіди (у респондентів-жінок).

Деякі з отриманих результатів заслуговують на те, щоб їх розглянути докладніше.

Зокрема, було показано (див. табл. 1), що загалом питущі особи є в мікросоціальному оточенні 27,62 % обстежених здорових респондентів. Якщо поширити виявлену пропорцію на все населення країни (за даними Державної служби статистики України на 01.01.2021 року — 41 902 416 осіб [23]), то загальну кількість українців, що страждають через питущих в своєму оточенні, можна оцінити в 11,6 млн.

Окрім того, з певною обережністю згадана частота питущих осіб в оточенні респондентів може бути використана для реконструкції реальної чисельності осіб з алкогольними проблемами в нашій державі.

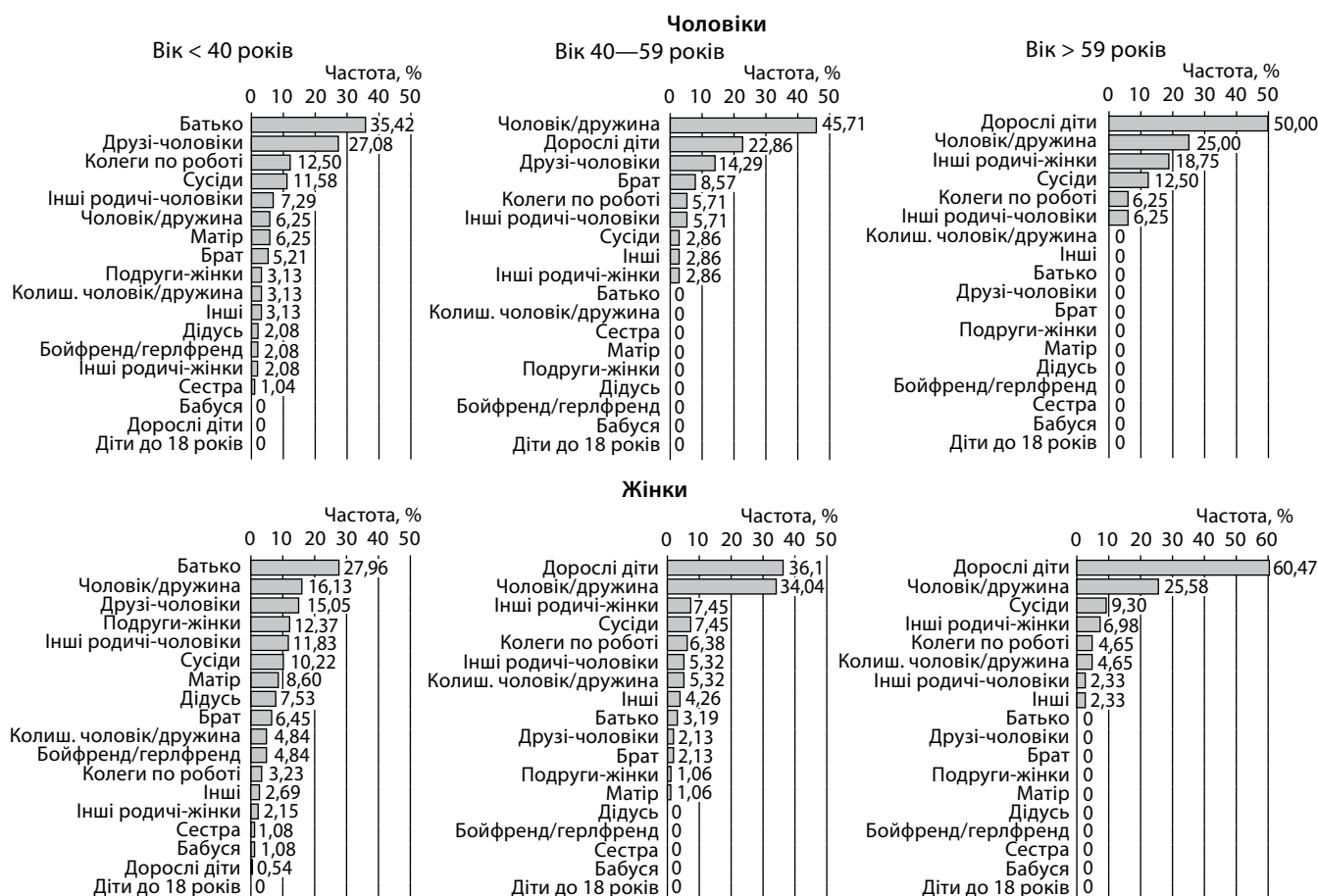


Рис. 2. Рейтинги окремих категорій питаючих за частотою присутності в оточенні здорових респондентів (серед тих, хто мав питаючих в своєму оточенні), з розподілом за віком і статтю

Звісно, кола спілкування (кола знайомств) окремих респондентів можуть частково перекриватися і, при такому (епідеміологічному) використанні параметрів, про які йдеться, певна питаюча особа, що перебуває в оточенні двох або більше респондентів одночасно, може бути порахована двічі або, навіть, тричі. Однак, цей паразитний ефект може бути істотним лише тоді, коли йдеться не про членів сім'ї, а про друзів, знайомих або сусідів (бо чисельність середньої родини значно менша, ніж чисельність середнього кола спілкування дорослої людини і, відповідно, статус члена родин двох (або більше) респондентів одночасно є істотно більш рідкісним, ніж статус знайомця двох (або більше) респондентів).

Водночас, результати аналізу (див. рис. 1) свідчать про те, що більш ніж дві третини згаданих питаючих у здорових респондентів є саме членами їхніх родин. З огляду на цю обставину, ймовірність подвійного обліку питаючих, про яку було сказано вище, додатково знижується і у разі приблизного оцінювання може бути визнана несуттєвою. Отже, частоту питаючих осіб в оточенні обстежених респондентів можна, в першому наближенні, вважати показником поширеності алкогольних проблем в українських родинах.

В українських реаліях, родина — це спільнота близьких родичів різних поколінь, яка складається

з 2—3 домогосподарств (батьки з дітьми). Оскільки розмір середнього сучасного українського домогосподарства становить 2,58 особи [24], чисельність родини, про яку йдеться, можна оцінити в 5,2—7,7 осіб.

З огляду на цю середню чисельність українських родин (5,2—7,7 осіб), частоту питаючих осіб в українських родинах (27,62 %), на те, що згадані обстежені були єдиними опитаними представниками своїх родин, а також той факт, що переважно (у 80 % випадків) мова йшла про єдину питаючу людину в мікрооточенні респондента (див. табл. 2 і 3), можна сказати, що одна особа з алкогольними проблемами припадає на кожні 18,83—27,88 осіб. Поширення цих пропорцій на все населення України (41 902 416 осіб) дає змогу оцінити чисельність людей з алкогольними проблемами в 1,5—2,2 мільйони.

Звичайно, ця чисельність — набагато більша (в 3,2—4,8 разів!), ніж кількість осіб, які перебувають на диспансерному обліку з приводу психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю (на 01.01.2020 року — 460 717 осіб [25]). І це цілком природно, оскільки в першому випадку йдеться про будь-яке вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (принаймні тими, які помітні рідним і близьким), а в другому — лише про таке вживання, яке призвело до відповідних психічних та поведінкових

розладів, і стало причиною звернення по спеціалізовану медичну допомогу.

На нашу думку, саме це число (1,5—2,2 млн осіб) є найбільш адекватною оцінкою справжнього масштабу алкогольних проблем в нашій державі та є тим «айсбергом» в усій його повноті, «верхівку» якого показує медична статистика МОЗ України.

Не можна обійти увагою і той факт, що вища частота питущих осіб спостерігається саме в оточенні респондентів віком 40—59 років (див. рис. 2). Річ у тому, що в цьому віці люди одночасно мають і дорослих дітей, і живих батьків, які так само можуть зловживати спиртним. У молодших респондентів — менша ймовірність мати питущих дітей (внаслідок малого віку останніх), а у старших респондентів зменшується ймовірність мати живих батьків (зокрема і питущих). Інших достовірних вікових або ґендерних відмінностей за частотою питущих в оточенні респондентів контрольної групи не виявлено.

Остання обставина, яку варто згадати в обговоренні результатів цього дослідження, це пов'язане з віком закономірне скорочення переліку питущих представників оточення респондентів. Якщо у респондентів вікової категорії «< 40 років» такі переліки налічують 15 і 17 різних представників (у чоловіків і у жінок відповідно), то у віковій категорії 40—59 років — тільки 9 і 13; а у віковій категорії «> 59 років» — лише 6 і 8 (див. рис. 2). На нашу думку, це скорочення є прямим наслідком природного зменшення мікросоціального оточення (кола спілкування) пересічної людини протягом другої половини її життя [26].

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

1. Питущі особи є загалом в мікросоціальному оточенні 27,62 % обстежених здорових респондентів. Екстраполювання цього показника на все населення України дає підставу припустити, що загальна кількість людей, які так чи інакше страждають через питущих в своєму оточенні, становить близько 11,6 мільйонів осіб.

2. Частоту питущих осіб в оточенні респондентів може бути використано і для визначення реальної чисельності осіб з алкогольними проблемами в нашій державі. Попередні розрахунки свідчать про те, що ця чисельність є в межах від 1,5 до 2,2 мільйони осіб.

3. Частота питущих осіб в оточенні респондентів істотно залежить від віку останніх. Найвищі величини цього показника — серед респондентів вікової категорії 40—59 років (31,43 % у чоловіків і 41,27 % у жінок).

4. Суб'єктивне сприйняття шкоди з боку питущих в оточенні неухильно зростає зі збільшенням віку респондентів, до того ж найсильніше це зростання — у жінок.

Список літератури

1. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990—2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / GBD 2016 Alcohol Collaborators // *Lancet*. 2018.

Vol. 392, Issue 10152, P. 1015—1035. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2).

2. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>.

3. Наркологія : національний підручник / І. К. Сосін [та ін.] ; за ред. І. К. Сосіна, І. Ф. Чуєва. Харків : Колеріум, 2014. 1428 с.

4. Alcohol-attributable fractions for England: Alcohol-attributable mortality and hospital admissions / Jones L., Bellis M., Dedman D. [et al.]. North West Public Health Observatory, Liverpool John Moores University, 2008. URL: https://www.researchgate.net/publication/235428834_Alcohol-Attributable_Fractions_for_England_Alcohol-Attributable_Mortality_and_Hospital_Admissions.

5. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview / J. Rehm, D. Baliunas, G. L. G. Borges [et al.] // *Addiction*. 2010. 105 (5), 817—843. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x

6. Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study / J. C. Skogen, S. B. Harvey, M. Henderson [et al.] // *Addiction*. 2009. 104 (9), 1519—1529. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02659.x.

7. Collins, R. L., Ellickson, P. L., & Klein, D. J. The role of substance use in young adult divorce. *Addiction*. 2007. 102(5), 786—794. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.01803.x.

8. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia / A.-M. Laslett, R. Room, J. Ferris [et al.] // *Addiction*. 2011. 106 (9), 1603—11. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x.

9. Connor J., Casswell S. Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge // *The New Zealand Medical Journal*. 2012. 125 (1360), 11—27. PMID: 22932651.

10. Dussaillant F., Fernandez M. Alcohol's harm to others' well-being and health: a comparison between Chile and Australia // *Alcohol and Alcoholism*. 2015. 50 (3), 346—51. DOI: 10.1093/alcal/agv002.

11. Temporal Patterns of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Road Accidents in Young Swiss Men: Seasonal, Weekday and Public Holiday Effects / Foster S., Gmel G., Estévez N. [et al.] // *Alcohol and Alcoholism*. 2015. 50 (5), 565—72. PMID: 25904720.

12. Ferris J., Jessica Killian J., Lloyd B. Alcohol-related serious road traffic injuries between 2000 and 2010: A new perspective to deal with administrative data in Australia // *The International Journal of Drug Policy*. 2017. 43, 104—112. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.015>.

13. Alcohol and drugs use among drivers injured in road accidents in Campania (Italy): A 8-years retrospective analysis / Carfora A., Campobasso C. P., Cassandro P. [et al.] // *Forensic Science International*. 2018. 288, 291—296. PMID: 29793195.

14. Denny L.-A., Coles S., Blitz R. Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders // *American Family Physicians*. 2017. 96 (8), 515—522. PMID: 29094891.

15. Burge S.K., Katerndahl D. A., Becho J. The Dynamics of Partner Violence and Alcohol Use in Couples: Research Methods // *Violence and Victims*. 2019. 34(1), 136—156. DOI: 10.1891/0886-6708.34.1.136.

16. Alcohol Use and Intimate Partner Violence Among Community College Women: An Exploration of Protective Factors / Gomez J., Orchowski L., Pearlman D. N. [et al.] // *Violence and Gender*. 2019. 6 (3), 187—195. PMID: 31528653.

17. Nutt D. J., King L. A., Phillips L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis // *Lancet*. 2010. 376 (9752), 1558—65. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6).

18. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 2010 May. Approved by the Sixty-third World Health Assembly. Resolution WHA63.13. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>.

19. Wilsnack S. C., Greenfield T. K., Bloomfield K. The GENAHTO Project (Gender and Alcohol's Harm to Others): Design and methods for a multinational study of alcohol's harm to persons other than the drinker // *The International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2018. 7 (2), 37—47. DOI: 10.7895/ijadr.253.

20. Hamilton M. A rating scale for depression // The Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 1960. 23 (1), 56—62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.

21. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Л. : Медицина, Ленинград. отделение, 1978. 294 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/1663625/>.

22. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабиш. Киев : Моріон, 2000. 320 с.

23. Чисельність наявного населення України на 1 січня 2020 року : статистичний збірник / Державна служба статистики України. Київ, 2020. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/05/zb_chuselnist%202019.pdf.

24. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2019 році : статистичний збірник / Державна служба статистики України. Київ, 2019. http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/07/zb_sdhd2019.pdf.

25. Звіт щодо наркоситуації в Україні за 2020 рік / ДУ «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю МОЗ України». Київ, 2020. URL: <https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/Zvit-shhodo-narkotyktiv-ta-alkogolyu-za-2020-rik.pdf>.

26. Ермолаева М.В. Практическая психология старости. Москва : Эксмо, 2002. 319 с.

Надійшла до редакції 20.01.2021

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (ХНУ ім. В. Н. Каразіна), м. Харків, Україна; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

МІНКО Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ХНУ ім. В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, м. Харків, Україна

ГРИНЕВИЧ Євгенія Геннадіївна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, Україна

ОВЧАРЕНКО Микола Олексійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії та наркології Луганського державного медичного університету МОЗ України, м. Рубіжне, Україна

ЧУГУНОВ Вадим Віталійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна

ПОСТРЕЛКО Валентин Михайлович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини з курсом ендокринології Міжнародної академії екології та медицини, м. Київ, Україна

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ПЛЕХОВ Владислав Андрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна

ТКАЧЕНКО Тетяна Володимирівна, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна.

ЗАДОРЖНИЙ Володимир Володимирович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

МАЛИХІНА Наталія Анатоліївна,

МІНКО Олексій Олександрович,

ЛАКІНСКИЙ Роман Вікторович,

ВАСИЛЬЄВА Ольга Олександрівна,

ЮРЧЕНКО Ольга Миколаївна — кандидати медичних наук, старші наукові співробітники відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

MINKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical and Social Narcology of «INPN of the NAMS of Ukraine» SI, Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

KOZHYNNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

GRYNEVYCH Yevheniia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology of the P. L. Shupyk's National University of Health Protection of Ukraine of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

OVCHARENKO Mykola, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology of Luhansk State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Rubizhne, Ukraine

CHUGUNOV Vadym, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine

POSTRELKO Valentyn, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Internal Medicine with a course in Endocrinology of the International Academy of Ecology and Medicine, Kyiv, Ukraine

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

PLEKHOV Vladyslav, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine

TKACHENKO Tetiana, PhD in Psychological Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

ZADOROZHNYI Volodymyr, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

MALYKHINA Natalia,

MINKO Oleksiy,

LAKINSKYI Roman,

VASILYEVA Olga,

YURCHENKO Olga — MD, PhD, Senior Researchers of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

Г. В. Гук

**КЛІНІЧНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ГЛОСАРІЙ ТИПОЛОГІЇ ПОРУШЕНЬ СНУ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

Г. В. Гук

**Клинико-диагностический глоссарий типологии нарушений сна у военнослужащих
Вооружённых Сил Украины**

G. V. Guk

**Clinical-Diagnostic Glossary of the Typology of Sleep Disorders in Servicemen
of the Armed Forces of Ukraine**

Проблема психічної реабілітації комбатантів Збройних Сил України (ЗСУ) залишається актуальною у вітчизняному психіатричному дискурсі. Метою дослідження було сформулювати клінічний глосарій типології порушень сну у військовослужбовців ЗСУ.

На базі Запорізького військового госпіталю обстежено 64 діючих військовослужбовців ЗСУ з неорганічними порушеннями сну. На ґрунті даних, отриманих з використанням Пітсбургського опитувальника якості сну, шкали сонливості Епворта та клінічного інтерв'ю, було сформовано п'ять діагностичних векторів оцінки диссомнічного статусу у військовослужбовців ЗСУ.

Компіляції відповідності за певними діагностичними векторами формували специфічні варіанти диссомнічного синдрому, серед них можливо виокремити: афективно-румінативний (спостерігався у 7,8 % осіб), ідеаторно-румінативний (у 18,7 %), обсесивно-румінативний (у 10,9 %), агрипнічний (у 7,8 %), агрипно-дисфоричний (у 14,1 %), агрипно-астенічний (у 21,9 %), агрипно-анестетичний (у 10,9 %), агрипно-гіперстенічний (у 9,4 %), анкіозно-інкрустований (у 9,4 %), гіперсензитивно-інкрустований (у 7,8 %), соматоформно-інкрустований (у 15,6 %), інкубозно-інкрустований (у 25,0 %), альтернуючий (у 12,5 %), інвертований (у 18,8 %), екзантуючий (у 3,1 %), анкіозно-індукований (у 14,1 %), соматоформно-індукований (у 10,9 %), інкубозно-індукований (у 15,6 %), гіперсензитивно-індукований (у 10,9 %), абортівний (у 6,3 %), анкіозно-фрагментований (у 7,8 %), гіперсензитивно-фрагментований (у 12,5 %), соматоформно-фрагментований (у 7,8 %), інкубозно-фрагментований (у 14,1 %).

Відповідно до п'яти сформованих діагностичних векторів оцінки диссомнічного статусу виявлено варіанти компіляцій характеристик порушення сну та сформовано їх глосарій, що є універсальним номінативним інструментом для докладної клінічної характеристики диссомнічних проявів.

Ключові слова: психіатрія, інсомнія, військовослужбовці, психокорекція

Проблема психической реабилитации комбатантов Вооружённых Сил Украины (ВСУ) остается актуальной в отечественном психиатрическом дискурсе. Целью исследования было сформировать клинический глоссарий типологии нарушений сна у военнослужащих ВСУ.

На базе Запорожского военного госпиталя было обследовано 64 действующих военнослужащих ВСУ с неорганическими нарушениями сна. На основе данных, полученных с использованием Питтсбургского опросника качества сна, шкалы сонливости Эпворта и клинического интервью, было сформировано пять диагностических векторов оценки диссомнического статуса у военнослужащих ВСУ.

Компиляции соответствий по определенным диагностическим векторам формировали специфические варианты диссомнического синдрома, среди них можно выделить: афективно-руминативный (встречался у 7,8 % человек), идеаторно-руминативный (у 18,7 %), обсесивно-руминативный (у 10,9 %), агрипнический (у 7,8 %), агрипно-дисфорический (у 14,1 %), агрипно-астенический (в 21,9 %), агрипно-анестетический (у 10,9 %), агрипно-гиперстенический (у 9,4 %), анкиозно-инкрустированный (у 9,4 %), гиперсензитивно-инкрустированный (у 7,8 %), соматоформно-инкрустированный (у 15,6 %), инкубозно-инкрустированный (у 25,0 %), альтернирующий (у 12,5 %), инвертированный (у 18,8 %), экзантирующий (у 3,1 %), анкиозно-индуцированный (у 14,1 %), соматоформно-индуцированный (у 10,9 %), инкубозно-индуцированный (у 15,6 %), гиперсензитивно-индуцированный (у 10,9 %), абортивный (у 6,3 %), анкиозно-фрагментированный (у 7,8 %), гиперсензитивно-фрагментированный (у 12,5 %), соматоформно-фрагментированный (у 7,8 %), инкубозно-фрагментированный (у 14,1 %).

В соответствии с пятью сформированными диагностическими векторами оценки диссомнического статуса выявлены варианты компиляций характеристик нарушения сна и сформирован их глоссарий, являющийся универсальным номинативным инструментом для детальной клинической характеристики диссомнических проявлений.

Ключевые слова: психиатрия, инсомния, военнослужащие, психокоррекция

The problem of mental rehabilitation of combatants of the Armed Forces in Ukraine remains relevant in the psychiatric discourse. The aim of the study was to form a clinical glossary of the typology of sleep disorders in servicemen of the Armed Forces of Ukraine.

Based on the Zaporizhzhia military hospital, 64 active servicemen of the Armed Forces of Ukraine with inorganic sleep disorders were examined.

Based on the data obtained using the Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire, the Epworth Sleepiness Scale and the clinical interview, five diagnostic vectors for assessing the dyssomnic status in servicemen of the Armed Forces of Ukraine were formed.

Compilations of correspondences for certain diagnostic vectors formed specific variants of the dyssomnia syndrome, among which: affective-ruminative (occurred in 7.8 % people), ideator-ruminative (18.7 %), obsessive-ruminative (10.9 %), agrypnic (7.8 %), agrypno-dysphoric (14.1 %), agrypno-asthenic (21.9 %), agrypno-anesthetic (10.9 %), agrypno-hypersensitive (9.4 %), anxiety-inlaid (9.4 %), hypersensitive-inlaid (7.8 %), somatoform-inlaid (15.6 %), incubus-inlaid (25.0 %), alternating (12.5 %), inverted (18.8 %), grueling (3.1 %), anxiety-induced (14.1 %), somatoform-induced (10.9 %), incubus-induced (15.6 %), hypersensitive-induced (10.9 %), abortive (6.3 %), anxiety-fragmented (7.8 %), hypersensitive-fragmented (12.5 %), somatoform-fragmented (7.8 %), incubus-fragmented (14.1 %).

According to the five formed diagnostic vectors for dyssomnic status assessment, due to which variants of sleep disorders characteristics compilations were identified and their glossary was formed. Worked out glossary is a universal nominative tool for detailed clinical description of dyssomnic manifestations.

Key words: psychiatry, insomnia, military services, psychocorrection

Проблема психічної реабілітації комбатантів Збройних Сил України (ЗСУ) залишається актуальною у вітчизняному психіатричному дискурсі [1, 2]. Комплекс психічних порушень, що спостерігаються в осіб, що перебували під впливом бойового стресу, є добре вивченим, він дуже часто виповнений несприятливою симптоматикою субклінічного рівня, що нерідко супроводжується порушеннями сну. Саме диссомнічні розлади, виходячи на перший план у клінічній картині, можуть призвести до істотного погіршення загального стану військово-службовців [2, 5, 9].

Аналіз актуальних літературних джерел дає уявлення про низьку представленість ефективних методик психологічної корекції порушень сну у комбатантів. Деякі автори зазначають високу ефективність застосування фармакологічних методів терапії диссомнії, наголошуючи водночас ймовірність ризиків виникнення широкого спектра небажаних наслідків, що, фактично, робить неможливим застосування цього методу для осіб, які виконують свої службові обов'язки в бойових умовах [3, 4, 6—8].

Докладний аналіз структури диссомнічного синдрому у військовослужбовців дає уявлення про широку варіативність клінічного наповнення цього феномена, що дисоціює з браком наукових даних щодо його типології. Актуальним є формування комплексу номінальних характеристик — глосарію — порушень сну у військовослужбовців з перспективою подальшого формування на їх ґрунті типології та системи психокорекційних заходів.

Мета дослідження — сформувати клінічно-діагностичний глосарій типології порушень сну у військовослужбовців ЗСУ.

На базі Запорізького військового госпіталю (Україна) обстежено 64 діючих військовослужбовців ЗСУ з неорганічними порушеннями сну.

Методи, що використовували: клініко-психопатологічний (клінічне інтерв'ю), психодіагностичний (Пітсбурзький індекс якості сну — PSQI, шкала сонливості Епворта) та статистичний.

На ґрунті даних, отриманих з використанням Пітсбурзького опитувальника якості сну, шкали сонливості Епворта та клінічного інтерв'ю, сформовано п'ять діагностичних векторів оцінки диссомнічного статусу у військовослужбовців ЗСУ. До першого вектора увійшла характеристика порушень циклу «сон — неспання», до другого — кількісна характеристика сну з оцінюванням його тривалості, легкості засинання та пробудження, в межах третього вектора проведений аналіз якісних показників, серед них — наявність або відсутність частих нічних пробуджень та переривчастого сну, четвертий вектор мав в своєму складі оцінку суб'єктивного відчуття задоволеності сном, за п'ятим вектором оцінювали тематичне наповнення сну — наявність або відсутність жажливих, повторюваних сновидінь та афективне наповнення сну.

Компіляції відповідності за певними діагностичними векторами сформували специфічні варіан-

ти диссомнічного синдрому, серед них можливо виокремити:

— афективно-румінативний варіант — характеризувався поганим засинанням та закономірним зменшенням тривалості сну, що були спричинені радикалізацією та застряганням афективного компонента під час засинання — спостерігався у 5 (7,8 %) осіб;

— ідеаторно-румінативний варіант — також поєднував у собі погане засинання зі зменшенням тривалості сну, але був спричинений неможливістю заспокоїтись та припинити плин асоціацій під час засинання — спостерігався у 12 (18,7 %) осіб;

— обсесивно-румінативний варіант відрізнявся від попереднього моноідейним наповненням асоціацій, що заважали заснути, — спостерігався у 7 (10,9 %) осіб (рис. 1);



Рис. 1. Графічне зображення афективно-, ідеаторно- та обсесивно-румінативних варіантів диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

— агрипнічний варіант — характеризувався ізольованим утрудненням засинанням та зменшенням тривалості сну без чітко виокремленого патологічного наповнення сну — спостерігався у 5 (7,8 %) осіб (рис. 2);

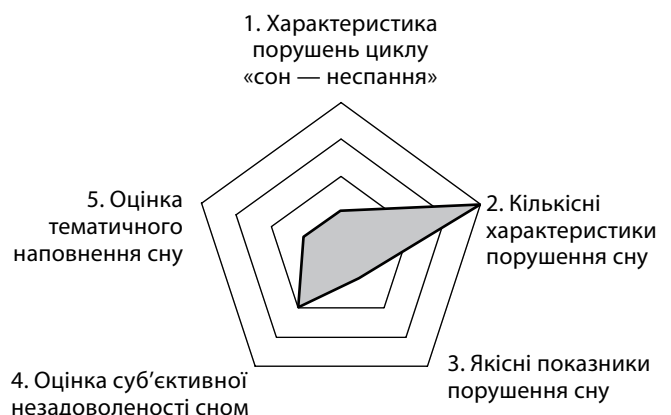


Рис. 2. Графічне зображення агрипнічного варіанту диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

— агрипно-дисфоричний варіант — характеризувався поганим засинанням, зменшенням тривалості

сну, вираженим відчуттям незадоволеності сном та стійким переважанням дисфоричного афекту після важкого пробудження — спостерігався у 9 (14,1 %) осіб;

— агрипно-астенічний варіант також характеризувався зменшенням тривалості сну внаслідок проблем із засинанням, відсутністю задоволеності сном та важким пробудженням, що супроводжувалось стійкими астеничними проявами, млявістю, швидкою втомлюваністю та емоційною лабільністю — був виявлений у 14 (21,9 %) осіб;

— агрипно-анестетичний варіант відрізнявся від попереднього проявами психічної анестезії з редукцією емоційного відгуку після пробудження — спостерігався у 7 (10,9 %) осіб;

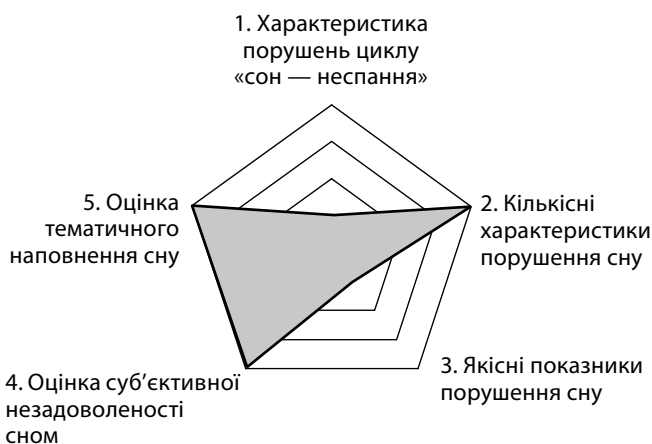


Рис. 3. Графічне зображення агрипно-дисфоричного, агрипно-астенічного та агрипно-анестетичного варіантів диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

— агрипно-гіперстенічний варіант мав у своїй структурі парадоксальне поєднання проблемного засинання, зменшення тривалості сну та відчуття задоволеності сном зі стійким гіпертимічним афектом після пробудження — виявлений у 6 (9,4 %) осіб та спостерігався винятково ізольовано (рис. 4);

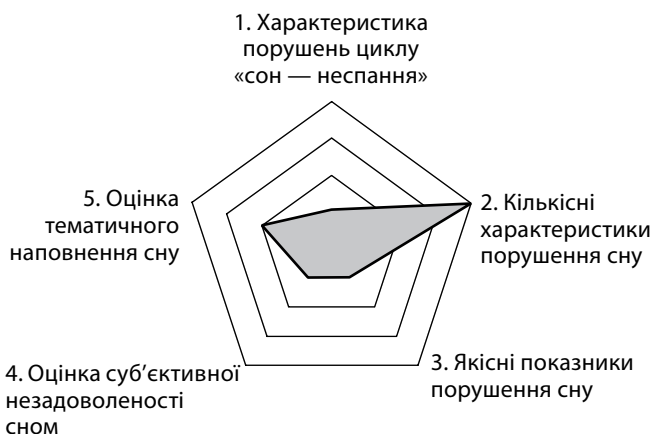


Рис. 4. Графічне зображення агрипно-гіперстенічного варіанту диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

— анкіозно-інкрустований варіант відрізнявся неспокійним сном у зв'язку з вираженим тривожним компонентом, та характеризується відчуттям нездоланності сном — виявлений у 6 (9,4 %) осіб;

— гіперсензитивно-інкрустований варіант диссомнії був виявлений у 5 (7,8 %) осіб з підвищеною чутливістю до гучних звуків і світла навколо, що призводило до неспокійного сну зі зниженням задоволеності від нього;

— соматоформно-інкрустований варіант — характеризувався поверхневим, неспокійним сном та зниженням відчуття задоволеності від нього через неприємні відчуття соматоформного характеру у тілі — спостерігався у 10 (15,6 %) осіб;

— інкубозно-інкрустований варіант відрізнявся від попереднього тим, що агентом виникнення диссомнії були неприємні, повторювані або кошмарні сновидіння — був виявлений у 16 (25,0 %) осіб (рис. 5);

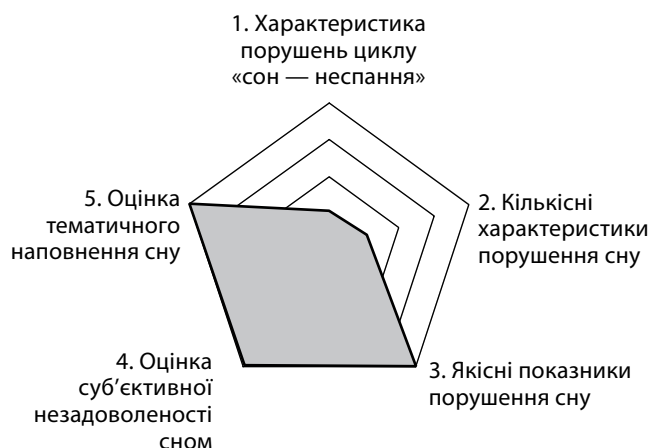


Рис. 5. Графічне зображення анкіозно-, гіперсензитивно-, соматоформно- та інкубозно-інкрустованих варіантів диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

— альтернуючий варіант диссомнії — це специфічний варіант поєднання порушення циклу сон — неспання та відчуття незадоволеності сном у військовослужбовців, що виконували свої обов'язки у режимі варти (наприклад, за графіком 2 на 2, тобто 2 години сну чергувались із 2 годинами неспання) — виявлений у 8 (12,5 %) осіб;

— інвертований варіант відрізнявся якісними порушеннями сну у вигляді відсутності відчуття задоволеності ним внаслідок повної інверсії циклу сон — неспання, 12 (18,8 %) осіб повідомили про відчуття сонливості протягом дня та про його відсутність вночі;

— екзантиуючий варіант диссомнії мав зловиясний перебіг, характеризувався нестійкістю циклу сон — неспання та виснажливістю, 2 (3,1 %) особи повідомили про тенденцію до постійного зменшення тривалості сну й стійке відчуття незадоволеності ним (рис. 6);

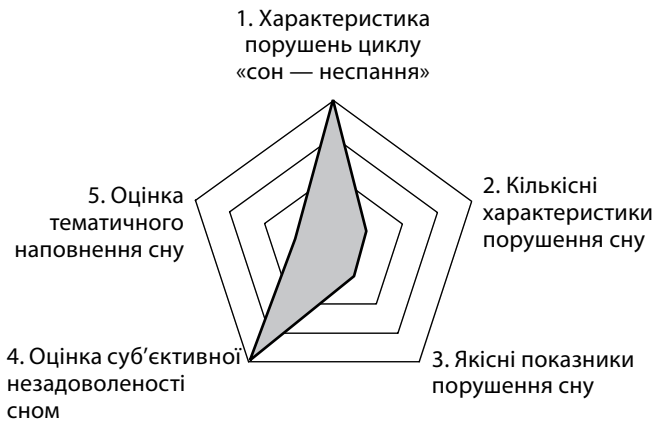


Рис. 6. Графічне зображення альтернуючого, інвертованого та екзантуючого варіантів диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

— анкіозно-індукований варіант спостерігався у 9 (14,1 %) осіб, що повідомляли про зменшення тривалості сну та відсутність відчуття задоволеності ним, що було спричинено раннім пробудженням (за 2—3 години до потрібного часу) через актуалізацію тривожних переживань;

— соматоформно-індукований варіант характеризувався раннім пробудженням та неможливістю заснути через неприємні відчуття у тілі соматоформного характеру — був виявлений у 7 (10,9 %) осіб;

— інкубозно-індукований варіант диссомнії був виявлений у 10 (15,6 %) осіб та характеризувався ранніми пробудженнями, які були спричинені неприємними, повторюваними або жахливими сновидіннями;

— гіперсензитивно-індукований відрізнявся від попереднього причиною виникнення раннього пробудження — гіперсенсibiliзацією до звукових, світлових, тактильних та інших чуттєвих подразників, виявлений у 7 (10,9 %) осіб (рис. 7);

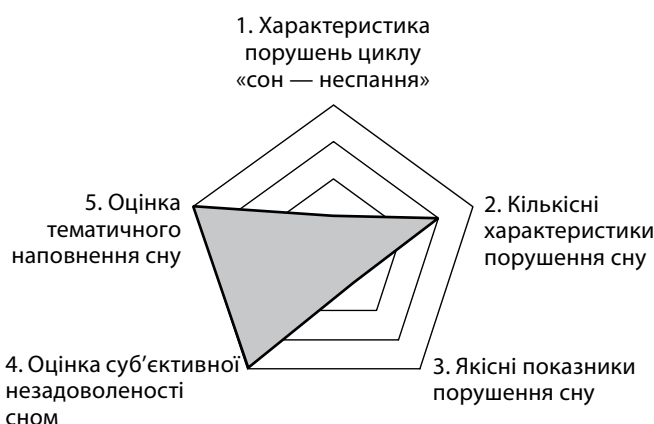


Рис. 7. Графічне зображення анкіозно-, соматоформно-, інкубозно- та гіперсензитивно-індукованих варіантів диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

— абортивний варіант порушення сну спостерігався у 4 (6,3 %) осіб, характеризувався раннім пробудженням зі зменшенням тривалості сну, від-

сутністю почуття задоволеності сном та не був каузально пов'язаний з порушеннями за іншими векторами (рис. 8);

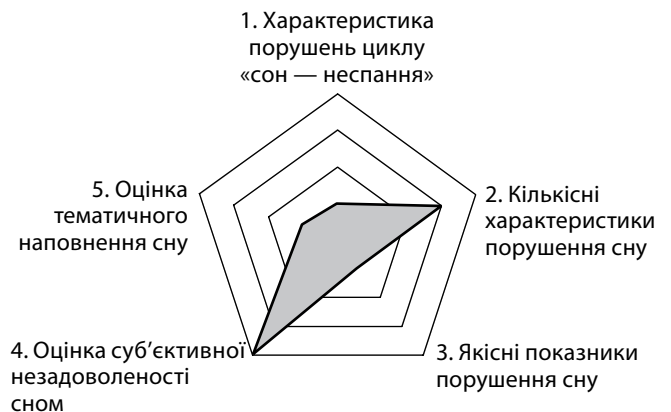


Рис. 8. Графічне зображення абортивного варіанту диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

— анкіозно-фрагментований варіант вирізнявся переривчастим характером сну, опитані повідомляли про декілька прокидань протягом ночі, що були спричинені актуалізацією тривожних переживань та супроводжувались зниженням задоволеності від сну — був виявлений у 5 (7,8 %) осіб;

— гіперсензитивно-фрагментований варіант також характеризувався неспокійним сном, але був спровокований підвищеною чутливістю до зовнішніх чуттєвих подразників (яскраве світло, гучні звуки тощо) — був виявлений у 8 (12,5 %) осіб;

— соматоформно-фрагментований варіант відрізнявся від попереднього причиною переривчастого характеру сну — неприємні відчуття у тілі та соматоформний біль призводили до зниження відчуття задоволеності від сну, був виявлений у 5 (7,8 %) осіб;

— інкубозно-фрагментований варіант диссомнії характеризувався неприємними сновидіннями, що призводили до неспокійного сну з частими пробудженнями у 9 (14,1 %) осіб (рис. 9).

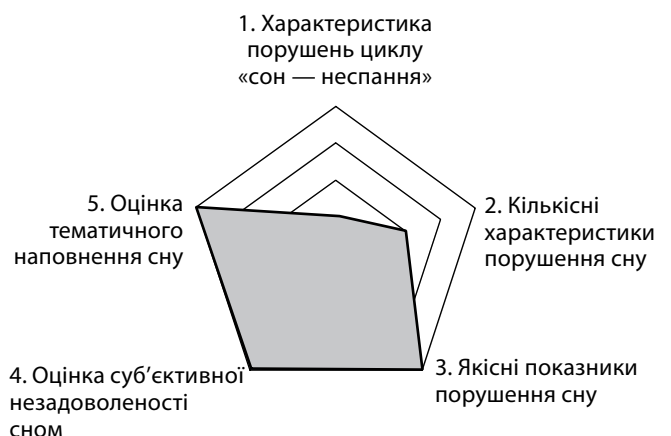


Рис. 9. Графічне зображення анкіозно-, гіперсензитивно-, соматоформно- та інкубозно-фрагментованих варіантів диссомнічного синдрому за виокремленими діагностичними векторами

Наведені варіанти диссомнічного синдрому спостерігалися в обстежених військовослужбовців як ізольовано, так і у комбінації.

Результати проведеного дослідження дають змогу дійти таких висновків.

Було сформовано п'ять діагностичних векторів оцінки диссомнічного статусу на базі контингенту військовослужбовців Збройних Сил України.

Відповідно до виокремлених діагностичних векторів виявлено варіанти компіляцій характеристик порушення сну та сформовано їх глосарій, що є універсальним номінативним інструментом для докладної клінічної характеристики диссомнічних проявів.

Сформований глосарій диссомній є підґрунтям для створення типології зазначених станів серед контингенту військовослужбовців Збройних Сил України.

Автор заявляє, що конфлікту інтересів немає.

Джерело фінансування: власні кошти.

Список літератури

1. Богомолець О. В., Пінчук І. Я., Ладик-Бризгалова А. К. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій // *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2. С. 11—15. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_4.
2. Данілевська Н. В. Етіопатогенетичні та нозоструктуральні складові порушення сну у військовослужбовців — учасників АТО // *Медична психологія*. 2017. Т. 12, № 4. С. 38—40. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/12268>.
3. Захаров В. В. Нарушения памяти и сна в амбулаторной практике // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013. № 5 (1). С. 54—58. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-pamyati-i-sna-v-ambulatornoy-praktike>.
4. Левин Я. И. Депрессия и сон // *Лечащий врач*. 2008. № 8. С. 29—32.
5. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/2747>.
6. Полуэктов М. Г. Нарушение цикла сон — бодрствование — диагностика и лечение // *Лечение заболеваний нервной системы*. 2012. № 1. С. 3—9.
7. Sleep disorders and associated medical comorbidities in active duty military personnel / Mysliwiec V., McGraw L., Pierce R. [et al.]. // *Sleep*. 2013. No. 36 (2). P. 167—174. DOI: 10.5665/sleep.2364.
8. The Association Between Quality of Sleep and Health-related Quality of Life in Military and Non-military Women in Tehran, Iran / Roustaei N., Jamali H., Jamali M. R. [et al.] // *Oman Med. J.* 2017. No. 32 (2). P. 134—130. DOI: 10.5001/omj.2017.22.
9. Relationship between acute stress and sleep disorder in grass-root military personnel: mediating effect of social support / Zhang Q. J., Zhang Q. L., Sun X. Y. [et al.] // *Military Medical Research*. 2014. No. 1 (3). DOI: <https://doi.org/10.1186/2054-9369-1-3>.

Надійшла до редакції 12.01.2021

ГУК Галина Валеріївна, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: galinaguc@gmail.com

GUК Galina, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University of Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: galinaguc@gmail.com

*О. Л. Товажнянська, Н. С. Рафальська***ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПЕЧІНКОВІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ***Е. Л. Товажнянская, Н. С. Рафальская***Особенности формирования когнитивных расстройств при печеночной энцефалопатии***O. L. Tovazhnyanska, N. S. Rafalska***Features of formation of cognitive disorders in hepatic encephalopathy**

Когнітивні порушення, які є обов'язковим синдромом при захворюваннях гепатобіліарної системи, можуть негативно впливати на перебіг основного захворювання. Проте питання ранньої діагностики та лікування когнітивних порушень у таких хворих залишається остаточно не вирішеним. Обстежено 91 пацієнт з печінковою енцефалопатією, зумовленою хронічним гепатитом (48 хворих, з яких 21 — чоловіки й 23 — жінки) та циррозом печінки (47 пацієнтів, з яких 27 чоловіків й 20 жінок). Вік пацієнтів становив $(50,6 \pm 9,3)$ років. Усі хворі пройшли ретельне соматичне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, на підставі яких було підтверджено діагнози хронічний гепатит й цирроз печінки. Подальше клініко-неврологічне, психодіагностичне та інструментальне обстеження, що було проведено на базі ННМК «Університетська клініка» ХНМУ з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології, дало змогу діагностувати печінкову енцефалопатію (ПЕ) й визначити її стадію.

Отримані дані довели, що ранніми клінічними проявами ПЕ є когнітивні порушення, які виявляються під час активного опитування хворих та за допомогою психометричного тестування вже на латентній стадії ПЕ. Водночас найбільш вразливими сферами когнітивного функціонування були увага, відстрочене відтворення вивченого матеріалу (динамічне порушення пам'яті), інтелектуальна гнучкість, швидкість мовлення, які порушувалися раніше ніж інші когнітивні функції при ПЕ. Узагальнення та зіставлення результатів психометричного тестування та даних нейровізуалізації свідчило про залучення до патологічного процесу на ранніх стадіях ПЕ дорсолатеральних відділів кори та порушення фронто-підкіркових зв'язків, а у подальшому — ураження базальних гангліїв та скронево-тім'яних відділів кори. Отримані результати довели діагностичну цінність тесту SDMT для раннього виявлення когнітивних порушень у цього контингенту хворих.

Ключові слова: хронічний гепатит, цирроз печінки, печінкова енцефалопатія, когнітивні розлади, психометричне тестування

Когнітивні порушення, являющиеся обязательным синдромом при заболеваниях гепатобилиарной системы, могут негативно влиять на течение основного заболевания. Однако вопрос ранней диагностики и лечения когнитивных нарушений у таких больных остается окончательно не решенным. Обследован 91 пациент с печеночной энцефалопатией, обусловленной хроническим гепатитом (48 больных, из которых 21 — мужчины и 23 — женщины) и циррозом печени (47 пациентов, из которых 27 мужчин и 20 женщин). Возраст пациентов составлял $(50,6 \pm 9,3)$ лет. Все больные прошли тщательное соматическое клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, на основании которых были подтверждены диагнозы хронический гепатит и цирроз печени. Дальнейшее клиничко-неврологическое, психодиагностическое и инструментальное обследование, проведенное на базе УНМК «Университетская клиника» ХНМУ с соблюдением принципов биоэтики и медицинской деонтологии, позволило диагностировать печеночную энцефалопатию (ПЭ) и определить ее стадию.

Полученные данные доказали, что ранние клинические проявления ПЭ — когнитивные нарушения — диагностируются при активном опросе больных и с помощью психометрического тестирования уже в латентной стадии ПЭ. При этом наиболее уязвимыми сферами когнитивного функционирования были внимание, отсроченное воспроизведение заученного материала (динамическое нарушение памяти), интеллектуальная гибкость, скорость речи, которые нарушались раньше других когнитивных функций при ПЭ. Обобщение и сопоставление результатов психометрического тестирования и данных нейровизуализации свидетельствовало о вовлечении в патологический процесс на ранних стадиях ПЭ дорсолатеральных отделов коры и нарушении фронто-подкорковых связей, а в дальнейшем — поражении базальных ганглиев и височно-теменных отделов коры. Полученные результаты показали диагностическую ценность теста SDMT для раннего выявления когнитивных нарушений у данного контингента больных.

Ключевые слова: хронический гепатит, цирроз печени, печеночная энцефалопатия, когнитивные расстройства, психометрическое тестирование

Cognitive impairment is an obligate syndrome in diseases of the hepatobiliary system, which can negatively affect the course of the underlying disease. However, the issues of early diagnosis and treatment of cognitive impairments in these patients remain unresolved. We examined 91 patients with hepatic encephalopathy due to chronic hepatitis (48 patients, of whom 21 are men and 23 women) and liver cirrhosis (47 patients, of which 27 are men and 20 women). The patients' age was 50.6 ± 9.3 years. All patients underwent a thorough somatic clinical, laboratory and instrumental examination, on the basis of which the diagnoses of chronic hepatitis and liver cirrhosis were confirmed. Further clinical, neurological, psychodiagnostic and instrumental examination, which was carried out on the basis of the "University Clinic" of Kharkiv National Medical University in compliance with the principles of bioethics and medical deontology, made it possible to diagnose hepatic encephalopathy (HE) and determine its stage.

The data obtained showed that the early clinical manifestations of HE are cognitive impairments, which are detected during active questioning of patients and with the help of psychometric testing already in the latent stage of HE. At the same time, the most vulnerable areas of cognitive functioning were attention, delayed reproduction of memorized material (dynamic memory impairment), intellectual flexibility, speech speed, which were impaired earlier than other cognitive functions in hepatic encephalopathy. Generalization and comparison of the results of psychometric testing and neuroimaging data indicated the involvement of the dorsolateral cortex in the pathological process in the early stages of HE and the disturbance of the frontal-subcortical connections, and later the defeat of the basal ganglia and temporo-parietal areas of the cortex. The results obtained showed the diagnostic value of the SDMT test for the early detection of cognitive impairments in this patient population.

Key words: chronic hepatitis, liver cirrhosis, hepatic encephalopathy, cognitive disorders, psychometric testing

Сьогодні проблема когнітивних порушень набуває все більшої актуальності у зв'язку з підвищенням вимог до ефективної інтелектуальної діяльності суспільства в усіх сферах його функціонування. Прогресування старіння населення і збільшення частоти патологічних станів, що негативно впливає на когнітивну продуктивність хворих, зробило проблему когнітивної дисфункції однією з провідних медико-соціальних проблем [1—3].

Виражені когнітивні порушення, які призводять до суттєвих обмежень у повсякденному житті, професійної та соціальної діяльності, визначають як деменцію [1, 4, 6]. Однак терапія деменції є дуже складною проблемою і не завжди буває ефективною. Тому в останні роки увага дослідників зосереджена на поліпшенні ранньої діагностики та лікування «помірних когнітивних порушень» (від *англ.* Mild cognitive impairment), які виходять за рамки вікової норми, але не досягають вираженості деменції [6—8]. Своєчасне лікування помірних когнітивних порушень дає змогу істотно сповільнити прогресування процесу і запобігти появі вираженого когнітивного дефіциту, поліпшити якість життя пацієнта.

Оскільки когнітивні функції пов'язані з інтегрованою діяльністю головного мозку загалом, їхні порушення закономірно розвиваються при різноманітних ураженнях церебральних структур та можуть бути проявом різної патології (цереброваскулярної, ендокринної патології, нейродегенеративних станів, травматичного ураження мозку та ін.) [4].

Досить часто когнітивні порушення різного ступеня вираженості є проявом печінкової енцефалопатії (ПЕ), розвиток якої зумовлений метаболічними розладами внаслідок гострої печінково-клітинної недостатності, хронічних захворювань печінки або портосистемного шунтування крові [1—3, 5].

Сьогодні хронічні дифузні захворювання печінки набувають все більшого поширення в усьому світі. Цю групу захворювань передусім складають хронічні гепатити (ХГ) та цироз печінки (ЦП), що виникають внаслідок порушення вуглеводного та ліпідного обміну, надмірного вживання алкоголю, токсичного ураження печінки, перенесеного вірусного гепатиту В чи С, накопичення заліза, міді, аутоімунних порушень. Наприклад, за оцінкою українських епідеміологів, рівень захворюваності на вірусні гепатити в Україні становить 7—9 % від загальної кількості населення країни, а поширеність ЦП становить 2—3 %. Крім того, ЦП посідає перше місце серед причин смертності від хвороб органів травлення [9, 11].

За умов ХГ та ЦП печінкова енцефалопатія виникає внаслідок втрати печінкою функції активного фільтра щодо нейтралізації дії токсинів, що надходять в кров, насамперед — іону амонію, а також низки вторинних токсинів, зокрема і прозапальні цитокіни («цитокіновий шторм»), довголанцюгові жирні кислоти, нейростероїди тощо [6, 9, 10, 12, 13]. Підвищення концентрацій «токсичних осмолітів» в клітинах судинного ендотелію сприяє пошкодженню гематоенцефалічного бар'єра і полегшує

проникнення цих токсинів із крові в тканину мозку, внаслідок чого виникає дисбаланс роботи низки метаболічних і сигнальних систем, що в підсумку призводить до пошкодження структур головного мозку та формування клінічної картини ПЕ [8, 9, 12—17].

Відповідно до сучасної класифікації печінкової енцефалопатії (Herber, Schomerus, 2000) [18], розрізняють дві стадії: латентна (субклінічна) і клінічно виражена. Проте, на обох стадіях ПЕ одним з провідних клінічних синдромів є когнітивні та афективні порушення, які варіюють від легкого до важкого ступеня вираженості залежно від стадії ПЕ. Відомо, що латентна стадія ПЕ й неврологічна симптоматика на цьому етапі патологічного процесу є зворотною, а своєчасна адекватна її терапія дає змогу досягти стійкого регресу захворювання. Проте, з переходом латентної стадії ПЕ в клінічно виражену відбувається прогресування вираженості когнітивних та афективних розладів, що збільшує тяжкість стану хворих, погіршує якість їхнього життя, обмежує працездатність та повсякденну активність, й має незворотний характер.

Отже, визначення особливостей формування когнітивних та афективних розладів на ранній стадії розвитку ПЕ має важливе клінічне значення для своєчасної терапії з метою запобігання прогресування захворювання і розвитку виражених нервово-психічних порушень.

Мета дослідження — вивчення клінічних, психопатологічних особливостей формування та перебігу когнітивних і афективних розладів у хворих на печінкову енцефалопатію.

Обстежено 91 пацієнт з печінковою енцефалопатією, зумовленою хронічним гепатитом (48 хворих, з яких 21 — чоловіки й 23 — жінки) та цирозом печінки (47 пацієнтів, з яких 27 чоловіків й 20 жінок). Вік пацієнтів становив $(50,6 \pm 9,3)$ років. Усі хворі пройшли ретельне соматичне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, на підставі яких було підтверджено діагнози хронічний гепатит й цироз печінки. Подальше клініко-неврологічне, психодіагностичне та інструментальне обстеження було проведено на базі ННМК «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології, що дало змогу діагностувати ПЕ й визначити її стадію і ступінь розвитку. Контрольну групу становили 30 умовно здорових осіб відповідних статі та віку.

Для досягнення мети дослідження всі хворі пройшли нейропсихологічне обстеження з використанням тесту зв'язку чисел (ТЗЧ), тесту число-символ (Symbol Digit Modalities Test, SDMT) — для оцінювання швидкості когнітивних процесів і візуальної короткочасної пам'яті [19], таблиць Шульте (для оцінювання уваги), тестування за допомогою Монреальської шкали оцінки пізнавальних функцій (Montreal Cognitive Assessment, MoCA). Діагностику тривожних і депресивних станів проводили з використанням госпітальної шкали тривоги і депресії HADS. Дослідження стану структури головного мозку

було проведено за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ) на пристрої SignaHD 1,5 T.

Статистичне оброблення отриманих результатів проведено за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6. Обчислювали середні величини показників і помилки середніх. Як критерій значущості відмінності вибірок використовували параметричний критерій Стюдента. Для встановлення наявності та визначення сили і спрямованості ймовірного зв'язку між показниками проводили кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Пірсона (r). Розходження вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Згідно з отриманими результатами, серед хворих на хронічний гепатит у 11 осіб (22,9 %) діагностовано латентну стадію печінкової енцефалопатії (ПЕ-Л), у 18 осіб (37,5 %) — легкий ступінь розвитку клінічно вираженої ПЕ (ПЕ-I) і у 19 пацієнтів (39,6 %) — середньоважкий ступінь (ПЕ-II). Серед хворих на цироз печінки ПЕ-Л діагностовано у 8 хворих (17 %), ПЕ-I — у 15 пацієнтів (31,9 %); ПЕ-II — у 24 хворих (51,1 %) (рис. 1).

Під час зіставлення отриманих даних з анамнестичними було відзначено, що «стаж» захворювання у пацієнтів з ХГ становив ($4,2 \pm 0,8$) років, а у хворих на ЦП — ($1,1 \pm 0,5$) років. Отримані дані свідчать, що цироз печінки швидше призводить до розвитку та прогресування неврологічних ускладнень. Під час аналізу анамнестичних даних також було встановлено, що тільки у 20 хворих на ХГ та 27 — на ЦП печінкову енцефалопатію було діагностовано раніше.

Кількість обстежених, %

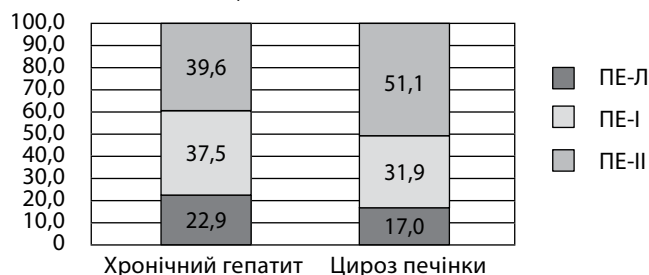


Рис. 1. Розподіл частоти зустрічальності різних стадій ПЕ залежно від основного захворювання печінки

Водночас у цих хворих на момент дослідження клінічна картина ПЕ відповідала критеріям переважно II ступеня ПЕ. Отже, діагностика ранніх стадій ПЕ як і раніше потребує вдосконалення.

Ретельний аналіз даних неврологічного статусу дав змогу визначити основні клінічні синдроми в обстежених хворих з ПЕ (табл. 1). Як свідчать дані неврологічного огляду, частота та вираженість неврологічних синдромів збільшувалась з прогресуванням стадії ПЕ. Під час зіставлення даних при однакових стадіях ПЕ у хворих на ХГ та ЦП було відзначено більшу частку зустрічальності неврологічних синдромів при ПЕ на тлі цирозу печінки. Слід також відзначити, що на латентній стадії ПЕ у хворих на ХГ частіше ніж при ЦП спостерігалися цефалгічний та диссомнічний синдроми, але когнітивні порушення частіше спостерігалися при ЦП.

Таблиця 1. Клініко-неврологічна характеристика обстежених хворих на печінкову енцефалопатію залежно від ступеня її вираженості та захворювання печінки

Ознака	ПЕ-Л				ПЕ-I				ПЕ-II			
	ХГ, n = 11		ЦП, n = 8		ХГ, n = 18		ЦП, n = 15		ХГ, n = 19		ЦП, n = 24	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Цефалгічний синдром	11	100	6	75	16	88,9	15	100	19	100	23	95,8
Вестибулярні порушення	—	—	—	—	10	55,6	11	73,3	11	57,9	16	66,7
Когнітивні порушення на підставі скарг	7	63,6	7	87,5	18	100	15	100	19	100	24	100
Диссомнічний синдром	9	81,8	6	75	16	88,9	13	86,7	19	100	24	100
Астенічний синдром	11	100	8	100	10	55,6	12	80	4	21,1	15	62,5
Тривожність	—	—	—	—	16	88,9	15	100	18	94,7	22	91,7
Депресія	—	—	—	—	8	44,4	8	53,3	12	63,2	20	83,3
Рухові порушення	—	—	—	—	7	63,6	11	73,3	19	100	24	100
Порушення точної моторики	6	54,6	6	75	16	88,9	13	86,7	19	100	24	100

Узагальнюючи отримані дані, слід зауважити, що ранніми проявами ПЕ при ХГ та ЦП є когнітивні порушення, диссомнічні розлади, астенічний синдром, цефалгії та порушення тонкої моторики, на які слід звертати увагу передусім під час обстеження хворих із захворюванням печінки в рутинній клінічній практиці для ранньої діагностики ПЕ, навіть на латентній стадії.

З огляду на те, що когнітивні порушення були одним з провідних синдромів, який спостерігався досить часто вже на латентній стадії ПЕ в обох групах

хворих, було цікаво вивчити особливості формування когнітивної дисфункції в зазначеній групі хворих, які можуть стати маркерами для ранньої діагностики ураження головного мозку при ХГ та ЦП.

Беручи до уваги, що критерії визначення стадії ПЕ є однаковими незалежно від її генезу (хронічний гепатит або цироз печінки), всі хворі були поділені на три групи залежно від стадії печінкової енцефалопатії. Відносну частку хворих на ХГ та ЦП у кожній групі наведено на рис. 2.

Кількість обстежених, %

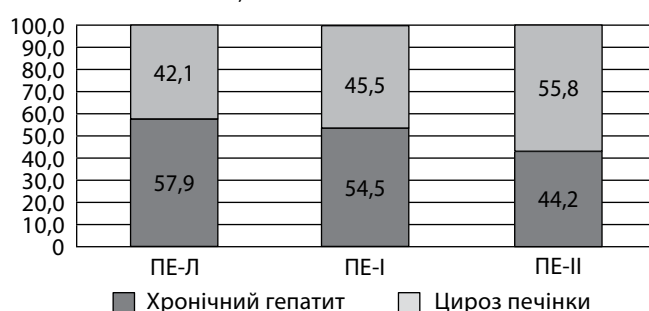


Рис. 2. Розподіл частоти зустрічальності хворих на хронічний гепатит та цироз печінки залежно від стадії печінкової енцефалопатії

Під час активного опитування у пацієнтів вже в латентній стадії ПЕ були виявлені скарги на порушення концентрації уваги, труднощі утримання інформації в пам'яті і швидкого переходу з одного виду діяльності на інший, швидко стомлюваність,

емоційну нестійкість. Слід зауважити, що 4 пацієнти з ХГ та один пацієнт з ЦП з групи ПЕ-Л зовсім не скаржилися на порушення будь-якої з когнітивних функцій. Водночас хворі на ПЕ I ступеня активно скаржилися на порушення уваги, сповільненість розумових процесів, труднощі запам'ятовування, порушення сну, дратівливість, порушення координації і тонкої моторики, тремор в пальцях рук. У пацієнтів з ПЕ II ступеня обсяг скарг зменшувався, проте пацієнти відзначали істотні труднощі запам'ятовування, неможливість зосередитися, порушення уваги, складнощі у вербальній комунікації та формулюванні власних думок, уповільнення розумових процесів та рухів, наявність тремору в кінцівках, порушення сну, рівноваги тощо.

Аналіз результатів психометричного тестування дав змогу встановити наявність когнітивних порушень різного ступеня вираженості при ПЕ майже в усіх досліджених хворих, та простежити збільшення їх тяжкості з прогресуванням ПЕ (табл. 2).

Таблиця 2. Показники психометричного тестування хворих на печінкову енцефалопатію залежно від стадії розвитку захворювання

Тести, шкали	ПЕ-Л	ПЕ-І	ПЕ-ІІ	Контрольна група
МоСА-тест, бали	26,1 ± 0,9*	23,1 ± 2,9*	18,4 ± 3,1*	28,2 ± 0,8
Тест зв'язку чисел, хв	40,3 ± 3,5*	49,9 ± 7,2*	75,7 ± 9,3*	29,2 ± 0,6
Таблиці Шульте, хв	41,2 ± 5,4*	46,4 ± 3,2*	74,7 ± 5,9*	28,4 ± 0,8
Рівень тривоги за школою HADS, бали	5,8 ± 1,6	14,2 ± 4,2*	18,3 ± 3,2*	4,3 ± 0,7
Рівень депресії за школою HADS, бали	4,9 ± 1,1	7,3 ± 2,3*	17,3 ± 3,6*	3,1 ± 0,5

Примітка: * — $p < 0,05$ порівняно із контролем

Зокрема, вже на латентній стадії ПЕ в усіх хворих було встановлене зниження бальної оцінки за шкалою МоСА, збільшення часу на виконання тесту зв'язку чисел та таблиць Шульте порівняно з контролем (див. табл. 2), який і далі збільшувався з прогресуванням ПЕ. Слід зазначити, що під час підготовки до тестування пацієнти з ПЕ-Л вже після першого пояснення розуміли поставлене перед ними завдання, однак час, витрачений на виконання тестів, перевищував контрольні показники. Водночас пацієнтам з ПЕ I ступеня завдання пояснювали кілька разів, а хворі з ПЕ II ступеня вимагали докладних повторних пояснень завдань, а також додаткового часу для відпочинку між завданнями.

Під час аналізу загального бала за шкалою МоСА було відзначено, що у хворих на ПЕ-Л когнітивні порушення відповідали легкому ступеню зниження, у хворих на ПЕ-І — помірному ступеню, а у пацієнтів з ПЕ-ІІ бал за тестуванням свідчив про істотне зниження когнітивних функцій (див. табл. 2). Під час докладного оцінювання за субтестами шкали МоСА було виявлено, що при ПЕ-Л пацієнти гірше виконували завдання на увагу ($5,3 \pm 0,5$ балів з 6), відстрочене відтворення вивчених слів ($4,2 \pm 0,2$ бали з 5), а також тесту для дослідження зорово-просторової діяльності та виконавчих функцій ($4,5 \pm 0,3$ бали з 5). Під час оцінювання обсягу відстроченого відтворення слів було

відзначено, що підказки поліпшували виконання тесту, та був зроблений висновок про погіршення саме відтворення вивчених слів на латентній стадії ПЕ, а не про порушення довготривалої пам'яті.

У хворих на ПЕ I ступеня за даними шкали МоСА було визначено подальше зниження бальної оцінки під час виконання субтестів на увагу ($4,9 \pm 0,5$ балів з 6), відстрочене відтворення вивчених слів ($3,6 \pm 0,5$ балів з 5), виконавчих функцій ($3,9 \pm 0,3$ бали з 5), а також достовірне погіршення швидкості мовлення ($2,6 \pm 0,1$ бала з 3), що загалом призвело до нижчого загального бала. При ПЕ II ступеня було відзначено достовірне зниження оціночних балів за всіма субтестами, а саме субтестами на увагу ($4,1 \pm 0,4$ бали з 6), відстрочене відтворення вивчених слів ($3,0 \pm 0,5$ балів з 5), виконавчих функцій ($3,4 \pm 0,8$ балів з 5), швидкості мовлення ($2,0 \pm 0,2$ бали з 3) й абстрактного мислення ($1,7 \pm 0,1$ бала з 2). Сім пацієнтів цієї підгрупи виконували задовільно тільки субтест на орієнтацію.

Слід зазначити, що в усіх групах спостерігалось також зниження обсягу безпосереднього відтворення вивченого матеріалу. Проте, у процесі повторного виконання стимульованого завдання у хворих на ПЕ-Л запам'ятовування поліпшилося майже до норми, хворі на ПЕ I та II стадій повністю виконати завдання не змогли навіть після повторів. Протягом тестування також було визначено в групах ПЕ-І та ПЕ-ІІ високий

рівень відволікання, потреба повторної стимуляції до подальшого його виконання.

Отже, порушення когнітивних функцій при печінковій енцефалопатії на тлі ХГ та ЦП на ранніх стадіях відбувалися через порушення уваги, відстрочене відтворення вивченого матеріалу (динамічне порушення пам'яті), зниження інтелектуальної гнучкості (труднощі переключення уваги при зміні завдання), що свідчить про дисфункцію дорсолатеральних відділів кори та порушення фронто-підкіркових зв'язків. Подальше прогресування ПЕ (I стадія) супроводжувалося посиленням вказаних порушень та приєднанням розладів слухомовленнєвої пам'яті та зниження швидкості мовлення, що відображає залучення до патологічного процесу базальних гангліїв та скронево-тім'яних відділів кори. Перебіг ПЕ II ступеня супроводжувався істотними порушеннями багатьох когнітивних функцій, що, імовірно, може бути підґрунтям незворотності ушкодження церебральних структур та розвитку клінічної картини ПЕ, що збігається з літературними даними [2—4]. Підтвердженням постійності клінічної картини ПЕ на її II ступені розвитку та імовірної незворотності ушкодження головного мозку може бути й визначене істотне збільшення у хворих на ПЕ II ступеня часу на виконання тесту зв'язку чисел (у 1,5 раза) та таблиць Шульте (в 1,6 раза) порівняно з відповідними показниками в групі ПЕ-I.

Цікаві дані отримані під час аналізу результатів виконання тесту «число-символ» SDMT, якій в цієї когорті хворих ми застосували для діагностики вперше. Цей тест виявився дуже чутливим до визначення когнітивних порушень, проте, ми отримали дуже низькі показники вже на латентній стадії ПЕ та розбіжні дані у хворих на ХГ та ЦП навіть в одній групі. Зокрема, за 90 с пацієнти з ПЕ-Л на тлі ХГ змогли правильно зіставити лише $(46,9 \pm 3,6)$ знаків, а пацієнти з ЦП — лише $(40,7 \pm 4,1)$ знаків, в контролі — $(62,1 \pm 1,4)$ знаки. Водночас жоден хворий цієї групи не зробив помилок, проте зміг обробити на 24,5 % і 34,5 % відповідно менше знаків порівняно з контролем ($p < 0,05$). У пацієнтів з ПЕ I ступеня кількість правильно зіставлених знаків була $(40,1 \pm 5,6)$ знаків та $(32,9 \pm 4,6)$ знаків у хворих на ХГ та ЦП відповідно. Хворі цієї групи обробили менше знаків порівняно із контрольною групою та хворими на ПЕ-Л, проте, деякі хворі на ЦП зробили 1—2 помилки. Найгірші результати були отримані у обстежених з ПЕ II ступеня — $(31,3 \pm 5,0)$ знаків $(2,1 \pm 1,8)$ помилок у хворих на ХГ та $(29,3 \pm 3,8)$ $(5,1 \pm 2,8)$ помилок у хворих на ЦП. На цьому ступені розвитку захворювання ми спостерігали майже однаково низьку продуктивність у хворих на ХГ та ЦП, проте, кількість помилок у хворих на ЦП була 2,5 раза вища ніж у хворих на ХГ. Отримані дані підтверджували порушення уваги та функції сприйняття, зниження інтелектуальної гнучкості у пацієнтів з ПЕ, які за визначеними показниками погіршувались прямо пропорційно збільшенню стадії захворювання. Слід відзначити, що тест SDMT є дуже чутливим щодо визначення когнітивних порушень

у цій когорті хворих й може бути рекомендований до використання у практичній діяльності лікарів.

Оцінювання стану емоційної сфери з використанням Госпітальній шкали тривоги і депресії HADS виявило у пацієнтів з латентною стадією ПЕ тільки невелике збільшення бальної оцінки за субтестом тривоги. У пацієнтів з ПЕ I ступеня було відзначено субклінічну тривогу і невисокий рівень депресії. ПЕ II ступеня характеризувалася подальшим підвищенням бальної оцінки і тривоги, і депресії (див. табл. 2).

Під час проведення МРТ головного мозку загальною в групі обстежених хворих виявлялися ознаки гіпотрофії кори в зоні лобової татім'яної часток (94,3 %), лакунарні дефекти в перивентрикулярній зоні (25,7 %), ознаки лейкоареозу (28,6 %), ураження внутрішніх капсул, ніжок та моста мозку (14,3 %). Під час зіставлення даних психометричного тестування і результатів нейровізуалізації було відзначено, що найбільш ранні когнітивні розлади на латентній стадії ПЕ супроводжувалися ознаками гіпотрофії кори лобних ітім'яних часток й ураженням підкіркових структур. Прогресування стадії ПЕ супроводжувалося появою лакунарних дефектів в перивентрикулярній зоні та ознаками лейкоареозу, вираженість яких збільшувалася з наростанням тяжкості захворювання.

Проведений кореляційний аналіз визначив в групі ПЕ-Л достовірний ($p < 0,05$) зв'язок між рівнем тривоги за шкалою HADS та загальним показником МоСА ($r = -0,41$), рівнем тривоги за шкалою HADS та часом виконання тесту зв'язку чисел ($r = +0,45$), що свідчило про певну роль афективних розладів у формуванні когнітивних порушень на латентній стадії ПЕ. Водночас те, що немає зв'язку між показниками за шкалою HADS та SDMT ($r = -0,05$, $p > 0,05$), на наш погляд, свідчить на користь цього тесту як маркерного щодо об'єктивізації саме когнітивної дисфункції при ПЕ. Також був встановлений достовірний ($p < 0,05$) зв'язок між показниками тестів SDMT та ТЗЧ ($r = -0,68$), тесту SDMT та тривалості виконання завдання за таблицями Шульте ($r = -0,65$), SDMT та загальним балом шкали МоСА ($r = +0,35$). В групі ПЕ-I визначено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки між показниками за тестами зв'язку чисел та SDMT ($r = -0,41$), загальним балом за МоСА та ТЗЧ ($r = -0,49$). Рівень тривоги за HADS корелював з загальним балом за МоСА ($r = -0,24$), показником ТЗЧ ($r = -0,41$), показником тесту SDMT ($r = +0,26$). У хворих на ПЕ II ступеня були встановлені кореляційні зв'язки між загальним балом за МоСА та показником тесту SDMT ($r = +0,62$), загальним балом за МоСА та рівнем депресії за HADS ($r = -0,49$). Показник ТЗЧ корелював із рівнем депресії за HADS ($r = -0,42$), показником тесту SDMT ($r = -0,61$), показником виконання тесту за таблицями Шульте ($r = +0,68$).

З огляду на те, що когнітивна спроможність має певний зв'язок із віком хворих, ми провели зіставлення між результатами нейропсихологічного тестування та віком хворих, окремо, залежно від генезу

основного захворювання. Зокрема, була отримана зворотна, але не достовірна ($p > 0,05$) кореляційна залежність між загальним балом за МоСА та віком хворих на ХГ ($r = -0,18$) та ЦП ($r = -0,09$). Отримані результати свідчили на користь слабого зв'язку між досліджуваними показниками, більшою мірою в групі хворих на ЦП, що підтверджувало роль ХГ та ЦП як факторів розвитку й когнітивних порушень, і печінкової енцефалопатії загалом.

Отже, ранніми клінічними проявами ПЕ є когнітивні порушення, які виявляються під час активного опитування хворих та за допомогою психометричного тестування вже на латентній стадії ПЕ. На початкових етапах формування ПЕ слід зважати на домени уваги, відстроченого відтворення вивченого матеріалу (динамічне порушення пам'яті), зниження інтелектуальної гнучкості, швидкості мовлення, які порушуються раніше ніж інші когнітивні функції при печінковій енцефалопатії. Результати психометричного тестування свідчили про залучення до патологічного процесу на ранніх стадіях ПЕ дорсолатеральних відділів кори та порушення фронто-підкіркових зв'язків, а у подальшому — ураження базальних гангліїв та скронево-тім'яних відділів кори, що збігалось з даними нейровізуалізаційних досліджень. Отримані результати довели, що тест SDMT є простим у виконанні, коротким за часом виконання (90 секунд), не потребує спеціальної підготовки дослідників, але має діагностичну цінність для виявлення ранніх порушень когнітивного функціонування при ПЕ.

Список літератури

1. Радченко В. Г., Радченко О. Н. Печеночная энцефалопатия : пособие для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, инфекционистов. Санкт-Петербург, 2003. 20 с. (4—7 с.)
2. Никонов Е. Л., Аксенов В. А. Печеночная энцефалопатия // Доказательная гастроэнтерология. 2017. № 6 (4). С. 25—31.
3. Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver / H. Vilstrup, A. Amodio, J. Bajaj [et al.] // Hepatology. 2014. Vol. 60 (2). P. 715—735. DOI: 10.1002/hep.27210.
4. Дамулин И. В. Вторичные деменции (когнитивные расстройства при травматических и опухолевых поражениях головного мозга, при инфекционных и аутоиммунных заболеваниях) : методическое пособие для врачей. Москва, 2009. С. 42.
5. Маев И. В., Полунина Т. Е. Печеночная энцефалопатия. Алгоритм дифференциальной диагностики и тактика ведения // РМЖ. 2010. № 5. С. 291—296.
6. Brain edema and inflammatory activation in bile duct ligated rats with diet-induced hyperammonemia: a model of hepatic encephalopathy in cirrhosis / R. Jover, R. Rodrigo, V. Felipo [et al.] // Hepatology. 2006. Vol. 43(6). P. 1257—1266. DOI: <https://doi.org/10.1002/hep.21180>.
7. Cerebral oedema and increased intracranial pressure in chronic liver disease / J. P. Donovan, D. F. Schafer, B. W. Jr Shaw, M. F. Sorrell // Lancet. 1998. Vol. 351(9104). P. 719—721. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)07373-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)07373-x).
8. Ferenci P. Pathogenesis of hepatic encephalopathy // Gastroenterol Rep (Oxf). 2017. Vol. 5(2). P. 138—147. DOI: <https://doi.org/10.1039/gastro/gox013>.

9. Подымова С. Д. Печеночная энцефалопатия, связанная с циррозом печени. Современные подходы к патогенезу, клинике, лечению // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017. № 11 (147). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pechenochnaya-entsefalopatiya-svyazannaya-s-tsirrozm-pecheni-sovremennye-podhody-k-patogenezu-klinike-lecheniyu>.

10. Вьючнова Е. С., Бабина С. М. Дифференциальная диагностика и лечение печеночной энцефалопатии // Consilium Medicum. 2017; 19 (8): 84—88. DOI: 10.26442/2075-1753_19.8.84-88.

11. Денисюк В. І., Денисюк О. В., Осядла Е. С. Цироз печінки: стандарти діагностики та лікування з урахуванням рекомендацій доказової медицини // Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. 2012. № 2—3 (31): URL: <https://urgent.com.ua/ua-issue-article-428>.

12. Aldridge D. R., Tranah E. J., Shawcross D. L. Pathogenesis of hepatic encephalopathy: role of ammonia and systemic inflammation // J Clin Exp Hepatol. 2015. Vol. 5. P. S7—S20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2014.06.004>.

13. Wijdicks E. F., Baldegarini R. J. Hepatic encephalopathy // N Engl J Med. 2016. Vol. 375 (17). P. 1660—1670. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmra1600561>.

14. Fischer J. E., Baldegarini R. J. False neurotransmitters and hepatic failure // Lancet. 1971. Vol. 298(7715). P. 75—80. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(71\)92048-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92048-4).

15. Циммерман Я. С. Печеночная энцефалопатия: дефиниция, этиология, факторы патогенеза, клиника, методы диагностики и лечения // Клиническая гепатология. 2017. № 2. С. 68—73.

16. Schafer D. F., Jones E. A. Hepatic encephalopathy and the gamma-aminobutyric-acid neurotransmitter system // Lancet. 1982. Vol. 319(8262). P. 18—20. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(82\)92559-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(82)92559-4).

17. Ferenci P., Lockwood A., Mullen K. Hepatic encephalopathy — definition, nomenclature, diagnosis, and quantification : final report of the working party at the 11th World Congresses of Gastroenterology, Vienna, 1998 // Hepatology. 2002. Vol. 35 (3). P. 716—721. DOI: <https://doi.org/10.1053/jhep.2002.31250>.

18. Gerber T., Schomerus H. Hepatic encephalopathy in liver cirrhosis: pathogenesis, diagnosis and management // Drugs. 2000. Vol. 60(6). P. 1353—1370. DOI: 10.2165/00003495-200060060-00008.

19. Smith A. Symbol Digit Modalities Test (SDMT) // Neuropsychological Assessment. 3th ed. / Ed. By M. Lezak. New York: Oxford University Press, 1982. P. 379—381.

Надійшла до редакції 14.01.2021

Відомості про авторів:

ТОВАЖНЯНСЬКА Олена Леонідівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри неврології № 2 Харківського національного медичного університету (ХНМУ), м. Харків, Україна; e-mail: tovagnyanskaya@ukr.net

РАФАЛЬСЬКА Наталія Сергіївна, заочний аспірант кафедри неврології № 2 ХНМУ, лікар-невропатолог неврологічного відділення Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» ХНМУ, м. Харків, Україна; e-mail: rafaelka061085@gmail.com

TOVAZHNIANSKA Olena, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurology No. 2 of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: tovagnyanskaya@ukr.net

RAFALSKA Natalia, Postgraduate Student of the Department of Neurology No. 2, Physician-neuropathologist of the neurological Department of the Educational and scientific medical complex "University Clinic" of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, e-mail: rafaelka061085@gmail.com

Л. О. Атраментова, І. В. Лінський, О. М. Утевська, Н. О. Марута, С. П. Колядко, І. О. Явдак

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Л. А. Атраментова, И. В. Линский, О. М. Утевская, Н. А. Марута, С. П. Колядко, И. А. Явдак

Гендерные особенности депрессивных расстройств

L. A. Atramentova, I. V. Linsky, O. M. Utevska, N. O. Maruta, S. P. Kolyadko, I. O. Yavdak

Gender features of depressive disorders

З метою вивчення ролі гендерних особливостей в розвитку депресивних розладів на моделі населення Харківської області проведений аналіз захворюваності, частоти депресій та віку маніфестації захворювання.

Структура захворюваності на депресивні розлади характеризується переважанням жінок. Співвідношення чоловічої та жіночої статі при більшій частині форм депресій (F32, F33, F34) становить 1 : 2,86—3,44 (серед пацієнтів з біполярним розладом (F31) кількісна перевага жінок є меншою — 1 : 1,38).

Частота депресивних розладів в популяції становила 0,21 %. В усі вивчені роки накопичена частота депресій в жіночій частині населення була в 1,4—2,4 рази вищою, ніж у чоловіків, що дає підставу розглядати жіночу стать як чинник підвищеного ризику формування депресивних розладів. Вивчення віку маніфестації та піку захворюваності в гендерному аспекті показало, що депресія у чоловіків асоціюється з більш ранньою маніфестацією (10—14 років) та максимумом захворюваності в віці 45—49 років (у жінок відповідні періоди реєструвалися у 15—19 років та 50—59 років).

Вважаючи депресивні розлади багатфакторною хворобою, слід наголосити імовірність важкого перебігу у чоловіків та менш вираженого — у жінок. Важкість захворювання пацієнта формує диференційований ризик для родичів хворого. Найвищий ризик мають родичі хворого з важкою формою і ранньою маніфестацією.

Отримані дані є важливими для практичного генетичного та клініко-психопатологічного прогнозування.

Ключові слова: гендерні особливості, депресивні розлади, захворюваність, частота, маніфестація, прогнозування

С целью изучения роли гендерных особенностей в развитии депрессивных расстройств на модели населения Харьковской области проведен анализ заболеваемости, частоты депрессий и возраста манифестации заболевания.

Структура заболеваемости депрессивными расстройствами характеризуется преобладанием женщин. Соотношение мужского и женского пола при большинстве форм депрессий (F32, F33, F34) составляет 1 : 2,86—3,44 (среди пациентов с биполярным расстройством (F31) преобладание женщин меньше — 1 : 1,38).

Частота депрессивных расстройств в популяции составляла 0,21 %. Во все изученные годы накопленная частота депрессий в женской части населения была в 1,4—2,4 раза выше, чем у мужчин, что дает основание рассматривать женский пол как фактор повышенного риска формирования депрессивных расстройств. Изучение возраста манифестации и пика заболеваемости в гендерном аспекте показало, что депрессия у мужчин ассоциируется с более ранней манифестацией (10—14 лет) и максимумом заболеваемости в возрасте 45—49 лет (у женщин соответствующие периоды регистрировались в 15—19 лет и 50—59 лет).

Считая депрессивные расстройства многофакторной болезнью, следует подчеркнуть вероятность более тяжелого течения у мужчин и менее выраженного — у женщин. Тяжесть заболевания пациента формирует дифференцированный риск для родственников больного. Более высокий риск имеют родственники больного с тяжелой формой и ранней манифестацией.

Полученные данные важны для практического генетического и клинико-психопатологического прогнозирования.

Ключевые слова: гендерные особенности, депрессивные расстройства, заболеваемость, частота, манифестация, прогнозирования

In order to study the role of gender characteristics in the development of depressive disorders on the model of the population of the Kharkov region, an analysis of the incidence, frequency of depression and the age of disease manifestation was carried out.

Summarizing the presented data, it should be noted that the structure of the incidence of depressive disorders is characterized by the predominance of women. The ratio of males and females for most forms of depression (F32, F33, F34) is 1 : 2.86—3.44 (among patients with bipolar disorder (F31), the prevalence of women is less — 1 : 1.38).

The incidence of depressive disorders in the population was 0.21 %. In all the years studied, the cumulative frequency of depression in the female part of the population was 1.4—2.4 times higher than in men, which gives grounds to consider the female gender as a factor of increased risk of the formation of depressive disorders. The study of the age of manifestation and the peak incidence in the gender aspect showed that depression in men is associated with an earlier manifestation (10—14 years) and a maximum incidence at the age of 45—49 years (in women, the corresponding periods were recorded at 15—19 years and 50—59 years).

Considering depressive disorders as a multifactorial disease. It should be emphasized the likelihood of a more severe course in men and less pronounced in women. The severity of the patient's illness forms a differentiated risk for the patient's relatives. Relatives of a patient with a severe form and early manifestation have a higher risk.

The data obtained are important for practical genetic and clinical and psychopathological prediction.

Key words: gender characteristics, depressive disorders, morbidity, frequency, manifestation, prognosis

Депресія є одним з поширених психічних розладів, що характеризується вираженими медико-соціальними наслідками [1—5].

Щороку у світі депресивні розлади діагностують не менше ніж у 200 млн осіб. За результатами вели-

кого метааналізу, що мав на меті актуальну оцінку поширеності депресії серед дорослих осіб та об'єднав інформацію щодо 1 млн учасників з 30 країн, стало відомо, що загальна одномоментна поширеність хвороби становить 12,9 %, річний показник — 7,2 %, а поширеність протягом життя — 10,8 % [6].

У загальній медичній практиці частота депресій сягає від 22 до 33 % [7].

За даними обстеження 37 тис. дорослих осіб з десяти країн Америки, Європи та Азії, проведеного Міжнародним консорціумом психіатричної епідеміології (ICPE), депресія частіше починається у віці від 20 до 30 років [8]. Центри ЕКА (Epidemiological Catchments Area) повідомляють про найбільший ризик розвитку депресивного епізоду між 25 та 44 роками життя [9, 10]. Результати досліджень свідчать про те, що жінки страждають в 1,5—2 рази частіше ніж чоловіки — хоча б раз у житті на депресивний епізод страждають від 18 до 25 % [11]. Згідно з інформацією ВООЗ, поширеність уніполярних депресій становить 1,9 % для чоловіків і 3,2 % для жінок; депресивний розлад протягом 12 місяців зазнають відповідно 5,8 % і 9,5 %, однак тільки 6 % жінок і 3 % чоловіків лікуються в умовах психіатричного стаціонару [12].

Стать є потужним модифікуючим фактором різних соматичних, метаболічних і поведінкових ознак у людини [13, 14]. Статеві особливості депресивних розладів відображаються в рівні захворюваності, клінічній картині і реакції на терапію [15—22]. З позицій порогової концепції схильності стать розглядають як один з факторів модифікованого ризику. Під порогом в теорії багатофакторних захворювань розуміють сукупність генетичних і негенетичних факторів, що сприяють формуванню захворювання. Генетичною основою багатофакторних захворювань вважається система безлічі поліморфних генів, деякі алельні варіанти яких незначно підвищують ймовірність розвитку хвороби, і при спільній дії таких чинників формується захворювання. У деяких представників популяції кількість провокаційних генетичних факторів і чинників середовища досягає порогової і вищих величин, і це реалізується в захворюванні [15, 23, 24]. Для одних багатофакторних хвороб порогові величини схильності не залежать від статі, для інших — вони яскраво виражені. У такій ситуації маємо справу з рідко ураженою і часто ураженою статтю. Відповідно до порогової моделі, у представників часто ураженої статі порогова величина схильності нижче, ніж у рідко ураженої. Це дає змогу оцінити ризик. Хворий рідко ураженої статі становить вищий ризик для родичів, ніж хворий часто ураженої статі. Урахування цих особливостей підвищує точність генетичного прогнозування.

Метою цього дослідження було — вивчити гендерні особливості захворюваності на депресивні розлади, їх маніфестації та частоти на моделі населення Харківської області.

Використана інформація про вперше зареєстровані випадки депресії в лікувальних установах Харківської області в період з 2010 до 2016 року в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (ДУ «ІНПН НАМН»). Враховано стать пацієнтів, вік маніфестації захворювання, діагноз відповідно до МКХ-10 [26]. Використана інформація про статево-вікову структуру населення Харківської області [26, 27]. Обчислення виконані за допомогою програми Excel.

Серед тих, хто вперше звернувся з приводу депресії до лікувальних закладів Харківської області, більшість були жінками. Співвідношення чоловіки/жінки за вивчений період була близько 1 : 1,7~2,6. Серед пацієнтів, зареєстрованих в ДУ «ІНПН НАМН», відносна частка жінок була ще більшою — 1 : 2,8~4,3 (табл. 1).

Таблиця 1. Співвідношення статей серед хворих на депресивні розлади

Рік	У Харківській області загалом, n			Пацієнти ДУ «ІНПН НАМН», n		
	чоловіки	жінки	ч : ж	чоловіки	жінки	ч : ж
2010	141	252	1 : 1,79	33	97	1 : 2,94
2011	105	273	1 : 2,60	32	99	1 : 3,09
2012	125	258	1 : 2,06	37	104	1 : 2,81
2013	170	289	1 : 1,70	40	117	1 : 2,93
2014	126	273	1 : 2,17	38	120	1 : 3,16
2015	148	258	1 : 1,74	26	111	1 : 4,27
2016	118	210	1 : 1,80	49	138	1 : 2,82

Умовні позначення: n — абсолютна кількість спостережень; ч : ж — співвідношення чоловіків і жінок

Відповідно до МКХ-10, серед тих, які звернулися по допомогу, діагностовано випадки біполярного розладу (F31), депресивного епізоду (F32), рекурентної депресії (F33), хронічних розладів настрою (F34).

Жінки кількісно переважали в усіх цих групах, особливо в групах F32, F33 і F34, де співвідношення чоловіків до жінок становило 1 : 2,86~3,44. Серед пацієнтів з F31 кількісна перевага жінок була менш вираженою — 1 : 1,38 (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл форм депресивних розладів залежно від статі

Діагноз	Чоловіки, %	Жінки, %	Ч : Ж
F31	42,0	58,0	1 : 1,38
F32	24,1	75,9	1 : 3,17
F33	22,5	77,5	1 : 3,44
F34	25,9	74,1	1 : 2,86

Дані світової статистики також вказують на кількісне переважання жінок серед хворих на депресивні і тривожні розлади. Серед хворих на депресивні розлади це співвідношення становить 1 : 1,52, з тривожними розладами — 1 : 1,68, з біполярним розладом — 1 : 1,18.

Частота депресій в популяції населення Харківської області, обчислена як середня арифметична накопичення повікової захворюваності у жінок (0,26 %) і чоловіків (0,15 %), становила 0,21 %. Внесок жіночої компоненти в показник популяційної частоти становив 63 %, на частку чоловічої компоненти припадало 37 % (табл. 3).

Нерівну частоту відзначено в усі вивчені роки. У чоловіків співвідношення було в межах 1,13—1,84 ($\times 10^{-3}$), у жінок — в межах 2,15—2,91 ($\times 10^{-3}$).

Таблиця 3. Статеві особливості захворюваності на депресивні розлади

Вікова група, роки	Захворюваність у чоловіків ($\times 10^{-4}$)		Захворюваність у жінок ($\times 10^{-4}$)	
	повікова	накопичена	повікова	накопичена
0 — 4	н. вр.	н. вр.	н. вр.	н. вр.
5 — 9	н. вр.	н. вр.	н. вр.	н. вр.
10 — 14	0,19	0,19	0,00	0,00
15 — 19	0,92	1,11	0,59	0,59
20 — 24	1,26	2,37	1,16	1,75
25 — 29	1,31	3,68	1,54	3,29
30 — 34	1,02	4,70	1,96	5,25
35 — 39	1,30	6,00	2,89	8,13
40 — 44	1,51	7,51	2,84	10,97
45 — 49	1,94	9,45	2,86	13,83
50 — 54	1,43	10,88	3,43	17,26
55 — 59	1,93	12,81	3,43	20,69
60 — 64	0,90	13,71	2,03	22,72
65 — 69	0,85	14,56	2,31	25,03
70 — 74	0,52	15,08	0,52	25,55
75 — 79	0,17	15,25	0,31	25,86
≥ 80	0,00	15,25	0,00	25,86

Умовні позначення: н. вр. — не враховували

Таблиця 4. Накопичена захворюваність на депресивні розлади

Рік	у чоловіків ($\times 10^{-3}$)	у жінок ($\times 10^{-3}$)	у популяції ($\times 10^{-3}$)
2010	1,49	2,50	1,99
2011	1,13	2,73	1,93
2012	1,49	2,59	2,04
2013	1,84	2,91	2,38
2014	1,45	2,68	2,06
2015	1,77	2,54	2,15
2016	1,52	2,15	1,84

Статеві особливості віку маніфестації депресії виявлялися випадками більш раннього початку захворювання у чоловіків, що припадають на вікову групу 10—14 років, ніж у жінок (перші випадки — у віці 15—19 років). Максимум захворюваності у чоловіків також реєструвався у молодшому віці (45—49 років), ніж у жінок (50—59 років). Виявлені статеві відмінності і в динаміці захворюваності. Якщо до 25—29 років збільшення випадків депресії у чоловіків і жінок відбувається в однаковому темпі,

то в подальшому захворюваність у жінок порівняно з чоловіками різко підвищувалася, і в віковому інтервалі 30—70 років більш ніж в два рази перевищує захворюваність серед чоловіків, після чого різниця між статями практично зникла (рис. 1).

Захворюваність

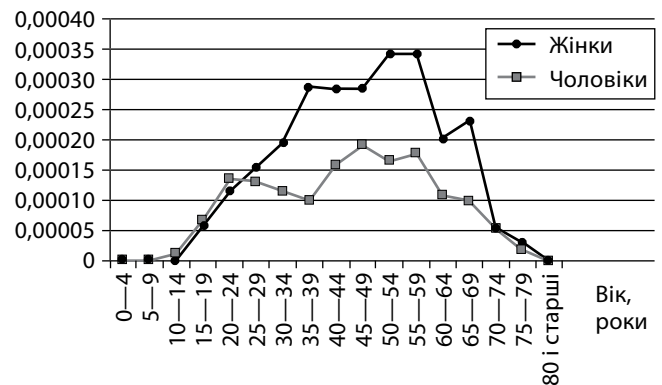


Рис. 1. Повікова захворюваність на депресивні розлади у чоловіків та жінок

Накопичення випадків депресії у жінок відбувається більш стрімко, ніж у чоловіків (рис. 2).

У всі вивчені роки накопичена частота депресії в жіночій частині населення була в 1,4—2,4 рази вищою, ніж у чоловіків. Цей факт дає підставу розглядати жіночу стать як чинник підвищеного ризику щодо депресивних розладів. Неодноразова схильність чоловіків і жінок до депресії призводить до важливого прогностичного наслідку для родичів хворого індивіда. Фактором підвищеного ризику щодо депресії є наявність хворого родича чоловічої статі. Найвищий ризик, якщо є хворий серед батьків, для пари з батька/нащадки очікується для дочки хворого батька, мінімальний — для сина хворої матері.



Рис. 2. Накопичена захворюваність на депресивні розлади у чоловіків та жінок

Описані ефекти і використаний світовий досвід виявляють деякі невідповідності, що потребують спеціального обговорення. Більш ранні випадки захворювання у чоловіків і пік захворюваності, який припадає на більш ранній ніж у жінок вік, має діагностичне та прогностичне значення. Воно вказує

на те, що депресія у чоловіків має важчі прояви, ніж у жінок. Чоловіки — рідко уражена стать, отже, поріг схильності до депресії у чоловіків — вищий, ніж у жінок. Не суперечить теорії багатфакторних захворювань і той факт, що випадки депресії у чоловіків — більш рідкі, ніж у жінок. Досвід дослідження багатфакторних захворювань доводить, що рання маніфестація хвороби асоційована з її важчим перебігом, а пізніші випадки — клінічно менш виражені. Важкість захворювання пацієнта формує диферен-

ційований ризик для родичів хворого. Найвищий ризик мають родичі хворого з важкою формою і ранньою маніфестацією [16, 24, 25].

Проведені дослідження показали, що найчастішими формами депресивного розладу є депресивний епізод (48,5 %) та рекурентна депресія (36,1 %). Біполярна депресія, циклотимія, дистимія спостерігаються в кілька разів рідше (6—8 %). Аналіз з урахуванням форми депресії виявив такі статеві особливості (рис. 3).

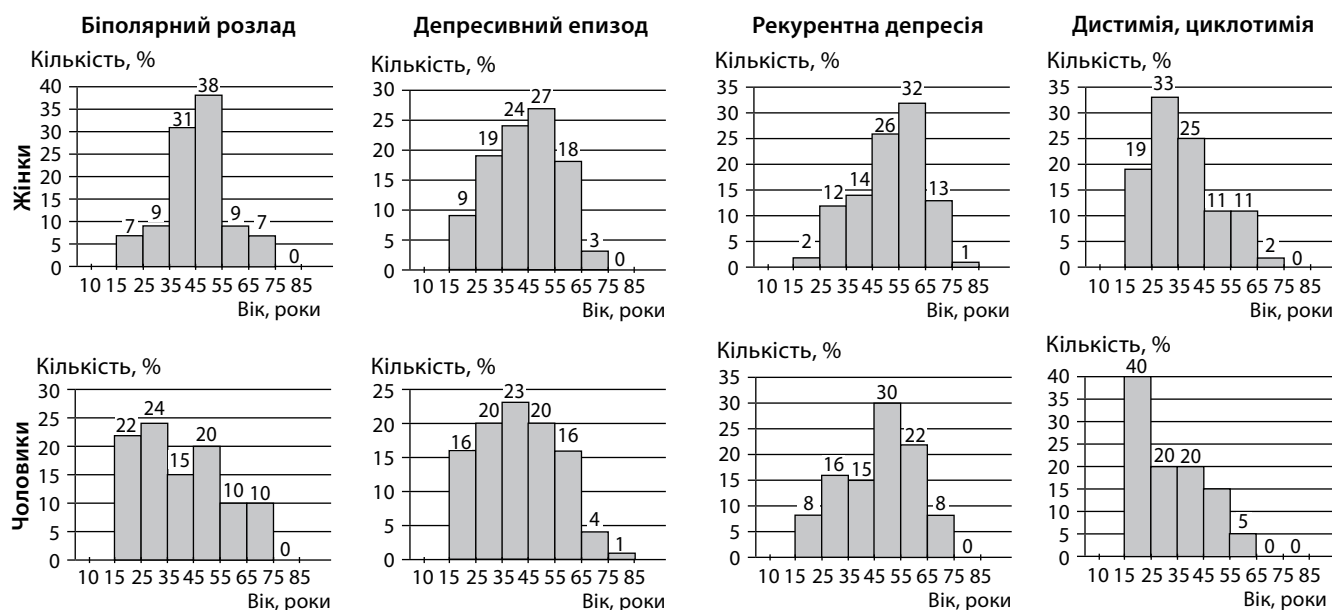


Рис. 3. Статеві особливості віку маніфестації депресивних розладів

Біполярна депресія виявляється в більш ранньому віці, ніж інші форми патології, причому більш ураженою категорією є чоловіки. І за іншими формами розладу максимальна ймовірність маніфестації у чоловіків припадає на більш ранній вік, ніж у жінок (майже на 10 років).

Аналізуючи отриманий результат, слід звернути увагу на соціально-психологічний аспект проблеми. Зрозуміло, що зафіксувати випадок депресії можна тільки у індивіда, який звернувся по медичну допомогу з приводу цього стану. Цілком можливий недооблік випадків депресії у чоловіків через особливості їх ментальності. Усвідомлення себе як представників сильної статі утримує чоловіків від звернення по допомогу в разі депресії. Схильність до уникнення проблеми за допомогою алкоголю, наркотиків та інших факторів відволікання, робить «чоловічу» депресію особливо соціально небезпечною.

Отриманий результат важливий не тільки для практичного генетичного прогнозування, а й для оптимізації подальших досліджень. Зокрема, під час планування геномних досліджень з асоціативної генетики варто формувати, якщо є змога, і клінічно однорідні групи, й однорідні зі статі.

Цьому є переконливі молекулярно-генетичні докази, які свідчать, що у жінок і чоловіків з депресією асоційовані різні гени [21].

Узагальнюючи наведені дані, слід зазначити, що структура захворюваності на депресивні розлади характеризується переважанням жінок. Співвідношення чоловічої та жіночої статі при більшій частині форм депресій (F32, F33, F34) становить 1 : 2,86—3,44 (серед пацієнтів з біполярним розладом (F31) кількісна перевага жінок є меншою — 1 : 1,38).

Частота депресивних розладів в популяції становила 0,21 %. В усі вивчені роки накопичена частота депресій в жіночій частині населення була в 1,4—2,4 рази вищою, ніж у чоловіків, що дає підставу розглядати жіночу стать як фактор підвищеного ризику формування депресивних розладів. Вивчення віку маніфестації та піку захворюваності в гендерному аспекті показало, що депресія у чоловіків асоціюється з більш ранньою маніфестацією (10—14 років) та максимумом захворюваності в віці 45—49 років (у жінок — у 15—19 років та 50—59 років відповідно).

Вважаючи депресивні розлади багатфакторною хворобою, слід наголосити ймовірність важкого перебігу у чоловіків та менш вираженого — у жінок. Важкість захворювання пацієнта формує диференційований ризик для родичів хворого. Найвищий ризик мають родичі хворого з важкою формою і ранньою маніфестацією.

Отримані дані є важливими для практичного генетичного та клініко-психопатологічного прогнозування.

Список літератури

1. Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Семікіна О. Є. Клініко-психопатологічні прогностичні фактори перебігу первинних депресивних розладів // Психічне здоров'я. 2017. Т. 2, вип. 51. С. 117—119. URL: https://nmapo.edu.ua/zagruzka/GPZ2017_1-2.pdf.
2. Марута Н. А., Яцина А. Т. Особенности клинко-психопатологической структуры депрессий у мужчин // Экспериментальная и клиническая медицина. 2014. № 4 (65). С. 162—166. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eikm_2014_4_33.
3. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence / Costello E. J., Mustillo S., Erkanli A. [et al.] // Archives of General Psychiatry. 2003. Vol. 60, no. 8. P. 837—844. DOI: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
4. Ebmeier, K. P., Donaghey, C., Steele, J. D. Recent developments and current controversies in depression // Lancet. 2006. Vol. 367, no. 9505. P. 153—167. PMID: 16413879.
5. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) / Kessler R. C., Berglund P., Demler O. [et al.] // Journal of the American Medical Association. 2003. Vol. 289, no. 23. P. 3095—3105. JAMA. 2003; 289(23): 3095—3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095.
6. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014 / Lim G. Y., Tam W. W., Lu Y. [et al.] // Scientific Reports. 2018. Vol. 8. Article number: 2861. DOI: 10.1038/s41598-018-21243-x.
7. Depression and physical illness/ Edited by Andrew Steptoe. Cambridge University Press, 2007. P. 421. DOI: 10.1002/hup.822.
8. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys / L. Andrade, J. J. Caraveo-Anduaga, P. Berglund // Int J Methods Psychiatr Res. 2003; 12(1): 3—21. DOI: 10.1002/mpr.138.
9. Piccinelli M., Wilkinson G. Gender differences in depression: critical review. British Journal of Psychiatry. 2000. 177 (6): 486—92. DOI: 10.1192/bjp.177.6.486.
10. EPA guidance on the quality of mental health services / Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B. [et al.] // European Psychiatry. 2012. Vol. 27, no. 2. P. 87—113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.
11. Use of health services for major depressive episode in Finland / Hämmäläinen, J., Isometsä, E., Laukka, T. [et al.] // Journal of Affective Disorders. 2004. Vol. 79, no. 1—3. P. 105—112. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00342-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00342-7).
12. Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care. Chapter 4: Medicines used in depressive disorders Geneva : World Health Organization, 2009. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143202/>.
13. Два пола. Зачем и почему? Эволюционная теория пола / сост. и ред.: С. В. Геоакиан. Москва, 2012. ISBN: 978-0-9856620-0-4 (электронное издание). URL: <http://www.sci.aha.ru/ots/doc/book031.pdf>.
14. Марута Н. О., Федченко В. Ю., Лінська К. І. Генетичні передумови депресивних розладів // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 3 (92). С. 39—44. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_3_12.
15. Гинтер Е. К. Медицинская генетика, Москва : Медицина, 2003. 448 с.
16. Пузырёв В.П. Многофакторные заболевания // Наследственные болезни : национальное руководство / под ред. Н. П. Бочкова, Е. К. Гинтера, В. П. Пузырева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 610—662. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422311.html>.
17. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model / Cyranowski J. M., Frank E., Young E., Shear M. K. [et al.] // Arch Gen Psychiatry. 2000. 57(1): 21—7. DOI: 10.1001/archpsyc.57.1.21.
18. Sex Differences in Depression: Does Inflammation Play a Role? / Derry H. M., Padin A. C., Kuo J. L. [et al.] // Curr Psychiatry Rep. 2015. 17(10): 618. DOI: 10.1007/s11920-015-0618-5.
19. Fuhrer R, Dufouil C, Dartigues JF. Exploring sex differences in the relationship between depressive symptoms and dementia incidence: prospective results from the PAQUID Study // J Am Geriatr Soc. 2003. 51(8): 1055—63. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51352.x.
20. Sex differences in brain activation patterns during processing of positively and negatively valenced emotional words / Hofer A, Siedentopf CM, Ischebeck A. [et al.] // Psychol Med. 2007. 37 (1): 109—19. DOI: 10.1017/S0033291706008919.
21. Kendler KS, Thornton LM, and Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects // Am J Psychiatry. 2001. 158 (4): 587—93. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.4.587.
22. Gender differences in cerebral regional homogeneity of adult healthy volunteers: a resting-state fMRI study / Xu C., Li C., Wu H. [et al.] // Biomed Research International. Special Issue Neuroimaging of Brain Networks and Function. Vol. 2015. Article ID 183074. DOI: <https://doi.org/10.1155/2015/183074>.
23. Бочков Н. П., Пузырёв В. П., Смирнихина С. А. Клиническая генетика. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011, 544 с.
24. Зинченко Р. А., Гинтер Е. К. Наследственные болезни в популяциях человека // Наследственные болезни : национальное руководство / под ред. Н. П. Бочкова, Е. К. Гинтера, В. П. Пузырева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 661—703. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422311.html>.
25. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. Київ : «Здоров'я», 2001. Т. 3. 817 с.
26. Населення України за 2018 рік : Демографічний щорічник. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/12/zb_ukr_2018.pdf.
27. Население Харьковской области стареет. Статистика / Харьковская областная государственная администрация. 10 августа 2015. URL: <http://kharkivoda.gov.ua/ru/news/75099>.

Надійшла до редакції 26.01.2021

Відомості про авторів:

АТРАМЕНТОВА Любов Олексіївна, доктор біологічних наук, професор, завідувачка кафедри генетики та цитології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (ХНУ ім. В. Н. Каразіна), м. Харків, Україна; e-mail: lubov.agramentova@gmail.com

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

УТЕВСЬКА Ольга Михайлівна, доктор біологічних наук, професор, доцент кафедри генетики та цитології ХНУ ім. В. Н. Каразіна, Харків, Україна; e-mail: outevsk@gmail.com

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

КОЛЯДКО Світлана Петрівна, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: iyavdak@ukr.net

Information about authors:

ATRAMENTOVA Lyubov, Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of the Department of Genetics and Cytology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University (V. N. Karazin's KhNU), Kharkiv, Ukraine; e-mail: lubov.atramentova@gmail.com

LINSKIY Igor, MD, PhD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

UTEVSKA Olha, Doctor of Biological Sciences, Professor, Associate Professor of the Department of Genetics and Cytology of V. N. Karazin's KhNU, Kharkiv, e-mail: outevsk@gmail.com

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net

KOLYADKO Svitlana, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

YAVDAK Iryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: iyavdak@ukr.net

Г. М. Кожина, В. В. Стеблюк, К. О. Зеленська, К. В. Проноза-Стеблюк

**АЛГОРИТМ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ
ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ВЕТЕРАНОК АТО/ООС**

А. М. Кожина, В. В. Стеблюк, Е. А. Зеленская, К. В. Проноза-Стеблюк

Алгоритм медико-психологического сопровождения женщин-военнослужащих, ветеранок АТО/ООС

Н. М. Kozhyna, V. V. Steblyuk, K. O. Zelenska, K. V. Pronoza-Steblyuk

Algorithm of medical and psychological support for servicewomen, ATO/JFO female veterans

Психотерапевтична програма передбачала цільове використання когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої терапії, біосугесії, клієнтцентованої роджерівської психотерапії, арт-терапії, біологічного зворотного зв'язку, травмафокусованої терапії, EMDR. Доцільним є використання програми самоуправління посттравматичним стресовим розладом для військового — Pucelik Consulting Group.

Психотерапевтичне втручання було спрямоване на афективне переоцінення травматичного досвіду; корекцію поведінкових паттернів, пов'язаних з бойовим стресом; вироблення навичок з опанування тривожністю й емоційними реакціями та конструктивних форм когнітивного і емоційного реагування в умовах зміни життєвого стереотипу — повернення до мирного життя.

Важливим складником програми медико-психологічного супроводу є психоосвіта, що спрямована на формування адекватної системи уявлень про наслідки бойового стресу й особливості адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу; розуміння основних наслідків і психопатологічних реакцій, що їх спричинила психічна травма; навчання методам оволодіння наслідками бойової психічної травми, базовим технікам самопомоги під час інтрузивних спогадів, тривожних пароксизмів, навичкам саморегуляції та самоуправління своїм станом.

Комплексна система медико-психологічного супроводу жінок — учасниць бойових дій на етапі реадaptaції до мирного життя після демобілізації має бути спрямована на зниження рівня емоційної напруженості; афективне переоцінення травматичного досвіду; формування позитивної установки на майбутнє; корекцію переживань, пов'язаних зі зміною життєвого стереотипу (відчуття безпорадності, труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією); створення нової когнітивної моделі життєдіяльності; сімейну психотерапію та подружню психокорекцію; медичну допомогу у разі виникнення стрес-асоційованих розладів.

Ключові слова: медико-психологічний супровід жінок-військовослужбовців, ветеранки АТО/ООС, реадaptaція до мирного життя, психотерапевтичне втручання, демобілізація

Психотерапевтическая программа включала целевое использование когнитивно-поведенческой терапии, личностно-ориентированной терапии, биосуггестии, клиентцентрированной роджерсовской психотерапии, арт-терапии, биологической обратной связи, травмафокусированной терапии, EMDR. Целесообразно использование программы самоуправления посттравматическим стрессовым расстройством для военного — Pucelik Consulting Group.

Психотерапевтическое вмешательство было направлено на аффективную переоценку травматического опыта; коррекцию поведенческих паттернов, связанных с боевым стрессом; выработку навыков овладения тревожностью и эмоциональными реакциями и конструктивных форм когнитивного и эмоционального реагирования в условиях изменения жизненного стереотипа — возвращения к мирной жизни.

Важной составляющей программы медико-психологического сопровождения является психообразование, направленное на формирование адекватной системы представлений о последствиях боевого стресса и особенностях адаптационных реакций при изменении жизненного стереотипа; понимание основных последствий и психопатологических реакций, вызванных психической травмой; обучение методам овладения последствиями боевой психической травмы, базовым техникам самопомощи при интрузивных воспоминаниях, тревожных пароксизмах, навыкам саморегуляции и самоуправления своим состоянием.

Комплексная система медико-психологического сопровождения женщин — участниц боевых действий на этапе реадaptaции к мирной жизни после демобилизации должна быть направлена на снижение уровня эмоциональной напряженности; аффективную переоценку травматического опыта; формирование положительной установки на будущее; коррекцию переживаний, связанных с изменением жизненного стереотипа (ощущение беспомощности, трудности, связанные с социальной адаптацией); создание новой когнитивной модели жизнедеятельности; семейную психотерапию и супружескую психокоррекцию; медицинскую помощь в случае возникновения стресс-ассоциированных расстройств.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение женщин-военнослужащих, ветеранки АТО/ООС, реадaptaция к мирной жизни, психотерапевтическое вмешательство, демобилизация

The psychotherapeutic program included targeted use of cognitive-behavioral therapy, personality-oriented therapy, biosuggestion, non-directive Rogerian psychotherapy, art therapy, biofeedback, trauma-focused therapy, EMDR. PTSD coping strategies program was used for the military Pucelik Consulting Group.

The psychotherapeutic intervention was aimed at the affective reappraisal of the traumatic experience; correction of behavioral patterns associated with combat stress; development of skills for mastering anxiety and emotional reactions, constructive forms of cognitive and emotional response in the face of changing life stereotypes; return to a peaceful life.

An important component of the program of medical and psychological support is psychoeducation. Its aim: to develop an adequate system of conceptions about the consequences of combat stress and peculiarities of adjustment reactions during changes of life stereotype; to understand the main consequences and psychopathological reactions caused by psychic trauma; to train in methods of mastering the consequences of combat mental trauma, to learn basic self-help techniques for intrusive memories, alarming paroxysms, skills of self-regulation and self-management for own mental state.

A complex system of medical and psychological support for servicewomen at the stage of readaptation to a peaceful life after demobilization should be aimed at reducing the level of emotional tension; affective reassessment of traumatic experiences; the formation of a positive attitude towards the future; correction of experiences associated with changes in life stereotype (feeling of helplessness, difficulties associated with social adaptation), creation of a new cognitive model of life; family psychotherapy and spousal psychocorrection; medical assistance in case of stress-related disorders.

Keywords: medical and psychological support for servicewomen, ATO/JFO female veterans, readaptation to peaceful life, psychotherapeutic intervention, demobilization

Бойові дії на сході нашої країни — страшене випробування не тільки для соматичного, але і для психічного здоров'я нашого народу, про що свідчить високий рівень поширення серед жителів України і, особливо — серед осіб, що беруть участь у бойових діях, розладів психічної адаптації, бойової психічної травми, посттравматичних стресових розладів та соціально-стресових станів [1, 2].

Бойовий стрес — багаторівнева реакція організму у відповідь на екстремальні (бойові) обставини, яка призводить до надмірного напруження механізмів адаптації, реактивної саморегуляції та є пограничним дестабілізаційним станом, що виснажує адаптаційні резерви організму, підвищує ризик дезінтеграції психічних функцій та розвиток станів дезадаптації і соматовегетативних дисфункцій [3—5].

За даними Головного управління персоналу Генерального штабу Збройних Сил України, на кінець 2019 року військову службу проходили 27 074 жінок, 949 з яких — старші офіцери. Для порівняння, 2018 року військову службу проходили 24 897, 2017 року — приблизно 23 000 жінок, а 2008 року військову службу проходили всього 1 800 жінок. Поки що статус учасника бойових дій за участь в АТО/ООС надано 9 916 жінкам [6].

2018 року ухвалено Закон України № 2523 «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків під час проходження військової служби у Збройних Силах України та інших військових формуваннях», щоб забезпечити рівні можливості жінок і чоловіків на військовій службі. Однак, реально ситуація здебільшого залишається ґендерно нечутливою і не враховує наявних проблем жінок-ветеранок. Після військової служби деякі труднощі інтеграції до цивільного життя ветеранок залишаються невирішеними [6, 7].

Спираючись на аналіз даних проведеного дослідження «"Невидимий батальйон 2.0": повернення ветеранок до мирного життя», можна виокремити такі основні проблеми на етапі повернення до мирного життя: немає системи зворотного зв'язку для отримувачів послуг з реабілітації та реінтеграції, що унеможливує оцінювання ефективності наданих послуг; немає практики проведення аналізу потреб, що робить систему реінтеграції радше ґендерно нейтральною, ніж ґендерно чутливою; упереджене ставлення працівників центрів зайнятості та роботодавців до ветеранок, нерозуміння особливостей їх психологічного стану і навичок спілкування; упереджене ставлення працівників медичних установ та соціальних служб, стигматизація портрету жінки-ветеранки [8, 9].

Отже, розроблення системи терапії і реабілітації жінок-військовослужбовців, постраждалих внаслідок бойового стресу в умовах збройних конфліктів, має велике практичне значення в розв'язанні багатьох проблем, які виникли перед військовою системою охорони здоров'я [10, 11].

З урахуванням отриманих в процесі комплексного обстеження 96 жінок-ветеранок — учасниць

АТО/ООС даних про психологічні, патопсихологічні та соціально-психологічні особливості формування стрес-асоційованих розладів внаслідок бойового стресу у жінок-військовослужбовців, ветеранок АТО/ООС, ми розробили алгоритм медико-психологічного супроводу жінок, які постраждали внаслідок бойових дій, що містить такі складники: моніторинг психологічного та психічного стану ветеранок; посилену психологічну увагу; психологічну підтримку ветеранок; психотерапію; психоосвіту; створення реадaptaційної атмосфери; формування здоров'я-центрованого життєвого стилю та посилення психосоціального ресурсу.

Моніторинг психологічного та психічного стану був спрямований на виявлення осіб з наслідками бойової психічної травми; особливостей емоційного реагування на стресові ситуації; наявність психопатологічної симптоматики (симптомів бойового посттравматичного стресового розладу, тривоги, депресії, суїцидальних тенденцій, аддиктивної поведінки).

Посилена психологічна увага була орієнтована на психопрофілактику дезадаптивних реакцій та станів в умовах соціального стресу, підвищення рівня адаптації до умов мирного життя та забезпечення психологічного благополуччя, збереження психологічного і фізичного здоров'я жінок.

Психологічна підтримка мала соціально-психологічний напрямок та сприяла оптимізації психоемоційного стану жінок-ветеранок в процесі їх реадaptaції до мирного життя, відтворення втрачених або формування нових громадських зв'язків, зниження почуття ізоляції, стигматизації, гармонізацію сімейних взаємин на ґрунті взаєморозуміння, взаємодопомоги і взаємопідтримки (для жінок, які перебувають у шлюбі).

Психотерапевтична програма охоплювала targeted використання когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої терапії, біосугестії, клієнт-центрованої роджерівської психотерапії, арт-терапії, біологічного зворотного зв'язку, травмафокусованої терапії, терапії методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy, EMDR). Доцільним є використання програми самоуправління посттравматичним стресовим розладом для військового Pucelik Consulting Group.

Психотерапевтичне втручання було спрямоване на афективне переоцінення травматичного досвіду; корекцію поведінкових паттернів, пов'язаних з бойовим стресом; вироблення навичок опанування тривожністю й емоційними реакціями та конструктивних форм когнітивного і емоційного реагування в умовах змінення життєвого стереотипу — повернення до мирного життя.

Важливим складником програми медико-психологічного супроводу є психоосвіта, спрямована на формування адекватної системи уявлень про наслідки бойового стресу й особливості адаптаційних реакцій під час змінювання життєвого стереотипу; розуміння основних наслідків і психопатологічних реакцій,

що їх спричинила психічна травма; навчання методам оволодіння наслідками бойової психічної травми, базовим технікам самопомогі під час інтрузивних спогадів, тривожних пароксизмів, навичкам само-регуляції та самоуправління своїм станом.

Базисом медико-психологічного супроводу жінок-ветеранок є створення реадaptaційної атмосфери, спрямованої на публічне визнання соціального значення участі в бойових діях; визнання високого соціального статусу жінок-ветеранок; розуміння особливостей психічних реакцій і поведінки комбатантів; створення умов для сприятливої психологічної обстановки в родині.

Дуже важливим є формування здоров'я-центрованого життєвого стилю, закріплення здорових звичок, корекція порушень фізичного та психічного стану, підвищення стресостійкості, вироблення конструктивних копінг-стратегій.

Посилення психосоціального ресурсу передбачає психосоціальну реінтеграцію, адаптацію до нових умов життя, формування додаткових джерел психосоціальної підтримки, зустрічі з волонтерами, профорієнтацію.

Отже, комплексна система медико-психологічного супроводу жінок — учасниць бойових дій на етапі реадaptaції до мирного життя після демобілізації має бути спрямована на зниження рівня емоційної напруженості; афективне переоцінення травматичного досвіду; формування позитивної установки на майбутнє; корекцію переживань, пов'язаних зі зміною життєвого стереотипу (відчуття безпорадності, труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією); створення нової когнітивної моделі життєдіяльності; сімейну психотерапію та подружню психокорекцію; медичну допомогу у разі виникнення стрес-асоційованих розладів.

Список літератури

1. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія за ред. проф. П. В. Волошина, проф. Н. О. Марути. Харків, 2016. 335 с.
2. Марута Н. А., Заворотный В. И. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 3 (96). С. 33—38.
3. Омелянович В. Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій // Психосоматична медицина та загальна практика / Psychosomatic Medicine and General Practice. 2019. Т. 4, № 1. DOI: 10.26766/PMGP.V4I1.183.
4. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У двох томах / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. 579 с.
5. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / А. В. Верба, О. А. Барбазюк, А. В. Швець [та ін.] ; заг. ред. О. В. Друзь, В. С. Гічун. Київ, 2017. 102 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/2512008/>.
6. Кількість жінок у нашому війську за десять років збільшилась у 15 разів. Інформагентство Міноборони АрміяInform. 17 вересня 2019. URL: <https://www.mil.gov.ua/>

[news/2019/09/17/kilkist-zhinok-u-nashomu-vijsku-za-desyat-rokiv-zbilshilas-u-15-raziv/](https://www.mil.gov.ua/news/2019/09/17/kilkist-zhinok-u-nashomu-vijsku-za-desyat-rokiv-zbilshilas-u-15-raziv/).

7. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків під час проходження військової служби у Збройних Силах України та інших військових формуваннях : Закон України № 2523. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2523-19#Text>.

8. Когут Л. «Не називайте їх АТОшниками»: психологія учасників бойових дій. URL: <http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvajte-ikh-atoshnykamy-psykholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii>.

9. «Невидимий батальйон 2.0»: повернення ветеранок до мирного життя: (соціологічне дослідження) / Т. Марценюк, А. Квіт, Г. Гриценко [та ін.]. URL: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/16608>.

10. Медична реабілітація військових службовців в системі медичного забезпечення Збройних Сил України : клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України / уклад. А. В. Верба, О. А. Барбазюк, П. І. Мех [та ін.] ; заг. ред. В. В. Стеблюк ; ред. А. М. Галушка. Київ, 2017. 268 с.

11. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / М. М. Денисенко, Р. В. Лакінський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40—44. <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/f3b/f3bfe67fa098c208a8ba0f9ad1528212.pdf>.

Надійшла до редакції 15.01.2021

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету (ХНМУ), м. Харків, Україна; e-mail: amkozhyyna888@gmail.com

СТЕБЛЮК Всеволод Володимирович, доктор медичних наук, професор, генеральний директор Директорату реабілітації, медичного забезпечення та соціальної реадaptaції ветеранів Міністерства у справах ветеранів України, м. Київ, Україна; e-mail: doctorsteb@ukr.net

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ, м. Харків, Україна; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК Катерина Володимирівна, науковий співробітник Державної установи «Інститут нейрохірургії імені академіка Ромоданова Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна; e-mail: kpronoza@ukr.net

Information about authors:

KOZHYNNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: amkozhyyna888@gmail.com

STEBLYUK Vsevolod, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director General of the Directorate of Rehabilitation, Medical Care and Social Rehabilitation of Veterans of Ministry of Veterans Affairs of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: doctorsteb@ukr.net

ZELENSKA Kateryna, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

PRONOZA-STEBLYUK Kateryna, Researcher of State Institution "Romodanov Neurosurgery Institute of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine; e-mail: kpronoza@ukr.net

О. А. Козерацька

ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ОСІБ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СЕКСУАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ

Е. А. Козерацкая

Особенности судебно-психиатрической оценки лиц, совершивших сексуальные правонарушения

О. А. Kozeratska

Forensic psychiatric evaluation of persons who have sexual offenses

Мета дослідження: виявити вплив психічних і поведінкових розладів на здатність осіб, які вчинили правопорушення сексуального характеру, усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Автор проаналізувала 287 підекспертних, які вчинили такі правопорушення та перебували на судово-психіатричній експертизі (СПЕ) в Київському міському центрі СПЕ, за період з 2000 до 2015 року (16 років). Були використані анамнестичний, інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, експертний, ситуаційного аналізу, статистичні методи.

У групі «обмежено осудних» порівняно з «осудними» достовірно переважали підекспертні, в яких агресивно-насильницька психопатологічна мотивація сполучалася з задоволенням викривленого сексуального потягу. У групі «осудних» порівняно з «обмежено осудними» достовірно переважали підекспертні з корисливою, агресивною, корисливо-насильницькою мотиваціями. У більшості досліджуваних було виявлене викривлення сексуального потягу компульсивного характеру (91,8 %): на педофілію страждали 65,8 % підекспертних, ексгібіціонізм — 13,7 %, геронтофілію — 4,1 %, некрофілію — 1,4 %, садизм — 5,5 %. Здебільшого досліджувані були психічно здоровими (71,2 %). У 13,7 % випадків виявлене органічне ураження головного мозку резидуального генезу, розлад особистості спостерігався в 5,5 % випадків, розумова відсталість легкого ступеня — 5,5 %, синдром залежності внаслідок вживання алкоголю — 4,1 %, проста шизофренія — 1,4 %. Більша частина досліджуваних не мали коморбідної патології (58 осіб — 79,5 %).

Критерієм застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді направлення до спеціалізованого закладу з надання психіатричної допомоги є визнання особи «неосудною», надання амбулаторної допомоги в примусовому порядку — «обмежено осудною» та такою, що страждає на розлад сексуального потягу.

Проведене дослідження й отримані результати дають змогу удосконалити судово-психіатричне експертне дослідження, зумовлюють підвищення його якості та доказовості експертних висновків, що є додатковою гарантією охорони прав людини, запобігає необґрунтованому призначенню повторної експертизи, скорочує строки експертного дослідження.

Ключові слова: кримінальні правопорушення сексуального характеру, осудність — обмежена осудність — неосудність, судово-психіатрична експертиза, примусові заходи медичного характеру, розлади сексуального потягу

Цель исследования: выявить влияние психических и поведенческих расстройств на способность лиц, совершивших правонарушения сексуального характера, осознавать свои действия и руководить ими.

Автор проанализировала 287 подэкспертных, совершивших такие правонарушения и находившихся на судебно-психиатрической экспертизе (СПЭ) в Киевском городском центре СПЭ, за период с 2000 до 2015 года (16 лет). Были использованы анамнестический, информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, экспертный, ситуационного анализа, статистический методы.

В группе «ограниченно вменяемых» по сравнению с «вменяемыми» достоверно преобладали испытуемые, у которых агрессивно-насильственная психопатологическая мотивация сочеталась с удовлетворением искаженного сексуального влечения. В группе «вменяемых» по сравнению с «ограниченно вменяемыми» достоверно преобладали испытуемые с корыстной, агрессивной, с корыстно-насильственной мотивациями. У большинства исследуемых было обнаружено извращение полового влечения компульсивного характера (91,8 %): педофилией страдали 65,8 % подэкспертных, эксгибиционизмом — 13,7 %, геронтофилией — 4,1 %, некрофилией — 1,4 %, садизмом — 5,5 %. В основном исследуемые были психически здоровыми (71,2 %). В 13,7 % случаев выявлено органическое поражение головного мозга резидуального генеза, расстройство личности наблюдалось в 5,5 % случаев, умственная отсталость легкой степени — 5,5 %, синдром зависимости вследствие употребления алкоголя — 4,1 %, простая шизофрения — 1,4 %. Большинство исследуемых не имели коморбидной патологии (58 человек — 79,5 %).

Критерием применения принудительных мер медицинского характера в виде направления в специализированное учреждение по оказанию психиатрической помощи является признание лица «невменяемым», предоставление амбулаторной помощи в принудительном порядке — «ограниченно вменяемым» и страдающим расстройством сексуального влечения.

Проведенное исследование и полученные результаты позволяют усовершенствовать судебно-психиатрическое экспертное исследование, обуславливают повышение его качества и доказательности экспертных заключений, что является дополнительной гарантией защиты прав человека, предотвращает необоснованное назначение повторной экспертизы, сокращает сроки экспертного исследования.

Ключевые слова: уоловые правонарушения сексуального характера, вменяемость — ограниченная вменяемость — невменяемость, судебно-психиатрическая экспертиза, принудительные меры медицинского характера, расстройства сексуального влечения

Purpose: this research is devoted to solving scientific and practical problems, which is to develop forensic-psychiatric expert evaluation of persons who have committed sexual offenses.

The author analyzed 287 sub-experts who committed sexual offenses and were on forensic psychiatric examination (FPE) at the Kyiv City FPE Center, during the period 2000—2015 (16 years). Research methods used in the work: information-analytical, socio-demographic, clinical-psychopathological, experimental-psychological, expert, situational analysis, statistical.

In the group of “limitedly sane” compared to “sane”, sub-experts significantly prevailed, in whom aggressive-violent psychopathological motivation was combined with the satisfaction of a perverted sexual desire. In the group of “sane” compared to “limitedly sane” the sub-experts with selfish, aggressive, selfish-violent motivations significantly prevailed. The majority of subjects found a compulsive sexual perversions (91.8 %): 65.8 % of subjects suffered from pedophilia, exhibitionism — 13.7 %, gerontophilia — 4.1 %, necrophilia — 1.4 %, sadism — 5.5 %. The majority of subjects were mentally healthy (71.2 %). In 13.7 % of cases, organic brain damage of residual genesis, personality disorder was observed in 5.5 % of cases, mild mental retardation — 5.5 %, dependence syndrome due to alcohol consumption — 4.1 %, simple schizophrenia, incomplete remission — 1.4 %. Most subjects did not have comorbid pathology (58; 79.5 %).

The criterion for the use of coercive medical measures in the form of referral to a specialized institution for mental health care is the recognition of a person as “insane”, the provision of compulsory outpatient care — “limitedly sane” and suffering from a sexual desire disorder.

The conducted research and the received results allow to improve forensic psychiatric expert research, cause increase of its quality and provability of expert conclusions, which is an additional guarantee of human rights protection, prevents unjustified appointment of re-examination, shortens the time of expert research.

Key words: sexual criminal offenses, sanity — limited sanity — insanity, forensic psychiatric examination, coercive medical measures, sexual desire disorders

Серед тяжких злочинів проти особистості особливе місце займають злочини проти статевої недоторканості. Характерною рисою цього виду злочинності є те, що їх найнебезпечнішим проявом є насильницькі дії (зґвалтування, насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом). Саме ці злочини часто бувають пов'язані з іншими формами злочинного насильства — вбивствами, нанесенням шкоди здоров'ю різного ступеня тяжкості, побоями, катуваннями тощо. Потерпілим, крім фізичних ушкоджень, наносять ще й психологічні травми, які можуть зруйнувати все подальше життя людини [1, 2].

За узагальненими світовими даними, кількість лише зафіксованих сексуальних деліктів зростає в останні десятиріччя удвічі [3—5]. Дані МВС України за останні роки підтверджують стабільно високий рівень цього виду злочинності в Україні. Найбільш поширеним і небезпечним серед кримінальних правопорушень проти статевої свободи та статевої недоторканості особи є зґвалтування — вчинення дій сексуального характеру без добровільної згоди потерпілої особи [6]. За даними Б. Л. Гульмана, зґвалтування становлять приблизно 73 % від усіх злочинів сексуального характеру [7]. Згідно з даними Департаменту інформаційних технологій МВС України, збільшення кількості зґвалтувань (та замахів) становить 0,2 % на рік, збільшення кількості осіб, визнаних потерпілими від зґвалтувань (та замахів) — 1,5 % [цит. за 8]. Відносно невисока частка сексуальних деліктів в загальній кількості здійснюваних правопорушень може бути пояснена високим рівнем латентності в цій сфері. На думку З. Старовича, співвідношення зареєстрованих і фактичних випадків правопорушень сексуального характеру — від 1 : 15 до 1 : 85 [9], а за даними інших авторів, латентність зґвалтувань перевищує 90 % [10—12]. Зокрема, відзначають високий рівень латентності статевого злочинів щодо неповнолітніх. Під час анкетування 562 неповнолітніх учнів середніх навчальних закладів 46 % осіб повідомили, що стали жертвами статевого злочинів. Проте, правоохоронними органами було отримано лише 10 % заяв про вчинення статевого злочинів щодо неповнолітніх, тобто 90 % злочинів залишились латентними [13].

Вивченню правопорушень сексуального характеру присвячена низка досліджень останнього десятиріччя [14—21]. Як свідчить аналіз літератури, чисельні аспекти проблеми судово-психіатричної експертизи осіб, які вчинили злочини сексуального характеру, досліджені не в повному обсязі. Не завжди беруть до уваги той факт, що сексуальна поведінка є результатом інтеграції соціальних, психологічних, соціально-психологічних, біологічних чинників, а сексуальний делікт, що є одним з видів порушення поведінки, також відображає різні рівні взаємодії особистості та оточення.

Виходячи з вказаного, комплексне дослідження осіб, об'єднаних загальною ознакою — наявністю елемента агресії в структурі протиправної сексуальної поведінки, є актуальним і своєчасним для визначення чітких критеріїв оцінки їхнього психічного

стану. Це може посприяти розкриттю механізмів суспільно небезпечного діяння, а також уточненню способів профілактики повторних суспільно небезпечних діянь.

Особливу актуальність темі дослідження надає взаємна детермінованість кримінальної агресії та негативних процесів у суспільстві (економічна криза, трансформація політичних систем і правових інститутів, переоцінювання цінностей і девальвація ідеалів). Несприятливі макро- та мікросоціальні чинники впливу на людину сприяють формуванню в неї кримінальної агресії, що виявляється у вигляді тяжких злочинів проти життя та здоров'я особи. У вересні 2010 року Генеральний секретар ООН оголосив про початок реалізації Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей з метою об'єднання зусиль світової спільноти для порятунку життів і підвищення добробуту жінок і дітей. 2015 року була опублікована оновлена Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016—2030 рр.). Концепцією Глобальної стратегії визначене забезпечення до 2030 року для кожної жінки, дитини та підлітка в будь-якому місці у світі можливостей для здійснення права на фізичне та психічне здоров'я, соціальні й економічні перспективи, повноцінно брати участь у формуванні благополучного та сталого суспільства.

Намагання на державному рівні нівелювати вплив негативних чинників відображено в Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації — стратегія розвитку охорони здоров'я на 2016—2030 роки», де серед пріоритетних стратегічних програм зазначені профілактичні заходи з попередження насильства щодо жінок і дітей.

До останнього часу не розроблено чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних розладів у осіб, які вчинили правопорушення сексуального характеру, зокрема критеріїв «обмеженої осудності».

Мета роботи — на ґрунті дослідження клініко-патопсихологічних закономірностей перебігу психічних розладів, застосовуючи метод ситуаційного аналізу, розробити критерії судово-психіатричної оцінки та призначення примусових заходів медичного характеру зазначеній категорії.

Дослідження ґрунтується на результатах аналізу суцільної вибірки з 287 підекспертних, які вчинили кримінальні правопорушення сексуального характеру та перебували на судово-психіатричній експертизі в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи, за період з 2000 р. до 2015 р. (16 років).

З метою визначення взаємозв'язку між ступенем порушення можливості усвідомлювати свої дії, керувати ними та вирішенням експертних питань усі спостереження були поділені на групи порівняння: перша — 200 спостережень (підекспертні, визнані «осудними»); друга — 14 (підекспертні, визнані «неосудними»); третя група — 73 («обмежено осудні») була сформована штучно з «осудних», виходячи з концепції «обмеженої осудності».

Концепція «обмеженої осудності» ґрунтується на системному підході до поняття «обмежена

осудність», який розроблявся в українській судовій психіатрії В. Б. Первомайським [22], А. В. Зайцевим [23], і методологічній позиції «особистість — діяльність» Ф. В. Кондратьєва [24]. Вітчизняна концепція обмеженої осудності базується на доведеній позиції нерозривної, генетичної єдності свідомості та діяльності. Відповідно до цього будь-який психічний розлад проявляється через діяльність особи в мікро- та макросоціумі, де лишаються відповідні відбитки. Отже, дослідження соціуму або кримінальної ситуації стає обов'язковим. Ступінь тяжкості психічного розладу встановлюють через його відбиття в певних елементах кримінальної дії.

Діагностику парафілій, визначення їхніх форм і типів проводили згідно з критеріями діагностики Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), а також дефініціями, прийнятими у вітчизняній психіатрії.

Парафілії можуть не супроводжуватися іншими психічними розладами, тому потрібним є дослідження власне парафільної поведінки [25]. Нездатність усвідомлювати власні дії та керувати ними, як правило, спостерігається при імпульсивних, а в деяких випадках — компульсивних парафіліях. При обсессивних парафіліях підекспертних часто визнають осудними. При компульсивних свідомість осіб під час акту парафілії буває звуженою, а при імпульсивних діях — потьмареною, тобто порушується здатність до вільного волевиявлення. Розлади потягу частіше виникають в межах деяких психічних розладів (шизофренії, психопатії, розумової відсталості) або як наслідок органічних уражень головного мозку різного походження. Набагато рідше розлади потягу виявляються основним типом психічних порушень. Тому потрібним є виявлення основного, провідного психічного розладу, його вираженість, здатність особи, що страждає на цей розлад, усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій і керувати ними.

Під час цього клінічного дослідження серед осіб в групі «неосудних» у 7 (50 %) випадках виявлена Шизофренія параноїдна, безперервний тип перебігу, виражений психопатоподібний дефект (F20.0 за МКХ-10). Органічний розлад особистості та поведінки внаслідок ЧМТ з вираженим психоорганічним синдромом (F07.8) виявлено у 3 (21,4 %) випадках. По одному випадку (по 7,15 %) виявлено: Органічне ураження головного мозку (ОУГМ) резидуального генезу з помірним інтелектуальним зниженням, вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F06.9), Розумова відсталість помірного ступеня, значні порушення поведінки з вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F71.1), Шизоафективний розлад, маніакальний тип, загострення (F25.0), Деменція внаслідок епілепсії (G40, F01.8).

В групі «осудних» у 144 (72 %) випадках підекспертні були здорові, у 16 (8 %) було виявлено ОУГМ резидуального генезу; у 10 (5 %) випадках спостерігався Емоційно нестабільний розлад особистості (F60.3); у 7 (3,5 %) випадках було діагностовано Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання

алкоголю, синдром залежності (F10.2); у 6 (3 %) випадках — Розумова відсталість легкого ступеня, з слабкою вираженістю порушення поведінки (F70.0); у 5 (2,55) випадках спостерігався Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (F06.6) внаслідок ЧМТ з церебрастенічним синдромом. По три (по 1,5 %) випадки були виявлені: Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, синдром залежності (F11.24) та емоційно нестабільний розлад особистості, імпульсивний тип (F60.3). У двох (1 %) випадках спостерігався органічний розлад особистості та поведінки, внаслідок нейроінфекції з легким психоорганічним синдромом (F07.9); по одному (0,5 %) випадку було діагностовано: Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання стимуляторів (псевдоефедрон), синдром залежності (F15.24), Розлад особистості, пов'язаний з органічним ураженням головного мозку (F07.0) та два випадки — Органічний розлад особистості та поведінки внаслідок епілепсії (F07.8, G40).

В групі підекспертних, визнаних «обмежено осудними» (73 особи) більша частина досліджуваних були психічно здоровими 52 (71,2 %), у 10 (13,7 %) випадках було виявлено ОУГМ резидуального генезу з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями, розлад особистості спостерігався в 4 (5,5 %) випадках. Розумова відсталість легкого ступеня з помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями — в 4 (5,5 %) випадках, синдром залежності внаслідок вживання алкоголю з деградацією особистості спостерігався в 3 (4,1 %) випадках. У більшості частини (91,8 %) досліджуваних цієї групи було виявлено викривлення сексуального потягу компульсивного рівня. На педофілію страждали 48 (65,8 %), геронтофілію — 3 (4,1 %) досліджуваних, некрофілію — один (1,4 %), садизм був виявлений в 4 (5,5 %) випадках, ексгібіціонізм — в 10 (13,7 %) випадках.

У групі «обмежено осудних», порівняно з «осудними», достовірно переважали підекспертні, в яких агресивно-насильницька психопатологічна мотивація сполучалася з задоволенням викривленого сексуального потягу ($p < 0,002$). У групі «осудних» порівняно з «обмежено осудними», достовірно переважали підекспертні з корисливою ($p < 0,001$), агресивною ($p < 0,002$), корисливо-насильницькою ($p < 0,02$) мотиваціями.

У підекспертних, визнаних «обмежено осудними», у 13,7 % випадків ОУГМ резидуального генезу сполучалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм), що достовірно переважало ($p < 0,0001$) цей показник порівняно з групою «неосудних»; у 5,5 % осіб розлад особистості (психопатія) сполучався з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм), що достовірно переважало ($p < 0,0001$) відповідний показник у групах «неосудних» та «осудних» ($p < 0,02$), у 5,5 % випадків розумова відсталість сполучалася з викривленим сексуальним потягом (педофілія, геронтофілія). 38,4 % досліджуваних з групи «обмежено осудних»

була притаманна клішованість, 41,1 % — серійність вчинення злочинів сексуального характеру. 29 (39,7 %) суспільно небезпечних діянь відбувалися в стані простого алкогольного сп'яніння, 44 (60,3 %) — тверезому. У 72 (98,6 %) випадках обстеження на вміст алкоголю в крові не проводилося.

Критеріями застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді направлення до спеціалізованого закладу з надання психіатричної допомоги є визнання особи «неосудною», надання амбулаторної допомоги в примусовому порядку — «обмежено осудною» та такою, що страждає на розлад сексуальної переваги.

Під час цього дослідження була виявлена неповнота проведеної судово-психіатричної експертизи особам, які вчинили насильницькі дії сексуального характеру: не зібраний сексологічний анамнез в 99 % випадків, неповний опис характеристики потерпілої (не вказані її вік, характер взаємин з підозрюваним), часто не описані знаряддя та місце злочину, не наведені показання свідків. У 98 % випадків судово-психіатричної експертизи лікаря-сексopatолога як фахівця не залучали.

Проведене дослідження й отримані результати створюють можливість удосконалити судово-психіатричне експертне дослідження, підвищити його якість та доказовість експертних висновків, що є додатковою гарантією охорони прав людини, запобігає необґрунтованому призначенню повторної експертизи, скорочує строки проведення експертного дослідження.

Список літератури

1. Жижа А. О. Аналіз злочинів проти статевої свободи та недоторканості особи / А. О. Жижа // Держава та регіони. Серія Право. 2011. Вип. 2. С. 98—100.
2. Маркова М. В. До проблеми концептуалізації сексуальної аддикції / М. В. Маркова // Здоров'я чоловіка. 2012. № 3. С. 184—188.
3. Benomran F. A. Sexual crimes: different perspectives / F. A. Benomran // J. Clin. Forensic Med. 2002. Vol. 9, no. 1. P. 1—4.
4. Bitzer J. Sexuelle Aggression gegen Mädchen und Frauen. Definitionen und Epidemiologie Ther Umsch / J. Bitzer // Ther. Umsch. 2005. Vol. 62, no. 4. P. 211—215. DOI: 10.1024/0040-5930.62.4.211.
5. Black D. W. The Epidemiology and Phenomenology of Compulsive Sexual Behavior / D. W. Black // CNS Spectrums. 2000. Vol. 5, no. 1. P. 26—72. DOI: 10.1017/S1092852900012645.
6. Кримінальний кодекс України : науково-практичний коментар / Баулін Ю. В., Борисов В. І., Гавриш С. Б. та ін. ; за ред. В. В. Сташиса, В. Я. Тація. Київ : Ін Юре, 2003. С. 152—156.
7. Гульман Б. Л. Сексуальні проступки / Б. Л. Гульман. Харків : Рубикон, 2004. 290 с.
8. Корчовий М. Причини виникнення насильства у статевій поведінці молоді / М. Корчовий // Вісн. Акад. управління МВС. 2009. № 1. С. 179—188.
9. Старович З. Судебна сексологія : пер. с польск. / З. Старович. Москва : Юрид. лит., 1991. 333 с.
10. Губанова О. В. Латентність зґвалтування: рівень та основні фактори детермінації / О. В. Губанова // Держава і право. Юридичні і політичні науки : зб. наук. праць. Київ, 2007. Вип. 36. С. 454—460.
11. Лукаш А. С. Питання латентності зґвалтування / А. С. Лукаш // Право і безпека. 2006. № 3. С. 67—72.

12. Elklit A. ASD and PTSD in rape victims / A. Elklit, D. M. Christiansen // J. Interpers. Violence. 2010. Vol. 25, no. 8. P. 1470—1488.

13. Марчак В. Я. Юридико-психологічний зміст обмеженої осудності : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 19.00.06 / Марчак Віталій Ярославович ; Національна академія внутрішніх справ. Київ, 2011. 36 с.

14. Антонян Ю. М. Особо опасный преступник: тоталитарные преступники, серийные убийцы, террористы, бытовые убийцы, сексуальные маньяки, наемные убийцы / Ю. М. Антонян. Москва : Проспект, 2011. 308 с.

15. Берченева М. В. Личность сексуального насильника: некоторые психологические и криминологические аспекты / М. В. Берченева // Пенитенциарное право: юридическая теория и правоприменительная практика. 2017. № 1. С. 42—44.

16. Современные подходы к экспертной оценке ограниченной вменяемости лиц с расстройствами личности / В. В. Горинев, Д. Н. Корзун, С. А. Васюков, Е. А. Илюшина // Российский психиатрический журнал. 2017. № 3. С. 10—18.

17. Стетюха М. П. Понятие и признаки сексуальных преступлений / М. П. Стетюха // Альманах современной науки и образования. 2016. № 3. С. 116—119.

18. Нейрофизиологические механизмы нарушений самосознания у лиц с сексуальным аддиктивным поведением / М. Ю. Каменсков, А. В. Киренская, А. А. Ткаченко, В. В. Мямлин // Российский психиатрический журнал. 2016. № 4. С. 39—48.

19. Семенцова И. А. К вопросу о принудительном лечении лиц с расстройствами сексуального предпочтения / И. А. Семенцова // Теория и практика общественного развития. 2015. № 10. С. 86—89.

20. Факторы, влияющие на формирование гомоцидного сексуального поведения / Ю. В. Барыльнич, Н. В. Филиппова, Е. В. Бачило [и др.] // Психическое здоровье. 2016. № 4. С. 40—45.

21. Чуприков А. П. Общая и криминальная сексология : учебное пособие / А. П. Чуприков, Б. М. Цупрык. Киев : МАУП, 2012. 248 с.

22. Первомайский В. Б. Системный подход к понятию ограниченной вменяемости / В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов : материалы международной конференции. Киев, 1994. Т. 1. С. 90—91.

23. Зайцев А. В. К вопросу о формуле ограниченной вменяемости / А. В. Зайцев // Проблемы законности. Харків, 2002. Вип. 57. С. 156—162.

24. Кондратьев Ф. В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости / Ф. В. Кондратьев // Ограниченная вменяемость : сб. науч. тр. Москва, 1996. С. 18—28.

25. Семерикова А. А. Основные теоретические подходы к природе формирования сексуальной агрессии / А. А. Семерикова // Психология и психотехника. 2016. № 6. С. 542—549.

Надійшла до редакції 28.01.2021

КОЗЕРАЦЬКА Олена Андріївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри криміналістики та кримінального процесу інституту права Київського національного університету імені Тараса Шевченка, начальник відділу судово-психіатричної експертизи ДУ «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; <http://orcid.org/0000-0002-5598-572X>; e-mail: elenko3579@gmail.com

KOZERATSKA Olena, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Criminalistics and Criminal Procedure of the Institute of Law of Taras Shevchenko's National University, Head of the Department of Forensic Psychiatric Examination of the State Institution "Center for Mental Health and Monitoring of Drugs and Alcohol of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0002-5598-572X>; e-mail: elenko3579@gmail.com

С. О. Чабанюк

**КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ
У ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

С. А. Чабанюк

**Клинико-феноменологическая структура и возрастные особенности течения заболевания
у лиц с лёгкой умственной отсталостью подросткового возраста**

S. O. Chabaniuk

**Clinical-phenomenological structure and age-related features of the course of the disease
in adolescence with mild mental retardation**

Серед форм психічної патології, які виявляються в дитячому віці, особливе місце займає розумова відсталість, яка робить істотний внесок у показники захворюваності та інвалідизації.

З метою встановити закономірності клініко-феноменологічної структури та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку, на базі Криворізького психоневрологічного диспансеру було проведено двоетапне клініко-епідеміологічне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження 154 осіб 2003—2008 років народження, хворих на легку розумову відсталість.

За результатами дослідження було встановлено, що розумову відсталість у більшій частині випадків було діагностовано у віці 7—10 років (29,8 % випадків), а у майже третини всіх обстежених (29 %) цей діагноз поєднується із супутньою психічною, неврологічною чи соматичною патологією, яка саме і призводила до погіршення загального перебігу захворювання. У 63 % випадків виявлено обтяжений сімейний анамнез, у 81 % — акушерський. Крім того виявлений прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,498$) між рівнем розвитку соціальних навичок та збереженням інтелектуального рівня.

Отже, можна виокремити чинники ризику виникнення легкої розумової відсталості: чоловіча стать, обтяженість сімейного анамнезу (насамперед станами залежності), вік батьків — більш ніж 30 років, їх низький освітній рівень, патологічний період вагітності та затримки психомоторного розвитку на першому році життя.

Рівень соціальної адаптації хворих залежить від глибини інтелектуального дефіциту; тривалі лікувально-реабілітаційні впливи, психоосвітні заходи для батьків та родичів хворих, організація допомоги у працевлаштуванні та медикаментозний супровід можуть підвищити рівень соціальної адаптації цього контингенту осіб.

Ключові слова: розумова відсталість, соціальна адаптація, психоосвіта, реабілітація, психіатрія

В ряду форм психічної патології, які виявляються в дитячому віці, особливе місце займає розумова відсталість, яка робить істотний внесок у показники захворюваності та інвалідизації.

З метою встановити закономірності клініко-феноменологічної структури та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою умовною відсталістю підліткового віку, на базі Криворізького психоневрологічного диспансеру було проведено двоетапне клініко-епідеміологічне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження 154 осіб 2003—2008 років народження, хворих на легку умовну відсталість.

По результатам исследования было установлено, что умственная отсталость в большинстве случаев была диагностирована в возрасте 7—10 лет (29,8 % случаев), а у почти трети всех обследованных (29 %) этот диагноз сочетался с сопутствующей психической, неврологической или соматической патологией, которая как раз и приводила к ухудшению общего течения заболевания. В 63 % случаев имел место отягощённый семейный анамнез, в 81 % — акушерский. Кроме того, обнаружена прямая корреляционная связь ($r = 0,498$) между уровнем развития социальных навыков и сохранением интеллектуального уровня.

Таким образом, можно выделить факторы риска возникновения лёгкой умственной отсталости: мужской пол, отягощённость семейного анамнеза (в первую очередь — состояниями зависимости), возраст родителей — более 30 лет, их низкий образовательный уровень, патологический период беременности и задержки психомоторного развития на первом году жизни.

Уровень социальной адаптации больных зависит от глубины интеллектуального дефицита; длительные лечебно-реабилитационные воздействия, психообразовательные мероприятия для родителей и родственников больных, организация помощи в трудоустройстве и медикаментозное сопровождение могут повысить уровень социальной адаптации данного контингента.

Ключевые слова: умственная отсталость, социальная адаптация, психообразование, реабилитация, психиатрия

Among the forms of mental pathology that are found in childhood, a special place is occupied by mental retardation, which makes a significant contribution to the rates of morbidity and disability.

In order to establish the patterns of the clinical-phenomenological structure and age-specific course of the disease in adolescence with mild mental retardation, on the basis of the Kryvyi Rih neuropsychiatric dispensary, a two-stage clinical-epidemiological, clinical-psychopathological and psychodiagnostic study of 154 people born in 2003—2008 with mild mental disorders was carried out.

According to the results of the study, it was found that the presence of mental retardation in most cases was diagnosed in the period of 7—10 years (29.8 % of cases), and in almost a third of all examined (29 %) this diagnosis was combined with concomitant psychiatric, neurological or somatic pathology, which just led to a deterioration in the general course of the disease. In 63 % cases there was a burdened family history, in 81 % — obstetric. In addition, a direct correlation ($r = 0.498$) was found between the level of development of social skills and the preservation of the intellectual level.

Thus, it is possible to identify risk factors for the occurrence of mild mental retardation: male sex, family history (primarily addiction states), parents' age over 30, their low educational level, pathological period of pregnancy and delayed psychomotor development in the first year of life. The level of social adaptation of patients depends on the depth of the intellectual deficit, long-term treatment and rehabilitation interventions, psycho-educational activities for parents and relatives, the organization of assistance in finding a job and medical support can increase the level of social adaptation of this contingent.

Key words: mental retardation, social adaptation, psychoeducation, rehabilitation, psychiatry.

Серед форм психічної патології, які виявляються в дитячому віці, особливе місце займає розумова відсталість (РВ), яка робить істотний внесок у показники поширеності та захворюваності на психічні розлади [1, 2], а також інвалідизації в дитинстві [3—5]. Уявлення про тотальність психічного недорозвинення, та стабільність інтелектуального дефіциту й особливості перебігу РВ в останні десятиліття частково переглядаються і доповнюються відомостями про вплив вікових, терапевтичних, соціальних чинників на її прояви [6]. Обговорюються також перспективи лікування РВ [5, 6]. Проблема поліпшення соціального функціонування пацієнтів з РВ залишається надзвичайно актуальною. Дорослі особи з вираженими інтелектуальними розладами є чималим тягарем для їхніх сімей. Серед основних проблем адаптації осіб з РВ відзначають недостатню соціальну інтеграцію, труднощі навчання, низький рівень зайнятості в дорослому віці, частоту коморбідних поведінкових і невротичних розладів [5—7]. Зокрема, K. Gray і співавт. [6], простеживши хворих з РВ у віці початку захворювання до 20—37,6 років, виявили, що більша їх частина і далі жили з батьками або в спеціалізованих установах; третина пацієнтів брали участь в спеціально організованих трудових заходах і лише деякі мали оплачувану роботу. При легкій РВ соціальний прогноз — більш сприятливий, про це свідчить, зокрема, робота I. Hall і співавт. До кінця дослідження з 52 осіб з легкою інтелектуальною недостатністю 67 % мали роботу, 73 % були одружені, 62 % мали дітей, 54 % осіб належали власні будинки [5].

Становлення клінічної картини розумової відсталості протягом дитинства вивчено докладно, та набагато менше уваги надавали трансформації розладів в період дорослішання. Недостатньо вивченим і дуже значущим для динаміки РВ є підлітково-юнацький вік, коли відбувається становлення різних рівнів соціального функціонування хворих. Опубліковані дані як про позитивну, так і про негативну динаміку цієї патології [8], що є досить перспективним в плані наукового пошуку саме тому, що розумова відсталість у класичному розумінні вважають «еволютивною» та «непрогресивною» патологією [9].

Мета дослідження — встановити закономірності клініко-феноменологічної структури та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку.

На базі Криворізького психоневрологічного диспансеру (м. Кривий Ріг), за умов інформованої згоди, проспективно обстежено 154 хворих 2003—2008 років народження, які перебували на диспансерному спостереженні підліткового психіатра до досягнення 15-річного віку. Дослідження складалося з двох етапів: перший — при первинному зверненні в дитинстві, по психіатричну допомогу, або при встановленні діагнозу легкої РВ, до досягнення повноліття (17 років та 11 місяців), та другий — катamnестичний — з 18 до 23 років.

На початку дослідження контингент складався зі 108 (70,13 %) хлопчиків та 46 (29,87 %) дівчат, середній вік яких становив 16,08 років. З об'єктивних причин (зміна місця постійного мешкання або відмова від подальшої участі у дослідженні) на другому етапі з дослідження вибули 38 хворих. Отже, на завершальному етапі дослідження були обстежені 116 хворих на легку РВ. Контингент складався зі 74 (63,79 %) чоловіків та 42 (36,21 %) жінок.

В процесі дослідження використані клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи. Як основний інструмент дослідження використовували «Карту для клініко-епідеміологічних досліджень», що містила в собі соціально-демографічні та анамnestичні відомості, клінічну частину з характеристикою наявних симптомів і синдромів.

Діагноз легкої РВ верифікували за критеріями МКБ-10 (основні — зниження когнітивних здібностей, затримка мовного розвитку, недостатність розвитку моторних і соціальних навичок) з урахуванням показників стандартизованих тестів визначення коефіцієнта інтелекту — IQ (тест Векслера). Хворі з легкої РВ (F70) демонстрували показники IQ в діапазоні 60—69.

Для ранжування хворих за рівнем соціального функціонування в підлітковому і дорослому віці використовували «Карту реєстрації соціальних навичок і умінь підлітків, які страждають хронічними психічними розладами» [10]. Статистичне оброблення даних здійснювали за допомогою програмного забезпечення Statistica-7 for Windows.

За результатами клініко-анамnestичного дослідження встановлено, що 69 % хворих початково було діагностовано легку РВ в дитячому віці. Рідше вона виявлялася у віці 3—6 років (9,4%), тобто до початку шкільного навчання, найчастіше — в 7 років (16,2%), а пізніше віку 10 років — у 13,6 %. Нозологічна кваліфікація стану 76 (49,35 %) хворих була підтверджена стаціонарним обстеженням до досягнення повноліття. У 29 % пацієнтів з легкою РВ основний розлад був поєднаний з супутньою психіатричною, неврологічною чи соматичною симптоматикою. Найчастіше спостерігалися такі розлади: поведінки — у 89 (57,79 %) хворих; неврозоподібні — у 13 (8,44 %); судомні стани різного генезу — у 29 (18,83 %); локальні неврологічні порушення (залишкові прояви дитячого церебрального паралічу, наслідки перенесених нейроінфекцій і травм) — у 17 (11,04 %); ознаки психоорганічного синдрому — у 6 (3,90 %).

Загалом серед пацієнтів з легкою РВ особи чоловічої статі, протягом всього періоду спостереження, переважали вдвічі. Сімейна обтяженість на психічну патологію виявлена у 63 % обстежених: в 21 % випадків родичі страждали залежностями; в 18 % — інтелектуальною недостатністю різної вираженості, в 11 % випадків у родичів реєструвалися розлади особистості. Звертала на себе увагу велика частота різних екзогенних шкідливих

чинників в період формування плода і в ранньому післяпологовому періоді: у 81 % матерів вагітність перебігала з ускладненнями. Найчастішими були чинники, які тривало впливали на плід: нефропатії, загрози переривання, анемії. Інфекційні захворювання протягом вагітності перенесли 42 (27,3 %) матерів; токсичний вплив алкоголю — 18 (11,69 %); 9 (5,84 %) матерів намагалися самостійно позбутися плода, вживаючи різні медикаменти. Майже в половині спостережень зазначалося поєднання несприятливих чинників, що ускладнюють перебіг вагітності. 34 % респондентів народилися від перших пологів, решта — від повторних. Ускладнення в пологах виявлено у 108 (70,13 %) з 154 обстежених: асфіксія — у 53 (34,41 %), передчасні пологи — у 18 (11,69 %). Серед обстежених з легкою РВ значну частку становили ті що народилися з малою масою тіла (до 3 кг) — 40 %. Ранні постнатальні шкідливі чинники в анамнезі зафіксовані у 33 %. Серед матерів була відносно велика частка тих, які народили у віці від 35 до 40 років, водночас не було ранніх (до 18 років) пологів, поодинокі — випадки народження матерями старше ніж 40 років. Серед батьків переважали особи з середньою і середньою спеціальною освітою — 73 % матерів і 66 % батьків, допоміжну школу закінчили 9 матерів і 5 батьків. 48 (31,17 %) дітей виховувалися в багатодітних сім'ях, 82 (53,25 %) — в неповних; 34 дитини (22,08 %) мали досвід проживання з батьками, що вели асоціальний спосіб життя.

Психомоторний розвиток у дітей з легкою РВ був своєчасний в 38 % обстежених, але більша частина хворих розвивалися з затримкою або мовного (34 %), або моторно-мовного (53 %) розвитку.

На першому етапі дослідження також проведено аналіз соціальної адаптації підлітків з легкою РВ. На момент обстеження у 7,79 % хворих з легкою РВ (7 хлопчиків і 5 дівчат) ще в неповнолітньому віці була оформлена інвалідність. Призначення інвалідності найчастіше відбувалося у віці від року до 5 років. Четверо дітей отримали первинну інвалідність з дитинства внаслідок психічного розладу, 5 — внаслідок неврологічної патології, 2 — внаслідок соматичної. Починали навчатися в школі з 7 років 58 % хворих з легкою РВ, з 8 років — 36 %, з 9 років — 6 %. При більш виражених ступенях легкої РВ навчання починалося в допоміжній школі, але близько 70 % дітей з легкою РВ спочатку були прийняті в масові навчальні заклади, переведення в допоміжну школу відбувалося, зазвичай, в 1—6 класах. Пізніше переведення у допоміжну школу або відмова від переведення в неї відбувалися у разі небажання батьків виконувати рекомендації фахівців.

Загалом у 154 підлітків з легкою РВ інтелектуальне зниження незначно впливало на повсякденне життя, до якого більша частина з обстежених виявилися адаптованими. Невисокий рівень розвитку освітніх навичок компенсувався вибором сфер діяльності, де вони не були обмежені критеріями

інтелектуальної придатності. Більша частина пацієнтів на момент обстеження навчалися у допоміжних школах — 62 (40,26 %) або спеціалізованих коледжах — 25 (16,24 %), реабілітаційних центрах — 21 (13,64 %), працювали (не повний день) — 15 (9,74 %), та навчалися в загальноосвітніх школах — 10 (6,49 %), не навчалися і не працювали — 21 (13,64 %) обстежених.

За результатами проведеного обстеження за допомогою «Карти реєстрації соціальних навичок і умінь підлітків, які страждають хронічними психічними розладами» під час ранжування хворих за рівнем соціальної адаптації встановлена кореляція між середнім балом розвитку навичок і ступенем інтелектуального зниження (рис. 1).

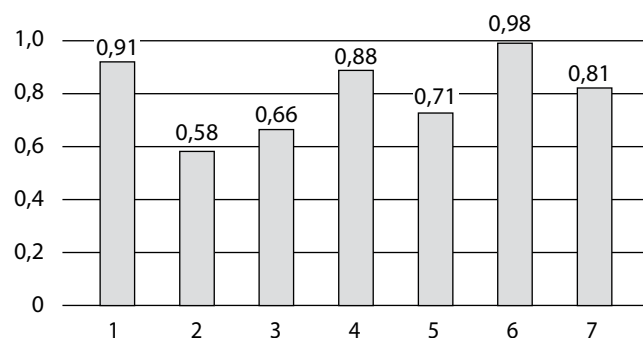


Рис. 1. Ступінь оволодіння соціальними навичками підлітками з легкою РВ

1 — орієнтованість в собі і навколишньому середовищі; 2 — освітні навички та їх використання; 3 — навички спілкування; 4 — навички самообслуговування; 5 — побутові навички; 6 — здатність орієнтуватися поза домом і користуватися громадським транспортом; 7 — здатність до контролю і планування власної діяльності

Виявлена кореляція ($r = 0,498$) між підсумковим середнім балом розвитку навичок і ступенем розумового недорозвинення була прямою — тобто чим вище були інтелектуальні показники, тим вищий бал, що оцінював соціальну адаптацію ($p < 0,001$).

Проведений катamnестичний аналіз осіб з легкою РВ у віці 18—23 років на завершальному етапі дослідження 116 хворих на легку РВ. Контингент складався зі 74 (63,79 %) чоловіків та 42 (36,21 %) жінок. Слід зазначити, що лише 52 (33,76 %) людини і далі відвідували психоневрологічний диспансер (ПНД). Решта обстежуваних були зняті зі спостереження і по допомогу не зверталися. Встановлено, що після 18-річного віку, нозологічне трактування психічного стану хворих змінилося лише в 7 випадках. У двох випадках легкої РВ діагноз був знятий, а п'яти пацієнтам переглянутий на важчий.

В процесі катamnестичного обстеження для оцінювання соціального функціонування хворих використовували «Карту оцінки соціального функціонування молодих дорослих психічно хворих». Результати (рис. 2) демонструють, що показники функціонування у пацієнтів з легкою розумовою відсталістю в віці 18—23 роки, знижені лише через

низький освітній рівень і недостатні навички спілкування та побутових навички. За рештою показників соціальне функціонування майже не відрізняється від норми.

Зазначені показники підтверджуються і досить задовільним загальним соціальним статусом пацієнтів. Зокрема, 87,93 % молодих людей з легкою РВ змогли здобути професійну освіту, але тільки близько 36,2 % мали постійну роботу, а 30,17 % — лише тимчасовий заробіток. Більша частина з них (104) не були одружені і далі проживали з батьками. Загалом це були соціально адаптовані в своєму оточенні особи, володіли навичками повсякденної життєдіяльності. Вони самостійно пересувалися містом, готували прості страви, обслуговували себе і допомагали в побуті близьким, які і далі контролювали фінанси хворих. Хворі, які працювали, зазвичай віддавали зарплату особам, що їх опікували. Третина обстежених, які працевлаштувалися, працювали в спеціально створених сприятливих умовах (в спеціалізованих майстернях, на одному підприємстві з батьками, під їх контролем, у допоміжних школах, соціальних центрах).

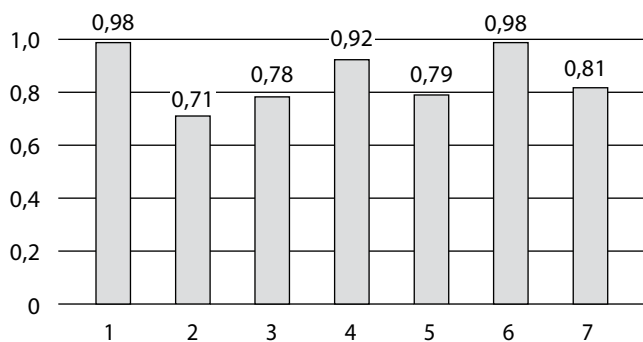


Рис. 2. Ступінь оволодіння соціальними навичками особами з легкою РВ

1 — орієнтованість в собі і навколишньому середовищі; 2 — освітні навички та їх використання; 3 — навички спілкування; 4 — навички самообслуговування; 5 — побутові навички; 6 — здатність орієнтуватися поза домом і користуватися громадським транспортом; 7 — здатність до контролю і планування власної діяльності

На момент обстеження 11 осіб перебували в шлюбі та з них 5 мали дітей. Водночас лише шестеро мешкали окремо від батьків. Близько 90 % обстежених мешкали з батьками, або с батьками чоловіка або дружини.

Близько 22,41 % (26 осіб) дорослих з легкою РВ вчиняли протиправні дії (брали участь в крадіжках, хуліганських діях) або самі ставали об'єктами криміногенної активності (їх били або змушували оформляти на себе кредити). Тому в дорослому віці госпіталізувалися в психіатричні лікарні 17 (14,65 %) осіб. Безпосередньою причиною госпіталізації ставали порушення поведінки, супутні залежності, потреба у примусовому лікуванні після вчинення протиправних дій. Питання, які потребують ек-

пертного висновку (позбавлення дієздатності, підтвердження інвалідності), зазвичай, вирішувалися в процесі амбулаторного обстеження.

Всього інвалідів з легкою РВ на момент катamnезу виявилось 37 осіб (чоловіків — 24, жінок — 13). Статус інваліда, отриманий з неповноліття, зберігся у більшості частини обстежених, 16 з яких після досягнення 18 років переоформили інвалідність, переважно на II групу. Лише три пацієнти з легкою РВ відмовилися від інвалідності після досягнення 18 років, успішно працевлаштувалися. Первинна констатація інвалідності в молодому дорослому віці відбувалася досить рідко, всього у 9 пацієнтів, двоє з яких отримали II групу, решта семеро — III групу. Загалом інвалідність, встановлену у молодому віці, частіше переглядали в бік підвищення групи інвалідності, що було пов'язане з погіршенням діагнозу, розширенням і збільшенням коморбідної симптоматики. В тих випадках, коли клінічний стан пацієнтів не давав вагомих підстав для оформлення інвалідності в молодому віці, питання інвалідизації непрацевлаштованих осіб з легкою РВ до віку 23 роки практично не вирішувалися, соціально дезадаптовані пацієнти жили на утриманні батьків або мали короткострокову, тимчасову, мало оплачувану зайнятість.

Загалом, молоді люди з легкою розумовою відсталістю після закінчення корекційних навчальних закладів і далі потребували заходів соціальної підтримки та сприяння працевлаштуванню. Незважаючи на наявність служб допомоги в працевлаштуванні та квотування робочих вакансій, місць для організованої зайнятості осіб з легкою РВ бракує.

Слід зазначити що, медикаментозну і соціальну психіатричну допомогу хворим більш активно надавали в підлітковому віці, про що свідчила різниця в частоті госпіталізацій і відвідувань ПНД цими пацієнтами з 15 та після 18 років. Переважно йшлося про симптоматичну корекцію коморбідної симптоматики (афективних, поведінкових порушень). Водночас, останніми роками з'явилося багато даних про те, що застосування ноотропних препаратів має позитивне значення в динаміці клінічної картини хворих з легкою РВ.

Отже, можна констатувати, що загалом клінічна картина неускладненої легкої РВ характеризується стабільністю. Хоча в деяких випадках є і негативна динаміка, яка спостерігається частіше, ніж позитивна, що може бути пов'язано з тяжкістю інших коморбідних розладів, які спостерігаються у розумово відсталих осіб. Випадки позитивної динаміки були також зафіксовані під час катamnестичного спостереження хворих, проте офіційно діагноз РВ був знятий тільки у двох осіб. Інвалідизація при легкій РВ формується переважно в дитячому віці, до повноліття її показники мало змінюються і цим вона суттєво відрізняється від динаміки інвалідизації внаслідок інших психічних розладів, що виникають в дитячому та підлітковому віці.

Рівень соціальної адаптації пацієнтів корелює з глибиною інтелектуального дефіциту, проте залежить і від деяких зовнішніх чинників, особливо важливе значення має організація зайнятості хворих. Навіть особи зі значними інтелектуальними порушеннями мають, зазвичай, найпростіші навички самообслуговування, реалізують їх, і можуть спілкуватися з оточенням на адекватному рівні. Найуспішніше інших адаптуються пацієнти з неускладненою легкою РВ. Якщо в підлітковому віці такі особи навчалися у допоміжних школах, вони виглядають досить пристосованими до умов, в яких проводять повсякденне життя.

Проте, незважаючи на той факт, що 90 % зі спостережуваних осіб отримали професійну освіту, лише близько 36 % з них мали постійну і 30 % — тимчасову роботу. Всього 12 % пацієнтів доповнювали бюджет батьківської сім'ї тимчасовими заробітками. Великою проблемою є брак або віддаленість установ, які використовують працю осіб з інтелектуальним зниженням. Адже молоді люди з легкою РВ після закінчення корекційних навчальних закладів і далі потребують заходів соціальної підтримки та зайнятості. Незважаючи на наявність служб допомоги в працевлаштуванні та квотування робочих вакансій, місць для організованої зайнятості осіб з РВ бракує.

Психіатричну допомогу хворим більш активно надають в дитячому та підлітковому віці, про що свідчить різниця в частоті госпіталізацій і відвідувань ПНД цими пацієнтами в дитинстві, підлітковому віці та після 18 років. Водночас медикаментозна і соціально-психіатрична корекція є важливими елементами комплексної допомоги особам з легкою РВ. Вирішення зазначених питань могло б сприяти кращій соціальній інтеграції цієї групи хворих.

Отже, результати проведеного дослідження дають змогу дійти таких висновків.

Первинна діагностика легкої розумової відсталості відбувається переважно в дитячому віці і пов'язана з моментом впливу провокаційного чинника, або комплексу таких чинників, що потенціюють один одного і спричиняють декомпенсацію стану в періоди підвищення фізичних, інтелектуальних, емоційних та інших навантажень на неповнолітнього.

Серед чинників ризику виникнення легкої РВ можна виокремити нозонеспецифічні: чоловіча стать, сімейна обтяженість хворобами залежності, вік батьків більше ніж 30 років, патологія перебігу інтра-, пери- і постнатального періоду розвитку, дизонтогенез в формі затримки моторного і психомовного розвитку на першому році життя; до нозоспецифічних: наявність родичів з інтелектуальними порушеннями; низький освітній рівень батьків, вік матерів більше ніж 35 років;

Інвалідизація при легкій РВ формується переважно в дитячому віці, до повноліття її показники майже не змінюються. Зазвичай особи, які одержували до-

помогу з неповноліття, після досягнення дорослого віку зберігають ознаки обмежень життєдіяльності та працездатності різного ступеня.

Основними чинниками, що впливають на рівень соціальної адаптації у дорослому віці хворих з легкою РВ, є вік до початку захворювання; ступінь вираженості психопатологічних розладів в дитинстві; прогредієнтність захворювання; показники інтелекту до повноліття; відсутність коморбідних розладів; комплаєнтність як самих хворих, так і їхніх батьків; етапність комплексного лікування, психолого-педагогічних і соціальних корекційних заходів протягом дорослішання; соціальне оточення.

Рівень соціальної адаптації пацієнтів безпосередньо корелює з глибиною інтелектуального дефіциту. Його підвищенню сприяють багаторічні лікувально-реабілітаційні втручання, виявлення та корекція порушень навичок життєдіяльності, психоосвіта батьків або родичів хворих, допомога в працевлаштуванні, медикаментозна корекція коли є потреба компенсації клінічного стану та для підвищення рівня соціальної пристосованості.

*Автор повідомляє, що конфлікту інтересів немає.
Джерело фінансування: власні кошти.*

Список літератури

1. Альбицкая Ж. В., Касимова Л. Н., Дворянинова В. В. Клинико-катамнестическое исследование умственной отсталости у детей в основные возрастные периоды развития // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 3. С. 52—57. URL: https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_09_scp_970.pdf.
2. Галанин И. В. Течение и современные методы лечения выраженных форм умственной отсталости // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2007. № 3. С. 19—21.
3. Шестилетний тренд динамики инвалидности детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями / Головина А. Г., О. П. Шмакова, О. В. Овсянникова [и др.] // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации : сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова. СПб., 2014. С. 13—14. URL: <https://psychiatr.ru/download/1931?view=1&name=>.
4. Castrén E., Elgersma Y., Maffei L., Hagerman R. Treatment of neurodevelopmental disorders in adulthood // The Journal of Neuroscience. 2012. No. 32 (41). P. 14074—14079. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3287-12.2012.
5. Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort / Hall I., Strydom A., Richards M. [et al.] // Journal of intellectual disability research. 2005. No. 49 (3). P. 171—182. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00636.x.
6. Outcomes in young adulthood: are we achieving community participation and inclusion? / Gray K. M., Piccinin A., Keating C. M. [et al.] // Journal of intellectual disability research. 2014. No. 58 (8). P. 734—745. DOI: 10.1111/jir.12069.
7. Dietary supplementation of omega-3 fatty acids rescues fragile X phenotypes in Fmr1-Ko mice / Pietropaolo S.,

Goubran M. G., Joffe C. [et al.] // Psychoneuroendocrinology. 2014. No. 49. P. 119—129.

8. Проскурняк О. І. Чинники розвитку комунікативної діяльності розумово відсталих підлітків // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2015. № 9. С. 85—92. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooop_2015_9_15.

9. Бистров А. Є., Синьов В. М. Схильність підлітків з інтелектуальними порушеннями до різних типів віктимної поведінки, та її зв'язок з особистісними особливостями підлітків // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2018. Вип. 36 (19). С. 132—139. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/28206>.

10. Мазаева Н. А., Шмакова О. П. Оценка социальных навыков и умений подростков с хроническими психическими расстройствами, сопровождающимися нарушениями адаптации («Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими

расстройствами») : медицинская технология. Москва : МАКСПресс, 2015. 39 с.

Надійшла до редакції 21.01.2021

ЧАБАНЮК Сергій Олександрович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: seregka.larik@gmail.com

CHABANIUK Serhii, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: seregka.larik@gmail.com

Л. М. Юр'єва, Л. В. Крячкова, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов

ПСИХОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ЩО ЗАЗНАЛИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

Л. Н. Юрьева, Л. В. Крячкова, Т. И. Шустерман, Е. А. Лихолетов

Психометрическое исследование гражданских лиц, подвергшихся психосоциальному стрессу в условиях военного конфликта

L. Yuryeva, L. Kriachkova, T. Shusterman, Ye. Likholetov

Psychometric study of civilians that exposed to psychosocial stress in conditions of military conflict

Метою роботи було проведення психометричного дослідження цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, для оцінення паттернів клініко-психопатологічних ознак розладів адаптації.

Обстежено 109 осіб з діагностованими порушеннями психіки кластера F43.2 — розлади адаптації, учасників дослідження поділено на три групи: вдови військовослужбовців (6 осіб), родичі учасників бойових дій (УБД), які повернулись до мирного життя (71 особа), та внутрішньо переміщені особи (ВПО) — 32 обстежених. Для оцінювання вираженості психопатологічної симптоматики використано опитувальник Symptom Check List-90-Revised L. R. Derogatis (SCL-90-R), в адаптації Н. Тарабріної та шкала депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD).

В процесі дослідження виявлений низький рівень симптоматичних розладів у всіх досліджених, але з вищими показниками за шкалами соматизації, обсесивно-компульсивних розладів, тривожності та фобічної тривожності в групі ВПО, за шкалою депресії — в групі родичів УБД, що повернулися до мирного життя. За шкалою Гамільтона виявлено легку депресію у вдів військовослужбовців та ВПО; у родичів УБД, що повернулися до мирного життя, кількісна величина показника свідчила, що у них немає ознак депресії. Встановлено невідповідність між об'єктивною і суб'єктивною оцінками рівня депресії в обстежених.

Виявлені паттерни клініко-психопатологічних ознак розладів адаптації слід брати до уваги під час розроблення лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів для цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту.

Ключові слова: розлади адаптації, вдови, родичі, учасники бойових дій, внутрішньо переміщені особи, психометрія

Целью работы было проведение психометрического исследования гражданских лиц, подвергшихся психосоциальному стрессу в условиях военного конфликта, для оценки паттернов клинических и психопатологических признаков расстройств адаптации.

Обследовано 109 человек с диагностированными психическими расстройствами кластера F43.2 — расстройства адаптации, участники исследования поделены на три группы: вдовы военнослужащих (6 человек), родственники участников боевых действий (УБД), вернувшихся к мирной жизни (71 человек), и внутренне перемещенные лица (ВПЛ) — 32 человека. Для оценки степени выраженности психопатологических симптомов использованы опросник Symptom Check List-90-Revised L. R. Derogatis (SCL-90-R), в адаптации Н. Тарабриной и шкала оценки депрессии Гамильтона (HRSD).

В ходе исследования выявлен низкий уровень симптоматических расстройств у всех исследуемых, но с более высокими показателями по шкалам соматизации, обсесивно-компульсивного расстройства, тревожности и фобической тревожности в группе ВПЛ, по шкале депрессии — в группе родственников УБД, вернувшихся к мирной жизни. По шкале Гамильтона выявлена легкая депрессия у вдов военнослужащих и ВПЛ; у родственников УБД, вернувшихся к мирной жизни, количественное значение показателя соответствовало отсутствию признаков депрессии. Установлено несоответствие между объективной и субъективной оценками уровня депрессии у исследуемых.

Виявленні паттерни клініко-психопатологічних особностей расстройств адаптации следует учитывать при разработке лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий для гражданских лиц, подвергшихся психосоциальному стрессу в условиях военного конфликта.

Ключевые слова: расстройства адаптации, вдовы, родственники, участники боевых действий, внутренне перемещенные лица, психометрия

The aim of the work was to conduct a psychometric study of civilians that experienced psychosocial stress in a military conflict to assess the patterns of clinical and psychopathological signs of adjustment disorders.

109 persons with diagnosed mental disorders of cluster F43.2 — adjustment disorders have been examined the participants have been divided into three groups: widows of military personnel (6 persons), relatives of combatants who returned to peaceful life (71 persons), and internally displaced persons (IDP) — 32 persons. To assess the severity of psychopathological symptoms, the Symptom Check List-90-Revised L. R. Derogatis (SCL-90-R), adapted by N. Tarabrina and the Hamilton Depression Rating Scale (HRSD) were used.

The study has revealed a low level of symptomatic disorders in all participants, but with higher indicators on the scales of somatization, obsessive-compulsive disorder, anxiety and phobic anxiety in the IDP group, on the scale of depression — in the group of relatives of combatants who returned to a peaceful life. Hamilton Rating Scale for Depression has revealed mild depression in widows of military personnel and IDP; in relatives of combatants who returned to a peaceful life, the quantitative value of the indicator has corresponded to the absence of depression signs. Discrepancy at the objective and subjective assessment of the level of depression in the participants has been established.

The identified patterns of clinical and psychopathological characteristics of adjustment disorders should be taken into account while developing therapeutic, rehabilitation and preventive measures for civilians that exposed to psychosocial stress in a military conflict.

Keywords: adjustment disorders, widows, relatives, combatants, internally displaced persons, psychometry

На сучасному етапі розвитку суспільства спостерігається зростання поширеності неспсихотичних порушень психічної сфери [1, 2], особливо серед тих верств населення, що зазнали впливу психосоціального стресу [3—5].

У сучасних локальних військових конфліктах до 90 % жертв припадає на мирне населення [6, 7]. Неспсихотичні, пов'язані зі стресом, психічні розлади, насамперед — розлади адаптації спостерігаються здебільшого у внутрішньо переміщених осіб і чималої кількості родичів військовослужбовців, що брали участь в бойових діях [8, 9].

Психічна дезадаптація, що настала внаслідок пережитого стресу соціальних змін, може перебігати як на донозологічному рівні, так і на рівні клінічно окреслених розладів адаптації [8, 10]. На психологічному рівні це може виявлятися почуттям соціальної знедоленості людини, чужості новим соціальним нормам і системі цінностей, усвідомленням власної безпорадності й ізольованості, втратою перспективи. За умови формування вираженої психопатологічної симптоматики, на перший план виходять невротичні прояви, з домінуванням тривоги, страху, дистимії, вегетосудинних і соматовегетативних порушень [3, 11].

Найчастішим неспсихотичним психічним розладом у населення, що зазнало психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [12, 13]. Добре відомо, що військові ветерани схильні до ризику виникнення фізичних і психічних проблем, пов'язаних з їх службою [14]. Наприклад, дослідження військового персоналу Сполученого Королівства Великобританії показали, що 4 % обстежених відповідають критеріям ПТСР, причому вищі показники спостерігаються у тих, хто виконує бойові функції [15]. Аналогічні дослідження військових у Сполучених Штатах Америки виявили вищі показники ПТСР серед тих, хто служив в Іраку і Афганістані. Ветерани також можуть бути більш схильні до проблем зі зловживанням психоактивними речовинами або алкоголем, ніж звичайні люди [16—18].

Дослідження показали, що в деяких випадках у ветеранів, які мають проблеми з психічним здоров'ям, — підвищений ризик емоційного розладу, особливо у людей з низьким рівнем доходу і в контексті сімейної напруженості. Наслідки впливу бойових дій також спричиняли вищий рівень стресу у партнера. Триваліше перебування в зоні бойових дій, збільшений строк служби за контрактом і ПТСР у військовослужбовців, а також безробіття, наявність дітей-утриманців і самі колишні військові були причинами виникнення психологічних проблем у родичів ветеранів [19].

З огляду на специфічні чинники психотравматизації, притаманні цивільним особам, що зазнали впливу психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, можна припустити, що наявні в них адаптаційні розлади проявлятимуться специфічними психопатологічними феноменами, зумовленими

специфікою їх виникнення, що, відповідно, повинно сприяти їх поглибленому вивченню та розробленню на цій основі персоніфікованих програм психіатричної допомоги для цього контингенту.

Вищезазначене зумовило нагальну потребу виконання цієї роботи, метою якої було проведення психометричного дослідження цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту, для оцінювання паттернів клініко-психопатологічних ознак розладів адаптації.

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, за період з вересня 2018 до січня 2020 року було обстежено 109 осіб, які зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. Серед них — вдови військовослужбовців, родичі учасників бойових дій (УБД), які повернулись до мирного життя, та внутрішньо переміщені особи (ВПО). Було сформовано три групи: до групи 1 увійшло 6 вдів військовослужбовців; до групи 2 було залучено родичів (матері, батьки, дружини) УБД, що повернулися до мирного життя, — 71 особа (17 чоловіків, 54 жінки); до групи 3 — 32 (12 чоловіків і 20 жінок) ВПО. В усіх обстежених були діагностовані порушення психіки кластера F43.2 — розлади адаптації (за МКХ-10).

Психометричне дослідження осіб з трьох груп проводили з використанням опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised L. R. Derogatis, SCL-90-R), в адаптації Н. Тапабіної та шкали депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD) [20, 21].

Статистичний аналіз виконано з використанням ліцензійного пакету прикладних програм Statistica 13 (StatSoft Inc., USA). Статистичний аналіз охоплював формування описової статистики та оцінювання характеру розподілу ознак. Аналіз різниць виконано з використанням непараметричного тесту Манна — Уїтні. Різниця у показниках між групами вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Аналіз показників вираженості психопатологічної симптоматики за даними опитувальника SCL-90-R проводили за 9 основними шкалами симптоматичних розладів (соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, міжособистісна сензитивність, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїальні симптоми, психотизм) та трьома шкалами (індексами) другого порядку (загальний індекс тяжкості, індекс прояву симптоматики, індекс вираженості дистресу). Бали за додатковими симптомами були внесені до загальної інтерпретації для більш точної оцінки психопатологічного статусу учасників дослідження. Кількісні характеристики усіх психопатологічних симптомів наведені у таблиці.

Показники соматизації у досліджених були низькими, і значуще не відрізнялися: найбільший показник був виявлений у групі ВПО: середня величина ($1,16 \pm 0,65$) балів, медіана 1,00 бал, інтерквартильний діапазон 0,60 балів — 1,80 балів, тоді як у вдів та у родичів УБД, що повернулись до мирного життя

Показники вираженості психопатологічної симптоматики за даними опитувальника SCL-90-R (у балах)

Симптоми та показники	Кількісні показники: $M \pm m$ / Me / $Q25$ / $Q75$			p		
	Група 1 (Г1)	Група 2 (Г2)	Група 3 (Г3)	Г1 vs Г2	Г1 vs Г3	Г2 vs Г3
Соматизація	$0,95 \pm 0,82$ / 0,75 / 0,30 / 1,30	$0,95 \pm 0,83$ / 0,70 / 0,30 / 1,20	$1,16 \pm 0,65$ / 1,00 / 0,60 / 1,80	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	$0,97 \pm 0,38$ / 0,95 / 0,60 / 1,20	$1,12 \pm 0,61$ / 0,90 / 0,70 / 1,50	$1,34 \pm 0,46$ / 1,40 / 1,40 / 1,50	> 0,05	< 0,05	< 0,05
Міжособистісна сенситивність	$0,83 \pm 0,28$ / 0,90 / 0,80 / 1,00	$1,04 \pm 0,58$ / 1,00 / 0,70 / 1,40	$0,99 \pm 0,33$ / 1,00 / 1,00 / 1,10	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Депресія	$0,62 \pm 0,44$ / 0,50 / 0,20 / 1,10	$0,99 \pm 0,67$ / 0,80 / 0,50 / 1,50	$0,91 \pm 0,27$ / 0,85 / 0,80 / 1,10	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Тривожність	$0,42 \pm 0,33$ / 0,35 / 0,10 / 0,70	$0,68 \pm 0,71$ / 0,40 / 0,20 / 0,80	$1,00 \pm 0,32$ / 1,05 / 0,90 / 1,20	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Ворожість	$0,45 \pm 0,30$ / 0,50 / 0,20 / 0,70	$1,10 \pm 0,94$ / 1,00 / 0,20 / 1,80	$0,93 \pm 0,41$ / 0,90 / 0,75 / 1,30	> 0,05	< 0,01	> 0,05
Фобічна тривожність	$0,23 \pm 0,33$ / 0,05 / 0,00 / 0,60	$0,37 \pm 0,45$ / 0,30 / 0,00 / 0,70	$0,60 \pm 0,25$ / 0,65 / 0,60 / 0,70	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Паранояльні симптоми	$0,47 \pm 0,51$ / 0,30 / 0,00 / 1,00	$1,13 \pm 0,73$ / 1,00 / 0,50 / 1,50	$0,63 \pm 0,54$ / 0,65 / 0,00 / 1,20	< 0,05	> 0,05	< 0,01
Психотизм	$0,23 \pm 0,57$ / 0,00 / 0,00 / 0,00	$0,46 \pm 0,46$ / 0,30 / 0,10 / 0,60	$0,45 \pm 0,47$ / 0,20 / 0,00 / 1,00	< 0,05	> 0,05	> 0,05
Додаткові симптоми	$1,10 \pm 0,74$ / 0,90 / 0,60 / 1,60	$0,75 \pm 0,75$ / 0,60 / 0,10 / 1,00	$1,23 \pm 0,49$ / 1,10 / 0,95 / 1,70	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Індекс GSI	$0,65 \pm 0,23$ / 0,80 / 0,40 / 0,80	$0,85 \pm 0,52$ / 0,80 / 0,40 / 1,10	$0,94 \pm 0,31$ / 0,85 / 0,80 / 1,20	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Індекс PSI	$31,00 \pm 7,16$ / 30,00 / 29,00 / 31,00	$37,08 \pm 15,55$ / 38,00 / 24,00 / 43,00	$43,91 \pm 16,07$ / 42,50 / 31,00 / 59,00	> 0,05	< 0,05	< 0,05
Індекс PDSI	$1,95 \pm 0,86$ / 1,95 / 1,10 / 2,50	$2,02 \pm 0,59$ / 1,90 / 1,60 / 2,50	$1,89 \pm 0,48$ / 1,80 / 1,80 / 2,25	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Примітка. Кількісні показники подані у вигляді: середня арифметична та середня похибка середньої ($M \pm m$); Me — медіана; $Q25$ / $Q75$ — нижній (перший) та верхній (третій) квартилі. GSI (General Symptomatic Index) — загальний індекс тяжкості, PSI (Positive Symptomatic Index) — індекс прояву симптоматики, PDSI (Positive Distress Symptomatic Index) — індекс вираженості дистресу

він був практично однаковим: середня величина у групі 1 становила ($0,95 \pm 0,82$) балів, медіана 0,75 балів, інтерквартильний діапазон 0,30 балів — 1,30 балів; у групі 2 — ($0,95 \pm 0,83$) балів, медіана 0,70 балів, інтерквартильний діапазон 0,30 балів — 1,20 балів.

Обсесивно-компульсивна симптоматика також виявилася найбільш вираженою у ВПО: середня величина була ($1,34 \pm 0,46$) балів, медіана 1,40 балів, інтерквартильний діапазон 1,40 балів — 1,50 балів. Цей показник виявився значущим ($p < 0,05$) вищим, ніж у вдів та у родичів УБД, що повернулися до мирного життя, у яких він практично не відрізнявся: у групі 1 середня величина становила ($0,97 \pm 0,38$) балів, медіана 0,95 балів, інтерквартильний діапазон 0,60 балів — 1,20 балів; у групі 2 середня величина становила ($1,12 \pm 0,61$) балів, медіана 0,90 балів, інтерквартильний діапазон 0,70 балів — 1,50 балів. Загалом показник обсесивно-компульсивної симптоматики відповідав її низькому рівню.

Показник міжособистісної сензитивності значущим не відрізнявся в усіх групах, хоча в осіб групи 2 він був дещо вищим: середня величина була ($1,04 \pm 0,58$) балів, медіана 1,00 бал, інтерквартильний діапазон 0,70 балів — 1,40 балів; дещо нижчим цей показник виявився у осіб групи 3: середня величина ($0,99 \pm 0,33$) балів, медіана 1,00 бал, інтерквартильний діапазон 1,00 бал — 1,10 балів; найнижчим він виявився у осіб групи 1: середня величина становила ($0,83 \pm 0,28$) балів, медіана 0,90 балів, інтерквартильний діапазон 0,80 балів — 1,00 бал.

Найвищі показники депресії були виявлені у родичів УБД, що повернулись до мирного життя: серед-

ня величина ($0,99 \pm 0,67$) балів, медіана 0,80 балів, інтерквартильний діапазон 0,50 балів — 1,50 балів. Дещо нижчим виявився рівень депресії у групі ВПО: ($0,91 \pm 0,27$) балів, медіана 0,85 балів, інтерквартильний діапазон 0,80 балів — 1,10 балів і найнижчим — у вдів військовослужбовців: ($0,62 \pm 0,44$) бали, медіана 0,50 балів, інтерквартильний діапазон 0,20 балів — 1,10 балів. Водночас різниці у показниках між групами виявились статистично не значущими ($p > 0,05$). Загалом рівень вираженості депресії у досліджених групах був оцінений як низький.

Показники тривожності у групі 3 виявились значущими ($p < 0,01$) вищими, порівняно з групою 2, зокрема середня величина становила ($1,00 \pm 0,32$) бали, медіана 1,05 балів, інтерквартильний діапазон 0,90 балів — 1,20 балів. У обстежених родичів УБД, що повернулись до мирного життя, показник тривожності виявився вищим, ніж у вдів: у групі 2 середня величина становила ($0,68 \pm 0,71$) балів, медіана 0,40 балів, інтерквартильний діапазон 0,20 балів — 0,80 балів, у групі 1 — ($0,42 \pm 0,33$) балів, медіана 0,35 балів, інтерквартильний діапазон 0,10 балів — 0,70 балів, однак, ці розбіжності статистично не значущі ($p > 0,05$). Показник тривожності у досліджених групах відповідав низькому її рівню.

У родичів УБД, що повернулись до мирного життя, був виявлений низький рівень ворожості, зокрема середня величина становила ($1,10 \pm 0,94$) балів, медіана 1,00 бал, інтерквартильний діапазон 0,20 балів — 1,80 балів. У групі ВПО рівень ворожості виявився ще нижчим: середня величина ($0,93 \pm 0,41$) балів, медіана 0,90 балів, інтерквартильний діапазон

0,75 балів — 1,30 балів, а у вдів військовослужбовців — найнижчим серед усіх груп: середня величина становила $(0,45 \pm 0,30)$ балів, медіана 0,50 балів, інтерквартильний діапазон 0,20 балів — 0,70 балів. Різниці були значущі як порівняти групу 1 і групу 3 ($p < 0,01$), і не значущі — як порівняти групу 1 і групу 2, та групу 2 і групу 3 ($p > 0,05$).

Для обстежених усіх груп був характерний невисокий рівень фобічної тривожності. Найвищим він виявився у групі ВПО, зокрема середня величина становила $(0,60 \pm 0,25)$ балів, медіана 0,65 балів, інтерквартильний діапазон 0,60 балів — 0,70 балів. Це виявилось значуще ($p < 0,01$) більше, ніж у родичів УБД, що повернулись до мирного життя, у яких середня величина становила $(0,37 \pm 0,45)$ балів, медіана 0,30 балів, інтерквартильний діапазон 0,00 балів — 0,70 балів, і значуще ($p < 0,05$) більше, ніж у вдів військовослужбовців: середня величина фобічної тривожності у них становила $(0,23 \pm 0,33)$ балів, медіана 0,05 балів, інтерквартильний діапазон 0,00 балів — 0,60 балів. Різниці між групами 1 і 2 були статистично не значущі ($p > 0,05$).

У родичів УБД, які повернулись до мирного життя, виявлено низький рівень вираженості параноїальної симптоматики: середня величина показника становила $(1,13 \pm 0,73)$ балів, медіана 1,00 бал, інтерквартильний діапазон 0,50 балів — 1,50 балів. У групі ВПО показник параноїальної симптоматики виявився ще нижчим: середня величина становила $(0,63 \pm 0,54)$ балів, медіана 0,65 балів, інтерквартильний діапазон 0,00 балів — 1,20 балів. Найменшим показник параноїальної симптоматики виявився у вдів військовослужбовців: середня величина показника у них становила $(0,47 \pm 0,51)$ балів, медіана 0,30 балів, інтерквартильний діапазон 0,00 балів — 1,00 бал. Різниці виявились значущими ($p < 0,01$) як порівняти групу 1 і групу 2 та групу 2 і групу 3, і не значущими ($p > 0,05$) — як порівняти групу 1 і групу 3.

Показник психотизму у групах 2 і 3 відповідав низькому рівню, а у групі 1 — дуже низькому рівню. Зокрема, у групі 2 середня величина показника психотизму становила $(0,46 \pm 0,46)$ балів, медіана 0,30 балів, інтерквартильний діапазон 0,10 балів — 0,60 балів. У обстежених групи 3 середня величина показника психотизму становила $(0,45 \pm 0,47)$ балів, медіана 0,20 балів, інтерквартильний діапазон 0,00 балів — 1,00 бал. У обстежених групи 1 середня величина показника психотизму становила $(0,23 \pm 0,57)$ балів, медіана 0,00 балів, інтерквартильний діапазон 0,00 балів — 0,00 балів. Різниці виявились значущими як порівняти групи 1 і 2 ($p < 0,05$), і не значущими — як порівняти групи 1 і 3 та групи 2 і 3 ($p > 0,05$).

Показник додаткової симптоматики виявився найвищим у обстежених групи 3, зокрема середня величина показника становила $(1,23 \pm 0,49)$ балів, медіана 1,10 балів, інтерквартильний діапазон 0,95 балів — 1,70 балів. У групі 1 цей показник виявився меншим: середня величина становила $(1,10 \pm 0,74)$ балів, медіана 0,90 балів, інтерквартильний діапазон 0,60 балів — 1,60 балів. Найнижчий

показник виявлений у групі 2: середня величина показника становила $(0,75 \pm 0,75)$ балів, медіана 0,60 балів, інтерквартильний діапазон 0,10 балів — 1,00 бал. Різниці були значущими як порівняти групи 2 і 3 ($p < 0,01$) і не значущими — як порівняти групи 1 і 2 та групи 1 і 3 ($p > 0,05$).

За даними узагальнених шкал другого порядку індекс GSI виявився найвищим у обстежених групи 3, зокрема середня величина показника становила $(0,94 \pm 0,31)$ балів, медіана 0,85, інтерквартильний діапазон 0,80 балів — 1,20 балів. У осіб групи 2 цей показник був меншим: середня величина становила $(0,85 \pm 0,52)$ бали, медіана 0,80 балів, інтерквартильний діапазон 0,40 балів — 1,10 балів. Найнижчий рівень тяжкості психопатологічної симптоматики виявлений у осіб групи 1: середня величина показника становила $(0,65 \pm 0,23)$ балів, медіана 0,80 балів, інтерквартильний діапазон 0,40 балів — 0,80 балів. Індекс GSI в усіх групах відповідав низькому рівню. Різниці були значущі як порівняти показники у групах 1 і 3 ($p < 0,05$), і не значущі — як порівняти показники у групах 1 і 2 та 2 і 3 ($p > 0,05$).

Індекс PSI також виявився найвищим у осіб групи 3: середня величина його становила $(43,91 \pm 16,07)$ балів, медіана 42,50 балів, інтерквартильний діапазон 31,00 бал — 59,00 балів. Меншим виявився цей показник у обстежених групи 2: середня величина показника — $(37,08 \pm 15,55)$ балів, медіана 38,00 балів, інтерквартильний діапазон 24,00 бали — 43,00 бали. Найнижчий результат виявився у групі 1: середня величина показника становила $(31,00 \pm 7,16)$ балів, медіана 30,00 балів, інтерквартильний діапазон 29,00 балів — 31,00 бал. Різниці були значущі ($p < 0,05$) як порівняти показники у групах 1 і 3 та у групах 2 і 3, і не значущі — як порівняти показники у групах 1 і 2 ($p > 0,05$).

Індекс PDSI виявився найвищим у обстежених групи 2, зокрема, середня величина показника становила $(2,02 \pm 0,59)$ балів, медіана 1,90 балів, інтерквартильний діапазон 1,60 балів — 2,50 балів. Меншим показник вираженості дистресу виявився у осіб групи 1: середня величина — $(1,95 \pm 0,86)$ балів, медіана 1,95 балів, інтерквартильний діапазон 1,10 балів — 2,50 балів. Найнижчим індекс PDSI був у осіб групи 3: середня величина показника становила $(1,89 \pm 0,48)$ балів, медіана 1,80, інтерквартильний діапазон 1,80 балів — 2,25 балів. Водночас слід зауважити, що різниці у показниках індексу PDSI між групами були статистично не значущі ($p > 0,05$).

Дослідження показників вираженості депресії за шкалою Гамільтона (HRSD) виявило, що найвищі показники були характерні для групи ВПО. Зокрема, середня величина показника депресії у них становила $(10,13 \pm 4,60)$ балів, медіана 10,00 балів, інтерквартильний діапазон — 8,00 балів — 14,50 балів. Ці кількісні показники відповідали легкій депресії. Близьким до цього був показник депресії у вдів військовослужбовців: середня величина $(10,00 \pm 4,86)$ балів, медіана 9,00 балів, інтерквартильний діапазон 6,00 балів — 11,00 балів, що також

відповідало легкій депресії. Найнижчим показник депресії виявився у родичів УБД, які повернулися до мирного життя: ($6,17 \pm 5,87$) балів, медіана 4,00 балів, інтерквартильний діапазон 2,00 балів — 9,00 балів. Кількісна величина показника у цій групі свідчила, що ознак депресії немає (рисунк). Різниця були значущі як порівняти групи 1 і 2 ($p < 0,05$), а також групи 2 і 3 ($p < 0,01$).



Кількісні показники за шкалою депресії М. Гамільтона

Суттєвим є порівняння показників за шкалою Гамільтона (HRSD), одержаних під час об'єктивного оцінювання психічного стану, з даними самооцінювання депресивного стану з використанням опитувальника SCL-90-R. Передусім, привертала увагу невідповідність між об'єктивною (за HRSD) і суб'єктивною (за SCL-90-R) оцінками рівня депресивних проявів. Кореляційний аналіз дав змогу виявити значущий ($p < 0,01$) зв'язок між сумарним показником депресії за HRSD і показником депресії за SCL-90-R, однак, цей кореляційний зв'язок виявився слабким ($r_s = 0,275$).

На наш погляд, ймовірним поясненням виявленої невідповідності можуть бути соціально-психологічні особливості учасників дослідження.

Родичі загиблих УБД на сьогодні є найбільш соціально захищеною групою. Вельми важливим є також позитивне ставлення до них суспільства, увага з боку громадських, волонтерських і молодіжних організацій, що формує найбільш сприятливу психологічну атмосферу, певною мірою пом'якшуючи психологічний стрес від втрати родича внаслідок бойових дій. Важливо також, що постійна увага з боку суспільства, формування певних соціальних стереотипів, пов'язаних із загибеллю воїна на фронті, змушує принаймні частину родичів (вдів) загиблих УБД слідувати цим стереотипам, що виявлялося і під час самооцінювання рівня депресії. Це дає змогу пояснити специфічну невідповідність між оцінками рівня депресії у цій групі — відносно високі показники під час оцінювання фахівцем, і низькі — під час самооцінювання.

На відміну від родичів загиблих УБД, ВПО є найменш соціально захищеною категорією. Тому закономірним є кумуляція у них психоемоційного стресу, поява проявів невротизації, зокрема, депресивних симптомів, що виявилось відносно високим показником депресії під час оцінювання фахівцем, порівняно

з іншими групами. У цій групі також відносно високим був показник самооцінки депресії.

Щодо родичів УБД, що повернулися до мирного життя, то, на наш погляд, відносно високі показники депресії за самооцінкою в цій групі можуть бути пов'язані з бажанням привернути увагу до себе і своїх проблем, відчуттям недостатньої підтримки й уваги з боку суспільства. Закономірно, що у цій групі показник депресії за оцінкою фахівця є найнижчим серед усіх груп, що відповідає реальній ситуації: стресове навантаження у цієї категорії осіб є найнижчим серед усіх досліджених груп, а адаптаційні можливості — найбільшими. Підтвердженням є те, що це — єдина група серед досліджених, показник депресії в якій, за даними оцінки фахівця, свідчив, що ознак депресії немає.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Під час психометричного дослідження осіб трьох груп за основними шкалами опитувальника SCL-90-R показники симптоматичних розладів виявилися низькими.

Порівняно з іншими групами, обстежені ВПО мали вищі показники за чотирма з дев'яти основних шкал (соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, тривожність, фобічна тривожність), обстежені родичі УБД, що повернулися до мирного життя, мали найбільші бали лише за показником депресії.

Під час аналізу даних основних шкал опитувальника SCL-90-R виявлено суттєву різницю між групою вдів військовослужбовців та групою ВПО за такими показниками: obsесивно-компульсивні розлади, ворожість, фобічна тривожність; між групою родичів УБД, що повернулися до мирного життя та групою ВПО: obsесивно-компульсивні розлади, фобічна тривожність, паранояльні симптоми; між групою вдів та групою родичів УБД, що повернулися до мирного життя, — лише за показником психотизму.

За даними узагальнених шкал другого порядку виявлено значущу статистичну різницю за індексами GSI між групою вдів військовослужбовців та групою ВПО; за індексом PSI — між групою вдів військовослужбовців та групою ВПО і групою родичів УБД, що повернулися до мирного життя, та групою ВПО. За індексом PDSI між групами достовірної статистичної різниці не виявлено.

За шкалою Гамільтона виявлено легку депресію у вдів військовослужбовців та ВПО, водночас у родичів УБД, що повернулися до мирного життя, кількісна величина показника свідчила, що у них немає ознак депресії.

Суттєвим є порівняння показників за шкалою Гамільтона (об'єктивна оцінка) з даними самооцінки депресивного стану з використанням опитувальника SCL-90-R.

Виявлені паттерни клініко-психопатологічних ознак розладів адаптації слід брати до уваги під час розроблення лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів для цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту.

Список літератури

1. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_1_3.
2. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 105. URL: <https://uvnprn.com.ua/upload/iblock/d72/d726309dc60a8dc44e2ef104066e122d.pdf>.
3. Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна: медико-психологічні наслідки — учасників АТО: психопатологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми / М. В. Маркова // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2016. № 4 (24). С. 6—10. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psmno_2016_4_3.
4. Вплив психосоціальних факторів на психічне здоров'я / І. Я. Пінчук, Н. М. Степанова, О. О. Суховій, О. О. Сулімовська // NeuroNews. 2015. № 1. С. 8—11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apruh_2014_20_4_17.
5. Khan S. Chronic Stress Leads to Anxiety and Depression / S. Khan, R. A. Khan // Annals of Psychiatry and Mental Health. 2017. Vol. 5 (1). P. 1091—1093. DOI: 10.12691/ajssm-6-3-2.
6. Маркова М. В. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми / М. В. Маркова, Г. С. Росінський // Український вісник психоневрології. 2018. № 26 (94). С. 78—82. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psmno_2016_4_3.
7. Панченко О. А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий / О. А. Панченко, И. И. Кутько, Н. А. Зайцева // Новости медицины и фармации в Украине. 2014. № 15 (509). С. 6. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/39159>.
8. Марков А. Р. Клінічна варіативність дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах інформаційно-психологічної війни / А. Р. Марков // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. № 2 (6). С. 98—105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psyneur_2016_3_2_16.
9. Шпильовий Я. В. Клінічний зміст і вираженість депресивних і тривожних феноменів в структурі невротичних тривожно-депресивних розладів різного психогенезу у жінок (вимушених переселенців та дружин військовослужбовців — учасників АТО) / Я. В. Шпильовий // Український вісник психоневрології. 2017. № 25 (91). С. 88—91. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_2_24.
10. Юрьева Л. Н. Расстройства адаптации при психосоциальных стрессах: диагностика, профилактика и коррекция / Л. Н. Юрьева // Семейная медицина. 2015. № 4. С. 89—92. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_4_23.
11. Юрьева Л. Н. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов : учебное пособие / Л. Н. Юрьева. Днепр : Новая идеология, 2017. 204 с. URL: <https://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4091>.
12. Диагностика, терапия та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу : навчальний посібник / Т. О. Перцева, М. С. Куюмчян, Л. М. Юр'єва, О. О. Дукельський. Дніпро, 2018. 170 с. URL: <https://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4058>.
13. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, В. О. Курило, С. Н. Саржевський ; під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. 285 с. URL: [http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/2747/1/Посттравматические стрессовые расстройства.pdf](http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/2747/1/Посттравматические%20стрессовые%20расстройства.pdf).
14. Марута Н. А. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства / Н. А. Марута, В. И. Заворотный // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 3 (96). С. 33—38. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2018_26_3_9.
15. Murphy D. Mental health difficulties and help-seeking beliefs within a sample of female partners of UK Veterans diagnosed with post-traumatic stress disorder / D. Murphy, E. Palmer, W. Busuttill // Journal of Clinical Medicine. 2016. Vol. 5, no. 8. P. 68. DOI : <https://doi.org/10.3390/jcm5080068>.
16. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / [пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсянниківа, О. Тесленко]. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. 568 с. URL: <https://dovidnykmpz.info/psycho/okhorona-psykhichnoho-zdorovia-v-umovakh/>.
17. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / [пер. з англ. Т. Охлопкова, О. Брацюк]. Київ : Наш формат, 2017. Т. 2. 548 с. URL: <https://library.gov.ua/ohorona-psyhichnogo-zdorov-ya-v-umovah-vijny-2/>.
18. Mental health outcomes in US and UK military personnel returning from Iraq / J. Sundin, R. K. Herrell, C. W. Hoge [et al.] // The British Journal of Psychiatry. 2014. Vol. 204, no. 3. P. 200—207. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.129569>.
19. Юр'єва Л. М. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту / Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов // Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 4. С. 112—120. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601>.
20. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. Теория и практика / Н. В. Тарабрина ; ред. А. Л. Журавлев. Москва : Институт психологии РАН, 2009. 305 с. URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=87071>.
21. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness / M. Hamilton // British Journal of Clinical Psychology. 1967. Vol. 6. P. 278—296. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>.

Надійшла до редакції 20.11.2020

Відомості про авторів:

ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (ДЗ «ДМА МОЗ України»), Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-1713-1037>; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

КРЯЧКОВА Лілія Вікторівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ДЗ «ДМА МОЗ України», Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-7635-2609>; e-mail: socmed@dsma.dp.ua

ШУСТЕРМАН Тамара Йосипівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДЗ «ДМА МОЗ України», Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-5422-1624>; e-mail: finiks2@gmail.com

ЛІХОЛЕТОВ Євгеній Олександрович, аспірант кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДЗ «ДМА МОЗ України», Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-8587-357X>; e-mail: lixlete@gmail.com

YURYEVA Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology*; <https://orcid.org/0000-0002-1713-1037>; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

KRIACHKOVA Liliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of the Social Medicine, Public Health and Health Management*; <https://orcid.org/0000-0001-7635-2609>; e-mail: socmed@dsma.dp.ua

SHUSTERMAN Tamara, MD, PhD, Associate Professor of Department of Psychiatry, Narcology and medical Psychology*; <https://orcid.org/0000-0001-5422-1624>; e-mail: finiks2@gmail.com

LIKHOLETOV Yevhenii, Postgraduate Student of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology*; <https://orcid.org/0000-0001-8587-357X>; e-mail: lixlete@gmail.com

* — of State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

В. В. Огоренко, О. М. Гненна, В. О. Кокашинський
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

В. В. Огоренко, О. Н. Гненная, В. А. Кокашинский
Социально-психологические и клинические аспекты домашнего насилия
(обзор литературы)

V. V. Ogorenko, O. M. Hnenna, V. O. Kokashynskyi
Social, psychological and clinical aspects of domestic violence
(literature review)

У статті розглянуті соціально-психологічні та клінічні аспекти домашнього насильства. Проаналізовано основні види насильницької поведінки (економічні, психологічні, фізичні, сексуальні) і складники причини жорстокого поведінки в сім'ї: агресивна поведінка, насильство, насильницька поведінка. Наводяться результати соціологічних досліджень, які визначають поширеність, причини, мету і види цього явища в Україні та в світі. Розглянуті соціологічні і культурологічні концепції особливостей поширення насильства в сім'ях. Проаналізовано етапи формування жорстокого поведінки в сім'ях. Розглянуті особливості невротичних розладів та їх поширеність серед людей, які піддавалися домашньому насильству.

Ключові слова: насильство, домашнє насильство, жертви домашнього насильства, агресія, агресивна поведінка, невротичні розлади, депресія

В статье рассмотрены социально-психологические и клинические аспекты домашнего насилия. Проанализированы основные виды насильственного поведения (экономические, психологические, физические, сексуальные) и составляющие причины жестокого обращения в семье: агрессивное поведение, насилие, насильственное поведение. Приведены результаты социологических исследований, определяющие распространённость, причины, цели и виды данного явления в Украине и в мире. Рассмотрены социологические и культурологические концепции особенностей распространения насилия в семьях. Проанализированы этапы формирования жестокого обращения в семьях. Рассмотрены особенности невротических расстройств и их распространённости среди людей, которые подвергались домашнему насилию.

Ключевые слова: насилие, домашнее насилие, жертвы домашнего насилия, агрессия, агрессивное поведение, невротические расстройства, депрессия

The article considered the social, psychological and clinical aspects of domestic violence. Analyzed the main types of violent behavior (economic, psychological, physical, sexual) and the components of the causes of cruel behavior in the family: aggressive behavior, violence, violent behavior. The results of sociological research are presented, the prevalence, causes, aims and types of this phenomenon in Ukraine and in the world are determined. The sociological and cultural concepts of the features of the spread of the phenomenon of violence in families are considered. The stages of the formation of violent behavior in families are analyzed. The features of neurotic disorders and their prevalence among people who have experienced domestic violence are considered.

Key words: violence, domestic violence, victims of domestic violence, aggression, aggressive behavior, neurotic disorder, depression

В останні десятиліття насильство в сім'ї в його різних формах набуло таких масштабів і глибини, що становлять загрозу безпеці суспільства й особистості в сучасному світі [1—7]. Насильство між близькими людьми як частий атрибут сімейного життя має давню історію і існує стільки, скільки існує людство [1]. Сьогодні досить актуальною є медичний аспект цього складного феномена, пов'язаний з впливом сімейного насильства на нервово-психічний стан жертв насильства [2, 4]. Тут потрібно відзначити провідну роль сімейних взаємин у формуванні патогенних ситуацій і психічних порушень, оскільки саме внутрішньосімейні взаємодії, зазвичай, виступають в ролі найбільш значущих і важливих складників для особистості [3, 5, 8, 9].

Незважаючи на те, що проблема насильства в сім'ї існувала завжди, тільки останнім часом на неї звернули серйозну увагу. Проблема насильства в сім'ї поступово стали обговорювати, завдяки зусиллям неурядових жіночих організацій, фахівців в галузі гендерних досліджень і соціальних працівників. Під тиском громадськості почалося

державне субсидування кризових центрів і притулків для жінок, які пережили насильство. 1999 року Генеральна асамблея ООН оголосила 25 листопада Міжнародним днем боротьби за ліквідацію насильства щодо жінок.

Будь-яке насильство над особистістю слід розглядати як найсильнішу психотравматичну подію, що порушує баланс між внутрішніми адаптаційними механізмами і зовнішнім світом, що може спричинити безліч різних за ступенем тяжкості і глибиною емоційних порушень [10]. Невротичні розлади, що розглядають як наслідок сімейного насильства, також здатні істотно погіршити якість життя людей, що від нього потерпають [10—15]. Сьогодні ми чітко спостерігаємо ознаки глобальної соціально-сімейної кризи, яка полягає в зміні шлюбно-сімейної ідеології, розподілу ролей в сім'ї, поглядів чоловіків і жінок на сімейне життя, подружню вірність, характер стосунків між різними поколіннями. Зовсім не всі сім'ї здатні подолати труднощі і суперечності, що виникають. Це призводить до зростання загального емоційного напруження, тривожності, агресивності, що в свою чергу тягне за собою почастищення конфліктних ситуацій і сприяє появі насильства в сім'ї.

Однією з найменш вивчених і найбільш важких форм міжособистісного насильства між членами однієї сім'ї або людьми, що перебувають в інших інтимних взаєминах, є проблема психологічного насильства в сім'ї. Відомо, що на ґрунті цього виду насильства виникають інші його форми, а саме — фізичне та сексуальне насильство. Довготривалі несприятливі сімейні обставини спричиняють важкі психологічні травми, згубно впливають на всіх членів сім'ї, зокрема і дітей, не тільки коли вони є об'єктами насильства, а й є його свідками, що призводить до формування особистісних деформацій і подальших відхилень у поведінці. Взаємини між батьками є для дітей наочним прикладом, який становить базові принципи організації внутрішньосімейного життя. Таким способом у дитини формується модель стилю життя, для якого насильство стає нормою.

Насильство щодо жінок — глобальна загальносвітова проблема, для якої немає культурних, географічних, релігійних, соціальних і економічних кордонів. Фізичне, психологічне, сексуальне та економічне насильство щодо жінок є досить поширеним в усьому світі незалежно від віку і національності. Подружнє насильство не має жодних економічних, освітніх, расових або релігійних кордонів. Воно може відбуватися в сім'ях усіх верств суспільства [16]. Уявлення про те, що насильство є тільки в соціально неблагополучних сім'ях, сучасні дослідники вважають необґрунтованим міфом суспільної свідомості. Це підтверджується не менш тривожною європейською статистикою. Зокрема, у Франції, за офіційними даними, кожні три дні жінка помирає жертвою домашнього насильства [17]. Результати проведених опитувань показують, що загалом різні випадки насильства (фізичного, сексуального, психологічного) залишаються недостатньо відомими і, як наслідок, недооціненими. Опитування, проведені протягом останніх 10 років серед жертв, свідчать про набагато більший масштаб і складність цієї проблеми.

Згідно з докладом ООН від 25 листопада 2019 року, насильство щодо жінок, особливо з боку інтимного партнера, і сексуальне насильство над жінками є серйозною проблемою громадської охорони здоров'я і порушенням прав людини. За оцінками, більше третини жінок (35 %) в усьому світі хоч раз в житті зазнавали насильства, зокрема і сексуального. У деяких країнах показники насильства з боку чоловіка або партнера досягають 70 %, а вбивства жінок, скоєні близькими людьми, становлять 58 % із загальної кількості [18].

За даними Організації економічного співробітництва і розвитку до 2019 року, законодавство жодної з країн світу не повністю захищає жінок від домашнього насильства, а в деяких державах це взагалі не є злочином (Екваторіальна Гвінея, Росія). Більше ніж 80 % жінок в Афганістані у віці до 50 років допускають сімейне насильство, в Гвінеї — 92 % (таблиця). Найбільш врегульованим з точки зору захисту від різних форм домашнього насильства порівняно з іншими країнами є законодавство Австрії, Греції, Ірландії та Португалії. В Мальті домашнє насильство є абсолютно неприйнятним [19].

Ця проблема не оминула й Україну. Міжнародний дослідницький центр «Інститут економіки і миру» опублікував рейтинг країн та держав із найбільшими проявами насильства за 2016 рік. Глобальний індекс миру вимірювали для 163 країн, використавши 23 кількісних і якісних показники. Найбільш мирною у світі країною визначено Ісландію, друге місце посідає Данія, Австралія — на третьому місці. Із 11 країн світу з високим рівнем безпеки 9 розташовані в Європі. Індекс у черговий раз визначив Європу самим мирним регіоном світу. Україна 2016 року, нарівні з Сирією, Південним Суданом, Єменом, Іраком, Афганістаном, Сомалі та іншими, потрапила в десятку найбільш небезпечних країн світу (8-е місце) і зайняла 156 місце в загальному рейтингу мирних країн та держав із найбільшими проявами насильства за 2016 рік [20].

Поширеність домашнього насильства та ступінь законодавчого захисту від домашнього насильства в світі

Країна	Показник	Ступінь законодавчого захисту від домашнього насильства, %	Частка жінок у віці 15—49 років, які виправдовують насильство в сім'ї в окремих випадках	Частка жінок, які хоча б раз у житті зазнавали фізичного та/або сексуального насильства в сім'ї
Німеччина		25,0	19,6	22,0
Норвегія		75,0	9,9	27,0
Швейцарія		25,0	15,2	9,9
Великобританія		25,0	10,2	29,0
США		50,0	11,0	35,6
Мальта		75,0	0,0	15,0
Афганістан		25,0	80,2	27,0 / 60,8
Пакистан		50,0	42,2	85,0
Росія		0 (Декриміналізовано)	23,3	19,6
Гвінея		25,0	92,1	80,0
Україна		25,0	2,9	13,2

Примітка. Найменшу кількість жінок, які хоча б раз відчували будь-яку форму домашнього насильства, зазначено в Канаді (1,9 %), найбільшу — в Пакистані (85 %)

За статистикою, яку оприлюднили під час голосування за Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» [20], понад три мільйони дітей в Україні щороку спостерігають за актами насильства у сім'ї або є їхніми вимушеними учасниками, а майже 70 % жінок піддаються різним формам знущань і принижень. Щорічно близько 1500 жінок помирають від рук власних чоловіків, і ця тенденція збільшується за останні три роки. Діти скривджених матерів у 6 разів більш схильні до суїциду, а 50 % — до зловживань наркотиками. Майже 100 % матерів, які зазнали насильства, народили хворих дітей — переважно з неврозом, заїканням, енурезом, церебральним паралічем, порушенням психіки. Домашнє насильство в Україні — причина 100 тисяч днів госпіталізації, 30 тисяч звернень до відділів травматології, 40 тисяч викликів лікарів. Водночас, лише 10 % постраждалих звертаються за допомогою. Адже донині багато хто вважає такі стосунки «нормальними». Розрахунки, проведені Інститутом демографії і соціальних досліджень на замовлення Фонду народонаселення ООН, свідчать про те, що щороку 1,1 млн українок стикаються з фізичною та сексуальною агресією в сім'ї, і більшість з них мовчать [21].

7 січня 2018 року набув чинності Закон України № 2229-VIII «Про запобігання та протидію домашньому насильству» [22]. Закон визначає організаційно-правові засади запобігання та протидії домашньому насильству, основні напрями реалізації державної політики у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, спрямовані на запобігання та своєчасне виявлення домашнього насильства, надання допомоги та захисту постраждалим особам.

Домашнє насильство може проявлятися в різних видах. Економічне насильство охоплює навмисну заборону праці або примус до праці, заборону навчання, позбавлення житла, їжі, одягу, грошей або документів, залишення без догляду чи турботи, перешкоджання в отриманні потрібних послуг з лікування або реабілітації тощо. Фізичне насильство передбачає різноманітні фізичні агресивні дії, що можуть охоплювати заподіяння тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості, позбавлення волі, катування, ненадання потрібної допомоги, заподіяння смерті, вчинення інших дій насильницького характеру. Психологічне насильство може проявлятися систематичним приниженням або образами гідності, застосуванням примусової ізоляції або принизливого ставлення, також словесними образами та погрозами. Можуть відбуватися примусування до статевого акту або сексуальне насильство у вигляді сексуального домагання, примусової вагітності, а також інші правопорушення проти статевої свободи чи статевої недоторканості, зокрема вчинені щодо дитини або в її присутності.

Незважаючи на те, що тему насильства активно вивчають вже більше трьох десятиліть, досі не немає чіткого уявлення про те, що вважати насильством. Зазвичай під насильством в сім'ї розуміють реальну дію або загрозу навмисного фізичного, сексуально-

го, психологічного чи економічного впливу однієї людини на другу, з якою вона має або мала значущі стосунки, з метою контролю, залякування, а в підсумку — повного її підкорення [1—7].

Відомо багато причин виникнення насильства. Насильство може мати соціокультуральну природу, що формується на ґрунті стереотипних уявлень про сутність сімейних взаємин, сприйнятих з вихованням, і вважається єдиною можливою моделлю сім'ї. Окрім того, чимала роль належить особистісним особливостям індивіда, які не були своєчасно компенсовані адекватним вихованням. Досить важливим складником, що впливає на стиль поведінки з членами родини, може бути руйнівний досвід, пережитий у дитячому віці, так звана «травма дитинства». Важливим чинником також є психологічна декомпенсація внаслідок дії надто потужних зовнішніх впливів, що перевищують межі особистісної стійкості індивіда, яка і диктує потребу шукати замісну компенсацію. Також жорстока поведінка може бути набутою в результаті особистого життєвого досвіду і вважатися суб'єктивно універсальною [23].

Те, що батьківська сім'я сильно впливає на сімейні взаємини людини — факт загальновідомий [9, 24, 25]. Серед жінок, які були свідками насильства в батьківській родині, близько 40 % зіткнулися з фізичним насильством у власній родині. Тоді як цей показник вдвічі менший серед жінок, які не спостерігали конфліктів в батьківській родині. Така ж тенденція спостерігається і стосовно сексуального та економічного насильства [26].

Одна з головних особливостей домашнього насильства полягає в тому, що воно має циклічний характер, або «паттерн» різних видів насилля (фізичного, психологічного, сексуального та економічного). Саме цей паттерн відрізняє «домашнє насильство» від «конфлікту». Крім того, підґрунтям конфлікту є проблема, яку можна розв'язати. У ситуації ж насильства в сім'ї одна людина постійно контролює іншу людину із застосуванням сили, що призводить до негативних наслідків у вигляді психологічних та фізичних травм. Теорія циклічного характеру домашнього насильства була розроблена Lenore Walker [27, 28].

Перший етап характеризується підвищенням напруження в сім'ї у вигляді порушень у спілкуванні, невдоволення взаєминами тощо. На другому етапі відбувається інцидент із діями насильницького характеру, що може містити фізичні, психологічні або інші впливи, які виявляються звинуваченнями та погрозами. Далі настає третій етап, примирення, із вибаченнями та виправданнями, частим перекладанням вини на потерпілого та зменшенням значущості того, що сталося. Четвертим етапом є «медовий місяць», коли образи забувають та настає спокій.

Після «медового місяця» цикл повторюється. Поступово кожна фаза стає коротшою, інциденти завдають більше шкоди. Насильство стає стандартною моделлю поведінки. Формується порочне коло, яке потерпілий не здатний розірвати.

Друга важлива особливість домашнього насильства, яка істотно посилює психологічну травму, полягає в тому, що кривдник і потерпілий — близькі люди. На відміну від злочину, вчиненого незнайомою людиною, домашнє насильство виходить від чоловіка або партнера, колишнього чоловіка, батьків, дітей, інших родичів, нареченого тощо.

Отже, домашнє насильство — це систематично повторювані акти фізичного, психологічного, сексуального, економічного впливу на близьких людей, які вчиняють проти їх волі з метою отримання влади і контролю над ними. Тут треба зазначити і третю принципову особливість домашнього насильства. Згідно з дослідженнями, вона полягає в тому, що домашнє насильство має гендерну основу. Саме тому найчастіше жертвами домашнього насильства стають жінки та діти. Однак, незважаючи на свідчення статистики, що насильство над жінками — більш поширене явище, все ж деякі дружини можуть становити серйозну реальну загрозу для їхніх чоловіків [29].

Згідно з дослідженнями, що були проведені у різних країнах світу [1, 2, 6, 20] розрізняють такі види домашнього насильства: психологічне, фізичне, сексуальне й економічне. В структурі психологічного насильства завжди є елемент примусу. Отже, психологічне насильство — це повторюваний у часі примусовий вплив на опонента, який спрямований на знищення самоповаги, зниження самооцінки та здійснюється за допомогою таких засобів: приниження честі і гідності, залякування, цькування, умисна неухвага, ігнорування, постійний посиленний контроль, домінування і різних, досить небезпечних і витончених маніпуляцій, завдяки яким людина здійснює наміри, що не збігаються з її бажаннями, і що звісно призводить до виникнення психологічної травми, тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу. Фізичне насильство має на увазі дії або, навпаки, відсутність певних дій, що призводять, або можуть призвести до втрати здоров'я (аж до втрати життя), порушення розвитку, схилення до вживання небезпечних речовин, що здійснюються під тиском, із застосуванням фізичної сили, погроз, заподіяння сильного болю. Сексуальне насильство має на увазі здійснення статевого акту без бажання другої сторони (сексуальним об'єктом може бути також дитина), із застосуванням залякування, побиття та насильства. Дуже часто таке може відбуватися у збоченій, неприпустимій формі. І нарешті, економічне насильство — така форма насильства, яка стосується умисного позбавлення людини коштів чи документів або можливості користуватися матеріальними засобами для придбання їжі, ліків, предметів першої потреби, залишення без догляду чи піклування, заборони працювати, навчатися або примушування до праці та передбачає постійний контроль.

Не буде зайвим згадати про матеріальні витрати в результаті домашнього насильства. Зокрема, за даними Фонду ООН в сфері народонаселення за 2016—2017 роки, через наслідки насильства жінки втрачають 190 мільйонів доларів на рік [18]. У розрахунку на одну жінку — це понад 1,2 тис. доларів на рік або близько

200 доларів на місяць. Ці витрати охоплюють збитки від втрати або пошкодження майна внаслідок фізичного або сексуального насильства, втрати заробітку, витрати на оренду житла і переїзд, медичні послуги, юридичні і психологічні консультації тощо.

Звертаючи увагу на психологічні наслідки домашнього насильства, треба сказати, що традиційно їх поділяють на безпосередні (найближчі) та відстрочені. До безпосередніх психологічних наслідків належать такі прояви: почуття занепокоєння, страху, ізоляції, гніву, провини і сорому, відчуття зради. Жертва може брати відповідальність за ситуацію насильства на себе. Часто спостерігаються агресивність, порушення сну, апетиту, нездатність до повноцінної комунікативної діяльності.

До більш пізніх (відстрочених) наслідків треба віднести втрату інтересу та довіри до світу, оточення, до себе самого, низьку самооцінку, невпевненість, схильність до усамітнення, пияцтва, відчуття провини, власної «зіпсованості», відсутність емоційного резонансу, втрату здатності до співчуття, жорстокість, труднощі у міжособистісних стосунках, соціальну ізоляцію, почуття фізичної і психічної втоми, психалгії, різноманітні психосоматичні й особистісні розлади та чисельні психопатологічні стани [26, 30].

Невротичні розлади, що розглядають як наслідок сімейного насильства, істотно погіршують якість життя жінки. Насильство слід розглядати як найсильнішу психотравматичну подію, що порушує баланс між внутрішніми адаптаційними механізмами і зовнішнім світом. Комплексні дослідження щодо жінок, які потерпають від насильства з боку чоловіка (співмешканця), демонструють наявність преневротичних (субклінічних) форм психічних порушень у близько 50 % випадків. Невротичні стани і невротичні розлади у жінок, що піддавалися домашньому насильству, виникають у разі поєднання соціально-демографічних, соціокультурних чинників і індивідуально-типологічних особливостей. Преневротичні стани і невротичні розлади частіше виникають якщо є індивідуально-типологічні особливості, як-от сенситивний (40 %) і астеноневротичний (25 %) типи особистості [10—14]. Невротичні розлади у жертв домашнього насильства спостерігаються в близько 50 % випадків (рис. 1), що становить чималу частку з жінок, які зазнали насильства з боку подружжя (співмешканця) [12].

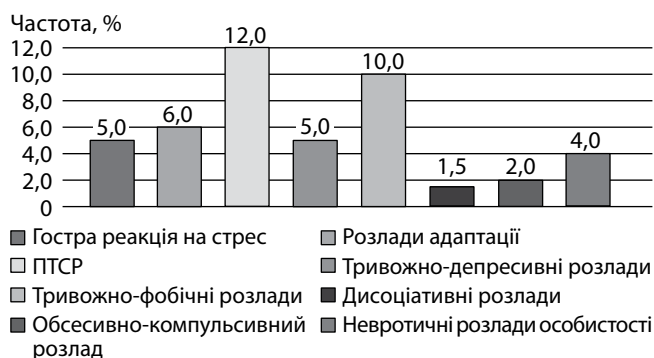


Рис. 1. Частота невротичних порушень серед жертв домашнього насильства

В сучасній літературі у розвитку депресії у жінок істотну роль відводять ситуації домашнього насильства (фізичного, сексуального, психологічного, емоційного), що виникає вдвічі частіше, ніж у загальній популяції [3, 4, 6, 11, 14, 15, 31].

Під впливом тривалих психотравматичних переживань можуть збільшуватися афективне напруження, пригніченість, порушення сну, підвищуватися втомлюваність, прояви дратівливої слабкості. Такий перебіг (на невротичному рівні) розцінюють як легкий депресивний епізод (F32.0). При посиленні депресії, коли виникають чималі труднощі у виконанні домашніх, соціальних і професійних обов'язків, стан жінок може визначатися як помірний депресивний епізод (F32.1). Розвитку та поглибленню депресивного стану сприяє приєднання додаткових соматогенних чинників, які були пов'язані із вегетативно-ендокринними порушеннями у організмі жінки. Такі прояви депресії лікарі розцінюють вже як тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F32.2) [15, 31].

На фоні неухильного підвищення депресивного афекту під впливом додаткових травматичних чинників може виникати гострий депресивний психотичний стан, тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами (F32.3). Саме в таких станах можуть спостерігатися агресивні дії щодо дітей. Другий варіант розвитку може перебігати за типом короточасних психотичних станів з порушенням свідомості, що виникають за механізмом «короткого замикання». В цих випадках важливу роль відіграє фактор, що веде до астенії, а також наявність остаточної проявів після повторних черепно-мозкових травм, що були отримані внаслідок побоїв чоловіка. Агресивні дії, що здійснюють жінки у цих випадках, спрямовані безпосередньо на кривдників, винуватців психотравматичних переживань. Отже, взаємодія соматогенного і ситуативно-психогенного факторів сприяє розвитку і поглибленню депресивних станів, що виникли психогенно та характеризуються поетапною прогресивною динамікою, яка відображає поглиблення депресії та ускладнення психопатологічних синдромів — невротичного, гострого психотичного, що завершуються агресивними діями [32, 33].

Суттєвою особливістю, що характеризує аутоагресивну поведінку, є багаторазове повторювання самодеструктивних дій, що здійснюються таємно. Стийка аутоагресивна поведінка формується на фоні довготривалих та надзвичайно значущих для хворого психотравматичних ситуацій, що спричинені зокрема й домашнім насильством. У 50—70 % випадків у пацієнтів з ексцоріаціями спостерігаються психічні розлади (велика депресія, дистимія), у 40—65 % — тривожні розлади (фобії; обсессивно-компульсивний чи посттравматичний стресовий розлад, панічні розлади, генералізований тривожний розлад) [34, 35].

Зміни, внесені в останню редакцію DSM, а також реформа МКХ спричинили в професійному спів-

товаристві дискусії з низки запропонованих нововведень. Одним з них стала поява в номенклатурі DSM-5 «несуїцидального самоушкодження» [36, 37]. Основні критерії цієї діагностичної категорії передбачають акти самоушкодження поверхні тіла, які здатні привести до кровотечі, синців або спричинити біль (тобто нанесення порізів, припикання, уколи, удари, сильне тертя), та скоєні індивідом навмисно, тим часом очікувану фізичну шкоду оцінюють як невелику або помірну (тобто немає суїцидальної мети). Метою таких самоушкоджень є отримання полегшення від негативних почуттів або думок, вирішення міжособистісних труднощів або викликання позитивних почуттів. Саме ці клінічні прояви часто спостерігаються у дітей та підлітків, що страждають від сімейного насильства.

І нарешті, не можна не загострити увагу на тому, що у більшості країн світу карантин з приводу пандемії SARS COVID-19 призвів до спалаху домашнього насильства (рис. 2): наприклад, у Китаї відзначене збільшення звернень з приводу домашнього насильства втричі, кількість розлучень збільшилась на 25 %, у Туреччині кількість звернень збільшилась вдвічі, у Тунісі — в п'ять разів, у Гренландії зафіксовано збільшення кількості випадків насильства над дітьми у зв'язку із вживанням алкоголю, у зв'язку з чим продаж алкогольних напоїв було заборонено. У Австралії — збільшення запитів про допомогу в Google на 75 %, у Ізраїлі наповненість шелтерів (притулків) сягає більш, ніж 90 % [38]. І це — тільки деякі дані, які далеко не відбивають масштабів проблеми.



Рис. 2. Графічне відображення збільшення звернень з приводу домашнього насильства за період карантину

У Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ) стурбовані у зв'язку із повідомленнями про зростання насильства в країнах Європейського регіону (в середньому на 30 %). На брифінгу для преси доктор Hans Kluge, директор Європейського регіонального бюро ВООЗ, заявив про оцінки Фонду ООН в сфері народонаселення (United Nations Population Fund: UNFPA), згідно з якими 6 місяців карантину приведуть до 31 млн нових випадків ґендерного насильства. Він наголосив, що будь-який прояв насильства неприпустимий і звернувся до урядів, місцевих влад та населення із закликом, що містив вимоги до влад

країн щодо забезпечення допомоги і підтримки постраждалим, до небайдужості до проблем усіх членів суспільства, а також до самих постраждалих із закликом звертатися за допомогою [38].

Отже, сьогодні доводиться констатувати, що проблема домашнього насильства, незважаючи на всю її актуальність, досі не має єдиних теоретичних та дослідницьких засад. Треба наголосити, що для запобігання та своєчасного реагування на насильство повинні спільно і скоординовано працювати кілька секторів суспільства: охорони здоров'я, соціальні служби, система освіти, органи системи кримінальної юстиції, засоби масової інформації тощо. Гострота проблеми домашнього насильства диктує нагальну потребу розроблення програм превентивних заходів щодо запобігання насильства, що містили б освітні програми, заходи з раннього виявлення жертв домашнього насильства з урахуванням специфіки завдання. Також важливим й актуальним є розроблення комплексних лікувально-профілактичних та реабілітаційних програм для цієї групи населення.

Список літератури

1. Насилие в семье: особенности психологической реабилитации : учебное пособие / под ред. Н. М. Платоновой и Ю. П. Платонова. СПб. : Речь, 2004. 154 с. URL: https://royallib.com/book/platonova_natallya/nasilie_v_seme_.html.
2. Barriers to and facilitators for screening women for intimate partner violence in surgical fracture clinics: a qualitative descriptive approach / Sprague S., Swinton M., Madden K. [et al.] // BMC Musculoskeletal Disorders. 2013. Vol. 14. Article number: 122. DOI: 10.1186/1471-2474-14-122.
3. Семья: между насилием и толерантностью : коллективная монография / М-во образования и науки Рос. Федерации, ИНОЦентр (Информация. Наука. Образование), Ин-т им. Кеннана Центра Вудроу Вильсона (США) [и др.] ; отв. ред. М. А. Литовская, О. В. Шабурова. Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2005. 389 с. URL: <http://hdl.handle.net/10995/31031>.
4. Barriers to screening for intimate partner violence / Sprague S., Madden K., Simunovic N. [et al.] // Women Health. 2012. Vol. 52. Issue 6. P. 587—605. DOI: <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>.
5. Бадонов А. М. Домашнее насилие как инструмент власти в семье // Власть. 2017. Т. 25, № 2. С. 108—112. URL: <https://www.jour.fnisc.ru/index.php/vlast/article/view/4940>.
6. Белова О. Н., Акутина С. П. Женское насилие в семье как социальная проблема // Социодинамика. 2019. № 3. С. 18—26. DOI: 10.25136/2409-7144.2019.3.29282.
7. Pain R. Everyday terrorism: connecting domestic violence and global terrorism // Progress in Human Geography. 2014. Vol. 4, no. 38. P. 531—550. DOI: <https://doi.org/10.1177/0309132513512231>.
8. Сиражудинова С. В. «Я не могу сказать!» : К проблеме домашнего и сексуального насилия в республиках Северного Кавказа (по материалам социологического исследования в Республике Дагестан) // Женщина в Российском обществе. 2017. Т. 85, № 4. С. 26—35. DOI: 10.21064/WinRS.2017.4.3.
9. Timshel I., Montgomery E., Dalgaard N. T. A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families // Child Abuse & Neglect. 2017. Vol. 70. P. 315—330. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.06.023.
10. Цыганков Б. Д., Тюнева А. И., Былим А. И. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. М. : Медицина, 2006.
11. Качаева М. А., Дозорцева Е. Г., Нуцкова Е. В. Клинико-психологические проблемы внутрисемейного насилия в отношении женщин и девочек // Российский психиатрический журнал. 2016. № 6. С. 25—32. URL: <http://rpj.serbsky.ru/index.php/rpj/article/view/346>.
12. Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Куприянова И. Е., Пирогова В. П. Невротические расстройства: проблемы генеза и превенции. Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2011. 230 с.
13. Фурманов И. А., Дмитриева Д. Я. Взаимосвязь психологического насилия и эмоционального состояния супругов в семье // Белорусский психологический журнал. 2005. Т. 1, № 5. С. 33—40.
14. Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence household survey in Tehran, Iran / Ahmadzad-Asl M., Davoudi F., Zarei N. [et al.] // Arch Womens Mental Health. 2016. Vol. 19, no. 5. P. 861—869. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0626-4>.
15. Депрессии у женщин — жертв домашнего насилия (судебно-психиатрические наблюдения) / Харитонова Н. К., Качаева М. А., Казаковцев Б. А. [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. 2019. Вып. 2, № 1. С. 34—38. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20191191234>.
16. Выборочное обследование по насилию в отношении женщин. Казахстан. 2017. 282 с.
17. Violences conjugales, chiffres et mesures: Dossier de presse. 22 novembre 2006. 38 p. URL: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/violences_conjugales.pdf.
18. Simonovic D. Ending Violence against Women: Progress and Remaining Challenges // UN Chronicle. 2019. URL: <https://www.un.org/en/un-chronicle/ending-violence-against-women-and-girls-progress-and-remaining-challenges>.
19. За домашнє насильство — за ґрати: Як в Україні та світі борються зі знуцанням у родині. Інформаційний лист. 2019. 10 с. URL: <http://biloteg.org.ua/wp-content/uploads/2020/01/Nasylstvo.pdf>.
20. Методичні рекомендації щодо запобігання та протидії насильству : Лист від 18.05.2018 р. № 1/11-5480. — 86 с. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS30017>.
21. Герасименко Г. Гендерна рівність та відповідь на домашнє насильство в приватному секторі: заклик до дії. UNFPA Ukraine. 2019. 65 с. URL: <https://ukraine.unfpa.org/uk/BADV2019>.
22. Про запобігання та протидію домашньому насильству : Закон України № 2229-VIII // Відомості Верховної Ради, 2018. № 5. С. 35. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text>.
23. Миллер Э. Политические последствия дурного обращения с детьми // Социальная педагогика. 2004. № 4. С. 42—49.
24. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis / Infurna M. R., Reichl C., Parzer P. [et al.] // J Affect Disorders. 2016. 190. P. 47—55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.006.
25. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study / Flach C., Leese M., Heron J. [et al.] // BJOG. 2011. 118(11). P. 1383—1391. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03040.x.
26. Матвеева К. О. Проблема домашнего насилия в Республике Беларусь // Мир детства в современном образовательном пространстве : сборник статей студентов, магистрантов, аспирантов. 2013. С. 324—326. eLIBRARY ID: 36303082. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36303082>.

27. Остапчук С. В. Противодействие домашнему насилию : учеб.-метод. комплекс. Новополюк : Полоц. гос. ун-т, 2016. 120 с. URL: http://elib.psu.by:8080/bitstream/123456789/19903/1/УМК_Остапчук_2016.pdf.

28. Walker L. E. The battered woman. New York : Harper & Row, 1979.

29. Фурманов И. А. Социальная психология агрессии и насилия : учебное пособие. Минск : БГУ, 2016. 547 с. URL: http://www.academy.edu.by/files/SPPS/Furmanov_SPPS.pdf.

30. Семерикова А. А., Анисимова Н. Р. Психологические особенности виктимного поведения женщин в ситуации домашнего насилия // Сервис в России и за рубежом. 2015. Вып. 1 (57). С. 57—66. DOI: 10.12737/11708.

31. Alcohol Use, Partner Violence, and Depression: A Cluster Randomized Controlled Trial Among Urban South African Mothers Over 3 Years / M. J. Rotheram-Borus, M. Tomlinson, I. e Roux, J. A. Stein // American Journal of Preventive Medicine. 2015. Vol. 17(5). P. 715—725. DOI: 10.1016/j.amepre.2015.05.004.

32. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women / Q.-Y. Zhong, A. Wells, M. B. Rondon [et al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2016. Vol. 215, no. 5. P. 501.e1-501.e8. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.04.052.

33. Agnew-Blais J., Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis // Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3, Issue 4. P. 342—349. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00544-1.

34. Psychodermatology / Brown G. E., Malakouti M., Sorenson E. [et al.]. In: Clinical Challenges in the Biopsychosocial Interface / Balon R., Wise T. N. (eds) // Adv Psychosom Med. Basel, Karger, 2015. Vol. 34. P. 123—134. DOI: <https://doi.org/10.1159/000369090>.

35. Turner G. A., Sutton S., Sharma A. Augmentation of Venlafaxine with Aripiprazole in a Case of Treatment-resistant Excoriation Disorder // Innovations in clinical neuroscience. 2014. Vol. 11 (1—2). P. 29—31. PMID: 24653940.

36. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature //

Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015. Vol. 9, no. 31. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>.

37. Brausch A. M., Muehlenkamp J. J., Washburn J. J. Nonsuicidal self-injury disorder: Does Criterion B add diagnostic utility? // Psychiatry research. 2016. Vol. 244. P. 179—184. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.07.025.

38. Report of the Secretary-General on the Work of the Organization (A/75/1, seventy-fifth session). Published by the United Nations. New York, 2020. 77 p. URL: <https://www.un.org/annualreport/files/2020/09/Annual-report-SG-2020-EN-ebook.pdf>.

Надійшла до редакції 19.01.2021

Відомості про авторів:

ОГОРЕНКО Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор кафедри*; e-mail: ogorenkov@gmail.com

ГНЕННА Ольга Миколаївна, асистент кафедри*; e-mail: gnennayolga@gmail.com

КОКАШИНСЬКИЙ Віктор Олександрович, асистент кафедри*; e-mail: viltord.koka@ukr.net

* — кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна

Information about authors:

OGORENKO Viktoriia, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department**; e-mail: ogorenkov@gmail.com

HNENNA Olha, Assistant of the Department**; e-mail: Gnennayolga@gmail.com

KOKASHYNSKYI Viktor, Assistant of Department**; e-mail: shornikov@ukr.net

** — Department of psychiatry, narcology and medical psychology of State Establishment "Dnipropetrovsk medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

О. В. Ткаченко

ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

О. В. Ткаченко

Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье (обзор литературы)

O. Tkachenko

Impact of the COVID-19 pandemic on mental health (literature review)

Коронавірусне захворювання (COVID-19), вперше виявлене у грудні 2019 року, призвело до глобальної пандемії. Інфекція COVID-19 поставила перед населенням, медициною і, зокрема, перед психіатрією низку нових проблем і питань. Вона стала, в багатьох випадках, психогенним початком психічних, психосоматичних і соматичних захворювань, ускладнила і спотворила початковий патогенез особливостей клінічного перебігу низки психічних розладів, а також послужила першопричиною запуску багатьох, до кінця ще не вивчених і невстановлених хворобливих процесів, зокрема і психічної сфери. Актуальність психічного здоров'я сучасної людини не викликає сумніву ні в особистісних, ні в сімейних, ні у виробничих, ні в соціально-суспільних відносинах. Темпи життя, робота у сучасному світі ставлять високі вимоги до психіки, і вимагають від неї бути максимально здоровою, активною, з достатнім її резервом, пластичністю і швидким повноцінним відновленням. Будь-які психічні порушення і розлади за умов зростання темпів і обсягів інформаційно-комунікативних навантажень часто призводять ще молодих людей працездатного віку до глибокої довічної інвалідності, яка приковує до себе, свого обслуговування багатьох активних родичів, людей зі сфери медицини і соціальної допомоги. Ці питання також ставлять перед суспільством низку проблем формування сімейних, батьківських, соціально-суспільних відносин у цих людей. Пандемія COVID-19 і її вплив на психічне здоров'я і психологічний стан людини потребують від суспільства швидкого, адекватного і своєчасного реагування. Якщо відповідь буде несвоєчасною і неадекватною, то реальність поставить людство перед різноманітністю наслідків цієї катастрофи, які істотно погіршать показники здоров'я населення нашої планети.

Ключові слова: COVID-19, SARS-CoV-2, психіатрія, психічне здоров'я, психічні розлади

Коронавірусное заболевание (COVID-19), впервые выявленное в декабре 2019 года, привело к глобальной пандемии. Инфекция COVID-19 поставила перед населением, медициной, и в частности перед психиатрией, целый ряд новых проблем и вопросов. Она послужила во многих случаях психогенным началом психических, психосоматических и соматических заболеваний, усложнила и исказила первоначальный патогенез особенностей клинического течения целого ряда психических расстройств, а также послужила первопричиной запуска многих, до конца еще неизученных и неустовленных болезненных процессов, в том числе и психической сферы. Актуальность психического здоровья современного человека не вызывает сомнения ни в личностных, ни в семейных, ни в производственных, ни в социально-общественных отношениях. Темпы жизни, работы в современном мире ставят высокие требования к психике и требуют от нее быть максимально здоровой, активной, с достаточным ее резервом, пластичностью и быстрым полноценным восстановлением. Любые психические нарушения и расстройства при все возрастающих темпах и объемах информационно-коммуникативных нагрузок зачастую приводят еще молодых людей трудоспособного возраста к глубокой пожизненной инвалидности, которая приковывает к себе, своему обслуживанию многих активных родственников, людей из сферы медицины и социальной помощи. Эти вопросы также ставят перед обществом целый ряд проблем формирования семейных, родительских, социально-общественных отношений у этих людей. Возникшая ситуация с COVID-19 и возникающие вследствие этого проблемы требуют от общества быстрого, адекватного и своевременного реагирования. Если ответ будет несвоевременным и неадекватным, то реальность поставит человечество перед разнообразием последствий этой катастрофы, которые существенно ухудшат показатели здоровья населения планеты.

Ключевые слова: COVID-19, SARS-CoV-2, психиатрия, психическое здоровье, психические расстройства

The coronavirus disease (COVID-19) caused by the novel Coronavirus strain SARS-CoV-2 was firstly identified in December 2019 in China. Later on, in 3 months it got the status of a global pandemic. The coronavirus disease (COVID-19) posed a number of new challenges and questions for the population, medicine, and particularly for psychiatry. In many cases, it triggered a psychogenic beginning of mental, psychosomatic and somatic diseases. The initial pathogenesis of the mental diseases existing among the population has been complicated and sufficiently distorted due to COVID-19. In addition, it acts as the primary reason for the onset of many still unexplored and unknown illness processes, including mental diseases. Nowadays, the relevance of mental health plays an important role in personal, family, working, or social relationships. The rhythm of life and work in modern world demands stable mental health. It should be active, flexible, with sufficient reserve and rapid recovery. Some mental health disorders with the combination of increased information intensity and amount of communication links often lead even employable young people towards a deep lifelong disability. This pushes their active relatives, medical and social staff to their service. As consequence, these challenges pose a plenty of questions to society about the formation of family, parent and social relationships. As a result, COVID-19 and consequences caused by global pandemic require fast, adequate and in-time reaction from local and global societies. Retarded and unequal response can pose the humanity against diverse outcomes of this tragedy. To resume, it can sufficiently decrease the average level of human health all over the world.

Key words: COVID-19, SARS-CoV-2, psychiatry, mental health, mental health disorders

Коронавірусне захворювання (COVID-19), вперше виявлене у грудні 2019 року, призвело до глобальної пандемії [1, 2]. Згідно з офіційними даними на 29 січня

2021 року, 102 млн осіб захворіли на коронавірусну хворобу, 2,20 млн — померли [3]. Коронавірусна інфекція, яка почалася в Китаї, поширилася в 221 країні світу. В Україні перший випадок був діагностований 3 березня 2020 року. На 29 січня 2021 року в Україні

у 1,2 млн людей було діагностовано коронавірусну хворобу, 22 351 людина померла [4]. Світ, у період пандемії і пов'язаних з нею обмежень, пережив глибоку економічну кризу, яка зачепила з різною силою всі верстви населення. Пандемія COVID-19 увірвалася раптово в звичне життя людей фактично всіх країн, порушивши сформовані за багато десятиліть життєві стереотипи [1]. Пандемія також втрутилась у непередбачену для ефективних дій у цій ситуації медичну сферу.

Сьогодні встановлено, що COVID-19 негативно впливає на психічне здоров'я населення в усьому світі. Страх перед коронавірусною інфекцією, пов'язаний з можливим ризиком зараження інфекцією, непередбачуваним перебігом хвороби, відсутністю патогенетичного лікування і тотальною невизначеністю, спричиняє негативні психологічні реакції, як-от дистрес і дезадаптація [5].

Згідно з результатами дослідження, проведеного в Китаї, яке охопило 1200 учасників, було показано, що 54 % респондентів оцінили вплив COVID-19 як помірний або тяжкий; 29 % — повідомили про наявність тривоги від помірної до важкої; 17 % — повідомили про наявність від помірних до важких депресивних симптомів; і більше ніж 75 % були стривожені тим, що їхні родичі можуть заразитися коронавірусною інфекцією [6]. Інше опитування за участю 53 тис. респондентів показало, що 35 % учасників пережили психологічний стрес; 29 % — від легкого до помірного, 5 % — тяжкого ступеня [7].

Заходи, що їх вживають у зв'язку з пандемією — карантин, дистанційне навчання у школах, закладах вищої освіти, дистанційна робота, закриття другорядних підприємств, обмежене пересування — негативно впливають на звичне життя людей. Вважається, що саме ці заходи можуть бути предикторами розвитку психологічних і психічних симптомів [8].

У проведених дослідженнях показано, що певні категорії населення найбільш схильні до психічних розладів. До них належать медичні працівники, люди літнього віку, підлітки та люди з раніше виявленими психічними розладами [8].

Медичні працівники перебувають на передовій, тісно контактують з інфікованими пацієнтами, зазнають надмірних робочих навантажень, і тому у них частіше реєструються фізичне виснаження, страх, емоційні розлади і порушення сну [9]. Причинами цієї ситуації також є неадекватне особисте забезпечення, внутрішньолікарняне передавання інфекції і етично складні рішення щодо медичного сортування в період, коли медична система не витримує навантаження [10, 11].

Згідно з даними літератури [12], поширення тривоги серед медичних працівників становить 23,21 %. У дослідженні використовували шкалу самооцінки тривожності Цунга (SAS), опитувальник генералізованого тривожного розладу (GAD) та ін. Поширеність депресії у цій категорії населення становила 22,8 % (за даними шкал самооцінки депресії Цунга (SDS), оцінки здоров'я пацієнта (PHQ-9) та ін.).

Загальна поширеність порушення сну становила 32 %. Також повідомляється про дані проведеного групового аналізу поширеності тривожності і депресії за статтю, ступенем тяжкості та професійними групами. У результаті аналізу виявлено вищі показники афективної симптоматики у жінок-лікарів порівняно з чоловіками і медичним персоналом відповідно. Підкреслюється, що у більшості частини медичних працівників були виявлені легкі симптоми як депресії, так і тривоги, тоді як помірні і тяжкі симптоми були менше поширені серед учасників дослідження. Як показали результати дослідження, поширення тривожності і депресії — вище у медичного персоналу, порівняно з лікарями. Ці дані можуть бути викривлені з тієї причини, що більша частина медичного персоналу — жінки, але також це підтверджується тим, що вони більше часу перебувають в палатах, більше контактують з пацієнтами, а також відповідальні за взяття мазків для виявлення вірусу. Також медичний персонал, порівняно з лікарями, перебуває в більш тісному контакті з пацієнтами, більше піддається психологічним травмам, пов'язаним зі смертю пацієнтів і їх фізичними стражданнями [12].

Згідно з даними літератури [13], пацієнти з психічними розладами мають кілька специфічних сфер уразливості під час пандемії. Вони набагато частіше страждають супутньою патологією, що є чинником ризику тяжкого перебігу коронавірусної хвороби. Такі пацієнти частіше хворіють на серцево-судинну і легеневу патологію, цукровий діабет і ожиріння, ніж населення загалом. У таких пацієнтів часто супутні захворювання залишаються недіагностованими і відповідно — нелікованими, що знижує тривалість життя на 10—15 років порівняно з населенням загалом.

Літні пацієнти більшою мірою схильні до впливу коронавірусної інфекції. Смертність від інфекції COVID-19 збільшується з віком, а у людей старших за 80 років становить 14,8 %. Люди літнього віку частіше страждають від самотності, яка може посилитися під час пандемії, а у пацієнтів з психічними розладами може призвести до загострення патології [13].

Було проведено дослідження для оцінення зв'язку між психічними розладами і смертністю серед дорослих з COVID-19. Для аналізу було відібрано 7348 пацієнтів з позитивним результатом на коронавірус (SARS-CoV-2), з них 75 пацієнтів (1 %) мали в анамнезі розлад шизофренічного спектра, 564 (7,7 %) — афективну патологію і 360 (4,4 %) — тривожний розлад. В результаті проведеного ретроспективного аналізу було встановлено, що ризик смерті у пацієнтів з діагнозом шизофренічного спектра в 2,7 раза вище, ніж у населення загалом, а ризик смерті у пацієнтів з афективною патологією і тривожними розладами був статистично незначущим. Підкреслюється, що розлади шизофренічного спектра посідають друге місце як фактор ризику смерті після віку за силою зв'язку всіх демографічних і медичних факторів ризику, вивчених в цьому дослідженні [14].

Згідно з даними метааналізу, загальна поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і психологічного стресу у загальній популяції становила 23,88 % і 24,84 % відповідно під час пандемії COVID-19. Загалом, практично кожен четвертий дорослий чоловік зазнав стресу. Ці дані свідчать про те, що поширеність ПТСР і психологічного стресу збільшується серед населення [15].

Відповідно до систематичного огляду і метааналізу, який охопив 62 дослідження з 162 639 учасниками з 17 країн світу, загальна поширеність тривоги становила 33 % зі значною неоднорідністю. У дослідженнях використовували різні психометричні методики: шкала тривоги Бека (BAI), шкала депресії, тривоги і стресу (DASS-21), опитувальник генералізованого тривожного розладу (GAD-2 / GAD-7), шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкала оцінки здоров'я пацієнта (PHQ-4 / PHQ-9) і шкала Цунга для самооцінки тривоги. Поширеність тривоги була вище серед пацієнтів — 56 %, порівняно з медичними працівниками — 26 % і населенням — 32 %. Серед медичних працівників поширеність тривоги була від 7 % в Сінгапурі і до 57 % — в Італії. Встановлено, що найвища поширеність тривоги серед населення спостерігалася в Італії — 81 %. Серед пацієнтів з COVID-19 і супутньою патологією поширеність тривоги була стабільно високою: у межах від 40 % у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу в Індії і до 82 % у пацієнтів з хворобою Паркінсона в Ірані. У пацієнтів, інфікованих COVID-19, поширеність тривоги становила 47 %, у хворих на онкологію — 50 %, серед осіб, що доглядають за хворими з хворобою Паркінсона, — 58 %. Показано, що поширеність тривоги від помірної до важкої серед пацієнтів з психічними розладами становила 24 %. Також у процесі метааналізу була вивчена поширеність депресії, у дослідженнях застосовували психометричні шкали. Загальна поширеність депресії становила 28 %. Поширеність депресії була вище серед пацієнтів — 55 %, порівняно з медичними працівниками — 26 % і населенням — 27 %. Серед медичних працівників поширеність депресії була від 9 % в Сінгапурі і — до 51 % в Китаї. Серед населення найвища поширеність депресії спостерігалася в Італії — 67 %. Пацієнти з психічними розладами повідомили про поширеність депресії від помірної до важкої в 22 %. Також у процесі метааналізу були вивчені дистрес, стрес і порушення сну, їх поширеність становила 35 %, 40 % і 32 % відповідно, і була однаковою серед груп населення. Поширеність ПТСР була найвищою серед пацієнтів з COVID-19 — 93 %, серед медичних працівників та населення — 3 %. Крім того, в 5 дослідженнях вивчали загальну поширеність психічних розладів і вона була від 14 % до 72 % у медичних працівників і від 40 % до 54 % — у населення. Показано, що поширеність психічних симптомів була вище серед пацієнтів з уже наявними патологіями і серед пацієнтів з COVID-19 [16].

Вплив пандемії COVID-19 на дітей і підлітків матиме більш глобальні віддалені негативні наслідки,

у зв'язку з великим впливом на їхній соціальний та емоційний розвиток, ніж на дорослу частину населення [17]. Варто наголосити, що діти, підлітки з психічними розладами та їхні сім'ї належать до уразливих груп населення під час пандемії. У дітей і підлітків в період карантину спостерігається зниження фізичної активності, надмірне використання Інтернету, соціальних мереж і доступ до небажаного контенту через тривале перебування вдома, порушення режиму праці та відпочинку, а також порушення режиму харчування. Водночас соціальні служби у період карантину не працюють у повному обсязі, а діти рідко повідомляють про жорстоке поводження і насильство, якщо вони живуть в неблагополучних сім'ях [18]. Згідно з даними літератури, підлітки з психічними розладами погано переносять ізоляцію, а також схильні до переривання медикamentозної терапії. Особливе занепокоєння становлять діти і підлітки з високим суїцидальним ризиком і ризиком самоушкодження, з порушенням харчової поведінки, хворі на шизофренію, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР), розлади аутистичного спектра, а також підлітки з аддиктивною поведінкою. Поширеність ОКР оцінюють у дітей і підлітків в 0,25—4 %. Передбачається, що діти з ОКР сильно страждають від впливу пандемії, тому що основна фабула їх нав'язливих думок і дій часто пов'язана з чистотою, частим миттям рук, страхом зараження, а чистота — основна міра захисту від поширення інфекції COVID-19 [18]. Показано, що поширеність ПТСР у дітей, які зазнали карантинних заходів, становить 30 %. Раптова смерть родича від COVID-19 є фактором ризику розвитку ПТСР або пролонгованої депресивної реакції. Також в літературі є дані про те, що поширеність у підлітків депресивних симптомів становила 43 %, тривоги — 37 %, тривожно-депресивної симптоматики — 31 %. Водночас найвищим фактором ризику розвитку цих симптомів була жіноча стать [19].

Пандемія COVID-19 відбувається у нових соціальних і технологічних умовах. Широке використання Інтернету, соціальних мереж, які з одного боку — сприяють спілкуванню, соціалізації і надають актуальну інформацію під час пандемії, а з другого — пов'язані з несприятливими наслідками, як-от порушення сну, підвищення рівня тривожності, збільшення ризику ігрової залежності у підлітків. Емоційна підтримка батьків, час, проведений разом сім'єю, психогігієна, інформаційна депривація, допоможуть зменшити негативний вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я дітей та підлітків.

Важливим аспектом проблеми є тривала ізоляція під час пандемії коронавірусної інфекції, яка провокує дітей, підлітків і дорослих до вживання алкоголю, психоактивних речовин (ПАР) і препаратів седативної дії. На споживання алкоголю і ПАР припадає близько 1,5 % загального тягаря хвороб, а в деяких країнах воно може досягати 5 %. Згідно з отриманими даними, куріння є несприятливою прогностичною ознакою коронавірусної хвороби.

Гострі і хронічні стреси є предикторами зловживання ПАР. На додаток до цього, карантин, надмірне перебування вдома, безробіття, низький соціально-економічний статус можуть сприяти вживанню алкоголю і ПАР. Відзначено, що в період карантину обсяги продажів алкоголю і тютюну різко збільшилися. Одночасне вживання алкоголю і ПАР може призвести до передозування і летального кінця, а потрібне негайне звернення по медичну допомогу може бути ускладнене у період пандемії. Крім алкогольної залежності і залежності від ПАР, в сучасному суспільстві з'явилася аддиктивна поведінка, пов'язана з «інфодемією» та інтернет-залежністю. Надмірне захоплення відеоіграми порушує циркадні ритми, веде до стійкого порушення сну і загальної астенизації організму, що може бути предиктором зараження коронавірусної інфекцією. Отже, соціальна ізоляція, стрес, тривога, занепокоєння, надмірне дозвілля з відеоіграми і соціальними мережами призводить до збільшення нехімічних залежностей, що також спричиняє емоційну лабільність, дратівливість, агресію і тривогу [20].

Система охорони здоров'я, зокрема психіатрична служба, була адаптована до інших проблем, сформована в інший час і для інших цілей, і виявилася неготовою до великої кількості пацієнтів з коронавірусною інфекцією, що одночасно потребують надання медичної допомоги. На етапі реформування система охорони здоров'я виявилася неефективною ані в кадрових, ані в організаційних можливостях перед проблемою таких масштабів. З пандемією з'явилися специфічні психічні порушення, які на сьогодні потребують вивчення особливостей їх патогенезу, патофізіології і клінічної динаміки. Підкреслюється, що у разі важкої форми коронавірусної хвороби стигматизація суспільства обмежує доступність до висококваліфікованої медичної допомоги хворим з психічними розладами [21]. Психіатричні стаціонари закритого типу з високою заселеністю пацієнтами, недостатня підготовка персоналу для роботи з COVID, обмежена робота амбулаторної ланки, висока контагіозність COVID-19, когнітивні порушення у пацієнтів з психічними розладами збільшують вразливість цієї групи населення. А також самоізоляція, орієнтованість психіатричних стаціонарів на ургентних пацієнтів, відсутність розробок психологічного супроводу щодо пандемії COVID-19, ослаблення нормальних сімейних взаємин можуть стати предикторами загострення стану таких пацієнтів.

Узагальнюючи наведені дані, слід зазначити, що інфекція COVID-19 поставила перед населенням, медициною, і зокрема перед психіатрією, низку нових проблем і питань. Вона стала, в багатьох випадках, психогенним початком психічних, психосоматичних і соматичних захворювань, ускладнила і спотворила початковий патогенез особливостей клінічного перебігу низки психічних розладів, а також послужила першопричиною запуску багатьох, до кінця ще не вивчених і невстановлених хворобливих процесів, зокрема і психічної сфери.

Актуальність психічного здоров'я сучасної людини не викликає сумніву ні в особистісних, ні в сімейних, ні у виробничих, ні в соціально-суспільних відносинах. Темпи життя, робота у сучасному світі ставлять високі вимоги до психіки і потребують від неї бути максимально здоровою, активною, з достатнім її резервом, пластичністю і швидким повноцінним відновленням. Будь-які психічні порушення і розлади за обставин все більших темпів і обсягів інформаційно-комунікативних навантажень часто призводять ще молодих людей працездатного віку до глибокої довічної інвалідності, яка приковує до себе, свого обслуговування багатьох активних родичів, людей зі сфери медицини і соціальної допомоги. Ці питання також ставлять перед суспільством низку проблем формування сімейних, батьківських, соціально-суспільних відносин у цих людей. Пандемія COVID-19 і її вплив на психічне здоров'я і психологічний стан людини потребують від суспільства швидкого адекватного і своєчасного реагування. Якщо відповідь буде несвоєчасною і неадекватною, то реальність поставить людство перед різноманітністю наслідків цієї катастрофи, які істотно погіршать показники здоров'я населення нашої планети.

Список літератури

1. Mental health outcomes of the covid-19 pandemic / D. Talevi, V. Socci, M. Carai [et al.] // Riv Psichiatr. — 2020. — P. 8. DOI: 10.1708/3382.33569.
2. Sher L. The impact of the covid-19 pandemic on suicide rates / L. Sher // QJM: An International Journal of Medicine. — 2020. — Vol. 113, no. 10. — P. 707—712. DOI: 10.1093/qjmed/hcaa202.
3. Coronavirus Update (Live): 99,544,213 Cases and 2,134,525 Deaths from COVID-19 Virus Pandemic — Worldometer. URL: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
4. Оперативна інформація про поширення коронавірусної інфекції 2019-nCoV. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/operativna-informacija-pro-poshirennja-koronavirusnoi-infekcii-2019-cov19>.
5. Psychosocial impact of covid-19 / S. Dubey, P. Biswas, R. Ghosh [et al.] // Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. — 2020. — Vol. 14, no. 5. — P. 779—788. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.05.035.
6. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in china / C. Wang, R. Pan, X. Wan [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. — 2020. — Vol. 17, no. 5. — P. 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729.
7. A nationwide survey of psychological distress among chinese people in the covid-19 epidemic: implications and policy recommendations / J. Qiu, B. Shen, M. Zhao [et al.] // General Psychiatry. — 2020. — Vol. 33, no. 2. — P. e100213. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100213.
8. Vindegaard N. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence / N. Vindegaard, M. E. Benros // Brain, Behavior, and Immunity. — 2020. — Vol. 89. — P. 531—542. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
9. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China / W. Li, Y. Yang, Z.-H. Liu [et al.] // International Journal of Biological Sciences. — 2020. — Vol. 16, no. 10. — P. 1732—1738. DOI: 10.7150/ijbs.45120.

10. Rajkumar R. P. COVID-19 and mental health: a review of the existing literature / R. P. Rajkumar // *Asian Journal of Psychiatry*. — 2020. — Vol. 52. — P. 102066. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102066.
11. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus / L. Kang, Y. Li, S. Hu [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. — 2020. — Vol. 7, no. 3. — P. e14. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X.
12. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis / S. Pappa, V. Ntella, T. Giannakas [et al.] // *Brain, Behavior, and Immunity*. — 2020. — Vol. 88. — P. 901—907. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.
13. Ensuring mental health care during the sars-cov-2 epidemic in France: a narrative review / A. Chevance, D. Gourion, N. Hoertel [et al.] // *L'Encéphale*. — 2020. — Vol. 46, no. 3. — P. 193—201. DOI: 10.1016/j.encep.2020.04.005.
14. Association of psychiatric disorders with mortality among patients with covid-19 / K. Nemani, C. Li, M. Olfson [et al.] // *JAMA Psychiatry*. — 2021. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4442.
15. Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during covid-19: a rapid review and meta-analysis / J. E. Cooke, R. Eirich, N. Racine, S. Madigan // *Psychiatry Research*. — 2020. — Vol. 292. — P. 113347. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113347.
16. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (covid-19) on medical staff and general public — a systematic review and meta-analysis / M. Luo, L. Guo, M. Yu. [et al.] // *Psychiatry Research*. — 2020. — Vol. 291. — P. 113190. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113190
17. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement / China National Clinical Research Center for Respiratory Diseases, National Center for Children's Health, Beijing, China, Group of Respiriology, Chinese Pediatric Society, Chinese Medical Association [et al.] // *World Journal of Pediatrics*. — 2020. — Vol. 16, no. 3. — P. 223—231. DOI: 10.1007/s12519-020-00343-7.
18. Impact of covid-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: a narrative review with recommendations / S. Singh, D. Roy, K. Sinha [et al.] // *Psychiatry Research*. — 2020. — Vol. 293. — P. 113429. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113429.
19. Adolescent psychiatric disorders during the covid-19 pandemic and lockdown / S. B. Guessoum, J. Lachal, R. Radjack [et al.] // *Psychiatry Research*. — 2020. — Vol. 291. — P. 113264. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113264.
20. COVID-19 and addiction / M. J. Dubey, R. Ghosh, S. Chatterjee [et al.] // *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. — 2020. — Vol. 14, no. 5. — P. 817—823. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.06.008.
21. Yao H., Chen J.-H., Xu Y.-F. Patients with mental health disorders in the covid-19 epidemic // *The Lancet Psychiatry*. — 2020. — Vol. 7, no. 4. — P. e21. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30090.

Надійшла до редакції 28.01.2021

ТКАЧЕНКО Ольга Вікторівна, лікар-психіатр відділення пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: dr.otkachenko@gmail.com

ТКАЧЕНКО Oľha, MD, Physician-psychiatrist of the Department of Borderline Psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: dr.otkachenko@gmail.com

**СВІТЛОЇ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА, ЧЛЕНА-КОРЕСПОНДЕНТА НАМН УКРАЇНИ
ВАЛЕРІЯ СЕМЕНОВИЧА БІТЕНСЬКОГО
14.02.1943 — 15.12.2020**



15 грудня 2020 року пішов з життя професор, член-кореспондент НАМН України Валерій Семенович Бітенський.

Народився Валерій Семенович 14 лютого 1943 року. 1966 року закінчив Харківський медичний інститут. 1966—1970 рр. — працював лікарем-психіатром, завідував відділенням у Сумській обласній психіатричній лікарні № 2. 1970—1972 рр. — навчався в клінічній ординатурі Одеського національного медичного університету імені М. І. Пирогова. 1972—1974 рр. — завідував відділенням Одеської обласної клінічної психіатричної лікарні № 1. 1975—1978 рр. — обіймав посаду головного лікаря Одеської міської госпрозрахункової поліклініки, а 1976—1987 рр. — головного лікаря Одеської обласної клінічної психіатричної лікарні № 1. У період 1987—1990 рр. очолював кафедру дитячої та підліткової психіатрії та наркології, 1991—2015 рр. — кафедру психіатрії та наркології з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету імені М. І. Пирогова.

2015—2019 рр. — працював головним науковим співробітником КУ «Науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології», а 2019—2020 рр. — професором кафедри біології і охорони здоров'я Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського.

Валерій Семенович був талановитим лікарем, науковцем, педагогом. Особливої уваги професор, член-кореспондент В. С. Бітенський надавав таким науковим напрямам: клінічна рецепторологія, кіндлінг, ноогенні неврози, паліативно-хоспісна психіатрія.

Професор, член-кореспондент Бітенський В. С. був автором 245 друкованих робіт, з них 11 — монографії і глави в монографіях; два підручники; навчальний посібник; 87 статей в журналах державних видавництв; свідоцтво на авторське право; раціоналізаторська пропозиція; 13 патентів на оригінальну модель; 129 тез у матеріалах різних конференцій.

Професор Валерій Семенович Бітенський — перший з психіатрів — був обраний членом-кореспондентом Національної Академії медичних наук України.

Професор, член-кореспондент Бітенський В. С. також був членом вченої ради Українського науково-дослідного інституту медичної реабілітації та курортології МОЗ України; членом президії Асоціації неврологів, психіатрів і наркологів України та членом редакційної колегії багатьох вітчизняних та двох зарубіжних журналів з психіатрії, тривалий час очолював Одеську обласну Асоціацію психіатрів, був членом Дослідницького товариства з алкоголізму (США), Всесвітньої та Європейської асоціацій психіатрів, Європейської Академії природничих наук (Німеччина, Ганновер).

5 грудня 2017 року нагороджений Президією Всеукраїнського лікарського товариства медаллю «За лікарську честь» (посвідчення № 026) за плідну лікувально-діагностичну працю і наукові медичні дослідження.

Наукова спільнота фахівців, які працюють в сфері психічного здоров'я, сумує з приводу смерті видатного вченого, талановитого лікаря та педагога, професора, члена-кореспондента НАМН України В. С. Бітенського та висловлює співчуття близьким та друзям покійного.

Світла пам'ять про Валерія Семеновича буде жити в серцях колег, друзів та близьких.

*Дирекція ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
Президія ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України»*