**УДК : 616.89+616-008.441.13/.14+616-039.51)-036-08**

**№ держреєстрації: 0119U10072**

**Міністерство охорони здоров`я України**

**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (ЛНМУ)**

**79010,м.Львів, вул..Пекарська,69**

**Тел.(0322) 75-78-17**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Ректор Львівського національного**

**медичного університету**

**ім. Данила Галицького**

**академік АН ВО України,**

**проф. Зіменковський Б.С.**

**24.11.2020**

# ЗВІТ

# ПРО НАУКОВО-ДОСЛІДНУ РОБОТУ

# ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ В ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УКРАЇНІ

**(проміжний)**

**Керівник НДР, зав. кафедри психіатрії**
**та психотерапії ФПДО ЛНМУ, д. мед. н.** **Фільц О.О.**

**Нормоконтролер** **Пилипенко А.А.**

**Рукопис закінчено**
**24 листопада 2020р.**

**2020**

СПИСОК АВТОРІВ


| | |
|---|---|
| Керівник НДР, | |
| професор, д. мед. н. | Фільц О.О. |
| Відповідальний виконавець, | |
| доцент, к. мед. н. | Фітькало О.С. |
| Виконавці: | |
| доцент, к. мед. н. | Богута Х.Р. |
| доцент, к. мед. н. | Качмарська М.О. |
| доцент, к. мед. н. | Фітькало О.С. |
| доцент, к. мед. н. | Ришковська Н.О. |
| доцент, к. мед. н. | Борщевська А.В. |
| доцент, к. мед. н. | Кирилюк С.С. |
| асистент | Мироненко О.І. |
| асистент | Забор В.С. |
| асистент | Костюченко Н.В. |
| асистент | Лизак О.Л. |
| асистент | Мишаківська О.М. |
| асистент | Березок О,Р. |
| асистент | Баглай О.Б. |

**ЗМІСТ**

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ…….5

Розділ 1. Коморбідність в психіатрії та наркології (огляд літератури)

1.1. Епідеміологічні аспекти коморбідності в психіатрії та наркології

1.2. Фактори ризику, що викликають коморбізм у адиктивних пацієнтів.

1.2.3. Сучасні тенденції лікування коморбідних психічних розладів асоційованих з адитивними станами.

Розділ 2. Матеріали та методи досліджень

2.1. Загальна характеристика пацієнтів.

2.2. Методи обстеження.

2.3. Методи прогнозування і статистичного аналізу.

2.4. Анкетування

Розділ 3. Вплив біологічних і особистісних чинників на поширення коморбізму в психіатрії та наркології.

Розділ 4. Динаміка гомеостазу у пацієнтів поєднаної патології.

Розділ 5. Особливості лікування коморбідних психічних розладів асоційованих з адиктивними станами.

Розділ 5. Прогнозування ризику розвитку адикцій у студентів.

Аналіз та узагальнення отриманих результатів

Висновки

Практичні рекомендації

Список використаної літератури

Додатки

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

КС Коморбідні стани

МКХ-10 Міжнародна класифікація хвороб, 10 перегляд

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition

SCS-90 Опитувальник психопатологічних симптомів (Symptom Checklist Scale)

SCID-II напівструктуроване стандартизоване діагностичне інтерв'ю (Structured Clinical Interview for DSM Disorders)

MMPI Мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

PANSS Шкала позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale)

IPDE Міжнародний опитувальник особистісних розладів (International Personality Disorder Examination)

ЛОБІ Особистісний опитувальник ставлення до хвороби

СФАХ Сучасні форми алкогольної хвороби

АЗ Алкогольна залежність

## *РЕФЕРАТ*

Звіт про НДР: 104 с., 12 таблиць.

Звіт про планову науково-дослідну роботу кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО " Особливості клінічного поліморфізму коморбідних станів в психіатрії та наркології " (проміжний) на …… сторінках, містить вступ, огляд літератури, матеріали і методи та висновки.

Мета роботи – обгрунтувати нові системні підходи до терапії хворих на психічні захворювання та адиктивні стани на основі фармакологічної і психотерапевтичної корекції та оцінка ефективності з урахуванням особливостей клінічного поліморфізму коморбідних станів в психіатрії та наркології.

*Об'єкт дослідження* –психічні розлади, тривожно-депресивні розлади, адиктивні стани коморбідні з психічними, неврологічними та соматичними розладами.

*Предмет дослідження* – клініко-психопатологічна структура психічних розладів, тривожно-депресивних розладів, наркологічної та алкогольної залежності.

*Методи дослідження* – експериментально-психологічний, емпірично-кількісний (шкали), клініко-фармакологічний, феноменологічний опис, психопатологічний та клінічний аналіз, метод ретроспективної оцінки стаціонарної карти пацієнта

**Завдання**

1. Вивчити та дослідити комплекс багаторівневих факторів ризику та взаємний їх вплив на розвиток коморбідних станів.
2. Виділити різні форми коморбідності, особливості їх протікання у пацієнтів.
3. Дослідити сукупність клініко-імунологічних параметрів при формуванні коморбідної патології.

4. Оцінити значущу роль імунорегуляторних систем організму при формуванні резистентності хворих коморбідних станів в психіатрії та наркології.
5. Дослідити прогностичне значення клініко-патопсихологічних, патофізіологічних параметрів формування коморбідності у пацієнтів з психічними розладами асоційованими адиктивними станами.
6. Розробити критерії діагностики коморбідної патології, принципи її терапії, профілактики та реабілітації пацієнтів.
7. Визначити сучасні напрямки лікування коморбідної патології.
8. Розробити і впровадити лікувально-діагностичний комплекс, оцінити його ефективність при коморбідних станах в психіатрії та наркології.
9. Визначити якість життя пацієнтів з коморбідністю в психіатрії та наркології.
10. Уточнити поняття коморбідністі в психіатрії та наркології, ввести теоретичне поняття контрморбідність.
11. Визначити особливе місце впливу феномену коморбідності в психіатрії та наркології;

КОМОРБІДНІ РОЗЛАДИ, КОМОРБІДНІСТЬ ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИХ ДЕФІНІЦІЙ, КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ З АДИКЦІЄЮ, ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ, СТАЦІОНАРНА ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ.

**Вступ** Сьогодні практична ланка охорони здоров'я звузила обсяг фахових знань лікаря до конкретної патології, що стало причиною не сприйняття патологічних змін на які скаржиться пацієнт в цілому. Така ситуація появилась при сприянні комерціалізація медицини, відношення самого пацієнта до свого здоров'я, що підтверджує вислів акад. М.М.Амосова, який в свій час писав «Щоб стати здоровим, потрібні власні значні зусилля. Замінити їх нічим не можна». Сьогодні ми говоримо про те, що у населення насамперед повинна бути мотивація до здорового способу життя, особливо що торкається пацієнтів з сформованою хімічною залежністю, яка направлена на виздоровлення.

Доцільність комплексного підходу у виявленні хвороби та зціленні пацієнта є не новою проблемою. Враховуючи, що сучасна медицина володіє великою кількістю діагностичних методик і різноманітністю лікувальних процедур, які направлені на конкретні захворювання або ж навіть симптоми, та не охоплює пацієнта в цілому. До сьогодні при проведені багатьох наукових досліджень автори вважають критерієм виключення таких пацієнтів, які в анамнезі мали коморбідність, з дослідження. Тому такі дослідження, які присвячені оцінці поєднання тих чи інших окремо взятих захворювань, важко віднести до робіт, що вивчають коморбідність в цілому. Одночасна присутність у осіб двох і більше захворювань не є виключенням із правил, а навпаки зустрічається досить часто. У пацієнтів психічного та наркологічного профілю можна спостерігати поєднання психічних або соматичних розладів, одночасне вживання кількох психоактивних речовин (ПАР) та поєднання психічної патології з вживанням ПАР. Лікарі-практики, які в своїй роботі зустрічаються з такими хворими, розуміють наскільки це складна категорія пацієнтів у всіх відношеннях - як у спілкуванні, так і стосовно ефективності лікування.

За результатами ВООЗ, люди віком до 40 років мають по 2–4 захворювання, до 60 років цей «букет» уже складає 5–7 недуг, після 70 – 8–10 і більше. Так звана поліморбідність збільшується з 10,0 % у віці до 19 років

до 80,0 % у осіб, яким понад 80 років [44, 109, 121]. У США майже 80,0 % страхових витрат, за федеральною проґрамою Medicare у осіб віком понад 65 років, витрачається на пацієнтів із чотирма або/чи більшою кількістю хронічних захворювань [41]. Характерним при наданні медичної допомоги таким пацієнтам є те, що більшість із них звертаються до спеціалістів вузького профілю, які намагаються лікувати основну хворобу, не враховуючи стан пацієнта та ті інтегральні показники, що часто призводять до ускладнення та фатальних наслідків [2, 5, 10].

Згідно епідеміологічних досліджень встановлено ступінь коморбідності у Новій Зеландії, яка складає 74 %, що робить наявність супутніх психічних розладів правилом, а не винятком (Adamson S. J. at al., 2006). Поширеність коморбідних психічних розладів у Скандинавії і Великобританії становить 75–85 % серед пацієнтів з алкогольними проблемами і 75–90 % серед пацієнтів з проблемами вживання наркотичних речовин (Tomasson K. at al., 1995; Weaver T. at al., 2003). Найбільш поширені такі супутні психічні розлади, як соціальна фобія, депресія і посттравматичний стресовий розлад.

Згідно статистики в Україні кількість коморбідної патології до 19 років складає біля 10%, тоді як у осіб 80 років і старше цей процент перевищує 80 [22,34]. Із варіантів коморбідності виділяють: загальномедичну коморбідність (наявність у пацієнта з психічними розладами соматичної патології), яка спостерігається в 50% випадках, психіатричну (виникнення у пацієнта з психічним розладом ще одного розладу психіки або поведінки) — в 42% випадків і поєднану (одночасно наявність у пацієнта соматичної і двох психіатричних патологій або психіатричної та наркологічної) — в 19% випадках. Згідно епідеміологічних досліджень 40-42% пацієнти поряд із залежністю мають соматичну патологію (гепатит А, В, С, туберкульоз та ін. ), кожний третій пацієнт наркологічної клініки має поєднану психіатричну патологію. Таким чином світові дані останіх років свідчать про значну поширеність психічних і поведінкових розладів під час вживання психоактивних речовин [1-3]. Зрозуміло, що у найближчі

десятиліття прогнозується збільшення тягаря психічних розладів, і в першу чергу депресії, шізофренії, хвороби Альцгеймера, наркоманії, епілепсії, розумової відсталості. Депресія стає другою найбільш поширеною причиною інвалідності в усьому світі. Країни з недостатньо розвиненою системою надання психіатричної допомоги можуть зіткнутися з швидким зростом тягаря таких психічних розладів. Можна очікувати, що тривалість життя людей з психічними розладами буде збільшуватися, а це, в свою чергу, призведе до збільшення числа людей старшого віку з депресіями і розумовою відсталістю. В якості значущих чинників, що обумовлюють зростання частоти психічних захворювань, розглядають процеси урбанізації, стресогенні події (в тому числі соматичне захворювання) і інші соціальні негаразди сучасного світу. На початку XXI століття інтенсивність і різноманіття ризиків наростають настільки швидкими темпами, що вчені стали говорити про ризик як невід'ємної риси сучасного суспільства, здатної призвести його до руйнації та загибелі. Сучасні ризики, що призводять до стресових ситуацій не полягають у використанні інноваційної техніки, а є результат поведінкової діяльності (непродуманих, безвідповідальних, а часом, і безграмотних дій одних і безконтрольності інших), в силу чого вони віднесені до соціальних. Таким чином соціальне життя стає одним із ризиків, що призводить до виникнення захворювання.. Сучасне суспільство поступово перетворюється на суспільство високого ризику. Тому хронічні хвороби розпочинаються набагато раніше від їх проявів і, як правило, не пов’язані з фізіологією індивідуума, а причина саме в умовах, способі життя, навколишньому середовищі. До зовнішніх факторів психічних захворювань деякі дослідники відносять повсякденні стреси. Основними джерелами стресу для населення є: вкрай відчутне зниження рівня життя, економічна нестабільність і соціальна незахищеність. Сьогодні суспільство породжує все нові види ризиків, які роблять його нестабільним і схильним до саморуйнування.

Актуальність вивчення цієї проблеми важко переоцінити, враховуючи індивідуально-психологічні особливості пацієнтів, клінічну картину, патогенетичні механізми взаємодії вживання ПАР та психічні хвороби. Разом з тим, коморбідна патологія створює великі труднощі для сімейного лікаря, лікаря психіатра та нарколога. Лікарі часто не в змозі прийняти клінічне рішення при поєднані патологічних станів, враховуючи, що більшість існуючих медичних рекомендацій сфокусовані на вивченні окремих мононозологічних захворювань з певними схемами лікування конкретних хвороб у «чистому вигляді». Тоді як лікування психічного розладу утруднюється через наркотичну залежність, та навпаки, лікування зловживання ПАР ускладнюється наявністю психічної хвороби. Відсутність єдиного комплексного наукового підходу до оцінки коморбідності тягне за собою масу невирішених питань в клінічній медицині.

Проблема коморбідності залишається далекою від вирішення і тому активніше обговорюється в медичних професійних спільнотах.

Крім терапевтів і лікарів загальної практики з проблемою коморбидности часто зустрічаються і вузькі фахівці. На жаль, вони вкрай рідко звертають увагу на співіснування у одного хворого цілого букету хвороб і переважно займаються лікуванням профільного захворювання. В існуючій практиці урологи, гінекологи, оториноларингології, офтальмологи, хірурги та інші фахівці часто виносять в діагноз лише «своє» захворювання, віддаючи супутню патологію «на відкуп» іншим фахівцям. Невиправданим правилом будь-якого профільного відділення стала консультативна робота терапевта, який взяв на себе синдромальний аналіз пацієнта, а також формування діагностичної та лікувальної концепції, яка враховує потенційні ризики хворого і його віддалений прогноз.

Медичні фахівці усього світу констатують той факт, що кардинальною проблемою сучасної клінічної медицини є ко- чи поліморбідність, кількість якої динамічно збільшується. Виникає вона або внаслідок спільного патогенезу, причинно-наслідкового зв’язку (синтропічні

ураження), або як випадкове поєднання захворювань (супутні ураження), зумовлених ятрогенною поліпраґмазією, віковим чинником, анатомічною близькістю уражених орґанів тощо [3, 5, 12, 15]. Факторами, що впливають на розвиток коморбидности, можуть бути хронічна інфекція, запалення, інволютивні і системні метаболічні зміни, ятрогенія, соціальний статус, екологія і генетична схильність.

Види коморбідності, які сьогодні виділені відповідно факторів впливу наступні:

• Транссіндромальная коморбидность - співіснування у одного пацієнта двох і / або більш синдромів, патогенетично взаємопов'язаних між собою;

• Транснозологіческая коморбидность - співіснування у одного пацієнта двох і / або більш захворювань, патогенетично взаємопов'язаних між собою.

Згідно існуючій класифікації до причин коморбидності віднесено:

• анатомічна близькість уражених хворобою органів

• єдиний патогенетичний механізм декількох хвороб

• тимчасова причинно-наслідковий зв'язок між хворобами

• одна хвороба як ускладнення іншого

Розподіл коморбидности по синдромально і нозологическому принципам не відтворює повної картини захворювання. Однак дозволяє зрозуміти, що коморбідність може бути пов'язана з єдиною причиною або з єдиними механізмами патогенезу цих станів, що іноді пояснюється схожістю їх клінічних проявів, яке не дозволяє правильно диференціювати нозології.

Як правило, коморбідні стани зумовлюють значні зміни класичних клінічних ознак перебігу окремих хвороб та можуть суттєво впливати на їх діаґностику і лікування [1, 9, 13, 17]. За таких умов, необхідні особливо виважені рішення лікаря, коли він призначає медикаментозні засоби, пам’ятаючи про доґму «Лікуючи одне, не зашкодити іншому», оскільки деякі ліки, що застосовують для лікування одного захворювання, можуть впливати на перебіг супутніх хвороб та погіршувати ефективність лікування та діагностики. Все це впливає на прогноз та знижує якість життя, сприяє

збільшенню ліжко-днів, інвалідизації, смертності, перешкоджає проведенню реабілітації, збільшує число ускладнень [40].

На сьогодні уже розроблені та створені перші моделі коморбідності та синоніми коморбідності:

• поліморбідність

• мультіморбідность

• мультифакторіальні захворювання

• поліпатія

• подвійний діагноз

• плюріпатологія

Загальноприйнята термінологія коморбідності не задовольняє науковців та потребує певного уточнення. Деякі автори протиставляють одна одній поняття коморбідності і мультіморбідності, визначаючи першу, як множинне наявність захворювань, пов'язаних доведеним єдиним патогенетичним механізмом, а другу, як наявність множинних захворювань, не пов'язаних між собою доведеними на даний момент патогенетичними механізмами. Інші стверджують, що мультіморбідність є поєднання низки хронічних або гострих хвороб і медичних станів у однієї людини, і не роблять наголоси на єдність або різницю їх патогенезу [3].

Не може залишитись без уваги той факт, що коморбідність не відзначена належним чином в системі захворювань, які представлені в Міжнародній класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10), що ще раз підкреслює її актуальність. Таким чином відсутність єдиного комплексного наукового підходу до оцінки коморбідності тягне за собою прогалини в клінічній практиці.

Підтвердження існування проблеми поєднаної патології, високі показники поширеності захворювання, відсутність єдиного підходу до класифікації та лікування, а також величезний інтерес світової наукової громадськості до даного питання, безумовно, визначають актуальність проблеми поєднання психічної патології з вживанням психічно активних

речовин. Тому що організм – єдине ціле, де всі органи, функції, системи працюють, як єдине ціле, що в свою чергу підтримує спільний гомеостаз, забезпечує злагоджену діяльність всіх органів, які приймають участь в спільних процесах.

У своїх наукових роботах сучасні дослідники дійшли висновку, що проблема співіснування психопатології і вживання психоактивних речовин (ПАР) в рівній мірі актуальна для всіх країн світу, незалежно від їх соціальних, культуральних чи інших особливостей. У зв'язку з цим виникло питання - як всебічно оцінити хворого, який страждає одночасно кількома захворюваннями, з чого почати його обстеження і на що в першу і наступні черги направити лікування?.

В 1970 році A.R. Feinstein - видатний американський лікар, дослідник і епідеміолог зробив значний внесок в області клінічної епідеміології і вперше запропонував термін «коморбідність». Після нього принципове уточнення терміну дали H.C. Kraemer і M. van den Akker, визначивши коморбідність, як поєднання у одного хворого двох і / або більше хронічних захворювань, патогенетично взаємопов'язаних між собою, що збігаються у часі у одного пацієнта незалежно від активності кожного з них. Розпочались перші спільні дослідження з вивчення поєднання соматичної і душевної патології, що знайшло відповідне місце в психіатрії. I. Jensen (1975) [4], J.H. Boyd (1984) [5], W.C. Sanderson (1990) [6], Ю. Л. Нуллер (1993) [7], D.L. Robins (1994) [8], А. Б. Смулевич (1997) [9], C.R. Cloninger (2002) [10] та інші провідні психіатри присвятили довгі роки виявленню ряду коморбідних станів у хворих з найрізноманітнішими психічними розладами. І що ж ми маємо?.

На думку Марути Н., вся соматична патологія (неврологічні, запальні, ендокринні захворювання, захворювання внутрішніх органів) присутня при шизофренії, депресивних і тривожних розладах, що напевно пов’язане з депресією, яка ніколи не протікає ізольовано. Так згідно статистичних даних у 33,7% випадків депресія поєднується з генералізованим тривожним

розладом, в 29,4% - з панічним розладом, в 10,2% - з соціальною фобією, у 9,4% - з обсесивно-компульсивним розладом.

В останні роки все частіше звертають увагу на те, що залежність від ПАР зазвичай розвивається у осіб з різними формами психічної патології. Взаємодія наркоманії та ендогенних розладів, таких як шизофренія, носить складний характер та обумовлює атиповість протікання клінічної картини обох захворювань [16, 19, 26], що в свою чергу призводить до труднощів діагностики та судово-психіатричної оцінки осіб з такою формою поєднаної психічної патології. Сучасні наукові повідомлення проявів коморбідності в психічній та наркологічній патології невеликі за чисельністю та суперечливі за змістом. Згідно статистики, поширеність коморбідності в даній галузі коливається в широких межах залежно від особливостей пацієнта, етіології та тяжкості протікання поєднаної патології, часу та способу виявлення та встановлення діагнозу. Число коморбідних захворювань істотно підвищується з віком. Найбільшою мірою це негативне явище поширене в країнах з затяжною політичною, економічною і екологічною кризою, який переживає сьогодні Україна [4-7].

Вивчення коморбідної патології в психіатрії та наркології є відносно новою актуальною проблемою, хоча поставлена вона була ще наприкінці XIX століття, коли Еміль Крепелін помітив появу «редукованих шизофреній» на фоні систематичного вживання алкоголю. Його заключення було вкрай несподіваним, він вважав, що у цієї групи пацієнтів розвиваються відносно слабкі шизофренічні зміни особистості [ 4,8]. Існує думка і інших авторів про відносно сприятливий перебіг шизофренії при поєднанні зі зловживанням ПАР. Однак, як правило, у більшості пацієнтів прогноз клінічного перебігу коморбідної патології, відносно несприятливий. Хворі на параноїдну та неврозоподібну шизофренію, які вживають ПАР за їх наявності, як правило, рідко самостійно займаються пошуком джерел отримання наркотику, тоді як у хворих на психопатоподібну форму шизофренії спостерігається персистуючий потяг до наркотику, вони прагнуть до пошуку нових доз ПАР

[1]. У хворих на шизофренію динамічна патопластика клініки гострої інтоксикації ПАР відсутня, проте у структурі гострої інтоксикації збережено ейфорію.

Зустрічаються відомості щодо домінування малопрогредієнтного типу формування залежності від ПАР у хворих на шизофренію, синдром залежності при цьому формується рідко і характеризується розтягнутістю за часом та структурною незавершеністю основних симптомокомплексів [7, 22, 23].

При припиненні вживання наркотиків у хворих параноїдною і неврозоподібною формами шизофренії практично не спостерігається соматичного (вегетативного) компоненту абстинентного синдрому, в той час, як психічні компоненти у вигляді потягу до наркотику, сновидіння зі сценами прийому ПАР можуть мати місце. Зважаючи на повну відсутність або стертість клінічної картини вегетативних симптомів синдрому відміни, хворі з коморбідною патологією у вигляді неврозоподібної шизофренії, як правило, самостійно припиняють прийом ПАР практично відразу після дебюту шизофренічного процесу [1].Проте зустрічаються і протилежні дані, згідно яких, в осіб із ендогенними розладами виражені абстинентні прояви з переважанням або сомато-вегетативних (54,55 %), або психопатологічних (45,45 %) компонентів спостерігаються частіше [22].

При середньому і тяжкому ступені тяжкості абстинентного синдрому в його клінічній картині домінують сомато-неврологічні розлади, а при його клінічно легких формах – психопатологічні [6, 23].

Структура абстинентного синдрому корелює з формою поєднаної з наркоманією шизофренії [6, 23]. Для шизофренії, що має безперервний перебіг, характерний легкий варіант абстинентного синдрому з переважанням психопатологічних розладів у його структурі. Для шизофренії з епізодичним типом перебігу характерний абстинентний синдром середнього та тяжкого ступеня тяжкості з переважанням сомато-вегетатівних розладів над психопатологічними. У хворих на шизофренію спостерігаються раптові,

зовні немотивовані припинення наркотизації на тлі вже сформованої наркотичної залежності. За шизофренії, що має безперервне протікання, припиненню наркотизації сприяють екзацербація ендогенного процесу, а за епізодичного типу течії параноїдної шизофренії та у хворих шизотиповим розладом – мимовільне або медикаментозне купірування ендогенної симптоматики. Соціальна небезпека хворих на шизофренію, ускладненою наркоманією, вище, ніж у ендогенних хворих, не вживаючих ПАР. Вживання ПАР хворими психопатоподібною шизофренією носить особливий характер – такі хворі схильні до більш тривалого і безсистемного вживання різних ПАР, одночасного прийому відразу декількох наркотиків, персистуючого потягу до ПАР, незважаючи на поточне ендогенне психічне захворювання і проведене лікування, формування клінічно вираженої залежності від ПАР; потяг до ПАР зберігається, незважаючи на проведення лікувальних заходів, навіть в умовах стаціонару, хворі відновлюють прийом ПАР за першої ж можливості. Тоді як у хворих параноїдною і неврозоподібною шизофренію вживання опійних наркотиків не призводить до розвитку наркоманії, залишаючись на рівні зловживання ПАР [1, 6].

При цьому багатьма авторами зазначається, що наявність психопатоподібних проявів у клінічній картині обумовлює найбільшу тропність до вживання ПАР, тоді як вживання наркотичних речовин зворотно пропорційне додаванню продуктивної психопатологічної симптоматики, аж до повного припинення вживання ПАР на тлі галюцинаторномаячних розладів із відновленням потягу до ПАР у періоди ремісії шизофренії.

У 28,89 % хворих на шизофренію на етапі сформованої залежності спостерігалося раптове і зовні невмотивоване аутохтонне припинення наркотизації. Воно відбувалося або на тлі редукції наявної ендогенної симптоматики внаслідок спонтанної ремісії, або адекватного лікування шизофренії (61,54 %), або на фоні ускладнення ендогенної симптоматики внаслідок екзацербаціі ендогенного процесу (38,46 %) [22].

Таким чином, клінічна картина синдрому залежності від ПАР при поєднанні його з шизофренією характеризується атиповістю, що виявляється на всіх етапах його формування і перебігу. Це проявляється більш пізнім віком прилучення до вживання наркотиків у порівнянні з преморбідно здоровими особами; домінуванням атарактичних мотивації над гедоністичними; переважно поодиноким характером вживання наркотиків на етапі експериментування і зловживання; відносно тривалим етапом пошукового полінаркотизму; повільним формуванням синдрому залежності та його структурною незавершеністю; нівелюванням патологічного потягу до вживання ПАР у періоди загострення галюцинаторно-маячної симптоматики та відновленням у періоди ремісії; зазвичай стертим абстинентним синдромом.

У разі поєднання вживання ПАР із шизофренією, патоморфоз зачіпає і клінічну картину останньої.

Для переважної більшості хворих на залежність від ПАР характерний більш ранній початок шизофренічного процесу: середній вік прояви перших симптомів шизофренії припадає на 20,7±3,37 років, у той час як у хворих з необтяженим анамнезом – на 23,9±9,3 років. Більш ранній початок захворювання може бути пов’язаний із впливом вживання ПАР на швидкість прояву психопатологічних симптомів ендогенного процесу. Починається захворювання, як правило, поступово, рідше підгостро або гостро. Провідним синдромом ініціального періоду шизофренії, поєднаної із вживанням ПАР, частіше виступає психопатоподібний синдром. У подальшому процес трансформується у форму шизофренії, яка найбільш часто зустрічається у таких хворих: параноїдну, неврозоподібну і психопатоподібну. Проте хворі з параноїдною формою шизофренії та коморбідною залежністю від ПАР відрізняються більш м’яким розвитком продуктивних симптомів, низькою інтенсивністю тривоги і збудження (різниця із хворими з необтяженим анамнезом може складати більше 20 балів шкали PANSS), а також більш стрімким виходом в терапевтичну ремісію у порівнянні з хворими, що не

вживали наркотики (динаміка редукції PANSS більше 10 %). Вищевказані факти повністю підтверджують думку деяких дослідників про те, що прилучений до шизофренії прийом ПАР згладжує психопатологічні прояви ендогенного процесу, обмежує клінічну картину шизофренії психопатологічними розладами неглибокого рівня ураження психічної діяльності.

Втім, деякі автори вказують навпаки, на зниження якості ремісій ендогенного захворювання на тлі опіоїдної наркоманії, зниження рівня соціального функціонування хворих, виражену соціально-трудову та сімейно-побутову дезадаптацію [1].

Багатьма авторами відзначено додавання рис органічного зниження рівня особистості (фактично, психоорганичного синдрому) у структуру шизофренічного дефекту, у разі поєднання ендогенного захворювання із вживанням ПАР. Це обумовлене екзогенною патопластикою шизофренічного процесу [1, 2, 6].

Характерні гебоїдна поведінка та позитивні розлади емоційної сфери, зазвичай непритаманні класичній шизофренії. Для таких хворих типовим є широкий діапазон афективних розладів: від субдепресивного афекту з дратівливістю до дисфоричних спалахів з конфліктністю, підвищеною збудливістю, афективною нестійкістю, експлозивністю. Схильність до афектних спалахів і агресії обумовлює більш виражену соціальну небезпечність хворих, а депресивні елементи – більший ризик здійснення спроби самогубства [1, 6]. При цьому розвиток парафренного і кататонічного синдромів не спостерігається навіть при відносній тривалості ендогенного процесу (10 років і більше). Існують вказівки на залежність клініко-динамічних закономірностей шизофренії, поєднаної із вживанням ПАР від її форми [2]. Так, при епізодичному типі перебігу параноїдної шизофренії перші епізоди загострення можуть протікати з домінуванням синдромів потьмарення свідомості – деліріозного або сутінкового, є нетривалими за часом та після купіювання гострої симптоматики характеризуються

практично повним відновленням колишнього рівня психічного функціонування. По мірі прогресування ендогенного захворювання синдроми затьмареної свідомості поступово заміщуються псевдогалюцинаціями і психічними автоматизмами [2].

При безперервному типі параноїдної шизофренії із коморбідною наркоманією маніфестна екзогенна симптоматика швидко заміщується галюцинаторно- та афективно-маячними проявами із переважанням сенестопатичних автоматизмів над ідеаторними і кинестетичними та психосенсорними розладами і розладами схеми тіла, що пояснюється екзогенною патопласти-кою ендогенної симптоматики [2].

Таким чином, для шизофренії на тлі залежності від ПАР характерним є початок ендогенного захворювання у ранньому віці, більш м'який і повільний розвиток як продуктивних, так і негативних психопатологічних проявів; наявність гебоїдної поведінки та широкого кола розладів емоційної сфери; додавання психоорганічної аранжировки, в тому числі у структуру де-фекту; підвищений ризик соціальної і ауто небезпечності хворих; а також більш стрімкий виход в терапевтичну ремісію.

Зовсім інша клінічна картина відзначається, за даними літератури, у разі поєднання наркоманії із психічними у разі поєднання наркоманії із психічними порушеннями екзогенного (органічного) генезу.

Так, для хворих органічним психічним розладом характерний найбільш високий темп прогредієнтності наркоманії, з найбільш раннім віком перших проб психоактивних речовин (до 15 років – 59,5 %), скороченими термінами дозрівання наркоманії, швидкою зміною гедоністичної мотивації вживання наркотиків на адиктивну, клінічно важким і тривалим (до 1 місяця – 35,7 %) синдромом абстиненції. Прогредієнтність наркоманії визначається формою коморбідного органічного психічного розладу і найбільшою мірою виражена у хворих з органічною деменцією, а в меншій – в осіб з органічним емоційно-лабільним розладом. Канабіноїдна наркоманія у хворих з розладом особистості характеризується високопрогредієнтним плином, про що свідчить

раннє прилучення до наркотику (до 15 років – 59,9 %), стислі строки формування всіх етапів синдрому залежності, поява аддиктивної мотивації споживання наркотиків вже на І стадії залежності, швидке зростання толерантності вже на І стадії захворювання з максимальним рівнем плато толерантності, відсутність спонтанних ремісій. Більша прогредієнтність протягом наркоманії характерна для осіб з емоційно-нестійким розладом особистості імпульсивного типу і менша прогредієнтність – для осіб з істеричним розладом особистості. У патокінезі залежності від канабіноїдів, в тому числі і поєднаної з іншою психічною патологією, на всіх етапах її формування беруть участь соціально-біологічні та особистісно-психологічні фактори, констеляція яких корелює з інтенсивністю наркотизації та клініко-динамічними параметрами синдрому залежності, який формується. При цьому на початкових етапах становлення наркоманії переважне значення мають індивідуально-психологічні та середовищні фактори, а на віддалених етапах – біологічні. Клінічна картина органічного захворювання при цьому характеризується формуванням в короткі терміни органічного слабоумства з ранньою соціальною дезадаптацією [7].

Резюмуючи роботи дослідників за темою коморбідності психічних захворювань, треба зауважити, що на даний час у науковому середовищі відсутня єдність поглядів на клінічний патоморфоз психічних розладів в результаті приєднання наркоманії, що, в свою чергу призводить до діагностичних труднощів, в тому числі до частого невизнання лікарями в клінічній практиці ендогенного генезу психопатологічних проявів у хворих із коморбідною залежністю від ПАР, недосконалості діагностики та лікування. Тут слід зазначити, що, на наш погляд, для вирішення окреслених проблем слід, по-перше, розробити чіткі та повні критерії диференційної діагностики психічних розладів внаслідок вживання ПАР і коморбідної патології; по-друге, побудувати алгоритм психореабілітації хворих із обов’язковим поєднанням протоколів лікування психічної і наркологічної патології та акцентуванням уваги на протианозогнозичній терапії та формуванні

комплаєнсу до лікування поєднаних патологій. Тому питання клініки, діагностики, особливостей формування та протікання коморбідного патологічного процессу в психіатрії та наркології, залишається актуальним і не до кінця вивченим.

Завдяки значній клінічній різновидності впливу коморбідності, особливості протікання, враховуючи гіпер- та гіподіагностику, яка в кінцевому варіанті призводить до руйнації звичайного способу життя такого пацієнта проблема патогенезу, діагностики і лікування коморбідних психічних розладів з адиктивними станами є актуальною. В даний час створені всі передумови для більш глибокого вивчення проблеми коморбідності, виявлення клінічних та лікарських взаємодій всередині неї, а також визначення її вкладу в клінічну медицину забезпечить поглиблене розуміння патогенезу коморбізму зі створенням сучасних класифікаційних і діагностичних критеріїв.

Усе відзначене диктує необхідність детального вивчення адиктивного статусу у хворих з коморбідністю, визначення клініко-психопатологічних, патопсихологічних, соціально-психологічних особливостей для розробки нових підходів до діагностики, терапії, реабілітації та профілактики з метою поліпшення якості життя цієї верстви населення, що визначає актуальність дослідження, яке планується.

В літературі виділено дві грипи розладів: розлади вживання психоактивних речовин і розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин (інтоксикації, депресивні стани, тривожні розлади, обсесивно-компульсивний синдром і пов’язані з ним захворювання, розлади сну, сексуальні дисфункції, марення та нейрокогнітівні розлади).

Проблема коморбідних розладів («подвійного діагнозу»; психічної патології ускладненої наркологічною; «поєднаної патології») є складною не тільки з наукової, але й з організаційної точки зору, враховуючи розподіл психіатричної та наркологічної служб, що історично склався. Діагностична невизначеність щодо хворих із коморбідними розладами призводить до

необґрунтованої госпіталізації їх у непрофільні стаціонари, знижує ефективність лікування та реабілітації. Дуже складним і досі не вирішеним є питання медико-соціальної експертизи таких пацієнтів, бо сполучення психічної та наркологічної патології утруднює оцінку соціального їх функціонування. Проблема коморбідності психічних розладів та залежності від ПАР є надзвичайно актуальною ще й у зв'язку з масштабами цього поєднання.

Враховуючи вищесказане, вплив коморбідних патології на клінічні прояви, діагностику, прогноз і лікування різних захворювань багатогранно і індивідуально. Взаємодія захворювань, віку і лікарського патоморфозу значно змінює клінічну картину і перебіг основної нозології, характер і тяжкість ускладнень, погіршують якість життя хворого, обмежують або ускладнюють лікувально-діагностичний процес.

Незважаючи на безліч невияснених закономірностей коморбідності, на відсутність її єдиної термінології і триває пошук нових комбінацій захворювань, на основі наявних клінічних та наукових даних можна зробити висновок, що коморбідності притаманний спектр безсумнівних властивостей, які характеризують її як неоднорідне явище, яке збільшує тяжкість стану і погіршує прогноз хворих [41].

Наявність коморбідності слід враховувати при виборі алгоритму діагностики та схеми лікування тієї чи іншої хвороби. Даній категорії хворих необхідно уточнювати ступінь функціональних порушень і морфологічного статусу всіх виявлених нозологічних форм. При появі кожного нового, в тому числі маловираженими симптому слід проводити вичерпне обстеження з метою визначення його причини.

Також необхідно пам'ятати, що коморбидность призводить до поліпрагмазії, де одночасне призначення великої кількості лікарських препаратів унеможливлює контроль над ефективністю терапії, збільшує матеріальні витрати пацієнтів, а тому знижує їх комплаенс (прихильність до лікування).

Крім того, поліпрагмазія, особливо у пацієнтів похилого та старечого віку, сприяє різкому зростанню ймовірності розвитку місцевих і системних небажаних побічних ефектів лікарських препаратів. Ці побічні ефекти не завжди приймаються лікарями до уваги, оскільки розцінюються як прояв одного з факторів коморбідності і тягнуть за собою призначення ще більшої кількості лікарських препаратів, замикаючи «порочне коло».

Одноразова лікування декількох захворювань вимагає суворого обліку сполучуваності препаратів і досконального дотримання правил раціональної фармакотерапії, заснованої на постулатах Е. М. Тареева «Кожне непоказаних ліки протипоказано» і Б. Є. Вотчала «Якщо препарат позбавлений побічних ефектів, слід задуматися, чи є у нього будь-які ефекти взагалі ».

В даний час існує 12 загальновизнаних методів вимірювання коморбідності [45]. Першими способами оцінки коморбидности стали система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) і індекс Kaplan-Feinstein, розроблені в 1968 і 1974 рр. відповідно. Система CIRS, запропонована B. S. Linn, з'явилася революційним відкриттям, так як дала можливість практичним лікарям оцінювати кількість і тяжкість хронічних захворювань в структурі коморбідних статусу їхніх пацієнтів [46]. Однак вона не враховувала вік хворих і специфіку хвороб людей літнього віку, а тому через 23 роки була переглянута M. D. Miller [47]. Різновид системи CIRS у літніх хворих отримала назву CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) [48].

Коморбідна патологія створює великі перешкоди під час діагностики та лікування психічного розладу через наркотичну залежність, та навпаки, лікування зловживання ПАР ускладнюється наявністю психічної хвороби. Проблема коморбідних розладів («подвійного діагнозу»; психічної патології ускладненої наркологічною; «поєднаною патологією») є складною не тільки з наукової, але й з організаційної точки зору, враховуючи розподіл психіатричної та наркологічної служб, що історично склався. Діагностична невизначеність щодо хворих із коморбідними розладами призводить до необґрунтованої госпіталізації їх у непрофільні стаціонари, знижує

ефективність лікування та реабілітації. Дуже складним і досі не вирішеним є питання медико-соціальної експертизи таких пацієнтів, бо сполучення психічної та наркологічної патології утруднює оцінку соціального їх функціонування. Існує організаційна та методологічна неузгодженість стосовно «маршруту» хворих із коморбідними розладами, внаслідок чого знижуються обсяг, ефективність та доступність допомоги; частина хворих взагалі не одержує адекватної допомоги. Хворі із коморбідними розладами лікуються у психіатричних і наркологічних установах відповідно до спеціалізації цих закладів, без урахування супутнього діагнозу внаслідок ігнорування фахівцями специфічності коморбідної патології та відсутності узгоджених методичних підходів до терапії. Так як між поєднаною патологією існує взаємовплив, який утруднює визначення, в першу чергу, того розладу, який є первинним. Тому величезною проблемою сучасної медицини є цілісний підхід на лікування пацієнта з урахуванням усіх коморбідних станів, що є наслідком урбанізації, надмірної індустріалізації, поглиблення соціального розшарування суспільства, високої інтенсивності міграційних процесів, неправильного способу життя (зловживання алкоголем, наркоманії), соціального неблагополуччя, війни на Сході. Вважаємо, що сучасний комплексний підхід до лікування даної групи пацієнтів повинен поєднувати три основні моменти втручання: біологічний, психологічний та соціальний. Зрозуміло, що кожна хвороба дезорганізує психічну рівновагу та обмежує соціальне життя особистості, що спостерігається навіть при незначних порушеннях здоров'я. Пацієнти з психічними розладами особливо вразливі, взаємовплив у них більш тривалий та й наслідки є більш виражені. Сьогодні відбувається в медицині зміна парадигми з медико-біологічної на медико-психологічну, що зміщує акценти з парадигми хвороби на парадигму здоров'я, що в свою чергу потребує зміни у підходах як до курації пацієнтів так і до підготовки лікарів з надання медичної допомоги не лише лікувальної, а й превентивної. ВООЗ у своєму статуті відмічає, що здоров'я –це стан повного фізичного, психічного та

соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів. ВООЗ також розробив додаткові критерії здоровя, а саме якість життя, яке так само включає фізичне, психічне і соціальне благополуччя, якість середовища, в якому знаходиться пацієнт, ступінь задоволення конкретним рівнем життя та інші складові психологічного комфорту.

Психологічний комфорт є тим мотиваційним моментом, який нерідко призводить до виникнення наркотичного зриву, який в свою чергу, формує невроз страху. Страх закладений в суспільній свідомості і характеризується глибокими помилками в розумінні самої адикції та в ставленні до неї. Адитивна поведінка є однією з форм девіантної поведінки і проявляється у відході від реальності за допомогою зміни психічного стану. Суть адитивної поведінки полягає в прагненні змінити свій психічний стан за допомогою прийому деяких речовин. Пацієнт, який має адитивну поведінку сприймається суспільством як аморальна особистістість до якої і ставлення відповідне. Тому методи впливу на такого пацієнта теж відповідні, що психологічно засновані на страху. Це і алкогольна та наркотична пропаганда та специфічні методи лікування (есперaль, торпедо, кодування і т.п.).

Багаторівневий підхід до пацієнта в стані забезпечити співпрацю з таким пацієнтом на рівні його особистості, соматичної, психологічної та психічної проблеми і в кінцевому варіанті орієнтований на зміну якості життя пацієнта, його соціалізацію. Таким чином відбувається ширший процес активного спостереження лікаря за перебігом захворювання і включає довірче, взаємне спілкування в плані обговорення лікувально-діагностичних, профілактичних заходів з документальним його оформленням.

## РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводиться на кафедрі психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; на базі Львівської державної

клінічної психіатричної лікарні; стаціонарного відділення №2 Львівського обласного психоневрологічного диспансеру та Львівського обласного державного клінічного наркологічного диспансера. Використовуються методи порівняння, наукового узагальнення, евристичного спостереження. В нашому дослідженні приймали участь 86 пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю віком від 21 до 59 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у військо-медичному клінічному центрі Західного регіону м. Львова, відділення № 16. згідно інформованої згоди.

- Клінічний метод для оцінки загального стану хворого (антропометричні дані, показники гемодинаміки - частота пульсу, кров'яний тиск, частота дихання, індекс Кердо, ЕКГ; показники функціонального стану печінки - тимолова проба, активністьтрансаміназ, білірубін). Вивчались параметри соціальної адаптації - сімейний стан, рівень освіти, спеціальність, місце роботи, судимості та ін.
- емпіричні – тестування; клініко-психопатологічний аналіз симптомів, які виявляються при коморбідній патології і їх перебіг;
- методи обробки та інтерпретації емпіричних даних: кількісний та якісний аналіз ( описова статистика, кореляційний аналіз та ін.).
- комплексне медико-психологічне дослідження психічних розладів, коморбідних психіатричній та наркологічній патології;
- психодіагностичні методики - госпітальна шкала тривоги і депресії HADS ; шкала депресії Гамільтона (Hamilton); шкала депресії Бека (BDI); Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант); Шкала Монтгомері - Асберга для оцінки депресії (MADRS); Індекс коморбидности Charlson; шкала для клінічної діагностики ПТСР (CLINICAL-ADMINISTERED PTSD SCALE - CAPS).
- катамнестичний - тривалість і якість ремісій у пацієнтів з адитивними станами.

Згідно інформованої згоди всім пацієнтам для визначення когнітивних порушень проведено нейропсихологічне обстеження. Короткочасну і довготривалу пам'ять, орієнтацію в часі і просторі досліджували за допомогою шкали Mini Mental State Examination (MMSE). Дану методику сьогодні використовують як для оцінки ступеня порушень когнітивних функцій в якості скринінгу, так і для оцінки динаміки поліпшення або стабілізації стану на тлі лікування. Шкала складається із 9 пунктів з максимальним рахунком 30 балів. Більш низький сумарний бал вказує на більш серйозні когнітивні порушення: 28-30 балів – норма; 24-27 балів - явні когнітивні порушення; 20-23 бала-деменція легкого ступеня; 11-19 балів - деменція середнього ступеня; 0-10 балів - деменція важкого ступеня. Позитивним є те, що час для заповнення такої шкали займає 10 хвилин. Крім того, методика стандартизована, проста в застосуванні та обробці результатів, характеризується доброю прогностичною достовірністю, інформативна в оцінці інтелектуального дефекту та в змозі проаналізувати всі основні когнітивні складові. Деякі автори вважають, що чутливість даної методики є незначною, особливо коли це відноситься до легкого ступеня когнітивних порушень. Тому для більш точного визначення цих порушень, нами використано батарею тестів. Наступним був тест малювання годинника. Пацієнт самостійно малює годинник та правильно розташовує стрілки на циферблаті для виявлення просторово-зорових і регуляторних порушень. При дослідженні слухомовних функцій нами використано методику «10 слів», яку запропонував у 1962р А.Р. Лурія. Пацієнту на слух пропонувалось запам’ятати 10 простих, різних за змістом, без смислового зв’язку слів. Після цього кількість правильно відтворених слів та кількість повторів підраховували у вигляді балів. Норма вважалась 4-5 слів з першого разу, а всі 10 слів через 3-5 повторів. Методика А.Р. Лурія базується на гіпотезі «переважного ураження передніх відділів головного мозку» (домінування при алкоголізмі ознак ураження лобних відділів головного мозку), що пояснює нейропсихологічний дефект при захворюванні. Оцінку рівня

депресії встановлювали за шкалою долікарняної діагностики депресії Цунга, яка включала 20 варіантів самостійних відповідей пацієнтів. Кожне питання мало 4 відповіді: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно», за якими оцінювали рівень депресії пацієнтів та визначити ступінь депресивного розладу. Шкала характеризується високою чутливістю та специфічністю, дозволяє уникнути додаткових економічних і часових витрат. За кількістю балів вважається: 25-49 нормальний стан, 50-59 легка депресія, 60-69 помірна депресія, 70 і вище важка депресія. Для визначення реактивної та особистісної тривожності використано опитувальник Ч.Д.Спілбергера — Ханіна, який включає 2 шкали. Кожна із частин опитувальника містила 20 тверджень. Особливість шкали полягає в тому, що вона одночасно дозволяє вимірювати тривожність як стійку індивідуальну особливість людини і як стан тривоги, який характеризує суб'єктивно пережиті емоції. Характерним є те, що в нашому дослідженні низька тривожність за шкалою Спілбергера — Ханіна корелювала з ознаками депресії. Низька тривожність, в нашому випадку вказувала на депресивний стан з низьким рівнем мотивації. Больовий синдром визначали за 10-бальною ВАШ та опитувальником Г.Айзенка, який є реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості. Для визначення вегетативної реакції людини шляхом об'єктивної оцінки больової реакції використано динамічну реєстрацію діаметра зіниці ока (пупілоалгометрію).

Принцип системного відбору тестів полягав у тому, щоб отримати точні і адекватно порівнювані показники, які дозволили б об'єктивно оцінити когнітивні порушення та в подальшому при лікуванні загальмувати, а в деяких випадках і попередити розвиток важких проявів когнітивних розладів. Для об'єктивізації наявного рівня когнітивних порушень проведено обстеження пацієнтів у динаміці (до та після регресу симптоматики), що дозволило збільшити чутливість методів дослідження у повторюваних дослідженнях.

Математичну обробку результатів дослідження здійснювали за допомогою статистичного пакета програм «EXCEL» і «STATISTICA». Параметричні характеристики подавали як M±m, де M–середнє значення, m – стандартна похибка середнього значення. Для оцінки значущості міжгрупових відмінностей в досліджуваних кількісних показниках використовувались Т–тест Стьюдента.

За результатами клінічних, додаткових, експериментальних та технологічних методів дослідження будуть розпрацьовані та удосконалені нові методи діагностики та лікування пацієнтів з коморбідними станами в психіатрії та наркології.

Всі методи дослідження будуть направлені на підвищення якості лікування і реабілітації хворих коморбідною патологією, що дасть можливість забезпечити стабільність зміни способу життя у довгостроковій перспективі –підвищення якості життя. Саме це буде визначати потребу *катамнестичних досліджень*. Протягом катамнестичних досліджень будуть враховуватись: кратність повторних госпіталізацій за час проведення дослідження; тривалість кожної госпіталізації; тривалість інтервалів між госпіталізаціями; середня тривалість ремісій.

Однак незважаючи на різноманітність методів оцінки коморбідности не існує єдиного загальноприйнятого способу її вимірювання, позбавленого недоліків існуючих методик. Відсутність єдиного інструменту, створеного на основі широкого міжнародного досвіду, а також методології його використання не дає коморбідности «повернутися обличчям» до практикуючого лікаря.

Узагальнюючи сказане, слід зазначити, що сьогодні актуальним залишається пошук методів терапії, які, крім безпосередньої дії на біологічний субстрат патологічного потягу до психоактивних речовин, давали б можливість опосередкованого усунення або зменшення ролі психологічних механізмів залежності.

# РОЗДІЛ 3 ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ

Дані багатьох досліджень свідчать, що більшість населення України протягом останніх п'яти років перебуває у стані хронічного стресу різного ступеню виразності. Найбільш уразливими контингентами є особи, безпосередньо дотичні до військового конфлікту на сході України, а саме: військовослужбовці, задіяні в АТО/ООС; внутрішньо переміщені особи (ВПО), мешканці території проведення бойових дій. За моделлю стресового розширення (Інститут демографічних досліджень ім. Макса Планка, Росток), зона впливу хронічного стресу поширюється на родини військовослужбовців, безпосередньо задіяних в АТО/ООС, а також на родини загиблих, полонених або зниклих безвісти (Chaban, 2017).

Отже, особливої уваги в цей складний період потребує психосоматичне здоров'я військовослужбовців та членів їх родин, відновлення якого безпосередньо впливає на підтримку боєздатності військовослужбовців на належному рівні. (Мясников Г.В., Друзь О.В. та ін., 2014).

Заколот-війна розвивається за наступними фазами: деморалізація, безпорядки, терор, поступове вербування до революційності, перебудова духовних поглядів. Стратегія заколот-війни має кінцевою метою руйнування структури, а «зруйнована держава не може бути відновлена, мертвий не може бути пробуджений до життя» (Сунь-цзи).

Іншою особливістю сучасних війн є їх «мережевий» характер – «мережецентрична війна» «network-centric warfare». Мережецентична війна — концепція, яка орієнтована на підвищення бойових можливостей перспективних формувань в сучасних війнах та військових конфліктах за рахунок досягнення інформаційної переваги, об'єднання учасників бойових дій в єдину мережу. Нерідко мішенню «мережецентричних війн» є психічний стан супротивника при веденні мережецентрованих військових дій досягається раптовість і психічна дезорієнтація супротивника, що неминуче

призводить до збільшення санітарних втрат психіатричного профілю (Мясников Г.В., Друзь О.В. та ін., 2014).

До того ж війна, яка продовжується в Україні все більше набуває рис консцієнтальності (від лат. conscientia – розуміння, свідомість, сумління), тобто війна з першочерговою метою зміни усвідомлення, переосмислення того, що відбувається, руйнації національної самосвідомості, поширення нігілістичних та песимістичних ідей, направлена на заниження рівня соціального капіталу. Така війна направлена одночасно на соціум в цілому – втрату національної ідентичності і на кожного індивідуума – втрата самоідентифікації, відмова, або зменшення індивідуальних амортизаційних можливостей через відмову від культурально-мнестичних позасвідомих механізмів захисту, втрату довіри до базальних захисних функцій держави і мікросоціуму.

Для консцієнтальної війни особливо характерні деякі форми когнітивного упередження та когнітивного викривлення внаслідок втрати достатньої критики до потужного інформаційного впливу в ситуації невизначення та постійного очікування неприємностей попереду, руйнації духовних цінностей попередніх поколінь з розривом наступності з цими поколіннями. Все вищесказане потребує нової оцінки стану людей, які знаходяться в ситуації хронічного стресу та дистресу та врахуванням їх менталітету, психологічних амортизаційних властивостей, соціальної ситуації (Chaban et al., 2018, Чабан О.С., Франкова И.А. 2016, Чабан О.С., Безшейко В.Г., 2017).

Матеріали та методи. Було проведено якісний та кількісний аналіз даних за період з 2014-2018 роки щодо поширеності нозологічних форм психічних розладів за МКХ-10 серед військовослужбовців, які безпосередньо брали участь у бойових діях (військовослужбовці строкової служби, офіцерський склад та учасники АТО). Дослідження проводилось на базі клініки психіатрії (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» .

Результати дослідження також включають результати опитування упродовж 2014-2017 років звільнених зі служби 128 військовослужбовців, які безпосередньо брали участь у виконанні бойових завдань на сході України (Донецька/Луганська області). За допомогою опитування було зібрано інформацію про стан психологічного та психічного здоров'я, отриману після повернення поміч/самопоміч, військовий досвід ветеранів, а також їх сімейний статус, зайнятість, доступ до пільг та задоволеність відношенням держави.

За офіційними даними, на кінець 2015 року в Україні налічувалось близько 346 160 учасників бойових дій. Нами було відмічено майже 10-разове зростання кількості первинно госпіталізованих пацієнтів з психічними розладами у 2014 році (початок війни) порівняно з 2013 (довоєнний рік), а саме 598 осіб порівняно з 66 особами (Рис 1). Причинами різкого збільшення потреби в стаціонарній психіатричній допомозі щодо військовослужбовців були не тільки брак мережі лікувальних закладів системи ЗСУ та відсутність досвіду роботи в умовах війни, а також недосконалість регламенту взаємодій та дієвих алгоритмів надання психологічної та психіатричної допомоги учасникам АТО в умовах гібридної війни.

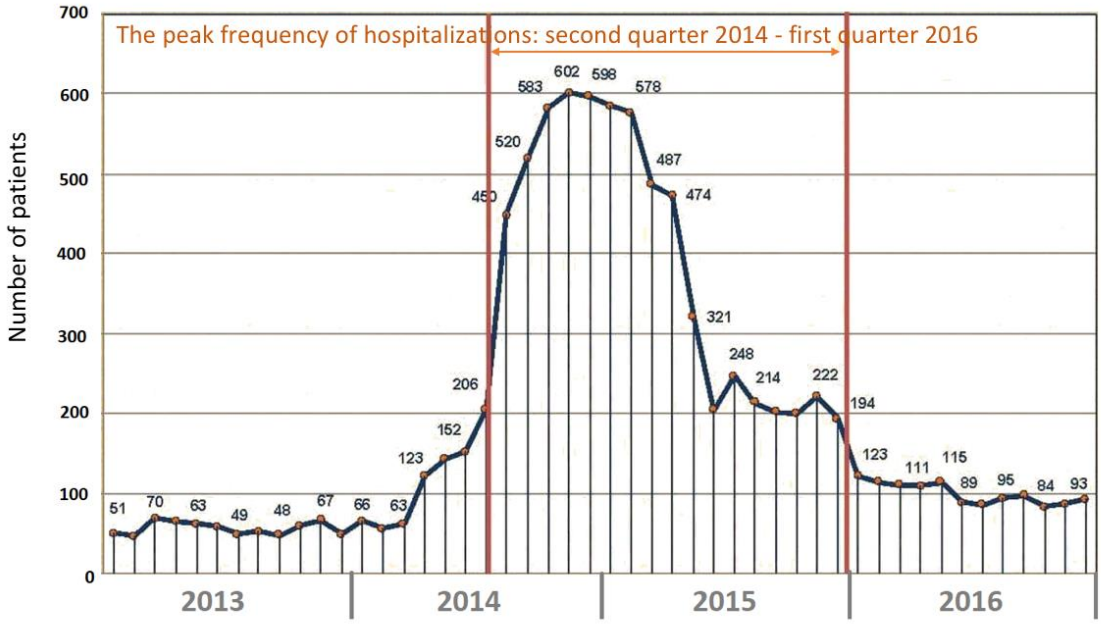

Рис. 1 Кількість первинних госпіталізацій військовослужбовців - учасників АТО в клініку психіатрії НВМКЦ “ГВКГ”

Збільшенню частоти госпіталізацій військовослужбовців сприяли вимушене війною залучення до лав збройних сил України (ЗСУ) осіб з певними захворюваннями, що не перешкоджали несенню військової служби при мобілізації, але надалі могли загострюватись, а також труднощі діагностики складних клінічних випадків. Патофізіологічний механізм впливу стресу, в тому числі бойового, реалізується із залученням психонейроімуноендокринної системи, тому важливою є мультидисциплінарна лікарська допомога та терапевтичний альянс лікаря та пацієнта (Смашна О.Є., Хаустова О.О., 2016). Варто зазначити, що проблеми надання медичної допомоги постраждалим в зонах активних бойових дій визначаються високою летальністю при важких ураженнях, тривалістю та тяжкістю перебігу захворювань, тимчасовою та/або стійкою втратою працездатності; вони мають соціальну та медико-психологічну обумовленість, часто стаючи причиною особистих та родинних трагедій.

Провідним розладом внаслідок бойових дій у комбатантів є бойова психічна травма (БПТ), розповсюдженість якої серед військовослужбовців, що брали участь у локальних конфліктах сягає 80% (Рис 2). «Бойова психічна травма» - це результат поєднаної дії безлічі психотравмуючих гострих однократних чинників на фоні хронічного стресу. Вони включають дію таких психотравмуючих чинників, як тривалість багатофакторної дії, фізичне і психічне перенапруження, тривожне очікування, множинні психотравмуючі події, незвичні кліматичні умови, недосипання, голодування. Науково-дослідницький центр гуманітарних проблем Збройних Сил України також свідчить, що 80 % військовослужбовців — учасників АТО є психологічно травмованими на момент демобілізації.

Серед поранених, за досвідом локальних війн, психічні розлади складають майже 50% (Мясников Г.В., Друзь О.В. та ін 2014). Встановлено,

що ПТСР розвивається у кожної п'ятої особи, яка побувала в бойових умовах, а за наявності додаткових обтяжуючих факторів (полон, серйозні травми) - у 25-50% випадків і навіть більше. Поширеність посттравматичного стресового розладу серед військових в Україні коливається біля 20% (Chaban, 2018). Велике значення має коморбідність психічних розладів із захворюваннями внутрішніх органів та травматичним ураженням мозку (Khaustova & Smashna, 2016, Khaustova & Smashna, 2017).

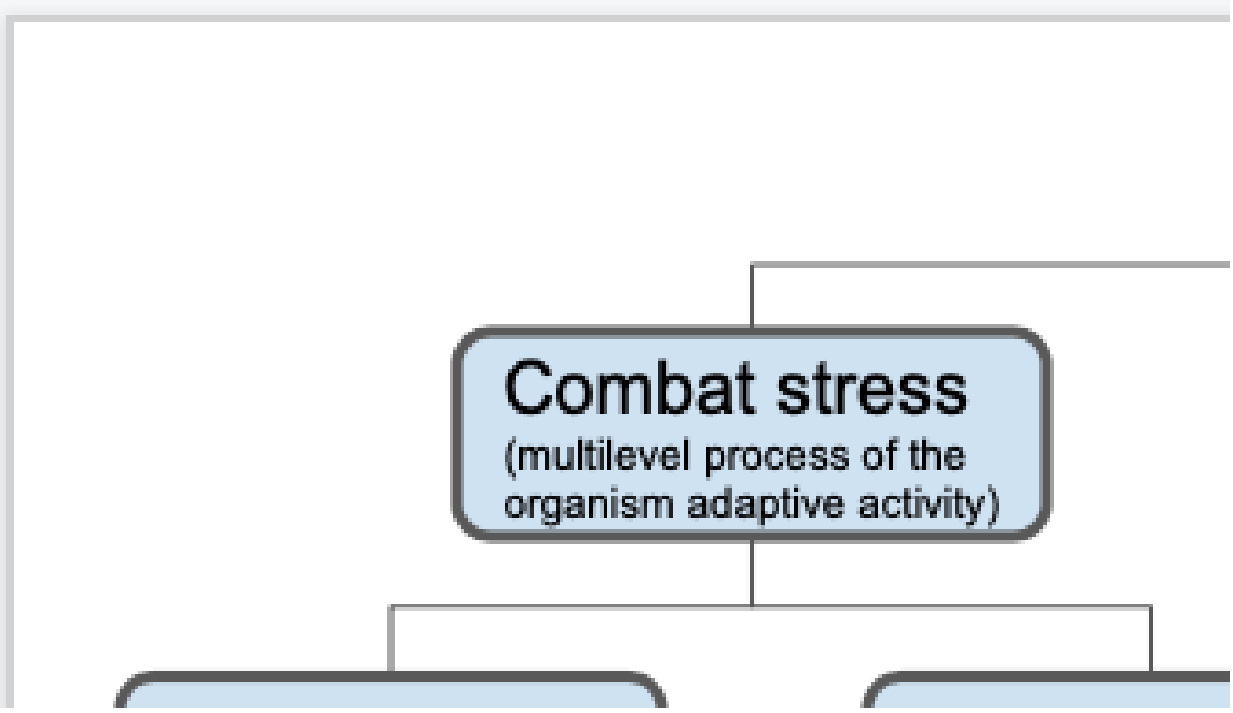


Рис. 2. Психічні розлади внаслідок впливу бойових дій

Нозологічна структура психічних розладів госпіталізованих у клініку психіатрії НВМКЦ “ГВКГ” хворих військовослужбовців за 2016-2018 р.р. лишалася сталою, крім зменшення розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин з 18,9% (2016 р.) до 13,4% (2018 р.) (Табл. 1). Розлади, пов`язаними зі стресом та соматоформні розлади були найбільш поширеною нозологією серед військовослужбовців та склали понад 50%.

Таблиця 1

Нозологічний розподіл психічних розладів у клініці психіатрії НВМКЦ “ГВКГ” за 2016-2018 р.р.

| Нозологічні форми | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Розлади, пов`язаними зі стресом та соматоформні розлади | 621 | 50,4 | 644 | 52,9 | 629 | 52,6 |
| Розлади особистості та поведінки | 140 | 11,3 | 131 | 10,7 | 153 | 12,9 |
| Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин | 234 | 18,9 | 195 | 16,1 | 159 | 13,4 |
| Психотичні розлади | 82 | 6,7 | 125 | 10,3 | 137 | 11,5 |
| Органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади | 37 | 3,0 | 32 | 2,7 | 23 | 1,9 |
| Інші хвороби, не включені в перелік | 106 | 8,6 | 68 | 5,6 | 47 | 3,9 |
| Розумова відсталість | 13 | 1,1 | 21 | 1,7 | 46 | 3,8 |
| Разом | 1233 | 100 | 1216 | 100 | 1194 | 100 |

Серед усіх хворих більшість були офіцери військової служби за контрактом, а саме 63,4% (n=781) у 2016 році, 66,4% (n=806) у 2017 році. Військовослужбовців строкової служби було 13,9%, (n= 171) у 2016 році та 15,5% (n=188) у 2017 році.

За даними 2018 року серед офіцерського складу та учасників АТО переважали невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади, а серед військовослужбовців строкової служби були більш поширені психотичні розлади та розлади особистості, розумова відсталість (Табл 2).

Таблиця 2

Розподіл психічних розладів (за МКХ – 10) серед військовослужбовців строкової служби, офіцерського складу та учасників АТО, 2018 рік

| | Військовослужбовці строкової служби | | Офіцерський склад | | Учасники АТО | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Нозологічні форми | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Психотичні розлади | 24 | 10,2 | 45 | 7,3 | 19 | 4,5 |
| Невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади | 87 | 36,8 | 471 | 76,8 | 374 | 88,2 |
| Алкоголізм та наркоманії | 12 | 5,1 | 32 | 5,2 | 7 | 1,6 |
| Розлади особистості та поведінки | 48 | 20,4 | 24 | 3,9 | - | - |
| Органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади | 12 | 5,1 | 23 | 3,7 | - | - |
| Розумова відсталість | 46 | 19,5 | 0 | 0 | - | - |
| Інші хвороби не включені в перелік | 7 | 2,9 | 19 | 3,1 | 24 | 5,7 |
| **Всього** | **236** | | **614** | | **424** | |

Серйозним викликом для ефективності медико-психологічної допомоги постраждалим в зонах активних бойових дій є коморбідність психічних розладів внаслідок БПТ (фобії, дисоціативні розлади, депресія, ПТСР, соматоформні та психосоматичні розлади) із залежністю від психоактивних речовин (ПАВ). Найбільшою частота вживання ПАВ серед учасників АТО була у 2014 році (62,1%). Великий суспільний та медичний резонанс щодо цих даних та подальші соціальні та медичні інтервенції привели до зниження частоти вживання ПАВ до 2017 року вдвічі (Табл. 3).

Таблиця 3

Вживання ПАР в учасників АТО з БПТ

| Роки | Всього учасників АТО | Частота вживання ПАР | Кількість звільнених у зв’язку з вживанням ПАР (від загальної кількості учасників АТО) |
|---|---|---|---|

| | абс. | абс. | % | абс. | % |
|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | 2168 | 1345 | 62,1 | 124 | 5,7 |
| 2015 | 2456 | 945 | 38,4 | 95 | 3,8 |
| 2016 | 1744 | 752 | 43,1 | 64 | 3,6 |
| 2017 | 1547 | 491 | 31,7 | 57 | 3,5 |
| ВСЬОГО | 7915 | 3533 | 44,63 | 340 | 4,3 |

В клініці психіатрії НВМКЦ “ГВКГ” (на прикладі 2018 року) медична допомога 1194 пролікованим пацієнтам надавалась психіатрами, наркологом, психотерапевтом та психологом. Використовувались травма-фокусована когнітивно поведінкова терапія та EMDR, в меншому ступені психофармакотерапія.

Нами були отримані наступні результати опитування звільнених військовослужбовців (n=128) в період з 2014 по 2017 роки. Тож 73% респондентів повідомили про порушення сну та наявність флешбеків; 84% - скаржились на тривожність, дратівливість, перепади настрою; відчуття втоми, зниженого настрою та почуття пригніченості відмітили 80,9% респондентів.

Загострене почуття несправедливості, відчуття байдужості з боку влади та оточення переживали 73% опитаних. Близько чверті опитаних (23,8%) повідомили про наявність суїцидальних думок, 1,5% повідомили про спробу самогубства після звільнення.

Не зважаючи на вищезазначені скарги, більшість опитаних осіб (76%) не були під наглядом психіатра за місцем проживання, а санаторне лікування після комісації проводилося лише у 23,8% випадків. Дві третини

респондентів (63,4%) повідомили, що з моменту звільнення не приймали ліки для покращення психологічного самопочуття незважаючи на наявність скарг. Самолікування було у 36,6% обстежених осіб, які самостійно періодично приймали рослинні седативні препарати (гліцесед, персен, екстракт валеріани); снодійні (сонован, донорміл) та транквілізатори (зделільшого бензодіазепіни, гідазепам). Напомість, 41,4% опитаних осіб повідомили, що вживади алкоголь 6-8 разів на місяць, 39,6% - 2-3 рази на місяць, лише 19% - взагалі не вживали алкогольні напої.

Соціальні характеристики за результатами опитування виглядали наступним чином. Постійне місце працевлаштування мали 47,6%, осіб; ще 14,2% осіб мали сезонні заробітки; 3,2% - відновилися на військовій службі; 1,7% - виїхали за кордон. Але 33,3% обстежених з різних причин були безробітними. Сімейний стан не змінився у 60,3% опитаних осіб після повернення з АТО; 19% - розлучилися; 11,1% - одружилися; 9,6% - розлучилися і одружилися. За даними анкетування, цілком задоволеними соціальними пільгами та відношенням держави до бійця були лише 7,4%, половина респондентів (53%) лишились мало задоволеними, 20,6% - зовсім не задоволені, а 19% виявились обуреними.

**Обговорення та висновки до розділу.** Психічна травма та стресові розлади, особливо якщо їм не приділяється належної уваги, є першим етапом, або стартом розвитку глибших психічних та соматичних розладів, що в подальшому потребують наполегливого та тривалого лікування та реабілітації. Небезпечні для життя умови, створені військовим конфліктом, є причиною не тільки санітарних втрат військового складу, але й бойових психічних травм (БПТ) та посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Фактори, що обумовлюють високий рівень БПТ та ПТСР серед українських військових, великим чином обумовлені саме гібрідністю війни, що триває на території України (Чабан О.С., 2017). До них належать масивна інформаційна війна у всіх її варіантах; почуття плутанини щодо поточних подій: від термінологічної до ідеологічної ("гібридна війна", "торгівля з

агресором", "справа в країні агресора", "колишні братні народи", "контрабанда в зоні бойових дій" і т.д.); ситуація амбівалентного змісту в засобах масової інформації, особливо на телебаченні (поряд з негативною інформацією про війну паралельно ідуть розважальні програми, у тому числі жарти про війну), що викликає когнітивний дисонанс на мікро- і макросоціальному рівні; повсякденне використання культурної спадщини країни-агресора; багато спільної релігійності з країною агресором; ідеї, що якісь «великі» країни ведуть переговори і вирішують долю української нації таємно від своїх народів. Це веде до втрати стійкості та амортизаційних властивостей до масового інформаційного впливу з подвійними стандартами.

На особистісному рівні негативно спрацьовують численні сімейні та родинні зв'язки в країною-агресором; наявність друзів та знайомих, які залишилися по той бік військового розмежування; перемовини по телефону та ін. засобами з ними, часті сварки та нерозуміння ідеологічного характеру;

Не менш важливими є низький рівень соціального капіталу; наявність фонового відчуття неадекватної підтримки, втрати основної довіри через нігілістичні елементи, що створюють специфічне почуття провини до тих, хто залишився на війні; агресія, викликана несправедливістю, бюрократичними перепонами, або невірними висловлюваннями до військових. Причому існує повна довіра лише до тих, хто був поруч з ними у війні (військове братство), і навпаки, недовіра та часто обурення до проживаючих на вільній від війни території, особливо в ситуаціях виражених і гучних розваг поза зоною війни.

Все це веде до надмірного почуття образи за тих, хто воює в порівнянні з іншими; до почуття втоми і байдужості у випадку тривалих періодів служби і війни; до схильності пошуку «традиційного розслаблення», насамперед алкоголю, наркотиків та сексу без зобов'язань; більш швидкого сп'яніння (Chaban 2017, Чабан О.С., Франкова И.А. 2019, Чабан О.С. та ін., 205, Чабан О.С., Франкова И.А. 2015).

Повернення додому з зони бойових дій та навіть з лікарні також є випробуванням для комбатанта. За дослідженням Скрипнікова А.М. з співавторами, процес дезадаптації розгортається за принципом «замкненого порочного кола», де пусковим механізмом, як правило, виступає різка зміна умов життя, звичного середовища, наявність стійкої психотравмуючої ситуації. Багато досліджень детально описують численні невротичні та психосоматичні симптоми, що супроводжують психосоціальну дезадаптацію. Українськими дослідниками описані наступні прояви постстресової психологічної дезадаптації у комбатантів в умовах мирного середовища:

- відчуття відчуження, «покинутості» та «непотрібності»;
- когнітивний дисонанс через байдужість «мирного» суспільства до війни;
- стійке переконання, що усі цивільні не можуть зрозуміти пережите на війні;
- соціальна непристосованість, безробіття;
- спроба застосувати в мирному житті нові набуті поведінкові стратегії, що негативно оцінюється близькими;
- неспроможність мирного врегулювання сімейних конфліктів, випадки фізичного, сексуального й психологічного насильства;
- надмірна актуалізація відчуття «бойового братерства» та протиставлення його «мирному» світу;
- досвід зняття психоемоційного напруження вживанням психоактивних речовин (Маркова М.В., Росінський Г.С. 2018, Скрипнікова А.М., Герасименко Л.О. та ін., 2016, Філатова О.А., Ломакіна Г.І. 2014).

Отже, повертаючись із військової служби, ветерани конфлікту на сході України зіштовхуються із симптомами психічних порушень, не звертаються за допомогою за місцем проживання через високий рівень стигматизації психічних розладів. Не менш тяжким викликом стає процес реінтеграції до цивільного життя. Ці виклики пов’язані з досвідом участі ветеранів у збройних діях, які часто мають тривалий вплив. Крім того, відсутність

комплексних та актуальних даних щодо соціально-економічних потреб та реінтеграційного досвіду ветеранів перешкоджає наданню адресної підтримки.

За офіційними даними, що збігаються з результатами нашого дослідження, 22% ветеранів не змогли отримати безкоштовні ліки за рецептами, а 32% ветеранів не отримали безкоштовного санаторно-курортного лікування (реабілітації). Замість того 26% ветеранів були схильні шукати розради у зловживанні алкоголем, про що також повідомили 27% членів сімей ветеранів (Ministry for veteran affairs of Ukraine, 2020).

Варто зауважити, що 29% ветеранів воліли б отримувати індивідуальні консультації психолога, а половина респондентів вказала, що такий тип підтримки є актуальним для ветеранів загалом (51%). Причому, для ветеранів важливо отримувати підтримку від фахівців, які глибоко розуміють досвід ветеранів і проблеми, з якими вони стикаються після повернення зі служби. Водночас до психологів, які не мають досвіду надання консультацій, ветерани мають певні упередження. Так, ветерани не звертаються по психосоціальну підтримку тому, що: не хочуть показувати свої проблеми (56%) та згадувати про досвід бойових дій; не усвідомлюють, що потребують допомоги (51%); не знають, до кого та як звертатися (41%); не звертаються через брак кваліфікованих спеціалістів (31%) та брак коштів (17%) (Ministry for veteran affairs of Ukraine, 2020).

Взагалі, цивільним психологам бракує відповідного досвіду для консультування ветеранів, тому їм необхідно проходити додаткові тренінги та навчання, котрі дозволяють зрозуміти особливості життєвої ситуації ветеранів, їхнього світосприйняття та досвіду участі в бойових діях. Нагальною потребою є розширення штату клінік, що надають допомогу ветеранам саме психотерапевтами та клінічними психологами із відповідною підготовкою у роботі з психологічною травмою та залежністю від ПАВ.

Для того, щоб запобігти виникненню розладів пов’язаних із дією стресу, психологічна та психіатрична допомога військовослужбовцям

повинна надаватися превентивно в місцях постійної дислокації військ. Так, необхідно враховувати соціально-психологічні аспекти психічного здоров'я, а саме: поінформованість про державні заходи соціального захисту для військовослужбовців, що беруть участь у військових конфліктах; необхідність їх позитивної оцінки засобами масової інформації; створення психологічного єднання у військовому підрозділі. Важливою є також підготовка командирів всіх ланок щодо психопрофілактики бойової психічної травми;

Впевненість військовослужбовців в своєчасному отриманні ними медичної допомоги та евакуації із зони бойових дій (Мясников Г.В., Друзь О.В. та ін 2014), в свою чергу, має забезпечуватись вчасною підготовкою особового складу медичної служби в області клінічної психології та психіатрії; психокорекцією дезадаптативних форм поведінки, пов'язаних з підвищеною тривожністю, вживанням психоактивних речовин, негативної групової динаміки у військових підрозділах;

Проте в реальній ситуації надання психолого-психіатричної допомоги лишаються певні протиріччя між симптоматичним таргетним втручанням на ранньому етапі та очікуванням відновлення соціального функціонування військовослужбовців внаслідок комплексного біопсихосоціальних втручання. Вони обумовлені в тому числі відсутністю єдиної концепції реабілітації ветеранів, певним дефіцитом матеріально-технічної бази та ресурсів на тлі наявності широкого арсеналу психодіагностичних та психофармакологічних методів. Протиріччям є також наявність випадків виставлення “соціальному діагнозу” (деонтологічного) задля запобігання психіатричної стигматизації ветеранів на тлі прагнення до збереження медичного обґрунтування виявлених психічних розладів.

## Розділ 2.2. Діагностика когнітивної дисфункції у військових з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, асоційованого з депресією

Згідно літературних джерел [3,5,6] когнітивні порушення (КП) проявляються в 50-70% випадків у пацієнтів, що зловживають алкоголем, у 80% пацієнтів зареєстровано симптоми депресії, алкогольна деменція складає від 5 до 10% всіх деменцій. У зв’язку з важливістю впливу на здоров'я когнітивних порушень легкого ступеня (тривалість яких складає від декількох місяців до декількох десятиріч), які ще не досягли рівня деменції, однак вийшли за межі вікової норми сьогодні включені в МКХ-10, як самостійна діагностична одиниця - «Помірні когнітивні розлади». Зрозуміло, що цей термін можна використовувати як діагноз, що і було зроблено в нашому дослідженні.

Порушення когнітивних функцій, які в більшості випадків не враховуються лікарем, і таким чином, залишаються поза рамками надання медичної допомоги, характерні практично для всіх пацієнтів із психічними захворюваннями. Ігнорування проявів когнітивних порушень, в першу чергу, пов’язано з тим, що діапазон когнітивних здібностей має індивідуальні особливості для кожної людини і тому їх визначення немає чітких критеріїв оцінки та складає певні труднощі при встановленні їх порушень.

Нами вивчено в динаміці валідність та ефективність методів оцінки когнітивного статусу пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю поєднаної з депресією та проведено корекцію когнітивної дисфункції шляхом додаткового призначення препарату цитофлавін.

Згідно інформованої згоди, ми для дослідження індивідуально-психологічних відмінностей особистості пацієнтів використали ряд стандартизованих нейропсихологічних тестів, які мали високі характеристики валідизації та надійності [1,2]. Емоційні порушення оцінювали до та після лікування із застосуванням шкали Mini Mental State Examination (MMSE) [10], яка визначала короткочасну і довготривалу пам'ять у пацієнтів; за методикою А. Лурія досліджували слухомовні функції; для проведення тесту малювання годинника обстежуваному пропоновано

намалювати годинник, результати якого свідчили про наявність у хворого клінічно значимих когнітивних порушень; для виявлення основних індивідуальних властивостей особистості був використаний опитувальник Г.Айзенка; для оцінки проявів реактивної та особистісної тривожності застосовували опитувальник Спілбергера — Ханіна [7]; рівень депресії визначали за шкалою Цунга. Для об'єктивної оцінки больової реакції було використано динамічну реєстрацію діаметра зіниці ока (пупілоалгометрію) для визначення вегетативної реакції людини [13] та візуальну аналогову шкалу (ВАШ).

**Результати дослідження та їх обговорення**. Згідно з принципами біомедичної етики проведено дослідження 44 пацієнтів у віці від 22 до 59, середній вік яких склав (38.79±7,52) - основна група. Контрольну групу без ознак депресії склали 42 пацієнти віком від 21 до 59, середній вік (40.92±7,68).

Клініко-психопатологічна картина розладів адаптації на початку дослідження характеризувалась переважанням у всіх хворих 100,00% наявністю зниженого настрою. У 95,21% хворих психопатологічні прояви супроводжувалися тривогою і носили характер загальноневротичної симптоматики: дратівливість – 87,12%, плаксивість – 67,54%, емоційна лабільність – 71,12%, демонстративність поведінки – 37,6% та скарги соматичного характеру: головна біль- 41,13% , задуха – 18,5%, коливання тиску – 64,2%.

Дані клініко-психопатологічного аналізу підтверджувалися результатами, які були отримані завдяки динаміці психопатологічної симптоматики. Оцінка психопатологічних проявів включала порушення сну, зміну настрою, тривогу, страх, подразливість, психомоторне збудження, хронічні болі (табл. 1).

В нашому дослідженні важливим було вивчення психічного стану пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю з урахуванням впливу депресивних симптомів на функціонування когнітивної сфери.

**Таблиця 1.**

**Динаміка психопатологічної симптоматики у військових з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, асоційованого з депресією**

| № п/п | Симптоми | Пацієнти з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю поєднаної з депресією. основна група (бали) n=44 | | Пацієнти з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю без депресії. контрольна група (бали) n=42 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 день | 30 день | 0 день | 30 день |
| 1 | Порушення сну | 2,5±0,09* | 1,5±0,07* | 2,5±0,08* | 1,7±0,06* |
| 2 | Поганий настрій | 2,9±0,07* | 1,6±0,06* | 2,8±0,09* | 1,8±0,08* |
| 3 | Тривога | 2,9±0,06* | 1,1±0,02* | 2,5±0,07* | 1,6±0,08* |
| 4 | Дисфорія | 2,8±0,08* | 1,3±0,06* | 2,7±0,04* | 1,5±0,05* |
| 5 | Емоційна лабільність | 2,6±0,05* | 1,0±0,04* | 2,6±0,06* | 1,9±0,01* |
| 7 | Поведінкові розлади | 2,5±0,05* | 1,0±0,03* | 2,5±0,14* | 1,1±0,14* |

Примітки: * - різниця з показниками I та II груп порівняння достовірна ($p<0,05$).

При проведенні дизайну дослідження, яке полягало в двократному обстеження пацієнтів, виявлено у 95,21% помірні когнітивні порушення, у 75% депресивні розлади легкого і середнього ступеня тяжкості (таблиця 1).

Аналізуючи результати наших досліджень можна стверджувати, що в основі когнітивних порушень лежать емоційні та поведінкові реакції на ті чи інші події, які є прямим результатом думок про ці події. Так у пацієнтів I-ї групи під кінець дослідження відмічено покращення настрою з 2,9±0,07 до 0,80±0,06 балів, ($p<0,05$); зменшення частоти пробудження під час сну - нормалізувався сон ( початок дослідження мали 2,47±0,09 бали, тоді як під кінець дослідження відповідно 0,60±0,07 бала (при $p<0,05$); спостерігалось

зниження рівня тривоги з 2,90±0,06 до 0,38±0,02 балів; суттєво зменшилась емоційна лабільність з 2,6±0,05 до 0,41±0,06 балів, (при p<0,05).

**Таблиця 2.**

**За результатами дослідження отримано:**

| № п/п | Шкали | Пацієнти з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю поєднаної з депресією. основна група (бали) n=44 | | Пацієнти з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю без депресії. контрольна група (бали) n=42 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 день | 30 день | 0 день | 30 день |
| 1 | MMSE | 24,0±6,60 | 27,89±7,03 | 24,31±6,70 | 27,10±6,94 |
| 2 | Лурія | 3,95±2,64 | 5,93±3,03 | 5,83±2,59 | 3,05±2,68 |
| 3 | Спілбергера - Ханіна Особистісна | 28,29±1,16 | 33,93±1,06 | 45,05±7,09 | 47,50±1,78 |
| 4 | Реактивна | 45,16±1,77 | 31,22±1,06 | 53,70±1,69 | 41,10±1,88 |
| 5 | Цунга | 46.68±1.92 | 29.04±1.80 | 47.35±1.57 | 39.23±0.97 |

Результати MMSE-тесту відповідали легкому та середньому когнітивному порушенню (24,0±6,60 та 27,10±6,94), що за класифікацією МКХ-10 нами діагностувались, як «Помірні когнітивні розлади». Статистично значущої різниці між значеннями MMSE у групах не виявлено (24,0±6,60 та 24,31±6,70). Практично у всіх пацієнтів спостерігались відхилення від норми, що вказувало на когнітивну дисфункцію. Найчастіше пацієнти скаржилися на порушення сну, погіршення пам'яті, відсутність концентрації уваги, головну біль. Більшість пацієнтів демонстрували поєднання порушень уваги, пам’яті, швидкості обробки інформації, що свідчило про дифузний характер когнітивних порушень.

Аналіз показників визначення рівня депресії за вищевказаними методиками показав наступне: середній показник за шкалою Цунга в обох порівняльних групах склав (46.68±1.92 бала та 47.35±1.57 бала відповідно).

Рівень тривоги спостерігався у 38 (88,4 %) хворих І-ї групи і 37 (88,1 % ) пацієнтів ІІ-й групи порівняння (p > 0,05). Психічна тривога і афективна напруженість у пацієнтів обох груп на початку дослідження проявлялась у вигляді раптового гніву, злоби і закінчувалась фізичною слабкістю. Скарги на часті головні болі (3 бали) відзначались на початку дослідження в обох групах, що говорить про наростання симптомів синдрому відміни. Депресивні розлади в основній групі характеризувались поліморфізмом клінічних проявів і коморбідністю симптомів депресії з іншими формами патології. Так у пацієнтів з ознаками депресії, вегетативні кризи починались з ознобу, супроводжувались прискореним серцебиттям, нерідко з відчуттям оніміння або зниження температури кінцівок, тобто симптоми, напевно, мали симпато-адреналову направленість.

За результатами аналізу шкали Спілберга-Ханіна виявлено, що в процесі лікування показники тривожності знижувались у контрольній групі: особистісна тривожність після лікування склала 19,12±0,87 балів проти 21,34±1,27 балів та реактивна тривожність склала 10,63±0,96 балів проти 26,54±1,47 балів. В основній групі за час спостереження показники тривожності знижені в 1,6 раза, тоді як в контрольній групі зниження відзначено у 2,5 раза, хоча дана група пацієнтів в своєму анамнезі не мала коморбідної патології у вигляді депресії. На характер депресії істотно впливала динаміка рівня тривоги, яка довгий час в нашому досліджені залишалась на одних і тих самих рівнях, що пояснюється яскраво вираженим синдромом відміни. Усунення ознак депресії та попередження розвитку важких проявів когнітивної дисфункції ми вбачаємо у використання препарату цитофлавін. Лікування з використанням препарату цитофлавін проводилось в обох групах. Через 30 днів під кінець лікування у більшості вояків відмічено помірний рівень реактивної тривожності та ознаки легкої депресії. Перспективу подальших досліджень вбачаємо в розробці ефективних методів фізичної та психологічної реабілітації вояків з метою підвищення їх адаптивних можливостей.

**Обговорення результатів дослідження.**

На основі батереї діагностичних тестів отримано точні і адекватно порівнювані показники, які дозволили встановити об’єктивну картину когнітивних порушень, їх кореляційний зв'язок із депресією, що суттєво вплинуло на результат лікування. Здійснено корекцію когнітивної дисфункції шляхом додаткового призначення препарату цитофлавіну по 2 таб 2 рази на добу за півгодини до їди. За результатами дослідження встановлено, що у пацієнтів обох груп – 86 осіб (основна і контрольна) виявлено до 50% пограничні когнітивні порушення, які можна вважати достовірно прогностичною інформативною ознакою психічного стану пацієнтів. Низьку тривожність за шкалою Спілбергера —Ханіна зафіксовано у пацієнтів, що малими прояви депресії. За всіма іншими скринінговими діагностичними шкалами у всіх пацієнтів виявлені пограничні когнітивні порушення. Таким чином, доведено, що пограничні когнітивні порушення у пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю взаємодіють з депресією, яка суттєво впливає на когнітивні здібності.

Для усунення когнітивних порушень (КП) пацієнтам обох груп пропоновано комплексне традиційне лікування з додатковим використанням метаболічного препарату цитофлавін. Літературні джерела [8] підтверджують доцільність застосування комплексного метаболічного нейропротекторного препарату, дія якого спрямована на синтез комплексів енергії через різні рецепторні, ферментативні і медіаторні системи. Згідно авторів [8] цитофлавін можна віднести до метаболічних лікарських засобів, який виконує роль індуктора основних метаболічних шляхів в клітинах, сприяє утилізації вільного кисню та перешкоджає ішемічним змінам в органах і тканинах за рахунок зниження рівня перекисних процесів. Комплексна терапія лікування пограничних когнітивних станів з курсовим призначенням цитофлавіну є патогенетично обґрунтованою, що забезпечило в нашому дослідженні покращення психологічного стану вояків обох груп.

**Висновок** В ході дослідження ми виявили функціональний зв’язок когнітивних порушень із показниками депресії, доведена фармакологічна безпека фіто-метаболічного препарату цитофлавіну. Пацієнтам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю коморбідними з депресією пропоновано до комплексного лікування (згідно протоколу) метаболічний препарат цитофлавін по 2 таб 2 рази на добу за півгодини до їди, тривалістю курсу 30 днів. При достовірному зменшенні симптомів когнітивної дисфункції та ознак депресії призначене лікування розцінювали , як ефективне.

**Перспективи подальших досліджень**. У нашому дослідженні чинниками формування когнітивного дефіциту у пацієнтів виступала як алкогольна інтоксикація так і депресія. Вважаємо, що єдність патогенетичних механізмів розвитку когнітивних та афективних проявів полягає у встановленому нами функціональному зв’язку когнітивних порушень із ознаками депресії. Запорукою ефективності терапії наших пацієнтів була рання діагностика, правильний вибір терапевтичної стратегії, який полягав у відновленні когнітивних функцій та поверненні до попереднього рівня їх функціонування і якості життя. Усунення когнітивної дисфункції та попередження розвитку важких, до перетворення їх у деменцію проявів, було здійснено завдяки простим та ефективним методам діагностики та психофармакології.

Отримані висновки та рекомендації є підґрунтям для подальших досліджень. Згідно проведеного дослідження вважаємо, що передумовою ефективного лікування пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, асоційованого з депресією є діагностика та лікування пограничних когнітивних розладів. Разом з тим, для повної та об'єктивної оцінки стану психічної сфери необхідно проведення більш детального комплексного обстеження пацієнтів з використанням даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ


1. Агаєв НА, Кокун ОМ, Пішко ІО, Лозінська НС. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ; НДЦГПЗСУ,2016.234с. Ahaiev NA, Kokun OM, Pishko IO, Lozinska NS. ta in. Zbirnyk metodyk dlia diahnostyky nehatyvnykh psykhichnykh staniv viiskovosluzhbovtsiv: metodychnyi posibnyk. Kyiv; NDTsHPZSU,2016.234s. [in Ukrainian].
2. Войцеховский ДВ, Емелин АЮ, Свистов ДВ. и др. Скрининговая оценка высших психических функций с использованием стандартних нейропсихологических шкал. Вестник российской военно-медицинской академии. 2016;1(53):37-42. Vojcekhovskij DV, Emelin AYU, Svistov DV. i dr. Skriningovaya ocenka vysshih psihicheskih funkcij s ispol'zovaniem standartnih nejropsihologicheskih shkal. Vestnik rossijskoj voenno-medicinskoj akademii. 2016; 1(53):37-42. [in Russian].
3. Грубляк ВВ, Грубляк ВТ. Практичне застосування методик оцінки когнітивної недостатності та психічного статусу. Проблеми сучасної психології. 2011;12:302-315. Grublyak VV, Grublyak VT. Prakty`chne zastosuvannya metody`k ocinky`kognity`vnoyi nedostatnosti ta psy`xichnogo statusu. Problemy` suchasnoyi psy`xologiyi. 2011; 12:302-315. [in Russian].
4. Захаров В.В., Степкина Д.А. Лечение когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии. Российский медицинский журнал. 2015;1:953-956. Zaharov V.V., Stepkina D.A. Lechenie kognitivnyh narushenij pri discirkulyatornoj encefalopatii. Rossijskij medicinskij zhurnal. 2015; 1: 953-956. [in Russian].
5. Кокун ОМ, Агаєв НА, Пішко ІО, Лозінська НС Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. Kokun OM, Ahaiev NA, Pishko IO, Lozinska NS Psykholohichna robota z

viiskovosluzhbovtsiamy-uchasnykamy ATO na etapi vidnovlennia: metodychnyi posibnyk. K.: NDTs HP ZSU, 2017. 282 s. [in Ukrainian].

6. Левшенкова АА. [и др.] Диагностика состояния когнитивных функций у пациентов с транзиторной ишемической атакой. Военная медицина. 2014. 4. С. 58–59. Levshenkova AA. Diagnostika sostoyaniya kognitivnyh funkcij u pacientov s tranzitornoj ishemicheskoj atakoj. Voennaya medicina. 2014; 4: 58–59. [in Russian].
7. Лінська КІ. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера-Ханіна. Український вісник психоневрології. 2019; 27(1): 46-56. Lins`ka KI. Xronometry`chny`j profil` xvory`x na depresiyu pry`vy`kory`stanni testu Spilbergera-Xanina. Ukrayins`ky`j visny`k psy`xonevrologiyi. 2019; 27 (1): 46-56. [in Ukrainian].
8. Минко АИ, Линский ИВ, Кузьминов ВН, Самойлова ЕС. Цитофлавин в детоксикации больных, зависимых от алкоголя. Новости медицины и фармации. 2010; 5: 10-12. Mynko AY, Lynskyi YV, Kuzmynov VN, Samoilova ES. Tsytoflavyn v detoksykatsyy bolnыkh, zavysymыkh ot alkoholia. Novosty medytsynы y farmatsyy. 2010; 5: 10-12.
9. Одинак ММ. Критерии диагностики и классификация посттравматических когнитивных нарушений. Вестн. Росс. воен.-мед. акад. 2014. 4 (48). С.12–17. Odinak MM. Kriterii diagnostiki i klassifikaciya posttravmaticheskih kognitivnyh narushenij. Vestnik rossijskoj voenno-medicinskoj akademii. 2014; 4 (48):12–17. [in Russian].
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr. Res. 1975; 12 (3): 189-198.
11. Jellinger K. A. Pathogenesis and treatment of vascular cognitive impairment. Neurodegenerative Disease Management. 2014; 4(6):471-490.
12. Vahnina N, Gromova D. Mild Cognitive Impairments: Diagnostics and Treatment. Effect Psychother Neurol Psychiatry. 2016; 25(3):18-24.

13. Фітькало ОС., Мокрик ОЯ. Патент №94792 U Спосіб експрес-оцінки вегетативної реакції людини на больовий чинник за допомогою цифрової реєстрації діаметра зіниці ока. Fitkalo O.S., Mokryk O.Ya. Patent №94792 U Sposib ekspres-otsinky vehetatyvnoi reaktsii liudyny na bolovyi chynnyk za dopomohoiu tsyfrovoi reiestratsii diametra zinytsi oka [in Ukrainian].
1. Марута НО. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты. Здоров'я України.2013;12:38-39.
2. Смулевич АБ. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы). Психические расстройства в общей медицине.2010;2:23-42.
3. Смулевич АБ. Психофармакотерапия тревоги. Психические расстройства в общей медицине. 2010; 1:33-36.
4. Коваль ІА. Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування. Проблеми сучасної психології.2015;28:202-212.
5. Марута НО. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні. Архив психиатрии.2011;17(3):5-8.
6. Смулевич АБ. Депрессии в общей медицине. М., 2007. 256с.
7. Верткин АЛ, Румянцев МА, Скотников АС. Коморбидность. Клиническая медицина. 2012;10: 4-11.
8. Верткин А.Л., Скотников А.С.Коморбидность. Лечащий врач.2013;6: 15-21.
9. Пірогов ІФ. Сучасні уявлення про залежність від психоактивних речовин у структурі коморбідної психічної патології. Архів клінічної та експериментальної медицини. 2014;23(2): 215-219.
10. Агаев ММ. Особенности клинической картины, течения и терапии шизофрении у больных, ранее принимавших опийные наркотики:

автореф. диссертации на соискание ученной степени кандидата медицинских наук: 14.00.18. М., 2007. 158 с.

11. Александрова НА. Шизофрения, осложненная опиоидной наркоманией (клинический, судебно-психиатрический аспекты): автореф. диссертации на соискание ученной степени кандидата медицинских наук: 14.00.18. М., 2005. 182 с.
12. Гиленко МВ. Опиоидная наркомания у больных шизофренией (клинический, судебно-психиатрический ас-пекты): автореф. диссертации на соискание ученной степени кандидата медицинских наук: 14.00.18. М., 2004. 168 с.
13. Дудин ИИ. Зависимость от каннабиноидов в структуре сочетанной психической патологии по данным отдаленного катамнеза (клинический, клинико-эпидемиологичес-кий и социо-демографический аспекты): автореф. диссертации на соискание ученной степени доктора медицинских наук: 14.00.18, 14.00.45. М., 2009. 32 с.
14. Субханбердина АС. Опийная зависимость в структуре сочетанной психической патологии (клинический и судебно-психиатрический аспекты): автореф. диссертации на соискание ученной степени доктора мед. н.: 14.00.18. М., 2004. 330 с.
15. Чирко ВВ. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. М.: Медпрактика, 2002. 168 с.
16. Личко АЕ. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Под ред. М.М.Кабанова, А.Е.Личко, В.М.Смирнова. Л.:Медицина, 1983. 102-115.
17. Лурия РА. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 111 с.
18. Приб ГА. Злоупотребление алкоголем больными параноидной шизофренией как реакция "неадекватной адаптации" и его влияние на

социальное функционирование. Архів психіатрії. 2001;4: 144-148.

19. Приб ГА. Выполнение социальных ролей больными параноидной шизофренией, сочетающейся с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя, как предиктор социальной дезадаптации . Архів психіатрії. 2002;1: 71-76.

20. Приб ГА. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающееся с употреблением алкоголя с вредными последствиями или с синдромом зависимости от алкоголя.Архів психіатрії. 2002;2: 39-43.

21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року №1003 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо спеціалізованої) медичної допомоги , депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) .

22. Николаев ЕЛ., Суслова ЕС. Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды.Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010; 6: 87–126.

23. Артемчук АП. Проблема коморбізму алкогольної хвороби та клініко-патогенетичне обгрунтування комплексних терапевтичних програм : автореф. дис. на здобуття наук.ступеня докт. мед.наук : спец.14.01.17 «Наркологія». Київ, 2005. 49 с.

24. Белинская МК. Клиника, диагностика и особенности лечения шизофрении на фоне наркотической зависимости : автореф.дис на соискание ученной степени канд.мед.наук. Харьков,1992. 20с.

25. Гофман АГ. О качестве жизни больных алкоголизмом на разных этапах болезни. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2006; 5: 22-33.

26.Гуревич ГЛ. Аффективные расстройства и зависимость от алкоголя: клиника, диагностика, терапія: автореф.дис. на соискание учен.степени канд..мед.наук. М.,2005. 21с.

27.Напрєєнко ОК, Напрєєнко НК. Комплексна психологічна, психіатрична та наркологічна допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушеній еміграції.Український терапевтичний журнал. 2015;3:80-85.

28.Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) монографія / ПВ. Волошин, НО. Марута, ГМ. Кожина, МВ. Маркова та ін. Х., 2016. 335 с.

29.Жупанова ДА. Клинические особенности медикаментозного комплайенса у пациентов с депрессивным эпизодом. Український вісник психоневрології. 2015; 23( 1): 132–137.

30. Киреева ЕН. Система профилактики повторных эпизодов депрессивных расстройств . Міжнародний неврологічний журнал. 2014; 4 (66): 103–106.

31.Кожина АМ., Зеленская ЕА. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств. Український вісник психоневрології. 2013; 21 (77): 90–93.

32. Hmain S. Gender differences in the effectiveness of the use of art therapy for patients with recurrent depressive disorder . 6th International Scientific Interdisciplinary Congress for medical students and young doctors. Kharkiv, 2013. 176p.

33.Кожина ГМ. та ін. Специфіка адаптаційних реакцій студентів першого курсу до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі. Медична психологія. 2011; 6 (23): 14–17.

34.Кожина ГМ., Коростій ВІ. Коморбідність нехімічних аддикцій та психосоматичних захворювань: Мат. XV Укр. наук.-пр. конф. // Довженківські читання: «Проблема прихильності хворих

наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою». Харків, 2014: 85–95.

35. Ревенок ОА., Аймедов КВ., Корошніченко ДМ. Адиктивна коморбідність у сучасній наркологічній практиці.Архів психіатрії. 2011; 17 (65): 92–95.

36. Марута НА. Проблема коморбидности в современнойпсихиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и рганизационныеаспекты.Здоров'я України. 2013; 12: 38–39.

37. Comorbidity of Mental and Physical Disorders / ed. by Sartorius N., Holt R. I. G., Maj M. // Key Issuesin Mental Health. Basel: Karger, 2015. Vol. 179. 188 p. doi: http://doi.org/10.1159/000366509

38. Табачніков СІ. та ін. Психологічні особливості осіб із залежністю від азартних ігор. Архів психіатрії. 2010; 16(63): 39–43.

39. Денисенко ММ. Особливості та варіанти співвідношення різних адиктивних тенденцій у хворих на невротичні розлади.Експериментальна і клінічна медицина. 2016; 3 (72): 99–107.

40. Кидонь ПВ. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів з параноїдною шизофренією поєднаною із вживанням канабіноїдів.автореф.дис.на здобуття наук ступенгя доктора мед.наук.14.01.16 психіатрія, 222 медицина.Харків, 2018.31с.

41. Александровский ЮА. Пограничные психические расстройст-ва : учебное пособие . М. : Медицина, 2000. 496 с.

42. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии / Ставрос Менцос ; [пер. с нем. Э. Л. Глушанского]. М. : Алтейа, 2001;176 с.

43. Зорин ВЮ. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния. Журн. невропатол. и психиатр. 1996; 6: 23–27.

44. Березанцев АЮ. Психосоматические и соматоформные расстройства (аналитический обзор, часть 1) . Российский психиатрический журнал. 2001;3:61-69.

45. Личко АЕ, Іванов НЯ. Методика определения типа отношения к болезни. Журнал невропатологии и психиатрии. 1980; 8: 1527-1530.
46. Мишиев ВД. О взаимосвязи клинических проявлений депрессии с преморбидными особенностями личности / В.Д. Мишиев // Журнал психіатрії та медичної психології. 1997;1 (3):78-81.
47. Смулевич АБ, Фильц АО, ИГ. Гусейнов [та ін.]. К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.:Медицина, 1992;111-123.
48. Смулевич АБ, Тхостов АШ, Сыркин АЛ, Овчаренко СИ. и др. Клиническая и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. 1997;97(2):4-9.
49. Холмогорова АБ, Воликова СВ. Семейный контекст расстройств аффективного спектра. Социальная и клиническая психиатрия. 2004; 14( 2): 11–20.
50. Приб ГА. Злоупотребление алкоголем больными параноидной шизофренией как реакция "неадекватной адаптации" и его влияние на социальное функционирование. Архів психіатрії. 2001;4: 144-148.
51. Приб ГА. Выполнение социальных ролей больными параноидной шизофренией, сочетающейся с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя, как предиктор социальной дезадаптации. Архів психіатрії. 2002;1: 71-76.
52. Приб ГА. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающееся с употреблением алкоголя с вредными последствиями или с синдромом зависимости от алкоголя. Архів психіатрії. 2002;2: 39-43.
53. Артемчук АП. Проблема коморбізму алкогольної хвороби та клініко-патогенетичне обгрунтування комплексних терапевтичних програм : автореф. дис. на здобуття наук.ступеня докт. мед.наук : спец.14.01.17

«Наркологія». Київ, 2005: 49 с.

54. Фільц О. О. Метод теми центрального конфлікту стосунків (інформаційне повідомлення) / О. О. Фільц, О. Л. Лизак // Форум психіатрії та психотерапії. –2003. – Т. 4. – С. 14–15.

55. Гофман А.Г. О качестве жизни больных алкоголизмом на разных этапах болезни/ А.Г.Гофман // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2006. -№ 5. - С. . 22-33.

56. Гуревич Г.Л. Аффективные расстройства и зависимость от алкоголя: клиника, диагностика, терапія: автореф.дис. на соискание учен.степени канд..мед.наук.-М.,2005.-21с.

57. Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей. Частина 1. посібник /Кол. авт.; За заг. ред. доцента О.О. Сердюка та В.В. Бурлаки. -Харків : Діса плюс, 2015. -478 с.

58. Сосін І. К. Інтеграція медичної психології та наркології (на моделі стресопсихотерапії алкогольної залежності) / І. К. Сосін, О. С. Слабунов, Ю. Ф. Чуєв //Медична психологія, 2009.- № 4.-С.84-87.

59. Чугунок В. В. Сучасні уявлення про диференційну діагностику шизофреноподібного розладу внаслідок уживання психоактивних речовин / В. В.Чугунок , І. Ф. Пірогов //Запоріжський мед.журнал.- 2014.-№ 4.- С.77-81.

60. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства.- М.:Медицина,1987.-304с.

61. Чабан ОС. Депресія: розуміння, лікування сьогодні та завтра. Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал.2012;6(2):20-26.

62. Семке ВЯ. Клинико-эпидемиологическая характеристика коморбидных с соматической патологией психических расстройств у больных территориальной поликлиники. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова:научно-практический рецензируемый журнал.М.:Медиа Сфера.2007;107 (3):61-63.

63. Langle A., Orgler Ch., Kundi M. The Existence Scale. A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. European Psychotherapy.- 2003.- №4.-P. 13-51.

64. Kryvcova S., Langle A., Orgler Ch. The Existence Scale (Existenzskala). Existential analysis. 2009; 1.: 141-170. /Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К.Орглер// Экзистенциальный анализ.- 2009.-№ 1.-Р.141-170.

65. Petrova H. Existential content characteristics in population. Existential analysis 2010; l2 : 149-158/ Петрова Г.А. Характеристика экзистенциальной исполненности в клинической и популяционной выборках// Экзистенциальный анализ.- 2010.-№ 2.-Р.149-158.

66. Langle A. Person. Existential-analytical personality theory. - M.: Genesis, 2005. Лэнгле А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности. – М.: Генезис, 2005.-234р.

67. Ukolova E., Shumsky V. Victor Frankl and Max Sheller: from antropology to onthology. Existential analysis 2013; : 7-26. /Уколова Е.М., Шумский В.Б. Макс Шелер и Виктор Франкл: от антропологии к онтологии духовной личности// Экзистенциальный аналіз.- 2013.-№ 5.-Р. 7-26.

68. Batthyany D., Zsok O. Victir Frankl und die Philosophie. -Wien: Springer-Verlag, 2005.-256р.

69. Sedmak C. Die Sinnfrage als Movens philosophischer Reflexion// Viktor Frankl und die Philosophie (Hrsg): Batthyany D, Zsok O, Wien: Springer-

Verlag, 2005; 41-56.

70. Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / Luborsky L., Crits-Christoph P. – 2nd Edition [Rev. and expanded]. – Washington, D.C.: American Psychological Association, 1998. – P. 4, 26, 307-325.

71. Albani C. Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Categories: the CCRT-LU Category System / C. Albani, D. Pokorny, G. Blaser et al. // Psychother. Research. – 2002. – Vol. 12, № 3. – P. 319-338.

72. Albani C. Opportunities and perspectives of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method in psychotherapy research / C. Albani, M. Geyer, D. Pokorny, H. Kaechele. Ukrainian: (Албані К. Можливості та перспективи методу центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС) у психотерапевтичних дослідженнях / К. Албані, М. Гайєр, Д. Покорни, Г. Кехелє // Форум психіатрії та психотерапії. – 2004. – Т. 5. – С. 41-52)

73. Book, H. E. How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The core conflictual relationship theme method / H. E. Book. – Washington, D.C., U.S.: American Psychological Association, 1998. – 181 p., pp. 21-32.

74. Levy R.A. Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence / Levy R.A., Ablon J.S., Kaechele H. (Eds.); Springer/Humana Press, New York, NY, 2012. – 645 p.

75. Strauss B.M. Visions in Psychotherapy Research and Practice. Reflections from Presidents of the Society for Psychotherapy Research / Strauss B.M., Barber J.P., Castonguay L.; Taylor & Francis, 2015. – 352 p.

76. Albani C. Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung / Albani C., Pokorny D., Blaser G., Kaechele H.; Vandenhoeck &

Ruprecht GmbH & Co. KG, Goettingen, 2008. – 281 s.

77. Espinosa D.H. Condificación de Episodios Relacionales a partir de la versión en castellano del Método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRT-LU-S: Manual de Procedimiento / Espinosa, D.H., Valdés, N., 2012. Proyecto Fondecyt Nº3130367. Manuscrito sin publicar.

78. Winsper C. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review / C. Winsper, S. Marwaha, S.T. Lereya, A. Thompson, J. Eyden, S.P. Singh // Psychol Med. – 2015. – Vol. 24. – P. 1-15.

79. Dixon-Gordon K.L. A Preliminary Examination of the Role of Emotion Differentiation in the Relationship between Borderline Personality and Urges for Maladaptive Behaviors / K.L. Dixon-Gordon, A.L. Chapman, N.H. Weiss, M.Z. Rosenthal // J Psychopathol Behav Assess. – 2014. – Vol. 36, № 4. – P. 616-625.

80. Sharp C. Recent advances in the developmental aspects of borderline personality disorder / C. Sharp, S. Kim // Curr Psychiatry Rep. – 2015. – Vol. 17, № 4. – P. 556.

81. Drapeau M. The Core Conflictual Relationship Themes (CCRT) in borderline personality disorder / M. Drapeau, J.C. Perry // J Pers Disord. – 2009. – Vol. 23, № 4. P. 425-31.

82. Drapeau M. An empirical examination of three models of the interpersonal functioning of patients with borderline personality disorder / M. Drapeau, J.C. Perry, A. Koerner // Psychiatry. – 2009. – Vol. 72, № 2. – P. 143-53.

83. Drapeau M. Interpersonal behaviours and BPD. Are specific interpersonal behaviours related to borderline personality disorder? An empirical study using the Core Conflictual Relationship Theme standard categories / M. Drapeau, J.C. Perry, A. Koerner // Archives of Psychiatry and

Psychotherapy. – 2010. – Vol. 3. – P. 5-10.

84. Drapeau M. Interpersonal patterns in borderline personality disorder / M. Drapeau, J.C. Perry, A. Koerner // J Pers Disord. – 2012. – Vol. 26, № 4. – P. 583-92.

85. Soroko E. Internal relationship patterns in borderline and neurotic personality organization: An analysis of self-narratives / E. Soroko // Polish Journal of Applied Psychology. – 2014. – Vol. 12, № 3. P. 9-28.

86. Grenyer B. The clinician's dilemma: core conflictual relationship themes in personality disorders / B. Grenyer // ACPARIAN (the official newsletter of the Australian Clinical Psychology Association). – 2012. – Issue 4 (July). – P. 24-26.

87. Kapfhammer H.P. Comorbid depressive and anxiety disorders in patients with cancer / H.P. Kapfhammer // Nervenarzt. – 2015. – Vol. 86, № 3. – P. 291-301.

88. Buturak S.V. Effects of comorbid anxiety disorders on the course of bipolar disorder-I / S.V. Buturak, O.M. Koçak // Nord J Psychiatry. – 2015. – Vol. 13. – P. 1-5.

89. Van Loo H.M. Psychiatric comorbidity: fact or artifact? / H.M. van Loo, J.W. Romeijn // Theor Med Bioeth. – 2015. – Vol. 36, № 1. – P. 41-60.

90. Floros G. Comorbidity of psychiatric disorders with Internet addiction in a clinical sample: the effect of personality, defense style and psychopathology / G. Floros, K. Siomos, A. Stogiannidou, I. Giouzepas, G. Garyfallos // Addict Behav. – 2014. – Vol. 39, № 12. – P. 1839-45.

91. Ha C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder / C. Ha, J.C. Balderas, M.C. Zanarini, J. Oldham, C. Sharp // J Clin Psychiatry. – 2014. – Vol. 75, № 5. – P. 457-64.

92. Spinhoven P. Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors / P. Spinhoven, B.W. Penninx, A.M. van Hemert, M. de Rooij, B.M. Elzinga // Child Abuse Negl. – 2014. – Vol. 38, № 8. – P. 1320-30.

93. Vinnars B. Supportive-expressive psychotherapy for comorbid personality disorders: a case study / B. Vinnars, J.P. Barber // J Clin Psychol. – 2008. – Vol. 64, № 2. – P. 195-206.

94. Schneider R.L. The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators /R.L. Schneider, J.J. Arch, K.B. Wolitzky-Taylor // Clin Psychol Rev. – 2015. – Vol. 38. – P. 39-54.

95. Weinberg M. Dispositional optimism and self-esteem as competing predictors of acute symptoms of generalized anxiety disorders and dissociative experiences among civilians exposed to war trauma / M. Weinberg, A. Besser, V. Zeigler-Hill, Y. Neria // Psychol Trauma. – 2015. – Vol. 7, № 1. – P. 34-42.

96. Rapee R.M. Nature and psychological management of anxiety disorders in youth / R.M. Rapee // J Paediatr Child Health. – 2015. – Vol. 51, № 3. – P. 280-4.

97. Oelze C. Bestimmung Zentraler Beziehungskonfliktthemen (nach Luborsky) bei Patienten mit generalisierter Angststörung Vergleich der Qualität unterschiedlicher Auswertungsmethoden und Therapieverfahren. [Assessment of core conflictual relationship themes (based on Luborsky) involving patients with generalized anxiety disorder. Comparison of the quality of different types of evaluation concepts and therapy]: Doctoral thesis: date of examination: 2013-05-13. Date of issue: 2013-05-13 / Christiane Oelze; Medical Faculty of the George-August University in Göttingen. – Göttingen, 2012. – 100 s.

98. Ciaglia D. The psychotherapy of drug dependence: changes in core conflictual relationship themes: Doctor of Psychology thesis / Danielle Ciaglia; School of Psychology, University of Wollongong. – Wollongong, 2010. – 111 p.

99. Crits-Christoph P. Interpersonal accuracy of interventions and the outcome of cognitive and interpersonal therapies for depression / P. Crits-Christoph, M.B. Gibbons, C.M. Temes, I. Elkin, R. Gallop // J Consult Clin Psychol. – 2010. – Vol. 78, № 3. – P. 420-8.

100. Reiff M. Childhood abuse and the content of adult psychotic symptoms / M. Reiff, D.M. Castille, K. Muenzenmaier, B. Link // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. – 2012. – Vol. 4, № 4. – P. 356-369.

101. Hackett S.S. The core conflictual relationship theme (CCRT) method: testing with adult offenders who have intellectual and developmental disabilities / S.S. Hackett, J. Porter, J.L. Taylor // Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities. – 2013. – Vol. 7, № 5. – P. 263-271.

102. Vanheule S. Alexithymia and core conflictual relationship themes: a study in a chronically fatigued primary care population / S. Vanheule, J. Vandenbergen, M. Desmet, Y. Rosseel, R. Insleghers R. // Int J Psychiatry Med. – 2007. – Vol. 37, № 1. – P. 87-98.

103. Vandenbergen J. Unexplained chronic fatigue and core conflictual relationship themes: A study in a chronically fatigued population / J. Vandenbergen, S. Vanheule, Y. Rosseel, M. Desmet, P. Verhaeghe // Psychol Psychother. – 2009. – Vol. 82, Pt 1. – P. 31-40.

104. Faramarzi M. A randomized controlled trial of brief psychoanalytic psychotherapy in patients with functional dyspepsia / M. Faramarzi, P. Azadfallah, H.E. Book, K.R. Tabatabaei, H. Taheri, J. Shokri-shirvani //

Asian J Psychiatr. – 2013. – Vol. 6, № 3. – P. 228-34.

105. Faramarzi M. The effect of brief core conflictual relationship theme (CCRT) psychoanalytic psychotherapy in improvemen