

самооценка, у 80 % больных отмечалась уверенность в себе и у 68 % — появился позитивный взгляд на будущее.

Таким образом, данное исследование указывает на то, что рисуночная техника «Звезда чувств» является мощным помощником для подготовки пациентов с РДР к приближающейся выписке, так как она позволяет им лучше изучить свой внутренний мир, свои преморбидные особенности личности в эмоциональном плане, которые зачастую играют важную роль в построении как внутриличностных так и межличностных отношений, а также тип реагирования на те или иные проблемные жизненные ситуации, что улучшает качество реабилитации больных с депрессивным расстройством.

УДК 616.45-001.1/3«364»:355.257.6

Чабан О. С., Безшейко В. Г.

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)*

Аналіз впливу бойових дій на військовослужбовців, залежно від статі, в умовах наближеного стресу

Як відомо, участь у бойових діях, як активна (у складі військових формувань), так і пасивна (цивільні особи, що перебувають у зоні конфлікту), є серйозним стресом. Згідно із результатами досліджень, ризик розвитку постстресових психічних порушень у таких осіб значно вищий, ніж у загальній популяції. Для визначення поняття стресу внаслідок бойових дій у закордонній літературі використовують термін "war-zone stress". Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в цьому розумінні є довготривалою реакцією на експозицію до такого стресу. Нами було проведено дослідження для оцінення впливу стресу внаслідок бойових дій на стан військовослужбовців з метою виявлення можливих клінічно значимих постстресових реакцій.

Гіпотеза дослідження: стать військовослужбовця в умовах війни (хронічного стресового фону) ймовірно корелює з ступенем реакції на стрес та вектором прояву стресового ураження (тілесного, чи психічного). Стать військовослужбовця в умовах війни ймовірно корелює з різними варіантами амортизації психічного напруження та має різний психічний та психопатологічний вихід. А звідси — мішені соматичні та психологічні мають бути різними.

Для досягнення цієї мети, для оцінення впливу стресу на військовослужбовців ми провели польові дослідження в зоні, максимально наближеної до стресового чинника (зона АТО) та використали опитувальник щодо симптомів посттравматичного стресового розладу "PTSD Checklist", перекладений та адаптований співробітниками кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця (Київ, Україна) з дозволу розробників цієї шкали — Національного центру з ПТСР США "National Center for PTSD". Також для оцінення емоційного стану використовували Госпітальну шкалу для оцінки тривоги та депресії. Обстежувані в сліпому варіанті вибору проходили клінічне інтерв'ю. Всі етичні вимоги були дотримані. Анкетування було анонімним. У дослідження були включені військовослужбовці, які проходять службу в зоні війни на Сході України (АТО), тобто беруть реальну участь у бойових діях — від кількох годин до кількох днів до обстеження.

Загалом за допомогою цих методик було обстежено біля 110 осіб. На цей момент нами були отримані та оброблені перші результати обстеження.

У процесі аналізу ми виявили високі показники за шкалою PTSD Checklist. Середня сума балів склала для жінок 35,29 (95 % ДІ 7,88—62,69) та 23,00 (95 % ДІ 8,88—37,12) —

для чоловіків, при відсутності статистично достовірної різниці між ними ($p = 0,324$). Мінімальна та максимальна можлива сума балів за цією шкалою складає 0 та 80 балів, а показники понад 20 балів свідчать про можливість наявності клінічно значимих симптомів ПТСР. Що стосується Госпітальної шкали тривоги та депресії, чоловіки та жінки набирали в середньому понад 8,86 (95 % ДІ 4,64—13,08) бали щодо тривоги та більше 10,14 (95 % ДІ 3,49—16,80) — щодо депресії. У жінок рівень тривоги був достовірно вищим. Для порівняння — 8 або більше балів за субшкалою тривоги або депресії вважають пограничним рівнем. Це теж доволі високі показники як для потенційно психічно здорової популяції. Окрім того була виявлена сильна пряма кореляція між симптомами тривоги та ПТСР (коефіцієнт кореляції Пірсона $r = 0,866$; $p < 0,001$). Протекторний вплив на симптоми тривоги чинив рівень освіти, в осіб із вищою освітою вираженість цих симптомів була меншою, ніж у осіб без вищої освіти (коефіцієнт кореляції Спірмана $r = -0,592$; $p = 0,020$).

Серед військових, які проходять службу в зоні АТО, спостерігається високий рівень симптомів відреагування на стрес у вигляді окремих симптомів посттравматичних стресових станів та субклінічної тривоги, що свідчить про необхідність проведення профілактичних психологічних консультацій під час військової служби та скринінгу на наявність ПТСР після демобілізації.

Водночас виражена гендерна різниця в реакції на стрес проявляється у вигляді частішої психічної симптоматики у чоловіків у варіанті відкритого та усвідомленого переживання на противагу соматизованої симптоматики у жінок з неусвідомленими проєктивними тілесними реакціями, які не проявляються на рівні психічної симптоматики. По суті, ймовірно, у жінок-військовослужбовців, при їх зовнішньо відкритій емоційності та схильності до переживань, частіше формуються неусвідомлені психосоматичні проблеми, які в першу чергу належать до репродуктивної функції.

Враховуючи протекторний вплив освіченості на симптоми тривоги, ефективним як профілактика може бути психосвіта військових щодо посттравматичних стресових станів. При цьому жінки-військовослужбовці виявляють більшу чутливість до стресу і виявляють ознаки стресового напруження з більшою ймовірністю формування постстресової відповіді у вигляді феноменів тривоги, депресії та ПТСР у вигляді соматичних порушень та проявів окремими симптомами.

Робота не є завершеною, далі заплановано вивчення катамнезу обстежуваних та кінцеве оцінення ефективності опитувальника щодо симптомів посттравматичного стресового розладу "PTSD Checklist" в реаліях України, з можливою його рекомендацією до широкого застосування.

УДК 612.681«4»

Чабан О. С., Хаустова О. О.,

Безшейко В. Г., Москаленко О. В.

Національний медичний університет

імені О. О. Богомольця (м. Київ);

Дорожня клінічна лікарня № 1 (м. Київ)

Валідація «Шкали оцінки якості життя»*

Хронічний стрес змінює якість життя людини. Інколи — докорінно. І ці механізми змін стосуються як зменшення амортизаційних можливостей, так і більш глобально — змінюють особистість людини. Тема розуміння значення якості життя перекликається з іншим поняттям — невтрачені роки

* © Чабан О. С.

життя. В будь-якому разі значення якості і наповненості життя стає вирішальним в боротьбі за здоров'я людини, особливо в ситуації, коли розв'язати патогенетичні проблеми хворої людини неможливо. А от змінити якість життя на краще — можна. Ось такий парадокс. Для розуміння та вимірювання якості життя існує доволі багато шкал. Найбільш популярні — SF-36 та Q-LES-Q.

Нами була створена шкала оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (©Чабан О. С.) — Chaban Quality of Life Scale — CQLS, яка врахувала вразливі частини вищезгаданих шкал, і протягом трьох років була проведена валідація (пілотні дослідження щодо надійності шкали в три етапи: n 31, n 62, n 149) [1, 2].

За попередніми даними осіб, наша шкала набагато внутрішньо більш узгоджена (один із параметрів надійності) в наших умовах, ніж коротка версія Q-LES-Q, незважаючи на те, що остання шкала має більше питань і нібито повинна бути більш надійною.

Найбільш неузгодженими, що слабо корелювали із загальною кількістю балів та іншими пунктами, були запитання: 4. Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю; 8. Задоволеність умовами проживання (референтні показники для здорових молодих людей віком 20—27 років, отримані експериментальним шляхом).

Неузгодженість була пояснена не іншим конструктом як первинної гіпотези, а особливостями вибірки (молоді люди) і була гармонізована при більшій вибірці. В результаті валідації ми отримали статистично достовірне підтвердження валідності нашої шкали при перевазі її інформативності та простоті оброблення результатів.

Шкала оцінки якості життя (©Чабан О. С.)

Інструкція: Згадайте, будь-ласка, ті події, що відбувались із вами за останні 30 днів. Враховуючі їх, наскільки ви були задоволені таким із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

- 0 — зовсім не задоволений(а)
- 1—3 — більш незадоволений, ніж задоволений(а)
- 4—6 — посередньо
- 7—9 — більш задоволений(а), ніж незадоволений(а)
- 10 — надзвичайно задоволений(а).

1. Своїм фізичним станом?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Настроєм?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Проведенням вільного часу?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Фінансовим благополуччям?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Умовами проживання?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Загальний рівень задоволеності життям?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самостійно.

Мінімальна кількість балів — 0, максимальна — 100.

Рівень якості життя:

дуже низький — до 56 балів включно,

низький — від 57 до 66 включно,

середній — від 67 до 75 включно,

високий — від 76 до 82 включно,

дуже високий — від 83 балів.

Джерела:

1. Chaban O., Khaustova O., Bezsheiko V. New Quality of Life Scale in Ukraine: reliability and validity Indian Journal of Social psychiatry, Vol. 32, Issue 4, Oct-Dec 2016, p. 473.

2. Chaban O., Khaustova O., Bezsheiko V. Reliability and validity of Chaban Quality of Life Scale // 29 cong. ECNP, 18—22 sep., 2016, Vienna. Post. P2h301.

УДК 616.891

Черкасова А. О.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Проблема психосоматичних розладів у дітей в сучасних умовах

Проблема психосоматичних розладів у дітей до теперішнього часу є актуальною в клінічній і соціальній психіатрії. Це пов'язано з високою поширеністю соматизованих розладів, що досягає 90 % серед дітей, які звернулися переважно до педіатрів, їх високим дезадаптующим впливом і недостатньою розробленістю патогенетичної терапії.

В психіатрії вирізняють численні психопатологічні розлади, що супроводжуються вираженими соматичними розладами. До психопатологічних розладів, що супроводжуються вираженими соматичними розладами, що формуються в дитячому віці, належать поведінкові та емоційні розлади, що зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці (рубрика F9).

До симптомів психосоматичної патології в дитячому віці належать примхливість; дратівливість; гіперзбудливість; напади неслухняності й агресивної поведінки; підвищена стомлюваність; сльозливість; температурні реакції; незрозуміла сонливість.

Поширеність психопатологічних розладів, що супроводжуються вираженими соматичними розладами у дітей, зумовлена частотою психічної травматизації.

Серед дорослого населення психосоматичні розлади виявляються від 15 % до 50 %. Найчастіше спостерігаються у жінок (1—2 %), ніж у чоловіків (Karlan H. I., 1998). Початок хвороби зазвичай припадає на дитячий і підлітковий вік. Від 9,3 % до 40 % дітей страждають на психосоматичні захворювання (Brautigam W., 1984; Kruse W., 1983, I. A. Марценковський, 2010). Дві п'ятих дітей, яких спостерігають педіатри, не маючи жодних органічних захворювань, страждають на соматичні розлади. Найчастіше це — головний біль, біль в животі, біль в кінцівках (Arley J., 1968). Дедалі — умови життя відбиваються на збільшенні кількості дітей і підлітків з психосоматичними розладами і насамперед — вегетативна дистонія.