

Н.О. Ришковська

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОПІКУНА ПАЦІЄНТА З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.  
ВИЗНАЧЕННЯ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ «НАСЛІДКІВ» ОПІКИ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

**Ключові слова:**  
наслідки опіки,  
психічні розлади,  
інструменти оцінки.

Серйозні психічні розлади створюють труднощі як для самих пацієнтів, так і для їх найближчого оточення внаслідок опіки над ними. Представлене дослідження опирається на огляд літературних джерел, що належать до посібників з оцінки результатів опіки. У даній роботі представлені актуальні результати досліджень змін якості життя опікунів пацієнтів з розладами психіки.

Впродовж останнього п'ятдесятиріччя відбулися революційні зміни в аналітичній та клінічній перспективах і методах надання опіки пацієнтам з тяжкими психічними розладами та їх сім'ям. Як наслідок, в Європі в 50-х роках розпочався процес деінституціоналізації, котрий у багатьох країнах проходив і надалі проходить дисгармонійно та із запізненням. Частина ідей, що стосуються *суспільної опіки над психічно хворими пацієнтами*, не віднайшла задовільного відображення у клінічній практиці. Не зважаючи на це, згадані зміни становлять значний поступ на шляху до повної інтеграції хворих з розладами психіки, підтримки їх сімей та реального дотримання прав людини в царині пошанування особистої гідності. Відповідно, психіатричні пацієнти у значно більшому об'ємі можуть отримувати повноцінне функціонування у сімейному і локальному середовищах.

Одночасно з реалізацією реформ у психіатричній галузі охорони здоров'я основний тягар опіки над пацієнтами з тяжкими психічними розладами перекладається на найближчих родичів з оточення хворого, а отже, на його сім'ю і друзів. У зв'язку з тим збільшується зацікавлення різними аспектами якості життя опікунів, рівнем їх соціального і культурологічного функціонування, специфічними психологічними наслідками, а також соматичними проблемами, котрі є наслідком завданого їм стресу. Зацікавлення добробутом опікунів є також важливим з огляду на практичний та соціально-економічний вимір. У ситуації, коли витрати, пов'язані з опікою, у більшості випадків покривають самі опікуни, а не держава, будь-яка неефективність такої опіки становить незаплановані коштовні видатки державної служби охорони здоров'я і соціальних служб – тобто лікарень, будинків соціальної допомоги тощо [1, 16].

### Як слід розуміти поняття «наслідки опіки»?

При аналізі ролі опіки та всіх її наслідків на перший план виходять різного виду проблеми та інші негативні чинники, пов'язані з цим явищем. Вони можуть стосуватися не тільки самого т.зв. головного опікуна, а й усієї сім'ї, близьких, як пацієнта, так і опікуна, особливо якщо опікун сам формально не є родичем пацієнта [1, 6, 25, 26].

У рамках негативних наслідків, а отже обтяження опікунів, виокремлюють:

- об'єктивне обтяження, що стосується безпосередньо тривалості і тяжкості наявних у пацієнта симптомів, об'єктивних соціодемографічних показників, таких як вік, стать, рівень освіти і зарплати одночасно пацієнта і опікуна, рівень родинної спорідненості поміж ними. Об'єктивне обтяження виражається в категоріях, які можна описати в біхевіоральних змінах на рівні виконання щоденних побутових дій, кількості та якості реалізованих сімейних і соціальних взаємодій, у змінах, пов'язаних із трудовою активністю, у проведенні вільного часу. Показником об'єктивного обтяження є також погіршення соматичного стану здоров'я опікуна;
- суб'єктивне обтяження, пов'язане з відчуттям тягаря та інших аспектів психічного функціонування опікуна і сім'ї, що проявляється у появі стресу, зниженні психосоціального добробуту, негативних наслідках емоційної природи [1, 6, 25, 26].

Повної згоди щодо вищевказаного розподілу немає. Часто теоретичні підстави поняття обтяження трактуються по-різному, тому виникають розбіжності у різних анкетах / формулярах, внаслідок чого складно порівнювати результати рівня обтяження за допомогою різних шкал [3].

Зацікавлення дослідників зосереджується, як правило, тільки на позитивних наслідках опіки над психіатричним пацієнтом. Частіше повідомлення стосуються основних форм здійснення опіки, наприклад, над старшими особами, котрі вимагають нагляду, але при цьому є достатньо самостійними і дієздатними [7]. На думку авторів, результати (пов'язані з багатьма обставинами і умовами, насамперед з клінічним досвідом, який демонструє високий рівень обтяженості близьких та родичів пацієнтів) вказують на те, що без відповідних психосоціальних заходів довготермінова опіка над особою, хворою на серйозні психічні розлади, призводить до багатьох індивідуальних та сімейних негативних наслідків. Така опіка без індивідуальних переформатувань не може бути «джерелом» задоволення і особистого розвитку [23].

Наступною можливою умовою є біомедична та патогенетична модель застосування медицини, для котрої категорія здоров'я була впродовж років пустим поняттям. Здоров'я було визнане як стан «без патології» (фізичної і психічної), на відміну від сучасного визначення ВООЗ, згідно з яким здоров'я – це добробут, як у фізичному, так і у психічному та соціальному вимірах. Ясна річ, що *салюто-генетичне* визначення стану здоров'я розвиває не тільки медична наука, а й інші науки про здоров'я, тому приділяється така велика увага згаданим дослідженням позитивних наслідків опіки в широкому розумінні цього поняття. Водночас відсутні дослідження позитивних аспектів здійснення опіки над психіатричними хворими.

Дослідження обтяження опікунів, котрі опікуються особами з психічними розладами, вказують на те, що такого роду обтяження обов'язково пов'язані з тяжким перебігом психічних розладів, довшою тривалістю загострень захворювання, гіршим соціальним функціонуванням, більшою кількістю госпіталізацій впродовж останніх років, відсутністю працевлаштування підопічного [12, 15, 21], низьким рівнем вміння справлятися з його поведінкою, опікою над пацієнтами чоловічої статі, котрі перебувають у шлюбі [21]. Проведені належним чином дослідження вказують на появу в опікунів симптомів депресивних і неврастенічних розладів, основою для появи котрих є завданій їм внаслідок здійснення опіки стрес [15, 24]. Вищий рівень обтяження опікуна більшою мірою залежить від розладів поведінки пацієнта, що становить безпосередню загрозу для здоров'я опікуна, а в особливих ситуаціях обтяження залежить від обставин проживання та недостатньої суспільної підтримки [8, 20]. Дані досліджень вказують також на обмеження, котрі відчувають опікуни в соціальному житті, а також на відчуття того, що вони щось втрачають [16].

Слід зазначити, що результати дії факторів, котрі впливають на обтяження опікунів, які піклуються про психічно хворих, не є однозначними. Вони залежать від культурологічного кола і параметричних властивостей конкретного інструмента оцінки обтяження опікунів та від застосування додаткових анкет.

Обізнаність з потребами опікунів та їх відчуттям рівня обтяження опікою максимально сприяє створенню для них, як для категорії «непрямих представників» системи охорони здоров'я, кращих умов підтримки і опіки в галузі психіатричної охорони здоров'я.

## Інструменти для оцінки «наслідків опіки»

«*Involvement Evaluation Questionnaire*» (IEQ) – Анкета оцінки рівня ангажованості – служить для оцінки рівня ангажованості у здійсненні опіки над особами з психічними розладами.

Вона складається з 31 питання та твердження, скерованих до опікуна, тобто до особи, названої пацієнтом, без огляду на ступінь спорідненості. Особою, відповідною для заповнення Анкети є особа, котра присвячує хворому щонайменше 1 годину на тиждень [4, 6, 14, 19]. Окремі позиції анкети стосуються особистого досвіду особи – опікуна пацієнта, який він отримав за останні 4 тижні до початку проведення анкетування. Усі позиції анкети оцінюються за 5-бальною шкалою Likerta, а від-

повіді, які може надати респондент, оцінюються відповідно до частоти здобуття досвіду в окремих ситуаціях, починаючи від слів «ніколи», і закінчуючи «завжди».

Переваги анкети *Involvement Evaluation Questionnaire* – це легкість адміністрування інструментом, мале часове обтяження респондента (близько 30 хвилин) та широкий спектр наслідків опіки, які вона оцінює.

Факторний аналіз виявив, що 27 позицій анкети (дві позиції помітні у більш ніж одному домені) створюють 4 домени (підшкали):

- напруга (tension) – 9 питань, котрі стосуються ситуації напруженої атмосфери у стосунках опікуна і підопічного, пов'язані зі складною поведінкою пацієнта, наприклад провокація сварки або поведінка, яка загрожує особам з оточення;
- схилання (urging) – 8 позицій, котрі стосуються необхідності мобілізації хворого до виконання основних дій, таких як щоденна активність і дбайливе ставлення до особистої гігієни, правильне харчування тощо;
- хвилювання (worrying) – 6 питань, що охоплюють стурбованість опікуна щодо майбутнього і безпеки пацієнта, його загального стану здоров'я чи лікування, яке він отримує;
- нагляд (supervision) – 6 позицій, котрі стосуються дій опікуна, які мають на меті контролювати такі аспекти як прийом ліків, сон, ризиковану поведінку [4, 6, 15, 19].

Анкета «*Perceived Family Burden Scale*» (PFBS) була створена для аналізу обтяження сім'ї, спричиненого поведінкою пацієнтів з психічними розладами. Охоплює список із 24 видів поведінки, котрі можуть викликати у опікуна відчуття обтяження та перевантаженості. Дво-бальна самостійна система оцінювання, яка виконується самим опікуном, стосується: 1) визначення, чи дана ситуація дійсно має місце, чи ні; 2) оцінка рівня, в якому опікун відчуває себе обтяженим внаслідок наявної поведінки. Тобто дана анкета оцінює одночасно рівень і об'єктивного, і суб'єктивного обтяження [3, 11, 22]. Кожна позиція оцінюється за шкалою 0–4, де 0 означає відсутність названої поведінки, 1 – наявність вибраного виду поведінки, але без почуття обтяження, а 2, 3 і 4 відповідають диференційованим рівням зростання обтяження – відповідно: легкого помірному, та тяжкого ступенів. У статистичних аналізах ця шкала отримала дуже високий показник внутрішньої однорідності [3, 11, 22].

«*Zarit Caregiver Burden Scale*» (ZCBS) – це інструментарій для самостійного адміністрування, що складається з 22 позицій. Окремі питання стосуються досвіду опікунів, пов'язаного з негативними наслідками опіки над психіатричними пацієнтами. Шкала оцінювання зосереджується, зокрема, на галузях соматичного і психічного здоров'я, соціального функціонування та економічної ситуації. Питання стосуються як об'єктивного обтяження, наприклад: «Чи ви відчуваєте нестачу у фінансових засобах для опіки над родичем, не враховуючи основні видатки?», або «Чи відчуваєте погіршення стану здоров'я внаслідок вашого піклування про родича?», так і суб'єктивного: «Чи ви відчуваєте незручності через поведінку родича? Чи відчуваєте злість у його присутності?» Існують також запитання, котрі безпосередньо

відносяться до відчуття обтяженості опікою: «Чи не виникає у вас бажання довірити комусь іншому опікуватися вашим родичем?», «Чи відчуваєте невпевненість стосовно того, що належить робити з вашим родичем?». Кожна з цих позицій оцінюється подібно до анкети IEQ – оцінка розподіляється залежно від частоти досвіду окремих ситуацій, починаючи від «ніколи», «рідко», «інколи», «досить часто», і закінчуючи на «майже завжди». Виняток складає останнє запитання «Наскільки ви відчуваєте себе вичерпаним внаслідок опіки над близькою особою?» – у цьому випадку шкала відповідей така: «зовсім ні», «дещо», «помірно», «досить», «надзвичайно».

Сума пунктів, отримуваних у згаданому масштабі, коливається від 22 до 110 [13, 28, 29], створено також скорочену версію – ZBI, котра суттєво не змінює статистичних властивостей інструмента. Зацікавлення цими шкалами свідчить про високий рівень їх практичності та популярності [2].

«*Experience Caregiving Inventory*» (ECI) створено для самооцінки досвіду опікуна особи, котра хворіє на серйозні психічні розлади. Козирем ECI є те, що основою даного модуля оцінки є оцінка стресової ситуації, вміння давати собі раду, і те, що дана анкета стосується одночасно як негативних, так і позитивних аспектів досвіду, пов'язаного з опікою. Опис питань складається з 66 позицій, котрі згруповані у вісім негативних шкал (52 позиції) та дві позитивні (14 позиції). До складу негативних шкал входять такі підшкали: важка поведінка, негативні прояви, таврування, проблеми з обслуговуванням, вплив на родину, необхідність підтримки в опіці, залежність і втрата. Підпункти позитивних шкал становлять: винагорода у вигляді позитивного особистого досвіду та хороші стосунки з пацієнтом. Отримання більшої кількості пунктів можливе при серйозному збільшенні рівня обтяження опікою. Кожна з підшкал під час роботи отримала задовільну оцінку, як надійний інструмент для проведення дослідження [5, 9, 10].

«*Family Problems Questionnaire*» (FPQ) – це інструмент, котрий складається з 34 позицій, які охоплюють такі проблемні області: об'єктивне обтяження, суб'єктивна перевантаженість, підтримка сім'ї, яку вона отримує від спеціалістів та членів соціальних мереж у кризових ситуаціях, котрі стосуються пацієнта, позитивне налаштування родича до підопічного та критичну оцінку родича стосовно поведінки пацієнта. FPQ створено і удосконалено у Національному інституті здоров'я в Римі спільно з Інститутом психіатрії Університету в Неаполі. Його перекладено і опрацьовано в 5 мовних версіях (англійській, італійській, португальській, грецькій та німецькій). Коефіцієнт відповідності k-Cohena в аналізі тест – ретест (через 10 днів) для 79% позицій анкети коливається від 0,5 до 1,0. Окремі підшкали досягають величини альфа, що коливається в межах від 0,91 до 0,65, пояснюючи 74% варіантності [18].

Мета даного опрацювання полягає в ознайомленні зацікавленої аудиторії з невідомими у нас в широкому колі інструментами оцінки обтяження опікунів психіатричних пацієнтів. Ця робота не вичерпує, звісно, всіх аспектів цієї тематики, її мета – загальне ознайомлення з окремими питаннями проблеми.

Проблеми наслідків опіки над пацієнтами, котрі хворіють на хронічні психічні розлади, упродовж

останніх років привертають увагу дослідників і практиків. В Україні ситуація сімей чи друзів психічно хворих людей дуже відрізняється від подібних ситуацій в країнах Західної Європи. Це, без сумніву, пов'язано із загальною ситуацією служби охорони здоров'я, кадровим дефіцитом (психіатри, психологи, соціальні працівники, тренінгові терапевти), а також з недостатнім фінансуванням галузі психіатрії, відсутністю *екологічної психіатрії*. Можна припустити, що недостатня турбота про фактичних опікунів психічно хворих пацієнтів зумовлена усталеними суспільними стереотипами, котрі загрожують ізоляцією як пацієнтів, так і їх сімей. Важливо, щоби відповідальні особи, котрі вирішують такі проблеми в нашій країні, брали до уваги результати фінансового аналізу і досвіду системи психіатричної опіки інших держав, котрі чітко вказують на взаємозалежність високої якості послуг, що надаються пацієнтам і їх сім'ям, з ефективністю опіки і зменшенням внаслідок цього витрат державних коштів на таку опіку.

Існує актуальна потреба в продуманих системних рішеннях, котрі могли б зменшити суб'єктивні та об'єктивні «обтяження» сімей, у яких здійснюється опіка над пацієнтами з психічними розладами.

## Список використаної літератури

1. Award A. G. *The burden of schizophrenia on caregivers: a review* / A. G. Award, L. N. Voruganti / *Paharmacoecon.* – 2008. – №26 (2). – P. 149–162.
2. *Burden Interview: a new short version and screening and version* / M. Bedard, D. W. Molloy, I. Squire [et al.] // *Gerontol.* – 2001. – № 41 (5). – P. 652–657.
3. *Caregiver burden in relatives in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments* / G. Reine, C. Lacon, M. C. Simeroni [et al.] // *Encephal.* – 2003. – № 29 (2). – P. 137–147.
4. *Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version. EPSILON study 4.* / B. van Wingarden, A. H. Schene, M. Koerter [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2000. – № 177 (supl. 39). – P. 21–27.
5. *Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory* / G. I. Szmukler, P. Burgess, H. Herrman [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1996. – № 31 (3–4). – P. 137–148.
6. *Cialkowska M. Kwestionariusz Oceny Zaangazowania (Involvement Evaluation Questionnaire) – Charakterystyka I zastosowanie.* / Cialkowska M., Hadrys T., Kiejna A. // *Psychiatr. Pol.* – 2009. – № 43 (4). – P. 435–544.
7. *Cohen C. A. Positive aspects of caregiving experience* / C. A. Cohen, A. Colantonio, L. Vernich // *Int. J. Geriatr Psychiatry.* – 2002. – № 17 (2). – P. 184–188.
8. *Desai R-STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder* / D. A. Perlick, R. A. Rosebeck, D. J. Miklowitz [et al.] // *Bipolar Disord.* – 2007. – № 9 (3). – P. 262–273.
9. *Development and validation of an Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorder* / A. R. Sepulveda, J. Whitney, M. Hankins, J. Treasure // *Health Qual. Life Outcom.* – 2008. – № 21. – P. 6–28.
10. *Experience of caregiving: relatives of people experience a first episode of psychosis* / L. Tennakoon, D. Fannon, V. Doku [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2000. – № 177. – P. 529–533.
11. *Family and patient predictors of symptomatic status in schizophrenia* / Levene J. E., Lancee W., Seeman M. V. [et al.] // *Can. J. Psychiatry.* – 2009. – № 54 (7). – P. 446–451.
12. *Gutierrez-Maldonado J. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia* / J. Gutierrez-Maldonado, A. Caqueo-Urizar, D. J. Kavanagh // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – № 40. – P. 899–904.
13. *Gutierrez-Maldonado J. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia* / J. Gutierrez-Maldonado, A. Carqueo-Urizar, D. J. Kavanagh // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – № 40. – P. 899–904.
14. *Hadrys T. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden?* / T. Hadrys, T. Adamowski, A. Kiejna // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2010. – № 23.
15. *Kornfeld A-EuroSC Research Group. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain* / Roik C., Heider D., Bebbington P. E. [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2007. – № 190. – P. 333–338.
16. *Modeling costs and burden of information caregiving for persons with bipolar disorder* / N. Wolff, D. A. Petrick, R. Kaczynski [et al.] // *J. Ment. Health Policy Econ.* – 2006. – № 9 (2). – P. 99–110.
17. *National Mental Health Project Working Group. Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study* /

- L. Magliano, A. Fiorillo, C. de Rosa, M. Maj // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – № 429. – P. 60–63.
18. National Mental Health Project Working Group. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders / L. Magliano, A. Fiorillo, C. de Rosa [et al.] // *Soc. Sc. Med.* – 2005. – № 61 (2). – P. 313–322.
19. Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers. Results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia / K. Meijer, A. Schene, M. Koeter [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2004. – № 39. – P. 251–258.
20. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. / D. A. Perlick, D. J. Milkowitz, B. G. Link [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2007. – № 190. – P. 535–536.
21. Relatives of patients with severe psychotic illness: factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress / Harvey K., Burns T., Fahy T. [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2001. – № 36 (9). – P. 456–461.
22. Ryder A. G. Caregiver responses to symptoms of first-onset psychosis: a comparative study of Chinese- and Euro-Canadian Families // Ryder A. G., Bean G., Dion K. L. // *Transcult. Psychiatry.* – 2000. – № 37 (2). – P. 225–236.
23. Sales E. Family burden and quality of life / E. Sales // *Qual. Life Res.* – 2003. – № 12, Supl. 1. – P. 33–41.
24. Salleh M. R. The burden of care of schizophrenia in Malay Families / M. R. Salleh // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – № 89 (3). – P. 180–185.
25. Schene A. H. Instruments measuring family of caregivers burden in severe mental illness // A. H. Schene, R. C. Tessler, G. M. Gamache // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1994. – № 29. – P. 228–240.
26. Schene A. H. Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research / A. H. Schene // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1990. – № 25. – P. 289–297.
27. Veltman A. Experience of providing care to relatives with chronic mental illness / A. Veltman, J. Cameron, D. E. Steward // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2002. – № 190 (2). – P. 108–114.
28. Zarit Caregiver Burden Interview: Development, reliability and validity of the Chinese version / Lu L., Wang L., Yang X., Feng Q. // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* – № 63 (6). – P. 730–734.
29. Zarit S. H. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden / S. H. Zarit, K. E. Reever, J. Bach-Peterson // *Gerontol.* – 1980. – № 20 (6). – P. 649–655.

#### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОПЕКУНА ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ «ПОСЛЕДСТВИЙ» ОПЕКИ

Н.О. Рышковская

Серьезные психические нарушения осложняют жизнь и ухудшают качество жизни не только пациентам, но и их близким. Представленное исследование опирается на обзор литературных источников, относящихся к пособиям для оценки результатов опеки. Автор работы представляет актуальные данные и результаты исследований последствий опеки у людей, ухаживающих за пациентами с психическими расстройствами.

**Ключевые слова:** последствия опеки, психические расстройства, инструменты оценки.

#### CAREGIVING CONSEQUENCES IN MENTAL DISORDERS – DEFINITIONS AND INSTRUMENTS OF ASSESSMENT

N. Ryshkovska

Severe mental illnesses have far-reaching consequences for both patients and their relatives. This paper reviews literature on the measures of caregiving consequences. Author provide a condensed knowledge and research results in the area of caregiving consequences, especially both subjective and objective caregivers' burden.

**Key words:** caregiving consequences, mental disorder, instruments.

УДК 616.89

Д.Н. Сапон

#### ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, АСОЦІЙОВАНИЙ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ, У ОСІБ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У МАСОВИХ ПРОТИСТОЯННЯХ У М. КИЄВІ ВЗИМКУ 2013–2014 РР.

Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

#### Ключові слова:

посттравматичний стресовий розлад, хронічний больовий синдром, фіброміалгія, стрес.

Обстежені 560 осіб, які брали участь у масових протистояннях у м. Києві взимку 2013–2014 рр. У значній частини пацієнтів були встановлені діагнози ПТСР, ХБС, проаналізовані поширеність та особливості цих розладів, їхня коморбідність, інтенсивність та локалізація больових відчуттів.

**Актуальність.** В умовах збільшених стресових навантажень та світових політичних і соціально-економічних кризових явищ різко збільшилась питома частка психічних розладів, а саме тих, які за класифікацією психічних та поведінкових розладів МКХ–10 входять до рубрики невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів [1, 3]. Коло розладів рубрики F4, що містить посттравматичний стресовий, тривожно-фобічні, невротичні, соматоформні розлади прогресивно збільшується відповідно до збільшення екстремальних психічних навантажень на людину в сучасному світі, що викликають

у неї тяжку фіксацію та розлад у психоемоційній сфері [2, 3, 8]. Слід звернути увагу на єдність патогенетичних механізмів багатьох невротичних та соматоформних розладів, а саме: порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи внаслідок виснаження адаптаційного потенціалу, що має наслідком зміни вегетативного балансу, електричної активності мозку та призводить до низки патопсихологічних феноменів [3, 4, 7, 9]. Одним з цих феноменів є симптом хронічного болю, який супроводжує багато невротичних та соматоформних розладів, таких як фіброміалгія, іпохондрія, соматоформна вегетативна