

- 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

дисфункція, неврастенія, синдром хронічної втоми, три-возно-фобічні, панічні розлади тощо [3, 4, 8].

Найактуальнішою, на наш погляд, є проблема диференційної діагностики соматоформних розладів з больовими симптомами та органічних захворювань нервової системи, що також супроводжуються ХБС.

Особливості клінічної картини ПТСР, обтяженого ХБС. Серед клінічних симптомів ПТСР є група таких, що описують больові відчуття. Певна кількість симптомів болю здатні сформувати картину хронічного больового синдрому (ХБС). Таким чином, ХБС, з одного боку, може існувати як окремий розлад, а з іншого – включається в картину ПТСР. Обидва розлади є продуктами зриву адаптаційних механізмів психіки з вторинною дисфункцією нейровегетативної системи. Слід звернути увагу на єдність патогенетичних механізмів ПТСР та ХБС. Порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи є наслідком виснаження адаптивного потенціалу. Це призводить до змін вегетативного балансу, електричної активності мозку та до наступної низки патофізіологічних феноменів [4, 5, 6, 10]. Відсутність компенсації ПТСР посилює ХБС. У свою чергу, хронічний біль є важливим стресором, що здатний викликати вторинне травмування та замкнути патологічне коло ПТСР–ХБС–ПТСР. У підсумку людина потрапляє під дію дистресу, викликаного патологічним колом ПТСР–ХБС [4, 10].

Досвід роботи з пацієнтами в шпиталі Майдану (громадянами, які отримали травми під час силових зіткнень) дозволяє виокремити ще один психосоматичний феномен, який проявляється у формі патологічного кола. Біль, як наслідок стресу, викликає страх фізичного болю. Причому больові відчуття у пацієнтів починалися при виході з фази гострої стресової реакції [5, 6, 7, 8]. Численні дослідження виявили більшу схильність у людей, які страждають на фіброміалгію, до розвитку ПТСР (Ruseel, 2008) [7, 9]. Серед обстежених нами пацієнтів шпиталю були особи, у яких був діагностований ПТСР з фіброміалгією. ПТСР в поєднанні з хронічним больовим синдромом потребує більш ретельного обстеження та особливого підходу до ранньої діагностики, диференційованої оцінки та тактики терапії [5, 8].

Мета дослідження – виявлення пацієнтів з ПТСР, що асоційований з хронічним больовим синдромом; аналіз змін адаптаційних можливостей цих пацієнтів. Нашими завданнями було: встановити особливості діагностики ПТСР, ХБС та фіброміалгії; виявити особливості клі-

нічної картини ПТСР, обтяженого ХБС, та підібрати методи діагностики; здійснити статистичну обробку даних різних нозологічних груп. До особливостей діагностики ПТСР варто віднести урахування особистісного переживання пацієнтом гострого стресу, тому що встановлення діагнозу ПТСР неможливе, якщо пацієнт не відповідає критерію стресора. Цей критерій вказує на те, що пацієнт особистісно в дійсності пережив події, що травмували його.

Матеріали та методи дослідження

У шпиталі Майдану нами були обстежені 560 пацієнтів віком від 24 до 69 років, переважна більшість чоловіки (507 осіб, 90,5%). Діагностику ПТСР та ХБС проводили відповідно до критеріїв МКХ–10. Були застосовані напівструктуроване діагностичне інтерв'ю з аналізом діагностичної цінності скарг пацієнтів, а також наступні діагностичні методики: шкала фіброміалгії, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ); опитувальник болю Мак-Гілла. Клінічний досвід та обстеження громадян, які перебували під час силового протистояння в Україні у м. Києві, вказують на те, що в силу деяких індивідуальних особливостей організму здатність зберігати гомеостаз під час дії катастрофічного стресового фактора є різною.

Результати та їх обговорення

Дію стресових факторів у період силових зіткнень при безпосередній загрозі життю та здоров'ю учасників відчули 539 з 560 осіб. З них більш вагомий вплив на психічний стан (за 5-бальною шкалою) чинили наступні події: загибель знайомих, друзів, людей, що були поряд (4,6±0,4); поранення знайомих, друзів, людей, що були поряд (4,1±0,8); участь у силових зіткненнях (3,9±1,1); участь у силових зіткненнях в ролі беззбройної сторони (4,1±0,8).

У 161 особи (28,8%) з обстежених, які пережили травмуючі події під час зіткнень в м. Києві, розвинувся ПТСР, у 156 (27,9%) осіб був хронічний больовий синдром (не пов'язаний з актуальними отриманими фізичними травмами), у 61 особи (10,9%) був діагностований поєднаний хворобливий стан (ПТСР+ХБС) (рис. 1).

Серед осіб з поєднаними хворобливими станами 43 особи (70,5%) відповідали критеріям фіброміалгії, а в загальній групі з ХБС цей показник складав лише 58 осіб (37,2%). Отже, особи з поєднаними хворобливими станами, на наш погляд, мали підвищену преморбідну конституціональну нейросоматичну уразливість, порівняно з особами, які отримали ПТСР або ХБС окремо. Здатність опиратися стресу залежить від преморбідного соматичного стану; індивідуально-типологічних особливостей особистості; рівня розвитку індивідуальних адаптивних механізмів, серед них копінг-стратегії особистості. Додатковими психологічними факторами розвитку хронічного болю у обстеженого нами контингенту було: почуття провини (провина «за те, що вижив»); оцінка подій як поразки та втрата упевненості в собі та самоцінності; прихована та витіснена агресія; втрата образу майбутнього, довготривалих перспективних ліній життя; погіршення стосунків з оточуючими, втрата професійних домагань; розлади поведінки та потягів. Серед пацієнтів шпиталю Майдану найпоширенішим

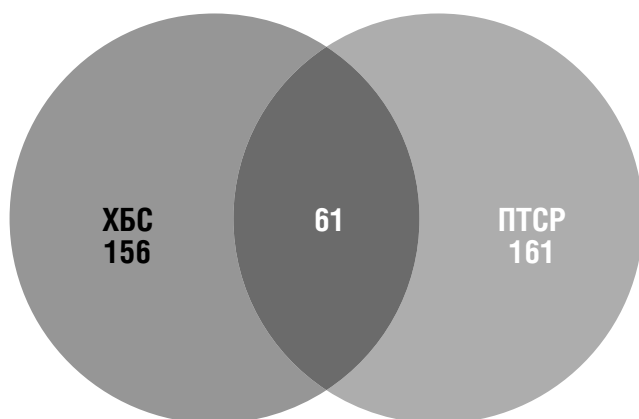


Рис. 1. Кількість пацієнтів з ПТСР, ХБС та поєднанням хворобливих станів

було почуття провини (413 осіб, 73,8%) внаслідок загибелі близьких людей (побратимів), що є природним етапом переживання гострого горя. Інші категорії мали приблизно однаковий рейтинг в межах 20–30%.

За шкалою ВАШ виразність болю у осіб з ХБС становила ($4,6 \pm 2,8$), а у осіб з поєднаними хворобливими станами – ($6,1 \pm 3,6$). Ми спостерігали тенденцію до більшої сенсibilізації до болю, але без збільшення кількості активних скарг на нього.

За шкалою Мак-Гілла ранговий індекс болю (РІБ) та індекс числа відмічених дескрипторів (ІЧВД) також більші в групі поєднаних станів, порівняно з групою ХБС (відповідно РІБ – ($24,6 \pm 3,8$) проти ($22,8 \pm 4,3$); ІЧВД – ($9,2 \pm 1,8$) проти ($6,4 \pm 2,2$)).

У групі ХБС та поєднаних станів ми додатково визначили особливості локалізації больових відчуттів та не знайшли різниці у їх представленні (рис. 2): за локалізацією у всіх пацієнтів переважав головний біль.



Рис. 2. Особливості локалізації больових відчуттів

Аналіз скарг пацієнтів групи поєднаних станів дозволив виділити певні притаманні їм психопатологічні феномени афективної, когнітивної та поведінкової сфер (рис. 3).

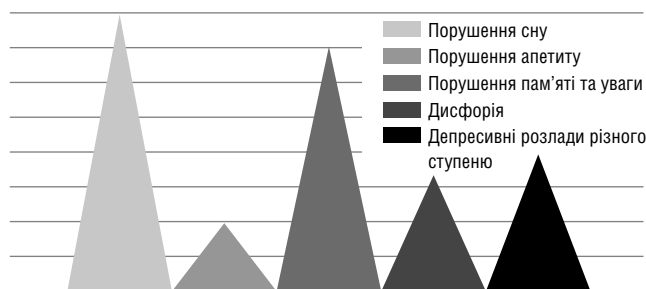


Рис. 3. Психічні порушення при ПТСР, асоційованому з хронічним больовим синдромом

Найбільшу питому частку серед них мають порушення сну, насамперед за рахунок утрудненого засинання та

нічних пробуджень (за рахунок високої тривоги), а також суб'єктивні порушення пам'яті та уваги (знову ж таки за рахунок тривоги).

Висновки

Серед обстежених 560 осіб, які брали участь у масових протистояннях у м. Києві взимку 2013–2014 рр., більша частина людей відчула дію психотравмуючих факторів (539 особи), з яких критеріям ПТСР відповідала 161 особа. Серед обстежених також був діагностований ХНБС, частина діагностованих осіб мала поєднану картину ХНБС та ПТСР, серед яких певна кількість людей відповідала критеріям фіброміалгії. Причому серед осіб з поєднаними хворобливими станами 43 особи (70,5%) відповідала критеріям фіброміалгії, а в загальній групі з ХБС цей показник складав лише 58 осіб (37,2%). Отже, особи з поєднаними хворобливими станами, мали підвищену преморбідну конституціональну нейросоматичну уразливість, порівняно з тими особами, що отримали ПТСР або ХБС окремо. В групі ХБС та поєднаних станів ми додатково визначили особливості локалізації больових відчуттів та не знайшли різниці у їх представленні, найбільша частина випадків локалізації болю припадає на головний біль. Також визначено, що порушення афективної, поведінкової та когнітивних функцій є найбільш значними психічними порушеннями у пацієнтів поєднаної групи.

Список використаної літератури

1. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
2. Сулейманова Г. П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом фибромиалгии: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Г. П. Сулейманова. – Волгоград, 2005. – 22 с.
3. Чабан О. С., Український вісник психоневрології / Чабан О. С., Хаустова О. О. – Том 18, Вип. 1 (62) – 2010.
4. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder / L. M. Arnold, A. Rosen, Y. L. Pritchett [et al.] // *Pain*. – 2005. – № 119 (1–3). – P. 5–15.
5. Arnold L. M. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review / Arnold L. M., Keck P. E., Welge J. A. // *Psychosomatics*. – 2000. – Vol. 41. – P. 104–113.
6. Bennett M. I. Intravenous lignocaine in the management of primary fibromyalgia syndrome / M. I. Bennett, Y. M. Tai. // *Int. J. Clin. Pharmacol. Res.* – 1995. – № 15 (3). – P. 115–119.
7. Depression and pain comorbidity: a literature review / [Bair M. J., Robinson R. L., Katon W., Kroenke K.] // *Arch. Intern. Med.* – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.
8. Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients / [Angst F., Verra M. L., Lehmann S. et al.] // *Clin. J. Pain*. – 2008. – Vol. 24. – P. 808–816.
9. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis / Ciccone D. S., Elliott D. K., Chandler H. K., [et al.] // *Clin. J. Pain*. – 2005. – № 21 (5). – P. 378–386.
10. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / Bennett R. M., Kamin M., Karim R. [et al.] // *Am. J. Med.* – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО, АССОЦИИРОВАННОЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ, У ЛИЦ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В МАССОВЫХ ПРОТИВОСТОЯНИЯХ В Г. КИЕВЕ ЗИМОЙ 2013–2014 ГГ.

Д.Н. Сапон

Обследованы 560 человек, участвовавших в массовых протестовых акциях в г. Киеве зимой 2013–2014 гг. У значительной части пациентов были установлены диагнозы ПТСР, ХБС, проанализированы распространенность и особенности этих расстройств, их коморбидность, интенсивность и локализация болевых ощущений.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, хронический болевой синдром, фибромиалгия, стресс.

PTSD ASSOCIATED WITH CHRONIC PAIN IN INDIVIDUALS WHO PARTICIPATED IN THE MASS CONFRONTATION KIEV WINTER 2013–2014 YEARS

D. Sapon

Surveyed 560 persons participated in the mass opposition in Kiev in winter 2013–2014 years. In large part the patients were diagnosed with PTSD, HBS, analyzed the prevalence and characteristics of these disorders, their comorbidity, intensity and location of pain.

Key words: posttraumatic stress disorder, chronic pain syndrome, fibromyalgia, stress.