

О. Є. Смашна¹, О. О. Хаустова²

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЛЕГКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

¹ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ
osmashna@gmail.com

Актуальність. Дослідження коморбідності легкої черепно-мозкової травми (ЛЧМТ) і посттравматичного стресового розладу (ПТСР) останніми роками набуло актуальності, оскільки такі хворобливі стани часто чинять значний негативний вплив на здоров'я людини впродовж усього життя.

Мета дослідження – підбір батареї тестів для диференційної діагностики ПТСР, ЛЧМТ і коморбідних станів ЛЧМТ+ПТСР.

Матеріали та методи. Нами було проведено пілотне обстеження 56 учасників бойових дій в зоні АТО з ЛЧМТ і ПТСР окремо або в поєднанні та проведено пошук у основних базах даних за період 2007–2017 рр. за ключовими словами «посттравматичний стресовий розлад», «легка черепно-мозкова травма», «діагностика», «методика», «тест», «коморбідність», з метою визначення обсягу діагностичної програми дослідження.

Результати. Дослідники наголошують на необхідності ретроспективної діагностики ЛЧМТ при звертанні з приводу ПТСР; комплексній діагностиці ПТСР із використанням клінічних шкал за DSM-5, когнітивних тестів і методик з виявлення перебільшення симптомів або дисимуляції. Сучасні наукові дослідження з даної тематики також присвячені можливій доцільності заміни терміну «розлад» на «ушкодження» стосовно ПТСР з метою зменшення стигматизації.

Висновки. У діагностичній програмі обстеження пацієнтів, що перенесли легку ЧМТ та мають ознаки ПТСР, доцільно поєднати ретроспективну оцінку ЛЧМТ і ПТСР; верифікувати наявну психопатологічну, в тому числі резидуальну, симптоматику цих розладів відповідно до критеріїв МКХ-10 та DSM-5; визначити рівень когнітивного дефіциту, а також ступінь інвалідизації за тестом WHODAS 2.0 і ймовірність симуляції та дисимуляції за тестом SIMS.

Ключові слова:

посттравматичний стресовий розлад, легка черепно-мозкова травма, діагностика.

Актуальність. Впродовж останніх років стрімко зростає кількість наукових публікацій, присвячених проблемі коморбідності травматичного ураження головного мозку і психічних розладів, особливо посттравматичного стресового розладу. Це є відображенням запиту практичної медицини щодо наукового обґрунтування стандартів надання медичної допомоги пацієнтам зі складними хворобливими станами, оскільки на сьогодні відсутні узгоджені діагностичні алгоритми і усталені лікувальні програми щодо коморбідних розладів, при поєднанні травматичного ураження головного мозку і психічного розладу, зокрема посттравматичного стресового розладу.

Тривалим ґрунтовним дослідженням, ініційованим Центром захворювань і ушкоджень, пов'язаних з військовими діями (War Related Illness and Injury Study Center, WRIISC), задля диференціальної діагностики ЧМТ і ПТСР, а також пошуку швидких і надійних маркерів для кожного стану, має бути дослідження MIND (Markers for the Identification, Norming, and Differentia-

tion of Traumatic Brain Injury and Post-Traumatic Stress Disorder). Його проведення було заплановане на 10 років (2010–2020 рр.), щоб за допомогою сучасної нейровізуалізації, когнітивних і біологічних методик знайти раніше невідомі подібності та відмінності між цими двома різними діагнозами. Було заплановано дослідити чотири групи осіб, які брали участь у військових діях і були демобілізовані з часом, за віком або станом здоров'я. Першу групу мають скласти демобілізовані особи з ЧМТ; другу групу – демобілізовані особи з ПТСР; третю групу – пацієнти з коморбідністю ПТСР і ЧМТ; четверту групу – здорові демобілізовані особи.

Але у 2014 році дослідники визнали [1], що зіткнулись із непередбачуваними труднощами вже на етапі скринінгу. Вони повідомили, що для етапу первинного скринінгу планувалося залучити 11 377 демобілізованих осіб. За критерієм територіальної близькості проживання до центру дослідження для потенційного скринінгу було відібрано 445 осіб, але на контакт із дослідниками погодились 146 осіб (32,8 %), увійшли до

скринінгу 24 особи (5,4 %). Автори зазначили, що такий низький рівень залучення у дослідження здебільшого пояснювався відсутністю зацікавленості (до 47 % потенційних учасників) у суто діагностичній програмі без компонента лікування. Додатковими бар'єрами стали транспортні труднощі, мала грошова компенсація, а також стигматизація і самостигматизація.

Автори відмітити загалом низьку зацікавленість потенційних учасників у обсерваційних дослідженнях, особливо серед цивільного населення (від 0,5 % до 13 %). Серед ветеранів цей показник коливався від 3,5% до 44,9%, причому фактором, який найбільше обмежував скринінг, була нестача ресурсів, а не стигматизація [1].

У цьогорічній роботі, присвяченій аналізу стратегій залучення ветеранів з ПТСР до участі в інтервенційних клінічних дослідженнях [2], за результатами аналізу даних 1 050 пацієнтів автори відмітили ефективність прицільної реклами дослідження і бесіди з лікарем. Направлення лікаря, на думку авторів, було найефективнішою стратегією залучення в дослідження.

Труднощі з залученням пацієнтів із ПТСР до клінічних досліджень певним чином пояснюють недостатність розробленості питань діагностики і терапії комбінованих хворобливих станів, але вже накопичені наукові дані дозволяють зробити аналіз і попередні висновки щодо цієї проблеми.

Матеріали та методи дослідження

Нами було проведено пошук у базах даних CrossRef, PubMed, Google Scholar, Directory of Open Access Scholarly Resources (ROAD), Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Directory of Open Access Journals (DOAJ) за період 2007–2017 рр. за ключовими словами: посттравматичний стресовий розлад, легка черепно-мозкова травма, діагностика, методика, тест, коморбідність, – з метою підбору батареї тестів для диференційної діагностики ПТСР, ЛЧМТ і коморбідних станів ЛЧМТ+ПТСР. Також проведено пілотне обстеження 56 учасників бойових дій в зоні АТО з ЛЧМТ і ПТСР окремо або в поєднанні з метою визначення обсягу діагностичної програми дослідження.

Результати та їх обговорення

У результаті аналізу наукових джерел ми визначили, що питання вибору діагностичних і лікувальних алгоритмів при коморбідності ПТСР та ЧМТ є досить суперечливими і неоднозначними. Ми з'ясували, що симптоми, властиві ПТСР, не є специфічними, вони можуть зустрічатися в рамках інших психогенних, екзогенних, екзогенно-органічних, посттравматичних розладів і захворювань. Органічна симптоматика, навіть за відсутності ЛЧМТ, починає домінувати на тлі функціонально-психогенних проявів у випадках хронічного ПТСР. Цей розлад може поєднуватися з іншими психічними та соматичними розладами, тобто проявляти хронологічну і патогенетичну коморбідність.

Грунтовний аналіз різних аспектів коморбідності ПТСР та ЧМТ дозволив знайти відповіді на ряд важливих клінічних, діагностичних, прогностичних та терапевтичних запитань, у тому числі щодо поширеності коморбідних ПТСР і ЛЧМТ, а також відносної

точності діагностичних тестів, які використовують для клінічної оцінки ЛЧМТ+ПТСР.

Naagsma J. A. і співавтори звернули увагу [3], що рівень інвалідизації пацієнтів після травматичного ураження головного мозку і якість їх життя можуть залежати від ряду факторів, включаючи наявність депресії або посттравматичного стресового розладу. Метою їх дослідження була оцінка поширеності та впливу депресії й ПТСР на функціонування і якість життя пацієнтів через 6 та 12 місяців після легкої ЧМТ. Загалом 797 (42 %) пацієнтів з ЛЧМТ завершили шестимісячне спостереження. Частота депресії та ПТСР протягом 7 і 12 місяців спостереження відповідно була 7 % та 9 %. Проживання на самоті було незалежним прогностичним фактором депресії та / або ПТСР при 6- та 12-місячному спостереженні. Депресія та ПТСР були пов'язані з суттєво зниженим функціонуванням (за шкалою Глазго) та якістю життя (за шкалами SF-36 та PQoL). Автори дійшли до висновку [3], що депресія та / або ПТСР відносно поширені серед пацієнтів з ЛЧМТ і пов'язані зі значним зниженням функціонування і якості життя.

Створенню прогностичної моделі щодо функціонального відновлення пацієнтів з ЛЧМТ шляхом поєднання демографічних показників, тяжкості травми та психологічних чинників було присвячене дослідження UPFRONT [4]. Автори зазначають, що психологічні фактори (емоційний дистрес та неадаптивне втручання безпосередньо після травми) у поєднанні з преморбідними проблемами психічного здоров'я, освіта та вік були важливими прогностичними факторами для одужання через 6 місяців після виникнення ЛЧМТ. Ці дані, за повідомленням дослідників, визначають цілі для ранніх втручань у підгрупі пацієнтів, які мають ризик неповного одужання від ЛЧМТ.

На гіподіагностику проявів ПТСР при цивільних ЛЧМТ вказує дослідження Д. Аарбауер-Крупа і співавт. [5]: частота позитивного для ПТСР скринінгу становила 26,8 % через 6 місяців після виявлення ЛЧМТ. Позитивний скринінг на ПТСР був суттєво асоційований з одночасною функціональною недостатністю, постконтузією та психіатричною симптоматикою, зниженням задоволеності життям та когнітивної продуктивності. Автори підкреслили, що ударний механізм травми (ОР 3,59; 95 % ДІ 1,69–7,63; $p = 0,001$) і попередній психіатричний анамнез (ОР 2,56; 95 % ДІ 1,42–4,61; $p = 0,002$) були значними предикторами позитивного скринінгу для ПТСР, тоді як освіта (на рік ОР 0,88; 95 % ДІ 0,79–0,98; $p = 0,021$) була пов'язана зі зменшенням частоти виникнення ПТСР.

Відомо, що діагностичні критерії легкої черепно-мозкової травми (ЛЧМТ) від Американського конгресу реабілітаційної медицини враховують наступні діагностичні риси. Пацієнт з ЛЧМТ мав отримати травму, яка проявляється порушенням функцій головного мозку у вигляді однієї або більше ознак, а саме: будь-яка втрата свідомості тривалістю до 30 хвилин; будь-яка втрата пам'яті на події безпосередньо перед або після травми на термін до 24 годин; будь-яка зміна психічного стану в момент травми (наприклад, відчуття приголомшеності, дезорієнтація або сплутаність) або фокальний неврологічний дефіцит, який може або не

може бути тимчасовим, але тяжкість травми не повинна перевищувати попередні критерії. Важливо, що втрата свідомості понад 30 хвилин, посттравматична амнезія більше 24 годин, або оцінка за шкалою коми Глазго нижче 13 балів через 30 хвилин після травми свідчать про більш тяжкий ступінь ураження головного мозку.

Проспективне біопсихосоціальне дослідження стійкої резидуальної симптоматики після легкого травматичного ураження головного мозку в порівнянні зі здоровими особами вказує на те, що можливість ретроспективної оцінки ЛЧМТ за цими критеріями може бути сумнівною [6]. Дослідження проводилося із застосуванням методів структурної (комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія) та мікροструктурної нейровізуалізації (тензорна дифузійна томографія, DTI) і когнітивних тестів впродовж одного місяця ($n = 126$) та одного року ($n = 103$) після травми. Відповідно до МКХ-10, 59 % пацієнтів з ЛЧМТ відповідали критеріям захворювання за місяць, 38 % відповідали критеріям за один рік. Проте 31 % контрольної вибірки здорових осіб також відповідав критеріям стійкої посттравматичної симптоматики, що ілюструвало високий рівень помилково-позитивної оцінки стану пацієнтів.

Важливими прогностичними факторами збереження стійкої посттравматичної симптоматики за МКХ-10 за один місяць були преморбідні психічні розлади та наявність екстракраніальних тілесних ушкоджень. Депресія була пов'язана зі збереженням резидуальних симптомів ЛЧМТ як за місяць, так і за рік після травми. Автори відмітили, що структурні аномалії на МРТ та мікροструктурні зміни білої речовини не були суттєво асоційовані з повідомленнями про наявність резидуальних симптомів ЛЧМТ. Обсяг скарг і навіть симптомів після ЛЧМТ може бути індивідуалізованим, що представляє кумулятивний ефект багатьох змінних, таких як генетика, історія психічного здоров'я, поточний життєвий стрес, медичні проблеми, хронічний біль, депресія, риси особистості та інші психосоціальні й екологічні фактори. Автори вважають, що ступінь пошкодження структури мозку, що сприяє збереженню резидуальних симптомів після ЛЧМТ, залишається неясним [6].

Одним із методів діагностики коморбідних станів ПТСП і ЛЧМТ може бути Оцінка інвалідації за ВООЗ (WHO Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS 2.0, версія 12) [7]. WHODAS 2.0 – це неспецифічний самоопитувальник пацієнта для визначення міри неспроможності (інвалідації), який містить шість блоків D1-D6 оцінки функціонування та діяльності пацієнта в різних сферах, включаючи пізнання, мобільність, самодопомогу, міжособистісне життя, власну життєдіяльність та соціальну активність. Дослідження за WHODAS 2.0 у вибірці з 79 дорослих пацієнтів з ЛЧМТ, проведене у Ванкувері (Канада), довело чутливість тесту до резидуальних симптомів ЛЧМТ, а також до порушень психічного здоров'я і хронічного болю, які часто зустрічаються разом з ЛЧМТ.

Порівняльне дослідження пацієнтів з травмами головного і спинного мозку за методикою WHODAS 2.0 довело, що в пацієнтів із ЧМТ достовірно більшою мі-

рою порушені пізнання, самозабезпечення, взаємини, життєдіяльність та суспільна активність ($p < 0,001$) [8]. Також було встановлено, що вік, стать, тип травми, соціально-економічний стан, місце проживання та тяжкість порушення були факторами, пов'язаними з рівнем порушення функціонування ($p < 0,05$). Автори зауважили, що окремі уразливі домени за методикою WHODAS 2.0 можуть бути мішенями психотерапевтичного втручання.

З огляду на те, що резидуальні симптоми ЛЧМТ часто підсилюють, повторюють або імітують симптоми психічних розладів, була зроблена спроба пояснити їх з позиції біопсихосоціального підходу на моделі уникнення страху, яка включає катастрофічні думки та поведінку уникнення страху. Було проведено поперечне дослідження 48 пацієнтів з ЧМТ, у 31 з яких була ЛЧМТ [9]. 92 % осіб всієї вибірки мали стійкі резидуальні симптоми ЛЧМТ (середній час після травми склав 48,2 місяця). Високий рівень катастрофізації був виявлений у 10 % обстежених, а високий рівень поведінки уникнення страху – у 35 % осіб. Катастрофізація, поведінка уникнення страху, депресивні та резидуальні симптоми ЧМТ значно корелювали один з одним ($p < 0,05$). Автори вважають, що модель запобігання страху пропонує можливе пояснення наявності стійких резидуальних симптомів ЧМТ, але наголошують на необхідності подальших поздовжніх прогностичних когортних досліджень для встановлення причинно-наслідкового характеру.

З іншого боку, в клінічній і судовій психіатрії описані випадки перебільшення і навіть симуляції симптоматики як ЛЧМТ, так і ПТСП, задля отримання неправомірної вигоди (сімейного або соціального бонусу, уникнення покарання тощо). Тому проблема клінічної верифікації цих хворобливих станів як окремо, так і коморбідно, потребує наукового вирішення. Parks A. C. і співавторами було проведено дослідження [10] щодо дієвості Структурованого опитувальника симульованої симптоматики (Structured Inventory Malingered Symptomatology, SIMS) у виявленні різноманітних припущених резидуальних симптомів ЧМТ та ПТСП окремо та в сукупності. У цьому дослідженні розглянуто чутливість SIMS у виявленні симулянтів студентів ($N = 78$), що демонстрували симптоми ЧМТ і ПТСП. Загальна оцінка SIMS демонструвала найвищу чутливість до симптомів ЧМТ та поєднання ЧМТ і ПТСП (відповідно 0,89 та 0,85) та меншою мірою – до симптомів ПТСП (0,69). Підклас афективних розладів (AF) шкали SIMS був найчутливішим до групи симптомів ПТСП, порівняно з групами симптомів ЧМТ та ЧМТ+ПТСП. Ці дані підтвердили можливість використання SIMS як інструменту скринінгу валідності симптомів щодо перебільшення ознак ЧМТ та ПТСП при їх нейропсихологічній оцінці.

На можливості досить легкої симуляції ПТСП наголошували T. Merten і співавторами [11], але вони підкреслювали, що викрити обман теж зовсім нескладно. Вони провели дослідження із залученням 80 добре обізнаних щодо проявів ПТСП студентів-психологів і фахівців психологів, які отримали чотири варіанти сценаріїв демонстрації ПТСП. Для діагностики ПТСП

використовували три групи тестів: на травматичні події і групи симптомів ПТСР; когнітивні тести; тести на перевірку достовірності симптомів. Автори показали, що учасники дослідження вдало пройшли тестування щодо травматичних подій і симптомів ПТСР та менш вдало – когнітивні тести, дещо занадто перебільшуючи тяжкість порушень. Взагалі, 78 % усіх учасників було неправильно класифіковано як таких, що страждають від ПТСР (95 % групи без отримання інформації щодо ПТСР, 80 % групи поінформованих щодо ПТСР осіб, 65 % групи попереджених щодо тестування на симуляцію симптомів ПТСР і 70 % групи поінформованих щодо ПТСР і попереджених щодо тестування на симуляцію симптомів ПТСР). У цьому дослідженні Структурований опитувальник симульованої симптоматики (SIMS) виявився особливо корисним у виявленні симуляції ПТСР, але тест на словесну пам'ять (Word Memory Test, WMT) та тест емоційного оніміння Мореля (Morel Emotional Numbing Test, MENT) також були здатні виявити понад три чверті від загальної кількості симульованих випадків.

Результати цих досліджень можуть створити уявлення про ПТСР як розлад, який можна легко симулювати. Значно поширена інформація про ПТСР у публічній сфері (включаючи Інтернет), а також некритичне використання діагностичних шкал щодо ПТСР без перевірки симптомів на дійсність може призвести до великої кількості помилкових діагнозів. Хоча вже у DSM-IV (1995) стверджувалось, що при діагностиці ПТСР необхідно виключити зловживання, цим запитом часто нехтують у клінічній роботі та судово-медичній експертизі.

Більше того, зміни діагностичних критеріїв в DSM-V (2013) у бік зменшення їх жорсткості також можуть сприяти збільшенню спроб фальсифікацій ПТСР. Але сучасні підходи до оцінки вірогідності симптомів є суттєвими бар'єрами для симуляції, яка може бути виявлена судово-медичним або клінічним експертом за сукупністю даних.

Отже, лікарі мають пам'ятати про вірогідність гіпердіагностики ПТСР на підставі рекомендованих DSM-V тестів (PCL-5). Дані тестування ніколи не повинні замінювати ретельну клінічну оцінку, оскільки пацієнти можуть бути схильні до представлення надмірної або недостатньої інформації. Таким чином, результати тільки анкетування самі по собі свідчать не про наявність чи відсутність симптомів, а лише про сприйняття ситуації пацієнтом.

Без ретельної перевірки достовірності таких самозвітів за допомогою емпірично підтверджених контрольних шкал (CAPS-5, SIMS, WMT, MENT тощо) обґрунтованість оцінок дуже обмежена. Для перевірки достовірності діагнозу потрібен досвідчений експерт та ретельний огляд усієї наявної інформації (включаючи клінічну оцінку самого експерта).

За думкою С. L. Scott, професора з клінічної психіатрії Каліфорнійського університету, у верифікації ПТСР доцільний саме тест емоційного оніміння Мореля (Morel Emotional Numbing Test, MENT), а не тести на словесну пам'ять. Тест MENT, розроблений у форматі двох альтернатив, створює у досліджуваної

особи враження, що дефіцит у розпізнаванні афекту є патогномонічним симптомом ПТСР. Таке враження складається за допомогою стверджень на кшталт: «Деяким особам із ПТСР може бути складно розпізнавати міміку». Насправді, будь-хто з дорослих, що прикладає розумну кількість зусиль (за винятком сліпих і неписьменних осіб) може виконати завдання з точністю 90–100 %, навіть якщо має ПТСР [12]. Ще одним дієвим інструментом виявлення симуляції симптомів ПТСР є тест Криміналістичної оцінки симптомів Міллера (Miller Forensic Assessment of Symptoms Test, M-FAST), який виявив суттєву різницю в понад 6 балів між симулянтами і особами з саме військовим ПТСР [13]. У будь-якому разі дослідники сходяться на думці щодо необхідності збирання додаткової інформації про пацієнта з можливим ПТСР (наприклад, від членів сім'ї, друзів або інших осіб) [14].

Труднощі в діагностиці могли б бути зменшені шляхом плідної співпраці лікаря і пацієнта, якби не заважали соціальні фактори, на кшталт рентних установок або стигматизації. Тому в науковому середовищі триває дискусія навколо доцільності можливої зміни термінології військового ПТСР на посттравматичне стресорне ушкодження (ПТСУ). Така зміна, на думку дослідників, сприятиме зменшенню стигматизації учасників бойових дій, що страждають на ПТСР, в тому числі в питаннях отримання ними нагород і соціальних компенсацій (як при фізичних ушкодженнях). Підставами для можливої зміни термінології науковці вважають велику поширеність ПТСР серед ветеранів через багато років після служби (від 8,5 % до 30 %) [15–18], наявність резидуальної симптоматики після лікування, високу коморбідність з фізичними травмами [19].

Незважаючи на величезний прогрес у розумінні ПТСР, думки науковців щодо симуляції і дисимуляції проявів ПТСР розходяться. Втім, останні ізраїльські і американські дані все ж вказують на низький рівень перебільшення та дисимуляції, що сягає 27,7 % для поточного ПТСР і 20,6 % для ПТСР протягом життя [20]. А 20-річне поздовжнє дослідження ветеранів Ліванської війни показало [21], що 39 % осіб контрольної групи, які ніколи не прагнули будь-якої компенсації від Міністерства оборони Ізраїлю, постраждали від ПТСР в різний час після війни.

У 2012 році, до публікації DSM-V, вчені намагалися переконати цільову групу Американської психіатричної асоціації (АПА) змінити назву ПТСР на ПТСУ [22]. У детальному листі до цільової групи АПА Френк Охберг та Джонатан Шей, два відомі вчені з дослідження травм, висловили свою думку про те, що при травмі «фізіологія мозку ушкоджена через вплив деяких зовнішніх сил» [23]. Вони також підкреслювали свою переконаність у тому, що «прийшов час... зменшити стигму та сором, який перешкоджає... пацієнтам отримувати... допомогу».

Основний аргумент цього [19] та інших досліджень [15–18, 20, 21] полягає в тому, що наукове співтовариство має вивчити можливість заміни терміну «розлад» (ПТСР) на «ушкодження» (PTSI), тим самим допомагаючи деконструювати термін, який підтримує

стигму [24] військового ПТСР. Автори зауважили, що в DSM-V (2013) вилучено ПТСР з розділу тривожних розладів, але цей стан зберіг свою «мітку» як розлад у новому розділі розладів, пов'язаних зі стресом [25].

Одним з останніх досліджень щодо коморбідного стану ЛЧМТ і ПТСР є робота Combs H. L. і співавторів з вивчення психічного здоров'я ветеранів війн в Іраку і Афганістані [26]. У дослідженні взяли участь 251 ветеран OIF / OEF. Було використано нейропсихологічні та психологічні методи дослідження з метою порівняння когнітивних і психопатологічних проявів у пацієнтів з ЛЧМТ та ПТСР окремо, а також при поєднанні ЛЧМТ+ПТСР, порівняно зі здоровими ветеранами.

За результатами дослідження група ЛЧМТ+ПТСР мала гірші результати за декількома нейропсихологічними тестами, порівняно зі здоровими ветеранами та особами з ЛЧМТ та ПТСР окремо. Група ЛЧМТ показала невелике зменшення показників швидкості обробки інформації та візуальної уваги, а група ПТСР – невелике зменшення показників словесної пам'яті.

Разом з тим, у групі ЛЧМТ+ПТСР був помірний рівень зниження усіх перерахованих показників. Крім того, група ЛЧМТ+ПТСР мала значно більшу психологічну обтяженість, порівняно з групою ПТСР. У свою чергу, група ПТСР мала більшу психологічну обтяженість, порівняно з групою здорових ветеранів та групою ЛЧМТ.

Результати цього дослідження переконливо свідчать про необхідність вчасного виявлення, комплексної діагностики і адекватної терапії пацієнтів з коморбідними станами ЛЧМТ+ПТСР.

За період 2016–2017 рр. на базі Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні нами було обстежено 56 чоловіків, які були учасниками АТО на Сході України за 3–15 місяців перед обстеженням та перенесли ЛЧМТ під час бойових дій і на момент обстеження мали постстресові психічні порушення в межах ПТСР (F43.1 – 39 осіб) та розладів адаптації (F43.2 – 17 осіб). Верифікація клінічних проявів була проведена відповідно до МКХ-10 з урахуванням критеріїв ЛЧМТ і постконтузійного синдрому, а також клінічних шкал за DSM-5. Клінічні особливості ЛЧМТ і ПТСР окремо були оцінені відповідно до визначених нами критеріїв [27]. Додатково до даних анамнезу щодо змін свідомості і шкали коми Глазго (для ЛЧМТ), опитувальника PCL-5 та шкали CAPS-5 (для ПТСР) нами були використані тест Оцінки інвалідації за ВООЗ (WHO Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS 2.0, версія 12), Словесний тест пам'яті (Word Memory Test, WMT), тест емоційного оніміння Мореля (Morel Emotional Numbing Test, MENT) і Структурований опитувальник симульованої симптоматики (Structured Inventory Malingered Symptomatology, SIMS).

За даними пілотного дослідження, саме тести WHODAS 2.0 і SIMS довели доцільність їх включення в програму дослідження. В тесті WHODAS 2.0 для пацієнтів з ЛЧМТ+ПТСР найбільш значущими виявилися зміни показників пізнання, міжособистісного життя та соціальної активності (в усіх випадках $p < 0,05$). Тест SIMS виявився більш чутливим до різно-

манітних припущених резидуальних симптомів ЧМТ та ПТСР, окремо та в сукупності, порівняно з тестами WMT та MENT.

Висновки

У діагностичній програмі дослідження пацієнтів, що перенесли легку ЧМТ та мають ознаки ПТСР, доцільно поєднати ретроспективну оцінку ЛЧМТ і ПТСР; верифікувати наявну психопатологічну, в тому числі резидуальну, симптоматику цих розладів відповідно до критеріїв МКХ-10 та DSM-5; визначити рівень когнітивного дефіциту, ступінь інвалідації, а також ймовірність симуляції та дисимуляції клінічної симптоматики.

Список використаної літератури

- Challenges to be overcome using population-based sampling methods to recruit veterans for a study of post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury / P. J. Bayley, J. Y. Kong, D. A. Helmer [et al.] // *BMC medical research methodology*. – 2014. – Vol. 14, issue 1. – P. 48. DOI: 10.1186/1471-2288-14-48.
- Analysis of recruitment strategies: Enrolling veterans with PTSD into a clinical trial / E. M. Roberge, D. M. Benedek, C. E. Marx [et al.] // *Military Psychology*. – 2017. – Vol. 29, issue 5. – P. 407–417. DOI: 10.1037/mil0000178.
- Impact of depression and post-traumatic stress disorder on functional outcome and health-related quality of life of patients with mild traumatic brain injury / J. A. Haagsma, A. C. Scholten, T. M. Andriessen [et al.] // *Journal of neurotrauma*. – 2015. – Vol. 32, issue 11. – P. 853–862. DOI: 10.1089/neu.2013.3283.
- Early predictors of outcome after mild traumatic brain injury (UPFRONT): an observational cohort study / J. van der Naalt, M. E. Timmerman, M. E. de Koning [et al.] // *Lancet Neurology*. – 2017. – Vol. 16, issue 7. – P. 532–540. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30117-5.
- Screening for post-traumatic stress disorder in a civilian emergency department population with traumatic brain injury / J. Haarbauer-Krupa, C. A. Taylor, J. K. Yue [et al.] // *Journal of neurotrauma*. – 2017. – Vol. 34, issue 1. – P. 50–58. DOI: 10.1089/neu.2015.4158.
- A prospective biopsychosocial study of the persistent post-concussion symptoms following mild traumatic brain injury / M. Wäljas, G. L. Iverson, R. T. Lange [et al.] // *Journal of neurotrauma*. – 2015. – Vol. 32, issue 8. – P. 534–547. DOI: 10.1089/neu.2014.3339.
- Preliminary Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 for Mild Traumatic Brain Injury / D. L. Snell, G. L. Iverson, W. J. Panenka, N. D. Silverberg // *Journal of neurotrauma*. – 2017. – Vol. 34, issue 23. – P. 3256–3261. DOI: 10.1089/neu.2017.5234.
- Functioning and disability analysis of patients with traumatic brain injury and spinal cord injury by using the world health organization disability assessment schedule 2.0 / C. Y. Kuo, T. H. Liou, K. H. Chang [et al.] // *International journal of environmental research and public health*. – 2015. – Vol. 12, issue 4. – P. 4116–4127. DOI: 10.3390/ijerph120404116.
- Does the fear avoidance model explain persistent symptoms after traumatic brain injury? / M. L. M. Wijenbergh, S. Z. Stapert, J. A. Verbunt [et al.] // *Brain injury*. – 2017. – Vol. 31, issue 12. – P. 1597–1604. DOI: 10.1080/02699052.2017.1366551.
- Detecting feigned postconcussional and posttraumatic stress symptoms with the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) / A. C. Parks, J. Gfeller, N. Emmert, H. Lammert // *Applied Neuropsychology: Adult*. – 2017. – Vol. 24, issue 5. – P. 429–438. DOI: 10.1080/23279095.2016.1189426.
- Merten T. Posttraumatic stress disorder can easily be faked, but faking can be detected in most cases / T. Merten, R. Lorenz, S. Schlatow // *German Journal of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 13, issue 3. – P. 140–149.
- Morel K. R. Meta-analysis of the Morel Emotional Numbing Test for PTSD: Comment on Singh, Avasthi, and Grover / K. R. Morel, B. E. Shepherd // *German Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 11, issue 3. – P. 128–131.
- Malingering and PTSD: Detecting malingering and war related PTSD by Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST) / K. Ahmadi, Z. Lashani, M. H. Afzali [et al.] // *BMC psychiatry*. – 2013. – Vol. 13, issue 1. – P. 154. DOI: 10.1186/1471-244X-13-154.
- Scott C. L. Forensic psychiatry / C. L. Scott, P. J. Resnick // *The medical basis of psychiatry*. – Springer New York, 2016. – P. 799–808.
- The prevalence of posttraumatic stress disorder in the Vietnam generation: A multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder / W. E. Schlenger, R. A. Kulka, J. A. Fairbank // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – Vol. 5, issue 3. – P. 333–363. DOI: 10.1002/jts.2490050303.
- Friedman M. J. Acknowledging the psychiatric cost of war / M. J. Friedman // *New England Journal of Medicine*. – 2004. – Vol. 351, issue 1. – P. 75–77. DOI: 10.1056/NEJMe048129.
- Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans / H. K. Kang,

- B. H. Natelson, C. M. Mahan [et al.] // American journal of epidemiology. – 2003. – Vol. 157, issue 2. – P. 141–148.
18. Treating the invisible wounds of war: Conclusions and recommendations / T. Tanielian & L. H. Jaycox (Eds.) // *Invisible Wounds of War*. – RAND Corporation, 2008. – P. 431–543.
 19. Keynan I. War Trauma, Politics of Recognition and Purple Heart: PTSD or PTSI? / I. Keynan, J. N. Keynan // *Social Sciences*. – 2016. – Vol. 5, issue 4. – P. 57. DOI: 10.3390/socsci5040057.
 20. Frueh B. C. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder / B. C. Frueh, J. D. Elhai, A. L. Grubaugh // *The British Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 186, issue 6. – P. 467–472. DOI: 10.1192/bjp.186.6.467.
 21. Solomon Z. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study / Z. Solomon, M. Mikulincer // *American Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163, issue 4. – P. 659–666. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.4.659.
 22. Oachberg F. An Injury, Not a Disorder / Dart Center for Journalism & Trauma. – 2012. Available at: <http://dartcenter.org/content/injury-not-disorder-0> (accessed on 30 July 2017).
 23. Change Now. A letter to John M Oldham, President of APA / F. Ochberg, J. Shay // *PTSI/NJURY*. – 2012. Available at: <http://www.posttraumaticstressinjury.org/letters-endorsing-the-change-from-ptsd-to-pts-i/> (accessed on 30 July 2017).
 24. Fraser N. Social justice in the age of identity politics / N. Fraser // *Geographic Thought: A Praxis Perspective* / G. Henderson and M. Waterstone (eds.). – New York: British Library Cataloging, 2009. – P.72–91. DOI: 10.4135/9781446218112.n2.
 25. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD / DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released. – 2013. Available at: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/diagnostic_criteria_dsm-5.asp (accessed on 23 February 2016).
 26. The effects of mild traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder, and combined mild traumatic brain injury/post-traumatic stress disorder on returning veterans / H. L. Combs, D. T. Berry, T. Pape [et al.] // *Journal of neurotrauma*. – 2015. – Vol. 32, issue 13. – P. 956–966. DOI: 10.1089/neu.2014.3585.
 27. Хаустова О. О. Коморбідність посттравматичного стрессового розладу та черепно-мозкової травми: мультифакторна модель взаємодії / О. О. Хаустова, О. Е. Смашна // *Архів психіатрії*. – 2016. – Т. 22, № 1 (84). – С. 22–27.

References

1. Bayley, P. J., Kong, J. Y., Helmer, D. A., Schneiderman, A., Roselli, L. A., Rosse, S. M., ... MIND Study Group (2014). Challenges to be overcome using population-based sampling methods to recruit veterans for a study of post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury. *BMC medical research methodology*, vol. 14, issue 1, pp. 48. DOI: 10.1186/1471-2288-14-48.
2. Roberge, E. M., Benedek, D. M., Marx, C. E., Rasmussen, A. M., & Lang, A. J. (2017). Analysis of recruitment strategies: Enrolling veterans with PTSD into a clinical trial. *Military Psychology*, vol. 29, issue 5, pp. 407–417. DOI: 10.1037/mil0000178.
3. Haagsma, J. A., Scholten, A. C., Andriessen, T. M., Vos, P. E., Van Beeck, E. F., & Polinder, S. (2015). Impact of depression and post-traumatic stress disorder on functional outcome and health-related quality of life of patients with mild traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, vol. 32, issue 11, pp. 853–862. DOI: 10.1089/neu.2013.3283.
4. van der Naalt, J., Timmerman, M. E., de Koning, M. E., van der Horn, H. J., Scheenen, M. E., Jacobs, B., ... Spikman, J. M. (2017). Early predictors of outcome after mild traumatic brain injury (UPFRONT): an observational cohort study. *Lancet Neurology*, vol. 16, issue 7, pp. 532–540. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30117-5.
5. Haarbauer-Krupa, J., Taylor, C. A., Yue, J. K., Winkler, E. A., Pirracchio, R., Cooper, S. R., ... Manley, G. T. (2017). Screening for post-traumatic stress disorder in a civilian emergency department population with traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, vol. 34, issue 1, pp. 50–58. DOI: 10.1089/neu.2015.4158.
6. Wäljas, M., Iverson, G. L., Lange, R. T., Hakulinen, U., Dastidar, P., Huhtala, H., ... Öhman, J. (2015). A prospective biopsychosocial study of the persistent post-concussion symptoms following mild traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, vol. 32, issue 8, pp. 534–547. DOI: 10.1089/neu.2014.3339.
7. Snell, D. L., Iverson, G. L., Panenka W. J. & Silverberg, N. D. (2017). Preliminary Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 for Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of neurotrauma*, vol. 34, issue 23, pp. 3256–3261. DOI: 10.1089/neu.2017.5234.
8. Kuo, C. Y., Liou, T. H., Chang, K. H., Chi, W. C., Escorpizo, R., Yen, C. F., ... Tsai, J. T. (2015). Functioning and disability analysis of patients with traumatic brain injury and spinal cord injury by using the world health organization disability assessment schedule 2.0. *International journal of environmental research and public health*, vol. 12, issue 4, pp. 4116–4127. DOI: 10.3390/ijerph120404116.
9. Wijenberg, M. L. M., Stapert, S. Z., Verbunt, J. A., Ponsford, J. L., & Van Heugten, C. M. (2017). Does the fear avoidance model explain persistent symptoms after traumatic brain injury? *Brain injury*, vol. 31, issue 12, pp. 1597–1604. DOI: 10.1080/02699052.2017.1366551.
10. Parks, A. C., Gfeller, J., Emmert, N., & Lammert, H. (2017). Detecting feigned postconcussional and posttraumatic stress symptoms with the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). *Applied Neuropsychology: Adult*, vol. 24, issue 5, pp. 429–438. DOI: 10.1080/23279095.2016.1189426.
11. Merten, T., Lorenz, R., & Schlatow, S. (2010). Posttraumatic stress disorder can easily be faked, but faking can be detected in most cases. *German Journal of Psychiatry*, vol. 13, issue 3, pp. 140–149.
12. Morel, K. R., & Shepherd, B. E. (2008). Meta-analysis of the Morel Emotional Numbing Test for PTSD: Comment on Singh, Avasthi, and Grover. *German Journal of Psychiatry*, vol. 11, issue 3, pp. 128–131.
13. Ahmadi, K., Lashani, Z., Afzali, M. H., Tavalae, S. A., & Mirzaee, J. Malingering and PTSD: Detecting malingering and war related PTSD by Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *BMC psychiatry*, vol. 13, issue 1, pp. 154. DOI: 10.1186/1471-244X-13-154.
14. Scott C. L., & Resnick, P. J. (2016). Forensic psychiatry. In *The Medical Basis of Psychiatry: Fourth Edition* (pp. 799–808). Springer New York. DOI: 10.1007/978-1-4939-2528-5_36.
15. Schlinger, W. E., Kulka, R. A., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1992). The prevalence of posttraumatic stress disorder in the Vietnam generation: A multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 5, issue 3, pp. 333–363. DOI: 10.1002/jts.2490050303.
16. Friedman, M. J. (2004). Acknowledging the psychiatric cost of war. *New England Journal of Medicine*, vol. 351, issue 1, pp. 75–77. DOI: 10.1056/NEJMe048129.
17. Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y., & Murphy, F. M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *American journal of epidemiology*, vol. 157, issue 2, pp. 141–148.
18. Tanielian & L. H. Jaycox (Eds.) (2008). Treating the invisible wounds of war: Conclusions and recommendations. In *Invisible Wounds of War* (pp 431–543). RAND Corporation.
19. Keynan, I., & Keynan, J. N. (2016). War Trauma, Politics of Recognition and Purple Heart: PTSD or PTSI? *Social Sciences*, vol. 5, issue 4, pp. 57. DOI: 10.3390/socsci5040057.
20. Frueh, B. C., Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., Monnier, J., Kashdan, T. B., Sauvageot, J. A., ... Arana, G. W. (2005). Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 186, issue 6, pp. 467–472. DOI: 10.1192/bjp.186.6.467.
21. Solomon Z & Mikulincer M. (2006). Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, issue 4, pp. 659–666. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.4.659.
22. Oachberg, F. (19 sep 2012). An Injury, Not a Disorder. *Dart Center for Journalism & Trauma*. Available at: <http://dartcenter.org/content/injury-not-disorder-0> (accessed on 30 July 2017).
23. Ochberg, F., & Shay, J. (12 apr 2012). Change Now. A letter to John M Oldham, President of APA. *PTSI/NJURY*. Available at: <http://www.posttraumaticstressinjury.org/letters-endorsing-the-change-from-ptsd-to-pts-i/> (accessed on 30 July 2017).
24. Fraser, N. (2009). Social justice in the age of identity politics. In *Geographic Thought: A Praxis Perspective* (pp.72–91). Edited by George Henderson and Marvin Waterstone. New York: British Library Cataloging. DOI: 10.4135/9781446218112.n2.
25. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (2013). *DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released*. Available at: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/diagnostic_criteria_dsm-5.asp (accessed on 23 February 2016).
26. Combs, H. L., Berry, D. T., Pape, T., Babcock-Parziale, J., Smith, B., Schleenbaker, R., ... High, W. M. Jr. (2015). The effects of mild traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder, and combined mild traumatic brain injury/post-traumatic stress disorder on returning veterans. *Journal of neurotrauma*, vol. 32, issue 13, pp. 956–966. DOI: 10.1089/neu.2014.3585.
27. Khaustova, O. O., & Smashna, O. Ye. (2016). Коморбідність посттравматичного стрессового розладу та черепно-мозкової травми: мультифакторна модель взаємодії [Comorbidity of PTSD and TBI: multifactor model of interaction]. *Архів психіатрії – Archives of psychiatry*, vol. 22, issue 1 (84), pp. 22–27. (In Ukrainian).

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

О. Е. Смашна, О. О. Хаустова

Актуальность. Исследование коморбидности легкой черепно-мозговой травмы (ЛЧМТ) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в последние годы приобрело актуальность, поскольку такие болезненные состояния часто оказывают значительное негативное влияние на здоровье человека на протяжении всей жизни.

Цель исследования – подбор батареи тестов для дифференциальной диагностики ПТСР, ЛЧМТ и коморбидных состояний ЛЧМТ+ПТСР.

Материалы и методы. Нами было проведено пилотное обследование 56 участников боевых действий в зоне АТО с ЛЧМТ и ПТСР отдельно или в сочетании и проведен поиск в основных базах данных за период 2007–2017 гг. по ключевым словам «посттравматическое стрессовое расстройство», «легкая черепно-мозговая травма», «диагностика», «методика», «тест», «коморбидность», с целью определения объема диагностической программы исследования.

Результаты. Исследователи подчеркивают необходимость ретроспективной диагностики ЛЧМТ при обращении по поводу ПТСР; комплексной диагностики ПТСР с вовлечением клинических шкал DSM-5, когнитивных тестов и методик для выявления преувеличения симптомов или дисимуляции. Современные научные исследования по данной тематике также посвящены возможной целесообразности замены термина «расстройство» на «повреждение» относительно ПТСР с целью уменьшения стигматизации.

Выводы. В диагностической программе исследования пациентов, которые перенесли легкую ЧМТ и имеют признаки ПТСР, целесообразно объединить ретроспективную оценку ЛЧМТ и ПТСР; верифицировать актуальную психопатологическую, в том числе резидуальную, симптоматику этих расстройств соответственно с критериями МКБ-10 и DSM-5; обозначить уровень когнитивного дефицита, а также степень инвалидизации согласно тесту WHODAS 2.0 и вероятность симуляции и дисимуляции согласно тесту SIMS.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, легкая черепно-мозговая травма, диагностика.

FEATURES POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

O. Ye. Smashna, O. O. Khaustova

Background. The study of comorbidity of the mild traumatic brain injury (mTBI) and posttraumatic stress disorder (PTSD) has become relevant in recent years since such painful conditions often have a significant negative impact on human health throughout life.

Objective. The goal is selection of recruitment tests for differential diagnostic of PTSD, mTBI and comorbidity PTSD & mTBI.

Materials and methods. We conducted a pilot survey of 56 participants in combat operations in the ATO area with mTBI and PTSD, alone or in combination and also we conducted a search of major databases for the period 2007-2017 for such keywords as «PTSD», «mild traumatic brain injury», «diagnosis», «method», «test», «comorbidity», to determine the diagnostic study program.

Results. This article is devoted to the diagnosis problems of comorbid states mTBI and PTSD separate and in combination. Researchers emphasize the necessity of mTBI retrospective diagnostics when the person applying for PTSD; comprehensive diagnosis of PTSD using DSM-5 scales, cognitive tests, and techniques for detecting exaggerated symptoms. Modern scientific research are also devoted to the feasibility of change the term from «disorder» to «damage» for war PTSD in order to reduce stigma.

Conclusion. In diagnostic study program for patients with mTBI and PTSD, it is advisable to combine a retrospective assessment of mTBI and PTSD; to verify existing psychopathological, including residual, symptomatology of these disorders in accordance with ICD-10 and DSM-5 criteria; to determine the cognitive deficiency level, the disability degree by WHODAS 2.0 test and the detecting exaggerated symptoms by SIMS test.

Keywords: posttraumatic stress disorder, mild traumatic brain injury, diagnosis.

Стаття надійшла до редакції 28.10.2017 р.

СМАШНА Олена Євгенівна, к. мед. н., доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна; e-mail: osmashna@gmail.com

ХАУСТОВА Олена Олександрівна, д. мед. н., професор, професор кафедри психосоматичної медицини і психотерапії, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: 7974247@gmail.com

СМАШНА Елена Евгеньевна, к. мед. н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины», г. Тернополь, Украина; e-mail: osmashna@gmail.com

ХАУСТОВА Елена Александровна, д. мед. н., профессор, профессор кафедры психосоматической медицины и психотерапии, Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: 7974247@gmail.com

SMASHNA Olena Yevgenivna, MD, PhD, Associate Professor of Chair of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: osmashna@gmail.com

KHAUSTOVA Olena Olexandrivna, MD, PhD, professor, professor of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Department, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: 7974247@gmail.com