

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

И. Р. Ромаш

ДВНЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

Аннотация. Статья посвящена проблеме инсулинорезистентности, которую сегодня считают ключевым моментом метаболического синдрома. Целью нашего исследования было изучение влияния терапии классическими и атипичными нейролептиками на показатели инсулинорезистентности у пациентов с параноидной шизофренией. В ходе проведенного исследования выявлено, что прием атипичных нейролептиков в течение длительного периода способствует нарушению углеводного обмена, о чем свидетельствует достоверный рост уровня глюкозы в крови, иммунореактивного инсулина, постпрандиальной гликемии, индекса HOMA-IR. Эти показатели являются информативными для верификации наличия нарушений углеводного обмена, выявления инсулинорезистентности и сахарного диабета II типа у больных параноидной шизофренией, которые длительно принимали нейролептики.

Ключевые слова: инсулинорезистентность, параноидная шизофрения, атипичные нейролептики.

EARLY DETECTION OF INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA RECEIVING ANTIPSYCHOTIC THERAPY

I. R. Romash

SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»

Summary. The article deals with the problem of insulin resistance, which is today considered a key aspect of the metabolic syndrome. The aim of our study was to investigate the effect of therapy classical and atypical neuroleptics on indicators of insulin resistance in patients with paranoid schizophrenia. During the study, we found, that taking atypical neuroleptics for a long period, promotes infringement of carbohydrate metabolism. This reflected significant growth of blood glucose, immunoreactive insulin, postprandial glycemia, index NОМА-IR that are informative for the verification of an abnormal carbohydrate metabolism, insulin resistance and detection of type II diabetes in patients with paranoid schizophrenia who protractedly taking antipsychotics.

Key words: insulin resistance, paranoid schizophrenia, atypical antipsychotics.

УДК 616.895-07:314.15:616-053



О. В. Самойлова

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

О. В. Самойлова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація.

За допомогою шкали індексів посттравматичних стресових розладів встановлено основні клінічні прояви стресу у дітей із сімей вимушених переселенців. Виявлено важливі діагностичні закономірності клінічних проявів стресу залежно від переважуючого симптомокомплексу захворювання, а також визначено ступені тяжкості стресових розладів у обстежених дітей різних когортних груп. В досліджуваних групах дітей проаналізовано вираженість кожного з вивчених індексів клінічних синдромів за шкалою посттравматичного стресового розладу, що характеризували цілісну психопатологічну симптоматику у дітей із сімей вимушених переселенців.

Ключові слова:

діти, вимушені переселенці, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психотравмуючий фактор, клінічні синдроми стресового розладу, шкала, індекси ПТСР.

Вступ

Останні роки вітчизняної історії досить насичені доленосними, драматичними та екстремальними за силою та інтенсивністю подіями. Стрімко змінювались соціально-

економічні формації, руйнувались ідеологічні системи, відбувались техногенні та природні катастрофи, проводилися воєнні дії, які не закінчилися й до сьогодні. Ведуться бої в Донецькій і Луганській областях, продовжує

зростати кількість біженців з окупованих територій: АР Крим, Донецької та Луганської областей. Багато людей змушені покинути свої домівки і переїжджати в інші регіони країни.

Згідно з дослідженнями Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) більше 300 тисяч осіб в Україні стали вимушеними переселенцями. Вони втратили все, що мали: домівки, близьких, роботу, а також соціальний статус тощо. На сьогодні існує велика кількість жителів Донбасу, які мешкають поза зоною бойових дій, але перебувають у стані тривоги за себе, за своїх дітей, родичів та напружено очікують поганих новин. Усі ці негативні чинники значною мірою завдають психотравмуючу дію, яка може викликати тяжкі наслідки, прикладом яких є розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [1–6].

ПТСР – це тяжкий психічний стан, який виникає внаслідок одиничної або повторюваної психотравмуючої події (це можуть бути воєнні дії, природні або техногенні катастрофи, серйозні нещасні випадки, присутність під час чиєїсь насильницької смерті, роль жертви знущань або тероризму, сексуальне насильство або інший злочин) [7–9]. Чинником ПТСР є відстрочена або затяжна реакція організму (стрес) на короткочасну чи тривалу стресову подію або ситуацію, що має суб'єктивний характер загрози або катастрофи та може викликати загальний дистрес майже у кожної людини [10–16].

Мета дослідження

Метою нашого дослідження стало вивчення основних клінічних проявів ПТСР у дітей із сімей переселенців, викликаних фактором вимушеної зміни свого місця мешкання.

Матеріали та методи дослідження

У ході дослідження опрацьовані дані 305 дітей та підлітків 7–18 років із сімей вимушених переселенців та 60-ти осіб контрольної групи, які перебували в умовах звичайної сім'ї. Для з'ясування основних клінічних проявів у дітей-переселенців нами застосовано шкалу індексів ПТСР, яка використовується для об'єктивного вивчення діагностичних закономірностей клінічних проявів ПТСР залежно від переважаючого симптомокомплексу захворювання. За допомогою цієї шкали можна визначити ступінь тяжкості стресового розладу.

Опитувальник (ОП) шкали включає 16 питань. Аналізуються індекси 7 шкал відповідних клінічних синдромів: SOM (соматизація), ОС (обсесивно-компульсивний), DEP (депре-

сивний), ANX (тривожний), PНОВ (синдром фобічної тривоги), PAR (паранойяльний), PSY (психотизм). Наявність кожної реакції з ОП оцінюється в 1 бал, після чого всі бали сумують. Залежно від суми набраних балів виявляється ступінь прояву тяжкості захворювання: 7–9 балів – легкий ступінь, 10–11 – середній та 12 і більше балів – важкий ступінь захворювання. Постановка діагнозу ПТСР можлива за тривалості симптомокомплексу не менше 1 місяця (гострий ПТСР). Якщо ознаки захворювання зберігаються більше 6 місяців – ставиться діагноз хронічного ПТСР, а коли не проявляються протягом 6 місяців, а виникають пізніше – говорять про відстрочений ПТСР.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з отриманими даними показник індексу шкали ПТСР обстежених дітей становить $10,32 \pm 0,09$, що відповідає середньому ступеню тяжкості захворювання (**табл. 1**).

У дослідженні доведено, що у хлопчиків досліджуваної групи показник індексу знаходиться на рівні $10,39 \pm 0,13$, порівняно з дівчатками ($10,25 \pm 1,60$). Згідно з віковими особливостями індекс шкали ПТСР переважав у дітей 7–10 років – $10,55 \pm 0,16$, тоді як у дітей віком 15–18 років становив $10,26 \pm 0,17$ та у дітей 11–14 років – $10,12 \pm 0,13$. При цьому, у міських дітей індекс ПТСР переважає (відповідно $10,42 \pm 0,13$) над індексом сільських дітей ($10,22 \pm 0,12$).

За даними дослідження встановлено, що у значної частини обстежених дітей (149 осіб, 48,85%) із сімей вимушених переселенців зареєстровано середній ступінь тяжкості ПТСР – $10,47 \pm 0,04$. Серед них у дівчаток індекс ПТСР дорівнював $10,53 \pm 0,05$, що дещо більше порівняно з хлопчиками – $10,41 \pm 0,05$. Враховуючи вік дітей, вищий рівень індексу ПТСР присутній у дітей 7–10 років ($10,74 \pm 0,07$) порівняно з дітьми віком 11–14 років – $10,51 \pm 0,06$ і, відповідно, 15–18 років ($10,41 \pm 0,07$). Також серед дітей, що мешкають у сільських та міських умовах, індекс шкали ПТСР майже однаковий – відповідно $10,48 \pm 0,05$ та $10,46 \pm 0,05$.

Окрім цього, нами виявлено, що в цілому 91 досліджена дитина (29,84%) мала легкий ступінь ПТСР з показником індексу шкали $8,45 \pm 0,05$. Залежно від віко-статевих особливостей та місця проживання дітей показники індексів шкали ПТСР майже однакові: у хлопчиків – $8,50 \pm 0,08$; у дівчаток – $8,40 \pm 0,06$; у дітей усіх вікових категорій – $8,40 \pm 0,08$; у сільських та міських дітей $10,48 \pm 0,05$ та $10,46 \pm 0,05$ відповідно.

Показники індексів шкали ПТСР у дітей – вимушених переселенців та дітей контрольної групи (зі звичайних сімей) ($X \pm m$)

№ з/п	Групи дітей	СТУПІНЬ ХВОРОБИ							
		ЛЕГКИЙ		СЕРЕДНІЙ		ТЯЖКИЙ		У ЦІЛОМУ	
		Абс	$P \pm m$	Абс	$P \pm m$	Абс	$P \pm m$	Абс	$P \pm m$
I ГРУПА (постраждалі)									
1	хлопчики	36	8,50 ± 0,08	76	10,41 ± 0,05	30	12,67 ± 0,15	142	10,39 ± 0,13
2	дівчатка	55	8,40 ± 0,06	73	10,53 ± 0,05	35	12,51 ± 0,12	163	10,25 ± 1,60
3	діти 7–10 років	32	8,40 ± 0,08	51	10,74 ± 0,07	31	12,87 ± 0,15	114	10,55 ± 0,16
4	діти 11–14 років	36	8,40 ± 0,08	59	10,51 ± 0,06	18	12,22 ± 0,10	113	10,12 ± 0,13
5	діти 15–18 років	23	8,40 ± 0,08	39	10,41 ± 0,07	16	12,44 ± 0,18	78	10,26 ± 0,17
6	сільські діти	50	8,40 ± 0,07	73	10,48 ± 0,05	32	12,44 ± 0,11	155	10,22 ± 0,12
7	міські діти	41	8,50 ± 0,07	76	10,46 ± 0,05	33	12,73 ± 0,15	150	10,42 ± 0,13
8	У ЦІЛОМУ	91	8,45 ± 0,05	149	10,47 ± 0,04	65	12,58 ± 0,09	305	10,32 ± 0,09
№ з/п	Групи дітей	СТУПІНЬ ХВОРОБИ						У ЦІЛОМУ	
		ВІДСУТНІЙ		ЛЕГКИЙ		СЕРЕДНІЙ	ТЯЖКИЙ	У ЦІЛОМУ	
		Абс	$P \pm m$	Абс	$P \pm m$			Абс	$P \pm m$
II ГРУПА (контрольна)									
1	хлопчики	21	4,33 ± 0,25	9	7,44 ± 0,17	–	–	30	5,2 ± 0,32
2	дівчатка	24	4,45 ± 0,21	6	7,50 ± 0,22	–	–	30	5,10 ± 0,28
3	діти 7–10 років	16	4,81 ± 0,26	4	7,50 ± 0,28	–	–	20	5,35 ± 0,32
4	діти 11–14 років	14	4,00 ± 0,29	6	7,50 ± 0,22	–	–	20	5,05 ± 0,42
5	діти 15–18 років	15	4,33 ± 0,27	5	7,40 ± 0,24	–	–	20	5,10 ± 0,36
6	сільські діти	23	4,26 ± 0,22	7	7,57 ± 0,20	–	–	30	5,03 ± 0,31
7	міські діти	22	4,54 ± 0,23	8	7,37 ± 0,18	–	–	30	5,30 ± 0,30
8	У ЦІЛОМУ	45	4,40 ± 0,16	15	7,46 ± 0,13	–	–	60	5,10 ± 0,21

З тяжким ступенем прояву хвороби виявлено 65 дітей – вимушених переселенців (21,31%), показник шкали ПТСР у них становив $12,58 \pm 0,09$. У хлопчиків показник був дещо вищим – $12,67 \pm 0,15$, ніж у дівчат – $12,51 \pm 0,12$. У дітей 7–10 років індекс склав $12,87 \pm 0,15$; 15–18 років – $12,44 \pm 0,18$, 11–14 років – $12,22 \pm 0,10$. Міські діти мали показник індексу шкали $12,73 \pm 0,15$, а сільські – $12,44 \pm 0,11$.

Досліджуючи групу дітей зі звичайних сімей, ми встановили, що в цілому показник

індексу шкали ПТСР склав $5,10 \pm 0,21$. Залежно від віко-статевих характеристик та місця проживання дослідженням виявлено, що індекс у дівчаток – $5,10 \pm 0,28$, а у хлопчиків – $5,20 \pm 0,32$; у дітей 11–14 років – $5,05 \pm 0,42$; 15–18 років – $5,10 \pm 0,36$; 7–10 років – $5,35 \pm 0,32$. У міських дітей – $5,30 \pm 0,30$ у порівнянні з сільськими – $5,03 \pm 0,30$.

Аналізуючи контрольну групу дітей, ми з'ясували, що 15 з них (25,00%) мали легкий ступінь прояву ПТСР з індексом $7,46 \pm 0,13$.

Показник дівчаток ($7,50 \pm 0,22$) переважав над показником хлопчиків ($7,44 \pm 0,17$). Індекс за віковими характеристиками в усіх категоріях був майже однаковим: діти 7–10 років та 11–14 років – $7,50 \pm 0,22$; діти 15–18 років – $7,40 \pm 0,24$. У сільських дітей показник був дещо вищим ($7,57 \pm 0,20$), ніж у міських ($7,37 \pm 0,18$).

У 45 дітей – 45,00% (індекс – $4,40 \pm 0,16$) зі звичайних сімей прояви стресового розладу були відсутні. Враховуючи стать, вік та місце проживання цієї групи, показники індексів були такими: дівчата – $4,45 \pm 0,21$; хлопчики – $4,33 \pm 0,25$; діти 11–14 років – $4,00 \pm 0,22$; 7–10 років – $4,81 \pm 0,26$; діти 15–18 років – $4,33 \pm 0,27$; міські діти – $4,54 \pm 0,23$; сільські – $4,26 \pm 0,22$.

Окрім цього, нами було проаналізовано вираженість кожного з індексів клінічних синдромів за шкалою ПТСР, які цілісно характеризували їх психопатологічну симптоматику (табл. 2). У цілому 305 дітей із групи вимушених переселенців за шкалою соматизації (SOM) мали індекс – $0,93 \pm 0,01$. Це підтверджувало прояви дистресу, які ви-

никали з відчуття тілесної дисфункції (скарги щодо кардіоваскулярної, респіраторної та інших систем організму; частий головний біль, загальний дискомфорт, соматичні еквіваленти тривожності). За віко-статевими особливостями та місцем проживання, показник SOM у хлопчиків був дещо вищим ($0,94 \pm 0,01$), ніж у дівчат – $0,92 \pm 0,01$; у дітей 11–14 років фіксувався найнижчий індекс шкали ПТСР – $0,91 \pm 0,01$ порівняно з дітьми 7–10 років – $0,94 \pm 0,01$ та 15–18 років – $0,95 \pm 0,01$; а у міських та сільських дітей індекси були майже однакові – відповідно $0,94 \pm 0,01$ та $0,93 \pm 0,01$.

За обсесивно-компульсивним індексом (OC) шкали ПТСР ($0,96 \pm 0,01$) у обстежених дітей із сімей вимушених переселенців встановлено наявність нав'язливих повторюваних ідей та образів. Вони виникають мимоволі, мають нестерпний характер та нагадують пережиті стресові події, яким діти майже завжди безуспішно намагаються пручатися. Окрім цього, у дітей відзначалися компульсивні дії, які являють собою повторювані стереотипні вчинки. Часто обстежені

Таблиця 2

Вираженість індексів клінічних синдромів у дітей – вимушених переселенців порівняно з дітьми зі звичайних сімей ($X \pm m_p$)

№ з/п	Групи дітей	ІНДЕКСИ ШКАЛ КЛІНІЧНИХ СИНДРОМІВ								
		Абс	SOM (соматизація)	OC (обсесивно-компульсивний)	DEP (депресивний)	ANX (тривожний)	PHOB (фобічної тривоги)	PAR (паранойальний)	PSY (психотизму)	
										$X \pm m_p$
1	I група (постраждалі)	хлопчики	142	$0,94 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,07$	$1,02 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,43 \pm 0,01$	$0,60 \pm 0,01$	$0,60 \pm 0,01$
2		дівчатка	163	$0,92 \pm 0,01$	$0,95 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,44 \pm 0,01$	$0,94 \pm 0,27$	$0,58 \pm 0,01$
3		діти 7–10 років	114	$0,94 \pm 0,01$	$0,95 \pm 0,01$	$1,02 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,45 \pm 0,01$	$1,05 \pm 0,39$	$0,58 \pm 0,02$
4		діти 11–14 років	113	$0,91 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,43 \pm 0,01$	$0,64 \pm 0,01$	$0,60 \pm 0,01$
5		діти 15–18 років	78	$0,95 \pm 0,01$	$0,98 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,10 \pm 0,01$	$0,44 \pm 0,01$	$0,68 \pm 0,01$	$0,58 \pm 0,01$
6		сільські діти	155	$0,93 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,46 \pm 0,01$	$0,65 \pm 0,01$	$0,60 \pm 0,01$
7		міські діти	150	$0,94 \pm 0,01$	$0,95 \pm 0,01$	$1,02 \pm 0,01$	$1,00 \pm 0,01$	$0,42 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,30$	$0,57 \pm 0,01$
8		У ЦІЛОМУ	305	$0,93 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$1,00 \pm 0,01$	$0,45 \pm 0,01$	$0,80 \pm 0,14$	$0,59 \pm 0,01$
9	II група (контрольна)	хлопчики	30	$0,41 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,02$	$0,44 \pm 0,40$	$0,20 \pm 0,01$	$0,34 \pm 0,02$	$0,18 \pm 0,01$
10		дівчатка	30	$0,40 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,02$	$0,4 \pm 0,02$	$0,22 \pm 0,10$	$0,30 \pm 0,02$	$0,20 \pm 0,02$
11		діти 7–10 років	20	$0,43 \pm 0,03$	$0,52 \pm 0,40$	$0,46 \pm 0,02$	$0,43 \pm 0,02$	$0,22 \pm 0,02$	$0,32 \pm 0,02$	$0,25 \pm 0,03$
12		діти 11–14 років	20	$0,41 \pm 0,03$	$0,52 \pm 0,04$	$0,43 \pm 0,03$	$0,40 \pm 0,03$	$0,22 \pm 0,02$	$0,35 \pm 0,04$	$0,19 \pm 0,02$
13		діти 15–18 років	20	$0,38 \pm 0,04$	$0,49 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,03$	$0,39 \pm 0,02$	$0,19 \pm 0,02$	$0,32 \pm 0,03$	$0,18 \pm 0,02$
14		сільські діти	30	$0,41 \pm 0,03$	$0,52 \pm 0,03$	$0,45 \pm 0,03$	$0,37 \pm 0,02$	$0,19 \pm 0,01$	$0,35 \pm 0,03$	$0,21 \pm 0,02$
15		міські діти	30	$0,40 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,03$	$0,43 \pm 0,02$	$0,44 \pm 0,02$	$0,22 \pm 0,01$	$0,30 \pm 0,02$	$0,20 \pm 0,02$
16		У ЦІЛОМУ	60	$0,40 \pm 0,01$	$0,50 \pm 0,02$	$0,44 \pm 0,01$	$0,40 \pm 0,01$	$0,21 \pm 0,01$	$0,32 \pm 0,01$	$0,20 \pm 0,01$

діти-переселенці скаржилися на вегетативні симптоми тривоги з обтяжливими відчуттями в внутрішньої чи психічної напруги.

Згідно з віко-статевими характеристиками обсесивно-компульсивні індекси були практично однаковими, що у хлопчиків ($0,96 \pm 0,07$), що у дівчат ($0,95 \pm 0,01$). Залежно від віку найвищий показник мали діти 15–18 років ($0,98 \pm 0,01$) порівняно з дітьми 7–10 ($0,95 \pm 0,01$) та 11–14 років ($0,96 \pm 0,01$). Вираженість цього індексу у міських та сільських дітей майже однакова: $0,95 \pm 0,01$ й $0,96 \pm 0,01$ відповідно.

Індекс депресивного розладу (DEP) у обстежених дітей у цілому склав $1,01 \pm 0,01$, що вказує на властивий їм симптомокомплекс відсутності інтересу до життя, брак мотивації і втрати життєвої енергії, почуття безнадійності, наявність думок про суїцид та інші когнітивні й соматичні кореляти депресії. Індекси шкали DEP майже однакові в усіх групах: хлопчики $1,02 \pm 0,01$; дівчата $1,01 \pm 0,01$; у дітей 7–10 років – $1,02 \pm 0,01$; у групі дітей 11–14 та 15–18 років – по $1,01 \pm 0,01$; у сільських дітей – $1,01 \pm 0,01$ та міських – $1,02 \pm 0,01$.

За показниками індексу (ANX) шкали тривожного синдрому (в цілому у обстежених дітей він фіксувався на рівні $1,00 \pm 0,01$), слід вказати на наявність у дітей проявів знервованості, внутрішньої напруги, нападів паніки, почуття небезпеки, побоювання і страху. За віко-статевими характеристиками індекси ANX були однаковими (у дівчат та хлопців – й у дітей різного віку – $1,01 \pm 0,01$). Тривожний синдром дещо переважав у сільських дітей ($1,01 \pm 0,01$) порівняно з міськими ($1,00 \pm 0,01$).

За даними дослідження, виявлено, що в цілому індекс синдрому фобічної тривоги (PHOV) відзначався на рівні $0,45 \pm 0,01$, який характеризував наявність у обстежених стійкої реакції страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації та події. У постраждалих хлопчиків показник цього індексу дорівнював $0,43 \pm 0,01$, а у дівчат – $0,44 \pm 0,01$. Майже однакові показники індексу PHOV визначалися й у дітей усіх вікових груп: 7–10 років – $0,45 \pm 0,01$; 15–18 років – $0,44 \pm 0,01$; 11–14 років – $0,43 \pm 0,01$. Дещо більший індекс PHOV отримали сільські діти, який становив $0,46 \pm 0,01$, що відрізняє їх від міських мешканців ($0,42 \pm 0,01$).

Індекс шкали паранойяльного синдрому (PAR) досліджуваної групи дітей – вимушених переселенців у цілому мав значення $0,80 \pm 0,14$. Значно відрізнялися індекси PAR

хлопчиків ($0,60 \pm 0,01$) порівняно з дівчатками ($0,94 \pm 0,27$). Це пояснювало більшу ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, ілюзії у хлопчиків. У дітей 7–10 років індекс шкали був найвищим ($1,05 \pm 0,39$), нижче у дітей 15–18 років ($0,68 \pm 0,01$) та 11–14 років ($0,64 \pm 0,01$). У міських дітей рівень шкали PAR мав позначку $0,96 \pm 0,30$, а у сільських – $0,65 \pm 0,01$.

Показник індексу психотизму (PSY) в цілому у постраждалих дітей мав значення $0,59 \pm 0,01$, що підтверджувало їх скритний, ізольований стиль життя. Встановлено, що у хлопців вираженість індексу була дещо вищою ($0,60 \pm 0,01$), тоді як у дівчат індекс становив $0,58 \pm 0,01$. У всіх дітей різних вікових груп показник виявився майже ідентичним: 7–10 років – $0,58 \pm 0,02$; 15–18 років – $0,58 \pm 0,01$; 11–14 років – $0,60 \pm 0,01$. Серед дітей, які мешкали в сільських умовах, рівень індексу клінічного синдрому PSY значно перевищував ($0,60 \pm 0,01$) його показники у міських дітей ($0,57 \pm 0,01$).

Навпаки, індекси шкал клінічних синдромів у дітей контрольної групи (зі звичайних сімей) досить відрізнялися. Так, ступінь вираженості клінічного синдрому соматизації у дітей зі звичайних сімей контрольної групи в цілому мав позначку $0,40 \pm 0,01$: у дівчат цей показник складав $0,40 \pm 0,02$, а у хлопців – $0,41 \pm 0,02$; у сільських дітей – $0,41 \pm 0,03$; у міських – $0,40 \pm 0,02$. Найнижчий рівень шкали SOM був відзначений у дітей 15–18 років ($0,38 \pm 0,04$), тоді як у дітей 11–14 років він сягав $0,41 \pm 0,03$ і $0,43 \pm 0,03$ – у дітей 7–10 років.

Однаковими були показники індексу обсесивно-компульсивного синдрому у дітей контрольної групи (як у хлопців, так і у дівчат) – $0,51 \pm 0,03$. У міських дітей цей індекс знаходився на рівні $0,51 \pm 0,03$, а у сільських – $0,52 \pm 0,03$. У дітей 7–10 і 11–14 років він виявився однаковим – $0,52 \pm 0,04$, а ось у дітей 15–18 років дещо нижчим – $0,49 \pm 0,03$. У цілому ж індекс ОС для контрольної групи знаходився на рівні $0,50 \pm 0,02$.

За показниками шкали DEP у дітей зі звичайних сімей дівчатка та хлопці були на однаковому рівні – $0,44 \pm 0,02$; тоді як у дітей 7–10 років він був дещо вищим ($0,46 \pm 0,02$) порівняно з дітьми 11–14 років ($0,43 \pm 0,03$) та 15–18 років ($0,44 \pm 0,03$). Міські та сільські діти також майже не відрізнялися між собою за шкалою DEP: відповідно $0,43 \pm 0,02$ й $0,45 \pm 0,02$. У цілому ж вираженість індексу DEP у контрольній групі дітей становила $0,44 \pm 0,01$.

У цілому індекс шкали тривожного синдрому дітей контрольної групи становив $0,40 \pm 0,01$: у міських дітей він був більшим ($0,44 \pm 0,02$) порівняно з сільськими ($0,37 \pm 0,02$). Відрізнялися й показники індексу ANX за віковими характеристиками: діти 11–14 років – $0,40 \pm 0,03$; діти 7–10 років – $0,43 \pm 0,02$; діти 15–18 років – $0,39 \pm 0,02$. Хлопці та дівчата мали однаковий рівень цього індексу – $0,44 \pm 0,02$.

Вираженість показника фобічної тривоги у дітей зі звичайних сімей в цілому відзначалася на рівні $0,21 \pm 0,01$: у хлопчиків – $0,20 \pm 0,01$, а у дівчат – $0,22 \pm 0,10$; у дітей 7–14 років – $0,22 \pm 0,02$ та менший у дітей 15–18 років – $0,19 \pm 0,02$. Міські діти мали показники індексу $0,22 \pm 0,01$; тоді як сільські – $0,19 \pm 0,01$.

Показник параноїального синдрому у хлопців контрольної групи був дещо вищим ($0,34 \pm 0,02$), ніж у дівчат ($0,30 \pm 0,02$). Однакові рівні цього індексу відзначалися у дітей 7–10 та 15–18 років – $0,32 \pm 0,03$; тоді як у дітей із групи 11–14 років вони були дещо вищими – $0,35 \pm 0,04$. Індекс шкали PAR у сільських дітей значно перевищував ($0,35 \pm 0,03$) показник міських – $0,30 \pm 0,02$. У цілому індекс PAR мав значення $0,32 \pm 0,01$.

Індекс психотизму (PSY) в цілому для контрольної групи дорівнював $0,20 \pm 0,01$ й був майже однаковим для міських та сільських дітей. Щодо ступеня вираженості психотизму у дітей з міста та села, він мав майже однакові показники – $0,20 \pm 0,02$ й $0,21 \pm 0,02$ відповідно. Дещо вищі показники індексу PSY відзначалися у дітей 7–10 років ($0,25 \pm 0,03$) порівняно з дітьми 11–14 – $0,19 \pm 0,02$ та 15–18 років – $0,18 \pm 0,02$. У дівчат індекс PSY був дещо вищим ($0,20 \pm 0,02$) порівняно з хлопцями ($0,18 \pm 0,01$).

Висновки

1. Дослідженням встановлено, що у дітей – вимушених переселенців у цілому наявність середнього ступеня тяжкості ПТСР (індекс шкали ПТСР $10,32 \pm 0,09$). При цьому констатовано перевагу проявів захворювання у хлопчиків ($10,39 \pm 0,13$), осіб 7–10 років ($10,55 \pm 0,16$) та мешканців міста, ($10,42 \pm 0,13$).

2. Встановлено, що більшість обстежених мали середній ступінь тяжкості ПТСР (149 осіб, 48,85%: індекс ПТСР – $10,47 \pm 0,04$). Окрім цього, відзначено, що значна частина обстежених (65 дітей – вимушених переселенців, 21,31%) мала тяжкий ступінь прояву хвороби (індекс шкали ПТСР – $12,58 \pm 0,09$).

3. Дослідженням доведено наявність у обстежених осіб проявів дистресу. У дітей відзначаються частий головний біль, загальний дискомфорт, соматичні еквіваленти тривожності (індекс шкали SOM – $0,93 \pm 0,01$). Наявні нестерпні нав'язливі, що виникають мимоволі, повторювані ідеї та образи щодо пережитих стресових подій та компульсивні дії з проявами тривоги та відчуттям психічної напруги (індекс ОС $0,96 \pm 0,01$). Виявлено відсутність інтересу до життя з браком мотивації, втрату життєвої енергії та почуття безнадійності й наявності суїцидальних та інших когнітивних і соматичних корелятивів депресії (індекс DEP $1,01 \pm 0,01$).

4. Також, згідно з показниками індексу шкали ПТСР, виявлено наявність у дітей досліджуваної групи проявів внутрішньої напруги, нападів паніки, небезпеки і остраху (індекс ANX $1,00 \pm 0,01$) зі стійкою реакцією страху на певні ситуації та події (індекс PNOB $0,45 \pm 0,01$), з проявами ворожості й підозрливості (індекс PAR $0,80 \pm 0,14$) та скритною поведінковою реакцією й ізольованим стилем життя (індекс PSY $0,59 \pm 0,01$).

Література

1. Bundalo N. L., Kuritsyna A. A. Gendernye osobennosti proyavleniy agressivnosti i vrazhdebnosti pri posttravmaticheskom stressovom rasstroystve [Gender-specific manifestations of aggression and hostility in PTSD]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*, 2007, no. 1(42), pp. 47-50. (In Russ.)
2. Bundalo N. L., Rossiev D. A. Opredelenie klinicheskikh osobennostey khronicheskogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva metodami neyrosetevogo modelirovaniya i statisticheskogo analiza [Definition of the clinical features of chronic PTSD methods of neural network modeling and statistical analysis]. *Sibirskiy vestnik psikhologii i narkologii*, 2008, no. 1 (48), pp. 54-58. (In Russ.)
3. Bundalo N. L., Savitskaya E. N. Tipologicheskie osobennosti lichnosti (po Yungu) pri PTSR [Typological features of the person (according to Jung) in PTSD]. *Voprosy*

1. psikhologii, psikhosomaticheskoy meditsiny, narkologii i psikhoterapii v okhrane zdorov'ya: materialy mezhhregional'noy konferentsii Akademicheskoy zhurnal Zapadnoy Sibiri [Questions of psychiatry, psychosomatic medicine, narcology and psychotherapy in health: Materials of interregional conference Academic Journal of Western Siberia]. 2008, no. 3, p. 10. (In Russ.)
4. Bundalo N. L., Savitskaya E. N. Uroven' motivatsii dostizheniy pri PTSR [The level of achievement motivation for PTSD]. *Voprosy psikhologii, psikhosomaticheskoy meditsiny, narkologii i psikhoterapii v okhrane zdorov'ya: materialy mezhhregional'noy konferentsii Akademicheskoy zhurnal Zapadnoy Sibiri* [Questions of psychiatry, psychosomatic medicine, narcology and psychotherapy in health: Materials of interregional conference Academic Journal of Western Siberia]. 2008, no. 3, p. 10. (In Russ.)

5. Cyhonja V. Pam'jatka pro posttravmatychnyj stresovij rozlad [Reminder on PTSD]. *Mystectvo likuvannya*, 2014, no. 7-8 (113-114), pp. 57-58. (In Ukr.)

6. Korchevskaya O. V., Zhukov L. A., Reshetnikova N. V. [et al.] Vliyanie vyrazhennosti psikhopatologicheskoy simptomatiki s pomoshch'yu neyronnykh setey [Influence of the severity of psychopathology using neural networks]. *Nepreryvnoe ekologicheskoe obrazovanie i ekologicheskie problemy: Materialy Vserossiyskoy nauchnoy-prakticheskoy konferentsii* [Continuous Ecological Education and Ecological problems: Materials Vserossiyskoy nauchnoy-prakticheskoy conference]. Krasnoyarsk, 2004, pp. 125-129. (In Russ.)

7. Bundalo N. L., Zhukov L. A., Korchevskaya O. V., Reshetnikova N. V. Vyyavlenie vzaimosvyazi klinicheskikh priznakov (simptomov) na primere kliniki posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva s pomoshch'yu neyronnykh setey s uchitelem [Identify the relationship of clinical signs (symptoms) on the example of clinical PTSD using neural networks with the teacher]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*, 2005, no. 1(34), pp. 53-61. (In Russ.)

8. Zaleskaya O. V., Kovalenko E. P., Khudyakova N. Yu. Sbornik materialov po profilaktike i psikhoterapii posttravmaticheskogo rasstroystva u detey [The collection of materials for the prevention and therapy of post-traumatic disorders in children]. Kiev, Publ. house of PADAP, 2014, 122 p. (In Russ.)

9. Profilaktika posttravmatichnih stresovih rozladiv: psihologichni aspekti [Metodichnij posibnik] [Uporjadniki D. D. Romanov's'ka, O. V. Ilashhuk] [Prevention of posttraumatic stress disorder: Psychological aspects [Methodical manual]] [Compiled D. D. Roma-

nov's'ka, O. V. Ilashhuk]]. Chernovtsy, Tehnodruk Publ., 2014, 133 p. (In Ukr.)

10. Pyatnitskaya E. V. Psikhologiya travmaticheskogo stressa: uchebnoe posobie [Psychology of traumatic stress: A Training Manual]. Balashov, Nikolaev Publ., 2007, 140 p. (In Russ.)

11. Tarabrina N. V., Lazebnaya E. O. Sindrom posttravmaticheskikh stressovykh narusheniy: sovremennoe sostoyanie i problemy [The syndrome of post-traumatic stress disorders: current status and problems]. *Psikhologicheskij zhurnal*, 1992, vol. 13, no. 2, pp. 14-29. (In Russ.)

12. Khuseyn A., Kholkomb V. Rukovodstvo po lecheniyu psikhologicheskoy travmy u detey i podrostkov [Guidelines for the treatment of psychological trauma in children and adolescents]. Humanitarian and Charity Center «Compassion», 1997, 32 p. (In Russ.)

13. Cherepanova E. M. Psikhologicheskij stress: pomogi sebe i rebenku [Kniga dlya shkol'nykh psikhologov, roditeley i uchiteley] [2-e izd.] [Psychological stress: help yourself and your child [book for school psychologists, parents and teachers] [2nd Edition]]. Moscow, Akademiya, 1997, 95 p. (In Russ.)

14. Bundalo N. L., Korolenko Ts. P. Clinical model of chronic post-traumatic stress disorder. *Medline.ru*, 2007, vol. 8, pp. 694-702.

15. Follette V. M., Polusny M. A., Bechtle A. E., Nagle A. E. Cumulative Trauma the Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault and Spouse Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, vol. 9, no. 1, pp. 25-37.

16. Frederick C. J. Children Traumatized by Catastrophic Situations. Post-traumatized stress disorders in children [eds. S. Eth, R.S. Pynoos]. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1985, pp. 73-99.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ

А. В. Самойлова

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. С помощью шкалы индексов посттравматических стрессовых расстройств установлены основные клинические проявления стресса у детей из семей вынужденных переселенцев. Выявлены основные диагностические закономерности клинических проявлений стресса в зависимости от преобладающего симптомокомплекса заболевания и определены степени тяжести стрессовых расстройств у обследованных детей разных когортных групп. В исследуемых группах детей проанализировано выраженность каждого из изученных индексов клинических синдромов по шкале посттравматического стрессового расстройства, которые характеризовали целостную психопатологическую симптоматику у детей из семей вынужденных переселенцев.

Ключевые слова: дети, вынужденные переселенцы, посттравматическое стрессовое расстройство, психотравмирующий фактор, индексы, клинические синдромы стрессового расстройства, шкала, индексы посттравматического стрессового расстройства.

DESCRIPTION CLINICAL MANIFESTATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN OF IMMIGRANTS

A. V. Samoilova

Kharkiv National University V. N. Karazina

Summary. With the scale of post-traumatic stress disorder indices established the main clinical manifestations of stress in children from internally displaced persons families. It revealed important diagnostic patterns of clinical manifestations of stress, depending on the predominant symptom of the disease and determine the severity of stress disorders in the examined children of different cohort groups. In the study groups of children analyzed the severity of each of the studied indices of clinical syndromes on a scale of post-traumatic stress disorder that characterized the integral psychopathology in children from internally displaced persons families.

Keywords: children, internally displaced persons, post-traumatic stress disorder, psychotraumatic factor, indices, clinical syndromes stress disorder, scale, indicis of posttraumatic stress disorder.