

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89-008.47/.48:[612.8.04+612.453]:57.017.3]:355.422-057.36(477.6)

Т. Ю. Ільницька

КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СИМПТОМІВ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ
У ВЕТЕРАНІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ
ПІД ВПЛИВОМ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУУкраїнський науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
ilnitska@id-zu.com

Актуальність. Психічні порушення, які виникають під час збройних конфліктів, є поширеними формами реакції організму на стресові фактори як у безпосередніх учасників бойових дій, полонених та їх родичів, так і у тимчасово переміщених осіб. Клінічні прояви розладів психіки у даного контингенту осіб представлені широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології.

Мета – вивчити клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу (ГКР) у ветеранів військових дій на Сході України під впливом посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Матеріали та методи. Нами було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій, які звернулись за допомогою з приводу психічних розладів. Для скринінгу було застосовано напівструктуроване інтерв'ю з використанням шкали повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1), шкали симптомів ПТСР – громадянська версія (PTSD CheckList – Civilian Version – PCL-C) та клініко-анамнестичне дослідження.

Для подальшого обстеження було рандомізовано 155 осіб, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 та DSM-IV для гіперкінетичного розладу та мали симптоми ПТСР, які свідчили про психічну травматизацію. Включені в дослідження ветерани були поділені на дві групи: 1) ветерани військових дій з ГКР та окремими симптомами ПТСР (n=85); 2) ветерани військових дій з ГКР та ПТСР (n=70).

Результати. Рівень тяжкості симптомів ПТСР був вищим у пацієнтів з подвійним діагнозом. Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики зі спектра гіперкінетичного розладу (гіперактивність, імпульсивність, неухважність) та сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак ГКР у преморбіді дозволяє встановити правильний діагноз.

Висновки. Отримані дані можуть свідчити про негативний вплив ПТСР на перебіг ГКР, що потрібно враховувати при розробці терапевтичної стратегії.

Ключові слова:
гіперкінетичний
розлад, гіперактивність,
імпульсивність,
порушення поведінки,
посттравматичний
стресовий розлад,
учасники бойових дій.

Актуальність. Психічні порушення, які виникають під час збройних конфліктів, є поширеними формами реакції організму на стресові фактори як у безпосередніх учасників бойових дій, полонених та їх родичів, так і у тимчасово переміщених осіб. Клінічні прояви розладів психіки у даного контингенту осіб представлені широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології [1].

У DSM-IV виділяють наступні типи перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР): гострий (менше 3 місяців) і хронічний (більше 3 місяців), а також ПТСР з відстроченим початком захворювання (щонайменше через 6 місяців після впливу стресового чинника). Відповідно до DSM-IV всі обумовлені стресом розлади поділяють на три етапи: гострий стресовий розлад (ГСР), гострий ПТСР і хронічний ПТСР. Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

З виділенням діагнозу ГСР в DSM-IV був введений критерій А. Таким чином, окрім наявності етіологічного фактора (психотравмуюча подія), для встановлення діагнозу необхідною умовою є наявність реакції індивіда на цю подію у вигляді переживання жаху і безпорадності (у дітей – дезорганізованої ажитованої поведінки). Критерій суб'єктивного сприйняття події як значимої для особи загрози є необхідним для діагностики ПТСР. Це, своєю чергою, обмежує групу постраждалих у результаті якої-небудь стресової події тими індивідами, у яких ця подія викликала душевне потрясіння.

Згідно з діагностичними критеріями МКХ-10, гостра реакція на стрес (F43.0) – це тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів; посттравматичний стресовий розлад (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

У 88 % хворих на ПТСР впродовж життя виявляється коморбідний психічний розлад [2]. Найчастіше він поєднується із афективними розладами (депресія), зловживанням психоактивними речовинами, тривожними розладами та гіперкінетичним розладом (ГКР). При обстеженні 95 військовослужбовців Adams Z. et al. (2015 р.) виявили, що в осіб із ПТСР відмічався вищий рівень гіперактивності, невгамовності, неухважності та проблем із пам'яттю; імпульсивність, емоційна лабільність були достовірно доведеними предикторами розвитку ПТСР, проте лише неухважність та порушення пам'яті були виявлені при поєднанні із ГКР, тоді як усі інші симптоми спостерігалися при поєднанні обох розладів [3]. Результати дослідження Adler L. A. et al. (2004 р.) свідчать про те, що 36 % чоловіків із ПТСР відповідали критеріям ГКР в дитинстві та 28 % відповідають в даний момент життя [4]. Крім цього, за даними Antshel K. M. (2016 р.), поширеність ПТСР серед хворих із ГКР у 6 разів вища, ніж у загальній популяції [5]. Ймовірно, висока поширеність пов'язаних із стресом розладів спричинена тим, що пацієнти із ГКР є більш вразливими до стресових факторів [6]. Іншим взаємопов'язаним чинником вказаних розладів може бути нейрокогнітивний дефіцит, який лежить в основі розвитку і ПТСР, і ГКР.

Антитерористична операція (АТО) на Сході України пов'язана із значною психологічною травматизацією учасників бойових дій, рівень якої значно вищий, ніж у звичайній популяції. За даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, кількість військовослужбовців (учасників АТО) з вперше встановленим діагнозом «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації» (F43) у I півріччі 2016 року склала 285 осіб, що становить 20,8 % від усієї захворюваності на вказаний розлад. Крім цього, учасники АТО з уперше в житті встановленим діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад» (F43.1) становили 57,6 % (208 осіб) від кількості усього населення з уперше в житті встановленим діагнозом F43.1, та 73,0 % від кількості учасників АТО з реакцією на тяжкий стрес і порушення адаптації.

За вказаний період у психіатричних стаціонарах була пролікована 1 851 особа.

Мета – вивчити клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу у ветеранів військових дій на Сході України під впливом посттравматичного стресового розладу.

Матеріали та методи дослідження

Нами було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій, які звернулись по допомогу з приводу психічних розладів. Для скринінгу було застосовано напівструктуроване інтерв'ю з використанням шкали повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1), шкали симптомів ПТСР – громадянська версія (PTSD CheckList – Civilian Version – PCL-C) та клініко-анамнестичне дослідження.

Для подальшого обстеження було рандомізовано 155 осіб, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 та DSM-IV для гіперкінетичного розладу і мали симптоми ПТСР, які свідчили про психічну травматизацію. Включені в дослідження ветерани були поділені на дві групи:

- 1) ветерани військових дій з ГКР та окремими симптомами ПТСР (n=85);
- 2) ветерани військових дій з ГКР та ПТСР (n=70).

Варто зазначити, що у осіб з ГКР (перша група), відмічались окремі симптоми ПТСР, проте не виконувалися вимоги критерію А, тому діагноз ПТСР їм не виставлявся.

З дослідження були виключені особи, у яких виконувалися діагностичні критерії згідно з МКХ-10 для діагностики афективних розладів (епізоди депресії, епізоди змішаних та маніакальних станів, циклотимії, дистимії; n=44), тривожних розладів (n=66), розладів особистості (n=44), розладів, зумовлених вживанням алкоголю та психоактивних речовин (n=51).

Усі включені в дослідження особи були чоловічої статі (100 %).

Рандомізовані пацієнти були обстежені з використанням інструментарію для оцінювання показників проявів симптомів ГКР та ПТСР. Застосовували наступні методи дослідження – напівструктуроване інтерв'ю, клініко-анамнестичний метод, клініко-психопатологічний метод: діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу; шкалу повідомлень про ГКР у дорослому віці (ASRS-v1.1); шкалу симптомів ПТСР – громадянська версія (PCL-C); шкалу оцінки рівня якості життя; опитувальник стану здоров'я (PHQ); опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL); психодіагностичний метод, методи математичної статистики.

При обробці результатів оцінювання за шкалою PCL-C клінічні ознаки були згруповані в наступні групи: симптоми інтрузії, симптоми уникання, негативні думки та емоції, пов'язані з травматичною подією, підвищена реактивність. Кожне із 17 запитань оцінювали за 5-бальною шкалою, де 1 бал означав відсутність симптому, 5 балів – його сильне вираження. Мінімально та максимально можлива кількість балів складає 17 та 85 відповідно.

При заповненні шкали ASRS-v1.1 підраховували кількість балів у розділі А (запитання 1–6; мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 24) та розділі Б (запитання

7–18; мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 48). Кожне із питань у відповідному блоці оцінювали за 4-бальною шкалою, де 0 балів – симптоми не відмічались ніколи, 4 бали – відмічались дуже часто. Про симптоми ГКР свідчать 4 і більше відмітки у затемнених віконцях шкали розділу А; мінімальна кількість балів, що свідчить про наявність симптомів ГКР – 9). Відповіді із розділу Б є допоміжними у оцінці симптомів.

Усі включені в дослідження особи підписали інформовану згоду пацієнта на участь у дослідженні та були проінструктовані щодо методології та дизайну дослідження.

Дизайн дослідження наведено на рисунку 1.

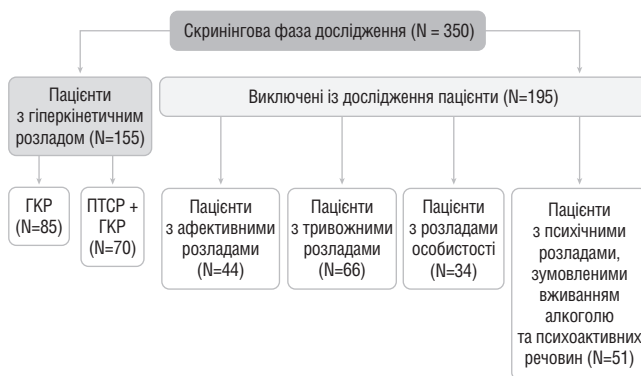


Рис. 1. Формування груп дослідження

Результати та їх обговорення

В усіх включених у дослідження пацієнтів було виявлено не менше 5 симптомів ГКР. Зокрема 100 % обстежуваних повідомили про труднощі при завершенні розпочатої роботи, труднощі у виконанні завдань, що потребують зосередження уваги та організованості, наявність проблем із запам'ятовуванням, неувважність, відчуття підвищеної активності. Вказані симптоми відмічались упродовж понад 6 місяців.

Проаналізувавши демографічні дані осіб ми встановили, що середній вік у групі осіб з ГКР складав 28,24 року, в групі ГКР і ПТСР – 32,8 року. За рівнем освіти обстежувані були розподілені наступним чином. У першій групі превалювали особи із середньою спеціальною освітою – 39 (45,88 %) чоловік, 36 (42,35 %) осіб мали середню освіту, 10 (11,76 %) – вищу. В другій групі більшість обстежених мали середню освіту – 47 (67,14 %), 16 (22,86 %) – середню спеціальну, 7 (10 %) – вищу. Серед респондентів військової освіти мали 10 (11,76 %) чоловіків із групи ГКР та 6 (8,57 %) осіб із групи з подвійним діагнозом. Серед досліджуваного контингенту були як ті, що служили в АТО за призовом, так і ті, що пішли на службу добровільно. Так, у першій дослідній групі 44 (51,76 %) особи були добровольцями, в другій дослідній групі їх кількість склала 58 (82,86 %) осіб. Про порушення дисципліни повідомили 75 (88,24 %) ветеранів із групи ГКР та 61 (87,14 %) – із групи з подвійним діагнозом. Під час проходження служби в АТО 123 військовослужбовці зазнали травматичних подій, в тому числі 61 випадок був зареєстрований у осіб, у яких виконувались критерії діагнозу ГКР, та 62 випадки – у ветеранів із подвійним діагнозом.

Серед учасників першої групи на момент опитування у шлюбі перебували 39 (45,88 %) респондентів,

25 (29,71 %) не були одружені взагалі, 20 (23,53 %) були розлучені, 1 (1,18 %) був вдівцем. У групі осіб, які відповідали критеріям ГКР і ПТСР, 12 (17,14 %) обстежених на момент опитування перебували у шлюбі, 33 (47,14 %) ніколи не були одруженими, 23 (32,86 %) були розлученими, 2 (2,86 %) були вдівцями. Про часті конфлікти в сім'ї повідомили 75 рандомізованих осіб.

Шкідливі звички на момент обстеження мали 80 осіб із групи ГКР та 67 – із групи ГКР у поєднанні з ПТСР. Окрім куріння, 7 (8,24 %) чоловіків із першої групи та 9 (12,86%) чоловіків із другої групи зловживали алкоголем. Вживання наркотичних речовин на момент обстеження всі рандомізовані пацієнти заперечували, однак 47 (55,3 %) осіб з ГКР та 39 (55,71 %) осіб із подвійним діагнозом повідомили про вживання «легких наркотиків» у підлітковому віці. При цьому 86 із них були із групи ГКР, що становить 87,7 % від усіх, хто заявив про вживання «легких наркотичних речовин» в минулому, і 24,6 % від загальної вибірки. Взагалі не вживали наркотичних речовин на будь-якому етапі свого життя 252 (72 %) особи.

За результатами аналізу анамнезу життя встановлено, що 10 (11,76 %) осіб із першої піддослідної групи та 21 (30 %) особа із другої піддослідної групи в той чи інший період життя здійснювали антисоціальні дії. Переважно це було дрібне хуліганство, тому більшості вдалось уникнути серйозного покарання.

Про обтяжений психіатричний анамнез повідомили 2 (2,35 %) обстежених з ГКР та 4 (5,71 %) із групи ГКР та ПТСР. Варто зазначити, що лише двом пацієнтам у віці до 12 років було встановлено діагноз ГКР. Специфічних інтервенцій щодо корекції розладу не застосовувалось.

Соціодемографічні та клінічні характеристики осіб наведені у таблиці 1.

Для аналізу тяжкості симптомів у 155 пацієнтів з ГКР була застосована шкала ASRS-v1.1, заповнюючи яку респонденти надали вичерпну інформацію (табл. 2). Згідно із результатами обстеження, загальний бал тяжкості симптомів за вказаною шкалою становив 12 (±1,3) у осіб із групи ГКР і 18 (±1,6) у осіб із групи з подвійним діагнозом (ГКР та ПТСР). При цьому у другій піддослідній групі симптоми гіперактивності, імпульсивності та неувважності були більш вираженими. Отримані дані були статистично значущими (p≤0,05).

Для аналізу тяжкості симптомів ПТСР ветерани із двох піддослідних груп дали вичерпні відповіді на запитання за шкалою PCL-C (табл. 3). Учасники із першої піддослідної групи у середньому набрали 43 бали (±1,6), що свідчить про відсутність у них ПТСР. При цьому тяжкість симптомів у пацієнтів із другої піддослідної групи у середньому була на рівні 65 балів (±1,2), що свідчить про наявність у них ПТСР.

Висновки

Під час дослідження встановлено, що особи з гіперкінетичним розладом частіше потрапляли на військову службу у якості добровольців. Рівень поширеності порушення дисципліни також був вищий у вказаній популяції. Серед ветеранів із гіперкінетичним розладом було статистично значуще більше тих, хто вчиняли антисоціальні дії в минулому. Вказаний розлад рідко діаг-

ностують в дитячому віці, у нашому дослідженні серед рандомізованих ветеранів із гіперкінетичним розладом він був встановлений лише двом особам.

Рівень тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу був вищим у пацієнтів з подвійним діагнозом. Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики зі спектра

Таблиця 1. Соціодемографічні та клінічні характеристики осіб, включених у дослідження

Змінна величина	Загальна кількість пацієнтів, n=155 (%)	Пацієнти з ГКР, n=85 (%)	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n=70 (%)
Вік (роки)	30,3	28,24	32,8
Освіта			
середня	83 (53,55 %)	36 (42,35 %)*	47 (67,14 %)*
сер. спеціальна	55 (35,48 %)	39 (45,88 %)*	16 (22,86 %)*
вища	17 (11 %)	10 (11,76 %)	7 (10 %)
Наявність військової освіти:			
так	16 (10,32 %)	10 (11,76 %)	6 (8,57 %)
ні	139 (89,7 %)	75 (88,24 %)	64 (91,43 %)
Вид служби:			
за призовом	53 (34,2 %)	41 (48,24 %)	12 (17,14 %)
доброволець	102 (65,8 %)	44 (51,76 %)	58 (82,86 %)*
Порушення дисципліни:			
так	136 (87,74 %)	75 (88,24 %)	61 (87,14 %)
ні	19 (12,26 %)	10 (11,76 %)	9 (12,86 %)
Травматичні події під час служби:			
так	123 (79,35 %)	61 (71,76 %)	62 (88,57 %)
ні	32 (20,65 %)	24 (28,24 %)	8 (11,43 %)
Сімейний стан:			
одружений	51 (32,9 %)	39 (45,88 %)	12 (17,14 %)
неодружений	58 (37,42 %)	25 (29,41 %)	33 (47,14 %)
розлучений	43 (27,74 %)	20 (23,53 %)	23 (32,86 %)
вдівець	3 (1,94 %)	1 (1,18 %)	2 (2,86 %)
Наявність шкідливих звичок:			
так	147 (94,84 %)	80 (94,12 %)	67 (95,71 %)
ні	8 (5,16 %)	5 (5,88 %)	3 (4,3 %)
зловживання алкоголем	16 (10,32 %)	7 (8,24 %)	9 (12,86 %)
куріння	147 (94,84%)	81 (95,3 %)	66 (94,3 %)
Наркотичний анамнез:			
так	86 (55,48 %)	47 (55,35%)	39 (55,71%)
ні	69 (24,52 %)	38 (44,71%)	31 (44,3%)
Вчинення антисоціальних дій:			
так	31 (20 %)	10 (11,76 %)*	21 (30 %)*
ні	124 (80 %)	75 (88,24 %)*	49 (70 %)*
Звернення до психіатра (в анамнезі):			
так	6 (3,84 %)	2 (2,35 %)	4 (5,71 %)
ні	149 (96,13 %)	83 (97,65 %)	66 (94,3 %)

Примітка. * – p≤0,05.

гіперкінетичного розладу (гіперактивність, імпульсивність, неухважність) та сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак гіперкінетичного розладу в преморбіді дозволяє встановити правильний діагноз.

Отримані дані можуть свідчити про негативний вплив посттравматичного стресового розладу на перебіг гіперкінетичного розладу, що має враховуватися при розробці терапевтичної стратегії.

Список використаної літератури

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / уклад.: Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. – Харків, 2014. – 67 с.
2. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1995. – Vol. 52, issue 12. – P. 1048–1060. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.
3. The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? / Z. Adams, T. Adams, K. Stauffacher [et al.] // Journal of Attention Disorders. – 2015. DOI: 10.1177/1087054715580846.
4. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? / L. A. Adler, M. Kunz, H. C. Chua [et al.] // Journal of Attention Disorders. – 2004. – Vol. 8, issue 1. – P. 11–16. DOI: 10.1177/108705470400800102.
5. The Neuropsychological Profile of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder in Adult ADHD / K. M. Antshel, J. Biederman, T. J. Spencer, S. V. Faraone // Journal of Attention Disorders. – 2016. – Vol. 20, issue 12. – P. 1047–1055. DOI: 10.1177/1087054714522512.
6. Lee S. S. Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) / S. S. Lee, A. E. Falk, V. P. Aguirre // Psychiatry Research. – 2012. – Vol. 197, issue 1–2. – P. 90–96. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.01.018.

References

1. Voloshyn, P. V., Maruta, N. O., Shestopalova, L. F., Linskyi, I. V., Pidkorytov, V. S., Lipatov, I. I., ... Zavorotnyi, V. I. (2014). *Diahnostyka, terapiia ta profilaktyka medyko-psykholohichnykh naslidkiv boiovykh dii v suchasnykh umovakh: metodychni rekomendatsii* [Diagnostics, therapy and prevention of medical and psychological consequences of combat operations in modern conditions: methodical recommendations]. Kharkiv, 67 p. (in Ukrainian).
2. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, issue 12, pp. 1048–1060. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

Таблиця 2. Тяжкість симптомів за ASRS-v1.1

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n=85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n=70	p
	Кількість балів, ± σ	Кількість балів, ± σ	
Гіперактивність	4±1,2	6±1,3	≤0,05
Імпульсивність	6±1,3	8±1,4	≤0,05
Неухважність	2±0,5	4±0,8	≤0,05
Загальний бал	12±1,3	18±1,6	≤0,05

Таблиця 3. Тяжкість симптомів за PCL-C

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n=85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n=70	p
	Кількість балів, ± σ	Кількість балів, ± σ	
Інтрузії	12±2,3	19±1,4	≤0,05
Уникання	8±1,2	9±1,4	≤0,05
Негативні думки та емоції	9±1,3	17±0,9	≤0,05
Підвищена реактивність	14±0,5	20±0,8	≤0,05
Загальний бал	43 ± 1,6	65±1,2	≤0,05

3. Adams, Z., Adams, T., Stauffacher, K., Mandel, H., & Wang, Z. (2015). The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? *Journal of Attention Disorders*. DOI: 10.1177/1087054715580846.
4. Adler, L. A., Kunz, M., Chua, H. C., Rotrosen, J., & Resnick, S. G. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? *Journal of Attention Disorders*, vol. 8, issue 1, pp. 11–16. DOI: 10.1177/108705470400800102.
5. Antshel, K. M., Biederman, J., Spencer, T. J., & Faraone, S. V. (2016). The Neuropsychological Profile of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder in Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, vol. 20, issue 12, pp. 1047–1055. DOI: 10.1177/1087054714522512.
6. Lee, S. S., Falk, A. E., & Aguirre, V. P. (2012). Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, vol. 197, issue 1–2, pp. 90–96. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.01.018.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИМПТОМОВ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ВЕТЕРАНОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Т. Ю. Ильницька

Актуальность. Психические нарушения, возникающие во время вооруженных конфликтов, являются распространенными формами реакции организма на стрессовые факторы как у непосредственных участников боевых действий, пленных и их родственников, так и у временно перемещенных лиц. Клинические проявления расстройств психики у данного контингента лиц представлены широким спектром различных по структуре и выраженности расстройств – от психологически понятных реакций и предболезненных состояний до клинически очерченных форм патологии.

Цель – изучить клинический полиморфизм симптомов гиперкинетического расстройства (ГКР) у ветеранов военных действий на Востоке Украины под влиянием посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Материалы и методы. Нами было рандомизировано 155 человек, отвечающих диагностическим критериям МКБ-10 и DSM-IV для ГКР и имеющих симптомы ПТСР, которые свидетельствовали о психической травматизации. Включенные в исследование ветераны были разделены на две группы: 1) ветераны военных действий с ГКР и отдельными симптомами ПТСР (n=85); 2) ветераны военных действий с ГКР и ПТСР (n=70).

Результаты. Степень тяжести симптомов ПТСР был выше у пациентов с двойным диагнозом. Это может свидетельствовать о влиянии психологической травматизации на усиление симптоматики из спектра ГКР (гиперактивность, импульсивность, невнимательность) и восприниматься клиницистами как вторичная психопатизация. Установление признаков ГКР в преморбиде позволяет установить правильный диагноз.

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать о негативном влиянии ПТСР на ход ГКР, что должно учитываться при разработке терапевтической стратегии.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, гиперактивность, импульсивность, нарушения поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, участники боевых действий.

CLINICAL POLYMORPHISM OF SYMPTOMS OF ADHD AMONG WAR VETERANS IN THE EAST OF UKRAINE UNDER THE INFLUENCE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Т. Ю. Ільницька

Background. Mental disturbances that arise during armed conflicts are common forms of the body's reaction to stress factors, both from immediate participants in hostilities, prisoners and their relatives, and temporarily displaced persons. Clinical manifestations of mental disorders in this contingent of persons are represented by a wide range of disorders of different structure and severity - from psychologically understandable reactions and pre-illnesses to clinically outlined forms of pathology.

Objective. The goal is to describe the clinical polymorphism of the symptoms of ADHD among veterans of military operations in the East of Ukraine under the influence of post-traumatic stress disorder.

Materials and methods. We randomized 155 people who met the diagnostic criteria of ICD-10 and DSM-IV for ADHD and had PTSD symptoms that indicated a psychological trauma. Included in the study, veterans were divided into two groups: 1) war veterans with HCM and individual PTSD symptoms (n = 85); 2) war veterans with GCM and PTSD (n = 70).

Results. The severity of PTSD symptoms was higher in patients with dual diagnosis. This may indicate the impact of psychological trauma on the increase in symptoms from the spectrum of ADHD (hyperactivity, impulsivity, inattention), and perceived by clinicians as secondary psychopathy. The establishment of signs of GCM in premorbidum allows to put the correct diagnosis.

Conclusions. The data obtained may indicate a negative effect of PTSD on the course of GCM, which should be taken into account when developing a therapeutic strategy.

Keywords: hyperkinetic disorder, hyperactivity, impulsivity, behavioral disorders, posttraumatic stress disorder, participants in hostilities.

Стаття надійшла до редакції 18.08.2017 р.

ІЛЬНИЦЬКА Тетяна Юрївна, психіатр, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: ilnitska@id-zu.com

ИЛЬНИЦКАЯ Татьяна Юрьевна, психиатр, аспирант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: ilnitska@id-zu.com

ILNYTSKA Tetiana Yuriivna, psychiatrist, PhD-student of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ilnitska@id-zu.com