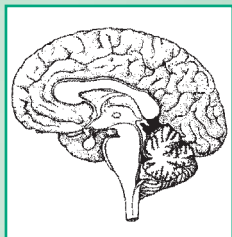


ISSN 2079-0325

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325>



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- **Том 31, випуск 1 (114), 2023**
- **Volume 31, issue 1 (114), 2023**

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023>

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOHII

Засновник і видавець: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ»,
ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Founder and publisher: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS
OF UKRAINE", STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL
ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Рецензований науково-практичний медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical journal of medicine

Заснований у вересні 1993 р.

Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу

The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктор наук та кандидат наук (доктор філософії) за галузями медичних наук (наказ МОН України від 28.12.2019 р. № 1643).

The journal is included in the list of specialized scientific publications of Ukraine, in which the results of dissertations for the degree of doctor of sciences and doctor of philosophy in the fields of medical sciences can be published (order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated 28 December 2019, No. 1643)

Головний редактор
МАРУТА Наталія

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Венгер Олена (Тернопіль, Україна)

Волошина Наталія (Харків, Україна)

Дубенко Андрій (Харків, Україна)

Карабан Ірина (Київ, Україна)

Кожина Ганна (Харків, Україна) —

заступник головного редактора

Лінський Ігор (Харків, Україна)

Мінко Олександр (Харків, Україна)

Мишиєв Вячеслав (Київ, Україна)

Мищенко Владислав (Харків, Україна)

Мищенко Тамара (Харків, Україна)

Негрич Тетяна (Львів, Україна)

Овчаренко Микола (Рівне, Україна)

Пашковський Валерій (Чернівці, Україна)

Підкоритов Валерій (Харків, Україна)

Пшук Наталія (Вінниця, Україна)

Танцур Людмила (Харків, Україна)

Федченко Вікторія (Харків, Україна) —

відповідальний секретар

Чабан Олег (Київ, Україна)

Чугунов Вадим (Запоріжжя, Україна)

Юр'єва Людмила (Дніпро, Україна)

Борнштейн Натан (Тель-Авів, Ізраїль)

Брайнін Майкл (Кремс-на-Дунаї, Австрія)

Хабрат Богуслав (Варшава, Польща)

Зукер Роберт (Мічиган, США)

Chief Editor
MARUTA Nataliya

EDITORIAL STAFF:

Venger Olena (Ternopil, Ukraine)

Voloshyna Nataliia (Kharkiv, Ukraine)

Dubenko Andrii (Kharkiv, Ukraine)

Karaban Iryna (Kyiv, Ukraine)

Kozhyna Hanna (Kharkiv, Ukraine) —

deputy chief editor

Linskiy Igor (Kharkiv, Ukraine)

Minko Oleksandr (Kharkiv, Ukraine)

Mishyiev Viacheslav (Kyiv, Ukraine)

Mishchenko Vladyslav (Kharkiv, Ukraine)

Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)

Nehrych Tetiana (Lviv, Ukraine)

Ovcharenko Mykola (Rubizhne, Ukraine)

Pashkovskyy Valerii (Chernivtsi, Ukraine)

Pidkorytov Valerii (Kharkiv, Ukraine)

Pshuk Nataliia (Vinnytsia, Ukraine)

Tantsura Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)

Fedchenko Viktoriia (Kharkiv, Ukraine) —

executive secretary

Chaban Oleh (Kyiv, Ukraine)

Chugunov Vadym (Zaporizhzhia, Ukraine)

Yuryeva Lyudmyla (Dnipro, Ukraine)

Bornshtein Natan (Tel-Aviv, Israel)

Brainin Michael (Krems an der Donau, Austria)

Habrat Boguslaw (Warsaw, Poland)

Zucker Robert (Michigan, USA)

Том 31, випуск 1 (114)
Харків, 2023



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України».

Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,

SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology
of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідectво про державну реєстрацію

КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

Certificate for state registration of print mass
media KV № 16345-4817PR, dated 10 Feb, 2010

Рекомендовано до друку вченою радою
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (протокол № 2 від 9.03.2023 р.)

Approved for publication by the Academic
Council of SI "Institute of neurology, psychiatry
and narcology of the NAMS of Ukraine" (protocol
no. 2 dated 9 March, 2023)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Наталія (м. Харків, Україна),
Карабань Ірина (м. Київ, Україна),
Дубенко Євген (м. Харків, Україна),
Міщенко Тамара (м. Харків, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Венгер Олена (м. Тернопіль, Україна),
Підкоритов Валерій (м. Харків, Україна),
Чабан Олег (м. Київ, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Лінський Ігор (м. Харків, Україна),
Мінко Олександр (м. Харків, Україна),
Чугунов Вадим (м. Запоріжжя, Україна).

До уваги авторів

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються статті з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії, а також роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку треба брати до уваги таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською або англійською мовами.

3. Статті надсилаються до редакції у двох примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірники) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не треба ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3 сторінок.

5. Роботи друкуються кеглем 14, через 1,5 інтервали з полями: ліворуч — 3,5 см, праворуч — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинні бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел.

7. Текст статті повинні передувати індекс УДК; українською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме обсягом не більш як 1800 знаків, включно з ключовими словами, відповідно до вимог до наукових фахових видань України (наказ Міністерства освіти і науки України № 32 від 6.02.2018). У тексті статті посилання на літературні джерела наводити в квадратних дужках і нумерувати в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та ДСТУ ГОСТ 7.80:2007 і містить джерела мовою оригіналу за останні 10 років (більш ранні публікації вносять до переліку тільки у разі потреби). Кількість цитованих джерел: в оригінальних статтях — не більше ніж 30, в оглядах літератури — не більше ніж 60. **Обов'язково вказувати цифровий ідентифікатор статті (збірника) DOI, якщо його немає — PMID або адресу статті в Інтернеті URI, URL.** Окрім того, перелік літератури має бути транслітерований в романському алфавіті (References).

9. Після переліку літератури наводять українською та англійською мовами без скорочень *відомості про авторів*: прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада або професія, основне місце роботи чи навчання (підрозділ, кафедра, найменування установи або організації); ID ORCID

у форматі <https://orcid.org/XXXX-XXXX-XXXX-XXXX>; e-mail; контактні телефони — окремим рядком.

10. Усі фізичні величини та одиниці треба наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті мають бути посилання.

12. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування. Фотографії мають бути контрастними (у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш ніж 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії.

13. Повноформатні кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK, 300 dpi. Векторна графіка — у форматі *.pdf. Текст (шрифти) і логотипи подавати тільки в кривих. Розмір ілюстрації — 205 x 295 мм, від цих меж має бути не менш ніж 10 мм до значимих об'єктів.

14. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними. Стаття має бути підписаною усіма авторами.

15. Автори обов'язково заповнюють дві форми XML (українська та англійська версії) та надсилають разом зі статтею (форми XML з прикладом заповнення наведені на офіційному сайті журналу www.uvnpn.com.ua у рубриці «Авторам»).

16. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій», розміщених на сайті журналу).

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

За зміст та оформлення статей (публікацій) відповідальність несе автор.

Статті надсилати на адресу:

вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
редакція журналу «Український вісник психоневрології»,
e-mail: visnuk.pn@gmail.com

Офіційний сайт журналу: www.uvnpn.com.ua

DOI журналу: <https://doi.org/10.36927/2079-0325>

Свідоцтво про держ. реєстрацію KB № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

Громадська організація «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,

Адреса редакції та видавця: вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, 61068, тел./факс: 738-32-25; e-mail: inpn@ukr.net

Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 11,5. Обл.-вид. арк. 12,89.

Оригінал-макет виготовлений ФО-П Строков Д. В., Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ХК № 247 від 19.11.2009 р.

ISSN 2079-0325

DOI випуску: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023>

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

- Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І., Кожина Г. М., Гриневич Є. Г., Овчаренко М. О., Чугунов В. В., Пострелко В. М., Денисенко М. М., Плехов В. А., Ткаченко Т. В., Задорожний В. В., Малихіна Н. А., Мінко О. О., Лакінський Р. В., Васильєва О. О., Юрченко О. М., Герасимов Б. О., Герасимов Д. О. (Харків, Київ, Рівне, Запоріжжя)
Межі проблемного вживання алкоголю з погляду практично здорових респондентів і епідеміологічне значення цих меж 4

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ, ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Березюк О. Р., Фільц О. О. (Львів)
Асоціація феномена власної неповноцінності з самооефективністю та самооцінкою 20
- Єфіменко С. О. (Запоріжжя)
Типологія станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного закладу вищої освіти 26
- Коваль М. Є., Венгер О. П. (Тернопіль)
Якість життя учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 30
- Кожина, К. О. Зеленська Г. М. (Харків)
Клінічна феноменологія стресасоційованих розладів в умовах повномасштабного вторгнення 35
- Косовський В. В. (Тернопіль)
Нейрокогнітивні критерії прогнозу відновлення при первинному психотичному епізоді 38
- Маньковський Д. С. (Київ)
Неврологічні, психіатричні й психосоціальні наслідки кардіохірургічних втручань в умовах штучного кровообігу та загальні підходи до їх профілактики 42
- Маркова М. В., Дрюченко М. О. (Харків, Ужгород)
Комплексна модель материнсько-дитячої взаємодії в родині жінок, хворих на параноїдну шизофренію: чинники предикції, превенції та прогнозу її деформації 54
- Марута Н. О., Федченко В. Ю., Панько Т. В., Явдак І. О., Семікіна О. Є., Лапінська О. Р. (Харків)
Особливості первинних психопатологічних розладів внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 60
- Михайлова Е. А., Багацька Н. В., Мітельов Д. А., Матковська Т. М. (Харків)
Клініко-генетичний аспект резистентної депресії у підлітків 70
- Мишиєв В. Д., Левін Т. І. (Київ)
Структурно-динамічний аналіз клініко-психопатологічного складника емоційного вигорання й професійної дезадаптації у лікарів-психіатрів під час війни 77
- Плехов В. А. (Запоріжжя)
Типоспецифічна система психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад 88
- Подольська Л. В., Юр'єва Л. М. (Дніпро)
Особливості особистості іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та їх вплив на формування розладів адаптації 92

ЮБІЛЕЇ

- До 100-річчя від дня народження професора Панченка Євгена Миколайовича 89

PROBLEM ARTICLES

- Linskiy I. V., Khaustov M. M., Kuzminov V. N., Minko O. I., Kozhyna G. M., Grynevych Ye. G., Ovcharenko M. O., Chugunov V. V., Postrelko V. M., Denysenko M. M., Plekhov V. A., Tkachenko T. V., Zadorozhnyi V. V., Malykhina N. A., Minko O. O., Lakinskyi R. V., Vasilyeva O. O., Yurchenko O. M., Herasymov B. O., Herasymov D. O. (Kharkiv, Kyiv, Rivne, Zaporizhzhia)
Borders of problem alcohol use from the point of view of practically healthy respondents and the epidemiological meaning of these borders 4
- Berezyuk O. R., Filts O. O. (Lviv)
Association of phenomenon of self-inferiority with self-efficacy and self-esteem 20
- Yefimenko S. O. (Zaporizhzhia)
Typology of states of mental exhaustion in junior medical students 26
- Koval M., Venger O. (Ternopil)
The quality of life of combatants with non-psychotic mental disorders after COVID-19 infection 30
- Kozhyna H. M., Zelenska K. O. (Kharkiv)
Clinical phenomenology of stress-related disorders in conditions of full-scale invasion 35
- Kosovskiy V. V. (Ternopil)
Neurocognitive criteria for predicting recovery in a primary psychotic episode 38
- Mankovsky D. S. (Kyiv)
Neurological, psychiatric and psychosocial consequences of cardiosurgical interventions in the conditions of artificial blood circulation and general approaches to their prevention 42
- Markova M. V., Driuchenko M. O. (Kharkiv, Uzhhorod)
Complex model of mother-child interaction in families of women sick of paranoid schizophrenia: factors of prediction, prevention and forecast of its deformation 54
- Maruta N. O., Fedchenko V. Yu., Panko T. V., Yavdak I. O., Semikina O. E., Lapinska O. R. (Kharkiv)
Features of primary psychopathological disorders due to Coronavirus disease Covid-19 60
- Mykhailova I., Bagatska N., Mitelov D., Matkovska T. (Kharkiv)
Clinical and genetic aspect of resistant depression in adolescents 70
- Mishyiev V. D., Levin T. I. (Kyiv)
The structural and dynamic analysis of the clinical-psychopathological components of emotional burnout and professional disappointment in psychiatrists during the war 77
- Plekhov V. A. (Zaporizhzhia)
Type-specific system of psycho-correction of affective pathology in patients with schizotypal disorder 88
- Podolska L. V., Yuryeva L. M. (Dnipro)
Features of the personality of foreign students of higher medical education at different stages of education and their influence on the formation of adjustment 92

JUBILEES

- To the 100th anniversary of the birth of Professor Yevhen Mykolaiovych Panchenko 89

I. В. Лінський, М. М. Хаустов, В. Н. Кузьмінов, О. І. Мінко, Г. М. Кожина, Є. Г. Гриневич, М. О. Овчаренко, В. В. Чугунов, В. М. Пострелко, М. М. Денисенко, В. А. Плехов, Т. В. Ткаченко, В. В. Задорожний, Н. А. Малихіна, О. О. Мінко, Р. В. Лакинський, О. О. Васильєва, О. М. Юрченко, Б. О. Герасимов, Д. О. Герасимов

МЕЖІ ПРОБЛЕМНОГО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ З ПОГЛЯДУ ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ РЕСПОНДЕНТІВ І ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЦИХ МЕЖ¹

I. V. Linskiy, M. M. Khaustov, V. N. Kuzminov, O. I. Minko, H. M. Kozhyna, Ye. G. Grynevych, M. O. Ovcharenko, V. V. Chugunov, V. M. Postrelko, M. M. Denysenko, V. A. Plekhov, T. V. Tkachenko, V. V. Zadorozhnyi, N. A. Malykhina, O. O. Minko, R. V. Lakinskyi, O. O. Vasilyeva, O. M. Yurchenko, B. O. Herasymov, D. O. Herasymov

BORDERS OF PROBLEM ALCOHOL USE FROM THE POINT OF VIEW OF PRACTICALLY HEALTHY RESPONDENTS AND THE EPIDEMIOLOGICAL MEANING OF THESE BORDERS

Ключові слова: межі проблемного вживання алкоголю, погляд практично здорових осіб, епідеміологічне значення

Key words: borders of problematic alcohol use, point of view of practically healthy individuals, epidemiological significance

Первинна мета роботи — визначення меж проблемного вживання алкоголю з погляду практично здорових респондентів, а вторинна мета — визначення епідеміологічного значення цих меж.

В чотирьох регіонах України (Харківська, Луганська та Запорізька області, а також місто Київ) протягом 2018—2021 років обстежено 1742 особи, які належали до чотирьох груп порівняння: хворі на алкогольну залежність (АЗ) (393 особи); здорові родичі хворих на АЗ (274 особи); представники загальної популяції порівняного з представниками перших двох груп віку (334 особи) і студенти 3, 4 курсів медичних вишів (741 особа).

Основними інструментами дослідження були опитувальник міжнародного дослідницького консорціуму GENAHTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others), а також шкала для оцінки депресії Hamilton (HDRS) і тест для оцінки розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT). Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналіз) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Встановлено, що, з погляду обстежених респондентів, межею між практично здоровими особами і питущими є доза 3 000 грамів абсолютного алкоголю на рік, а межею між питущими і хворими на АЗ — 15 000 грамів абсолютного алкоголю на рік. Показано, що в групі обстежених здорових респондентів були 19,04 % осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості, серед них 16,06 % питущих (осіб з ризикованим або небезпечним рівнями вживання алкоголю) і 2,98 % хворих на АЗ. Екстраполяція частки осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості (19,04 %) серед обстежених респондентів на все довоєнне населення України (близько 42 млн осіб) дає підстави стверджувати, що загальна кількість таких людей в нашій країні може становити близько восьми мільйонів осіб.

The primary goal of the work is to determine the borders of problematic alcohol use from the point of view of apparently healthy respondents, and the secondary goal is to determine the epidemiological meaning of these borders.

In four regions of Ukraine (Kharkiv, Luhansk and Zaporizhzhia regions, as well as the city of Kyiv), 1742 people were examined during 2018—2021, who belonged to four comparison groups: patients with alcohol dependence (AD) (393 people); healthy relatives of AD patients (274 people); representatives of the general population comparable with the representatives of the first two age groups (334 people) and students of 3, 4 courses of medical universities (741 people).

The main research instruments were the questionnaire of the international research consortium GENAHTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others), as well as the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). The obtained data were processed by methods of mathematical statistics (variance and correlation analysis) on a computer using Excel 2016 computational tables (with the Data Analysis package).

It has been established that, from the point of view of the surveyed respondents, the border between practically healthy persons and drinkers is a dose of 3 000 grams of absolute alcohol per year, and the border between drinkers and patients with AD is 15 000 grams of absolute alcohol per year. It was shown that in the group of examined healthy respondents there were 19.04 % of persons with alcohol problems of varying severity, including 16.06 % of drinkers (persons with risky or dangerous levels of alcohol consumption) and 2.98 % of patients with AD. Extrapolation of the proportion of people with alcohol problems of varying severity (19.04 %) among the surveyed respondents to the entire pre-war population of Ukraine (about 42 million people) allows us to state that the total number of such people in our country is about eight million people.

¹ Перші шість частин дослідження опубліковано: Український вісник психоневрології. 2021: Т. 29, вип. 1 (106), вип. 2 (107), вип. 3 (108), вип. 4 (109); 2022: Т. 30, вип. 1 (110), вип. 2 (111).

© Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І., Кожина Г. М., Гриневич Є. Г., Овчаренко М. О., Чугунов В. В., Пострелко В. М., Денисенко М. М., Плехов В. А., Ткаченко Т. В., Задорожний В. В., Малихіна Н. А., Мінко О. О., Лакинський Р. В., Васильєва О. О., Юрченко О. М., Герасимов Б. О., Герасимов Д. О., 2023

Вживання алкоголю (ВА) супроводжується численними шкідливими наслідками як для самих його споживачів, так і для інших людей [1—3]. Ця «шкода для інших» (ШДІ) є дуже різноманітною: від дорожньо-транспортних пригод, спричинених п'яними водіями [4—6], до насильства у родинах [7; 8]. Встановлено, що збитки суспільства внаслідок ШДІ є майже вдвічі більшими, ніж збитки внаслідок шкоди для самих питущих [9]. Саме тому ВООЗ розглядає протидію ШДІ як невід'ємний складник ефективної алкогольної політики [10].

Глобальна проблема ШДІ потребує для її розв'язання широкої дослідницької кооперації. Така кооперація знайшла своє втілення, зокрема, в міжнародному консорціумі для реалізації проєкту GENANTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others — Гендер, Алкоголь та Шкода для Інших) [11]. 2018 року до участі у цьому консорціумі долучилась і Україна. Результати реалізації української частини проєкту GENANTO вже були висвітлені раніше в серії публікацій. Зокрема, були описані: масштаби ШДІ в українському суспільстві, її гендерні та вікові особливості [12]; прояви несприятливого впливу питущих на дорослих [13] та дітей [14]; на особливості афективного [15], алкогольного [16] статусів, а також на алкогольні уподобання та звички осіб в мікросоціальному оточенні питущих [17].

В усіх цих статтях широко використовувалось поняття «питущі», що охоплює людей, які мають ознаки згубного ВА (код F10.1 за МКХ-10) або алкогольної залежності (АЗ) (код F10.2 за МКХ-10). Однак, формування групи «питущих» в межах цього дослідження мало одну суттєву методологічну особливість. Річ в тому, що віднесення осіб до групи «питущих» було цілком покладено на респондентів, які не були фахівцями в сфері адиктології і які визначали межі згубного ВА або АЗ у своїх родичів і знайомих на власний розсуд. Жодних можливостей для безпосереднього обстеження згаданих «питущих» у дослідників не було. У зв'язку із цим постала проблема визначення складу групи «питущих» доступними в межах цього проєкту непрямими методами, що передбачало відбір відповідних критеріїв для такого визначення і порівняння групи «питущих» з іншими досліджуваними групами за цими критеріями. Зрозуміло, що група «питущих», про яку йдеться (за всіх згаданих методологічних обмежень), є певним відбиттям генеральної сукупності осіб зі згубним ВА та АЗ, і коректний аналіз цієї сукупності може стати джерелом важливих епідеміологічних висновків.

Саме тому первинною метою цього дослідження стало визначення меж проблемного вживання алкоголю з погляду практично здорових респондентів, а вторинною метою — визначення епідеміологічного значення цих меж.

Для реалізації українського фрагмента міжнародного проєкту GENANTO і досягнення згаданих вище цілей було створено власний консорціум дослідників, який об'єднав фахівців чотирьох регіонів нашої держави, а саме: Харківської, Луганської та Запорізької областей, а також міста Києва. Обстеження рес-

пондентів в згаданих регіонах тривало протягом 2018—2021 років.

Загалом було обстежено 1742 особи, які належали до чотирьох груп порівняння. I групу становили хворі на АЗ (393 особи, серед них — 359 чоловіків і 34 жінки); II групу — здорові родичі хворих на АЗ (274 особи, серед них — 98 чоловіків і 176 жінок); III групу (контрольну) — представники загальної популяції порівняного з представниками перших двох груп віку (334 особи, серед них — 120 чоловіків і 214 жінок) і IV групу — студенти 3, 4 курсів медичних вишів (741 особа, серед них — 227 чоловіків і 514 жінок).

Основним інструментом дослідження був опитувальник консорціуму GENANTO [11], що складається з двох частин, перша присвячена самому респонденту, а друга — оточенню респондента. До складу першої частини опитувальника увійшли п'ять розділів: *a* — соціально-демографічна характеристика респондента; *b* — характеристика алкоголізації респондента; *c* — стан здоров'я і стиль життя респондента; *d* — добробут і якість життя респондента та *e* — шкода для респондента від пияцтва оточення. До складу другої частини опитувальника увійшли сім розділів: *f* — близькі питущі у житті респондента; *g* — турбота респондента про близьких питущих; *h* — сімейно-демографічна характеристика близьких питущих; *i* — діти респондента; *j* — питущі співробітники респондента; *k* — питущі незнайомці респондента та *l* — пошук допомоги близьким питущим респондента.

Окрім опитувальника консорціуму GENANTO, в дослідженні використовували шкалу для оцінки депресії Hamilton (HDRS) [18], а також тест для оцінки розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT) [19]. Обстеження виконували треновані інтерв'юери методом «*face to face*» зазвичай протягом 1,5—2 годин, однократно, після отримання відповідної інформованої згоди від респондентів. З огляду на те, що ця стаття є однією із серії подібних публікацій, в ній буде висвітлено лише частину інформації, отриманої за допомогою згаданого вище інструментарію.

Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналіз [20; 21]) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Опитувальник GENANTO створив можливість для порівняльного аналізу власної можливості поведінки респондентів і алкогольної поведінки питущих в оточенні (ПВО) згаданих респондентів. Отже, відповідаючи на запитання розділу «*b*» («Типи алкоголізації»), респонденти говорили про себе, про власні алкогольні звички і уподобання, а відповідаючи на запитання розділу «*h*» («Демографічні дані про осіб, названих такими, що зловживають алкоголем») — про алкогольну поведінку ПВО.

Варто ще раз наголосити, що в останньому випадку право вирішувати — кого вважати питущим у власному оточенні, а кого — ні було віддано самим респондентам. Інакше кажучи, респонденти мали самі визначати де проходять межі проблемного вживання алкоголю. З огляду на те, що за допомогою опи-

тувальника GENANTO обстежено більше ніж півтори тисячі осіб, отримані дані можна вважати відбиттям суспільного консенсусу сучасних українців щодо меж проблемного вживання або, інакше кажучи, щодо зловживання алкоголем.

Як вже було сказано, в обстеженні брали участь респонденти чотирьох категорій, а саме хворі на алкогольну залежність, родичі хворих на АЗ, практично здорові респонденти порівняного з першими двома групами віку (контрольна група) і студенти. Оскільки представники кожної із цих чотирьох груп мали можливість висловитись і про себе, і про ПВО, в результаті дослідження отримано вісім масивів даних про алкогольну поведінку обстеженого контингенту (4 масиви про самих респондентів і ще 4 ; про ПВО). Запитання щодо алкогольних звичок (респондентів і ПВО відповідно) в розділах «b» і «h» опитувальника GENANTO не були тотожними. Однак вони дали змогу отримати цілком порівняну інформацію про чотири важливі характеристики алкогольної поведінки обстежених. Йдеться: про частоту вживання алкоголю (кількість «п'яних днів» (ПД) протягом певного періоду); про частоту «днів важкого пияцтва» (ДВП), протягом яких вживалось понад 6 стандартних доз алкоголю (СДА); середню дозу алкоголю протягом ПД і, нарешті, про річну дозу алкоголю (добуток кількості ПД протягом року і середньої дози алкоголю протягом ПД).

Розподіли представників обстеженого контингенту за цими характеристиками наведені далі

(табл. 1—5, рис. 1—3). Аналіз цих розподілів показав, що деякі з них є дуже схожими один на одного. Наприклад, не отримано достовірних відмінностей між розподілами самих хворих на АЗ, розподілами ПВО хворих на АЗ і розподілами ПВО родичів хворих на АЗ (рис. 1A(I); 1B(I); 2A(I); 2B(I)). І в цьому немає нічого дивного, бо в усіх трьох випадках мова йде саме про хворих на АЗ, оскільки ПВО хворих на АЗ, зазвичай, також є хворими на АЗ (а не просто питущими), ну а ПВО родичів хворих на АЗ є залежними від алкоголю за визначенням.

Аналогічно ПВО практично здорових респондентів контрольної групи і ПВО студентів були саме питущими, оскільки офіційної інформації про наявність у них АЗ не було, і достовірних відмінностей між розподілами цих двох груп також виявити не вдалося (див. рис. 1A(I); 1B(I); 2A(I); 2B(I)). Нарешті, не виявлено достовірних відмінностей між розподілами студентів, розподілами представників контрольної групи і розподілами родичів хворих на АЗ (рис. 1A(II); 1B(II); 2A(II); 2B(II)), оскільки члени всіх цих трьох груп за своїм алкогольним статусом (як типові представники загальної популяції) були, переважно, здоровими. В результаті були створені три об'єднані групи — «хворі на АЗ», «питущі», «здорові» (див. рис. 1A(II); 1B(II); 2A(II); 2B(II)), що дало змогу збільшити чисельність таких об'єднаних груп і, відповідно, зменшити вплив флуктуацій на результати подальшого аналізу.

Таблиця 1. Частоти, динаміка накопичення частот різних середніх доз алкоголю (ДА), що вживають протягом ПД в групах порівняння

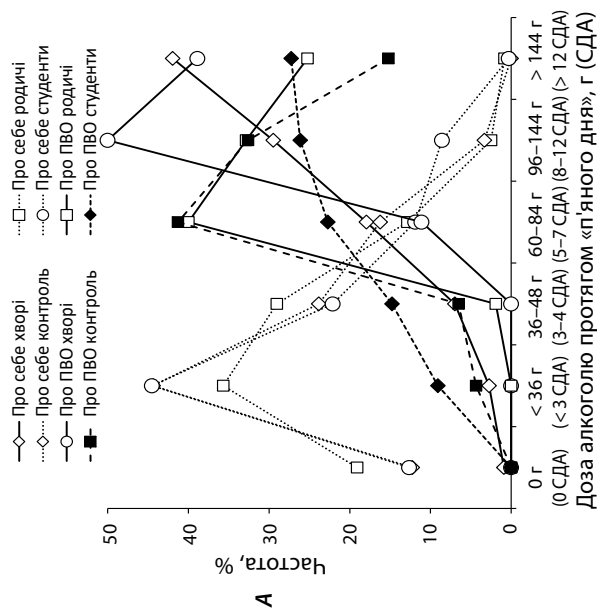
ДА, г	Частоти, особи			Частоти, %			Накопичені частоти, %			Різниця накопичених частот		
	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ — Питущі	Хворі на АЗ — Здорові	Питущі — Здорові
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0	3	0	167	0,51	0,00	13,82	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
1	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
3	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
6	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
9	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
12	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
15	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
18	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
21	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
24	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
27	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
30	8	10	509	1,35	7,46	42,14	1,95	7,46	55,96	5,52	54,01	48,50
33	1	0	7	0,17	0,00	0,58	2,12	7,46	56,54	5,35	54,42	49,08
36	2	0	36	0,34	0,00	2,98	2,45	7,46	59,52	5,01	57,07	52,06
39	2	0	6	0,34	0,00	0,50	2,79	7,46	60,02	4,67	57,23	52,55
42	10	0	99	1,69	0,00	8,20	4,48	7,46	68,21	2,99	63,74	60,75
45	2	0	5	0,34	0,00	0,41	4,81	7,46	68,63	2,65	63,81	61,16
48	5	16	20	0,84	11,94	1,66	5,66	19,40	70,28	13,75	64,62	50,88
51	0	0	10	0,00	0,00	0,83	5,66	19,40	71,11	13,75	65,45	51,71
54	4	0	102	0,67	0,00	8,44	6,33	19,40	79,55	13,07	73,22	60,15
57	2	0	11	0,34	0,00	0,91	6,67	19,40	80,46	12,73	73,80	61,06
60	1	0	5	0,17	0,00	0,41	6,84	19,40	80,88	12,57	74,04	61,47

Продовження табл. 1

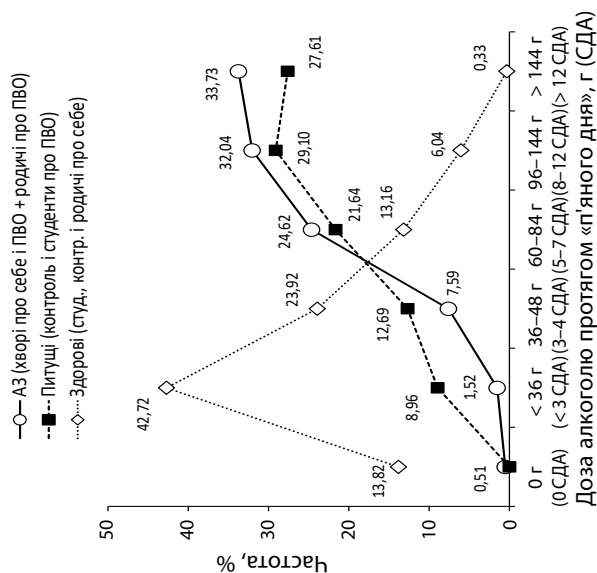
ДА, г	Частоти, особи			Частоти, %			Накопичені частоти, %			Різниці накопичених частот		
	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ — Питущі	Хворі на АЗ — Здорові	Питущі — Здорові
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
63	3	0	24	0,51	0,00	1,99	7,34	19,40	82,86	12,06	75,52	63,46
66	4	0	17	0,67	0,00	1,41	8,02	19,40	84,27	11,39	76,25	64,87
69	0	0	19	0,00	0,00	1,57	8,02	19,40	85,84	11,39	77,83	66,44
72	2	0	11	0,34	0,00	0,91	8,35	19,40	86,75	11,05	78,40	67,35
75	1	0	7	0,17	0,00	0,58	8,52	19,40	87,33	10,88	78,81	67,93
78	102	39	43	17,20	29,10	3,56	25,72	48,51	90,89	22,78	65,17	42,39
81	10	0	7	1,69	0,00	0,58	27,41	48,51	91,47	21,10	64,06	42,97
84	12	0	18	2,02	0,00	1,49	29,43	48,51	92,96	19,07	63,53	44,46
87	2	0	5	0,34	0,00	0,41	29,77	48,51	93,38	18,74	63,61	44,87
90	4	0	0	0,67	0,00	0,00	30,45	48,51	93,38	18,06	62,93	44,87
93	8	0	3	1,35	0,00	0,25	31,79	48,51	93,63	16,71	61,83	45,12
96	6	0	1	1,01	0,00	0,08	32,81	48,51	93,71	15,70	60,90	45,20
99	4	0	63	0,67	0,00	5,22	33,48	48,51	98,92	15,03	65,44	50,42
102	3	0	1	0,51	0,00	0,08	33,99	48,51	99,01	14,52	65,02	50,50
105	6	0	1	1,01	0,00	0,08	35,00	48,51	99,09	13,51	64,09	50,58
108	3	0	0	0,51	0,00	0,00	35,50	48,51	99,09	13,00	63,58	50,58
111	1	0	0	0,17	0,00	0,00	35,67	48,51	99,09	12,83	63,42	50,58
114	5	0	4	0,84	0,00	0,33	36,52	48,51	99,42	11,99	62,90	50,91
117	7	0	2	1,18	0,00	0,17	37,70	48,51	99,59	10,81	61,89	51,08
120	120	38	1	20,24	28,36	0,08	57,93	76,87	99,67	18,93	41,74	22,80
123	5	0	0	0,84	0,00	0,00	58,78	76,87	99,67	18,09	40,89	22,80
126	6	0	0	1,01	0,00	0,00	59,79	76,87	99,67	17,08	39,88	22,80
129	1	0	0	0,17	0,00	0,00	59,96	76,87	99,67	16,91	39,71	22,80
132	13	0	0	2,19	0,00	0,00	62,15	76,87	99,67	14,72	37,52	22,80
135	4	0	0	0,67	0,00	0,00	62,82	76,87	99,67	14,04	36,85	22,80
138	3	0	0	0,51	0,00	0,00	63,33	76,87	99,67	13,54	36,34	22,80
141	4	0	0	0,67	0,00	0,00	64,00	76,87	99,67	12,86	35,66	22,80
144	2	0	0	0,34	0,00	0,00	64,34	76,87	99,67	12,52	35,33	22,80
147	3	0	0	0,51	0,00	0,00	64,85	76,87	99,67	12,02	34,82	22,80
150	4	0	0	0,67	0,00	0,00	65,52	76,87	99,67	11,34	34,15	22,80
153	15	0	0	2,53	0,00	0,00	68,05	76,87	99,67	8,81	31,62	22,80
156	11	0	0	1,85	0,00	0,00	69,91	76,87	99,67	6,96	29,76	22,80
159	3	0	0	0,51	0,00	0,00	70,41	76,87	99,67	6,45	29,26	22,80
162	176	31	4	29,68	23,13	0,33	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Разом	593	134	1208	100,00	100,00	100,00						
Власне здорові в групі здорових						87,33						
Питущі в групі здорових						3,57						
Хворі на АЗ в групі здорових						9,10						

Примітки. Заливкою світло-сірого кольору виділені: максимальне значення відмінностей накопичених частот між здоровими і питущими, відповідна йому ДА протягом ПД і частка питущих в групі здорових. Заливкою темно-сірого кольору: максимальне значення відмінностей накопичених частот між питущими і хворими на АЗ, відповідна йому ДА протягом ПД і частка хворих на АЗ в групі здорових

Розподіли всіх груп (I)



Розподіли об'єднаних груп (II)



Апроксимації розподілів об'єднаних груп (III)

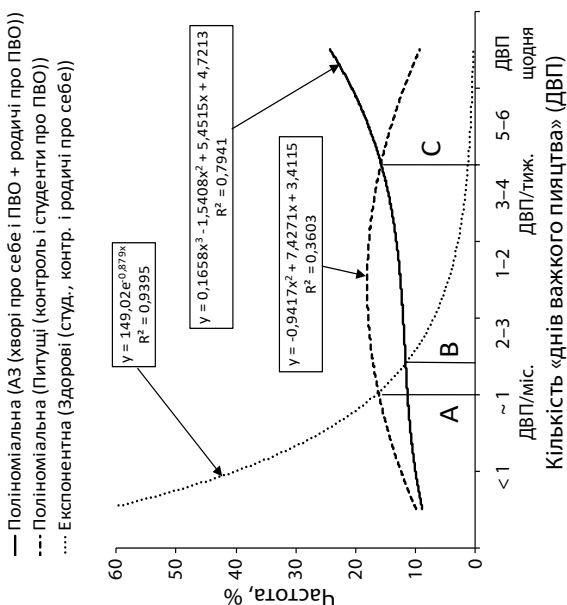
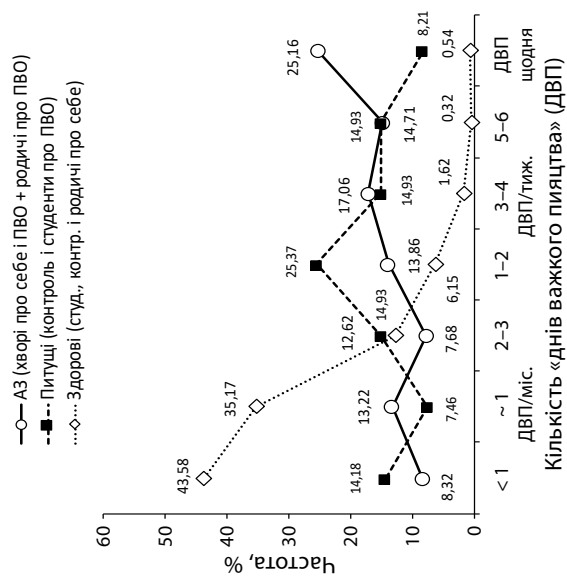
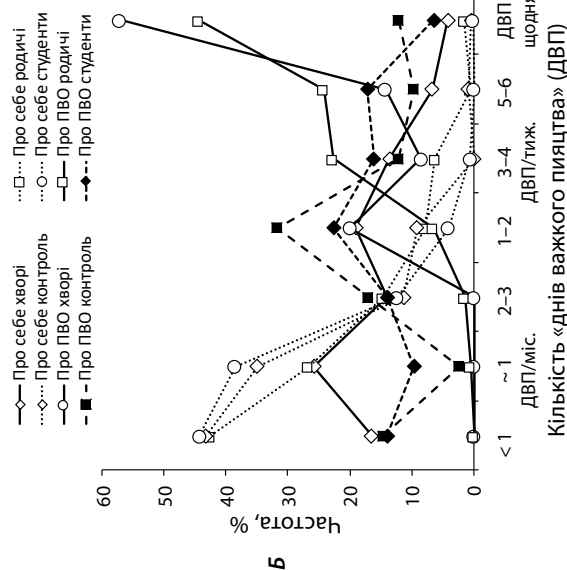
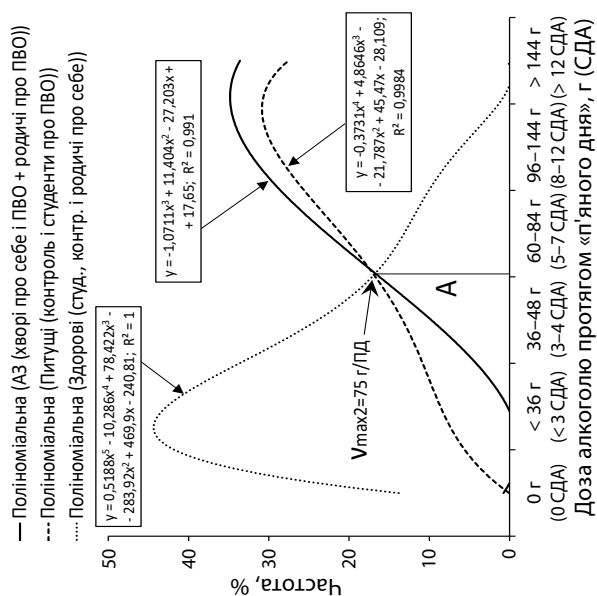


Рис. 1. Розподіли респондентів різних груп порівняння за ознакою середньої дози алкоголю протягом «п'яного дня» («А») і за ознакою кількості «днів важкого п'яцтва» («Б») і за ознакою кількості «днів важкого п'яцтва» (ДВП), коли вживається більше ніж 6 СДА («Б»)

Викладення отриманих результатів доцільно розпочати з аналізу розподілів респондентів за ознакою середніх доз алкоголю, що вони споживали протягом типових «п'яних днів» (див. рис. 1A(II); табл. 1). Як можна бачити (див. рис. 1A(II)), розподіли об'єднаної групи хворих на АЗ і об'єднаної групи питущих є майже тотожними один одному — чим більше середня доза алкоголю, тим частіше вона зустрічається. Це різко відрізняє обидві ці групи від групи здорових. Розподіл групи здорових починається з локального мінімуму, який відповідає строгим тверезникам з нульовим споживанням алкоголю (таких виявилось 13,82 % від загальної чисельності групи), потім сягає максимуму, який відповідає респондентам із споживанням відносно малих доз алкоголю (< 3 СДА, або < 36 г абсолютного етанолу) протягом ПД (таких виявилось 42,72 % від загальної чисельності групи), після чого швидко і неухильно зменшується (див. рис. 1A(III)). Звертає на себе увагу той факт, що і розподіл хворих на АЗ, і розподіл питущих перетинають розподіл здорових в межах діапазону 5—7 СДА, або 60—84 г абсолютного етанолу (АЕ).

Більш точний аналіз, виконаний за допомогою поліноміальних апроксимацій (див. рис. 1A(III)), а також за допомогою обчислення накопичених частот і визначення максимуму їхніх відмінностей за Колмогоровим — Смірновим (див. табл. 1), показав, що розподіл хворих на АЗ перетинає розподіл здорових в точці 75 грамів АЕ протягом ПД, що майже строго відповідає загальноприйнятому критерію «дня важкого п'яцтва» (коли споживають протягом ПД ≥ 6 СДА, або ≥ 72 грамів АЕ) [19], а розподіл питущих перетинає розподіл хворих на АЗ в точці 78 грамів АЕ протягом ПД.

Чому точки їх перетинів (і подібні до них точки перетинів в інших розподілах, які будуть розглянуті далі) такі важливі? Вони важливі тому, що це — природні межі, які відокремлюють, відповідно, здорових від питущих і питущих від хворих на АЗ (в цьому випадку — за критерієм середньої дози алкоголю протягом ПД). Окрім того, ці точки дають змогу встановити, яка частка респондентів в групі здорових насправді відповідає критеріям проблемного вживання алкоголю, а яка — критеріям АЗ.

До сказаного слід додати, що розподіли питущих і хворих на АЗ за ознакою середніх доз алкоголю, що вживають протягом ПД, є практично тотожними, оскільки достовірно не відрізняються один від одного ($p > 0,05$). Тому цей критерій не можна використовувати для відокремлення питущих від хворих на АЗ (що, як буде показано далі, цілком можливо в разі використання інших доступних критеріїв). З огляду на це можна сказати, що в групі обстежених здорових респондентів були 12,67 % осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості (формально: 3,57 % питущих і 9,10 % хворих на АЗ), тобто всі, хто вживав більше ніж 75 грамів АЕ протягом ПД (зона світло- і темно-сірого зафарблення в стовбці 7 табл. 1).

Як було показано (див. рис. 1A(II, III); табл. 1), межею між здоровими і особами з алкогольними проблемами різного ступеня важкості є споживання алкоголю протягом ПД на рівні 6 СДА і більше, що відповідає загальноприйнятому критерію «дня важкого п'яцтва». Тому наступним предметом аналізу стали розподіли респондентів за ознакою частоти згаданих ДВП (рис. 1B(II, III); табл. 2).

Таблиця 2. Частоти, динаміка накопичення частот різної кількості днів важкого п'яцтва та їх відмінності в групах порівняння

Частота ДВП	Частоти, особи			Частоти, %			Накопичені частоти, %			Різниця накопичених частот		
	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ — Питущі	Хворі на АЗ — Здорові	Питущі — Здорові
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
< 1 ДВП/міс.	39	19	404	8,32	14,18	43,58	8,32	14,18	43,58	5,86	35,27	29,40
~ 1 ДВП/міс.	62	10	326	13,22	7,46	35,17	21,54	21,64	78,75	0,11	57,21	57,11
2—3 ДВП/міс.	36	20	117	7,68	14,93	12,62	29,21	36,57	91,37	7,36	62,16	54,80
1—2 ДВП/тиж.	65	34	57	13,86	25,37	6,15	43,07	61,94	97,52	18,87	54,45	35,58
3—4 ДВП/тиж.	80	20	15	17,06	14,93	1,62	60,13	76,87	99,14	16,74	39,01	22,27
5—6 ДВП/тиж.	69	20	3	14,71	14,93	0,32	74,84	91,79	99,46	16,95	24,62	7,67
ДВП щодня	118	11	5	25,16	8,21	0,54	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Разом	469	134	927	100,00	100,00	100,00						
Власне здорові в групі здорових						78,75						
Питущі в групі здорових						18,77						
Хворі на АЗ в групі здорових						2,48						

Примітки. Заливкою світло-сірого кольору виділені: максимальне значення відмінностей накопичених частот між здоровими і питущими, відповідна йому кількість, ДВП на рік і частка питущих в групі здорових; заливкою темно-сірого кольору: максимальне значення відмінностей накопичених частот між питущими і хворими на АЗ, відповідна йому кількість, ДВП на рік і частка хворих на АЗ в групі здорових

Помітно, що (див. рис. 1Б(II)) розподіли об'єднаної групи хворих на АЗ і об'єднаної групи питущих також (як і в разі розподілів за ознакою середньої дози протягом ПД) є близьким один до одного. В кожному з них майже однаково представлені особи з різними частотами ДВП в усьому діапазоні їхніх значень. Єдиним винятком із цього правила є щоденне важке пияцтво, яке (див. табл. 2) очікувано частіше спостерігалось у хворих на АЗ, ніж у просто питущих (25,16 % і 8,21 % при $p < 0,001$).

На відміну від цього, графік розподілу осіб групи здорових мав монотонно спадний характер. Найбільшу частку (43,58 %) в ньому мали респонденти з найнижчою частотою ДВП (< 1 ДВП/міс.), а подальше збільшення частоти супроводжувалось швидким і неухильним зменшенням чисельності відповідних підгруп здорових респондентів (див. рис. 1Б(II)).

Аналіз, виконаний за допомогою поліноміальних апроксимацій (див. рис. 1Б(III)), а також за допомогою обчислення накопичених частот і визначення максимуму їхніх відмінностей за Колмогоровим — Смірновим (див. табл. 2), показав, що розподіл питущих перетинає розподіл здорових в діапазоні ~ 1 ДВП/міс., а розподіл хворих на АЗ перетинає розподіл питущих в діапазоні 1—2 ДВП/тиж.

Як вже було сказано, точки перетинів, про які йдеться, відокремлюють здорових респондентів від питущих і питущих від хворих на АЗ (в цьому випадку — за критерієм частоти ДВП). Окрім того, ці точки дають змогу встановити, яка частка респондентів в групі здорових насправді відповідає критеріям проблемного вживання алкоголю, а яка — критеріям АЗ. Отже, використання критерію частоти ДВП дає змогу стверджувати, що в групі обстежених здорових респондентів були 21,25 % осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості, серед них 18,77 % питущих і 2,48 % хворих на АЗ (зона світло- і темно-сірого зафарблення відповідно в стовбці 7 табл. 2).

Ще одним доступним предметом аналізу в межах цієї роботи були розподіли респондентів за ознакою частоти «п'яних днів» (табл. 3; рис. 2). Помітно, що розподіли об'єднаної групи хворих на АЗ і об'єднаної групи питущих, а також об'єднаної групи здорових за ознакою частоти ПД істотно відрізняються один від одного. Зокрема, розподіл об'єднаної групи хворих на АЗ монотонно зростає зі збільшенням частоти ПД і досягає свого максимуму (36,15 % від загальної чисельності групи) в точці, яка відповідає щоденному вживанню алкоголю.

Таблиця 3. Частоти, динаміка накопичення частот різної кількості п'яних днів та їх відмінності в групах порівняння

Кількість, ПД на рік	Частоти, особи			Частоти, %			Накопичені частоти, %			Різниця накопичених частот		
	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ — Питущі	Хворі на АЗ — Здорові	Питущі — Здорові
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0	3	0	167	0,59	0,00	13,82	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
6	5	7	268	0,98	3,98	22,19	1,58	3,98	36,01	2,40	34,43	32,03
12	2	9	67	0,39	5,11	5,55	1,97	9,09	41,56	7,12	39,58	32,47
18	3	0	33	0,59	0,00	2,73	2,56	9,09	44,29	6,53	41,73	35,20
24	7	0	275	1,38	0,00	22,76	3,94	9,09	67,05	5,15	63,12	57,96
30	14	37	63	2,75	21,02	5,22	6,69	30,11	72,27	23,43	65,58	42,15
36	2	0	15	0,39	0,00	1,24	7,08	30,11	73,51	23,03	66,43	43,40
42	0	0	8	0,00	0,00	0,66	7,08	30,11	74,17	23,03	67,09	44,06
48	0	0	12	0,00	0,00	0,99	7,08	30,11	75,17	23,03	68,08	45,05
54	1	0	14	0,20	0,00	1,16	7,28	30,11	76,32	22,84	69,05	46,21
60	0	0	7	0,00	0,00	0,58	7,28	30,11	76,90	22,84	69,63	46,79
66	0	0	0	0,00	0,00	0,00	7,28	30,11	76,90	22,84	69,63	46,79
72	1	0	5	0,20	0,00	0,41	7,47	30,11	77,32	22,64	69,84	47,20
78	22	36	94	4,32	20,45	7,78	11,80	50,57	85,10	38,77	73,30	34,53
84	5	0	21	0,98	0,00	1,74	12,78	50,57	86,84	37,79	74,06	36,27
90	1	0	7	0,20	0,00	0,58	12,97	50,57	87,42	37,59	74,44	36,85
96	2	0	19	0,39	0,00	1,57	13,37	50,57	88,99	37,20	75,62	38,42
102	4	0	6	0,79	0,00	0,50	14,15	50,57	89,49	36,41	75,33	38,92
108	3	0	15	0,59	0,00	1,24	14,74	50,57	90,73	35,83	75,99	40,16
114	0	0	6	0,00	0,00	0,50	14,74	50,57	91,23	35,83	76,48	40,66
120	0	0	0	0,00	0,00	0,00	14,74	50,57	91,23	35,83	76,48	40,66
126	0	0	3	0,00	0,00	0,25	14,74	50,57	91,47	35,83	76,73	40,91
132	3	0	3	0,59	0,00	0,25	15,33	50,57	91,72	35,24	76,39	41,15
138	0	0	0	0,00	0,00	0,00	15,33	50,57	91,72	35,24	76,39	41,15

Кількість, ПД на рік	Частоти, особи			Частоти, %			Накопичені частоти, %			Різниці накопичених частот		
	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ — Питущі	Хворі на АЗ — Здорові	Питущі — Здорові
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
144	0	0	0	0,00	0,00	0,00	15,33	50,57	91,72	35,24	76,39	41,15
150	1	0	2	0,20	0,00	0,17	15,53	50,57	91,89	35,04	76,36	41,32
156	3	0	1	0,59	0,00	0,08	16,12	50,57	91,97	34,45	75,85	41,40
162	1	0	5	0,20	0,00	0,41	16,31	50,57	92,38	34,25	76,07	41,82
168	0	0	3	0,00	0,00	0,25	16,31	50,57	92,63	34,25	76,32	42,06
174	0	0	0	0,00	0,00	0,00	16,31	50,57	92,63	34,25	76,32	42,06
180	0	0	0	0,00	0,00	0,00	16,31	50,57	92,63	34,25	76,32	42,06
186	79	37	34	15,52	21,02	2,81	31,84	71,59	95,45	39,76	63,61	23,86
192	1	0	4	0,20	0,00	0,33	32,03	71,59	95,78	39,56	63,75	24,19
198	3	0	1	0,59	0,00	0,08	32,62	71,59	95,86	38,97	63,24	24,27
204	11	0	1	2,16	0,00	0,08	34,78	71,59	95,94	36,81	61,16	24,35
210	7	0	1	1,38	0,00	0,08	36,16	71,59	96,03	35,43	59,87	24,44
216	0	0	6	0,00	0,00	0,50	36,16	71,59	96,52	35,43	60,37	24,93
222	4	0	0	0,79	0,00	0,00	36,94	71,59	96,52	34,65	59,58	24,93
228	0	0	0	0,00	0,00	0,00	36,94	71,59	96,52	34,65	59,58	24,93
234	2	0	1	0,39	0,00	0,08	37,34	71,59	96,61	34,25	59,27	25,02
240	10	0	1	1,96	0,00	0,08	39,30	71,59	96,69	32,29	57,39	25,10
246	0	0	0	0,00	0,00	0,00	39,30	71,59	96,69	32,29	57,39	25,10
252	0	0	0	0,00	0,00	0,00	39,30	71,59	96,69	32,29	57,39	25,10
258	3	0	4	0,59	0,00	0,33	39,89	71,59	97,02	31,70	57,13	25,43
264	3	0	0	0,59	0,00	0,00	40,48	71,59	97,02	31,11	56,54	25,43
270	3	0	3	0,59	0,00	0,25	41,07	71,59	97,27	30,52	56,20	25,68
276	4	0	0	0,79	0,00	0,00	41,85	71,59	97,27	29,74	55,41	25,68
282	0	0	0	0,00	0,00	0,00	41,85	71,59	97,27	29,74	55,41	25,68
288	106	32	9	20,83	18,18	0,75	62,68	89,77	98,01	27,09	35,33	8,24
294	4	0	1	0,79	0,00	0,08	63,47	89,77	98,10	26,31	34,63	8,32
300	0	0	1	0,00	0,00	0,08	63,47	89,77	98,18	26,31	34,71	8,41
306	0	0	0	0,00	0,00	0,00	63,47	89,77	98,18	26,31	34,71	8,41
312	2	0	8	0,39	0,00	0,66	63,86	89,77	98,84	25,91	34,98	9,07
318	0	0	0	0,00	0,00	0,00	63,86	89,77	98,84	25,91	34,98	9,07
324	0	0	0	0,00	0,00	0,00	63,86	89,77	98,84	25,91	34,98	9,07
330	0	0	0	0,00	0,00	0,00	63,86	89,77	98,84	25,91	34,98	9,07
336	0	0	0	0,00	0,00	0,00	63,86	89,77	98,84	25,91	34,98	9,07
342	0	0	1	0,00	0,00	0,08	63,86	89,77	98,92	25,91	35,06	9,15
348	0	0	0	0,00	0,00	0,00	63,86	89,77	98,92	25,91	35,06	9,15
354	0	0	0	0,00	0,00	0,00	63,86	89,77	98,92	25,91	35,06	9,15
360	0	0	0	0,00	0,00	0,00	63,86	89,77	98,92	25,91	35,06	9,15
366	184	18	13	36,15	10,23	1,08	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Разом	509	176	1208	100,00	100,00	100,00						
Власне здорові в групі здорових						67,06						
Питущі в групі здорових						28,39						
Хворі на АЗ в групі здорових						4,55						

Примітки: — заливкою світло-сірого кольору виділені: максимальне значення відмінностей накопичених частот між здоровими і питущими, відповідна йому кількість ПД на рік і частка питущих в групі здорових; заливкою темно-сірого кольору: максимальне значення відмінностей накопичених частот між питущими і хворими на АЗ, відповідна йому кількість ПД на рік і частка хворих на АЗ в групі здорових

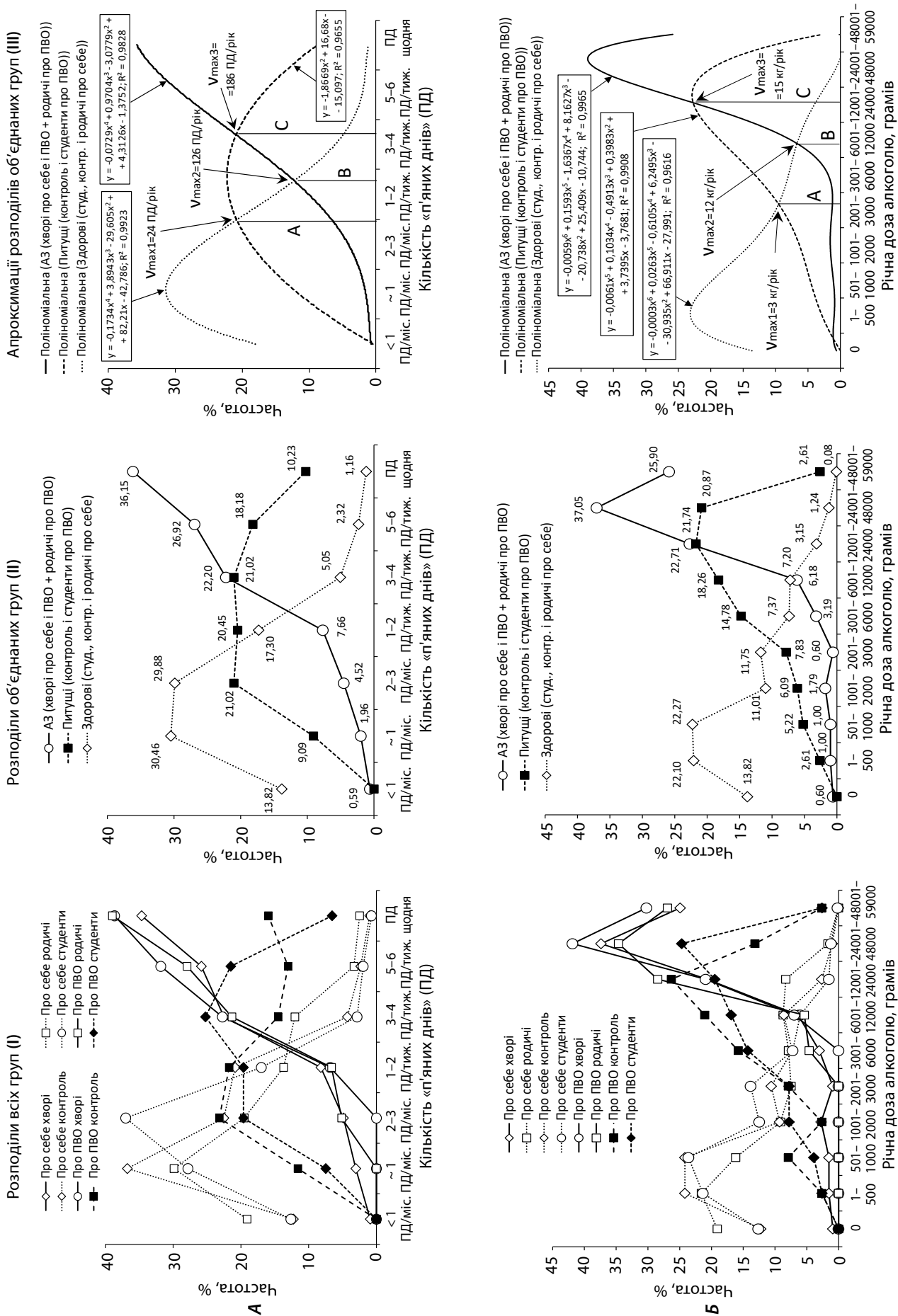


Рис. 2. Розподіли респондентів різних груп порівняння за ознакою кількості «п'яних днів» («А») і за ознакою річної дози алкоголю («Б»)

На відміну від цього, розподіл об'єднаної групи здорових має максимум у діапазоні помірно частого вживання — від ~ 1 ПД/міс. до 2—3 ПД/міс. (30,46 % і 28,88 % від загальної чисельності групи відповідно), а потім неухильно зменшується.

Нарешті розподіл об'єднаної групи питущих цілком очікувано займає проміжне становище між описаними вище розподілами з характерними максимумами (20,45—21,02 % від загальної чисельності групи) в середніх діапазонах: від 2—3 ПД/міс. до 3—4 ПД/тиж., внаслідок чого має форму майже симетричного куполу (див. рис. 2A(II, III)).

Ретельний аналіз, виконаний за допомогою поліноміальних апроксимацій (див. рис. 2A(III)), а також за допомогою обчислення накопичених частот і визначення максимуму їхніх відмінностей за Колмогоровим — Смірновим (див. табл. 3), показав, що розподіл питущих перетинає розподіл здорових в точці 24 ПД/рік (що належить діапазону 2—3 ПД/міс.), а розподіл хворих на АЗ перетинає розподіл питущих в точці 186 ПД/рік (що належить

діапазону 3—4 ПД/тиж.). Той факт, що точки перетинів, про які йдеться, відокремлюють здорових респондентів від питущих і питущих від хворих на АЗ (в цьому випадку — за критерієм частоти ПД), дає змогу встановити, яка частка респондентів в групі здорових насправді відповідає критеріям проблемного вживання алкоголю, а яка — критеріям АЗ. Отже, використання критерію частоти ПД дає змогу стверджувати, що в групі обстежених здорових респондентів були 28,39 % питущих і 4,55 % хворих на АЗ (зона світло- і темно-сірого зафарблення відповідно в стовбці 7 табл. 3).

Наявність інформації про середні дози алкоголю, що споживаються протягом ПД (див. рис. 1A; табл. 1), а також про частоти цих самих ПД (рис. 2A; табл. 3), дає змогу обчислити інтегральний показник алкогольної поведінки — річна доза алкоголю (добуток кількості ПД протягом року і середньої дози алкоголю протягом ПД). Розподіл обстежених респондентів за цим показником наведено на рис. 2Б, а також у табл. 4.

Таблиця 4. Частоти, динаміка накопичення частот різних річних доз алкоголю (ДА) та їх відмінності в групах порівняння

Річна ДА, г/рік	Частоти, особи			Частоти, %			Накопичені частоти, %			Різниця накопич. частот		
	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ — Питущі	Хворі на АЗ — Здорові	Питущі — Здорові
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0	3	0	167	0,60	0,00	13,82	0,60	0,00	13,82	-0,60	13,23	13,82
500	5	3	267	1,00	2,61	22,10	1,59	2,61	35,93	1,02	34,33	33,32
1000	5	6	269	1,00	5,22	22,27	2,59	7,83	58,20	5,24	55,61	50,37
2000	9	7	133	1,79	6,09	11,01	4,38	13,91	69,21	9,53	64,82	55,29
3000	3	9	142	0,60	7,83	11,75	4,98	21,74	80,96	16,76	75,98	59,22
4000	12	9	39	2,39	7,83	3,23	7,37	29,57	84,19	22,19	76,82	54,62
5000	2	6	22	0,40	5,22	1,82	7,77	34,78	86,01	27,01	78,24	51,23
6000	2	2	28	0,40	1,74	2,32	8,17	36,52	88,33	28,35	80,16	51,81
7000	8	8	18	1,59	6,96	1,49	9,76	43,48	89,82	33,72	80,06	46,34
8000	3	0	14	0,60	0,00	1,16	10,36	43,48	90,98	33,12	80,62	47,50
9000	3	3	12	0,60	2,61	0,99	10,96	46,09	91,97	35,13	81,01	45,88
10000	11	10	28	2,19	8,70	2,32	13,15	54,78	94,29	41,64	81,14	39,51
11000	6	0	14	1,20	0,00	1,16	14,34	54,78	95,45	40,44	81,10	40,66
12000	0	0	1	0,00	0,00	0,08	14,34	54,78	95,53	40,44	81,19	40,75
13000	11	2	10	2,19	1,74	0,83	16,53	56,52	96,36	39,99	79,82	39,84
14000	4	2	1	0,80	1,74	0,08	17,33	58,26	96,44	40,93	79,11	38,18
15000	19	7	7	3,78	6,09	0,58	21,12	64,35	97,02	43,23	75,90	32,67
16000	4	0	7	0,80	0,00	0,58	21,91	64,35	97,60	42,44	75,69	33,25
17000	1	0	0	0,20	0,00	0,00	22,11	64,35	97,60	42,24	75,49	33,25
18000	7	1	3	1,39	0,87	0,25	23,51	65,22	97,85	41,71	74,34	32,63
19000	9	0	3	1,79	0,00	0,25	25,30	65,22	98,10	39,92	72,80	32,88
20000	1	0	0	0,20	0,00	0,00	25,50	65,22	98,10	39,72	72,60	32,88
21000	3	0	3	0,60	0,00	0,25	26,10	65,22	98,34	39,12	72,25	33,13
22000	24	5	3	4,78	4,35	0,25	30,88	69,57	98,59	38,69	67,72	29,03
23000	22	8	1	4,38	6,96	0,08	35,26	76,52	98,68	41,26	63,42	22,15

Річна ДА, г/рік	Частоти, особи			Частоти, %			Накопичені частоти, %			Різниці накопич. частот		
	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ	Питущі	Здорові	Хворі на АЗ — Питущі	Хворі на АЗ — Здорові	Питущі — Здорові
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
24000	9	0	0	1,79	0,00	0,00	37,05	76,52	98,68	39,47	61,62	22,15
25000	6	0	1	1,20	0,00	0,08	38,25	76,52	98,76	38,27	60,51	22,24
26000	8	0	0	1,59	0,00	0,00	39,84	76,52	98,76	36,68	58,92	22,24
27000	0	0	0	0,00	0,00	0,00	39,84	76,52	98,76	36,68	58,92	22,24
28000	4	0	0	0,80	0,00	0,00	40,64	76,52	98,76	35,88	58,12	22,24
29000	11	2	1	2,19	1,74	0,08	42,83	78,26	98,84	35,43	56,01	20,58
30000	27	10	3	5,38	8,70	0,25	48,21	86,96	99,09	38,75	50,88	12,13
31000	10	0	5	1,99	0,00	0,41	50,20	86,96	99,50	36,76	49,30	12,55
32000	1	0	1	0,20	0,00	0,08	50,40	86,96	99,59	36,56	49,19	12,63
33000	2	0	0	0,40	0,00	0,00	50,80	86,96	99,59	36,16	48,79	12,63
34000	2	0	1	0,40	0,00	0,08	51,20	86,96	99,67	35,76	48,47	12,71
35000	34	4	0	6,77	3,48	0,00	57,97	90,43	99,67	32,47	41,70	9,23
36000	2	0	0	0,40	0,00	0,00	58,37	90,43	99,67	32,07	41,30	9,23
37000	1	0	1	0,20	0,00	0,08	58,57	90,43	99,75	31,87	41,19	9,32
38000	8	0	0	1,59	0,00	0,00	60,16	90,43	99,75	30,28	39,59	9,32
39000	7	0	0	1,39	0,00	0,00	61,55	90,43	99,75	28,88	38,20	9,32
40000	4	0	0	0,80	0,00	0,00	62,35	90,43	99,75	28,08	37,40	9,32
41000	1	0	0	0,20	0,00	0,00	62,55	90,43	99,75	27,88	37,20	9,32
42000	2	0	0	0,40	0,00	0,00	62,95	90,43	99,75	27,49	36,80	9,32
43000	4	0	1	0,80	0,00	0,08	63,75	90,43	99,83	26,69	36,09	9,40
44000	17	4	0	3,39	3,48	0,00	67,13	93,91	99,83	26,78	32,70	5,92
45000	0	0	0	0,00	0,00	0,00	67,13	93,91	99,83	26,78	32,70	5,92
46000	35	4	1	6,97	3,48	0,08	74,10	97,39	99,92	23,29	25,81	2,53
47000	0	0	0	0,00	0,00	0,00	74,10	97,39	99,92	23,29	25,81	2,53
48000	0	0	0	0,00	0,00	0,00	74,10	97,39	99,92	23,29	25,81	2,53
49000	0	0	0	0,00	0,00	0,00	74,10	97,39	99,92	23,29	25,81	2,53
50000	1	0	0	0,20	0,00	0,00	74,30	97,39	99,92	23,09	25,61	2,53
51000	3	0	0	0,60	0,00	0,00	74,90	97,39	99,92	22,49	25,02	2,53
52000	2	0	0	0,40	0,00	0,00	75,30	97,39	99,92	22,09	24,62	2,53
53000	0	0	0	0,00	0,00	0,00	75,30	97,39	99,92	22,09	24,62	2,53
54000	1	0	0	0,20	0,00	0,00	75,50	97,39	99,92	21,89	24,42	2,53
55000	5	0	0	1,00	0,00	0,00	76,49	97,39	99,92	20,90	23,42	2,53
56000	3	0	0	0,60	0,00	0,00	77,09	97,39	99,92	20,30	22,83	2,53
57000	11	0	0	2,19	0,00	0,00	79,28	97,39	99,92	18,11	20,63	2,53
58000	2	0	0	0,40	0,00	0,00	79,68	97,39	99,92	17,71	20,24	2,53
59000	102	3	1	20,32	2,61	0,08	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Разом	502	115	1208	100,00	100,00	100,00						
Здорові				4,99	21,74	80,96						
Питущі				16,11	42,61	16,06						
Хворі на АЗ				78,90	35,65	2,98						

Примітки. Заливкою світло-сірого кольору виділені: максимальне значення відмінностей накопичених частот між здоровими і питущими, відповідна йому річна доза алкоголю і частка питущих в групі здорових; заливкою темно-сірого кольору: максимальне значення відмінностей накопичених частот між питущими і хворими на АЗ, відповідна йому річна доза алкоголю і частка хворих на АЗ в групі здорових

Як і в разі відповідних розподілів за ознакою ПД, розподіли об'єднаних груп хворих на АЗ, питущих, а також здорових за ознакою річної долі алкоголю істотно відрізняються один від одного. Зокрема, розподіл об'єднаної групи хворих на АЗ монотонно зростає, починаючи з діапазону 2 001—3 000 г/рік зі збільшенням річної дози і досягає свого максимуму (37,05 % від загальної чисельності групи) в діапазоні 24 001—48 000 г/рік, після чого зменшується (до 25,90 %) в останньому діапазоні (> 48 001 г/рік).

На відміну від цього, розподіл об'єднаної групи здорових має максимум (22,10 % і 22,27 % від загальної чисельності групи) у діапазонах помірних річних доз алкоголю (від 1—500 г/рік до 501—1000 г/рік відповідно), а потім неухильно зменшується.

Нарешті розподіл об'єднаної групи питущих цілком очікувано займає проміжне становище між описаними вище розподілами з максимумом (22,71 % від загальної чисельності групи) в діапазоні 12 001—24 000 г/рік, що наближає його за формою до відповідного розподілу хворих на АЗ (див. рис. 2Б(II, III)).

Ретельний аналіз, виконаний за допомогою поліноміальних апроксимацій (див. рис. 2Б(III)), а також за допомогою обчислення накопичених частот і визначення максимуму їхніх відмінностей за Колмогоровим — Смірновим (див. табл. 4), показав, що розподіл питущих перетинає розподіл здорових в точці 3 000 г/рік, а розподіл хворих на АЗ перетинає розподіл питущих в точці 15 000 г/рік.

Той факт, що точки перетинів, про які йдеться, відокремлюють здорових респондентів від питущих і питущих від хворих на АЗ (в цьому випадку — за критерієм річної дози алкоголю), дає змогу встановити, яка частка респондентів в групі здорових насправді відповідає критеріям проблемного вживання алкоголю, а яка — критеріям АЗ. Отже, використання критерію річної дози алкоголю дає змогу стверджувати, що в групі обстежених здорових респондентів були 19,04 % осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості, серед них 16,06 % питущих і 2,98 % хворих на АЗ (зона світло-і темно-сірого зафарблення відповідно в стовбці 7 табл. 4).

Екстраполяція частки осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості (19,04 %) на все довоєнне населення України (близько 42 млн осіб) дає змогу стверджувати, що загальна кількість таких людей в нашій країні може становити близько 8 мільйонів осіб.

Описаними вище дослідженнями було показано, що використання різних критеріїв оцінки алкогольної поведінки закономірно призводить до різних оцінок частки осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості в групі здорових. Це добре ілюструє зведена таблиця 5, складена із даних, узятих із трьох нижніх рядків таблиць 1—4. Постає питання — який із критеріїв найкраще описує реальний алкогольний статус обстежених респондентів?

Таблиця 5. Частка респондентів з різним рівнем алкогольних проблем, визначених за різними критеріями, в групі здорових

Категорії респондентів в групі здорових	Частка підгруп, визначених за різними критеріями, %				
	AUDIT	Середні ДА	Кількість ПД	Кількість ДВП	Річна ДА
Власне здорові в групі здорових (відносно безпечне ВА (0—7 балів AUDIT))	80,78	87,33	67,06	78,75	80,96
Питущі в групі здорових (ризиковане + небезпечне ВА (8—19 балів AUDIT))	16,97	3,57	28,39	18,77	16,06
Хворі на АЗ в групі здорових (вірогідна АЗ (≥ 20 балів AUDIT))	2,25	9,10	4,55	2,48	2,98
Разом	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Кореляція з AUDIT (r_{xy})	—	0,9722	0,9780	0,9996	0,9998

Для відповіді на це запитання слід порівняти результати, отримані за допомогою цих критеріїв, з результатами певного методу визначення рівня алкогольних проблем, який можна вважати «золотим стандартом». Таким стандартом цілком слушно вважається тест AUDIT, результати застосування якого в обстеженій популяції ми описували раніше [16]. Як можна бачити (див. табл. 5), найкращу відповідність розподілу, отриманому за допомогою тесту AUDIT, демонструють розподіли, отримані за допомогою критеріїв «кількість ДВП» ($r_{xy} = 0,9996$) і, особливо, «річна ДА» ($r_{xy} = 0,9998$).

Оскільки тест AUDIT було неможливо застосувати у питущих в оточенні опитаних респондентів, для оцінки структури ПВО (з погляду їхнього справжнього алкогольного статусу) було викорис-

тано саме критерій «річна ДА» (рис. 3(II), табл. 4). Отже, використання критерію річної ДА дає змогу стверджувати, що в групі питущих були 21,74 % осіб з рівнем вживання алкоголю, притаманним здоровим; 42,61 % з ризикованим і небезпечним рівнями вживання алкоголю, а також 35,65 % хворих на АЗ (зони білого, світло- і темно-сірого зафарблення відповідно в стовбці 6 табл. 4).

Аналогічно, використання критерію річної ДА для аналізу структури групи хворих на АЗ дало змогу встановити, що лише 78,90 % членів цієї групи дійсно мають АЗ, тоді як 16,11 % можуть бути кваліфіковані тільки як особи з ризикованим або небезпечним рівнями вживання алкоголю, а ще 4,99 % — як практично здорові (див. рис. 3(III), табл. 4).

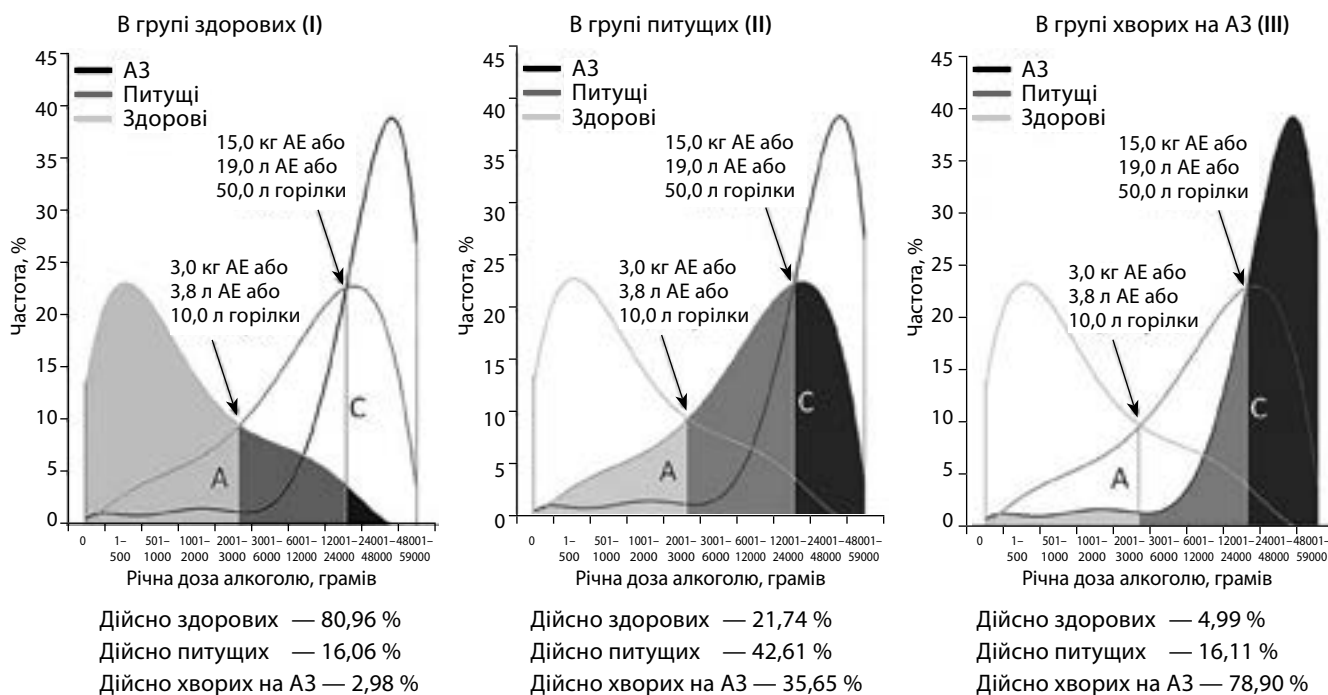


Рис. 3. Розподіли респондентів різних груп порівняння за ознакою річної дози алкоголю і частка дійсно здорових, дійсно п'ючих і дійсно хворих на АЗ в кожній з них

Ретельний ретроспективний аналіз причин госпіталізації, а також поточних ознак АЗ у членів цієї групи, підтвердив ці висновки. Було з'ясовано, що приблизно кожний п'ятий пацієнт на момент госпіталізації (а часто — і протягом останніх 12 місяців) не мав ознак активної АЗ. Проте, така залежність зазвичай була у відносно недалекому (рік або трохи більше) минулому. До того ж справжньою причиною госпіталізації в цих випадках виявлялись або недавній зрив (рецидив алкоголізації), або обґрунтовані побоювання такого зриву.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. Вивчено розподіли обстежених респондентів різних категорій за критеріями середньої дози алкоголю (ДА) протягом «п'яного дня», кількості «днів важкого п'яцтва», кількості п'яних днів і річної дози алкоголю.

2. Доведено, що найкращу відповідність розподілу респондентів за результатами тесту AUDIT («золотий стандарт» в діагностиці розладів внаслідок вживання алкоголю) демонструють розподіли, отримані за допомогою критеріїв «кількість днів важкого п'яцтва» ($r_{xy} = 0,9996$) і, особливо, «річна ДА» ($r_{xy} = 0,9998$).

3. Показано, що, з погляду обстежених респондентів, межею між практично здоровими особами і п'ючими є річна ДА — 3 000 грамів абсолютного алкоголю, а межею між п'ючими і хворими на АЗ — 15 000 грамів абсолютного алкоголю.

4. За допомогою критерію «річна ДА» показано, що в групі обстежених здорових респондентів були 19,04 % осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості, серед них 16,06 % п'ючих (осіб

з ризикованим або небезпечним рівнями вживання алкоголю) і 2,98 % хворих на АЗ.

5. Екстраполяція частки осіб з алкогольними проблемами різного ступеня важкості (19,04 %) серед обстежених респондентів на все довоєнне населення України (близько 42 млн осіб) дає змогу стверджувати, що загальна кількість таких людей в нашій країні може становити близько восьми мільйонів осіб.

6. За допомогою того ж критерію «річна ДА» показано, що в групі п'ючих були 21,74 % осіб з рівнем вживання алкоголю, притаманним здоровим; 42,61 % — з ризикованим і небезпечним рівнями вживання алкоголю, а також 35,65 % хворих на АЗ.

7. Використання критерію річної ДА для аналізу структури групи хворих на АЗ дало змогу встановити, що лише 78,90 % членів цієї групи дійсно мають АЗ, тоді як 16,11 % можуть бути кваліфіковані тільки як особи з ризикованим або небезпечним рівнями вживання алкоголю, а ще 4,99 % — як практично здорові.

8. Ретельний аналіз обставин госпіталізації осіб з формальним діагнозом АЗ (код F10.2 за МКХ-10) підтвердив висновок про те, що кожний п'ятий пацієнт на момент госпіталізації (а часто — і протягом останніх 12 місяців) не мав ознак активної АЗ, а справжньою причиною звернення по стаціонарну медичну допомогу в цих випадках були або недавній зрив (рецидив алкоголізації), або обґрунтовані побоювання такого зриву, що слід вважати вагомою підставою для перегляду поточної практики надання медичної допомоги хворим з розладами внаслідок вживання алкоголю.

(Далі буде)

Список літератури

1. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia / Laslett A-M., Room R, Ferris J. [et al.] // *Addiction*. 2011. 106 (9), 1603—11. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x.
2. Connor J. Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge / Connor J., Casswell S. // *The New Zealand Medical Journal*. 2012. 125 (1360), 11—27. PMID: 22932651.
3. Dussaillant F. Alcohol's harm to others' well-being and health: a comparison between Chile and Australia / Dussaillant F., Fernandez M. // *Alcohol and Alcoholism*. 2015, 50 (3), 346—51. DOI: 10.1093/alcalc/aggv002.
4. Temporal Patterns of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Road Accidents in Young Swiss Men: Seasonal, Weekday and Public Holiday Effects / Foster S.; Gmel, G.; Estévez, N.; [et al.] // *Alcohol and Alcoholism*. 2015. 50 (5), 565—72. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv037>.
5. Ferris J. Alcohol-related serious road traffic injuries between 2000 and 2010: A new perspective to deal with administrative data in Australia / J. Ferris, J. Killian, B. Lloyd // *The International Journal of Drug Policy*. 2017, 43, 104—112. DOI: 10.1016/j.drugpo.2017.02.015.
6. Alcohol and drugs use among drivers injured in road accidents in Campania (Italy): A 8-years retrospective analysis / Carfora A, Campobasso CP, Cassandro P. [et al.] // *Forensic Science International*. 2018, 288, 291—296.
7. The Dynamics of Partner Violence and Alcohol Use in Couples: Research Methods / Burge S. K., Katerndahl DA, Becho J. [et al.] // *Violence and Victims*. 2019, 34 (1), 136—156. DOI: 10.1891/0886-6708.34.1.136.
8. Alcohol Use and Intimate Partner Violence Among Community College Women: An Exploration of Protective Factors / [Gomez J., Orchowski L., Pearlman D. N., Zlotnick C.] // *Violence and Gender*. 2019, 6 (3), 187—195. DOI: 10.1089/vio.2018.0023.
9. Nutt D. J. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis / D. J. Nutt, L. A. King, L. D. Phillips; Independent Scientific Committee on Drugs // *Lancet*. 2010, 376 (9752), 1558—65. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
10. WHO, 2010. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010. 31 May 2010. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>.
11. Wilsnack, S. C. The GENAHTO Project (Gender and Alcohol's Harm to Others): Design and methods for a multinational study of alcohol's harm to persons other than the drinker / S. C. Wilsnack, T. K. Greenfield, K. Bloomfield // *The International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2018, 7 (2), 37—47. DOI: 10.7895/ijadr.253.
12. Питущі особи в мікросоціальному оточенні мешканців України. Вікові та гендерні особливості / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 1 (106). С. 4—11. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-1>.
13. Прояви несприятливого впливу питущих на дорослих в мікросоціальному оточенні / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 2 (107). С. 5—13. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-1>.
14. Особливості несприятливого впливу питущих на дітей в мікросоціальному оточенні / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 3 (108). С. 5—11. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is3-2021-1>.
15. Вплив питущих на афективний статус представників їхнього мікросоціального оточення / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 4 (109). С. 8—18. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-1>.
16. Вплив питущих на алкогольний статус представників їхнього мікросоціального оточення / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, вип. 1 (110). С. 5—15. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-1>.
17. Вплив питущих на алкогольний статус представників їхнього мікросоціального оточення / Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмінов В. Н. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, вип. 2 (111). С. 4—17. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-1>.
18. Hamilton M. A rating scale for depression // *The Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1960, 23 (1), 56—62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.
19. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II / Saunders, J. B., Aasland O. G., Babor T. F. [et al.]. // *Addiction*. 1993, 88, 791—804. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.
20. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. Москва : Медицина, 1978. 294 с.
21. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. Киев : Моріон, 2000. 320 с.

References

1. Laslett AM, Room R, Ferris J, Wilkinson C, Livingston M, Mugavin J. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*. 2011 Sep;106(9):1603-11. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x.
2. Connor J, Casswell S. Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. *The New Zealand Medical Journal*. 2012 Aug 24;125(1360):11-27. PMID: 22932651.
3. Dussaillant F, Fernandez M. Alcohol's harm to others' well-being and health: a comparison between Chile and Australia. *Alcohol Alcohol*. 2015 May;50(3):346-51. doi: 10.1093/alcalc/aggv002.
4. Simon Foster, Gerhard Gmel, Natalia Estévez, Caroline Bähler, Meichun Mohler-Kuo, Temporal Patterns of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Road Accidents in Young Swiss Men: Seasonal, Weekday and Public Holiday Effects. *Alcohol and Alcoholism*, Volume 50, Issue 5, September/October 2015, Pages 565–572, <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv037>.
5. Ferris J, Killian J, Lloyd B. Alcohol-related serious road traffic injuries between 2000 and 2010: A new perspective to deal with administrative data in Australia. *Int J Drug Policy*. 2017 May;43:104-112. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.02.015.
6. Carfora A, Campobasso CP, Cassandro P, Petrella R, Borriello R. Alcohol and drugs use among drivers injured in road accidents in Campania (Italy): A 8-years retrospective analysis. *Forensic Sci Int*. 2018 Jul;288:291-296. doi: 10.1016/j.forsciint.2018.05.003.
7. Burge SK, Katerndahl DA, Becho J, Wood R, Rodriguez J, Ferrer R. The Dynamics of Partner Violence and Alcohol Use in Couples: Research Methods. *Violence Vict*. 2019 Feb 1;34(1):136-156. doi: 10.1891/0886-6708.34.1.136.
8. Gomez J, Orchowski L, Pearlman DN, Zlotnick C. Alcohol Use and Intimate Partner Violence Among Community College Women: An Exploration of Protective Factors. *Violence Gend*. 2019 Sep 1;6(3):187-195. doi: 10.1089/vio.2018.0023.

9. Nutt DJ, King LA, Phillips LD; Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010 Nov 6;376(9752):1558-65. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.

10. WHO, 2010. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010*. 31 May 2010. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>.

11. Wilsnack SC, Greenfield TK, Bloomfield K. The GENAHTO Project (Gender and Alcohol's Harm to Others): Design and methods for a multinational study of alcohol's harm to persons other than the drinker. *Int J Alcohol Drug Res*. 2018;7(2):37-47. doi: 10.7895/ijadr.253.

12. Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I. [ta in.]. Pytushchi osoby v mikrosotsialnomu otchennii meshkantsiv Ukrainy. Vikovi ta genderni osoblyvosti. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2021. T. 29, vyp. 1 (106). S. 4—11. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-1>.

13. Linskiy I. V., Khaustov M. M., Kuzminov V. N. [ta in.]. Proiavy nespryiatlyvoho vplyvu pytushchykh na doroslykh v mikrosotsialnomu otchennii. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2021. T. 29, vyp. 2 (107). S. 5—13. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-1>.

14. Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I. [ta in.]. Osoblyvosti nespryiatlyvoho vplyvu pytushchykh na ditei v mikrosotsialnomu otchennii. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2021. T. 29, vyp. 3 (108). S. 5—11. DOI : <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is3-2021-1>.

15. Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I. [ta in.]. Vplyv pytushchykh na afektyvnyi status predstavnykiv yikhnoho

mikrosotsialnoho otchennia. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2021. T. 29, vyp. 4 (109). S. 8—18. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-1>.

16. Linskiy I. V. Kuzminov V. N., Minko O. I. [ta in.]. Vplyv pytushchykh na alkoholnyi status predstavnykiv yikhnoho mikrosotsialnoho otchennia. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2022. T. 30, vyp. 1 (110). S. 5—15. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-1>.

17. Linskiy I. V. Khaustov M. M., Kuzminov V. N. [ta in.]. Vplyv pytushchykh na alkoholnyi status predstavnykiv yikhnoho mikrosotsialnoho otchennia. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2022. T. 30, vyp. 2 (111). S. 4—17. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-1>.

18. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960 Feb;23(1):56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56.

19. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*. 1993 Jun;88(6):791-804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.

20. Gubler E. V. Vy'chislitel'ny'e metody' analiza i raspoznavaniya patologicheskikh processov. Moskva : Medicina, 1978. 294 s.

21. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody' v mediko-biologicheskikh issledovaniyah s ispol'zovaniem Excel. Kiev : Morion, 2000. 320 s.

Надійшла до редакції 13.01.2023

Відомості про авторів:

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету (ХНУ) імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

ХАУСТОВ Максим Миколайович, доктор медичних наук, професор, директор Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, професор кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України (ХНМУ МОЗ України), м. Харків, Україна

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

МІНКО Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ХНУ імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ МОЗ України, м. Харків, Україна

ГРИНЕВИЧ Євгенія Геннадіївна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

ОВЧАРЕНКО Микола Олексійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії та наркології Луганського державного медичного університету МОЗ України, м. Рівне, Україна

ЧУГУНОВ Вадим Віталійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна

ПОСТРЕЛКО Валентин Михайлович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини з курсом ендокринології Міжнародної академії екології та медицини, м. Київ, Україна

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ПЛЕХОВ Владислав Андрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна

ТКАЧЕНКО Тетяна Володимирівна, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ЗАДОРОВНИЙ Володимир Володимирович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

МАЛИХІНА Наталія Анатоліївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

МІНКО Олексій Олександрович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ЛАКИНСЬКИЙ Роман Вікторович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ВАСИЛЬЄВА Ольга Олександрівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ЮРЧЕНКО Ольга Миколаївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ГЕРАСИМОВ Богдан Олексійович, молодший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ГЕРАСИМОВ Дмитро Олексійович, молодший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

KHAUSTOV Maksym, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the Department of Health of Kharkiv Regional State Administration, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

MINKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical and Social Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

KOZHYNNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

GRYNEVYCH Yevheniia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology of the Shupyk's National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

OVCHARENKO Mykola, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology of Luhansk State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Rivne, Ukraine

CHUGUNOV Vadym, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine

POSTRELKO Valentyn, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Internal Medicine with a course in Endocrinology, International Academy of Ecology and Medicine, Kyiv, Ukraine

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

PLEKHOV Vladyslav, Graduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine

TKACHENKO Tetyana, PhD of Psychological Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

ZADOROZHNYI Volodymyr, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

MALYKHINA Natalia, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

MINKO Oleksiy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

LAKINSKYI Roman, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

VASILYEVA Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

YURCHENKO Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

HERASYMOV Bohdan, Junior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

HERASYMOV Dmytro, Junior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

*О. Р. Березюк, О. О. Фільц***АСОЦІАЦІЯ ФЕНОМЕНА ВЛАСНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ
З САМОЕФЕКТИВНІСТЮ ТА САМООЦІНКОЮ***O. R. Berezyuk, O. O. Filts***ASSOCIATION OF PHENOMENON OF SELF-INFERIORITY WITH SELF-EFFICACY AND SELF-ESTEEM**

Ключові слова: феномен власної неповноцінності, самоефективність, самооцінка

Мета дослідження: оцінка асоціації психологічних детермінант особистості (самоефективність та самооцінка) із феноменом власної неповноцінності.

Проведено опитування 612 здобувачів вищої освіти м. Львова у жовтні-листопаді 2021 року з використанням трьох опитувальників: порівняльного індексу почуття неповноцінності, самооцінки Розенберга та загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима. Респонденти були поділені на три групи: група з індексом неповноцінності (*index of inferiority*) феномена власної неповноцінності; група з індексом надцінності (*index of superiority*) феномена власної неповноцінності та група без феномена зміненої самооцінки (*Norma*). Для кожної із цих трьох груп визначали рівень самооцінки та самоефективності, і далі проводили порівняльний аналіз між групами.

Дослідженням встановлено, що респонденти групи з індексом надцінності (*index of superiority*) мали достовірно ($p = 0,04$) найменше медіанне значення самоефективності (28 [25; 32] балів) як порівняти з групою без феномена зміненої самооцінки (*Norma*) (30 [27; 34] балів) та групою з індексом неповноцінності (31 [28; 33] бал). Отримане значення у осіб з індексом надцінності відповідає «середньому» рівню самоефективності, що є на порядок нижче, ніж у групах без феномена зміненої самооцінки та з індексом неповноцінності, де рівень самоефективності трактується як «вище середнього».

Анкетовані без феномена зміненої самооцінки мали найвище медіанне значення самооцінки — 22 бали [18; 25], що трактується як середній рівень самоповаги. Натомість у осіб із індексом неповноцінності значення показників самооцінки відповідали низькому рівню самоповаги — 19 [17; 24] балів. Найнижчими показники самооцінки були у групі з індексом надцінності — 18 [15,75; 22] балів, що теж відповідає низькому рівню самоповаги та є достовірно меншим як порівняти з групою без феномена зміненої самооцінки.

Будучи за своєю природою не патологічним, феномен власної неповноцінності може стати психопатологічним за умов, коли особу охоплює переживання неадекватності та неефективності настільки, що не стимулює до продуктивної діяльності, а робить її нездатною до розвитку та схильною до регресивних реакцій. Тому вивчення феномена власної неповноцінності потребує подальших досліджень різновекторного характеру.

Keywords: *phenomenon of self-inferiority, self-efficacy, self-esteem*

The aim of the study: assessment of the association of psychological determinants of personality (self-efficacy and self-esteem) with phenomenon of self-inferiority.

A survey of 612 higher education students in Lviv was conducted in October-November 2021 using three questionnaires: the Comparative Feeling of Inferiority Index, Rosenberg's self-esteem scale, and Schwarzer's and Jerusalem's generalized self-efficacy. Respondents were divided into 3 groups: a group with inferiority index of self-inferiority phenomenon, a group with superiority index of self-inferiority phenomenon and a group with an absence of the phenomenon of altered self-esteem (*Norma*). For each of these three groups, the level of self-esteem and self-efficacy was determined, and then a comparative analysis was conducted between the groups.

The research found that the respondents from the group with an index of superiority had reliably ($p = 0,04$) the lowest median value of self-efficacy (28 [25; 32] points) compared to groups with an absence of the phenomenon of changed self-esteem (*Norma*) (30 [27; 34] points) and with an index of inferiority (31 [28; 33] points). The obtained value in individuals with a sense of superiority corresponds to the "average" level of self-efficacy, which is an order of magnitude lower than in the groups with a sense of fulfillment and with an index of inferiority, where the level of self-efficacy is interpreted as "above average".

Respondents with an absence of the phenomenon of altered self-esteem (*Norma*) had the highest median value of self-esteem — 22 points [18; 25], which is interpreted as an average level of self-esteem. On the other hand, the values of self-esteem indicators corresponded to a low level of self-esteem in individuals from the group with an index of inferiority — 19 [17; 24] points. The lowest self-esteem indicators were in the group with an index of superiority — 18 [15.75; 22] points, which also corresponds to a low level of self-esteem, and is significantly lower compared to the group with an absence of the phenomenon of altered self-esteem (*Norma*).

Being non-pathological in nature, the phenomenon of self-inferiority can become a psychopathological phenomenon under the conditions when a person is overwhelmed by the experience of inadequacy and inefficacy to such an extent that it does not stimulate productive activity, but makes them incapable of development and prone to regressive reactions. Therefore, the study of feeling of inferiority requires further scientific research of a diverse nature.

Сучасна соціально-економічна, воєнна та політична ситуація в нашій країні зумовлює зміни в усіх сферах життя і часто потребує від психіки людини виконувати свої функції на межі можливостей, залучаючи до активної роботи когнітивну сферу. Особливо це стосується молоді, яка щоденно отримує завдання, пов'язані з особистою відповідальністю та успішністю власної поведінкової активності, почуттям повноцінності, що в свою чергу асоціюється з питаннями власної самооцінки та переживанням власної самоефективності [15].

Проблемний спектр неповноцінності призводить до девіантної поведінки особистості та характеризується багатьма дисфункціями індивідуального й соціального прояву, особливо в молодому віці. Надійним та якісним інструментом, який повною мірою забезпечує оцінювання неповноцінності, є опитувальник Порівняльного індексу почуття неповноцінності (Comparative Feeling of Inferiority Index — CFII), розроблений Strano D. A., & Dixon P. N. наприкінці XX століття [1]. Опитувальник складається з 30 пунктів, по 10 з кожного компонента (фізичного, соціального, морального/етичного) та оцінює два складники спогадів з дитинства (сімейний рейтинг і самооцінку), визначаючи групи з достовірно високим порівняльним індексом почуття неповноцінності (*index of inferiority*) феномена власної неповноцінності (ФВН) та достовірно низьким порівняльним індексом почуття неповноцінності (*index of superiority*) ФВН як ознаку екстремального прагнення будь-яким способом компенсувати надмірне почуття неповноцінності. Вчені багатьох країн світу активно використовують його, а перевірка на узгодженість оцінок підсумкових пунктів за кожним з компонентів показала високий рівень надійності [1].

Поняття самоефективності (*self-efficacy*) запропоновано Альбертом Бандурою (Albert Bandura) 1977 року [11] і є одним з центральних компонентів його соціально-когнітивної теорії. Оцінювання самоефективності за допомогою валідної шкали (General Self-Efficacy Scale) запропоновано Ральфом Шварцером (Ralf Schwarzer) та Матіасом Єрусалемом (Matthias Jerusalem) 1979 року. Шкала спочатку містила 20 пунктів, у подальших дослідженнях модифіковано нову кінцеву версію з 10 пунктів-тверджень. На сьогодні шкала самоефективності адаптована 26 мовами і призначена для оцінки загального почуття власної ефективності з метою прогнозування подолання щоденних проблем, а також адаптації після переживання всляких стресових життєвих подій. Вона привертає увагу численних учених, які виявили як позитивні коефіцієнти при сприятливих емоціях, так і негативні коефіцієнти — при депресії, тривожності, стресі, вигорянні та скаргах на здоров'я [5—7; 9].

У сучасних умовах, коли освіта стає безперервним процесом, проблема ефективного функціонування особистості в навчальній діяльності є особливо актуальною, а самооцінка — конче по-

трібною. Опитувальник зі шкалою самооцінки розроблений М. Розенбергом (M. Rosenberg) 1965 року та 1972 року удосконалений. Відтоді його перекладено 28 мовами та використовують в 53 країнах світу. За задумом автора, методика мала мати лише одну шкалу — самооцінки, однак факторний аналіз багатьох досліджень виявив її двофакторну структуру: позитивна самооцінка (самоповага) та схильність до самознецінення (самоприниження). Численні дослідження доводять, що оцінки опитувальника корелюють з нейротизмом, екстраверсією та романтичними стилями прихильності. Окрім того вони пов'язані з депресивним станом, тривожністю і психосоматичними симптомами, початок яких закладений ще у дитинстві та які в дорослому віці поєднуються з феноменом власної неповноцінності (*phenomenon of self-inferiority*) [1—4].

Тепер феномен власної неповноцінності часто прирівнюють до почуття низької самооцінки і самоефективності. Крім цього переосмислення індивідуумом власних успіхів чи невдач формує його уявлення щодо власного потенціалу, впливає на відчуття власної самоефективності та самоставлення загалом і, на нашу думку, великою мірою залежить від ФВН. Саме тому вивчення зв'язків між цими психологічними предикторами депресивних станів людини є надзвичайно актуальним, хоча в нашій країні серед релевантних джерел доказової медицини таких досліджень ми не виявили.

Метою роботи є оцінити асоціації психологічних детермінант особистості (самоефективність та самооцінка) із феноменом власної неповноцінності.

Під час досліджування опитано 612 студентів у закладах вищої освіти III та IV рівнів акредитації м. Львова у жовтні-листопаді 2021 року. Серед опитаних були 351 чоловік та 261 жінка, середній вік становив $20,31 \pm 2,99$ років. Участь у дослідженні була анонімною, всі учасники надали інформовану згоду. Респонденти заповнювали три опитувальники: CFII [1], самооцінки Розенберга [2] та загальної самоефективності Шварцера і Єрусалима [7]. За результатами першого опитувальника (CFII) респонденти були поділені на три групи: дві, у яких порівняльний індекс почуття неповноцінності (ПІПН) був або достовірно високий — група з індексом неповноцінності (*index of inferiority*) ФВН, або достовірно низький — група з індексом надцінності (*index of superiority*) ФВН та група без феномена зміненої самооцінки (*Norma*) де ПІПН статистично не відрізнявся від норми. Надалі в учасників цих трьох груп визначали рівні самооцінки та самоефективності, які порівнювали між групами.

Опитувальник CFII містить 30 прикметникових слів — характеристик людини, кожен з яких респондент оцінював за 6-бальною шкалою (1 бал — цілком згоден/згідна; 6 балів — цілком не згоден/не згідна). На першому етапі опитуваний оцінював когось зі своїх рідних/близьких у своєму дитинстві (оптимально — брата або сестру; чи одного з батьків, якщо брата/сестри не було; чи товариша, якщо

опитуваний виховувався не в сім'ї). На другому етапі опитуваний оцінював себе у дитячому віці за тими самими 30 словами. Опитувальник успішно пройшов перевірку внутрішньої узгодженості шкали за коефіцієнтом альфа Кронбаха (α -коефіцієнт для шкали сімейної оцінки становив 0,85, для шкали самооцінки — 0,80) та за показником ретестової надійності опитувальника ($R = 0,74, p < 0,001$). У разі достовірної позитивної різниці (опитуваний сприймає родичів краще, ніж себе) класифікували індекс неповноцінності (*index of inferiority*) ФВН, при достовірній негативній різниці (опитуваний сприймає родичів значно гірше, ніж себе) — індекс надцінності (*index of superiority*) ФВН, якщо немає достовірної різниці між цими параметрами — немає і феномена зміненої самооцінки (*Norma*).

Опитувальник загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима містить 10 тверджень, які пропонують опитуваному визначити — як часто він реагував/поводився у зазначених ситуаціях. Шкала оцінок — чотирибальна: 1 бал — ніколи, 2 бали — інколи, 3 бали — переважно так, 4 бали — так завжди. Порівняльний аналіз досліджень, проведених у 23 країнах світу із застосуванням шкали самооефективності, підтвердив дискримінанту та ретестову валідність, внутрішня узгодженість шкали адаптованих версій становила згідно з альфа Кронбаха 0,75—0,91, в українській версії — 0,84 [6; 9]. Рівень самооефективності визначали підраховуючи суму балів відповідей на 10 тверджень: 19 і менше балів — низька самооефективність; 20—24 — нижче середньої; 25—29 — середня; 30—35 — вище середньої; 36—40 балів — висока самооефективність.

Опитувальник самооцінки Розенберга (Rosenberg Self Esteem Inventory) має 10 тверджень, пов'язаних із загальним відчуттям щодо себе: 5 «оптимістичних» тверджень фактору самоповаги (типу «Загалом я задоволений/задоволена собою») та 5 «песимістичних» тверджень фактору самознищення (типу «Час від часу я думаю, що я ні на що не здатний/здатна»). Респондент кожне твердження щодо себе оцінював за 4-бальною шкалою: 1 — Цілком погоджуюсь (ЦП), 2 — Погоджуюсь (П), 3 — Не погоджуюсь (НП), 4 — Взагалі не погоджуюсь (ВНП). Підрахунок балів проводили, оцінюючи кожну відповідь за шкалою для оптимістичних тверджень: ЦП = 3 бали, П = 2 бали, НП = 1 бал, ВНП = 0 балів; для песимістичних, навпаки: ЦП = 0 балів, П = 1 бал, НП = 2 бали, ВНП = 3 бали. Опитувальник має високу надійність і конструктивну валідність. Орієнтовні показники оцінювання результатів такі: 10—15 балів — вкрай низький рівень самоповаги, виражене самоприниження; 16—20 балів — низький рівень самоповаги, схильність до самознищення; 21—29 балів — середній рівень самоповаги; 30—34 бали — високий, продуктивний рівень самоповаги; 35—40 балів — надмірно високий рівень самоповаги.

Для порівняння феномена власної неповноцінності з почуттями самооцінки та самооефектив-

ності використано методи описової й аналітичної статистики. Середні показники подано у вигляді медіани (*Me*) та 25 % (Q_1) і 75 % (Q_3) квантилів, показники частот — у відсотках із похибкою ($P \pm m, \%$). Порівняння результатів між трьома групами проводили за допомогою критерію Краскала — Уолліса (Kruskal-Wallis test) з використанням *post-hoc* парного тесту Дана (Dunn's test). Порівнюючи дві групи, використовували критерій Манна — Уїтні (Mann-Whitney *U*-test). Кореляційні зв'язки між досліджуваними параметрами перевіряли методом рангової кореляції Спірмена (Spearman's rank correlation coefficient — *R*). Достовірність отриманих результатів вважали мінімально прийнятною при $p < 0,05$ [13, 14].

Згідно з опитувальником CFII, у здобувачів вищої освіти у закладах вищої освіти III та IV рівнів акредитації м. Львова встановлено такі результати: *index of inferiority* (індекс неповноцінності ФВН) — у 43 респондентів ($7,03 \pm 1,03 \%$), *Norma* (немає феномена зміненої самооцінки) — у 501 респондента ($81,86 \pm 1,56 \%$), *index of superiority* (індекс надцінності ФВН) — у 68 респондентів ($11,11 \pm 1,27 \%$).

Результати анкетування студентів за шкалою загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима показали, що медіанне значення було на рівні «вище середнього» і становило 30 [26; 75; 33] балів, мінімальний показник у загальній вибірці ($n = 612$) становив 10 балів (що відповідало рівню «низька самооефективність»), а максимальний — 40 балів («висока самооефективність»). Розрахунок середнього показника загальної самооефективності показав, що середнє арифметичне ($29,84 \pm 5,29$ балів) було практично таке саме як і медіанне значення.

Порівняння за допомогою критерію Краскала — Уолліса рівнів самооефективності у групах респондентів з різними індексами неповноцінності довело наявність істотних відмінностей між ними ($p = 0,03$).

Зокрема, анкетовані, які згідно з опитувальником CFII були зараховані до групи *index of superiority*, мали достовірно ($p = 0,04$) менше почуття самооефективності (табл. 1) як порівняти з іншими групами. У групі *index of superiority*, згідно зі шкалою загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима, медіанне значення становило 28 [25; 32] балів (мінімум — 18 балів, максимум — 39 балів), середній показник був практично ідентичним — $28,40 \pm 4,97$ балів. Отже, аналізоване значення відповідає «середньому» рівню самооефективності, що є на порядок нижче, ніж у групах *index of inferiority* та *Norma*.

Показники загальної самооефективності були найвищими у групі студентів із індексом неповноцінності (*index of inferiority*): медіанне значення становило 31 [28; 33] бал (середнє значення було $30,44 \pm 4,34$ бали), водночас мінімальний показник становив 18 балів, а максимальний — 38 балів. Згідно з критеріями оцінки самооефективності такі значення відповідають рівню «вище середньої» самооефективності.

Таблиця 1. Розподіл результатів за шкалою загальної самооефективності Шварцера і Єрусалима у групах з різним ПІПН

Групи	n	Me [Q ₁ ; Q ₃], бали	min	max
index of inferiority	43	31 [28; 33]*	18	38
Norma	501	30 [27; 34]*	10	40
index of superiority	68	28 [25; 32]	18	39
Усі респонденти	612	30 [26,75; 33]	10	40

Примітка. Тут і далі: n — кількість опитаних; * — достовірні різниці ($p < 0,05$) із групою index of superiority за тестом Дана

Аналогічний рівень самооефективності мають студенти без феномена зміненої самооцінки: медіана становить 30 [27; 34] балів (середній показник був такий самий — $29,99 \pm 5,38$ балів) мінімальний показник 10 балів і максимальний — 40 балів. Різниці між показниками груп index of inferiority та Norma при *post-hoc* аналізі не достовірні ($p = 0,39$).

У групі студентів, які мали будь-який прояв феномена зміненої самооцінки (index of inferiority + index of superiority, $n = 111$) рівень загальної самооефективності становив 29 [26; 33] балів та достовірно ($p = 0,09$) не відрізнявся від показників у групі студентів без феномена зміненої самооцінки 30 [27; 34] балів.

Результати опитування усіх студентів за шкалою самооцінки Розенберга показали середній рівень самоповаги: медіанне значення становило 21 [18; 25] бал, у межах від мінімального показника 3 бали (дуже низький рівень самоповаги) до максимального значення 30 балів (високий рівень самоповаги) (табл. 2). Розрахунки середнього показника ($20,71 \pm 5,20$ балів) показали його подібність до медіанного значення.

Таблиця 2. Розподіл результатів за шкалою самооцінки Розенберга у групах з різним ПІПН

Групи	n	Me [Q ₁ ; Q ₃]	min	max
index of inferiority	43	19 [17; 24]	8	30
Norma	501	22 [18; 25]**	3	30
index of superiority	68	18 [15,75; 22]	7	29
Усі респонденти	612	21 [18; 25]	3	30

Примітка. ** — достовірні різниці ($p < 0,001$) із групою index of superiority за тестом Дана

Аналогічно, порівняння за допомогою критерію Краскела — Уолліса виявило наявні достовірні відмінності між рівнем самооцінки залежно від індексу ФВН ($p = 0,0004$).

Найвище медіанне значення самооцінки мали студенти без феномена зміненої самооцінки — 22 бали [18; 25] (мінімум — 3 бали, максимум — 30 балів), середнє арифметичне становило $21,04 \pm 5,15$ балів. Такі значення свідчать про середній рівень самоповаги, що дає змогу адекватно оцінити свої переваги та недоліки, проте все ж інколи

«проскакує» схильність до затяжного «самозвинувачення».

У групі index of inferiority медіанні значення показників самооцінки відповідали низькому рівню самоповаги — 19 [17; 24] балів (мінімальне значення 8 балів, максимальне — 30 балів), середній показник — $20,14 \pm 5,61$ бала. При такому низькому рівні самоповаги в осіб відбувається балансування між самоповагою та самознищенням. Такі люди, зазвичай, схильні змінювати думку про себе на кардинально протилежну: у разі успіху самоповага є надзвичайно високою, а за невдачі — дуже низькою. Між показниками самооцінки у групах index of inferiority і Norma достовірної різниці не доведено ($p = 0,26$).

Знову таки, як і з порівняння самооефективності з неповноцінністю виходить, що найнижчі показники самооцінки були у групі студентів із індексом надцінності (index of superiority) — 18 [15,75; 22] балів, що за шкалою критеріїв самооцінки відповідає «низькому рівню самоповаги». Мінімальне значення у цій групі становило 7 балів, максимальне — 29 балів, а середнє — $18,62 \pm 4,77$ балів. *Post-hoc* аналіз свідчив, що ці значення є істотно нижчі, ніж показники групи студентів без феномена зміненої самооцінки ($p = 0,0003$) та недостовірно нижчі проти показників групи index of inferiority ($p = 0,20$). Такі показники самооцінки в групі index of superiority показують не просто низький рівень самоповаги, а навіть схильність до самознищення. Здебільшого у негативних ситуаціях ці люди схильні винити себе, бачити тільки свої недоліки і акцентувати увагу тільки на своїх слабких сторонах, що часто не дає ставити цілі і досягати успіху.

У групі студентів, які мали феномен зміненої самооцінки (index of inferiority + index of superiority, $n = 111$) рівень самооцінки становив 19 [16; 23] балів та достовірно ($p = 0,0002$) був меншим, ніж у групі студентів без феномена зміненої самооцінки, де цей показник становив 22 [18; 25] бали.

Згідно з літературою, яку ми опрацювали, це дослідження є першим в Україні, де б на такий великій вибірці умовно здорових людей аналізували та порівнювали рівні самооцінки та самооефективності залежно від рівня феномена власної неповноцінності.

У світових наукових джерелах є схожі дослідження, зокрема 2018 року вчених Техаського університету під час емпіричного визначення конструкції феномена власної неповноцінності у 210 студентів коледжу враховували самооцінку (self-esteem), загальну самооефективність (general self-efficacy), самооефективність утримання (abstinence self-efficacy) та сором (shame). Результати проведеного факторного аналізу показали, що самооцінка та сором сильніше впливали на феномен власної неповноцінності, ніж загальна самооефективність і самооефективність утримання. Отже, отримано попередні докази використання цих конструкцій для визначення ФВН [10].

Комплексне дослідження корейських вчених 179 учнів початкових шкіл, які погано вчилися, показало їх нижчу самооцінку, самооефективність

та мотивацію до навчання, як порівняти із дітьми з нормальною успішністю. Вони мали негативну самооцінку, невпевненість у собі та високий рівень індексу неповноцінності [12].

Метааналіз, який проводили серед 1933 респондентів у трьох країнах: Німеччині ($n = 633$), Польщі ($n = 359$) та Південній Кореї ($n = 941$), довів зв'язки між загальною самооефективністю та соціальними когнітивними змінними (намірами, намірами реалізації, очікуваними результатами та саморегуляцією), а також поведінкою щодо здоров'я і благополуччя та у стресових ситуаціях або складних станах, пов'язаних з анамнестичним (з дитинства) феноменом власної неповноцінності [8].

Отже, феномен власної неповноцінності може набути значення психопатологічного феномена внаслідок неадекватного сприйняття власної самооцінки та самооефективності, що в свою чергу робить особу схильною до регресивних реакцій, нездатною до продуктивного мислення, діяльності та розвитку і може стати причиною формування депресивного розладу. З огляду на вищесказане, вивчення та розуміння феномена власної неповноцінності набуває надзвичайного змісту сьогодні та потребує різновекторного дослідження.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що на рівні здорової популяції молоді є достовірні відмінності між рівнями самооефективності ($p = 0,03$) та самооцінки ($p = 0,0004$) залежно від наявного достовірно високого або низького порівняльного індексу почуття неповноцінності.

Анкетовані, які згідно з опитувальником CFII мали достовірно низький ПІПН, — група з індексом надцінності (*index of superiority*), мали достовірно ($p = 0,04$) менше медіанне значення самооефективності (28 [25; 32] балів) як порівняти з групою без феномена зміненої самооцінки (30 [27; 34] балів) та групою з достовірно високим ПІПН (31 [28; 33] бал). Отримане значення у осіб з індексом надцінності відповідає «середньому» рівню самооефективності, що є на порядок нижче, ніж у групах без феномена зміненої самооцінки та з індексом неповноцінності, де рівень самооефективності трактується як «вище середнього».

Анкетовані без феномена зміненої самооцінки (*Norma*) мали найвище медіанне значення самооцінки — 22 бали [18; 25], що трактується як середній рівень самоповаги. Натомість у осіб із достовірно високим ПІПН (*index of inferiority*) значення показників самооцінки відповідали низькому рівню самоповаги — 19 [17; 24] балів. Найнижчими показниками самооцінки були у групі з достовірно низьким ПІПН — група з індексом надцінності (*index of superiority*) — 18 [15,75; 22] балів, що також відповідає низькому рівню самоповаги та є достовірно меншим як порівняти з групою без феномена зміненої самооцінки (*Norma*).

Проблемний спектр неповноцінності призводить до змін поведінки особистості та характеризується багатьма дисфункціями індивідуального й соціаль-

ного прояву. Будучи за своєю природою не патологічним, феномен власної неповноцінності може стати психопатологічним за умов, коли особу охоплює переживання неадекватності та неефективності настільки, що не стимулює до продуктивної діяльності, а робить її нездатною до розвитку та схильною до регресивних реакцій.

Список літератури

1. Strano D. A. The Comparative Feeling of Inferiority Index / D. A. Strano, P. N. Dixon // *Individual Psychology*. 1990. Vol. 46 (1). P. 29—42.
2. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*: Princeton University Press, 1965. 338 p. URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjjh>.
3. Schmitt D. P. Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem / D. P. Schmitt, J. Allik // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005. Vol. 89(4). P. 623—642. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>.
4. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students / [Martín-Albo J., Núñez J., Navarro J., Grijalvo F.] // *The Spanish Journal of Psychology*. 2007. Vol. 10(2). P. 458—467. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>.
5. Гальцева Т. Розробка та психометрична перевірка опитувальника «Навчальна самооефективність дорослого» // *Психологічні перспективи*. 2018. № 31. С. 327—344. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-31-327-344>.
6. Галецька І. І. Самооефективність у структурі соціально-психологічної адаптації // *Вісник ЛНУ. Сер. Філософські науки*. 2003. Вип. 5. С. 433—442.
7. Jerusalem, M. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes / M. Jerusalem, R. Schwarzer // In: *Self-efficacy: Thought control of action* / R. Schwarzer (Ed.). Washington, DC: Hemisphere, 1992. P. 195—213.
8. Luszczynska A. The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies / A. Luszczynska, U. Scholz, R. Schwarzer // *The Journal of Psychology*. 2005. Vol. 139 (5). P. 439—457. DOI: <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>.
9. Schwarzer R. Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale / R. Schwarzer, U. Scholz. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan. 2000.
10. Lamberson K. A. Feelings of Inferiority: A First Attempt to Define the Construct Empirically / K. A. Lamberson, K. L. Wester // *The Journal of Individual Psychology* University of Texas Press. 2018. Vol. 74, No. 2. P. 172—187. DOI: <https://doi.org/10.1353/jip.2018.0011>.
11. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986. 617 p.
12. Han H.-Y. A Study on the Correlations of Self-Esteem, Self-Efficacy, and Learning Motivations of Underachieving Elementary School Student / H.-Y. Han, S.-G. Park // *Asia-Pacific Journal of Convergent Research Interchange*. 2020. Vol. 6, No. 8. P. 79—89 DOI: <http://dx.doi.org/10.47116/apjcri.2020.08.08>.
13. Comparable characteristics of biologically driven eating behavior in different ethnic groups of medical students / [Belka B., Muzyka I., Gutor T., Zayachkivska O.] // *Proceedings*

of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences. 2020. Vol. 59 (1), No. 1. P. 137—143. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2020.01.15>.

14. Kruskal W. H. Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis / W. H. Kruskal, W. A. Wallis // Journal of the American Statistical Association. 1952. Vol. 47, No. 260. P. 583—621. DOI: <https://doi.org/10.2307/2280779>.

15. Основи психотерапії : навч. посібник / Седих К. В., Фільц О. О., Банцер В. І. [та ін.] ; за ред. Седих К. В., Фільц О. О. Київ : ВЦ «Академія», 2017. 192 с.

References

1. Strano, D.A., Dixon, P.N. (1990). The Comparative Feeling of Inferiority Index. *Individual Psychology*, 46(1), 29-42.

2. Rosenberg, M. (1965). Society and the Adolescent Self-Image. *Princeton University Press*, 338. URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjhh>.

3. Schmitt, D. P., Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>

4. Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467. doi: <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>.

5. Haltseva T. Rozrobka ta psikhometrychna perevirka opytuvalnyka «Navchalna samoefektyvnist dorosloho». *Psykhologichni perspektyvy*. 2018. № 31. S. 327-344. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-31-327-344>. (In Ukrainian).

6. Haletska I. I. Samoefektyvnist u strukturi sotsialno-psykhologichnoi adaptatsii. *Visnyk LNU. Ser. Filosofski nauky*. 2003. Vyp. 5. S. 433—442. (In Ukrainian).

7. Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 195-213.

8. Luszczynska, A., Scholz, U., Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>.

9. Schwarzer, R., Scholz, U. (2000). *Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale*. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan.

10. Lamberson, K. A., Wester, K. L. (2018). Feelings of Inferiority: A First Attempt to Define the Construct Empirically. *The Journal of Individual Psychology University of Texas Press*, 74(2), 172-187. DOI: <https://doi.org/10.1353/jip.2018.0011>.

11. Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall, 617.

12. Han H.-Y., Park S.-G. (2020). A Study on the Correlations of Self-Esteem, Self-Efficacy, and Learning Motivations of Underachieving Elementary School Student. *Asia-pacific Journal of Convergent Research Interchange*, 6(8), 79-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.47116/apjcri.2020.08.08>.

13. Belka B, Muzyka I, Gutor T, Zayachkivska O. Comparable characteristics of biologically driven eating behavior in different ethnic groups of medical students. *Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci* [Internet]. 2020 Apr.15; 59(1). DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2020.01.15>.

14. Kruskal, W. H., Wallis, W. A. (1952). Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621. DOI: <https://doi.org/10.2307/2280779>

15. Sedykh K. V., Filts O. O., Bantser V. I. ta in. (2017). *Osnovy psykhoterapiyi : navch. posibnyk ; za red. Sedykh K. V., Filts O. O.* Kyiv : VTs «Akademiia», 2017. 192 s. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 2.03.2023

Відомості про авторів:

БЕРЕЗЮК Олег Романович, асистент кафедри*; e-mail: berezyukoleh8@gmail.com

ФІЛЬЦ Олександр Орестович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; e-mail: filz.uuap@gmail.com

* — кафедра психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Information about authors:

BEREZYUK Oleh, MD, Assistant Professor of Department**, e-mail: berezyukoleh8@gmail.com

FILTS Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department**, e-mail: filz.uuap@gmail.com

** — Department of Psychiatry and Psychotherapy of Faculty of Postgraduate Education of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

С. О. Єфіменко

ТИПОЛОГІЯ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

S. O. Yefimenko

TYPOLOGY OF STATES OF MENTAL EXHAUSTION IN JUNIOR MEDICAL STUDENTS

Ключові слова: психічне виснаження, емоційне вигорання, дезадаптація, студенти, психотерапія

Key words: mental exhaustion, emotional burnout, maladaptation, students, psychotherapy.

Незважаючи на велику кількість наукових робіт, що присвячені темі психічних порушень у студентської молоді, питання структурно-динамічних особливостей та клінічного поліморфізму цих станів розкрито недостатньо.

Мета: на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного закладу вищої освіти (ЗВО) сформувати їх типологію та встановити структурно-динамічні особливості.

Методи, що були використані: клініко-психопатологічний, патопсихологічний та клініко-статистичний.

За результатами проведеного клініко-психопатологічного та патопсихологічного аналізу станів психічного виснаження у представників сформованого контингенту студентів молодших курсів медичного ЗВО визначено декілька клінічних варіантів досліджуваного явища. Зокрема, було виокремлено дезадаптивний, конфронтаційний, демотиваційний, гіперанкіозний та соматоформний варіанти стану психічного виснаження. У студентів першого року навчання найтиповішими були дезадаптивний та гіперанкіозний варіанти — 11 (25,0 %) та 15 (31,1 %) студентів відповідно; у студентів другого року навчання — конфронтаційний та демотиваційний — 16 (33,3 %) та 14 (29,2 %) студентів відповідно; у студентів третього року навчання — конфронтаційний, демотиваційний та гіперанкіозний варіанти — 20 (26,7 %), 25 (33,3 %) та 15 (20,0 %) студентів відповідно.

Виявлено типологію станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного ЗВО, виокремлено та описано п'ять клінічних варіантів досліджуваного явища. Встановлено, що патогенез виявлених варіантів психічного виснаження відображується у їх клінічному наповненні та інтимно пов'язаний із особистісними характеристиками студентів.

Despite a significant number of scientific works devoted to the topic of mental disorders in students, the issue of structural-dynamic features and clinical polymorphism of these conditions is not sufficiently disclosed.

Purpose: based on the analysis of clinical-psychopathological and pathopsychological features of states of mental exhaustion in junior medical students, to form their typology and establish structural-dynamic features.

Methods that were used: clinical-psychopathological, pathopsychological and clinical-statistical.

According to the results of the clinical-psychopathological and pathopsychological analysis of the states of mental exhaustion, several clinical variants of the phenomenon under study were identified in representatives of the formed contingent of junior medical students. In particular, maladaptive, confrontational, demotivational, hyperanxious and somatoform variants of the state of mental exhaustion were identified. For the first year students, the most typical were maladaptive and hyperanxious variants — 11 (25.0 %) and 15 (31.1 %) students, respectively; for the second year students — confrontational and demotivational — 16 (33.3 %) and 14 (29.2 %) students, respectively; for the third year students — confrontational, demotivational and hyperanxious variants — 20 (26.7 %), 25 (33.3 %) and 15 (20.0 %) students, respectively.

A typology of states of mental exhaustion in junior medical students was revealed, five clinical variants of the phenomenon under study were identified and described. It has been established that the pathogenesis of the identified variants of mental exhaustion is reflected in their clinical content and intimately related to the personal characteristics of students.

Численні вітчизняні та закордонні дослідники, що присвячували свої роботи психологічним проблемам, пов'язаним із періодом навчання у вищій школі, погоджуються щодо кризовості цього етапу становлення особистості. Саме у цей період молодь схильна до впливу великої кількості дезадаптивних чинників, що залишають негативний слід на їхньому психічному добробуті та майбутній професійній ре-

алізації [1—4]. Відомо, що найбільш широкий спектр таких факторів чинить вплив на перших курсах навчання: зміна життєвого стереотипу (зміна місця проживання та навчання, новий колектив), труднощі в засвоєнні навчального матеріалу (набагато більший обсяг навчального навантаження ніж у школі) та новий стереотип міжособистісних стосунків (із викладачами) — призводять до станів інформаційного та емоційного дистресу, неабиякого психічного та фізичного перенапруження, формування станів

психічного виснаження (ПВ) [5—8]. Незважаючи на велику кількість наукових робіт, що присвячені цій темі, питання структурно-динамічних особливостей та клінічного поліморфізму станів ПВ розкрито недостатньо.

Мета: на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного закладу вищої освіти (ЗВО) сформулювати їх типологію та встановити структурно-динамічні особливості.

Із дотриманням принципів біоетики та за умов добровільної інформованої згоди у сесійний період обстежено 770 студентів Запорізького державного медичного університету (Запоріжжя), що навчались на різних курсах та факультетах закладу, серед них для подальшого клініко-анамнестичного, патопсихологічного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження відібрано 305 студентів.

Загальну вибірку контингенту дослідження сформували з 92 студентів (30,2 %) першого курсу, 97 сту-

дентів (31,8 %) — другого, 116 студентів (38,0 %) третього курсу. Серед сформованого контингенту попередньо виявили студентів, що мали ознаки ПВ: їх частка становила: серед учнів першого року навчання — 44 (47,8 %) студенти — залучені до першої групи дослідження (Г1), другого — 48 (49,5 %) студентів — до другої групи дослідження (Г2), третього — 75 (64,7 %) студентів — відповідно до третьої групи дослідження (Г3). Методи, що були використані: клініко-психопатологічний, патопсихологічний та клініко-статистичний.

За результатами проведеного клініко-психопатологічного та патопсихологічного аналізу станів ПВ у представників сформованого контингенту студентів молодших курсів медичного ЗВО визначено декілька клінічних варіантів досліджуваного явища. Зокрема, виокремлено дезадаптивний, конфронтаційний, демотиваційний, гіперанксіозний та соматоформний варіанти стану ПВ. Поширеність визначених варіантів серед студентів різних років навчання наведено у таблиці.

Порівняння поширеності клінічних варіантів станів психічного виснаження між контингентами студентів різних років навчання

Варіант ПВ	Г1 (n = 44)	Г2 (n = 48)	Г3 (n = 75)	p		
				Г1 — Г2	Г1 — Г3	Г2 — Г3
Дезадаптивний	15 (31,1 %)	7 (14,6 %)	8 (10,7 %)	0,03	0,002	0,52
Конфронтаційний	5 (11,4 %)	16 (33,3 %)	20 (26,7 %)	0,01	0,04	0,43
Демотиваційний	7 (15,9 %)	14 (29,2 %)	25 (33,3 %)	0,13	0,03	0,63
Гіперанксіозний	11 (25,0 %)	3 (6,2 %)	15 (20,0 %)	0,01	0,52	0,04
Соматоформний	6 (13,6 %)	8 (16,7 %)	7 (9,3 %)	0,68	0,47	0,23

Примітка: сірим кольором помічено статистично достовірні розбіжності за досліджуваними ознаками на рівні $p < 0,05$

Дезадаптивний варіант ПВ — якому властиве виснаження психічного потенціалу, відчуженість від інших, з тенденцією до соціальної алієнації та, як наслідок, — відчуття самотності, втрата розуміння сенсу навчання у ЗВО. Нозогенними факторами формування цього клінічного варіанту ПВ слід вважати зміну умов проживання, виснажливий ритм навчання, високі стандарти оцінки знань (як порівняти із шкільним періодом навчання). Дезадаптивний варіант ПВ був притаманний студентам із низьким адаптаційним потенціалом, незрілістю механізмів психологічного захисту. Переважно спостерігався у представників Г1 — 15 (31,1 %) студентів, набагато рідше — серед контингенту Г2 — 7 (14,6 %) студентів та Г3 — 8 (10,7 %) студентів. Зазначена тенденція пояснюється тим, що вплив основних факторів формування цього варіанту ПВ з часом поступово зменшувався.

Конфронтаційному варіанту ПВ властиві конфліктні ситуації у спільноті студентів або між студентами та викладачами, що спричинені міжособистісними непорозуміннями або невідповідністю між фактичним темпом навчального процесу та уявленням учня

щодо цього, викликані на цьому фоні стани фрустрації, що призводять до перенапруження психічних функцій та, як наслідок, їх виснаження. Конфліктні ситуації із викладачами не можуть бути вирішені студентами, через брак арсеналу доступних їм методів подолання конфліктних ситуацій, в яких їх опонент є вище за рангом (в рамках системи міжособистісних відносин «учень → викладач»). Здебільшого зазначений варіант ПВ спостерігався серед представників Г2 та Г3 — 16 (33,3 %) та 20 (26,7 %) студентів відповідно, набагато рідше — у Г1, де цей показник був статистично достовірно ($p < 0,05$) менший — 5 (11,4 %) студентів.

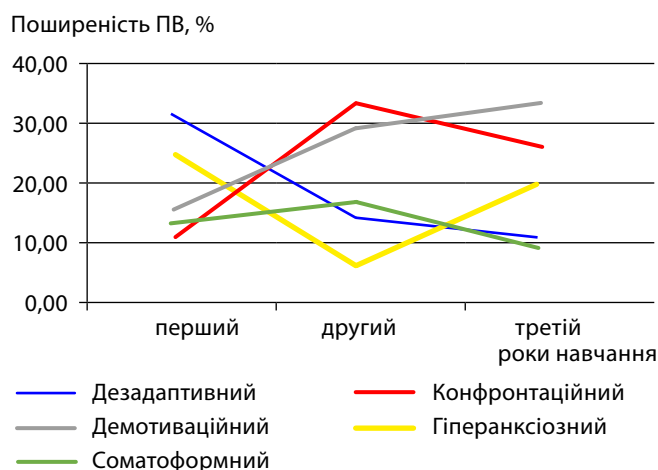
Демотиваційний варіант ПВ — невдоволення отриманими результатами тривалого кропіткого навчання призводить до виснаження психічного потенціалу, знецінення досягнутих особистих результатів та втрати мотивації і далі здобувати професійну освіту. Найчастіше цей варіант ПВ був виявлений у представників Г3 — 25 (33,3 %) студентів, вони скаржились на брак суттєвого результату їх навчання, брак почуття сатисфакції від подолання усіх труднощів протягом перших років навчання

в університеті. Частими тригерами формування конфронтаційного варіанту ПВ у студентів були порівняння себе із однолітками. Частота виявлення цього клінічного варіанту ПВ у представників Г1 була найменшою — 7 (15,9 %) випадків, у Г2 цей варіант був діагностований у 14 (29,2 %) студентів.

Гіперанксіозний варіант ПВ — високий рівень тривоги щодо навчального процесу, що зберігався протягом тривалого часу, призводив до психічного перенапруження та формування стійкого стану виснаження. Спектр тривожних переживань студентів різних груп відрізнявся: для учнів Г1, де представленість цього варіанта виявлена на рівні 11 (25,0 %) випадків, були більш типові переживання у центрі яких, окрім проблем освітнього характеру, велику частку займали питання соціальної взаємодії (тривога через спілкування із колегами по групі, викладачами, сусідами у гуртожитку тощо); для студентів Г2, де описаний варіант мав набагато меншу представленість — 3 (6,2 %) випадки, питання соціалізації є менш актуальними через успішну адаптацію до їх нового мікросоціального оточення протягом першого року навчання, на перший план виходять тривожні переживання, пов'язані із навчанням та широким спектром особистих проблем; у Г3, де цей варіант ПВ виявлений у 15 (20,0 %) студентів, тривожні переживання, пов'язані з навчанням, є найсильнішими, що можливо пояснити різким підвищенням навчального навантаження, початком вивчення клінічних дисциплін та необхідністю підготовки до складання ліцензійного екзамену наприкінці року.

Соматоформний варіант ПВ — стани психічного виснаження, що виникають як наслідок дії стресових ситуацій, що тривало зберігаються під час навчання, наповнюються широким спектром скарг соматичного характеру («блукаючий» біль невідомої етіології, головний біль, запаморочення або відчуття нестачі кисню, різні вегетативні прояви, гіпергідроз, парестезії тощо), які спостерігаються ізольовано або супроводжуються фобічними переживаннями іпохондричного характеру. Цей варіант ПВ мав однакову поширеність серед студентів трьох груп: 6 (13,6 %) студентів Г1, 8 (16,7 %) студентів Г2 та 7 (9,3 %) студентів Г3. Попри те, що немає значущої різниці у представленості цього варіанту ПВ між студентами сформованих груп, його клінічне наповнення мало свої особливості серед представників Г3: наявні соматоформні прояви вони розцінювали як беззаперечні симптоми конкретних соматичних захворювань, тимчасом коли у студентів інших двох груп такої іпохондричної фіксації на певних нозологічних формах не було. Це можна пояснити відносно низькою освіченістю молодших студентів у питаннях клінічної медицини.

Графічне зображення поширеності виявлених клінічних варіантів станів ПВ у досліджуваних групах наведено на рисунку.



Динаміка поширеності виявлених клінічних варіантів станів психічного виснаження у досліджуваних протягом перших трьох років навчання

Аналізом розподілу виявлених варіантів станів ПВ серед контингентів студентів різних років навчання можна встановити структурно-динамічні особливості досліджуваних явищ. Зокрема, поширеність деадаптивного варіанту ПВ була найбільшою серед контингенту студентів першого року навчання (Г1) та поступово зменшувалась щороку, що пояснюється формуванням адаптивних механізмів реагування у студентській молоді протягом навчання на другому (Г2) та третьому (Г3) курсах.

Динаміка поширеності гіперанксіозного варіанту ПВ також мала свої особливості: найчастіше він виявлявся у студентів першого та третього років навчання, із помітним зменшенням представленості серед студентів другого року. Зазначений розподіл поширеності цього клінічного варіанту зумовлений поєднанням накоплення адаптаційного потенціалу студентами із істотним зменшенням кількості анкіогенних чинників саме на другому році навчання (вже звичні умови навчання, проживання та соціальне оточення, немає потреби готуватись до ліцензійного іспиту наприкінці року тощо).

Демотиваційний клінічний варіант ПВ був найменше представлений серед студентів першого року навчання, поступово збільшуючи свою представленість протягом двох наступних років. Зазначена динаміка пояснюється почуттям браку суб'єктивно значущих результатів навчання, що закономірно збільшується з часом та охоплює більше студентів, за своєю поширеністю займаючи перше місце у структурі ПВ у учнів третього курсу.

Конфронтаційний варіант ПВ мав дуже низьку представленість серед студентів першого року навчання, істотно збільшуючись протягом другого року та знову дещо знижуючись на третьому. Встановлена закономірність взаєморозподілу гіперанксіозного та конфронтаційного варіантів ПВ: із зменшенням представленості першого відзначається пропорційне збільшення другого, що свідчить про стримувальну роль анкіогенних чинників у патогенезі конфронтаційного варіанту ПВ.

Соматоформний варіант ПВ був відносно однаково представлений серед студентів усіх досліджуваних років навчання та відображав механізм особистісного захисту «втеча у хворобу», коли фокус уваги особи зміщується з зовнішніх проблем (у цьому випадку — пов'язаних із навчанням) на внутрішні (широкий спектр тілесних відчуттів, що сприймаються як симптоми соматичних захворювань).

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Виявлено типологію станів ПВ у студентів молодших курсів медичного ЗВО. Зокрема, виокремлено та описано п'ять клінічних варіантів досліджуваного явища: дезадаптивний, конфронтаційний, демотиваційний, гіперанкіозний та соматоформний.

Аналізом розподілу виявлених варіантів станів ПВ серед контингентів студентів різних років навчання визначено структурно-динамічні особливості досліджуваних явищ. Зокрема, поширеність дезадаптивного варіанту ПВ була найвищою серед контингенту студентів першого року навчання та поступово знижувалась щороку, гіперанкіозний варіант найчастіше виявлявся у студентів першого та третього років навчання, набагато менше — у студентів другого року, демотиваційний варіант був найменше представлений серед студентів першого року навчання, поступово збільшуючи свою представленість протягом двох наступних років, конфронтаційний варіант мав дуже низьку представленість серед студентів першого року навчання, істотно збільшуючись протягом другого року та знову дещо зменшуючись на третьому, а соматоформний варіант ПВ мав відносно однакову представленість серед студентів усіх досліджених курсів.

Також встановлено, що патогенез виявлених варіантів ПВ відображується у їх клінічному наповненні та інтимно пов'язаний із особистісними характеристиками студентів.

Список літератури

1. Бабатина С. І. Особливості сприйняття та переживання часу у студентів на етапі адаптації та ідентифікації // *Наука і освіта*. 2013. № 7. С. 120—125. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/7041/1/Babatina.pdf>
2. Иващенко В. В. Синдром емоціонального вигорання у студентів медичного вузу на клінічній кафедрі (о вероятности возникновения и мерах профилактики) / В. В. Иващенко, А. В. Иващенко // *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. 2013. Т. 13, вип. 1 (41). С. 269—299.
3. Грицук О. В. Емоційні стани студентів як метакогнітивне утворення // *Наука і освіта*. 2014. № 6. С. 30—34. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2014_6_8.
4. Hope V. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review / V. Hope, M. Henderson // *Med. Educ.* 2014. No. 48 (10). P. 963—979. DOI: 10.1111/medu.12512.
5. Головская И. Г. Возникновение синдрома выгорания на ранних этапах профессионального становления личности / И. Г. Головская, А. С. Далакова // *Наука і освіта*. 2013. № 7. С. 224—229.
6. Чугунов В. В. Норма в психиатрическом измерении : монография. Львов : Магнолия-2006, 2021. 632 с.
7. Medical student stress: An elective course as a possibility of help / [M. A. Pereira, M. A. Barbosa, J. C. de Rezende, R. F. Damiano] // *BMC Res. Notes*. 2015. No. 8: 430. DOI: 10.1186/s13104-015-1399-y.
8. Slavin S. J. Finding the Why, Changing the How: Improving the Mental Health of Medical Students, Residents, and Physicians / S. J. Slavin, J. T. Chibnall // *Acad. Med.* 2016. No. 91 (9). P. 1194—1196. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001226.

References

1. Babatina S. I. Osoblyvosti spriyniatia ta perezhyvannia chasu u studentiv na etapi adaptatsii ta identyfikatsii. *Nauka i osvita*. 2013. No. 7. С. 120—125. <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/7041/1/Babatina.pdf>
2. Ivashchenko V. V., Ivashchenko A. V. Sindrom e'mocional'nogo vy'goraniya u studentov medicinskogo vuza na klinicheskoy kafedre (o veroyatnosti vozniknoveniya i merax profilaktiki). *Visnyk VDNZU «Ukrainska medychna stomatolohichna akademiia»*. 2013. T. 13, Vyp. 1 (41). S. 269—299.
3. Hrytsuk O. V. Emotsiini stany studentiv yak metakohnityvne utvorennia. *Nauka i osvita*. 2014. № 6. С. 30—34.
4. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. 2014 Oct;48(10):963-79. doi: 10.1111/medu.12512. PMID: 25200017.
5. Golovskaya I. G., Dalakova A. S. Vozniknovenie sindroma vy'goraniya na rannix etapax professional'nogo stanovleniya lichnosti. *Nauka i osvita*. 2013. № 7. С. 224—229.
6. Chugunov V. V. Norma v psixiatricheskom izmerenii : monografiya. Lvov : Magnoliya-2006, 2021. 632 s.
7. Pereira MA, Barbosa MA, de Rezende JC, Damiano RF. Medical student stress: an elective course as a possibility of help. *BMC Res Notes*. 2015 Sep 10;8:430. doi: 10.1186/s13104-015-1399-y. PMID: 26358029; PMCID: PMC4566435.
8. Slavin SJ, Chibnall JT. Finding the Why, Changing the How: Improving the Mental Health of Medical Students, Residents, and Physicians. *Acad Med*. 2016 Sep;91(9):1194-6. doi: 10.1097/ACM.0000000000001226. PMID: 27166866.

Надійшла до редакції 15.03.2023

ЄФИМЕНКО Сергій Олегович, старший викладач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: sergmayohn@gmail.com

YEFIMENKO Serhii, Senior Teacher of Department of Physical Rehabilitation, Sports Medicine, Physical Education and Health of the Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: sergmayohn@gmail.com

*М. Є. Коваль, О. П. Венгер***ЯКІСТЬ ЖИТТЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19***М. Koval, O. Venger***THE QUALITY OF LIFE OF COMBATANTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS AFTER COVID-19 INFECTION**

Ключові слова: учасники бойових дій, непсихотичні психічні розлади, COVID-19, якість життя

Keywords: combatants, non-psychotic mental disorders, COVID-19, quality of life

Вивчено особливості якості життя (ЯЖ) 132 учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли на COVID-19, і 120 — які не хворіли на COVID-19, з використанням методики I. Mezzich et al. в адаптації Н. О. Марути. Встановлено низькі показники ЯЖ у сферах, що відображують психологічне функціонування, і дещо меншою мірою — фізичне функціонування, при збереженні високих показників у сферах, що стосуються впливу оточення і соціальної підтримки, при значущо вищих показниках в учасників бойових дій, які не хворіли на COVID-19: у сфері фізичного благополуччя — $7,67 \pm 1,10$ балів проти $7,10 \pm 1,29$ балів ($p < 0,01$), психологічного (емоційного) благополуччя — $5,59 \pm 1,95$ балів проти $4,60 \pm 1,96$ балів ($p < 0,01$), самообслуговування і незалежності дій — $9,46 \pm 0,78$ балів проти $9,03 \pm 1,01$ бала ($p < 0,01$), працездатності — $7,70 \pm 1,35$ балів проти $7,02 \pm 1,48$ балів ($p < 0,01$), міжособистісної взаємодії — $6,15 \pm 2,32$ бали проти $4,91 \pm 2,45$ балів ($p < 0,01$), соціоемоційної підтримки — $9,23 \pm 1,01$ бала проти $8,75 \pm 1,20$ балів ($p < 0,01$), громадської і службової підтримки — $9,40 \pm 0,73$ бали проти $9,01 \pm 0,91$ бала ($p < 0,01$), особистісної реалізації — $5,96 \pm 1,98$ балів проти $4,95 \pm 2,06$ балів ($p < 0,01$), духовної реалізації — $7,76 \pm 1,06$ балів проти $7,23 \pm 1,01$ бала ($p < 0,01$), загального сприйняття життя — $4,88 \pm 1,90$ балів проти $3,92 \pm 1,74$ бали ($p < 0,01$); а також в інтегральних сферах суб'єктивного благополуччя/задоволеності — $18,14 \pm 4,87$ балів проти $15,62 \pm 4,88$ балів ($p < 0,01$), виконання соціальних ролей — $29,28 \pm 6,26$ балів проти $25,91 \pm 6,87$ балів ($p < 0,01$), зовнішніх життєвих умов — $26,39 \pm 2,70$ балів проти $24,98 \pm 3,04$ бали ($p < 0,01$), та загального показника ЯЖ: $7,38 \pm 1,37$ балів проти $6,65 \pm 1,47$ балів ($p < 0,01$). Виявлені закономірності переконливо свідчать про негативний вплив перенесеного COVID-19 в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами на ЯЖ загалом та на окремі її сфери.

Features of the quality of life of 132 combatants with non-psychotic mental disorders who were sick with COVID-19 and 120 who were not sick with COVID-19 were studied, using the methodology of I. Mezzich et al. in the adaptation of N. O. Maruta. Low quality of life indicators were established in areas reflecting psychological functioning, and somewhat less — physical functioning, while maintaining high indicators in areas related to the influence of the environment and social support, with significantly higher indicators in combatants who did not suffer from COVID-19: according to in the sphere of physical well-being — 7.67 ± 1.10 points against 7.10 ± 1.29 points ($p < 0.01$), psychological (emotional) well-being — 5.59 ± 1.95 points against 4.60 ± 1.96 points ($p < 0.01$), self-care and independence of actions — 9.46 ± 0.78 points versus 9.03 ± 1.01 points ($p < 0.01$), working capacity — 7.70 ± 1.35 points against 7.02 ± 1.48 points ($p < 0.01$), interpersonal interaction — 6.15 ± 2.32 points against 4.91 ± 2.45 points ($p < 0.01$), socio-emotional support — 9.23 ± 1.01 points against 8.75 ± 1.20 points ($p < 0.01$), public and official support — 9.40 ± 0.73 points against 9.01 ± 0.91 points ($p < 0.01$), personal realization — 5.96 ± 1.98 points against 4.95 ± 2.06 points ($p < 0.01$), spiritual realization — 7.76 ± 1.06 points against 7.23 ± 1.01 points ($p < 0.01$), total perception of life — 4.88 ± 1.90 points against 3.92 ± 1.74 points ($p < 0.01$); as well as in integral spheres of subjective well-being/satisfaction — 18.14 ± 4.87 points against 15.62 ± 4.88 points ($p < 0.01$), performance of social roles — 29.28 ± 6.26 points against 25.91 ± 6.87 points ($p < 0.01$), external living conditions — 26.39 ± 2.70 points against 24.98 ± 3.04 points ($p < 0.01$), and the general quality of life indicator: 7.38 ± 1.37 points versus 6.65 ± 1.47 points ($p < 0.01$). The revealed regularities convincingly testify to the negative impact of transferred COVID-19 in combatants with non-psychotic mental disorders on quality of life in general and in its specific spheres.

Воєнні дії визнані Організацією Об'єднаних Націй однією з глобальних, масштабних і небезпечних загроз для людини, суспільства і людства загалом [1]. Військова агресія Російської Федерації проти України зумовила появу в нашій країні унікальної

соціальної та психологічної групи — учасників бойових дій (УБД). Комбатантам, які безпосередньо беруть участь у бойових діях, притаманні специфічні психологічні характеристики та висока ураженість різними формами психіатричної та коморбідної патології [2—5]. Зміни у психіці УБД мають складний

характер і супроводжуються вираженою соціальною дезадаптацією, що визначає потребу в одночасному усуненні психопатологічної симптоматики, відновленні нормального соціального функціонування та зменшенні соціально-психологічної дезадаптації [6—9].

Іншою глобальною медичною та соціальною проблемою, з якою стикнулася Україна останніми роками, стала пандемія коронавірусної інфекції COVID-19. У багатьох дослідженнях переконливо доведено негативний вплив COVID-19 на соматичне і психічне здоров'я, зокрема, щодо виразності депресивної і тривожної симптоматики, а також проявів посттравматичного стресового розладу, що істотно перевищує показники, притаманні популяції загалом [10—15].

Питання вивчення якості життя (ЯЖ) пацієнтів з різними формами психічної патології останніми десятиліттями привертають особливу увагу дослідників. Це пов'язане з переходом від патерналістської моделі надання психіатричної допомоги до партнерської, в рамках якої ЯЖ розглядають як один з провідних критеріїв оцінки стану психічного здоров'я та адаптації пацієнта, що відображає основні аспекти його психічного, соціального та фізичного функціонування [16; 17]. Водночас актуальні питання ЯЖ УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, зали-

шаються практично не дослідженими, що утруднює розробку персоніфікованих лікувально-реабілітаційних заходів для цього контингенту.

Метою дослідження було встановлення особливостей ЯЖ в УБД з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, ми протягом 2020—2022 років обстежили 252 пацієнти чоловічої статі, які брали участь у бойових діях, яким встановлено діагноз неспсихотичний психічний розлад (НПР) відповідно до МКХ-10. Обстежених поділено на дві групи: пацієнти, які не хворіли на COVID-19, кількістю 132 особи, та пацієнти, які перенесли захворювання на COVID-19, кількістю 120 осіб. Вивчали ЯЖ з використанням методики оцінки якості життя I. Mezzich et al. (1999) в адаптації Н. О. Марути (2001) [18].

Статистичний аналіз розбіжностей проводили з використанням непараметричного тесту Манна—Уїтні. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95 % ($p < 0,05$).

Виходячи з цього, ми вивчили особливості ЯЖ та соціального функціонування УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, порівнюючи з тими, що не хворіли на COVID-19.

Кількісні показники ЯЖ в УБД, які хворіли та не хворіли на COVID-19, наведено у таблиці.

Кількісні показники якості життя в учасників бойових дій, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)

Сфера ЯЖ	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19
Фізичне благополуччя	$7,67 \pm 1,10 / 8,00$ (7,00 – 8,00)	$7,10 \pm 1,29 / 8,00$ (6,00 – 8,00)
Психологічне (емоційне) благополуччя	$5,59 \pm 1,95 / 6,00$ (4,00 – 7,00)	$4,60 \pm 1,96 / 5,00$ (3,00 – 6,00)
Самообслуговування і незалежність дій	$9,46 \pm 0,78 / 10,00$ (9,00 – 10,00)	$9,03 \pm 1,01 / 9,00$ (8,00 – 10,00)
Працездатність	$7,70 \pm 1,35 / 8,00$ (7,00 – 9,00)	$7,02 \pm 1,48 / 7,00$ (6,00 – 8,00)
Міжособистісна взаємодія	$6,15 \pm 2,32 / 7,00$ (5,00 – 8,00)	$4,91 \pm 2,45 / 5,00$ (2,00 – 7,00)
Соціоемоційна підтримка	$9,23 \pm 1,01 / 10,00$ (9,00 – 10,00)	$8,75 \pm 1,20 / 9,00$ (7,50 – 10,00)
Громадська і службова підтримка	$9,40 \pm 0,73 / 10,00$ (9,00 – 10,00)	$9,01 \pm 0,91 / 9,00$ (8,00 – 10,00)
Особистісна реалізація	$5,96 \pm 1,98 / 6,00$ (4,00 – 8,00)	$4,95 \pm 2,06 / 5,00$ (3,00 – 6,00)
Духовна реалізація	$7,76 \pm 1,06 / 8,00$ (7,00 – 9,00)	$7,23 \pm 1,01 / 7,00$ (6,00 – 8,00)
Загальне сприйняття життя	$4,88 \pm 1,90 / 5,00$ (3,00 – 6,00)	$3,92 \pm 1,74 / 4,00$ (2,00 – 5,00)
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	$18,14 \pm 4,87 / 19,00$ (14,00 – 21,00)	$15,62 \pm 4,88 / 17,00$ (11,00 – 19,00)
Виконання соціальних ролей	$29,28 \pm 6,26 / 30,50$ (25,50 – 35,00)	$25,91 \pm 6,87 / 26,00$ (19,00 – 31,50)
Зовнішні життєві умови	$26,39 \pm 2,70 / 28,00$ (25,00 – 29,00)	$24,98 \pm 3,04 / 25,00$ (21,50 – 28,00)
Показник якості життя	$7,38 \pm 1,37 / 7,70$ (6,40 – 8,50)	$6,65 \pm 1,47 / 6,80$ (5,20 – 7,80)

Примітка. Дані наведено у форматі: $M \pm m / Me$ ($Q_{25} - Q_{75}$), бали, де M — середня арифметична величина; m — похибка середньої арифметичної; Me — медіана; ($Q_{25} - Q_{75}$) — різниця між верхнім та нижнім кuartилями, тобто міжкuartильний діапазон. Розбіжності значущі ($p < 0,01$)

Загальною тенденцією, притаманною обстеженому контингенту, були низькі показники ЯЖ у сферах, що відображають психологічне функціонування, і, меншою мірою — фізичне функціонування, при збереженні високих показників у сферах, що стосуються впливу оточення і соціальної підтримки.

Зокрема, показник ЯЖ у сфері фізичного благополуччя, яка відображає відчуття енергії, відсутність

соматичного болю і фізичних проблем, у обстежених пацієнтів загалом виявився зниженим. Водночас в УБД, які не хворіли на COVID-19, середнє значення показника було значуще вищим як порівняти з УБД, які перехворіли на COVID-19 ($7,67 \pm 1,10$ балів проти $7,10 \pm 1,29$ балів, $p < 0,01$). Такі відмінності, ймовірно, відображають наявний широкий спектр постковідних соматичних ускладнень, що розвиваються

у великій кількості тих, що перехворіли (слід зазначити, що обстежений контингент становили люди, які були соматично практично здоровими до моменту захворювання, тому виявлене у них зниження показника у сфері фізичного здоров'я, як порівняти з максимальним, є доволі суттєвим).

Показник у сфері психологічного (емоційного) благополуччя, яка охоплює суб'єктивну оцінку індивідом самопочуття, задоволеність собою, відчуття психологічного комфорту і задоволеність власною психічною діяльністю, в УБД з НПР виявився вельми низьким. Водночас в УБД, які не хворіли на COVID-19, він був значуще вищим: $5,59 \pm 1,95$ балів проти $4,60 \pm 1,96$ балів в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19 ($p < 0,01$). Очевидно, зниження показника ЯЖ у сфері психологічного (емоційного) благополуччя в УБД з НПР відображає насамперед негативний вплив психічного розладу, а в обстежених, що хворіли на COVID-19, — також прямі і непрямі наслідки впливу коронавірусної інфекції на психіку (у інших наших дослідженнях, виконаних на цьому самому контингенті обстежених, виявлені виражені ознаки постковідної астенії, постковідних афективних розладів, зниження когнітивного функціонування у поєднанні з посттравматичними та іншими непсихотичними розладами).

Показник у сфері самообслуговування і незалежності дій, що оцінює здатність людини до виконання повсякденних життєвих завдань і прийняття власних рішень, загалом в УБД з НПР виявився достатньо високим (понад 9 балів). Водночас в УБД, які не хворіли на COVID-19, показник становив $9,46 \pm 0,78$ балів, що значуще більше, ніж в УБД, які хворіли на COVID-19: $9,03 \pm 1,01$ бала ($p < 0,01$). Загалом, одержані дані дають змогу зробити висновки про збереження в УБД з НПР можливостей для повсякденного функціонування у достатньому ступені.

У сфері працездатності, що оцінює можливість виконувати трудові, шкільні чи домашні обов'язки, показник ЯЖ в УБД з НПР виявився зниженим, що, ймовірно, відображає зниження рівня фізичного та психічного здоров'я внаслідок захворювання на НПР та COVID-19. Водночас в УБД, які не хворіли на COVID-19, показник виявився значуще вищим, ніж у пацієнтів, які хворіли на COVID-19: $7,70 \pm 1,35$ балів проти $7,02 \pm 1,48$ балів ($p < 0,01$).

Показники у сфері міжособистісної взаємодії, що оцінює можливість відповідати і підтримувати гарні відносини з родиною, друзями, соціальними групами, у обстежених пацієнтів виявився низьким, що, на нашу думку, відображає загальне зниження рівня психічного функціонування внаслідок НПР і постковідних ускладнень. Водночас в УБД, які не хворіли на COVID-19, показник становив $6,15 \pm 2,32$ балів, що значуще вище, ніж в УБД з НПР, які перенесли COVID-19: $4,91 \pm 2,45$ балів ($p < 0,01$).

Показник у сфері соціоемоційної підтримки, що оцінює наявність людей, яким індивід довіряє, і які можуть запропонувати йому допомогу та емо-

ційну підтримку, в УБД з НПР загалом виявився доволі високим. Водночас в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, показник був значуще вищим як порівняти з УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19: $9,23 \pm 1,01$ бала проти $8,75 \pm 1,20$ балів ($p < 0,01$).

Показник у сфері громадської і службової підтримки, яка включає приємних і безпечних сусідів, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів, в УБД з НПР загалом виявився високим, що відображає високий рівень суспільної підтримки військовослужбовців в Україні: в УБД, які не хворіли на COVID-19, він становив $9,40 \pm 0,73$ бали проти $9,01 \pm 0,91$ бала в УБД, які хворіли на COVID-19. Розбіжності між групами — статистично значущі ($p < 0,01$). Нижчі показники за цією сферою в УБД, які перенесли COVID-19, на нашу думку, пов'язані з загальним гіршим станом фізичного і психічного здоров'я у цих пацієнтів, що відбивається на сприйнятті ними мікросоціального оточення та власного соціально-психологічного функціонування.

Натомість, показник у сфері особистісної реалізації, що включає наявні почуття рівноваги, власної солідарності, одержання задоволення від сексу, мистецтва тощо, в УБД з НПР виявився доволі низьким, що, ймовірно, відображає вплив психічного захворювання, а в УБД з НПР, які хворіли на COVID-19, також вплив коронавірусної інфекції. Підтвердженням цього є значуще вищі показники в УБД, які не хворіли на COVID-19: $5,96 \pm 1,98$ балів проти $4,95 \pm 2,06$ балів ($p < 0,01$).

Аналогічно, показник у сфері духовної реалізації, що включає почуття віри, релігійність і вихід за межі звичайного матеріального життя, в УБД з НПР був дещо зниженим. Водночас у обстежених, які не хворіли на COVID-19, показник виявився значуще вищим як порівняти з УБД з НПР, які хворіли на COVID-19: $7,76 \pm 1,06$ балів проти $7,23 \pm 1,01$ бала ($p < 0,01$).

У сфері загального сприйняття життя, що включає відчуття задоволеності і щастя у житті взагалі, при загальному низькому показнику в УБД з НПР, у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, показник був значуще вищим: $4,88 \pm 1,90$ балів проти $3,92 \pm 1,74$ бали ($p < 0,01$). Зниження показника за цією сферою є закономірним відображенням впливу психічного розладу та коронавірусної інфекції на психічне та соціальне функціонування пацієнтів.

Дослідження ЯЖ в інтегральних сферах в УБД з НПР підтвердили закономірності, виявлені в окремих сферах ЯЖ. Зокрема, показники в УБД, які не хворіли на COVID-19, виявилися значуще вищими, ніж у пацієнтів, які хворіли на COVID-19. Показник за інтегральною шкалою суб'єктивного благополуччя/задоволеності в УБД, які не хворіли на COVID-19, становив $18,14 \pm 4,87$ балів проти $15,62 \pm 4,88$ балів у пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію; показник у сфері виконання соціальних ролей — відповідно $29,28 \pm 6,26$ балів проти $25,91 \pm 6,87$ балів ($p < 0,01$); у сфері зовнішніх життєвих умов — відповідно $26,39 \pm 2,70$ балів проти $24,98 \pm 3,04$ бали ($p < 0,01$).

Загальний показник ЯЖ в УБД з НПР виявився зниженим, що закономірно відображає погіршення ЯЖ в окремих сферах, пов'язане з психічним розладом і коронавірусною інфекцією. Водночас в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, показник був значуще нижчим: $6,65 \pm 1,47$ балів проти $7,38 \pm 1,37$ балів ($p < 0,01$), що свідчить про негативний вплив перенесеної коронавірусної інфекції на якість життя.

Отже, виявлені закономірності переконливо свідчать про негативний вплив перенесеного COVID-19 в учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами на якість життя загалом та на окремі її сфери. Водночас найбільш виражений негативний вплив неспсихотичних психічних розладів і коронавірусної інфекції виявлений на сфери психологічного (емоційного благополуччя), особистісної реалізації, міжособистісної взаємодії та загального сприйняття життя.

Виявлені закономірності слід брати до уваги під час розроблення лікувальних та реабілітаційних заходів для учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

Список літератури

1. Peace and Security / Bulletin of United Nations. New York: UN, 2020. 36 p. URL: <https://www.un.org/en/global-issues/peace-and-security>.
2. Outcome-oriented moral evaluation in terrorists / Baez S., Herrera E., Garcia A. [et al.] // *Nature Human Behaviour*. 2017. Vol. 1, issue 6. P. 118. DOI: 10.1038/s41562-017-0118.
3. Berk R. An impact assessment of machine learning risk forecasts on parole board decisions and recidivism // *Journal of Experimental Criminology*. 2017. Vol. 13. Issue: 2. P. 193—216. NCJ Number. 251969.
4. Зелений Д. А. Захисні механізми психіки у військово-службовців, які брали участь в АТО // Тези доповідей XVI Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих учених «Шевченківська весна 2018: військові науки» 29 березня 2018. С. 33—34. URL: https://mil.knu.ua/files/241_1536908309.pdf.
5. Харченко А. О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 58. С. 67—79. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2018_58_8.
6. Psychological treatments delivered by lay community health workers in low-resource government health systems: Effectiveness of group interpersonal psychotherapy for caregivers of children affected by nodding syndrome in Uganda / Mutamba, B., Kane, J., De Jong, J. [et al.] // *Psychological Medicine*. 2018. Vol. 48(15). P. 2573—2583. DOI: 10.1017/S0033291718000193.
7. Social Cognitive Training Improves Emotional Processing and Reduces Aggressive Attitudes in Ex-combatants / Trujillo S., Trujillo N., Lopez J. D. [et al.] // *Front. Psychol*. 2017. 6; 8. P. 510. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00510.
8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи (навчальний посібник) / заг. ред. Л. Гридковець. Т. 3. Київ: Міністерство соціальної політики України. 2018. С. 27—
44. URL: https://ru.scribd.com/document/478756416/Основи_реабилитационной_психологии-Том-3.
9. Юр'єва Л. М. Неспсихотичні психічні розлади у осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту / Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов // *Медичні перспективи*. 2019. Т. 24, вип. 4. С. 112—120. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601>.
10. Mental Health Consequences during the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Spain / González-Sanguino C., Ausín B., Castellanos M. A. [et al.] // *Brain Behav. Immun*. 2020. Jul; 87. P. 172—176. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.040.
11. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in southwestern China / Lei L., Huang X., Zhang S. [et al.] // *Med. Sci. Monit*. 2020. Apr 26; 26: e924609. DOI: 10.12659/MSM.924609.
12. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors / Mazza C., Ricci E., Biondi S. [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. May 2;17(9): 3165. DOI: 10.3390/ijerph17093165.
13. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China / Wang C., Pan R., Wan X. [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Mar 6; 17(5): 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729.
14. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China / Wang C., Pan R., Wan X. [et al.] // *Brain Behav. Immun*. 2020. Jul; 87: 40—48. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.
15. Zhang Y. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: a cross-sectional study / Y. Zhang, Z. F. Ma // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Mar 31; 17(7): 2381. DOI: 10.3390/ijerph17072381.
16. Lo C. M. Prevalence and impacts of poor sleep on quality of life and associated factors of good sleepers in a sample of older Chinese adults / C. M. Lo, P. H. Lee // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012. Vol. 10 (72). DOI: 10.1186/1477-7525-10-72.
17. Буздиган О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 4 (89). С. 47—53. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2016_24_4_12.
18. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]. Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004.

References

1. *Peace and Security* / Bulletin of United Nations. (2020). New York: UN. 36 p. <https://www.un.org/en/global-issues/peace-and-security>.
2. Sandra Baez, Eduar Herrera, Adolfo M. García, Facundo Manes, Liane Young and Agustín Ibáñez Outcome-oriented moral evaluation in terrorists. *Nature Human Behaviour*. 2017. Vol. 1, issue 6. P. 118. doi: 10.1038/s41562-017-0118.
3. Berk R. (2017) An impact assessment of machine learning risk forecasts on parole board decisions and recidivism. *J. Exp. Criminol*. Vol. 13. Issue: 2. P. 193—216. NCJ Number. 251969.

4. Zelenyi D. A. Zakhysni mekhanizmy psyykhyky u viiskovosluzhbovtiv, yaki braly uchast v ATO // *Tezy dopovidei XVI Mizhnarodnoi naukovoï konferentsii studentiv, aspirantiv ta molodykh uchenykh «Shevchenkivska vesna 2018: viiskovi nauky»* 29 bereznia 2018. S. 33—34. https://mil.knu.ua/files/241_1536908309.pdf. (In Ukrainian).
5. Kharchenko A. O. Strukturni osoblyvosti emotsiinoi sfery uchastnykiv boiovykh diï z poststresovoiu psyykholohichnoiu dezadaptatsiieiu. *Visnyk Kharkivskoho natsionalnoho pedahohichnoho universytetu imeni H. S. Skovorody. Serii: "Psyykholohiia"*. 2018. Vyp. 58. S. 67—79. http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2018_58_8. (In Ukrainian).
6. Mutamba, B., Kane, J., De Jong, J., Okello, J., Musisi, S., & Kohrt, B. (2018). Psychological treatments delivered by community health workers in low-resource government health systems: Effectiveness of group interpersonal psychotherapy for caregivers of children affected by nodding syndrome in Uganda. *Psychological Medicine*, 48(15), 2573-2583. doi: 10.1017/S0033291718000193.
7. Trujillo S, Trujillo N, Lopez JD, Gomez D, Valencia S, Rendon J, Pineda DA, Parra MA. Social Cognitive Training Improves Emotional Processing and Reduces Aggressive Attitudes in Ex-combatants. *Front Psychol*. 2017 Apr 6;8:510. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00510.
8. *Osnovy reabilitatsiinoi psyykholohii: podolannia naslidkiv kryzy (navchalnyi posibnyk)* / zah. red. L. Hrydkovets. T. 3. Kyiv, Ministerstvo sotsialnoi polityky Ukrainy. 2018. S. 27—44. <https://ru.scribd.com/document/478756416/Osnovy-reabilitatsiinoi-psyykholohii-Tom-3>. (In Ukrainian).
9. Yuryeva L. M., Shusterman T. Y., Likholeto E. O. Nepsykhotychni psyykhychni rozlady u osib, shcho zaznaly psyykhosotsialnoho stresu v umovakh viiskovoho konfliktu. *Medychni perspektyvy*. 2019. T. 24, vyp. 4. S. 112—120. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601> DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601>. (In Ukrainian).
10. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040.
11. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit*. 2020 Apr 26;26:e924609. doi: 10.12659/MSM.924609.
12. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 2;17(9):3165. doi: 10.3390/ijerph17093165.
13. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
14. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, Choo FN, Tran B, Ho R, Sharma VK, Ho C. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:40-48. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.
15. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 31;17(7):2381. doi: 10.3390/ijerph17072381.
16. Lo CM, Lee PH. Prevalence and impacts of poor sleep on quality of life and associated factors of good sleepers in a sample of older Chinese adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2012 Jun 18;10:72. doi: 10.1186/1477-7525-10-72.
17. Buzdyhan O. H. Dyferentsiiovani pidkhydy do psyykhosotsialnoi reabilitatsii khvorykh na shyzofreniiu z urakhu-vanniam kliniko-funktsionalnykh hendernykh osoblyvostei. *Ukrainskyi visnyk psyykhonevrolohii*. 2016. T. 24, vyp. 4 (89). S. 47—53. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2016_24_4_12. (In Ukrainian).
18. Maruta N. A., Panko T. V., Yavdak I. A., Semykina E. E. i dr. *Kriteriy kachestva zhizni v psykhiatricheskoy praktike*. Kharkov : RIF Arsis, LTD, 2004. (In Russian).

Надійшла до редакції 13.02.2023

Відомості про авторів:

КОВАЛЬ Маріанна Євгенівна, асистент кафедри*; e-mail: kovalmarianna215@gmail.com

ВЕНГЕР Олена Петрівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*

* — кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна

Information about the authors:

KOVAL Marianna, MD, Assistant of Department**, e-mail: kovalmarianna215@gmail.com

VENGER Olena, Doctor of Medical Sciences, Head of Department**

** — Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the I. Horbachevsky's Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Г. М. Кожина, К. О. Зеленська

**КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СТРЕСАСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ
В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ**

Н. М. Kozhyna, K. O. Zelenska

**CLINICAL PHENOMENOLOGY OF STRESS-RELATED DISORDERS
IN CONDITIONS OF FULL-SCALE INVASION**

Ключові слова: стресасоційовані розлади, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), розлади адаптації, повномасштабне вторгнення

Keywords: stress-related disorders, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, adjustment disorders, full-scale invasion

У населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відбувається одночасне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації. Психотравматичні чинники у теперішньому та майбутньому негативно відбиваються на рівні як громадського здоров'я (психічного та соматичного), так і індивідуального.

У процесі роботи ми з дотриманням принципів деонтології та біоетики провели комплексне клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження 256 хворих на стресасоційовані розлади, обох статей (135 жінок та 121 чоловік), віком 25—65 років.

Як показали результати дослідження, клінічна структура стресасоційованих розладів у обстежених хворих була представлена: посттравматичним стресовим розладом — 29,2 % чоловіків та 26,9 % жінок; розладами адаптації — 41,5 % та 39,8 % обстежених відповідно, тривожними розладами — 29,3 % чоловіків та 33,3 % жінок. Як показали результати психодіагностичного дослідження, за шкалою виразності травматичного стресу 61,1 % обстежених чоловіків та 65,4 % жінок мають «повний», а 35,2 % та 38,2 % обстежених відповідно — «частковий» стресовий розлад.

Базуючись на отриманих у процесі роботи даних, ми розробили комплексну персоналізовану систему корекції стресасоційованих розладів.

In the modern conditions of full-scale Russian military aggression, the population of Ukraine undergoes a parallel formation of both individual and collective traumatization. These factors now and in the future have a negative impact on both public health (mental and physical) and individual health.

In the course of study in compliance with the principles of deontology and bioethics, a comprehensive clinical-psychopathological and pathopsychological examination of 256 patients with stress-related disorders, of both sexes (135 women and 121 men), aged 25—65 years, was conducted.

As the results of the study showed, the clinical structure of stress-related disorders in the examined patients was represented by: post-traumatic stress disorder — 29.2 % of men and 26.9 % of women; adjustment disorders — 41.5 % and 39.8 % of the examined, respectively, anxiety disorders — 29.3 % of men and 33.3 % of women. As reported by results of the psychodiagnostic study, according to IES-R, 61.1 % of the examined males and 65.4 % of the females have a "full" stress disorder, for 35.2 % and 38.2 % of the examined, respectively, a "partial" stress disorder.

A comprehensive personalized system was developed for the correction of stress-related disorders, based on the data obtained during this research work.

Воєнні події чинять великий вплив на людину та стають провідною причиною появи бойових психічних травм, розвитку гострих стресових та посттравматичних стресових розладів. Психогенні розлади під час воєнних дій, стихійних лих, соціальних заворушень, масових катастроф мають переважне значення у зв'язку з тим, що можуть одночасно розвиватися у великої кількості людей [1; 2].

Повномасштабне вторгнення стає причиною перебування населення України у поліфакторному стресорному стані, крайніми формами якого є стресасоційовані розлади. За оцінками ВООЗ, кожна п'ята особа, яка зазнала впливу війни, перебуває під ризиком розвитку психічних захворювань, для України це майже 8,5 млн осіб. Зокрема, за прогнозами Міністерства охорони здоров'я, психіатричної та ме-

дико-психологічної допомоги через наслідки війни потребуватимуть понад 15 млн українців [3—5].

У населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відбувається одночасне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно відбивається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я [6].

Вивчення специфіки клінічної структури, розроблення новітніх напрямів діагностики, терапії стресасоційованих розладів та реабілітації осіб, постраждалих внаслідок повномасштабного вторгнення, безумовно є одним з найважливіших соціальних та медичних питань сьогодення [7; 8].

Викладене вище зумовило актуальність нашого дослідження, у процесі якого вивчали клінічну картину стресасоційованих розладів у мешканців прифронтових регіонів.

У процесі роботи ми з дотриманням принципів біоетики і деонтології провели комплексне клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження 256 хворих на стресасоційовані розлади, обох статей (135 жінок та 121 чоловік), віком 25—65 років.

Як показали результати дослідження, клінічна структура стресасоційованих розладів у обстежених хворих була представлена: посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) — 29,2 % чоловіків та 26,9 % жінок; розладами адаптації — 41,5 % та 39,8 % обстежених відповідно, тривожними розладами — 29,3 % чоловіків та 33,3 % жінок.

У клінічній картині ПТСР спостерігалися пригнічений фон настрою (49,8 % чоловіків та 61,2 % жінок), звуження кола інтересів (38,5 % та 41,5 % відповідно), нав'язливі спогади обстрілів (45,6 % чоловіків та 54,6 % жінок), що спричиняли депресивні переживання, розлади сну (66,3 % та 68,9 % відповідно), флешбеки (39,5 % чоловіків та 42,3 % жінок), нестриманість афекту (36,9 % та 33,4 % відповідно), дисфорії (33,8 % чоловіків та 39,5 % жінок), апатія (41,1 % та 46,8 % відповідно), відчуття внутрішньої напруги з неможливістю розслабитися (51,3 % чоловіків та 62,3 % жінок). Водночас за шкалами депресії та тривоги Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression — HRDS, Hamilton Anxiety Rating Scale — HARS) у 45,2 % обстежених чоловіків та 48,9 % жінок відзначали важкий депресивний та у 49,2 % і 45,5 % відповідно — важкий тривожний епізоди. За шкалою для клінічної діагностики ПТСР (Clinical administered PTSD Scale, CAPS) стан хворих відповідав стану клінічно виражених проявів ПТСР.

У клінічній картині розладів адаптації в обстежених хворих найчастіше визначали депресивну симптоматику (52,8 % чоловіків та 61,1 % жінок), безпідставну тривогу, відчуття внутрішньої напруги (47,1 % та 52,2 % відповідно), різного роду страхи та побоювання (34,5 % та 35,5 % відповідно), ангедонію (31,8 % чоловіків та 33,1 % жінок), апатію (32,6 % та 33,9 % відповідно), астеничну симптоматику (56,8 % чоловіків та 59,2 % жінок) та розлади сну (38,9 % та 40,1 % відповідно). За шкалами тривоги та депресії Гамільтона у обстежених хворих визначали помірний депресивний (36,3 % чоловіків та 38,8 % жінок) та помірний тривожний (38,8 % і 41,0 % відповідно) епізоди.

Тривожні розлади проявлялися невмотивованою, стійкою, постійною тривогою (44,2 % чоловіків та 49,8 % жінок) або непередбачуваними нападами важкої тривоги (45,8 % та 51,2 % відповідно), почуттям небезпеки, загрози (41,8 % чоловіків та 42,3 % жінок), невиправданим занепокоєнням (69,2 % та 73,5 % відповідно), безсонням (43,2 % чоловіків та 44,8 % жінок). Обстеженим хворим були притаманні помірний депресивний (61,1 % чоловіків та 45,3 % жінок) і важкий тривожний (56,8 % і 61,1 % відповідно) епізоди.

Як показали результати психодіагностичного дослідження, за опитувальником травматичного стресу (Котенев О. І., 1996) 61,1 % обстежених чоло-

віків та 65,4 % жінок мають «повний», 35,2 % та 38,2 % обстежених відповідно — «частковий» стресовий розлад.

За шкалою оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R; Weiss, Marmar, Metzler, 1996) важкі клінічні прояви ПТСР мають 64,6 % обстежених чоловіків та 65,8 % жінок, водночас високий рівень впливу травматичної події визначений за усіма шкалами: вторгнення (55,3 % чоловіків та 56,4 % жінок), уникнення (46,2 % та 53,4 % відповідно) та фізіологічна збудливість (33,5 % чоловіків та 35,9 % жінок).

У 57,2 % обстежених чоловіків та у 63,2 % жінок виявлений надвисокий рівень, у 28,6 % та 30,3 % обстежених відповідно підвищений рівень соціальної фрустрованості, яка зумовлена чинниками бойового стресу. Соціальна фрустрованість найчастіше проявляється дезорганізацією свідомості й діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи, що є чинником, який суттєво впливає на соціальну адаптацію хворих зі стресасоційованими розладами.

Базуючись на отриманих у процесі роботи даних, ми розробили комплексну персоніфіковану систему корекції стресасоційованих розладів.

Список літератури

1. Марута Н. О. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко // Львівський клінічний вісник. 2020. № 1 (29). С. 21—28. DOI: <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>
2. Юр'єва Л. М. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту / Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов // Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 4. С. 112—120. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601>
3. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria / D. G. Kilpatrick, H. S. Resnick, M. E. Milanak [et al.] // Journal of Traumatic Stress. 2013. Vol. 26(5). P. 537—547. DOI: 10.1002/jts.21848.
4. Хаустова О. О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні // Здоров'я України. 2022. № 4. С. 22—24. URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2022/Nevro_4_2022/Nevro_4_2022_st22.pdf
5. Маркова М. В. Постстресова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу. Харків: Друкарня «Мадрид», 2019. 492 с.
6. Чабан О. С. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно врахувати при наданні медичної допомоги? / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український медичний часопис. 2022. № 4 (150) — VII/VIII. URL: <https://www.umj.com.ua/article/232297/mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi>
7. Марута Н. О. Особливості порушень психічного здоров'я та механізми їх формування у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Т. В. Панько, Г. Ю. Каленська // Український

вісник психоневрології. 2019. Т. 27, вип. 4 (101). С. 45—51. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V27-is4-2019-8>.

8. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У двох томах. Переклад з англійської Тетяна Семігіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017, Т. 1. 579 с.

References

1. Maruta N. O., Kalenska G. Yu., Fedchenko V. Yu. Psykhologichni faktory ryzyku vynyknennia psykhichnykh rozladiv u vnutrishno peremishchenykh osib. *Lvivskyi klinichnyi visnyk*. 2020. 1 (29), 21—28. DOI: <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>. (In Ukrainian).

2. Yuryeva L. M., Shusterman T. Y., Likholetov Ye. O. (2019). Nepsykhotychni psykhichni rozlady v osib, shcho zaznaly psykhosotsialnoho stresu v umovakh viiskovoho konfliktu. *Medychni perspektyvy*. 24 (4), 112—120. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601>. (In Ukrainian).

3. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress*. 2013 Oct;26(5):537-47. doi: 10.1002/jts.21848.

4. Khaustova O. O. (2022). Tryvozhno-depresyvnii rozlad v umovakh dystresu viiny v Ukraini. *Zdorovia Ukrainy*. 4, 22—24. URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2022/Nevro_4_2022/Nevro_4_2022_st22.pdf. (In Ukrainian).

5. Markova M. V. *Poststresova psykhologichna dezadaptatsiia: zakonornosti rozvytku i spetsyfika klinichnykh proiaviv dezadaptivnykh staniv u okremykh spetsyfichnykh hrup naselennia, vrazlyvykh do dii makrosotsialnoho stresu*. Kharkiv : Drukarnia Madryd, 2019. 492 p. (In Ukrainian).

6. Chaban O. S., Khaustova O. O. Medyko-psykhologichni naslidky dystresu viiny v Ukraini: shcho my ochikuemo ta shcho potribno vrakhovuvaty pry nadanni medychnoi dopomohy? *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. 2022. 4 (150) (VII/VIII), <https://www.umj.com.ua/article/232297/mediko-psiologichni-naslidki>

distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi. (In Ukrainian).

7. Maruta N. O., Panko T. V., Kalenska G. Yu. Osoblyvosti porushen psykhichnoho zdorovia ta mekhanizmy yikh formuvannia u vnutrishno peremishchenykh osib. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2019. 27 (4 (101)), 45—51. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V27-is4-2019-8>. (In Ukrainian).

8. *Okhorona psykhichnoho zdorovia v umovakh viiny. U dvokh tomakh*. Pereklad z anhliiskoi Tetiana Semyhina, Iryna Pavlenko, Yevheniia Ovsiannikova [ta in.]. K. : Nash format, 2017, T. 1. 579 s. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 28.02.2023

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com
ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

* — кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

Information about the authors:

KOZHYNNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department**; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com

ZELENSKA Kateryna, MD, PhD, Associate Professor of the Department **; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

В. В. Косовський

НЕЙРОКОГНІТИВНІ КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУ ВІДНОВЛЕННЯ
ПРИ ПЕРВИННОМУ ПСИХОТИЧНОМУ ЕПІЗОДІ

V. V. Kosovskyi

NEUROCOGNITIVE CRITERIA FOR PREDICTING RECOVERY IN A PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE

Ключові слова: первинний епізод психозу, повне відновлення, неповне відновлення, нейропсихологічні особливості, прогностичні критерії

Keywords: primary psychotic episode, complete recovery, incomplete recovery, neuropsychological features, prognostic criteria

На ґрунті обстеження 160 пацієнтів з первинним психотичним епізодом (49 пацієнтів з діагнозом шизофренія (F20), 59 — з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад (F23) та 52 — з діагнозом шизоафективний розлад (F25)), що перебували під спостереженням протягом року, проаналізовані та описані нейрокогнітивні особливості пацієнтів, що зумовлюють повний та неповний вихід з психозу. Встановлено, що повне відновлення при первинному психотичному епізоді зумовлюють збереженість когнітивного функціонування, зокрема пам'яті та вербальної швидкості, а також більша варіативність в способах когнітивної регуляції емоцій та наявність одночасно з дезадаптивними способами адаптивних варіантів регуляції, зокрема позитивного фокусування та прийняття.

Were examined 160 patients with primary psychotic episode (49 patients diagnosed with schizophrenia (F20), 59 with a diagnosis of acute polymorphic psychotic disorder (F23) and 52 with a diagnosis of schizoaffective disorder (F25)), who were under observation for 1 year. Were analyzed and described neurocognitive features of patients, which cause complete and incomplete exit from psychosis. It has been found that complete recovery in primary psychotic episode causes the preservation of cognitive functioning, in particular memory and verbal speed, as well as greater variability in methods of cognitive regulation of emotions and the presence of an outfit with maladaptive methods of adaptive regulation options, in particular positive focusing and acceptance.

Висока поширеність психозів та їх негативні наслідки, асоційовані з соціальною та мікросоціальною дисфункцією, зумовлюють нагальну потребу в дослідженнях та вдосконаленні заходів, спрямованих на оптимізацію виходу захворювання [1; 2]. Найбільш перспективним напрямом в розв'язанні цієї проблеми є концепція раннього втручання в психоз, що приводить до зниження тяжкості патологічного процесу, ризику розвитку когнітивного дефіциту, суїцидальної поведінки, прискорення формування ремісії та є передумовою відновлення соціального функціонування, запобігання хронізації патології, зменшення кількості рецидивів, госпіталізацій, їх тривалості та поліпшення медико-соціальних наслідків психозу [2—5].

У сучасних концепціях раннього втручання виділяють п'ять стадій: преморбідну, підвищеного ризику психозу, первинного психотичного епізоду, пізнього незавершеного одужання та хронізації. Раннє втручання в психоз на початкових його стадіях може знизити можливість його розвитку або зумовити його сприятливіший довгостроковий прогноз [4; 6]. В практичній площині найбільш ймовірним та можливим для начала терапії є первинний психотичний епізод (ППЕ) [3]. З огляду на клінічний поліморфізм ППЕ виявляються клінічні особливості його перебігу та виходу, внаслідок чого формується завершений ППЕ з повним відновленням або ППЕ з неповним відновленням та подальшим рецидивуванням. Критерії динаміки та виходу ППЕ є вельми важливими для визначення терапевтичної тактики,

поліпшення прогнозу та відновлення соціального функціонування пацієнтів.

Мета дослідження — дослідити та визначити нейрокогнітивні характеристики первинного психотичного епізоду при різних варіантах виходу з психозу.

В процесі досліджування обстежено 160 пацієнтів з ППЕ, серед яких 49 пацієнтів з діагнозом шизофренія (F20), 59 — з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад (F23) та 52 — з діагнозом шизоафективний розлад (F25). Усі пацієнти пройшли обстеження під час стаціонарного лікування та перебували під спостереженням протягом року, за результатами якого були розподілені на групи з повним (ПВ) та неповним відновленням (НВ). Групу з повним відновленням становили 84 пацієнти, які за результатами лікування та річного спостереження показали повний регрес клініко-психопатологічних ознак (повна ремісія) та характеризувались відновленням звичайного рівня соціального функціонування. До групи з неповним відновленням увійшли 76 пацієнтів з залишковою клініко-психопатологічною симптоматикою в ремісіях, подальшим рецидивуванням та зниженням рівня або браком відновлення соціального функціонування.

В роботі застосовано комплексний підхід, який полягав у використанні психометричних шкал (шкала оцінки позитивної та негативної симптоматики The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS та шкала особистісного та соціального функціонування Personal and Social Performance Scale, PSP, для об'єктивізації результатів первинного клінічного спостереження та результатів виходу з психозу)

та нейрокогнітивних методик (Адденбрукська когнітивна шкала — Addenbrooke's Cognitive Examination Revised, ACE-R та опитувальник когнітивної регуляції емоцій — Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ) [7—10]. Для статистичної обробки даних використовували методи описової статистики (визначення відсотків, середніх величин кількісних параметрів та їхніх стандартних помилок) та методи порівняльного аналізу (*t*-критерій Стьюдента, двосторонній тест Фішера, метод послідовного статистичного аналізу (підрахунок діагностичних коефіцієнтів (ДК) і міри інформативності Кульбака (MI)). Статистичне оброблення даних проводили з використанням пакета комп'ютерних програм Excel та Statistica 8.0.

Розподіл пацієнтів за формами патології у досліджуваних групах

Форми патології при первинному психотичному епізоді	ППЕ з повним відновленням (<i>n</i> = 84)		ППЕ з неповним відновленням (<i>n</i> = 76)	
	абс.	% ± <i>m</i> %	абс.	% ± <i>m</i> %
Шизофренія (F20)	21	42,86 ± 6,75	28	57,14 ± 7,79
Гострий поліморфний психотичний розлад (F23)	35	59,32 ± 6,52	24	40,68 ± 5,40
Шизоафективний розлад (F25)	28	53,85 ± 7,17	24	46,15 ± 6,64
Загалом	84	52,5 ± 2,28	76	47,5 ± 2,16

Умовні позначення: * — відмінності достовірно значущі, $p \leq 0,05$; значення подані у форматі (% ± *m* %) — відсоток від загальної кількості ± похибка відсотка; абс. — скорочено «абсолютна кількість»

Аналіз особливостей когнітивного функціонування досліджуваних здійснювали за результатами Адденбрукської когнітивної шкали. Згідно з отриманими результатами у пацієнтів з ППЕ в обох досліджуваних групах визначали когнітивне зниження, рівень якого відповідав дементним порушенням, вірогідність яких була особливо високою при ППЕ з НП на рівні чутливості 96—97 % (загальний бал за шкалою ACE-R в групі ППЕ з НП становив $78,26 \pm 3,87$), в групі ППЕ з ПВ цей показник становив $86,42 \pm 4,26$ балів, при достатньому порозі відсікання в 88 балів). Тобто, хворі з ППЕ, незалежно від групи порівняння, виявляли когнітивний дефіцит, рівень якого у пацієнтів з неповним відновленням відповідав більш вираженим дементним порушенням, як порівняти з пацієнтами з повним відновленням.

Когнітивне зниження (рис. 1а,б) при ППЕ з ПВ відбувалось переважно через порушення пам'яті ($21,34 \pm 1,72$ балів або 82,08 % від максимально можливої кількості балів за шкалою), також спостерігались незначні порушення мовних процесів ($22,42 \pm 2,18$ балів або 86,23 % від максимально можливої кількості балів за шкалою), порушень уваги та орієнтування ($15,68 \pm 1,43$ бали або 87,11 % від максимально можливої кількості балів за шкалою).

Когнітивний профіль пацієнтів з НП при ППЕ характеризувався більш зниженим рівнем когнітивного функціонування за всіма шкалами, особливо вираженими та значно виразнішими ніж в групі з ПВ виявлялись порушення пам'яті ($18,5 \pm 1,41$ бала або 71,15 % від максимально можливої кількості балів за шкалою, при $p \leq 0,05$ як порівняти з ППЕ з ПВ ($21,34 \pm 2,12$ балів,

Серед обстежених пацієнтів в релевантних пропорціях були представлені особи чоловічої ($46,25 \pm 2,13$ %) та жіночої статі ($53,75 \pm 2,3$ %), середній вік обстежених становив $28,8 \pm 4,1$ роки. Згідно з отриманими даними за результатами терапії протягом року $52,5 \pm 2,28$ % обстежених пацієнтів з ППЕ досягли повного відновлення. За формами патології в групі пацієнтів з повним відновленням здебільшого були представлені гострий поліморфний психотичний розлад (F23) — $59,32 \pm 6,52$ % та шизоафективні розлади (F25) — $53,85 \pm 7,17$ %, частка пацієнтів з діагнозом шизофренія (F20) переважала в групі з неповним відновленням — $57,14 \pm 7,79$ % (таблиця).

відповідно)) та вербальної швидкості ($8,76 \pm 0,92$ балів або 71,17 % від максимально можливої кількості балів за шкалою, при $p \leq 0,05$ як порівняти з ППЕ з ПВ ($10,73 \pm 1,14$ балів, відповідно)).

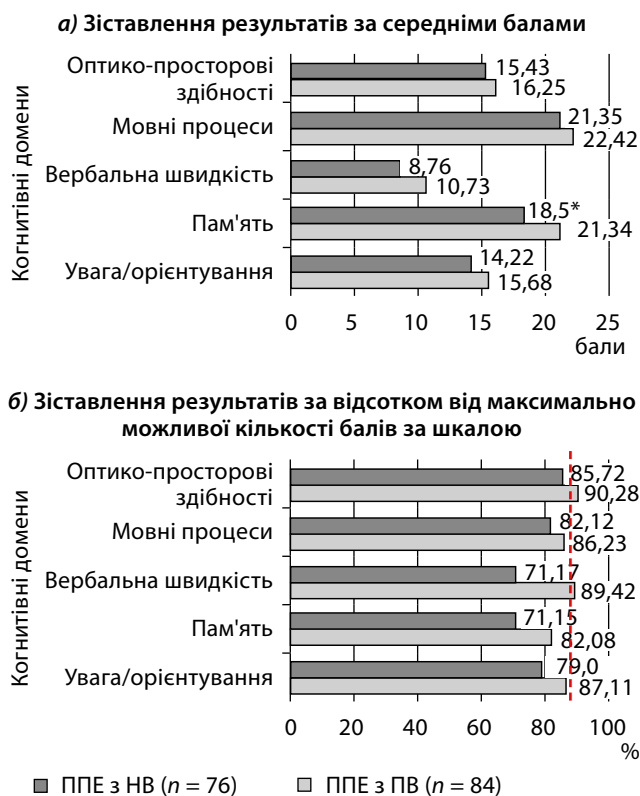


Рис. 1. Оцінка когнітивного профілю пацієнтів з ППЕ у групах порівняння (за результатами ACE-R)

Також серед когнітивних порушень у пацієнтів з НВ при ППЕ були виявлені порушення уваги/орієнтування ($14,22 \pm 1,25$ балів або 79,0 % від максимально можливої кількості балів за шкалою), мовних процесів ($21,35 \pm 2,28$ балів або 82,12 % від максимально можливої кількості балів за шкалою) та оптико-просторових здібностей ($15,43 \pm 1,41$ бала або 85,72 % від максимально можливої кількості балів за шкалою), але без достовірної різниці за рівнем з групою порівняння.

Для дослідження особливостей когнітивних процесів, пов'язаних із регуляцією емоцій, використовували Опитувальник когнітивної регуляції емоцій (CERQ). За отриманими результатами (рис. 2) визначено, що у пацієнтів з ППЕ обох груп серед способів когнітивної регуляції емоцій переважали передусім дезадаптивні варіанти регуляції. Зокрема, у пацієнтів з ППЕ з ПВ переважали катастрофізація ($13,65 \pm 1,54$ балів), румінації ($12,14 \pm 1,19$ балів) та звинувачення інших ($12,1 \pm 1,42$ балів), які також доповнювались одним із адаптивних способів регуляції емоцій — фокусування на плануванні ($12,36 \pm 1,38$ балів). Найменш представленими у пацієнтів цієї групи були передусім адаптивні стратегії, як-от позитивний перегляд ($8,76 \pm 1,15$ балів), позитивне перефокусування ($9,74 \pm 1,28$ балів) та переміщення у перспективу ($9,87 \pm 1,11$ бала).

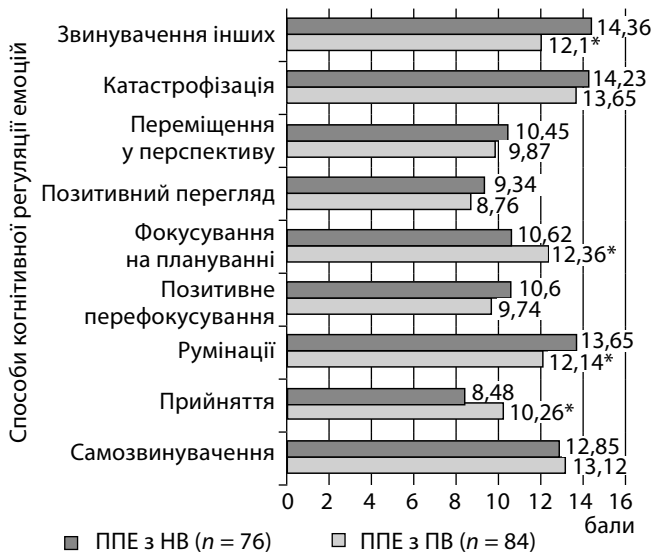


Рис. 2. Характеристики когнітивної регуляції емоцій у пацієнтів з ППЕ в групах порівняння (за результатами CERQ)

У групі хворих на ППЕ з НВ серед стратегій когнітивної регуляції емоцій найвиразнішими були виключно дезадаптивні варіанти регуляції, як-от звинувачення інших ($14,36 \pm 1,54$ балів), катастрофізація ($14,23 \pm 1,36$ балів), румінації ($13,65 \pm 1,18$ балів) та самозвинувачення ($12,85 \pm 1,23$ балів). Тоді як найменш вираженими були прийняття ($8,48 \pm 1,12$ балів) та позитивний перегляд ($9,34 \pm 1,26$ балів).

Статистичний порівняльний аналіз отриманих даних дав змогу визначити, що у пацієнтів з НВ при ППЕ були набагато вираженішими дезадаптивні способи регуляції емоцій, як-от звинувачення інших

($14,36 \pm 1,54$ балів) та румінації ($13,65 \pm 1,18$ балів), як порівняти з пацієнтами з ПВ при ППЕ ($12,1 \pm 1,42$ балів та $12,14 \pm 1,19$ балів, при $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,03$, відповідно). Тоді як у пацієнтів з ПВ при ППЕ достовірно більш вираженими були адаптивні способи регуляції емоцій за типом прийняття ($10,26 \pm 1,38$ балів) та фокусування на плануванні ($12,36 \pm 1,52$ балів), як порівняти з пацієнтами з НВ при ППЕ ($8,48 \pm 1,15$ балів та $10,62 \pm 1,27$ балів, при $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,05$, відповідно).

Тобто пацієнти з ППЕ обох груп характеризувались домінуванням дезадаптивних варіантів регуляції емоцій у вигляді звинувачення інших, катастрофізації та румінацій, які визначали схильність перекидатися провини за свої відчуття на інших з перебільшенням негативного змісту пережитого та зосередженням на негативних почуттях та думках, своєрідне «згущення барв», тобто перебільшення, застрягання та звинувачення оточення в тому, що доводиться переживати. Водночас пацієнти з НВ при ППЕ характеризувались переважанням виключно дезадаптивних варіантів регулювання емоцій та їх більшою виразністю, зокрема обвинувачення інших та румінації. Тоді як пацієнти з ПВ при ППЕ визначали більшу варіативність в способах регуляції емоцій, яка полягала в представленості поряд з неадаптивними також адаптивних варіантів регуляції, зокрема орієнтації на пошук варіантів з подолання, виходу та можливого розвитку ситуації (позитивне перефокусування), а також прийняття та примирення з тим, що відбулось.

Для визначення діагностичної цінності та інформативності виокремлених нейрокогнітивних ознак пацієнтів з ППЕ з повним та неповним відновленням та можливості їх використання як критеріїв прогнозу відновлення проведено їх послідовний частотний аналіз за групами порівняння з подальшим застосуванням процедури послідовного статистичного аналізу А. Вальда в модифікації Є. В. Гублера. Як вірогідні ознаки сприятливого прогнозу при ППЕ, що зумовлюють повне відновлення, були визначені: немає виразних когнітивних порушень ($\Sigma ACE-R \geq 78$ балів, $p \leq 0,01$, ДК = 1,29, MI = 0,11), збережені мнестичні функції (100 % виконання субтестів ACE-R на пам'ять, $p \leq 0,04$, ДК = 1,53, MI = 0,89) та мовна активність (100 % виконання субтесту ACE-R вербальна швидкість, $p \leq 0,034$, ДК = 1,51, MI = 0,095); виразність серед способів когнітивної регуляції емоцій стратегій «прийняття» (сума балів CERQ за шкалою ≥ 15 балів, $p \leq 0,033$, ДК = 1,58, MI = 0,1) та «фокусування на плануванні» (сума балів CERQ за шкалою ≥ 15 балів, $p \leq 0,033$, ДК = 1,58, MI = 0,1).

Прогностичні ознаки неповного відновлення включали такі характеристики: когнітивне зниження ($\Sigma ACE-R \leq 78$ балів, ДК $p \leq 0,001$, ДК = 2,73, MI = 0,326); виразні мнестичні порушення (бал ACE-R за субтестом пам'ять < 20 балів, $p \leq 0,002$, ДК = 1,35, MI = 0,1); виразність когнітивних стратегій регуляції емоцій за типами «звинувачення інших» (сума балів CERQ за шкалою ≥ 15 балів, $p \leq 0,047$, ДК = 1,44, MI = 0,078), «румінації» (сума балів CERQ за шкалою ≥ 15 балів, $p \leq 0,037$, ДК = 1,68, MI = 0,1) та «катастрофізації» (сума

балів CERQ за шкалою ≥ 15 балів, $p \leq 0,044$, ДК = 1,31, MI = 0,074).

Виокремлені ознаки можуть бути використані як мішені корекційних заходів для оптимізації виходу з психозу та як окремі нейропсихологічні маркери для прогнозування відновлення пацієнтів з ППЕ, однак слід зазначити, що вони не є самодостатніми для прогнозу відновлення та потребують доповнення клініко-психопатологічними маркерами для вірогідного прогнозування.

Список літератури

1. Шизофренія. Информационный бюллетень ВОЗ от 12.01.2022. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. Laursen T. M. Excess early mortality in schizophrenia / T. M. Laursen, M Nordentoft, P. B. Mortensen // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014. Vol. 10. P. 425—438. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657
3. Марута Н. А. Раннее вмешательство в течение психоза: роль современных антипсихотиков. По материалам V Национального конгресса неврологов, психиатров и наркологов Украины (16—17 марта 2017 года, г. Харьков). Специализованный медицинский портал Health-ua.com. URL: <https://health-ua.com/article/29628-ranee-vmeshatelstvo-v-techenie-psihoza-rol-sovremennyh-antipsihotikov>.
4. Ранне втручання в психоз (нові діагностичні та терапевтичні парадигми) / за ред : П. В. Волошина, Н. О. Марути. Харків : Строков Д. В. 2019. 335 с.
5. Болбат, Н. С. Первый психотический эпизод шизофренического спектра. Социальные и клинико-психопатологические особенности пациентов с первым психотическим эпизодом шизофренического спектра // *Современные технологии в медицинском образовании : материалы междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию Белорус. гос. мед. ун-та, Республика Беларусь, г. Минск, 1—5 ноября 2021 г.* / под ред. С. П. Рубниковича, В. А. Филонюка. Минск, 2021. С. 103—105. URL: <https://chimie-farmaceutica.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Меж.%20науч.-практ.%20конф.%2C%20Республика%20Беларусь%2C%20г.%20Минск%2C%201-5%20ноября%202021%20г.%29.pdf>.
6. Шизофренія сьогодні: наскільки важливо зважати на перспективу пацієнта? Сайт Progress in Mind Ukraine. URL: <https://ukraine.progress.im/uk/content/шизофренія-сьогодні-наскільки-важливо-зважати-на-перспективу-пацієнта>. Дата публікації: 31.10.22.
7. Kay S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // *Schizophr. Bull.* 1987. Vol. 13. P. 261—276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.
8. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L. [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000. Vol. 101. P. 323—329. PMID: 10782554.
9. Валидизация русскоязычной версии модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы для диагностики болезни Альцгеймера / Левин О. С., Лавров А. Ю., Васенина Е. Е. [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2015. Т. 115. № 6-2. С. 36—39.
10. Писарева О. Л. Когнитивная регуляция эмоций / О. Л. Писарева, А. Гриценко // *Философия и социальные науки*. 2011. № 2. С. 64—69.

References

1. *Shizofreniya. Informacionnyj byulleten' VOZ* ot 12.01.2022. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:425-48. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
3. Maruta N. A. *Ranee vmeshatel'stvo v techenie psixoz: rol' sovremennyx antipsixotikov*. Po materialam V Nacional'nogo kongressa nevrologov, psixiatrov i narkologov Ukrainy' (16—17 marta 2017, Kharkov). Speczializovaniy medichnij portal Health-ua.com. URL: <https://health-ua.com/article/29628-ranee-vmeshatelstvo-v-techenie-psihoza-rol-sovremennyh-antipsihotikov>. (In Russian).
4. *Rannie vtruchannia v psykhos (novi diahnostychni ta terapevtychni paradyhmy)* / za red : P. V. Voloshyna, N. O. Maruty. Kharkiv : Strokov D. V., 2019. 335 s. (In Ukrainian).
5. Bolbat, N. S. Pervyj psixoticheskij e'pizod shizofrenicheskogo spektra. Social'ny'e i kliniko-psixopatologicheskie osobennosti pacientov s pervym psixoticheskim e'pizodom shizofrenicheskogo spektra. *Sovremenny'e tekhnologii v medicinskom obrazovanii : materialy' mezhdunar. nauch.-prakt. konf., posvyashh. 100-letiyu Belorus. gos. med. un-ta, Respublika Belarus', g. Minsk, 1—5 noyabrya 2021 g.* / pod red. S. P. Rubnikovicha, V. A. Filonyuka. Minsk, 2021. S. 103—105. URL: <https://chimie-farmaceutica.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Меж.%20науч.-практ.%20конф.%2C%20Республика%20Беларусь%2C%20г.%20Минск%2C%201-5%20ноября%202021%20г.%29.pdf>. (In Russian).
6. *Shyzofreniia sohodni: naskilky vazhlyvo zvazhaty na perspektyvu patsiiienta?* Sait Progress in Mind Ukraine. URL: <https://ukraine.progress.im/uk/content/шизофренія-сьогодні-наскільки-важливо-зважати-на-перспективу-пацієнта>. Data publikatsii: 31.10.22. (In Ukrainian).
7. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76. doi: 10.1093/schbul/13.2.261.
8. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand.* 2000 Apr;101(4):323-9. PMID: 10782554.
9. Levin O. S., Lavrov A. Ū., Vasenina E. E. i dr. Validizaciâ russkoâzyčnoj versii modifitsirovannoj Addenbruksoj kognitivnoj škaly dlâ diagnostiki bolezni Al'cgejmara. *Žurnal nevrologii i psihiatrii*. 2015. T. 115. № 6-2. S. 36—39. (In Russian).
10. Pisareva O. L., Gricenko A. Kognitivnaâ regulâciâ èmocij. *Filosofiâ i social'nye nauki*. 2011. № 2. S. 64—69. (In Russian).

Надійшла до редакції 15.02.2023

КОСОВСЬКИЙ Володимир Вікторович, аспірант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна; e-mail: kosovskiy_vovi@tdmu.edu.ua

KOSOVSKIY Volodymyr, Postgraduate Student of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the I. Horbachevsky's Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: kosovskiy_vovi@tdmu.edu.ua

*Д. С. Маньковський***НЕВРОЛОГІЧНІ, ПСИХІАТРИЧНІ Й ПСИХОСОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ
КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В УМОВАХ ШТУЧНОГО КРОВООБІГУ
ТА ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ***D. S. Mankovsky***NEUROLOGICAL, PSYCHIATRIC AND PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES
OF CARDIOSURGICAL INTERVENTIONS IN THE CONDITIONS OF ARTIFICIAL BLOOD CIRCULATION
AND GENERAL APPROACHES TO THEIR PREVENTION**

Ключові слова: кардіохірургічне втручання в умовах штучного кровообігу, неврологічні, психіатричні, психосоціальні ускладнення, профілактика

Key words: cardiosurgical intervention in conditions of artificial blood circulation, neurological, psychiatric, psychosocial complications, prevention

Кардіохірургічні втручання (КХВ) є сучасним, ефективним і перспективним напрямом лікування пацієнтів з важкою кардіальною патологією. Невід'ємним складником сучасних оперативних втручань на серці є штучний кровообіг, що супроводжується деякими ризиками для пацієнта як під час операції, так і у післяопераційному періоді.

Незважаючи на удосконалення хірургічної техніки та технологічного забезпечення оперативних втручань на серці, розширення спектра показань до операцій і збільшення середнього віку пацієнтів, частота післяопераційних ускладнень при КХВ залишається високою, а пошук шляхів їх зменшення — надзвичайно важливим завданням сучасної медичної науки і практики.

Серед післяопераційних ускладнень КХВ вагоме місце належить неврологічним розладам, зокрема, інфаркту мозку, післяопераційній енцефалопатії та післяопераційній когнітивній дисфункції. Також значне місце посідають негативні клініко-психопатологічні та психосоціальні наслідки. Сучасні наукові дані щодо патогенезу, клініко-феноменологічних особливостей і шляхів лікування та профілактики ускладнень КХВ є неповними, суперечливими і потребують проведення додаткових досліджень.

Виходячи з викладеного, зроблено висновок про актуальність багатьох важливих проблем щодо лікування і реабілітації пацієнтів з неврологічними наслідками оперативних втручань на серці, які потребують ретельного вивчення та подальшого розв'язання.

Cardiac surgery is a modern, effective, and promising direction of treatment of patients with severe cardiac pathology. An integral component of modern surgical interventions on the heart is artificial blood circulation, which is accompanied by several risks for the patient both during the operation and in the postoperative period.

Despite the improvement of the surgical technique and the technological support of surgical interventions on the heart, the expansion of the spectrum of indications for operations and the increase in the average age of patients, the frequency of postoperative complications in CPH remains high, and the search for ways to reduce them is an extremely important task of modern medical science and practice.

Among the postoperative complications of CVC, a significant place belongs to neurological disorders cerebral infarction, postoperative encephalopathy, and postoperative cognitive dysfunction. Also, negative clinical-psychopathological and psychosocial consequences occupy a significant place. Current scientific data on the pathogenesis, clinical and phenomenological features, and ways of treatment and prevention of complications of CHD are incomplete, contradictory, and require additional research.

Based on the above, a conclusion was made about the relevance of a number of important problems regarding the treatment and rehabilitation of patients with neurological consequences of surgical interventions on the heart, which require careful study and further resolution.

Останніми десятиліттями спостерігається стрімкий прогрес у оперативному лікуванні вад і захворювань серця. Кардіохірургічні втручання (КХВ) стали більш складними і водночас — ефективнішими; постійно тривають пошуки шляхів удосконалення технологій і покращення післяопераційних результатів, зокрема і поліпшення якості життя (ЯЖ) і соціального функціонування пацієнтів. Попри збільшення середнього віку пацієнтів, яким проводять КХВ, і пов'язаним з цим збільшенням частоти передопераційних супутніх захворювань, смертність і важка

захворюваність після КХВ останніми роками суттєво знизилася, а очікувана тривалість життя та його якість підвищилися, що дає підстави розглядати оперативні втручання на серці як один з найбільш перспективних і динамічних напрямів лікування кардіологічних захворювань, консервативне лікування яких не забезпечує достатньої ефективності [1; 2]. Зменшення кількості периопераційних ускладнень, скорочення часу перебування пацієнта в стаціонарі і післяопераційного періоду, а також оптимізація шляхів комплексного відновлення фізичного і психічного стану пацієнтів у післяопераційному періоді є найважливішими завданнями кардіохірургії.

Стрімкий розвиток кардіохірургії став можливим завдяки розробці та удосконаленню методу штучного кровообігу (ШК), який дав змогу здійснювати радикальні реконструктивні та операції шунтування при важких захворюваннях серця і аорти. Сьогодні у розвинених країнах КХВ є одним з поширених видів оперативного лікування: тільки у США щорічно виконують понад 300 тисяч операцій на серці, і найближчими десятиліттями прогнозується подальше збільшення кількості КХВ [3; 4].

Перші кардіохірургічні операції в умовах ШК супроводжувалися 30 %-ю летальністю і розвитком поліорганної недостатності, водночас брак теоретичних і практичних знань ускладнювали точне визначення причин і механізмів розвитку периопераційних ускладнень. Удосконалення хірургічної техніки, анестезіологічного забезпечення, методів штучного і допоміжного кровообігу, захисту міокарду привели до істотного зниження загальної смертності кардіохірургічних хворих (до 2,2 %), що зробило ШК досить безпечним і цілком доступним для рутинного використання в умовах кардіохірургічних центрів. Успіхи кардіохірургії останніми десятиліттями дали змогу набагато збільшити кількість оперативних втручань на серці в умовах ШК і розширити вікові категорії пацієнтів, а безальтернативність КХВ при лікуванні деяких форм важкої коронарної патології змушує дослідників ще активніше вивчати шляхи усунення кардіологічних і супутніх ризиків, зменшення периопераційних ускладнень, поліпшення якості життя та соціального функціонування пацієнтів [5].

Водночас з накопиченням досвіду і зниженням летальності КХВ увагу клініцистів все більше привертають численні неврологічні та психіатричні ускладнення операцій, що виконували в умовах ШК; до того ж виявлені ускладнення характеризуються широким спектром важкості і зачіпають практично всі рівні нервової системи. Серед найбільш важких і небезпечних неврологічних ускладнень КХВ описані кома, набряк головного мозку, парези та паралічі, морфологічні зміни структур мозкової тканини, а також помітні зміни психіки. За цих обставин, попри удосконалення хірургічної техніки, частота неврологічних ускладнень при КХВ залишається високою: дослідження останніх років свідчать, що стійкі порушення вищих функцій ЦНС, як-от пам'ять, увага, розумова та пізнавальна здатність, виявляються у ранньому післяопераційному періоді у 10—78 % пацієнтів; у чималій кількості хворих ці порушення можуть зберігатися протягом багатьох років після операції. Усе це зумовлює нагальну потребу ґрунтовного дослідження післяопераційних неврологічних ускладнень при оперативних втручаннях на серці, виконаних в умовах ШК [6; 7].

В основі неврологічних ускладнень КХВ лежить низка нейрофізіологічних закономірностей. Функціональний стан нервової тканини залежить від стану оксигенації, яка має істотно перевищувати потребу мозку в кисні, а також від доставки глюкози системою кровообігу; це основна причина того,

що мозок може витримувати лише дуже короткий період гіперперфузії або зупинки кровообігу, після чого відбуваються незворотні ушкодження нейронів. Функцію зв'язування кровопостачання, метаболізму і функції мозку виконує система ауторегуляції мозкового кровотоку, що базується на метаболічних потребах мозку; її завдання полягає у підтримці стабільного перфузійного тиску при коливаннях системного артеріального тиску, а реалізується з використанням засобів міогенного, гуморально-метаболічного і нейронального механізмів [8; 9].

Основу сучасного наукового розуміння регуляції мозкового кровотоку становить міогенна концепція, відповідно до якої гладкі м'язи судин мають спонтанну активність і можуть діяти як механорецептори, їх розтягнення приводить до збільшення частоти генерації потенціалів дії, які поширюються на сусідні клітини, в результаті чого підвищується тонус судин і зменшується просвіт артерії, завдяки чому мозковий кровоток підтримується на стабільному рівні і не залежить від коливань системного артеріального тиску.

Гуморально-метаболічна регуляція мозкового кровотоку пов'язана з регуляторною реакцією на вазоактивні речовини, які викидаються в кров різними органами і тканинами, насамперед ендокринними утвореннями (аденозин, гістамін, серотонін та ін.), а також з реагуванням на зміну рН середовища, що оточує судини, продуктами метаболізму тканини; у першому випадку вплив здійснюється на всі судини головного мозку, зсередини судин, а у другому — локально, тільки в зонах активації нервової тканини, і діє ззовні [10, 11].

Хімічна регуляція мозкового кровотоку забезпечує підтримання стабільності вмісту O_2 і CO_2 у мозковій тканині при зміні газового складу крові; ця стабільність досягається посиленням мозкового кровотоку при надлишку вуглекислоти і зниженні парціального тиску кисню і ослабленням мозкового кровотоку при гіпокапнії.

Нейрогенний механізм бере активну участь у регуляції мозкового кровотоку, про що свідчить наявність різних типів еферентної іннервації судин головного мозку; подразнення прегангліонарних шийних симпатичних волокон веде до зниження кровотоку в корі на відповідному боці, а симпатичний відділ вегетативної нервової системи здійснює контроль над тонусом мозкових судин і є одним з механізмів ауторегуляції мозкового кровотоку, який забезпечує сталість тиску і кровотоку в системі мікросудин, що компенсує їх невелику механічну міцність і зберігає функцію гематоенцефалічного бар'єра у разі підвищення артеріального тиску [12; 13].

Єдиної універсальної класифікації пошкоджень нервової системи при КХВ немає, однак найпоширенішою і загальноприйнятою є класифікація, рекомендована Американською асоціацією серця [7], відповідно до якої виокремлюють два типи пошкоджень ЦНС: 1 тип — транзиторні порушення мозкового кровообігу, інсульт, смерть внаслідок

інсульту або гіпоксичної енцефалопатії; 2 тип — погіршення інтелектуальної функції, сплутаність свідомості, збудження, дезорієнтація, порушення пам'яті або неметаболичні судомні напади без ознак фокального пошкодження. Пацієнти з першим типом потребують інтенсивної терапії, з другим — тривалої реабілітації.

Загалом, сучасне розуміння патофізіологічних закономірностей пошкодження головного мозку при кардіохірургічних втручаннях вкладається у концепцію універсальної загальнопатологічної неспецифічної реакції організму, пов'язаної з розладом церебральної гемодинаміки [14; 15].

Незважаючи на удосконалення хірургічної техніки та впровадження ефективних стратегій нейропротекції при оперативних втручаннях на серці, неврологічні ускладнення і, насамперед порушення мозкового кровообігу та післяопераційна енцефалопатія, залишаються найбільш важкими і небезпечними ускладненнями операцій в умовах ШК. Поширеність інсульту після таких оперативних втручань становить від 2 % до 5 %, енцефалопатії — від 10 % до 30 %, а різноманітні прояви когнітивної дисфункції (погіршення пам'яті, уваги, зорово-просторових здібностей, психомоторні порушення тощо) виявляються у 50—70 % прооперованих у ранньому післяопераційному періоді, залишаючись у вигляді стійких когнітивних порушень у 30—50 % пацієнтів; приблизно у 40 % хворих, які перенесли операцію на серці в умовах ШК, прояви когнітивної дисфункції виявляються навіть через п'ять років після оперативного втручання. У сучасних дослідженнях наголошується, що ігнорувати післяопераційні гіпоксично-ішемічні ураження (ГІУ) не можна, оскільки вони є суттєвим чинником зниження якості життя і передчасної смертності пацієнтів [16; 17].

Активізація досліджень патофізіологічних механізмів неврологічних ускладнень КХВ останніми десятиліттями дала змогу встановити важливу роль у виникненні ГІУ нейрозапалення, емболічного навантаження, порушень мозкового кровотоку і терморегуляції, глюкозного гомеостазу, нейротоксичності анестетиків. Водночас наголошується на важливій ролі у розвитку ГІУ індивідуальних чинників, пов'язаних з віком, наявною судинною і неврологічною патологією, передопераційною гіперперфузією, деліріозною та депресивною симптоматикою. У зв'язку з цим деякі з авторів пропонують розглядати післяопераційні ГІУ у контексті індивідуальної резистентності головного мозку [18; 19].

Вважається, що провідною причиною розвитку інсульту при виконанні кардіохірургічних операцій є артеріо-артеріальні емболії, джерело яких — атеросклеротично змінена висхідна аорта. Зазначений механізм найбільш властивий гострим ішемічним інсультам, що розвиваються безпосередньо в момент хірургічного втручання, а причинами емболії церебральних артерій, що розвиваються в більш пізні терміни, виявляються фібриляція передсердь, гостра ішемія міокарда, розлади системи гемостазу

зі схильністю до гіперкоагуляції. Протягом багатьох років мікроемболію розглядали як одну з причин церебральної дисфункції у хворих з КХВ в умовах ШК. Джерела інтраопераційних мікроемболів тепер досить добре вивчені. Визначено декілька моментів, коли мікроемболічні сигнали реєструються з найбільшою частотою: канюлювання аорти, перетискання аорти, накладання і зняття аортальних затискачів, підключення ШК і повернення до природного кровообігу [20; 21].

Останнім часом накопичений чималий обсяг даних, що підтверджують важливу роль у пошкодженні ЦНС після кардіологічних операцій системної запальної відповіді (СЗВ), яка розвивається внаслідок застосування ШК. Причинами СЗВ можуть бути активація лейкоцитів в кровотоці внаслідок контакту з поверхнею апарату ШК; системна гіпотонія в процесі ШК, яка веде до відносної ішемії; наступна реперфузія, що супроводжується синтезом великої кількості кисневмісних вільних радикалів і, як наслідок, активація ендотелію і стромальних клітин, синтез ними запальних медіаторів, залучення лейкоцитів в уражену тканину. Запущені в процесі ШК каскади біохімічних реакцій сприяють активації клітин крові з подальшим утворенням мікроагрегатів, спричиняють вазоконстрикцію, призводять до розвитку СЗВ-реакції, а мікроемболи, що складаються з тромбоцитів, лейко- і еритроцитів, а також ниток фібрину, після ШК виявляються в багатьох життєво важливих органах, зокрема і в головному мозку. Крім механічної оклюзії мікроциркуляторного русла мікроемболи спричиняють вивільнення вазоактивних речовин (серотоніну, кінінів, гістаміну, простагландинів), що призводить до пошкодження і порушення цілісності судинного ендотелію [22; 23].

Дослідження системи гемостазу і реології крові до операції показує, що у хворих на ішемічну хворобу серця виявляється істотна активація судинно-тромбоцитарної і плазмової ланок гемостазу: скорочення активованого часткового тромбoplastинового часу, підвищення кількості фібриногену, зниження фібринолітичної активності крові; виявлена також залежність зміни показників гемокоагуляції від форми стенокардії, водночас найбільш серйозні порушення згорання крові виявлено у хворих з нестабільною стенокардією, а у хворих на постінфарктною аневризмою лівого шлуночка, атеросклеротичним ураженням трьох і більше коронарних басейнів також виявлено високий ризик розвитку гемостазіологічних ускладнень [24; 25].

Особливу увагу дослідників привертає роль загальної анестезії у розвитку післяопераційних неврологічних ускладнень. Кардіохірургічна операція в умовах ШК передбачає втручання поблизу великих «шокогенних» зон грудної порожнини, водночас методика тотальної внутрішньовенної та (або) інгалаційної анестезії не забезпечує адекватного захисту структур ЦНС від інтраопераційного болю; крім того, загальна анестезія сама по собі призводить до змін гомеостазу ще до приєднання операційної травми

і фактично є компонентом операційного стресу. Слід також зазначити, що якість знеболювання при комбінованій анестезії залишається незадовільною в чималій частині випадків і в післяопераційному періоді, а застосування великих доз наркотичних анальгетиків — небажане, особливо у літніх хворих. Загальна анестезія може бути причиною патології нервової системи в післяопераційному періоді внаслідок безпосереднього пошкодження нейронів лікарськими засобами, що використовують для знеболювання, водночас порушення функції ЦНС варіюють залежно від виду анестезії, стану соматичного і неврологічного статусу хворого в передопераційному періоді, віку та деяких інших чинників. Сучасні дані свідчать про вплив анестетиків на динаміку кровообігу мозку, ступінь порушення ауторегуляції мозкового кровотоку і функціональні зміни стану нейронів, а також суттєве зростання емболічного навантаження на головний мозок при використанні інгаляційних анестетиків; патологічна дія загальної анестезії за цих обставин реалізується через порушення мікроциркуляції і розвиток тканинної гіпоксії. Модуляція анестетиками найважливіших фізіологічних процесів в нейронах (електрозбудливості, синтетичних процесів мітохондріальної активності) може істотно впливати на чутливість клітин до дії апоптогенних або некрозогенних чинників або безпосередньо індукувати ушкодження клітин, що призводить до істотної частоти виникнення порушень функціонального стану ЦНС після оперативних втручань в умовах загальної анестезії, зокрема і операції не кардіологічного характеру [26—29].

Водночас оскільки всім хворим проводять загальну анестезію, і всі операції КХВ виконують з використанням ШК в умовах гіпотермії, а церебральне пошкодження розвивається лише у частини оперованих, не можна не враховувати, що є й інші механізми ушкодження ЦНС. З огляду на це надзвичайно важливим є вивчення особливостей неврологічних ускладнень при КХВ з використанням ШК; дані таких досліджень можуть допомогти у розумінні патогенетичних механізмів післяопераційних пошкоджень нервової системи і лягти в основу розробки сучасних методів лікування та профілактики неврологічних ускладнень у пацієнтів, які перенесли операцію на серці.

Післяопераційна когнітивна дисфункція (ПОКД) у пацієнтів, які перенесли КХВ, підтверджена у багатьох дослідженнях, і на сьогодні не викликає сумніву. Когнітивна дисфункція після оперативних втручань на серці може виникати вже у ранньому післяопераційному періоді (протягом перших трьох тижнів після операції), а також розвиватися і зберігатися протягом тривалого часу (понад 6 місяців), великою мірою впливаючи на функціональні можливості і стан здоров'я пацієнтів [18; 30; 31].

ПОКД є доволі поширеною проблемою. У різних дослідженнях наводять дані щодо поширеності ПОКД у ранньому післяопераційному періоді (до трьох місяців після втручання) — від 10 % до 40 %, водночас більшість дослідників зазначають поступове зменшення ураженості ПОКД з часом, най-

більш суттєво — у період від трьох місяців до року після операції. Поширеність ПОКД у пізньому післяопераційному періоді (через три роки після КХВ) становить 14—19 %, однак ураженість когнітивними розладами у цій категорії ймовірно є вищою, оскільки чимала частина пацієнтів відмовлялася від нейропсихологічного обстеження, зокрема й внаслідок змін у психічному функціонуванні [18; 32].

Незважаючи на активізацію досліджень ПОКД останніми роками, патогенетичні механізми її залишаються недостатньо вивченими. Вважається, що важливу роль у розвитку ПОКД відіграють системне запалення і подальша нейрозапальна реакція після хірургічної травми; пошкодження тканин в процесі операції призводить до вивільнення хемокинів та цитокінів, що спричиняють системне запалення з подальшою продукцією інтерлейкінів IL-1 та IL-6, фактору некрозу пухлин (TNF)- α і молекул DAMP, як-от HMGB1 і білки, що зв'язують кальцій; в подальшому медіатори системного запалення можуть проникати у мозок внаслідок післяопераційного руйнування гематоенцефалічного бар'єра, найбільш вираженого у літніх пацієнтів. Роль запальних патогенетичних механізмів у формуванні ПОКД доведена також на тваринних моделях. Водночас периопераційне запалення є лише одним з багатьох чинників поліфакторного патогенезу ПОКД, підтвердженням чого є неоднозначний ефект протизапальної терапії щодо психопатологічних порушень у післяопераційному періоді [18; 33; 34].

Ще одним важливим чинником формування ПОКД може бути емболічне навантаження, пов'язане з КХВ: прямі маніпуляції на серці і судинах пов'язані з вивільненням мікроемболів атеросклеротичного або газового характеру, які можуть потрапити у мозок, спричиняючи мікроемболічні інсульти, що згодом призводять до когнітивної дисфункції. Певну роль у патогенезі ПОКД відіграє також післяопераційна гіпоксія, що розглядається як один з важливих факторів ризику когнітивних порушень [35].

Деякі дослідження були зосереджені на вивченні впливу анестезії на виникнення ПОКД. Модулювання негативного нейрокогнітивного впливу загальної анестезії реалізується через психоорганічні порушення, нейрозапалення та синаптичні функції; водночас наголошується на необхідності контролю електрофізіологічних параметрів мозкової активності під час оперативного втручання на серці та у післяопераційному періоді, що дасть змогу прогнозувати і профілактувати когнітивну дисфункцію [36].

Серед інших чинників, що можуть мати вплив на ризик розвитку ПОКД, можна відзначити інтраопераційну гіпотермію, використання якої знижує ризик когнітивних порушень у післяопераційному періоді, тоді як гіпертермія пов'язана з гіршими нейрокогнітивними наслідками. Водночас величина систолічного артеріального тиску під час КХВ виявилася незначущим чинником ПОКД: не встановлено значущого зв'язку між когнітивними порушеннями і операційною гіпотонією, попри наявність такого

зв'язку з кардіологічними і неврологічними ускладненнями як у ранньому, так і у віддаленому післяопераційному періоді [31].

Також звертається увага на недосконалість методологічних підходів до оцінки ПОКД, зокрема на те, що покращення когнітивних можливостей при повторних обстеженнях може бути пояснене ефектом навчання; хибні результати оцінки поширеності когнітивної дисфункції також можуть зумовлюватися наявністю ефекту верхнього і нижнього порогу, який знижує чутливість нейропсихологічних тестів при виявленні когнітивних порушень у пацієнтів з початково низькими чи високими когнітивними функціями. Ці особливості визначають потребу в ретельному підборі та систематичній зміні методик обстеження, а також в удосконаленні методологічного апарату для діагностики ПОКД. Також пропонується розглядати ПОКД як синдром з безперервним розподілом важкості, а не як просту дихотомічну ознаку, і розглядати її з точки зору суб'єктивного впливу на конкретного пацієнта, що узгоджується з сучасними міжнародними рекомендаціями з оцінки періопераційних нейрокогнітивних розладів, щодо того, що такі розлади треба оцінювати як за об'єктивними ознаками, так і за суб'єктивною симптоматикою. Слід зауважити, що навіть підпорогова ПОКД може справляти суттєвий вплив на функціонування пацієнтів і в подальшому прогресувати, тож одним з найважливіших завдань сучасної серцево-судинної хірургії є мінімізація довгострокових наслідків КХВ, зокрема і неврологічних та ішемічних порушень [18; 37].

Хоча останніми десятиліттями активно розвиваються методи профілактики ПОКД, зокрема і застосування сучасних інноваційних підходів (тренування мозкових функцій з використанням комп'ютерних програм, транскраніальна магнітна стимуляція, неінвазивні технології стимуляції мозку тощо), цю проблему слід визнати далекою від розв'язання. Це певною мірою зумовлено недостатньою вивченістю патогенетичних і патофизиологічних механізмів ПОКД зокрема, і з урахуванням наявності різних форм неврологічних та ішемічних ускладнень.

Нарівні з когнітивними порушеннями, важливу роль у комплексній картині психопатологічних змін, асоційованих з ГІУ внаслідок КХВ, відіграють афективні порушення, представлені широким спектром депресивної і тривожної симптоматики. Водночас наголошується, що пацієнти, які перенесли КХВ, становлять самостійну нозоспецифічну групу, що характеризується міцними етіопатогенетичними зв'язками негативних емоцій і серцево-судинної та цереброваскулярної патології, істотними труднощами і суттєво гіршими результатами лікування як з використанням психофармакологічних, так і психотерапевтичних засобів внаслідок коморбідності депресії і тривоги з кардіологічною патологією.

Сьогодні не викликає сумніву, що афективна психопатологічна симптоматика негативно впливає на перебіг кардіологічної патології, включно з післяопераційними наслідками КХВ; водночас нарівні

з депресією, яка здебільшого становить основу психопатологічних змін, у пацієнтів виявляють тривогу, панічні та посттравматичні стресові розлади.

Накопичено чималий обсяг даних, які підтверджують спільність патогенетичних механізмів несприятливих неврологічних і кардіологічних наслідків КХВ та афективних порушень, а спроби розглядати ці явища як окремі патологічні і клінічні феномени виявилися неспроможними пояснити наявні прояви ускладнень і ризиків. У зв'язку з цим більшість негативних афективних проявів і чинників ризику післяопераційних ускладнень КХВ розглядають як комплексне явище негативною афективності, відоме як невротизм, що підтверджується як на теоретичному, так і на емпіричному рівні [38; 39].

Останніми роками з'являється все більше наукових даних щодо важливості психоемоційного чинника і пов'язаної з цим психосоціальної адаптації для покращення післяопераційних результатів кардіохірургічних втручань [40].

Психосоціальні чинники, зокрема і соціально-демографічні характеристики, наявність депресивних і тривожних розладів, психоемоційного стресу, соціальної підтримки і адаптивний потенціал особистості сьогодні розглядають не лише як важливі чинники розвитку серцево-судинних захворювань, а й як актуальні предиктори післяопераційних ускладнень після кардіохірургічних втручань.

Водночас деякі дослідники наголошують на тому, що психосоціальні чинники, зокрема і особливості психосоціальної адаптації пацієнтів, не враховують достатньою мірою під час планування кардіологічної допомоги взагалі і під час організації кардіохірургічних втручань зокрема, що потребує зміни організаційних підходів та перегляду комплексу діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів [41; 42].

Слід зазначити, що за наявності шкал оцінки післяопераційних ризиків при кардіохірургічних втручаннях, прогнозування ризику психосоціальної дезадаптації у пацієнтів, які перенесли кардіохірургічні втручання, залишається не вирішеним завданням, попри те, що дезадаптація може відігравати важливу роль у перебігу післяопераційного періоду.

Покращення і підтримання ЯЖ розглядають як одне з основних завдань сучасної охорони здоров'я, що передбачає врахування стану фізичного, психологічного та соціального благополуччя пацієнта, а результат відновлення ЯЖ у реабілітаційному (включно з післяопераційним) періоді вважають одним з найважливіших показників у сфері охорони здоров'я; у зв'язку з цим стан відновлення ЯЖ включено до переліку стратегічних цілей лікування серцево-судинних захворювань [43].

Хірургічні втручання, особливо складні, як-от КХВ, потребують оцінки не лише суто клінічних критеріїв ефективності, а й комплексної оцінки функціонального стану пацієнтів, які перенесли хірургічні операції. Одним з найбільш цінних інструментів при такому оцінюванні є методи, що враховують власне сприйняття пацієнтом свого функціонального стану та ЯЖ,

що сьогодні розглядається як один з провідних критеріїв ефективності лікування, актуального стану фізичного та психічного здоров'я пацієнта, а також перспектив відновлення здоров'я та нормального функціонування, попри певні технічні і методологічні обмеження.

Останніми десятиліттями оцінювання ЯЖ пацієнта в динаміці лікування вважається одним з пріоритетних напрямів у комплексному аналізі ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, а розроблення і клінічне застосування різноманітних інструментів такої оцінки — важливим складником розв'язання проблеми покращення результатів оперативних втручань, зокрема і КХВ [58].

Водночас наголошується на необхідності урізноманітнення інструментів оцінки ЯЖ та їх удосконалення, що потребує проведення широких досліджень на різних контингентах післяопераційних пацієнтів. У кількох дослідженнях зазначається, що врахування стану ЯЖ пацієнтів після КХВ як одного з важливих критеріїв ефективності лікування дає змогу зменшити рівень смертності при КХВ, удосконалити систему кардіохірургічної допомоги на засадах пацієнт-орієнтованого підходу, а також покращити її економічну ефективність, що визначається як відношення досягнутого результату лікування щодо здоров'я до витрат на лікування. Ефективне використання таких інструментів було показано, зокрема, для операцій аортокоронарного шунтування в контексті значущого покращення їх результатів. водночас слід зауважити, що чимало дослідників розглядають поліпшення ЯЖ пацієнтів, що перенесли КХВ, як важливий результат лікування, незалежно від частоти серцево-судинних подій та клінічної ефективності терапії [44—48].

Водночас слід зазначити брак масштабних досліджень ЯЖ при КХВ, що давали б змогу оцінити вплив несприятливих кардіологічних і цереброваскулярних подій на післяопераційну ЯЖ пацієнтів [44]. Також визнається недосконалість сучасних методик оцінки ефективності КХВ, що ґрунтуються переважно на параметрах виживання і економічній ефективності лікування, без належного урахування ЯЖ пацієнтів, особливо у віддаленому періоді.

КХВ здатні суттєво зменшити або повністю усунути симптоматику важкої серцевої недостатності, а також істотно покращити фізичне функціонування і знизити потребу у фармакотерапії, що призводить до поліпшення загального самопочуття та ЯЖ. Вивчення цих процесів у динаміці дало змогу виявити стійке поліпшення ЯЖ у постопераційному періоді КХВ, що зберігалось протягом кількох років після хірургічного втручання, причому було виявлено як у молодих, так і у літніх пацієнтів [44]. Водночас внаслідок особливої складності КХВ і наявного широкого спектра післяопераційних ускладнень у вигляді болю, розладів сну, когнітивної дисфункції, а також порушень соціального функціонування, моніторинг ЯЖ і соціального функціонування пацієнтів, одночасно з оцінкою показників післяопераційної за-

хворюваності і смертності, став однією зі стратегій цілісної концепції відновлення здоров'я у медичних дослідженнях [49; 50].

Дослідженнями останніх років було показано, що зниження ЯЖ після кардіохірургічних операцій визначається не лише об'єктивними змінами у стані здоров'я пацієнта, але й індивідуальними поведінковими, когнітивними та емоційними трансформаціями, що визначають адаптивні можливості індивіда [51]. Також було виявлено, що більш істотне поліпшення ЯЖ у середньотерміновій перспективі було досягнуто у пацієнтів з нижчим доопераційним рівнем ЯЖ, що пояснюється більшими відмінностями у ключових показниках фізичного, психологічного та соціального функціонування. Деякі дослідники наголошують на важливості для відновлення ЯЖ психологічних установок та конструктивних переконань пацієнта щодо наявного у нього захворювання, адекватного сприйняття ним лікувальних перспектив, а також активної участі пацієнта у лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходах, що може впливати на кінцевий результат лікування.

Пацієнти з серцево-судинними захворюваннями та КХВ схильні до психічних розладів, як-от тривога, депресія, а також до неконструктивних моделей мислення, що суттєво впливають на якість їхнього життя; водночас використання конструктивних копінг-стратегій, орієнтованих на дезактуалізацію стресу через подолання стресу і негативних емоцій, сприяє відновленню і збереженню фізичного і психологічного здоров'я, покращенню міжособистісних взаємин, фінансовому благополуччю, безпеці та поліпшенню ЯЖ у повсякденному функціонуванні [52].

Визначення найбільш безпечної стратегії ведення кардіохірургічних хворих, що оперовані в умовах ШК, є надзвичайно важливим завданням. Його розв'язання потребує дослідження різних хірургічних, перфузійних і анестезіологічних підходів, шляхів профілактики пошкодження мозкової функції, що мають нейропротективне значення: делікатне ставлення хірурга до тканин; виявлення атероматозу аорти інтраопераційним ультразвуковим скануванням висхідній її частини перед канюлюванням або накладенням затиску; використання артеріальних шунтів і техніки проксимальних анастомозів, які не потребують маніпуляцій на аорті; ретельна підготовка контуру до початку ШК і 30-хвилинна циркуляція через 40 мкр фільтр; використання фільтра артеріальної лінії і кардіотомного резервуара; ретельна процедура видалення повітря з порожнини серця; використання положення Тренделенбурга, або нахилу всього столу головою вниз; застосування внутрішньоаортального фільтру EMBOL-X; застосування систем відхилення емболів з можливістю гіпотермії головного мозку; впровадження нейромоніторингу; підтримка нормальної респіраторної функції і стабільності гемодинаміки; обґрунтована фармакологічна нейропротекція; впровадження методу хірургії на серці, яке працює, і малоінвазивної хірургії; застосування екстракорпального кровообігу;

застосування ультрафільтрації та інгібіторів системи комплементу; використання екстракорпорального контуру з біопокриттям [53; 54].

Нейропротекторна фармакотерапія включає декілька груп препаратів, що застосовують для попередження неврологічних ускладнень, зокрема, анестетики, стероїди та наркотичні препарати; водночас дані щодо їх ефективності залишаються вельми суперечливими. Висловлено припущення, що анестетики на основі опіоїдів знижують церебральний метаболізм, не впливаючи на зв'язок мозкового кровотоку і метаболізму, що може відбуватися при використанні легких анестетиків. Крім того, зігрівання пацієнта після гіпотермії може істотно збільшувати парціальний тиск анестетиків, що вдихає пацієнт, і змінювати таким способом глибину анестезії; деякі внутрішньовенні анестетики істотно впливають на метаболічну активність мозку, спричиняючи пригнічення сплесків, що знижує потребу в енергії для синаптичної передачі і попередження вогнищового ураження головного мозку; водночас слід зважати на негативний ноотропний вплив внутрішньовенних анестетиків, що може несприятливо вплинути на перебіг раннього післяопераційного періоду [55].

Слід зазначити, що на сьогодні проблема пошкодження головного мозку при операціях в умовах ШК далека від розв'язання і залишається актуальною. З одного боку, еволюція методів оперативного лікування, апаратури екстракорпорального кровообігу та анестезіологічного забезпечення, застосування нових фармакологічних засобів привели до істотного скорочення важких неврологічних ускладнень, з іншого — збільшення віку оперованих, що мають спочатку знижені резерви адаптації систем органів, веде до збереження високої частки ПОКД, тож пошук подальших шляхів зниження їх числа триває.

Висока частка неврологічних ускладнень після кардіохірургічних втручань в структурі серцево-судинних захворювань, значні показники тимчасових трудових втрат і первинної інвалідності зумовлюють пріоритетність вивчення різних аспектів проблеми захисту мозку та відповідних лікувальних стратегій.

Останніми роками особливу увагу надають нейропротективним технологіям, які покликані запобігти несприятливим неврологічним наслідкам КХВ; вони включають стратегії, які зберігають структуру і функцію нейронів. Сучасні погляди на неврологічні наслідки передбачають необхідність попереджувати їх в усіх пацієнтів, які перенесли будь-яке хірургічне втручання, особливо операції на серці. Незважаючи на те, що у деяких дослідженнях була показана ефективність фармакологічних і немедикаментозних втручань щодо зменшення неврологічних наслідків при проведенні операцій на серці та у післяопераційному періоді, досі ведуться дискусії щодо оптимальної стратегії нейропротекції, що забезпечувала б найкращі лікувально-реабілітаційні результати при КХВ [56, 57].

У зв'язку з тим, що кількість і складність великих КХВ постійно збільшується, є усе більша потреба

у пом'якшенні факторів ризику, пов'язаних із неврологічними ускладненнями у післяопераційному періоді.

Серед периопераційних нейропротективних стратегій провідне місце належить застосуванню кортикостероїдів, що завдяки протизапальній дії знижують частоту післяопераційних неврологічних ускладнень; водночас слід зауважити, що не всі медіатори запалення можуть бути пригнічені кортикостероїдною терапією, кортикостероїди можуть також спричиняти гіперглікемію та атрофію, що можуть обтяжувати ішемічне неврологічне ушкодження. Паралельно тривають дослідження нейропротекторної ролі еритроміцину, який індукує толерантність до транзиторної церебральної ішемії, зокрема і пригнічення імунної відповіді, що опосередковує пошкодження після церебральної ішемії та перепрограмування транскрипційної відповіді на ішемію. Перспективними видаються також застосування бета-блокаторів, статинів та інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту для пом'якшення наслідків післяопераційних ішемічних подій, інсультів та ПОКД. Рекомбінантний людський еритропоєтин, що діє як плейотропний тканинозахисний цитокін з антиапоптотичними, антиоксидантними, протизапальними і нейротрофічними ефектами, є мультипотентним захисним тканинним фактором серця, центральної і периферичної нервової системи, що попереджує ішемічні ускладнення [58—60].

Важливу роль у нейропротекції відіграють інтраопераційні стратегії, що включають фармакологічні і нефармакологічні підходи.

Сучасна концепція нейропротекторних стратегій при КХВ полягає у специфічному, рецептор-опосередкованому протективному ефекті, тобто захисті мозку від руйнування після початкового ушкодження; водночас численні дослідження не продемонстрували потрібного довготривалого ефекту анестетиків, що змушує замість повної нейропротекції орієнтуватися переважно на зменшення важкості інсульту.

Серед індукційних агентів найпоширенішими є барбітурати, хоча їхня роль у нейропротекції зменшилася при зміщенні акценту зі зниження споживання енергії на рецептор-опосередкований захист; водночас визнано, що барбітурати спроможні блокувати глутаматні рецептори, посилювати ГАМК-ергічну активність та інгібувати надходження кальцію, а також спричиняти виражену імуносупресію і зменшувати мозковий кровоток.

Встановлено, що інгаляційні анестетики здатні забезпечувати нейропротекцію внаслідок зниження ексайтотоксичності, поліпшення регуляції обміну кальцію, збільшення CBF, пригнічення метаболізму, зменшення окисного стресу і підвищення активності калієвих каналів; водночас метааналіз показав, що вибір інгаляційного анестетика не впливає на післяопераційні результати КХВ. Натомість, застосування місцевих анестетиків для нейропротекції дало неоднозначні результати, особливо при транзиторній ішемії; встановлено також, що нейропротекторний ефект є дозозалежним, водночас

застосування високих доз місцевих анестетиків може збільшити чутливість до ускладнень, пов'язаних з ішемією міокарду і реперфузійними пошкодженнями і бути кардіотоксичним. Перспективним також може бути застосування деяких протизапальних препаратів (ремацидину, апротиніну, міноцикліну та інших) у зв'язку з їх здатністю пригнічувати запалення, однак остаточно їх неврологічні ефекти ще не досліджені.

Серед нефармакологічних засобів впливу на зменшення неврологічних ускладнень КХВ є мінімізація часу ШК, оскільки прямі кореляції тривалості ШК та частоти неврологічних ускладнень доведені численними дослідженнями і не викликають сумнівів. Перфузійний потік, що створюється апаратами ШК, зазвичай не є пульсуючим, що контрастує з фізіологічним пульсуючим потоком; це спонукає до використання апаратури, що створює пульсуючий потік на протизагустюючому моделі з неппульсуючим потоком. Дані сучасних досліджень свідчать також про небажаність високого середнього артеріального тиску під час КХВ; вважається, що низький середній тиск пов'язаний зі зменшенням кровотеч і тромбоемболічних ускладнень.

Як вже зазначалося, інтраопераційна гіпотермія є актуальним чинником профілактики неврологічних ускладнень. Гіпотермічна зупинка кровообігу має низку переваг при ШК: вона знижує швидкість метаболізму, вироблення вільних радикалів та постішемічний набряк головного мозку. Водночас ускладнення гіпотермії включають ризик коагулопатії, інфекцій та збільшення резистентності судин головного мозку, що виникають внаслідок тривалої гіпотермічної зупинки кровообігу та процесу зігрівання, а також органні дисфункції, як-от ниркова недостатність, післяопераційні кровотечі та рабдоміоліз.

Селективні методи перфузії головного мозку, як-от антероградна церебральна перфузія і ретроградна церебральна перфузія, використовують під час індукованої гіпотермії; дані досліджень свідчать про переваги антероградної перфузії перед ретроградною.

Отже, основний ризик пошкодження нервової системи при реконструктивних операціях на дузі аорти пов'язаний з хірургічною операцією і штучним кровообігом. В умовах гіпотермічної зупинки кровообігу найефективнішим нефармакологічним методом захисту головного мозку є антеградна церебральна перфузія. Накопичені фундаментальні і клінічні дані про особливості ушкодження, режими перфузії, способи захисту головного мозку і клінічні результати в поєднанні з розширенням можливостей клінічної, лабораторної, інструментальної діагностики та збільшенням арсеналу нейропротективних фармакологічних препаратів, зокрема з мульти-модальним механізмом дії, роблять можливим подальше вдосконалення захисту головного мозку при реконструктивних операціях.

Суперечливість даних літератури з проблеми профілактики неврологічних ускладнень КХВ, зокрема

у хворих з хірургічною патологією аорти, а також брак єдиних критеріїв лікувально-діагностичної тактики диктує нагальну потребу проведення подальших досліджень за цією темою, вивчення переваг і недоліків різних варіантів інтенсивної терапії і розроблення оптимальної її схеми у таких хворих.

Список літератури

1. Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: enhanced recovery after surgery society recommendations / Engelman D. T., Ben Ali W., Williams J. B. [et al.] // *JAMA Surg.* 2019. Vol. 154. P. 755—766. DOI: 10.1001/jamasurg.2019.1153.
2. The effect of postoperative complications on health-related quality of life and survival 12 years after coronary artery bypass grafting — a prospective cohort study / [Hokkanen M., Huhtala H., Laurikka J., Järvinen O.] // *J Cardiothorac Surg.* 2021. Vol. 16(1). P. 173. DOI: 10.1186/s13019-021-01527-6.
3. Research priorities for heart failure with preserved ejection fraction: national heart, lung, and blood institute working group summary / Shah S. J., Borlaug B. A., Kitzman D. W. [et al.] // *Circulation.* 2020. Vol. 141(12). P. 1001—1026. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.041886.
4. Fractional flow reserve-based coronary artery bypass surgery: current evidence and future directions / Spadaccio C., Glineur D., Barbato E. [et al.] // *Cardiovasc Inter.* 2020. Vol. 13(9). P. 1086—1096. DOI: 10.1016/j.jcin.2019.12.017.
5. Operative mortality in adult cardiac surgery: is the currently utilized definition justified? / Chan P. G., Seese L., Aranda-Michel E. [et al.] // *J Thorac Dis.* 2021. Vol. 13(10). P. 5582—5591. DOI: 10.21037/jtd-20-2213.
6. Utility of 90-Day Mortality vs 30-Day Mortality as a Quality Metric for Transcatheter and Surgical Aortic Valve Replacement Outcomes / Hirji S., McGurk S., Kiehm S. [et al.] // *JAMA Cardiol.* 2020. Vol. 5. P. 156-65. DOI: 10.1001/jamacardio.2019.4657.
7. Neurologic outcomes after heart surgery / [Fang A., Allen K. Y., Marino B. S., Brady K. M.] // *Paediatr Anaesth.* 2019. Vol. 29(11). P. 1086—1093. DOI: 10.1111/pan.13744.
8. A pilot study of cerebral tissue oxygenation and post-operative cognitive dysfunction among patients undergoing coronary artery bypass grafting randomised to surgery with or without cardiopulmonary bypass / Kok W. F., van Harten A. E., Koene B. M. [et al.] // *Anaesthesia.* 2014. Vol. 69 (6). P. 613—622. DOI: 10.1111/anae.12634.
9. Inhibition of the integrated stress response reverses cognitive deficits after traumatic brain injury / Choua A., Krukowska K., Jopson T. [et al.] // *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2017. Vol. 3. P. 6420—6426. DOI: 10.1073/pnas.1707661114.
10. How to recognize and treat metabolic encephalopathy in neurology intensive care unit / [Berisavac I. I., Jovanovic D. R., Padjen V. V. [et al.]] // *Neurol India.* 2017. Vol. 65(1). P. 123—128. DOI: 10.4103/0028-3886.198192.
11. Transcranial Doppler and transcranial color duplex in defining collateral cerebral blood flow / Saqqur M., Khan K., Derksen C. [et al.] // *J. Neuroimaging.* 2018. Vol. 28(5). P. 455-476. DOI: 10.1111/jon.12535.
12. Lu W. Development of Fast Neurotransmitter Synapses: general principles / W. Lu, Y. Chen // *Brain Research Bulletin.* 2017. Vol. 129. P.1-90. DOI: 10.1016/j.brainresbull.2016.11.009.
13. Michinaga S. Protection of the blood-brain barrier as a therapeutic strategy for brain damage / S. Michinaga, Y. Koyama // *Biol Pharm Bull.* 2017. Vol. 40(5). P. 569—575. DOI: 10.1248/bpb.b16-00991.

14. Choi H.A. Cerebral endothelial dysfunction in reversible cerebral vasoconstriction syndrome: a case-control study / H. A. Choi, M. J. Lee, C. S. Chung // *Journal of Headache Pain*. 2017. Vol.18, Vol. 1. P. 29. DOI: 10.1186/s10194-017-0738-x.
15. Mamalyga M.L. Effect of progressive heart failure on cerebral hemodynamics and monoamine metabolism in CNS / M. L. Mamalyga, L. M. Mamalyga // *Bull Exp Biol Med*. 2017. Vol. 163(3). P. 307—312. DOI: 10.1007/s10517-017-3791-1.
16. Postoperative cognitive change after cardiac surgery predicts long-term cognitive outcome / Relander K., Hietanen M., Rantanen K. [et al.] // *Brain Behav*. 2020. Vol. 10(9). P. e01750. DOI: 10.1002/brb3.1750.
17. Early and long-term cognitive outcome after conventional cardiac valve surgery / Knipp S. C., Weimar C., Schlamann M. [et al.] // *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2017. Vol. 24. P. 534—540. DOI: 10.1093/icvts/ivw421.
18. Neurocognitive function after cardiac surgery: From phenotypes to mechanisms / Berger M., Terrando N., Smith S. K. [et al.] // *Anesthesiology*. 2018. Vol. 129(4). P. 829—851. DOI: 10.1097/ALN.0000000000002194.
19. Fixing hearts and protecting minds: A review of the multiple, interacting factors influencing cognitive function after coronary artery bypass graft surgery / Hogan A. M., Shipolini A., Brown M. M. [et al.] // *Circulation*. 2013. Vol. 128. P. 162—171. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.000701.
20. Low rate of asymptomatic cerebral embolism and improved procedural efficiency with the novel pulmonary vein ablation catheter GOLD: results of the PRECISION GOLD trial / De Greef Y., Dekker L., Boersma L. [et al.] // *Europace*. 2016. Vol.18, № 5. P. 687—695. DOI: 10.1093/europace/euv385.
21. Дьогтяр В.В. Методи інтраопераційного захисту пацієнта для уникнення нейроваскулярних, геморагічних, дихальних та нефрологічних ускладнень при втручаннях на торако-абдомінальному відділі аорти / В. В. Дьогтяр, Н. О. Чанглі // *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2018. Vol. 24. P. 31—33. https://nor-ijournal.com/wp-content/uploads/2020/09/NJD_24_1.pdf.
22. Vascular content, tone, integrity, and haemodynamics for guiding fluid therapy: a conceptual approach / Chawla L. S., Ince C., Chappell D. [et al.] // *Brit. J. Anaesth*. 2014. Vol. 17. P. 232—236. DOI: 10.1093/bja/aeu298.
23. Malate-aspartate shunt in neuronal adaptation to ischemic conditions: molecular-biochemical mechanisms of activation and regulation / Belenichev I. F., Kolesnik Y. M., Pavlov S. V. [et al.] // *Neurochemical Journal*. 2012. Vol. 6, No. 1. P. 22—28. DOI: 10.1134/S1819712412010023.
24. Etiologic investigation of ischemic stroke in young adults / Larrue V., Berhoune N., Massabuau P. [et al.] // *Neurology*. 2011. № 76(23). P. 1983—1988. DOI: 10.1212/WNL.0b013e31821e5517.
25. The overexpression of NCAM (CD56) in human hearts is specific for ischemic damage / Gattenloner S., Waller C., Ertl G. [et al.] // *Verh Dtsch Ges Pathol Journal*. 2004. Vol. 88. P. 246—251. PMID: 16892559.
26. The disparity between public utilization and surgeon awareness of the STS patient education website / Cohen R. G., Kumar S. R., Lin J. [et al.] // *Ann Thorac Surg*. 2020. Vol. 110(1). P. 284—289. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2019.09.074.
27. Fractional flow reserve-based coronary artery bypass surgery: current evidence and future directions / Spadaccio C., Glineur D., Barbato E. [et al.] // *Cardiovasc Inter*. 2020. Vol. 13(9). P. 1086—1096. DOI: 10.1016/j.jcin.2019.12.017.
28. Prognostic Value of high-sensitivity troponin t after on-pump coronary artery bypass graft surgery / Nellipudi J. A., Baker R. A., Dykes L. [et al.] // *Heart Lung Circ*. 2021. Vol. 30(10). P. 1562—1569. DOI: 10.1016/j.hlc.2021.03.272.
29. PRISMA-S: an extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews / Rethlefsen M. L., Kirtley S., Waffenschmidt S. [et al.] // *Syst Rev*. 2021. Vol. 10(1). P. 1—19. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>.
30. Serial Changes in Cognitive Function Following Transcatheter Aortic Valve Replacement / Auffret V., Campelo-Parada F., Regueiro A. [et al.] // *J Am Coll Cardiol*. 2016. Vol. 68. P. 2129—2141. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.08.046.
31. Postoperative Neurocognitive Disorders in Cardiac Surgery: Investigating the Role of Intraoperative Hypotension. A Systematic Review / [Czok M., Pluta M. P., Putowski Z., Krzych Ł. J.] // *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18(2). P. 786. DOI: 10.3390/ijerph18020786.
32. Long-term survival and cognitive function according to blood pressure management during cardiac surgery. A follow-up / Larsen M. H., Draeger C., Vedel A. G. [et al.] // *Acta Anaesthesiol. Scand*. 2020. Vol. 64. P. 936—944. DOI: 10.1111/aas.13595.
33. Blood-Brain Barrier Disruption After Cardiopulmonary Bypass: Diagnosis and Correlation to Cognition / Abrahamov D., Levran O., Naparstek S. [et al.] // *Ann Thorac Surg*. 2017. Vol. 5. P. 1229. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2016.10.043.
34. Impact of dexmedetomidine on the incidence of delirium in elderly patients after cardiac surgery: A randomized controlled trial / Li X., Yang J., Nie X. L. [et al.] // *PLoS One*. 2017. Vol. 12. P. e0170757. DOI: 10.1371/journal.pone.0170757.
35. Intraoperative cerebral oxygenation, oxidative injury, and delirium following cardiac surgery / Lopez M. G., Pandharipande P., Morse J. [et al.] // *Free Radic Biol Med*. 2017. Vol. 103. P. 192—198. DOI: 10.1016/j.freeradbiomed.2016.12.039.
36. Impact of Total Knee Arthroplasty with General Anesthesia on Brain Networks: Cognitive Efficiency and Ventricular Volume Predict Functional Connectivity Decline in Older Adults / Huang H., Tanner J., Parvataneni H. [et al.] // *J Alzheimers Dis*. 2018. Vol. 62. P. 319—333. DOI: 10.3233/JAD-170496.
37. Recommendations for the nomenclature of cognitive change associated with anesthesia and surgery / Evered L., Silbert B., Knopman D. S. [et al.]; Nomenclature Consensus Working Group // *Anesthesiology*. 2017. Vol. 1. DOI: 10.1097/ALN.0000000000002334.
38. A dynamic view of comorbid depression and generalized anxiety disorder symptom change in chronic heart failure: discrete effects of cognitive behavioral therapy, exercise rehabilitation, and psychotropic medication / [Tully P. J., Selkow T., Bengel J., Rafanelli C.] // *Disabil Rehabil*. 2015. Vol. 37. P. 585—592. DOI: 10.3109/09638288.2014.935493.
39. Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study / Tully P. J., Winefield H. R., Baker R. A. [et al.] // *Biopsychosoc Med*. 2015. Vol. 9. P. 14. DOI: 10.1186/s13030-015-0041-5.
40. Levett D.Z.H. Psychological factors, prehabilitation and surgical outcomes: evidence and future directions / D.Z.H. Levett, C. Grimmer // *Anaesthesia*. 2019. Vol. 74. P. 36—42. DOI: 10.1111/anae.14507.
41. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018 / Albus C., Waller C., Fritzsche K. [et al.] // *Clin Res Cardiol*. 2019. Vol. 108. P. 1175—1196. DOI: 10.1007/s00392-019-01488-w.
42. Updating EuroSCORE by including emotional, behavioural, social and functional factors to the risk assessment of patients undergoing cardiac surgery: a study protocol / Cromhout P. F., Berg S. K., Moons P. [et al.] // *BMJ Open*. 2019. Vol. 9. P. e026745. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026745.
43. Psychological Preparation for Cardiac Surgery / [Salzmann S., Salzmann-Djufri M., Wilhelm M., Euteneuer F.] //

Curr Cardiol Rep. 2020. Vol. 22(12). P. 172. DOI: 10.1007/s11886-020-01424-9.

44. Predictors of long-term HRQOL following cardiac surgery: a 5-year follow-up study / Grazulyte D., Norkiene I., Kazlauskas E. [et al.] // Health Qual Life Outcomes. 2021. Vol. 19(1). P. 197. DOI: 10.1186/s12955-021-01838-1.

45. Evaluating Quality in Adult Cardiac Surgery / [Sharma V., Glotzbach J. P., Ryan J., Selzman C. H.] // Tex Heart Inst J. 2021. Vol. 48(1). P. e197136. DOI: 10.14503/THIJ-19-7136.

46. Postoperative Quality of Life After Full-sternotomy and Ministernotomy Aortic Valve Replacement / Perrotti A., Francica A., Monaco F. [et al.] // Ann Thorac Surg. 2021. Vol. 21. P. 143. DOI: 10.1016/j.athoracsurg.2021.11.055.

47. Bradley S.M. Value in cardiovascular care / S. M. Bradley, C. E. Strauss, P. M. Ho // Heart. 2017. Vol. 103(16). P. 1238—1243. DOI: 10.1136/heartjnl-2016-309753.

48. Health-status outcomes with invasive or conservative care in coronary disease / Spertus J. A., Jones P. G., Maron D. J. [et al.]; ISCHEMIA Research Group. // N Engl J Med. 2020. Vol. 382(15). P. 1408—1419. DOI: 10.1056/NEJMoa1916370.

49. SYNTAX Trial Investigators. Quality of life after surgery or des in patients with 3-vessel or left main disease / Abdallah M. S., Wang K., Magnuson E. A. [et al.] // J Am Coll Cardiol. 2017. Vol. 69(16). P. 2039—2050. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.02.031.

50. Quality of life 10 years after cardiac surgery in adults: a long-term follow-up study / Perrotti A., Ecarnot F., Monaco F. [et al.] // Health Qual Life Outcomes. 2019. Vol. 17. P. 1—9. DOI: 10.1186/s12955-019-1160-7.

51. Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery / Gierlaszyńska K., Pudło R., Jaworska I. [et al.] // Kardiologia i Torakochirurgia Polska : Pol J Thorac Cardiovasc Surg. 2016. Vol. 13. P. 78—82. DOI: 10.5114/kitp.2016.58974.

52. Rawashdeh R. A. Physiological and psychological determinants of quality of life for patients after cardiac surgery and the associated factors / R. A. Rawashdeh, J. A. Alshraideh // Open J Nursing. 2019. Vol. 09. P. 1022—1040. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.910076>.

53. Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Role of Coping Strategies / Iqbal K., Irshad Y., Ali Gilani S. R. [et al.] // Cureus. 2021. Vol. 13(7). P. e16435. DOI: 10.7759/cureus.

54. Critical appraisal on the impact of preoperative rehabilitation and outcomes after major abdominal and cardiothoracic surgery: a systematic review and meta-analysis / [Kamarajah S. K., Bundred J., Weblin J., Tan B. H.] // Surgery. 2020. Vol. 167(3). P. 540—549. DOI: 10.1016/j.surg.2019.07.032.

55. Traditional vs extended hybrid cardiac rehabilitation based on the continuous care model for patients who have undergone coronary artery bypass surgery in a middle-income country: A randomized controlled trial / [Pakrad F., Ahmadi F., Grace S. L. [et al.] // Archiv Phys Med Rehabil. 2021. Vol. 102(11). P. 2091—2101. DOI: 10.1016/j.apmr.2021.04.026.

56. Slupe A.M. Effects of Anesthesia on Cerebral Blood Flow, Metabolism, and Neuroprotection / A.M. Slupe, J.R. Kirsch // J. Cereb. Blood Flow Metab. 2018. Vol. 38. P. 2192—2208. DOI: 10.1177/0271678X18789273.

57. Predictors and Outcomes of Ischemic Stroke After Cardiac Surgery / Sultan I., Bianco V., Kilic A. [et al.] // Ann. Thorac. Surg. 2020. Vol. 110. P. 448—456. DOI: 10.1016/j.athoracsurg.2020.02.025.

58. Optimizing cerebral oxygenation in cardiac surgery: A randomized controlled trial examining neurocognitive and perioperative outcomes / Uysal S., Lin H.-M., Trinh M. [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2020. Vol. 159. P. 943—953. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2019.03.036.

59. Koutsogiannidis C.-P.C. Pharmacological neuroprotection in cardiac surgery: Effectiveness of pharmacologic-

preconditioning with erythromycin / C.-P. C. Koutsogiannidis, E. O. Johnson // Curr. Vasc. Pharmacol. 2018. Vol. 16. P. 329—335. DOI: 10.2174/1570161115666171010120953.

60. Perioperative erythropoietin protects the CNS against ischemic lesions in patients after open heart surgery / Lakič N., Mrak M., Šušteršič M. [et al.] // Wien. Klin. Wochenschr. 2016. Vol. 128. P. 875—881. DOI: 10.1007/s00508-016-1063-0.

References

1. Engelman DT, Ben Ali W, Williams JB, Perrault LP, Reddy VS, Arora RC, Roselli EE, Khoynezhad A, Gerdisch M, Levy JH, Lobdell K, Fletcher N, Kirsch M, Nelson G, Engelman RM, Gregory AJ, Boyle EM. Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA Surg.* 2019 Aug 1;154(8):755-766. doi: 10.1001/jamasurg.2019.1153.

2. Hokkanen M, Huhtala H, Laurikka J, Järvinen O. The effect of postoperative complications on health-related quality of life and survival 12 years after coronary artery bypass grafting — a prospective cohort study. *J Cardiothorac Surg.* 2021 Jun 14;16(1):173. doi: 10.1186/s13019-021-01527-6.

3. Shah SJ, Borlaug BA, Kitzman DW, McCulloch AD, Blaxall BC, Agarwal R, Chirinos JA, Collins S, Deo RC, Gladwin MT, Granzier H, Hummel SL, Kass DA, Redfield MM, Sam F, Wang TJ, Desvigne-Nickens P, Adhikari BB. Research Priorities for Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Summary. *Circulation.* 2020 Mar 24;141(12):1001-1026. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.041886.

4. Spadaccio C, Glineur D, Barbatto E, Di Franco A, Oldroyd KG, Biondi-Zoccai G, Crea F, Fremes SE, Angiolillo DJ, Gaudino M. Fractional Flow Reserve-Based Coronary Artery Bypass Surgery: Current Evidence and Future Directions. *JACC Cardiovasc Interv.* 2020 May 11;13(9):1086-1096. doi: 10.1016/j.jcin.2019.12.017.

5. Chan PG, Seese L, Aranda-Michel E, Sultan I, Gleason TG, Wang Y, Thoma F, Kilic A. Operative mortality in adult cardiac surgery: is the currently utilized definition justified? *J Thorac Dis.* 2021 Oct;13(10):5582-5591. doi: 10.21037/jtd-20-2213.

6. Hirji S, McGurk S, Kiehm S, Ejiofor J, Ramirez-Del Val F, Kolkailah AA, Berry N, Sobieszczyk P, Pelletier M, Shah P, O'Gara P, Kaneko T. Utility of 90-Day Mortality vs 30-Day Mortality as a Quality Metric for Transcatheter and Surgical Aortic Valve Replacement Outcomes. *JAMA Cardiol.* 2020 Feb 1;5(2):156-165. doi: 10.1001/jamacardio.2019.4657.

7. Fang A, Allen KY, Marino BS, Brady KM. Neurologic outcomes after heart surgery. *Paediatr Anaesth.* 2019 Nov;29(11):1086-1093. doi: 10.1111/pan.13744.

8. Kok WF, van Harten AE, Koene BM, Mariani MA, Koerts J, Tucha O, Absalom AR, Scheeren TW. A pilot study of cerebral tissue oxygenation and postoperative cognitive dysfunction among patients undergoing coronary artery bypass grafting randomised to surgery with or without cardiopulmonary bypass. *Anaesthesia.* 2014 Jun;69(6):613-22. doi: 10.1111/anae.12634.

9. Chou A, Krukowski K, Jopson T, Zhu PJ, Costa-Mattioli M, Walter P, Rosi S. Inhibition of the integrated stress response reverses cognitive deficits after traumatic brain injury. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2017 Aug 1;114(31):E6420-E6426. doi: 10.1073/pnas.1707661114.

10. Berisavac II, Jovanović DR, Padjen VV, Ercegovac MD, Stanarčević PD, Budimkić-Stefanović MS, Radović MM, Beslač-Bumbaširević LG. How to recognize and treat metabolic encephalopathy in Neurology intensive care unit. *Neurol India.* 2017 Jan-Feb;65(1):123-128. doi: 10.4103/0028-3886.198192.

11. Saqqur M, Khan K, Derksen C, Alexandrov A, Shuaib A. Transcranial Doppler and Transcranial Color Duplex in Defining

Collateral Cerebral Blood Flow. *J Neuroimaging*. 2018 Sep;28(5):455-476. doi: 10.1111/jon.12535.

12. Lu W, Chen Y. Development of fast neurotransmitter synapses: General principle and recent progress. *Brain Res Bull*. 2017 Mar;129:1-2. doi: 10.1016/j.brainresbull.2016.11.009.

13. Michinaga S, Koyama Y. Protection of the Blood-Brain Barrier as a Therapeutic Strategy for Brain Damage. *Biol Pharm Bull*. 2017;40(5):569-575. doi: 10.1248/bpb.b16-00991.

14. Choi HA, Lee MJ, Chung CS. Cerebral endothelial dysfunction in reversible cerebral vasoconstriction syndrome: a case-control study. *J Headache Pain*. 2017 Dec;18(1):29. doi: 10.1186/s10194-017-0738-x.

15. Mamalyga ML, Mamalyga LM. Effect of Progressive Heart Failure on Cerebral Hemodynamics and Monoamine Metabolism in CNS. *Bull Exp Biol Med*. 2017 Jul;163(3):307-312. doi: 10.1007/s10517-017-3791-1.

16. Relander K, Hietanen M, Rantanen K, Rämö J, Vento A, Saastamoinen KP, Roine RO, Soine L. Postoperative cognitive change after cardiac surgery predicts long-term cognitive outcome. *Brain Behav*. 2020 Sep;10(9):e01750. doi: 10.1002/brb3.1750.

17. Knipp SC, Weimar C, Schlamann M, Schweter S, Wendt D, Thielmann M, Benedik J, Jakob H. Early and long-term cognitive outcome after conventional cardiac valve surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2017 Apr 1;24(4):534-540. doi: 10.1093/icvts/ivw421.

18. Berger M, Terrando N, Smith SK, Browndyke JN, Newman MF, Mathew JP. Neurocognitive Function after Cardiac Surgery: From Phenotypes to Mechanisms. *Anesthesiology*. 2018 Oct;129(4):829-851. doi: 10.1097/ALN.0000000000002194.

19. Hogan AM, Shipolini A, Brown MM, Hurley R, Cormack F. Fixing hearts and protecting minds: a review of the multiple, interacting factors influencing cognitive function after coronary artery bypass graft surgery. *Circulation*. 2013 Jul 9;128(2):162-71. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.000701.

20. De Greef Y, Dekker L, Boersma L, Murray S, Wiecek M, Spitzer SG, Davidson N, Furniss S, Hocini M, Geller JC, Csanádi Z; PRECISION GOLD investigators. Low rate of asymptomatic cerebral embolism and improved procedural efficiency with the novel pulmonary vein ablation catheter GOLD: results of the PRECISION GOLD trial. *Europace*. 2016 May;18(5):687-95. doi: 10.1093/europace/euv385.

21. Dehtiar V., Chanhli N. Methods of intraoperative protection of the patient to avoid neurovascular, hemorrhagic, respiratory and nephrological complications during surgery on the thoraco-abdominal aorta. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2018. Vol. 24. P. 31-33. https://nor-ijournal.com/wp-content/uploads/2020/09/NJD_24_1.pdf. (In Ukrainian).

22. Chawla LS, Ince C, Chappell D, Gan TJ, Kellum JA, Mythen M, Shaw AD; ADQI XII Fluids Workgroup. Vascular content, tone, integrity, and haemodynamics for guiding fluid therapy: a conceptual approach. *Br J Anaesth*. 2014 Nov;113(5):748-55. doi: 10.1093/bja/aeu298.

23. Belenichev, I.F., Kolesnik, Y.M., Pavlov, S.V. et al. Malate-aspartate shunt in neuronal adaptation to ischemic conditions: Molecular-biochemical mechanisms of activation and regulation. *Neurochem. J*. 6, 22-28 (2012). <https://doi.org/10.1134/S1819712412010023>DOI: 10.1134/S1819712412010023.

24. Larrue V, Berhoun N, Massabau P, Calviere L, Raposo N, Viguier A, Nasr N. Etiologic investigation of ischemic stroke in young adults. *Neurology*. 2011 Jun 7;76(23):1983-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e31821e5517.

25. Gattenlöhner S, Waller C, Ertl G, Bültmann BD, Müller-Hermelink HK, Marx A. Die Überexpression von NCAM (CD56)

im menschlichen Herzen ist spezifisch für eine ischämische Schädigung [The overexpression of NCAM (CD56) in human hearts is specific for ischemic damage]. *Verh Dtsch Ges Pathol*. 2004;88:246-51. German. PMID: 16892559.

26. Cohen RG, Kumar SR, Lin J, Reddy RM, Kane L, Bagley J, Juarez A, Fleischman F, Farkas EA, Hackmann AE, Grubb KJ, Reddy S, Erhunmwunsee L, Villamizar NR, Masood MF, Griffin M, Boden N. The Disparity Between Public Utilization and Surgeon Awareness of the STS Patient Education Website. *Ann Thorac Surg*. 2020 Jul;110(1):284-289. doi: 10.1016/j.athoracsur.2019.09.074.

27. Spadaccio C, Glineur D, Barbato E, Di Franco A, Oldroyd KG, Biondi-Zoccai G, Crea F, Fremes SE, Angiolillo DJ, Gaudino M. Fractional Flow Reserve-Based Coronary Artery Bypass Surgery: Current Evidence and Future Directions. *JACC Cardiovasc Interv*. 2020 May 11;13(9):1086-1096. doi: 10.1016/j.jcin.2019.12.017.

28. Nellipudi JA, Baker RA, Dykes L, Krieg BM, Bennetts JS. Prognostic Value of High-Sensitivity Troponin T After On-Pump Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Heart Lung Circ*. 2021 Oct;30(10):1562-1569. doi: 10.1016/j.hlc.2021.03.272.

29. Rethlefsen, M.L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S. et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Syst Rev*. 10, 39 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>.

30. Auffret V, Campelo-Parada F, Regueiro A, Del Trigo M, Chiche O, Chamandi C, Allende R, Cordoba-Soriano JG, Paradis JM, De Larochellière R, Doyle D, Dumont E, Mohammadi S, Côté M, Marrero A, Puri R, Rodés-Cabau J. Serial Changes in Cognitive Function Following Transcatheter Aortic Valve Replacement. *J Am Coll Cardiol*. 2016 Nov 15;68(20):2129-2141. doi: 10.1016/j.jacc.2016.08.046.

31. Czok M, Pluta MP, Putowski Z, Krzych ŁJ. Postoperative Neurocognitive Disorders in Cardiac Surgery: Investigating the Role of Intraoperative Hypotension. A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 18;18(2):786. doi: 10.3390/ijerph18020786.

32. Larsen MH, Draegert C, Vedel AG, Holmgaard F, Siersma V, Nilsson JC, Rasmussen LS. Long-term survival and cognitive function according to blood pressure management during cardiac surgery. A follow-up. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2020 Aug;64(7):936-944. doi: 10.1111/aas.13595.

33. Abrahamov D, Levran O, Naparstek S, Refaeli Y, Kaptson S, Abu Salah M, Ishai Y, Sahar G. Blood-Brain Barrier Disruption After Cardiopulmonary Bypass: Diagnosis and Correlation to Cognition. *Ann Thorac Surg*. 2017 Jul;104(1):161-169. doi: 10.1016/j.athoracsur.2016.10.043.

34. Li X, Yang J, Nie XL, Zhang Y, Li XY, Li LH, Wang DX, Ma D. Impact of dexmedetomidine on the incidence of delirium in elderly patients after cardiac surgery: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017 Feb 9;12(2):e0170757. doi: 10.1371/journal.pone.0170757.

35. Lopez MG, Pandharipande P, Morse J, Shotwell MS, Milne GL, Pretorius M, Shaw AD, Roberts LJ 2nd, Billings FT 4th. Intraoperative cerebral oxygenation, oxidative injury, and delirium following cardiac surgery. *Free Radic Biol Med*. 2017 Feb;103:192-198. doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2016.12.039.

36. Huang H, Tanner J, Parvataneni H, Rice M, Horgas A, Ding M, Price C. Impact of Total Knee Arthroplasty with General Anesthesia on Brain Networks: Cognitive Efficiency and Ventricular Volume Predict Functional Connectivity Decline in Older Adults. *J Alzheimers Dis*. 2018;62(1):319-333. doi: 10.3233/JAD-170496.

37. Evered L, Silbert B, Knopman DS, Scott DA, DeKosky ST, Rasmussen LS, Oh ES, Crosby G, Berger M, Eckenhoff RG; Nomenclature Consensus Working Group. Recommendations for the Nomenclature of Cognitive Change Associated

with Anaesthesia and Surgery-2018. *Anesthesiology*. 2018 Nov;129(5):872-879. doi: 10.1097/ALN.0000000000002334.

38. Tully P.J., Selkow T., Bengel J., Rafanelli C. A dynamic view of comorbid depression and generalized anxiety disorder symptom change in chronic heart failure: the discrete effects of cognitive behavioral therapy, exercise, and psychotropic medication. *Disabil Rehabil*. 2015. Vol. 37. P. 585–592. doi: 10.3109/09638288.2014.935493.

39. Tully PJ, Winefield HR, Baker RA, Denollet J, Pedersen SS, Wittert GA, Turnbull DA. Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. *Biopsychosoc Med*. 2015 May 26;9:14. doi: 10.1186/s13030-015-0041-5.

40. Levett DZH, Grimmett C. Psychological factors, prehabilitation and surgical outcomes: evidence and future directions. *Anaesthesia*. 2019 Jan;74 Suppl 1:36-42. doi: 10.1111/anae.14507.

41. Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, Kindermann I, Köllner V, Leithäuser B, Marx N, Meesmann M, Michal M, Ronel J, Scherer M, Schrader V, Schwaab B, Weber CS, Herrmann-Lingen C. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018 : Position paper of the German Cardiac Society. *Clin Res Cardiol*. 2019 Nov;108(11):1175-1196. doi: 10.1007/s00392-019-01488-w.

42. Cromhout P.F., Berg S.K., Moons P., Damgaard S., Nashef S., Thygesen L.C. Updating EuroSCORE by including emotional, behavioural, social and functional factors to the risk assessment of patients undergoing cardiac surgery: a study protocol. July 2019 *BMJ Open* 9(7):e026745. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026745.

43. Salzmann S, Salzmann-Djufri M, Wilhelm M, Euteneuer F. Psychological Preparation for Cardiac Surgery. *Curr Cardiol Rep*. 2020 Oct 10;22(12):172. doi: 10.1007/s11886-020-01424-9.

44. Grazulyte D, Norkiene I, Kazlauskas E, Truskauskaitė-Kuneviciene I, Kolevinskaite S, Ringaitiene D, Sipylaite J. Predictors of long-term HRQOL following cardiac surgery: a 5-year follow-up study. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Aug 17;19(1):197. doi: 10.1186/s12955-021-01838-1.

45. Sharma V, Glotzbach JP, Ryan J, Selzman CH. Evaluating Quality in Adult Cardiac Surgery. *Tex Heart Inst J*. 2021 Jan 1;48(1):e197136. doi: 10.14503/THIJ-19-7136.

46. Perrotti A, Francica A, Monaco F, Quintana E, Sponga S, El-Dean Z, Salizzoni S, Loizzo T, Salsano A, Di Cesare A, Benassi F, Castella M, Rinaldi M, Chocron S, Vendramin I, Faggian G, Santini F, Nicolini F, Milano AD, Ruggieri VG, Onorati F. Postoperative Quality of Life After Full-sternotomy and Ministernotomy Aortic Valve Replacement. *Ann Thorac Surg*. 2021 Dec 28:S0003-4975(21)02143-3. doi: 10.1016/j.athoracsur.2021.11.055.

47. Bradley SM, Strauss CE, Ho PM. Value in cardiovascular care. *Heart*. 2017 Aug;103(16):1238-1243. doi: 10.1136/heartjnl-2016-309753.

48. Spertus JA, Jones PG, Maron DJ, O'Brien SM, Reynolds HR, Rosenberg Y, Stone GW, Harrell FE Jr, Boden WE, Weintraub WS, Baloch K, Mavromatis K, Diaz A, Gosselin G, Newman JD, Mavromichalis S, Alexander KP, Cohen DJ, Bangalore S, Hochman JS, Mark DB; ISCHEMIA Research Group. Health-Status Outcomes with Invasive or Conservative Care in Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2020 Apr 9;382(15):1408-1419. doi: 10.1056/NEJMoa1916370.

49. Abdallah MS, Wang K, Magnuson EA, Osnabrugge RL, Kappetein AP, Morice MC, Mohr FA, Serruys PW, Cohen DJ; SYNTAX Trial Investigators. Quality of Life After Surgery or DES in Patients With 3-Vessel or Left Main Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2017 Apr 25;69(16):2039-2050. doi: 10.1016/j.jacc.2017.02.031.

50. Perrotti A, Ecarnot F, Monaco F, Dorigo E, Monteleone P, Besch G, Chocron S. Quality of life 10 years after cardiac surgery in adults: a long-term follow-up study. *Health Qual Life Outcomes*. 2019 May 22;17(1):88. doi: 10.1186/s12955-019-1160-7.

51. Gierlaszyńska K, Pudlo R, Jaworska I, Byrczek-Godula K, Gąsior M. Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery. *Kardiochir Torakochirurgia Pol*. 2016 Mar;13(1):78-82. doi: 10.5114/kitp.2016.58974.

52. Rawashdeh, R.A. and Alshraideh, J.A. (2019) Physiological and Psychological Determinants of Quality of Life for Patients after Cardiac Surgery and the Associated Factors. *Open Journal of Nursing*, 9, 1022-1040. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.910076>.

53. Iqbal K, Irshad Y, Ali Gilani SR Sr, Hussain S, Ahmad M, Khan UA, Choudhry VS, Khakwani AS. Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Role of Coping Strategies. *Cureus*. 2021 Jul 17;13(7):e16435. doi: 10.7759/cureus.

54. Kamarajah SK, Bundred J, Weblin J, Tan BHL. Critical appraisal on the impact of preoperative rehabilitation and outcomes after major abdominal and cardiothoracic surgery: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*. 2020 Mar;167(3):540-549. doi: 10.1016/j.surg.2019.07.032.

55. Pakrad F, Ahmadi F, Grace SL, Oshvandi K, Kazemnejad A. Traditional vs Extended Hybrid Cardiac Rehabilitation Based on the Continuous Care Model for Patients Who Have Undergone Coronary Artery Bypass Surgery in a Middle-Income Country: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2021 Nov;102(11):2091-2101.e3. doi: 10.1016/j.apmr.2021.04.026.

56. Slupe AM, Kirsch JR. Effects of anesthesia on cerebral blood flow, metabolism, and neuroprotection. *J Cereb Blood Flow Metab*. 2018 Dec;38(12):2192-2208. doi: 10.1177/0271678X18789273.

57. Sultan I, Bianco V, Kilic A, Jovin T, Jadhav A, Jankowitz B, Aranda-Michel E, D'angelo MP, Navid F, Wang Y, Thoma F, Gleason TG. Predictors and Outcomes of Ischemic Stroke After Cardiac Surgery. *Ann Thorac Surg*. 2020 Aug;110(2):448-456. doi: 10.1016/j.athoracsur.2020.02.025.

58. Uysal S, Lin HM, Trinh M, Park CH, Reich DL. Optimizing cerebral oxygenation in cardiac surgery: A randomized controlled trial examining neurocognitive and perioperative outcomes. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2020 Mar;159(3):943-953.e3. doi: 10.1016/j.jtcvs.2019.03.036.

59. Koutsogiannidis C-PC, Johnson EO. Pharmacological Neuroprotection in Cardiac Surgery: Effectiveness of Pharmacologic-Preconditioning with Erythromycin. *Curr Vasc Pharmacol*. 2018;16(4):329-335. doi: 10.2174/1570161115666171010120953.

60. Lakič N, Mrak M, Šušteršič M, Rakovec P, Bunc M. Perioperative erythropoietin protects the CNS against ischemic lesions in patients after open heart surgery. *Wien Klin Wochenschr*. 2016 Dec;128(23-24):875-881. doi: 10.1007/s00508-016-1063-0.

Надійшла до редакції 17.02.2023

МАНЬКОВСЬКИЙ Дмитро Станіславович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу діагностики патології міокарду та магістральних судин, лікар-невролог відділення інтенсивної терапії для дорослих Державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: mds.anest7777@gmail.com

МАНКОВСЬКИЙ Dmytro, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of diagnostics of myocardial pathology and main vessels, Physician-neurologist of the Department of Intensive Care for Adults of the State Institution "Heart Institute of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine; e-mail: mds.anest7777@gmail.com

*М. В. Маркова, М. О. Дрюченко***КОМПЛЕКСНА МОДЕЛЬ МАТЕРИНСЬКО-ДИТЯЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ: ЧИННИКИ ПРЕДИКЦІЇ, ПРЕВЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗУ ЇЇ ДЕФОРМАЦІЇ***М. V. Markova, M. O. Driuchenko***COMPLEX MODEL OF MOTHER-CHILD INTERACTION IN FAMILIES OF WOMEN SICK OF PARANOID SCHIZOPHRENIA: FACTORS OF PREDICTION, PREVENTION AND FORECAST OF ITS DEFORMATION**

Ключові слова: параноїдна шизофренія, материнсько-дитяча взаємодія, прогноз

Key words: paranoid schizophrenia, mother-child interaction, prognosis

З метою розробки комплексної моделі материнсько-дитячої взаємодії (МДВ) в родинах жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), обстежено 100 сімей хворих та 50 сімей психічно здорових жінок (жінка, чоловік, дитина).

За допомогою ідентифікації та аналізу чинників предикції і превенції деформації МДВ визначені варіанти прогнозу за кожним чинником.

Виявлені суттєві порушення МДВ та сімейного функціонування у родинах, де мати хворіє на ПШ. Виокремлено сім основних груп чинників (кластерів), що визначають актуальний стан МДВ: 1) клініко-психопатологічний статус жінки; 2) психоемоційний статус чоловіка; 3) психосоціальне функціонування жінки і чоловіка; 4) психологічний стан дитини; 5) дитячо-батьківські стосунки; 6) подружні взаємини; 7) сімейне функціонування. Серед кожної групи виокремлено чинники предикції та превенції деформації МДВ. Також обчислені кількісні показники, що становлять зміст кожного кластера, за якими можна визначити прогноз МДВ в кожній конкретній сім'ї та ситуації.

Виявлені закономірності надали змогу обґрунтувати та розробити комплексну систему психокорекції порушень МДВ в родинах, де мати хворіє на ПШ.

In order to develop a complex model of mother-child interaction (MCI) in the families of women with paranoid schizophrenia (PS) 100 families of patients and 50 families of mentally healthy women were examined (woman, man, child).

With the help of identification of the family type and analysis of the factors of prediction and prevention of deformation MCI, the prognosis options for each factor are determined.

Significant violations of mental health and family functioning were found in families where the mother suffers from PS. Seven main groups of factors (clusters) that determine the current state of MCI were identified: 1) clinical and psychopathological status of a woman; 2) psychoemotional status of the husband; 3) psychosocial functioning of women and men; 4) psychological state of the child; 5) child-parent relationship; 6) marital relations; 7) family functioning. Factors of prediction and prevention of MCI deformation were identified among each group. Quantitative indicators, which make up the content of each cluster, were also calculated, which can be used to determine the prognosis of the MCI in each specific family and situation.

The identified regularities made it possible to substantiate and develop a complex system of psychocorrection of mental disorders in families where the mother is ill with PS.

Параноїдна шизофренія (ПШ) являє собою одну з найактуальніших проблем нейронаук: її поширеність становить від 0,3 до 2,0 %, а близько 90 % хворих є особи віком від 15 до 55 років. Прямі економічні витрати, пов'язані з нею, становлять 0,2—0,25 % валового внутрішнього продукту, непрямі оцінюють щонайменше втричі більшими [1—3].

Наявна у жінки параноїдна шизофренія кардинально спотворює виконання нею подружніх та материнських функцій та змінює функціонування сімейної системи. Функціонування сімей, у яких жінка хворіє на ПШ, характеризується суттєвими порушеннями. Важке психічне захворювання з вираженими розладами мислення, емоцій, вольовим дефектом, критичним зниженням енергетичного потенціалу, важкою соціальною дезадаптацією неминуче відбивається на стані сімейного функціонування, спричиняючи патологізацію внутрішньосімейних взаємин та пато-

логічно відбивається на стані психічного здоров'я й психологічного благополуччя членів сім'ї пацієнток, серед яких найбільш ураженим контингентом є діти психічнохворої людини [4—10].

Важке психічне захворювання у матері, яким є ПШ, справляє потужний вплив на психоемоційну сферу дитини. Широкий спектр психопатологічних проявів, якими супроводжується розвиток шизофренічного процесу, зумовлює порушення нормальної материнсько-дитячої взаємодії зі спотворенням реалізації ключових материнських функцій: формування системи прив'язаності дитини та формування в неї базового відчуття безпеки [11—13].

Крім того, незважаючи на наявний інтерес з боку як вітчизняних, так і закордонних фахівців до питання стану родичів психічнохворої людини, дослідження здебільшого спрямовані на вивчення дружин або матерів чоловіків, хворих на ПШ, попри те, що ПШ з однаковою імовірністю виникає як у чоловіків, так і у жінок [14—16].

Отже, порушення сімейної взаємодії через викривлення мікросоціальної комунікації та реалізації ключових особистісних функцій внаслідок глибоких емоційних та когнітивних порушень при ПШ у жінки є однією з найбільш складних і багатофакторних проблем сучасної медичної психології та психіатрії. Сімейне функціонування та материнство є найважливішими аспектами життя жінки, і саме ці сфери найбільшою мірою вражає шизофренічний процес. Водночас особливості батьківсько-дитячої взаємодії та сімейного функціонування в родинх жінок, хворих на ПШ, їх зв'язок з психопатологічною феноменологією, насамперед порушеннями емоційної та вольової сфери, питання їх комплексного аналізу та оцінки потребують розробки з позицій біопсихосоціальної парадигми сучасної психіатрії.

Мета дослідження — розроблення комплексної моделі материнсько-дитячої взаємодії (МДВ) в родинх жінок, хворих на ПШ, на ґрунті ідентифікації та аналізу чинників предикції, превенції та прогнозу її деформації.

На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, їхніх чоловіків та 112 їхніх дітей (основна група). Жінки були віком від 25 до 40 років (середній вік — $31,6 \pm 3,1$ років), тривалість захворювання становила від 2 до 15 років (середня тривалість — $8,0 \pm 3,3$ роки). Різниця між віком чоловіків та дружин, в середньому, не перевищувала сім років (середній вік чоловіків — $35,9 \pm 4,8$ років). Вік дітей становив від 3 до 14 років (середній вік — $8,0 \pm 3,0$ роки), серед них було 65 дівчаток і 47 хлопчиків. Як групу порівняння обстежено 50 звичайних сімей (середній вік здорових жінок — $32,6 \pm 3,8$ років, їхніх чоловіків — $35,7 \pm 3,9$ років, дітей — $8,5 \pm 4,0$ роки).

Жінки обстежені за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) та психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale) [7]. Психологічний стан дітей та їх сприйняття материнсько-дитячих стосунків оцінювали за допомогою проєктивної методики «Кінетичний малюнок родини» Р. Бенса і С. Кауфмана.

Психоемоційну сферу чоловіків оцінювали з використанням таких психодіагностичних інструментів: методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге, шкали самооцінки рівнів особистісної та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна й методики самооцінки самопочуття, активності, настрою (тест САН). Якість життя чоловіків оцінювали з використанням опитувальника якості життя, розробленого Mezzich, Cohen, Ruizperez, Liu & Yoon.

Для встановлення специфіки сімейних стосунків та емоційних відносин в обстежених родинх використовували шкалу структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини, розроблену В. А. Абрамовим зі співавт., 2009, опитувальник «Тип ставлення родини

до терапії психотропними препаратами» та шкалу любові і симпатії З. Рубіна в модифікації Л. Я. Гозмана, К. Є. Альошиної, 1985.

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії використано методику вивчення батьківських установок (Parental Attitude Research Instrument — PARI). Методика PARI містить 23 шкали, 8 з яких описують ставлення до сімейної ролі, тоді як 15 — власне взаємини між батьками та дитиною. Типи сімейного виховання визначали відповідно до класифікації А. Є. Лічка.

Статистична обробка даних дослідження включала розвідувальний статистичний аналіз з метою визначення характеру розподілу ознак (тести Шапіро — Уїлка, Колмогорова — Смирнова, Лілієфорса) та формування описової статистики з використанням модуля Descriptive Statistics прикладного пакета програм Statistica for Windows. Release 6.0.

У процесі досліджування виявлені суттєві порушення МДВ та сімейного функціонування у родинх, де мати страждає на ПШ. Встановлено, що важкість та структура психотичної симптоматики шизофренії у матері визначають особливості психологічного стану дитини та викривлення її сприйняття сімейної ситуації та батьківсько-дитячих стосунків. У разі переважання в структурі ПШ у матері продуктивної симптоматики у дітей спостерігається емоційна лабільність, дратівливість, підвищена тривожність, боязкість, плаксивість. У разі переважання у клініці негативної симптоматики — утруднення у налагодженні неформальних контактів, емоційна холодність, знижений настрій, апатія і неадекватність емоційних реакцій.

Доведено, що на стан дитячо-батьківських стосунків в родинх, де мати хворіє на ПШ, негативний відбиток накладає зниження рівня соціального функціонування хворої, насамперед у сферах самообслуговування, інтересів, участі у сімейних справах, шлюбної, статевої і батьківської ролей.

Вагомий негативний вплив на стан дитячо-батьківських стосунків має деструктивний або драматизуючий тип ставлення родичів до хвороби матері та неконструктивне ставлення членів сім'ї і самої хворої до антипсихотичної терапії, що загалом формує низький рівень ресурсу сімейної підтримки.

У чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, виявлено виразні зміни психоемоційної сфери, асоційовані з важкістю психотичної симптоматики у їхніх дружин. Основу психоемоційних змін становлять депресивні та тривожно-депресивні розлади невротичного рівня, які розвиваються на тлі виражених астенізації, емоційної лабільності та вегетосоматичних порушень. Їм властиве зниження якості життя за усіма ключовими сферами, з найбільшим ураженням психологічного (емоційного) благополуччя, самообслуговування та незалежності у діях, працездатності, міжособистісної взаємодії, соціоемоційної підтримки та самореалізації.

Оцінка дитиною сімейної ситуації в родинх, де мати хворіє на ПШ, відображає розуміння дитиною «інакшості» матері, її підсвідоме ігнорування, про що свідчить невідображення реального складу

сім'ї у малюнках, відсутність на малюнках хворої матері, зображення хворої матері на периферії малюнку, часто за реальним чи умовним бар'єром, а також зображення «віртуальних» матерів, брак відображення спільної діяльності членів сім'ї, переважання на малюнках не людей, а речей, надмірно маленькі зображення себе та членів сім'ї, зазвичай, у нижній частині аркуша. Це свідчить про виражений емоційний дискомфорт, почуття самотності, депресивний настрій, високу тривожність, брак відчуття єднання з родиною, наявне почуття відторгненості, почуття неповноцінності у дитини, незадоволену афіліативну потребу.

Специфіка сімейної взаємодії в родинах, де жінка хворіє на ПШ, визначається суттєвими порушеннями на її подружньому та дитячо-батьківському рівнях.

Специфічними проявами патологічних змін сімейної взаємодії в умовах захворювання жінки на пара-

ноїдну шизофренію є переважання дисгармонійних та патологічних типів родинних стосунків: емоційно-відчуженого (65,0 %), напружено-дисоціативного (20,0 %), симбіотичного (9,0 %), псевдосолідарного (3,0 %) та гіперпротективного (2,0 %), зниження почуттів любові та симпатії до дружин у їхніх чоловіків, а також загальне зниження рівня емоційних взаємин у подружній парі.

В механізмах формування батьківсько-дитячої взаємодії виокремлено сім основних груп чинників, що визначають актуальний стан МДВ, які мають предиктивний або превентивний вплив на її деформацію (таблиця): 1) клініко-психопатологічний статус жінки; 2) психоемоційний статус чоловіка; 3) психосоціальне функціонування жінки і чоловіка; 4) психологічний стан дитини; 5) дитячо-батьківські стосунки; 6) подружні взаємини; 7) сімейне функціонування.

Змістовна та прогностна характеристика чинників, що формують стан материнсько-дитячої взаємодії в родинах, де мати хворіє на ПШ

Чинники	Предиктори деформації МДВ	Превентори деформації МДВ
1. Клініко-психопатологічний статус жінки	Клінічно несприятливий перебіг захворювання: — нестійкі короточасні ремісії, тривалі періоди екзацерації, низький клінічний ефект антипсихотичної терапії; — важкість психопатологічної симптоматики: високий загальний показник, психотичні рівні показників продуктивної симптоматики (маячення, галюцинації, збудження), негативної симптоматики (пригупленого афекту, пасивно-апатичної соціальної відгородженості), загальної симптоматики (депресії, тривоги, активної соціальної відстороненості)	Клінічно сприятливий перебіг захворювання: — тривалі і стійкі ремісії, адекватна реакція на антипсихотичну терапію, висока ефективність лікування на позагоспітальному етапі, висока чутливість до біологічної (нейролептичної) терапії; — низькі показники виразності (непсихотичного рівня) продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії; — брак вираженого шизофренічного дефекту особистості
	Прогноз (за балами шкали PANSS)	
	сприятливий: < 102 ймовірно сприятливий: 102—106	ймовірно несприятливий: 107—113 несприятливий: > 113
2. Психоемоційний стан чоловіка	Наявність ознак розладів адаптації, депресивних або тривожно-депресивних проявів, невротизації: — клінічна симптоматика депресивних або тривожних розладів; — високі показники за шкалами депресії і тривоги	Немає або незначна виразність депресивних і тривожно-депресивних проявів та ознак невротизації: — брак клінічної депресивної та тривожної симптоматики; — низькі та помірні показники за шкалами депресії і тривоги
	Прогноз (за балами шкали реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна)	
	сприятливий: < 35; ймовірно сприятливий: 35—42	ймовірно несприятливий: 42—49; несприятливий: > 49
3. Психосоціальне функціонування жінки і чоловіка	Неконструктивні та дисфункціональні варіанти ставлення до захворювання та лікування, недостатня підтримка з боку сім'ї: — драматизуючий або негативний типи ставлення сім'ї до ПШ; — неконструктивні варіанти ставлення родичів до лікування; — низький або обмежений рівень ресурсу сімейної підтримки	Конструктивні та адаптивні варіанти ставлення до захворювання та лікування: — адекватний тип ставлення сім'ї до захворювання; — підтримуючий варіант ставлення родичів до лікування; — високий рівень ресурсу сімейної підтримки
	Погіршення соціального функціонування: — низький рівень якості життя; — високий рівень сімейної тривожності; — низькі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших	Задовільний рівень соціального функціонування: — високий рівень якості життя; — низький рівень сімейної тривожності; — високі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших
	Прогноз (за балами шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта)	
	сприятливий: > 32 ймовірно сприятливий: 27—32	ймовірно несприятливий: 20—26; несприятливий: < 20

Продовження таблиці

Чинники	Предиктори деформації МДВ	Превентори деформації МДВ
4. Психологічний статус дитини та її оцінка сімейної ситуації	Ознаки порушень психологічного статусу дитини: — емоційний дискомфорт; — почуття самотності; — депресивний настрій; — почуття неповноцінності; — немає почуття єднання з родиною; — почуття відторгненості; — незадоволена афіліативна потреба	Ознаки нормального психологічного статусу дитини: — нормальний емоційний стан; — контактність; — самоповага і адекватне сприйняття себе і свого місця в родині; — сприйняття єдності і цілісності родини; — почуття захищеності
	Прогноз (за балами шкали «Сприятлива сімейна ситуація» методики «Кінетичний малюнок сім'ї»)	
	сприятливий: > 1,1 ймовірно сприятливий: 0,7—1,1	ймовірно несприятливий: 0,4—0,6 несприятливий: < 0,4
5. Дитячо-батьківська взаємодія	Ознаки порушень дитячо-батьківської взаємодії: — конфліктність або усамітнення дитини; — пригнічення дитини; — недостатній рівень кооперативної взаємодії та поваги до дитини	Ознаки нормальної дитячо-батьківської взаємодії: — кооперативність і взаєморозуміння в родині; — немає пригнічення дитини; — високий рівень поваги до дитини і її розвитку
	Прогноз (за інтегральним показником батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI)	
	сприятливий: > 29; ймовірно сприятливий: 21—29	ймовірно несприятливий: 12—20; несприятливий: < 12
6. Подружня взаємодія	Ознаки порушень подружньої взаємодії: — подружні конфлікти; — неухвалюваність чоловіка до дружини	Ознаки нормальної подружньої взаємодії: — низька конфліктність; — достатня увага чоловіка до дружини
	Прогноз (за інтегральним показником подружньої взаємодії за методикою PARI)	
	сприятливий: < 22 балів; ймовірно сприятливий: 22—31	ймовірно несприятливий: 32—39; несприятливий: > 39
7. Сімейна взаємодія	Ознаки системного порушення сімейної взаємодії: — недостатнє взаєморозуміння і взаємопідтримка подружжя; — неухвалюваність до дитини, небажання враховувати її інтереси, нехтування і пригнічення її потреб	Ознаки гармонійної сімейної взаємодії: — високий рівень взаєморозуміння і взаємопідтримки подружжя; — достатній рівень уваги до дитини, повага до її інтересів, прагнення розвитку
	Прогноз (за інтегральним показником сімейної взаємодії за методикою PARI)	
	сприятливий: > 48; ймовірно сприятливий: 29—48	ймовірно несприятливий: 13—28; несприятливий: < 13

Зокрема, серед клініко-психопатологічного кластера чинниками, несприятливими щодо стану МДВ в родині, де мати хворіє на ПШ, виокремлено: 1) нестійкі короточасні ремісії, тривалі періоди екзацерації, низький клінічний ефект антипсихотичної терапії; 2) важкість психопатологічної симптоматики: високий загальний показник, психотичні рівні показників продуктивної симптоматики (маячення, галюцинації, збудження), негативної симптоматики (притупленого афекту, пасивно-апатичної соціальної відгородженості), загальної симптоматики (депресії, тривоги, активної соціальної відстороненості). Чинниками, стан яких має дефензивний вплив на стан МДВ, визначені: 1) тривалі і стійкі ремісії, адекватна реакція на антипсихотичну терапію, висока ефективність лікування на позагоспітальному етапі, висока чутливість до біологічної (нейролептичної) терапії; 2) низькі показники виразності (непсихотичного рівня) продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії; 3) брак вираженого шизофренічного дефекту особистості. Ми також обчислили кількісні значення клініко-психопатологічного стану матері (за балами шкали PANSS), за якими можна визначити прогноз щодо стану МДВ. Зокрема, висновок щодо сприятливого

прогнозу МДВ можна робити за умови загального показника PANSS менш ніж 102 бали; ймовірно сприятливого: 102—106 балів; ймовірно несприятливого: 107—113 бали; несприятливого: понад 113 балів.

Серед чинників другого кластера, тобто психоемоційного стану чоловіка, чинниками, що стають предикторами викривлення МДВ, визначено: 1) клінічна симптоматика депресивних або тривожних розладів; 2) високі показники за шкалами депресії і тривоги. Відповідно, превентивний вплив на стан МДВ мають: 1) брак клінічної депресивної та тривожної симптоматики; 2) низькі та помірні показники за шкалами депресії і тривоги. Кількісним показником психоемоційного стану чоловіка, за яким можна визначити прогноз стану МДВ, визначено оцінку реактивної тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна: сприятливий прогноз — якщо менш ніж 35 балів; ймовірно сприятливий: 35—42; ймовірно несприятливий: 42—49; несприятливий: понад 49 балів.

Третій кластер, що характеризує психосоціальне функціонування жінки й чоловіка, містить декілька важливих чинників, що мають вплив на стан МДВ. Зокрема, предикторами погіршення МДВ є: 1) драматизуючий або негативний тип ставлення

сім'ї до ПШ; 2) неконструктивні варіанти ставлення родичів до лікування; 3) низький або обмежений рівень ресурсу сімейної підтримки; 4) низький рівень якості життя; 5) високий рівень сімейної тривожності; 6) низькі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших. Дефензивний вплив мають такі чинники: 1) адекватний тип ставлення сім'ї до захворювання; 2) підтримуючий варіант ставлення родичів до лікування; 3) високий рівень ресурсу сімейної підтримки; 4) високий рівень якості життя; 5) низький рівень сімейної тривожності; 6) високі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших. Кількісні показники, що визначають прогноз стосовно МДВ у цьому кластері — це оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта шкали структурованого інтерв'ю. Зокрема, прогноз можна вважати сприятливим за умови результату понад 32 бали; ймовірно сприятливим: 27—32 бали; ймовірно несприятливим: 20—26 балів; несприятливим: менш ніж 20 балів.

Серед чинників четвертого кластера, що визначають психологічний статус дитини та оцінку нею сімейної ситуації, предикторами порушення МДВ є такі: 1) емоційний дискомфорт, який відчуває дитина; 2) почуття самотності дитини; 3) депресивний настрій; 4) почуття неповноцінності; 5) немає почуття єднання з родиною; 6) почуття відторгненості; 7) незадоволена афіліативна потреба. Чинниками, що мають захисний вплив на МДВ, визначені: 1) нормальний емоційний стан; 2) контактність; 3) самоповага і адекватне сприйняття себе і свого місця в родині; 4) сприйняття єдності і цілісності родини; 5) почуття захищеності. Показником сприятливого прогнозу щодо МДВ визначено: понад 1,1 бала за шкалою «Сприятлива сімейна ситуація» методики «Кінетичний малюнок сім'ї»; ймовірно сприятливого: 0,7—1,1 бала; ймовірно несприятливого: 0,4—0,6; несприятливого: менш ніж 0,4 бали.

Кластер дитячо-батьківської взаємодії містить такі предиктивні чинники викривлення МДВ: 1) конфліктність або усамотнення дитини; 2) пригнічення дитини; 3) недостатній рівень кооперативної взаємодії та поваги до дитини. Превентивними факторами, навпаки, визначені: 1) кооперативність і взаєморозуміння в родині; 2) немає пригнічення дитини; 3) високий рівень поваги до дитини і її розвитку. Кількісні характеристики сприятливого прогнозу: понад 29 балів за інтегральним показником батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI; ймовірно сприятливого: 21—29 балів; ймовірно несприятливого: 12—20 балів; несприятливого: менш ніж 12 балів.

Останні два кластери, що характеризують подружню та сімейну взаємодію, містять такі чинники деформації МДВ: 1) наявність подружніх конфліктів; 2) неухважність чоловіка до дружини; 3) недостатнє взаєморозуміння і взаємопідтримка подружжя; 4) неухважність до дитини, небажання враховувати її інтереси, нехтування і пригнічення її потреб. Превентивними чинниками щодо деформації МДВ визначені: 1) низька конфліктність; 2) достатня увага чоловіка до дружини; 3) високий рівень взаєморозу-

міння і взаємопідтримки подружжя; 4) достатній рівень уваги до дитини, повага до її інтересів, прагнення розвитку.

Прогноз щодо стану МДВ в сім'ї, де жінка хворіє на ПШ, визначається за інтегральними показниками подружньої або сімейної взаємодії за методикою PARI: сприятливим вважається прогноз, якщо інтегральний показник подружньої взаємодії має значення менш ніж 22 бали, а сімейної взаємодії — понад 48 балів; ймовірно сприятливим: 22—31 й 29—48 балів, відповідно; ймовірно несприятливим: 32—39 й 13—28 балів, відповідно; несприятливим: понад 39 й менш ніж 13 балів, відповідно.

Отже, ґрунтуючись на отриманих даних можемо сформулювати рекомендацію щодо психодіагностики стану МДВ, яку треба здійснювати на базі проєктивної психодіагностичної роботи з дитиною та окремо — з її батьками, з використанням алгоритму визначення інтегративних показників подружньої і батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI, та врахуванням прогностичного спрямування залежно від кількісних показників.

Виявлені закономірності надали нам змогу обґрунтувати та розробити комплексну систему психокорекції порушень МДВ в родинах, де мати хворіє на параноїдну шизофренію.

Список літератури

1. Al Saif F. Shared Psychotic Disorder / Al Saif F, Al Khalili Y. // In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 31095356.
2. Psychosocial roots of paranoid ideation: The role of childhood experiences, social comparison, submission, and shame / Carvalho C. B., da Motta C., Pinto-Gouveia J., Peixoto E. J. // Clin Psychol Psychother. 2018 Sep; 25(5): 650—661. DOI: 10.1002/cpp.2195.
3. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders / [Chandra P. S., Bhargavaraman R. P., Raghunandan V. N., Shaligram D.] // Arch Womens Ment Health. 2006 Sep; 9(5): 285—288. DOI: 10.1007/s00737-006-0147-7.
4. Gandhi S. Family Caregivers' Perspective on Factors Affecting Recovery from Schizophrenia / S. Gandhi, D. Jones // East Asian Arch Psychiatry. 2020 Dec; 30(4): 113—119. DOI: 10.12809/eaap1941.
5. Oyelade O. O. Expectations and experiences of family members regarding the rehabilitation of relatives with schizophrenia in South West Nigeria / O. O. Oyelade, N. G. Nkosi-Mafutha // Health Soc Care Community. 2022 Sep; 30(5): e1875-e1884. DOI: 10.1111/hsc.13617.
6. Hsiao C. Y. Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers / C. Y. Hsiao, H. L. Lu, Y. F. Tsai // J Psychiatr Ment Health Nurs. 2020 Oct; 27(5): 572—583. DOI: 10.1111/jpm.12608.
7. Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and family functioning in adopted-away offspring of mothers with schizophrenia / Myllyaho T., Siira V., Wahlberg K. E. [et al.] // Psychiatry Res. 2019 Aug; 278: 205—212. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.06.017.
8. McFarlane W. R. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review // Fam Process. 2016 Sep; 55(3): 460—482. DOI: 10.1111/famp.12235.
9. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis / Rodolico A., Bighelli I., Avanzato C. [et al.] // Lancet Psychiatry. 2022 Mar; 3(3): 211—221. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00437-5.

10. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support / Ribé J. M., Salamero M., Pérez-Testor C. [et al.] // *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018 Mar; 22(1): 25—33. DOI: 10.1080/13651501.2017.1360500.
11. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics / Caqueo-Úrizar A., Rus-Calafell M., Craig T. K. [et al.] // *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Jan; 19(1): 2. DOI: 10.1007/s11920-017-0756-z.
12. Galletly C. A. Effective family interventions for people with schizophrenia // *Lancet Psychiatry.* 2022 Mar; 9(3): 185—187. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00502-2.
13. Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia / Fitryasari R., Nursalam N., Yusuf A. [et al.] // *Scand J Caring Sci.* 2021 Jun; 35(2): 642—649. DOI: 10.1111/scs.12886.
14. Шкода К. В. Невротизація та патологічна тривога як прояви дезадаптації дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання // *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2016. Т. 3, № 2 (6). С. 48—56. вилучено із: <https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/8328>.
15. Шкода К. В. Особливості особистісної та соціально-психологічної дезадаптації дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання // *Український вісник психоневрології.* 2016. вип. 4 (89). С. 96—101.
16. Шкода К. В. Агресивність і ставлення до психічного захворювання родича як складові психологічної дезадаптації дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання // *American Scientific Journal.* 2016. № 8 (8). С. 30—35.

References

1. Al Saif F, Al Khalili Y. *Shared Psychotic Disorder.* 2022 Aug 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 31095356.
2. Carvalho CB, da Motta C, Pinto-Gouveia J, Peixoto E. Psychosocial roots of paranoid ideation: The role of childhood experiences, social comparison, submission, and shame. *Clin Psychol Psychother.* 2018 Sep;25(5):650-661. doi: 10.1002/cpp.2195. Epub 2018 May 9. PMID: 29744971.
3. Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VN, Shaligram D. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Arch Womens Ment Health.* 2006 Sep;9(5):285-8. doi: 10.1007/s00737-006-0147-7. Epub 2006 Sep 8. PMID: 16937315.
4. Gandhi S, Jones D. Family Caregivers' Perspective on Factors Affecting Recovery from Schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry.* 2020 Dec;30(4):113-119. doi: 10.12809/eaap1941. PMID: 33349618.
5. Oyelade OO, Nkosi-Mafutha NG. Expectations and experiences of family members regarding the rehabilitation of relatives with schizophrenia in South West Nigeria. *Health Soc Care Community.* 2022 Sep;30(5):e1875-e1884. doi: 10.1111/hsc.13617. Epub 2021 Nov 2. PMID: 34726800.
6. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2020 Oct;27(5):572-583. doi: 10.1111/jpm.12608. Epub 2020 Feb 10. PMID: 31991512.
7. Myllyaho T, Siira V, Wahlberg KE, Hakko H, Läsky K, Roisko R, Niemelä M, Räsänen S. Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and family functioning in adopted-away offspring of mothers with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2019 Aug;278:205-212. doi: 10.1016/j.psychres.2019.06.017. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31226546.
8. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam Process.* 2016 Sep;55(3):460-82. doi: 10.1111/famp.12235. Epub 2016 Jul 14. PMID: 27411376.
9. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, Schneider-Thoma J, Sifis S, Signorelli MS, Wu H, Wang D,

- Furukawa TA, Pitschel-Walz G, Aguglia E, Leucht S. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2022 Mar;9(3):211-221. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00437-5. Epub 2022 Jan 31. Erratum in: *Lancet Psychiatry.* 2022 Feb 23; PMID: 35093198.
10. Ribé JM, Salamero M, Pérez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018 Mar;22(1):25-33. doi: 10.1080/13651501.2017.1360500. Epub 2017 Aug 11. PMID: 28799427.
11. Caqueo-Úrizar A, Rus-Calafell M, Craig TK, Irrazaval M, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Jan;19(1):2. doi: 10.1007/s11920-017-0756-z. PMID: 28097634.
12. Galletly CA. Effective family interventions for people with schizophrenia. *Lancet Psychiatry.* 2022 Mar;9(3):185-187. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00502-2. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35093199.
13. Fitryasari R, Nursalam N, Yusuf A, Hargono R, Lin EC, Tristiana RD. Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia. *Scand J Caring Sci.* 2021 Jun;35(2):642-649. doi: 10.1111/scs.12886. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32628789.
14. Shkoda, K. Nevrotizatsiia ta patolohichna tryvoha yak proiavy dezadaptatsii druzhyn i materiv khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu z tryvalymy terminamy zakhvoriuvannia. *Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholohiia*, 3(2 (6), 49-57. <https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/8328>.
15. Shkoda K. V. Osoblyvosti osobystisnoi ta sotsialno-psykholohichnoi dezadaptatsii druzhyn i materiv khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu z tryvalymy terminamy zakhvoriuvannia. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi.* 2016. vyp. 4 (89). S. 96—101. (In Ukrainian).
16. Shkoda K. V. Ahresyvnist i stavlennia do psykhychnoho zakhvoriuvannia rodycha yak skladovi psykholohichnoi dezadaptatsii druzhyn i materiv khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu z tryvalymy terminamy zakhvoriuvannia. *American Scientific Journal.* 2016. No. 8 (8). P. 30—35. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 28.02.2023

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, виконуюча обов'язки завідувача кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, м. Харків; <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>; e-mail: mariannochka1807@gmail.com

ДРЮЧЕНКО Майя Олександрівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фтизіатрії Факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Acting Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of the Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>; e-mail: mariannochka1807@gmail.com

DRUCHENKO Maiia, MD, PhD, Associate Professor of Department of Neurorehabilitation with courses in Medical Psychology, Pulmonology and Phthisiology of the Faculty of Postgraduate Education and Pre-University Training of the State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

*Н. О. Марута, В. Ю. Федченко, Т. В. Панько, І. О. Явдак, О. Є. Семікіна, О. Р. Лапінська***ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ
ВНАСЛІДОК КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19***N. O. Maruta, V. Yu. Fedchenko, T. V. Panko, I. O. Yavdak, O. Ye. Semikina, O. R. Lapinska***FEATURES OF PRIMARY PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS
DUE TO CORONAVIRUS DISEASE COVID-19**

Ключові слова: первинні
психопатологічні прояви, на-
слідки COVID-19

Keywords: primary psycho-
pathological manifestations, con-
sequences of COVID-19

Мета дослідження: вивчення особливостей первинних психічних розладів, що виникли внаслідок перенесеної коронавірусної хвороби.

Для реалізації поставленої мети дослідження у відділі пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» були обстежені 97 хворих на вперше встановлені психічні розлади, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Діагноз встановлений відповідно до критеріїв МКХ-10 (F32.0 — F32.2 — 34 пацієнти, F40 — F45 — 32 пацієнти, F06.3 — F06.6 — 31 пацієнт).

Встановлено, що у обстежених хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади показники об'єктивної та суб'єктивної оцінки вираженості тривоги свідчать про важливість для хворих цієї групи особистісної оцінки того, що з ними відбувається. Показники депресії у цих хворих відповідали «легкому» та «помірному рівню» — середній бал у групі становив 20,16 балів. Загальний рівень депресії у хворих з депресивними епізодами (F32.0 — F32.2) та у хворих з психічними розладами органічного генезу (F06.3 — F06.6) в середньому у групах відповідали «помірному» рівню депресії — середні бали за шкалою MADRS становили 25,97 та 23,04 бали відповідно. Хворим, що перенесли COVID-19, притаманні тривожні розлади різної інтенсивності. Найвищі показники тривоги спостерігались у групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, які в середньому у групі відповідали помірному рівню ($27,92 \pm 3,42$ балів). Інтенсивність тривоги у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного генезу була у діапазоні від легкої до помірної ($23,09 \pm 2,86$ балів та $24,58 \pm 3,19$ балів відповідно). У структурі тривожних розладів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади переважають соматичні та вегетативні симптоми, достовірні відмінності встановлені між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди за пунктами «Респіраторні симптоми» ($1,56 \pm 0,31$ балів та $0,39 \pm 0,22$ балів відповідно, $p \leq 0,05$), «Вегетативні симптоми» ($2,24 \pm 0,34$ балів та $1,12 \pm 0,27$ балів відповідно, $p \leq 0,01$).

The purpose of the study was to study the features of primary mental disorders that arose as a result of coronavirus disease.

In order to realize the goal of the study in the borderline psychiatry of the "INPN of NAMS of Ukraine" SI, 97 patients were examined for the first time psychic disorders suffered from Covid-19 and were exposed to the Sars-CV-2 pandemic stressors. The diagnosis was made taking into account the criteria of ICD-10 (F32.0 — F32.2 — 34 patients, F40 — F45—32 patients, F06.3 — F06.6 — 31 patients).

It is established that the surveyed patients with neurotic, stress, and somatoform disorders indicators of objective and subjective assessment of the severity of anxiety indicate the importance for patients with this group of personal assessment of what is happening to them. The indicators of depression in these patients corresponded to "light" and "moderate level" — the average score in the group was 20.16 points. The overall level of depression in patients with depressive episodes (F32.0 — F32.2) and in patients with mental disorders of organic genesis (F06.3 — F06.6), on average, in groups corresponded to "moderate" depression level — average points on the MADRS scale. and 23.04 points respectively. For patients with Covid-19, anxiety disorders of varying intensity are characteristic. The highest alarm rates were observed in the group of neurotic patients, related to stress and somatoform disorders, which on average in the group correspond to a moderate level (27.92 ± 3.42 points). The intensity of anxiety in patients with depressive episodes and mental disorders of organic genesis was in the range from mild to moderate (23.09 ± 2.86 points and 24.58 ± 3.19 points, respectively). In the structure of anxiety disorders in patients with neurotic, stress, and somatoform disorders, somatic and vegetative symptoms prevail, significant differences are established between groups of patients with neurotic, stress, and somatoform disorders and patients with depressive episodes. (1.56 ± 0.31 points and 0.39 ± 0.22 respectively, $p \leq 0.05$), vegetative symptoms (2.24 ± 0.34 points and 1.12 ± 0.27 , respectively, $p \leq 0.01$).

Пандемія COVID-19 є однією з найбільших глобальних криз, з якою зіткнулося людство протягом останніх десятиріч та має серйозні негативні наслідки як для здоров'я людей, так і для систем охорони здоров'я, економіки та суспільства. Вперше коронавірусне захворювання (COVID-19) було виявлене у грудні 2019 року та призвело до глобальної пандемії [1, 2]. Станом на початок 2023 року в усьому світі було зареєстровано 755 116 409 підтверджених випадків COVID-19, серед них 6 831 681 летальних випадків [3].

Економічний спад, що його спричинила пандемія COVID-19, та сама пандемія вкрай негативно вплинули і далі впливають на психічне здоров'я багатьох людей і створили нові бар'єри для людей, які вже хворіють на психічні захворювання [4]. Деякі групи людей постраждали набагато більше, ніж інші. В аналітичній записці ООН у травні 2020 року зазначено, що більш високий ризик розвитку психічних симптомів і розладів, пов'язаних з COVID-19, зазнають люди, які живуть в умовах збройних конфліктів і гуманітарних криз (зокрема біженці та внутрішньо переміщені особи) [5].

На сьогодні встановлено, що COVID-19 негативно впливає на психічне здоров'я населення в усьому світі. Страх перед коронавірусною інфекцією, пов'язаний з можливим ризиком зараження, непередбачуваним перебігом хвороби, відсутністю патогенетичного лікування і тотальною невизначеністю, спричиняє негативні психологічні реакції, як-от дистрес і дезадаптація [1]. Згідно з науковим оглядом, опублікованим Всесвітньою організацією охорони здоров'я, у перший рік пандемії COVID-19 глобальна поширеність тривоги та депресії збільшилася на 25 %. Велика кількість людей у різних країнах стала більш тривожною; але у деяких COVID-19 викликав або посилив набагато серйозніші проблеми з психічним здоров'ям — психологічний дистрес і симптоми депресії, тривоги або посттравматичного стресу, суїцидальні думки та суїцидальну поведінку [6—8].

Патогенез психічних симптомів та розладів, що виникають під час пандемії COVID-19, включає біологічні та психосоціальні чинники. За даними літератури, психічні розлади, що виникають під час пандемії, можуть бути пов'язані з психосоціальними чинниками, як-от страх заразитися або заразити членів сім'ї; брак доступу до тестування та медичної допомоги при COVID-19; фізичне дистанціювання, домашня ізоляція, карантин та самотність; інформаційними (постійні повідомлення засобів масової інформації про пандемію та невизначеність, пов'язану з її можливим результатом); суперечливі повідомлення та директиви щодо заходів громадської охорони здоров'я, як-от носіння масок для особи тощо; збільшення робочого навантаження; економічні проблеми та незахищеність; брак доступних ресурсів (наприклад, продуктів харчування, засобів індивідуального захисту); обмеження особистих свобод [9—13]. За результата-

ми ретроспективного дослідження, проведеного Taquet M., Sillett R., Zhu L. et al., визначено, що після встановлення діагнозу COVID-19 підвищений ризик формування психопатології зберігається протягом різного періоду при різних психічних симптомах та розладах [14]. Зокрема, протягом перших шести місяців після початку захворювання у пацієнтів із COVID-19 спостерігалось більше проявів психопатології, ніж у пацієнтів, які перенесли інші гострі респіраторні вірусні інфекції. Водночас підвищений ризик агрипнії, тривожних розладів та розладів настрою при подальшому спостереженні редукується та стає однаковим у досліджуваних групах протягом одного-трьох місяців. На думку авторів, протягом дворічного спостереження перенесений COVID-19 був пов'язаний із вищим ризиком формування когнітивних порушень та психотичних розладів [14].

Визначено, що 2020 року на тлі пандемії COVID-19 кількість людей, які хворіють на тривожні та депресивні розлади, істотно збільшилася і, за попередніми оцінками, поширеність цих розладів зросла відповідно на 26 % та 28 %, що зумовлює особливу актуальність цієї проблеми [15; 16]. Водночас слід зазначити, що понад 50 % пацієнтів, які вилікувалися від COVID-19, страждають від постійної втоми, тривоги та депресії незалежно від тяжкості перенесеної хвороби [17]. Близько трьох чвертей хворих на COVID-19 після виписки з лікарні мають принаймні одну з проблем, як-от розлади сну, тривога, депресія або астенія [18].

До 2020 року психічні розлади були основними причинами глобального тягаря, пов'язаного зі здоров'ям, причому депресивні та тривожні розлади були провідними складниками цього тягаря. Поява пандемії COVID-19 створила середовище, у якому загострюється багато детермінантів порушення психічного здоров'я. Саме тому подальша оцінка впливу коронавірусної хвороби COVID-19 на психічне здоров'я є вкрай актуальною.

Метою дослідження стало вивчення особливостей первинних психічних розладів, що виникли внаслідок перенесеної коронавірусної хвороби.

Для реалізації поставленої мети дослідження у відділі пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» були обстежені 97 хворих на вперше встановлені психічні розлади, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Діагноз встановлений відповідно до критеріїв МКХ-10 (F32.0 — F32.2 — 34 пацієнти, F40 — F45 — 32 пацієнти, F06.3 — F06.6 — 31 пацієнт).

Під час дослідження проведено ретельний аналіз анамнезу захворювання, включно з відомостями про перенесену коронавірусну хворобу COVID-19 та вплив стресорів пандемії SARS-CoV-2 (табл. 1).

Зокрема, за даними таблиці 1, в групі хворих на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) переважали пацієнти з однократним захворюванням на COVID-19 в анамнезі (70,59 % осіб), більшість обстежених цієї групи відзначали вплив стресорів пандемії SARS-CoV-2 на початкові психопатологічні прояви (52,94 % осіб)

Таблиця 1. Характеристика групи обстежених з урахуванням анамнезу захворювання на COVID-19 та впливу стресорів пандемії SARS-COV-2

Показник, який оцінюється	Депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	Психічні розлади органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
Кількість випадків COVID-19 в анамнезі:			
— 1	70,59 ± 7,93 ¹⁾	90,63 ± 5,23 ^{1) 2)}	45,16 ± 9,09 ²⁾
— 2	26,47 ± 7,68	9,37 ± 5,23 ²⁾	51,61 ± 9,12 ²⁾
— 3 і більше	2,94 ± 2,94	0,00 ± 0,00	3,23 ± 3,23
Вплив стресорів пандемії SARS-COV-2			
— відзначали	52,94 ± 8,69 ¹⁾	81,25 ± 7,01 ¹⁾	67,74 ± 8,53
— не відзначали	47,06 ± 8,69 ¹⁾	18,75 ± 7,01 ¹⁾	32,26 ± 8,53
Термін звернення по спеціалізовану медичну допомогу після одужання від COVID-19:			
— до 2 тижнів	11,76 ± 5,61	21,88 ± 7,43	6,45 ± 4,48
— від 2 тижнів до 1 місяця	26,47 ± 7,68	31,25 ± 8,32	19,35 ± 7,21
— від місяця до 6 місяців	38,24 ± 8,46	34,36 ± 8,53	45,16 ± 9,09
— від 6 до 12 місяців	17,65 ± 6,64	12,51 ± 5,94	25,81 ± 7,99
— більше ніж 12 місяців	5,88 ± 4,10	0,00 ± 0,00	3,23 ± 3,23

Примітки. n — кількість обстежених. Дані наведено у форматі: % ± m %. Відмінності вірогідні при $p < 0,05$: ¹⁾ — як порівняти групи хворих на депресивні епізоди і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади; ²⁾ — як порівняти групи хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади і хворих на психічні розлади органічного ґенезу

та зверталися по спеціалізовану медичну допомогу після одужання від COVID-19 у термін від місяця до 6 місяців (38,24 % осіб). У групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) також переважали пацієнти з однократним захворюванням на COVID-19 в анамнезі (90,63 % осіб), більшість обстежених цієї групи відзначали вплив стресорів пандемії SARS-COV-2 на початкові психопатологічні прояви (81,25 % осіб) та зверталися по спеціалізовану медичну допомогу після одужання від COVID-19 у термін від місяця до 6 місяців (34,36 % осіб). У пацієнтів з психічними розладами органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) у більшості пацієнтів спостерігалось 2 (51,61 %) та 3 і більше (3,23 %) випадків захворювання на коронавірусну хворобу COVID-19. І в цій групі обстежених, як і в попередніх двох, у переважної кількості пацієнтів (67,74 % осіб) спостерігався вплив стресорів пандемії SARS-COV-2 на початкові психопатологічні прояви та 45,16 % осіб зверталися по спеціалізовану медичну допомогу після одужання від COVID-19 у термін від місяця до 6 місяців.

Клінічна картина психічних розладів відповідала критеріям МКХ-10 для помірного депресивного епізоду, невротичних та пов'язаних зі стресом та органічних психічних розладів. Початок психічних розладів самі пацієнти пов'язували з перенесеною коронавірусною хворобою COVID-19.

Початкові психічні симптоми характеризувались у пацієнтів з депресивним епізодом зниженням настрою (70,58 % осіб), порушенням сну (64,70 % осіб), зниженням концентрації уваги, пам'яті, когнітивними порушеннями (55,88 % осіб) та тривогою (44,11 %

осіб). У пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами з самого початку спостерігались прояви тривоги (62,50 %), різноманітні соматовегетативні симптоми (81,25 %), відчуття внутрішнього напруження (62,50 %), відчуття слабкості та стомлюваності/астенії (56,25 % осіб), у 18,75 % — страхи, у 37,50 % обстежених — прояви дратівливості й гнівливості та в 9,37 % обстежених — нав'язливості. У обстежених з психічними розладами органічного ґенезу реєструвалися порушення сну (51,61 % осіб), зниження настрою / депресія (48,38 % осіб) та тривога (30,30 % осіб), слабкість і стомлюваність/астенія (60,60 % осіб), страхи (38,70 % осіб), у 70,96 % пацієнтів відзначалися зниження концентрації уваги, пам'яті та когнітивні порушення, у 35,48 % пацієнтів — інші прояви у вигляді підвищеної збудливості, переїдання, соціальної або комунікативної замкнутості.

На початку захворювання симптоми мали відокремлений характер, але поступово наростали і формували клінічну картину того чи того психічного розладу. На час обстеження в структурі психопатологічних порушень у обстежених хворих, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2, незалежно від розладу, в клінічній картині переважали симптоми тривоги та розлади настрою у вигляді депресії.

З метою об'єктивізації актуального психічного стану осіб, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-COV-2, використовували комплекс психометричних шкал: шкала Монтгомері — Асберг для оцінки депресії (MADRS), шкала Гамільтона для оцінки

тривоги (HARS), шкала General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) — особистісний опитувальник для оцінки рівня тривожності та скринінгу генералізованого тривожного розладу та шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale — CGI).

Характеристика депресії у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, за шкалою Монтгомері — Асберг (MADRS) наведена в таблиці 2.

Отримані дані демонструють, що у групі хворих на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) загальний бал показника депресії був найвищим в середньому

у групі і відповідав помірному рівню депресії (середній бал у групі — $25,97 \pm 3,16$). Для хворих на психічні розлади органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) рівень інтенсивності депресивних симптомів також відповідав помірним симптомам депресії (середній бал у групі — $23,04 \pm 3,19$), але був дещо нижчим як порівняти з пацієнтами з депресивним епізодом. У хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) показники за шкалою MADRS відповідали «легкому» та «помірному рівню» депресії (середній бал у групі — $20,16 \pm 2,42$).

Таблиця 2. Характеристика депресії у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, за шкалою Монтгомері — Асберг (MADRS)

Пункт шкали	Група хворих		
	на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	на психічні розлади органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
Сум, що спостерігається	$3,59 \pm 0,53^*$	$2,25 \pm 0,41$	$3,13 \pm 0,47$
Сум, що висловлюється	$3,94 \pm 0,56$	$3,06 \pm 0,52$	$3,42 \pm 0,48$
Внутрішня напруженість	$2,35 \pm 0,32$	$3,13 \pm 0,46$	$2,42 \pm 0,35$
Погіршення сну	$3,68 \pm 0,53$	$3,34 \pm 0,58$	$3,26 \pm 0,56$
Порушення апетиту	$2,79 \pm 0,43$	$2,41 \pm 0,37$	$2,52 \pm 0,38$
Труднощі концентрації	$2,53 \pm 0,42^*$	$1,53 \pm 0,36$	$2,42 \pm 0,45^{**}$
Апатія	$2,56 \pm 0,45$	$1,75 \pm 0,31$	$2,32 \pm 0,43$
Нездатність переживати почуття	$2,56 \pm 0,38^*$	$1,34 \pm 0,21$	$2,03 \pm 0,37$
Песимістичні думки	$1,62 \pm 0,36$	$1,19 \pm 0,22$	$1,29 \pm 0,26$
Суїцидальні думки	$0,35 \pm 0,14$	$0,16 \pm 0,23$	$0,23 \pm 0,22$
Загальний бал	$25,97 \pm 3,16$	$20,16 \pm 2,42$	$23,04 \pm 3,19$

Примітки. Дані наведено у форматі ($M \pm m$), бали, де M — середня арифметична величина; m — похибка середньої арифметичної; * — відмінності між групами хворих на депресивні епізоди і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади вірогідні при $p \leq 0,05$; ** — відмінності між групами хворих на психічні розлади органічного ґенезу і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади вірогідні при $p \leq 0,05$

Оцінка за окремими шкалами свідчить, що ознаки зниженого настрою у хворих на депресивні епізоди характеризувались переважно сумним та нещасним виглядом більшу частину часу, іноді — незначним пожвавлюванням на короткий період (середнє значення балів у групі — $3,59 \pm 0,53$).

Хворим на психічні розлади органічного ґенезу також більшу частину часу був властивий сумний вигляд, пожвавлення міміки було можливо на короткий період, погіршення було пов'язано зі схильністю до швидкого виснаження (середнє значення у групі — $3,13 \pm 0,47$ балів).

Хворі на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади виглядали пригніченими, але здебільшого могли відволікатися на зовнішні обставини (середнє значення у групі — $2,25 \pm 0,41$ балів).

За пунктом «Сум, що висловлюється» стан хворих на депресивні епізоди та на психічні розлади органічного ґенезу відповідав зовнішнім ознакам зниженого настрою. Хворі відзначали у себе домінування почуття пригніченості чи зневіри, у більшій кількості спостережень настроїв був ще схильний

до впливу зовнішніх обставин (середні значення — $3,94 \pm 0,56$ балів та $3,42 \pm 0,48$ балів відповідно).

Більшість хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади відзначали у себе сумний або пригнічений настрій, що легко піддається поліпшенню, але деякі з них були схильні заявляти про домінування почуття пригніченості чи зневіри, проте об'єктивно їхній настрій міг швидко змінюватись залежно від зовнішніх обставин. Середній показник за цим пунктом шкали MADRS становив $3,06 \pm 0,52$ балів.

За пунктом «Внутрішня напруженість» більшість обстежених всіх груп відзначали у себе відчуття внутрішнього дискомфорту різного ступеня виразності. У хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу спостерігались переважно епізодичне або стійке почуття внутрішньої напруженості, середні показники суттєво не відрізнялись ($2,35 \pm 0,32$ балів та $2,42 \pm 0,35$ балів відповідно), тоді як хворим на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади крім відчуття напруження та роздратування притаманна була також епізодична

паніка, яка потребувала додаткових зусиль для її подолання. Середній показник за пунктом «Внутрішня напруженість» становив ($3,13 \pm 0,46$) балів.

Показники за пунктом «Погіршення сну» вказують, що у хворих на депресивні епізоди розлади сну були більш виражені та характеризувались зменшенням тривалості сну більш ніж на 2—3 години. Більшості хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади було властиво утруднення засинання або дещо укорочений, поверхневий чи уривчастий сон. Але достовірних відмінностей в показниках між групами встановлено не було: у хворих на депресивні епізоди середній показник — ($3,68 \pm 0,53$) балів, у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади — ($3,34 \pm 0,58$) балів та у хворих на психічні розлади органічного ґенезу — ($3,26 \pm 0,56$) балів.

Показники за пунктом «Порушення апетиту» також переважають у хворих на депресивні епізоди (середній показник — ($2,79 \pm 0,43$) балів), проте без достовірних відмінностей з хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($2,41 \pm 0,37$) балів та з хворими на психічні розлади органічного ґенезу — ($2,52 \pm 0,38$) балів.

Згідно з даними таблиці 2, труднощі концентрації уваги, на відміну від хворих на невротичні розлади, достовірно більше спостерігалися у хворих на депресивні епізоди ($2,53 \pm 0,42$) балів, $p \leq 0,05$) та у хворих на психічні розлади органічного ґенезу ($2,42 \pm 0,45$) балів, $p \leq 0,05$). Хворі на невротичні розлади висловлювали частіше скарги переважно на епізодично розсіяну увагу (середній показник становив ($1,53 \pm 0,36$) балів).

Особливістю депресивної симптоматики у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу, на відміну від хворих на невротичні розлади, є достовірно більша апатія (середній показник — ($2,56 \pm 0,45$) балів у хворих на депресивні епізоди, ($2,32 \pm 0,43$) балів — у хворих на психічні розлади органічного ґенезу проти ($1,75 \pm 0,31$) балів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади). Для клінічної картини депресії у хворих на депресивні епізоди та на психічні розлади органічного ґенезу властива швидка втома, наявність анергії, складнощі, пов'язані з початком діяльності, потреба у додаткових зусиллях для виконання простої повсякденної діяльності.

За пунктом «Нездатність переживати почуття» показники у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу також достовірно переважали цей показник у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади — ($2,56 \pm 0,38$) балів та ($2,03 \pm 0,37$) балів відповідно, проти ($1,34 \pm 0,21$) балів. Хворі на депресивні епізоди та хворі на психічні розлади органічного ґенезу значно частіше відзначали скарги на зниження здатності отримувати задоволення від того, що раніше їх захоплювало, періодично до ступеня втрата інтересу до навколишнього як порівняти з пацієнтами, хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.

На відміну від них, хворі на невротичні розлади відзначали періодичне зниження інтересу до навколишнього, однак були готові більш активно включатися в навколишні події. Відчуття емоційного паралічу, втрата здатності відчувати гнів, смуток чи задоволення, повна чи навіть хвороблива втрата почуттів до близьких родичів та друзів у обстежених хворих не встановлено.

Показники за пунктом «Песимістичні думки» демонструють превалювання песимістичних думок, схильність до заниження самооцінки у хворих на депресивні епізоди (середній показник — ($1,62 \pm 0,36$) балів). У хворих на психічні розлади органічного ґенезу та на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади песимістичні думки спостерігались значно менше ($1,29 \pm 0,26$) балів та ($1,19 \pm 0,22$) балів відповідно).

Показники за пунктом «Суїцидальні думки» свідчать про наявність втоми від життя при відсутності суїцидальних думок у декількох з обстежених хворих на депресивні епізоди — ($0,35 \pm 0,14$) балів, у хворих на психічні розлади органічного ґенезу — ($0,23 \pm 0,22$) балів, у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади — ($0,16 \pm 0,23$) балів.

Отже, отримані за допомогою шкали Монтгомері — Асберґ для оцінки депресії дані демонструють певні особливості симптомів депресії при різних психічних розладах у пацієнтів, що перенесли COVID-19.

Особливості тривожної симптоматики вивчали за допомогою шкали тривоги Гамільтона (HARS) та особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності (GAD-7), що дало змогу провести як об'єктивну, так і суб'єктивну оцінку тривоги й докладніше уточнити структуру тривожної симптоматики у хворих, що переохворіли на COVID-19 (табл. 3).

Наведені дані демонструють наявність в клінічній картині обстежених хворих, що перенесли COVID-19, тривожних проявів різної інтенсивності.

Найвищі показники тривоги спостерігались у групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, які в середньому у групі відповідали помірного рівню тривоги ($27,92 \pm 3,42$) балів). Середній рівень інтенсивності тривоги у хворих на депресивні епізоди та на психічні розлади органічного ґенезу був у діапазоні від легкого до помірного ($23,09 \pm 2,86$) балів та ($24,58 \pm 3,19$) балів відповідно).

Аналізуючи отримані дані щодо окремих пунктів шкали, слід зазначити, що у групі обстежених з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами показники за пунктами «Тривожний настрій», «Страхи» перевищували показники у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу. Водночас відмінності між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди за пунктом «Страхи» мали достовірні відмінності ($p \leq 0,05$).

Таблиця 3. Характеристика тривоги у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, за шкалою тривоги Гамільтона (HARS)

Пункт шкали	Група хворих		
	на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	на психічні розлади органічного генезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
Тривожний настрій	1,83 ± 0,43	2,39 ± 0,42	2,16 ± 0,48
Напруження	2,12 ± 0,35	2,43 ± 0,46	2,21 ± 0,51
Страхи	1,14 ± 0,38	2,16 ± 0,41*	1,34 ± 0,32
Інсомнія	2,52 ± 0,55	2,46 ± 0,42	2,35 ± 0,38
Інтелектуальні порушення	2,18 ± 0,36	1,46 ± 0,42	2,34 ± 0,38***
Депресивний настрій	2,84 ± 0,56	1,78 ± 0,43**, ***	2,36 ± 0,51
Соматичні м'язові симптоми	1,43 ± 0,28	2,25 ± 0,36*	1,68 ± 0,33
Соматичні сенсорні симптоми	1,56 ± 0,26	1,83 ± 0,35	1,78 ± 0,29
Серцево-судинні симптоми	1,79 ± 0,37	2,12 ± 0,43	2,26 ± 0,51
Респіраторні симптоми	0,39 ± 0,22	1,56 ± 0,31*	0,58 ± 0,26
Гастроінтестинальні симптоми	1,65 ± 0,41	2,13 ± 0,45	1,58 ± 0,33
Сечостатеві симптоми	1,24 ± 0,25	1,62 ± 0,32	1,14 ± 0,26
Вегетативні симптоми	1,12 ± 0,27	2,24 ± 0,34**	1,46 ± 0,41
Поведінка під час огляду	1,28 ± 0,32	1,49 ± 0,38	1,34 ± 0,26
Загальний бал	23,09 ± 2,86	27,92 ± 3,42	24,58 ± 3,19

Примітки. Дані наведено у форматі ($M \pm m$), бали. Відмінності між групами хворих на депресивні епізоди і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади вірогідні: * — при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$; *** — відмінності між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади і хворих на психічні розлади органічного генезу вірогідні при $p \leq 0,05$

Достовірні відмінності спостерігались у показниках за пунктом «Інтелектуальні порушення» між хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворими на психічні розлади органічного генезу (відповідно $(1,46 \pm 0,42)$ балів та $(2,34 \pm 0,38)$ балів, $p \leq 0,05$); за пунктом «Депресивний настрій» між хворими на депресивні епізоди та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (відповідно $(2,84 \pm 0,56)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів, $p \leq 0,01$); між хворими на психічні розлади органічного генезу та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (відповідно $(2,36 \pm 0,51)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів, $p \leq 0,05$).

Структура соматичних та вегетативних симптомів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади характеризується переважанням соматичних проявів тривоги — «Респіраторні симптоми», «Гастроінтестинальні симптоми», «Сечостатеві симптоми», «Вегетативні симптоми». Водночас достовірні відмінності встановлені між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди за пунктами «Респіраторні симптоми» ($(1,56 \pm 0,31)$ балів та $(0,39 \pm 0,22)$ бали відповідно, $p \leq 0,05$) та «Вегетативні симптоми» ($(2,24 \pm 0,34)$ балів та $(1,12 \pm 0,27)$ балів відповідно, $p \leq 0,01$).

Отримані за допомогою шкали тривоги Гамільтона дані свідчать про особливості тривожних порушень у групах обстежених, що перенесли COVID-19.

Структура тривожних компонентів при невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладах характеризується різноманітними соматичними та вегетативними порушеннями, тоді як у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного генезу провідними є поєднання тривожних порушень з депресивними та когнітивними.

Результати проведеного опитування за допомогою особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності (GAD-7) наведені у таблиці 4 та свідчать про наявність тривожних розладів різної інтенсивності в усіх обстежених групах хворих, що перенесли COVID-19.

Максимально високі показники встановлені у групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, де середній показник відповідає високому рівню тривоги ($(21,37 \pm 3,78)$ балів, $p \leq 0,05$) та достовірно переважає показники у групах хворих на депресивні епізоди ($(9,92 \pm 2,16)$ балів) та хворих на психічні розлади органічного генезу ($(13,14 \pm 2,64)$ балів), середні показники яких відповідають легкому рівню тривоги.

Під час докладного аналізу за окремими пунктами шкали GAD-7 встановлені достовірні відмінності між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди: «Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість» ($(3,46 \pm 0,48)$ балів та $(2,12 \pm 0,36)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$); «Надмірне занепокоєння з різного приводу» ($(3,42 \pm 0,53)$ балів та $(1,82 \pm 0,37)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$); «Легко піддаюся відчуттю неспокою

чи дратівливості» ($(3,18 \pm 0,45)$ балів та $(0,83 \pm 0,22)$ балів, $p \leq 0,05$).

За пунктом «Страх того, що станеться щось жахливе» достовірні відмінності встановлені як між хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворими на депресивні епізоди ($(3,41 \pm 0,56)$ балів та $(1,16 \pm 0,35)$ балів відповідно, $p \leq 0,01$), так і з хворими на психічні розлади органічного ґенезу ($(3,41 \pm 0,56)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$).

Таблиця 4. Характеристика тривоги у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, за даними особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності (GAD-7)

Пункт шкали	Група хворих		
	на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	на психічні розлади органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість	$2,12 \pm 0,36$	$3,46 \pm 0,48^*$	$2,22 \pm 0,41$
Нездатність упоратись із хвилюванням	$1,18 \pm 0,26$	$2,58 \pm 0,38$	$1,17 \pm 0,21$
Надмірне занепокоєння з різного приводу	$1,82 \pm 0,37$	$3,42 \pm 0,53^*$	$2,58 \pm 0,42$
Нездатність розслабитися	$2,23 \pm 0,3$	$3,54 \pm 0,58$	$2,43 \pm 0,45$
Крайній рівень неспокою: «місця собі не знаходжу»	$0,58 \pm 0,14$	$1,78 \pm 0,31$	$0,82 \pm 0,2$
Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості	$0,83 \pm 0,22$	$3,18 \pm 0,45^*$	$2,14 \pm 0,37$
Страх з того, що станеться щось жахливе	$1,16 \pm 0,35$	$3,41 \pm 0,56^{*,***}$	$1,78 \pm 0,43$
Загальний бал	$9,92 \pm 2,16$	$21,37 \pm 3,78^*$	$13,14 \pm 2,64$

Примітки. Відмінності між групами хворих на депресивні епізоди і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади вірогідні: * — при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$; *** — відмінності між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади і хворих на психічні розлади органічного ґенезу вірогідні при $p \leq 0,05$

Крім оцінки депресивних та тривожних проявів проводили оцінку загального клінічного стану, його впливу на якість життя і соціальну активність у обстежених хворих, що перенесли COVID-19. Загальний клінічний стан оцінювали за шкалою за-

гального клінічного враження (CGI-S). Встановлено особливості важкості клінічного стану у хворих на психічні розлади, що перенесли COVID-19, за даними шкали загального клінічного враження (табл. 5).

Таблиця 5. Особливості важкості захворювання у хворих на психічні розлади, що перенесли COVID-19, за даними шкали загального клінічного враження (CGI-S)

Показник	Група хворих		
	на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	на психічні розлади органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
1 — немає ознак захворювання	0,0	0,0	0,0
2 — пограничний психічний розлад	0,0	0,0	0,0
3 — нерізко виражений розлад	$14,71 \pm 5,38$	$15,63 \pm 5,79$	$12,90 \pm 4,84$
4 — помірно виражений розлад	$32,35 \pm 7,24$	$43,75 \pm 8,12$	$38,71 \pm 7,36$
5 — значний розлад	$35,29 \pm 8,16$	$40,63 \pm 7,96$	$35,48 \pm 6,87$
6 — тяжкий розлад	$17,65 \pm 6,41$	0,0*	$12,90 \pm 4,84$
7 — найбільш тяжкий розлад	0,0	0,0	0,0

Примітки. Дані наведено у форматі: $\% \pm m \%$; * — відмінності між хворими вірогідні при $p \leq 0,01$

Середній показник за шкалою загального клінічного враження між групами обстежених хворих, що перенесли COVID-19, не мав достовірних відмінностей та у середньому у групах відповідав показникам від помірного до вираженого рівня розладу — $(4,56 \pm 2,67)$ балів у хворих на депресивні епізоди, $(4,25 \pm 2,52)$ балів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та $(4,48 \pm 2,58)$ балів у хворих на психічні розлади органічного ґенезу, незважаючи на відмінності у клініко-феноменологічних особливостях та психологічних аспектах формування хвороб.

Загальний стан більшості пацієнтів, незалежно від встановленого діагнозу, оцінено як «Помірно виражений розлад» у 32,35 % пацієнтів з депресивними епізодами, у 43,75 % хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, у 38,71 % хворих на психічні розлади органічного ґенезу. Як «Значний розлад» стан оцінено у 35,29 %, 40,63 %, 35,48 % хворих відповідно у зазначених групах. Оцінка загального стану як «Тяжкий розлад» встановлена у 17,65 % хворих на депресивні епізоди та у 12,90 % хворих на психічні розлади органічного ґенезу. У хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади категорія «Тяжкий розлад» не встановлена (вірогідність $p \leq 0,01$).

Згідно з отриманими даними в усіх групах обстежених, загальний стан пацієнтів не відповідав важкості за пунктами шкали CGI-S «Немає ознак захворювання», «Пограничний психічний розлад» та «Найбільш тяжкий розлад».

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. У обстежених хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади показники об'єктивної та суб'єктивної оцінки вираженості тривоги свідчать про важливість для хворих цієї групи особистісної оцінки того, що з ними відбувається. Показники депресії у цих хворих відповідали «легкому» та «помірному рівню» — середній бал у групі становив 20,16 балів. Оцінка важкості клінічного стану в цій групі хворих зумовлена наявністю тривожних станів з різноманітними соматичними та вегетативними проявами тривоги, що сприяє формуванню більш важкого суб'єктивного переживання хвороби.

2. Загальний рівень депресії у хворих з депресивними епізодами (F32.0 — F32.2) та у хворих з психічними розладами органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) в середньому у групах відповідав «помірному» рівню депресії — середні бали за шкалою MADRS становили 25,97 та 23,04 бали відповідно.

3. Достовірні відмінності спостерігались за окремими пунктами шкали MADRS: «Сум, що спостерігається» — між групами хворих на депресивні епізоди та хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(3,59 \pm 0,53)$ балів та $(2,25 \pm 0,41)$ балів відповідно, при $p \leq 0,05$); «Труднощі концентрації уваги» — між хворими на депресивні епізоди ($(2,53 \pm 0,42)$ балів), хворими на психічні розлади органічного ґенезу ($(2,42 \pm 0,45)$ балів)

та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(1,53 \pm 0,36)$ балів) при $p \leq 0,05$; «Нездатність переживати почуття» ($(2,56 \pm 0,38)$ балів у хворих на депресивні епізоди та $(1,33 \pm 0,21)$ балів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, при $p \leq 0,01$); $(2,03 \pm 0,37)$ балів у хворих на психічні розлади органічного ґенезу та $(1,33 \pm 0,21)$ балів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, $p \leq 0,05$).

4. Хворим, що перенесли COVID-19, притаманні тривожні розлади різної інтенсивності. Найвищі показники тривоги спостерігались у групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, які в середньому у групі відповідали помірному рівню ($(27,92 \pm 3,42)$ балів). Інтенсивність тривоги у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу була у діапазоні від легкої до помірної ($(23,09 \pm 2,86)$ балів та $(24,58 \pm 3,19)$ балів відповідно).

5. Достовірні відмінності у показниках шкали тривоги Гамільтона встановлені за пунктами «Страхи» — між хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворими на депресивні епізоди ($(2,16 \pm 0,41)$ балів та $(1,14 \pm 0,38)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$), «Інтелектуальні порушення» — між хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворими на психічні розлади органічного ґенезу ($(1,46 \pm 0,42)$ балів та $(2,34 \pm 0,38)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$); «Депресивний настрій» — між хворими на депресивні епізоди та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(2,84 \pm 0,56)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів відповідно, $p \leq 0,01$); між хворими на психічні розлади органічного ґенезу та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(2,36 \pm 0,51)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$).

6. У структурі тривожних розладів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади переважають соматичні та вегетативні симптоми, достовірні відмінності встановлені між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди за пунктами «Респіраторні симптоми» ($(1,56 \pm 0,31)$ балів та $(0,39 \pm 0,22)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$), «Вегетативні симптоми» ($(2,24 \pm 0,34)$ балів та $(1,12 \pm 0,27)$ балів відповідно, $p \leq 0,01$).

Список літератури

1. Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic / Talevi D., Socci V., Carai M. [et al.] // Riv Psichiatr. 2020 May-Jun; 55(3): 137—144. DOI: <https://doi.org/10.1708/3382.33569>.
2. Sher L. The impact of the covid-19 pandemic on suicide rates. QJM: An International Journal of Medicine. 2020; 113 (10): 707—712. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>.
3. WHO Coronavirus (COVID-19), Dashboard, 2023. DOI: <https://covid19.who.int/>.
4. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. May 2020. URL: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> (Accessed on July 05, 2020).

5. Vindegaard N. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence / N. Vindegaard, M. E. Benros // *Brain Behav Immun*. 2020 Oct; 89: 531—542. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.

6. Suicidal Ideation Among Individuals Who Have Purchased Firearms During COVID-19 / Anestis, M. D., Bond, A. E., Daruwala, S. E. [et al.] // *American Journal of Preventive Medicine*. 2021 Mar; 60(3), 311—317. DOI: [10.1016/j.amepre.2020.10.01](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.10.01).

7. The role of the COVID-19 pandemic as a risk factor for suicide: What is its impact on the public mental health state today? / Aquila, I., Sacco, M. A., Ricci, C. [et al.] // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020 Aug; 12(S1), S120—S122. DOI: [10.1037/tra0000616](https://doi.org/10.1037/tra0000616).

8. Suicidal Behaviours During Covid-19 Pandemic: A Review / [Barberis N., Cannavò M., Cuzzocrea F., Verrastro V.] // *Clin Neuropsychiatry*. 2022 Apr; 19(2): 84—96. DOI: [10.36131/cnfioritieditore20220202](https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220202).

9. Xiang Y. T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic / Y. T. Xiang, Y. Jin, T. Cheung // *JAMA Psychiatry*. 2020; 77: 989. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1057](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1057).

10. Galea S. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention / S. Galea, R. M. Merchant, N. Lurie // *JAMA Intern Med*. 2020; 180(6): 817—818. DOI: [10.1001/jamainternmed.2020.1562](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562).

11. Reger M. A. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? / M. A. Reger, I. H. Stanley, T. E. Joiner // *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(11): 1093—1094. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1060](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060).

12. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E. [et al.] // *Lancet*. 2020. Vol. 395, Issue 10227. P. 912—920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

13. Pfefferbaum B. Mental Health and the Covid-19 Pandemic / B. Pfefferbaum, C. S. North // *N Engl J Med*. 2020; 383(6): 510—512. DOI: [10.1056/NEJMp2008017](https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017).

14. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients / Taquet M., Sillett R., Zhu L. [et al.] // *Lancet Psychiatry*. 2022. Vol. 9, Issue 10, P. 815—827. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00260-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00260-7).

15. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization: Scientific brief, 2 March 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.

16. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis / Charlson, F., van Ommeren M., Flaxman A. [et al.] // *Lancet*. 2019; 394(10194): 240—248. DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1).

17. Structural and functional properties of SARS-CoV-2 spike protein: potential antiviral drug development for COVID-19 / Huang, Y., Yang, C., Xu, Xf. [et al.] // *Acta Pharmacol Sin*. 2020. 41, 1141—1149. DOI: <https://www.nature.com/articles/s41401-020-0485-4>.

18. Досвід переживання пандемії COVID-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка : матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії Covid-19 і карантину». Київ, 2020. 68 с. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/Static/dosvid_onl-sem_23-04-20_and_15-05-20_ncov19.pdf.

References

1. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Falieri S, Trebbi E, di Bernardo A, Capelli F, Pacitti F. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatr*. 2020 May-Jun;55(3):137-144. doi: [10.1708/3382.33569](https://doi.org/10.1708/3382.33569).

2. Leo Sher, The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 113, Issue 10, October 2020, Pages 707–712, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>.

3. WHO Coronavirus (COVID-19), Dashboard, 2023. <https://covid19.who.int/>.

4. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. May 2020. URL: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> (Accessed on July 05, 2020).

5. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct;89:531-542. doi: [10.1016/j.bbi.2020.05.048](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048).

6. Anestis MD, Bond AE, Daruwala SE, Bandel SL, Bryan CJ. Suicidal Ideation Among Individuals Who Have Purchased Firearms During COVID-19. *Am J Prev Med*. 2021 Mar;60(3):311-317. doi: [10.1016/j.amepre.2020.10.013](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.10.013).

7. Aquila I, Sacco MA, Ricci C, Gratteri S, Montebianco Abenavoli L, Oliva A, Ricci P. The role of the COVID-19 pandemic as a risk factor for suicide: What is its impact on the public mental health state today? *Psychol Trauma*. 2020 Aug;12(S1):S120-S122. doi: [10.1037/tra0000616](https://doi.org/10.1037/tra0000616).

8. Barberis N, Cannavò M, Cuzzocrea F, Verrastro V. Suicidal Behaviours During Covid-19 Pandemic: A Review. *Clin Neuropsychiatry*. 2022 Apr;19(2):84-96. doi: [10.36131/cnfioritieditore20220202](https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220202).

9. Xiang YT, Jin Y, Cheung T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2020 Oct 1;77(10):989-990. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1057](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1057).

10. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med*. 2020;180(6):817-818. doi: [10.1001/jamainternmed.2020.1562](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562).

11. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 2020 Nov 1;77(11):1093-1094. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1060](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060).

12. Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020. Vol. 395, Issue 10227, P. 912-920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

13. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 Aug 6;383(6):510-512. doi: [10.1056/NEJMp2008017](https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017).

14. Taquet M., Sillett R., Zhu L. Mendel J., Camplisson I., Dercon Q., Harrison P. J. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. *Lancet Psychiatry*. 2022. Vol. 9, Issue 10, P. 815-827. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00260-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00260-7).

15. *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. Geneva: World Health Organization: Scientific brief, 2 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.

16. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental

disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.

17. Huang, Y., Yang, C., Xu, Xf. *et al.* Structural and functional properties of SARS-CoV-2 spike protein: potential antiviral drug development for COVID-19. *Acta Pharmacol Sin* 41, 1141–1149 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41401-020-0485-4>.

18. *Dosvid perezhivannia pandemii COVID-19: dystantsiini psykholohichni doslidzhennia, dystantsiina psykholohichna*

pidtrymka : materialy onlain-seminariv 23 kvitnia 2020 roku «Dosvid karantynu: dystantsiina psykholohichna dopomoha i pidtrymka» ta 15 travnia 2020 roku «Dystantsiini psykholohichni doslidzhennia v umovakh pandemii Covid-19 i karantynu». Kyiv, 2020. 68 s. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/Static/dosvid_onl-sem_23-04-20_and_15-05-20_ncov19.pdf. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 13.02.2023

Відомості про авторів:

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи*; e-mail: mscience@ukr.net

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник*; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*; e-mail: tamarapanko@ukr.net

СЕМІКІНА Олена Євгенівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*; доцент кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*; e-mail: iyavdak@ukr.net

ЛАПІНСЬКА Оксана Романівна, молодший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*, e-mail: kl.huce@gmail.com

* — Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work*; e-mail: mscience@ukr.net
FEDCHENKO Viktoriya, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor*; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry*; e-mail: tamarapanko@ukr.net

SEMIKINA Olena, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry*; Associate Professor of Department of clinic Neurology, Psychiatry and Narcology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

YAVDAK Iryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry*; e-mail: iyavdak@ukr.net

LAPINSKA Oksana, Junior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry**

** — of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Е. А. Михайлова, Н. В. Багацька, Д. А. Мітельов, Т. М. Матковська

КЛІНІКО-ГЕНЕТИЧНИЙ АСПЕКТ РЕЗИСТЕНТНОЇ ДЕПРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ

I. Mykhailova, N. Bagatska, D. Mitelov, T. Matkovska

CLINICAL AND GENETIC ASPECT OF RESISTANT DEPRESSION IN ADOLESCENTS

Ключові слова: резистентна депресія, підлітки, хромосомні аберації, фактори ризику

Key words: resistant depression, adolescents, chromosomal aberrations, risk factors

В роботі розглянуто та виокремлено психопатологічні симптомокомплекси депресії у підлітків, які є резистентними до терапії: тривожний, obsесивний, поведінковий. Визначено рівень спонтанного та індукованого мутагенезу в лімфоцитах крові хворих підлітків з депресією *in vitro*, який вдвічі перевищував рівень хромосомних аберацій після внесення мутагена в культуральну суміш, що свідчить про виражену індивідуальну та групову приховану хромосомну нестабільність хворих на депресію. Визначено константи неефективності терапевтичного втручання у підлітків з депресією (інфантилізм, особистісна тривога, когнітивний складник депресії, noncompliance, адикції, коморбідність депресії з нервовою анорексією, суїцидальна поведінка, рекурентна депресія, недостатній рівень титрації антидепресивного препарату, неприємні побічні ефекти антидепресантів).

The work considers and distinguishes the psychopathological symptom complexes of depression in adolescents that are resistant to therapy: anxious, obsessive, behavioral. The level of spontaneous and induced mutagenesis in the blood lymphocytes of adolescents with depression was determined *in vitro*, which was twice the level of chromosomal aberrations after introducing a mutagen into the culture mixture, which indicates a pronounced individual and group hidden chromosomal instability of patients with depression. The constants of the lack of effectiveness of therapeutic intervention in adolescents with depression were determined (infantilism, personal anxiety, cognitive component of depression, noncompliance, addictions, comorbidity of depression with anorexia nervosa, suicidal behavior, recurrent depression, insufficient titration of antidepressant medication, unpleasant side effects of antidepressants).

Депресивне порушення, що почалося в дитинстві, є не тільки предиктором високого суїцидального ризику, а й збільшує можливість виникнення депресії та інших психічних розладів в дорослому віці [1—5]. Лікування антидепресантами є основним видом терапевтичного втручання, незалежно від нозологічної належності депресій, що містить у собі весь спектр психічних захворювань. Вибір антидепресивного засобу визначається, насамперед, психопатологічною картиною депресивного розладу. Досить поширеним дотепер є підтверджений клінічним досвідом принцип призначення тих або тих антидепресантів залежно від типу депресії і переважної виразності її основних симптомів [6—9]. Нині на підґрунті моноамінної теорії виокремлено щонайменше 10 різних класів антидепресантів. Незважаючи на те, що і далі домінує біологічний підхід до проблеми депресії і класифікації антидепресантів на ґрунті моноамінної гіпотези, вже накопичено величезний фактичний, але досить суперечливий матеріал про участь моноамінів у патогенезі депресій через брак єдиної концепції про загальні принципи функціонування центральних моноамінергічних механізмів під час формування і розвитку афективної патології. Нейрохімічні дослідження залишаються позбавленими зв'язку з реальною клінічною практикою, тому вони дають змогу лише пояснити доцільність застосування того або того антидепресанту, але не вибрати найбільш адекватний з них для кожного окремого пацієнта [10]. Незважаючи на наявну диференціацію всередині спектра активності різних препаратів, ран-

жованих від лімітованої дії до ширшого спектра, найбільші відмінності між ними виявляються під час оцінювання їхніх побічних ефектів, міцно пов'язаних із преклінічними даними, з онтогенетичним етапом розвитку дитини (періодом статевого дозрівання), високим ризиком суїцидальної поведінки, психічною та соматичною коморбідністю, можливістю і далі проводити підтримувальну терапію препаратом першої допомоги, ефектом ресоціалізації, комплаєнс-ефектом, новими можливостями терапії, вартістю лікування [11—13]. Разом з теоретичним обґрунтуванням поняття «резистентна депресія», в науковій медичній літературі для визначення нечутливості депресивного стану до лікування також вживають терміни «терапевтично резистентна депресія», «медикаментозно резистентна депресія», «медикаментозно стійка депресія», «стійка депресія», «терапевтично стійка депресія», «рефрактерна депресія», «стійка до лікування депресія» тощо [14—17]. Доведено, що до половини пацієнтів підліткового віку потрапляють в групу з досить різнорідними станами, які визначають терміном «резистентна депресія». Не розв'язана проблема резистентності до терапії депресивного розладу у підлітків, що зумовлена певними чинниками, як-от фундаментальні характеристики хворобливого процесу (перебіг захворювання, патопластичні чинники, фактор коморбідності), малорезультативна терапія, недостатній комплаєнс, «втрата відповіді» на антидепресивну терапію, брак клінічного ефекту на 2—3 і більше препаратів антидепресивного спектра під час формування стратегії терапевтичного втручання, спадкова навантаженість [15; 16]. Відомий ряд чинників (екологічні,

соціально-демографічні, генетичні, імунологічні, ендокринні тощо), що впливають на формування депресивного розладу та пояснюють патофізіологію захворювання, в патогенез якого залучені поєднання і зв'язок цих чинників [17]. Тобто сумісний вплив факторів навколишнього середовища і спадкових чинників, які діють через імунологічні та ендокринні реакції, ініціює структурні і функціональні зміни в багатьох ділянках мозку, що, в свою чергу, призводить до дисфункції нейрогенезу і нейротрансмісії й надалі виявляється як сукупність симптомів, що являють собою депресію [18].

В терапії психічних захворювань у найповнішому вигляді зосереджені всі сторони організації психіатричної допомоги, лікарського і матеріального забезпечення лікувальних установ, кваліфікації — підготовки лікарів і медичного персоналу [18]. Діагностика та лікування депресивних розладів дитячого віку ускладнюються тим, що класичні відповідні критеріям SADS (The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School) депресивні ознаки часто маскуються іншими коморбідними психічними розладами.

Нині немає єдиної думки про роль генетичних факторів у виникнення депресивних станів [19—24]. На сучасному етапі вивчення особливостей мутагенезу не обмежується оцінкою спонтанного рівня хромосомних порушень, а включає визначення чутливості хромосом соматичних клітин людини до додаткового тестування з мутагенним навантаженням *in vitro*. І саме застосування додаткового хімічного впливу модельних мутагенів (дімеотату, блеоміцину, мітоміцину C), які використовують багато науковців, на лімфоцити периферичної крові (ЛПК) дає змогу оцінити чутливість хромосом *in vitro*. Якщо внаслідок впливу модельних мутагенів реєструється підвищення чутливості хромосом соматичних клітин, то це вказує на наявну приховану хромосомну нестабільність (ПХН) [22]. В свою чергу ПХН відіграє важливу роль на цитогенетичному рівні в дестабілізації геному — феномені, при якому з плином часу в клітинах акумулюються численні зміни, які сприяють переходу стабільного геному нормальних клітин до нестабільного геному, властивого, зокрема, пухлинним клітинам. У попередніх дослідженнях визначалося суттєве підвищення спонтанного та індукованого рівня хромосомних ушкоджень у дітей з депресивним розладом [24; 25]. Водночас виникла нагальна потреба дослідити хромосомну нестабільність у підлітків з депресією, тому що порушення стабільності хромосомного апарату при різній патології може виникати внаслідок впливу різних чинників, зокрема й надзвичайних ситуацій, тому вкрай важливо виявляти осіб високого ризику ще до формування підвищеного рівня хромосомних порушень [21; 22; 26; 27].

Поширення розладів адаптації у підлітків із депресивними розладами, складності їх кваліфікації, лікування і реабілітації, необхідність медико-соціального прогнозу є дуже актуальною проблемою для практичної охорони здоров'я дітей та підлітків [28].

Мета роботи: вивчити ризик формування резистентної депресії у підлітків з урахуванням клінічних, соціальних і біологічних детермінант та моделі терапевтичного втручання.

Обстежено 200 підлітків із депресивними розладами з різними варіантами перебігу захворювання. Дизайн дослідження: клініко-психопатологічний, патопсихологічний (шкала оцінки депресії у дітей Children's Depression Rating Scale-Revised — CDRS-R, патохарактерологічний діагностичний опитувальник А. Є. Личка, шкала Спілбергепа (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) для оцінки особистісної та реактивної тривоги; проєктивні малюнкові тести, тест когнітивного соціального функціонування Люсіна, шкала алекситимії TAC (Торонтська алекситимічна шкала), шкала загального клінічного враження Clinical Global Impression Scale, CGI), методика «Перелік дитячих симптомів» (дитяча (Y-PSC) та батьківська (PSC) версії), генетичний (генеалогічний, компонентний, сегрегаційний, цитогенетичний з мутагенним навантаженням) методи.

Проведено ретроспективний аналіз 200 історій хвороб підлітків із депресивними розладами. Визначено варіанти перебігу та результату афективного розладу з урахуванням клінічних, соціально-психологічних, біологічних детермінант їх формування у взаємозв'язку з факторами організації психіатричної допомоги, медико-психологічної та соціальної реабілітації. Встановлено, що у підлітків із депресією найбільшу інтенсивність (за шкалою CDRS-R) мають симптоми погіршення успішності в школі, труднощі з отриманням задоволення, роздратованість, пригнічений настрій, суїцидальне мислення, хворобливі ідеї, соціальна самоізоляція. У пацієнтів із резистентною депресією достовірно частіше ($p < 0,01$) переважали симптоми, що мають максимальні показники: соціальна самоізоляція (7 балів), хворобливі ідеї (7 балів), пригнічення афекту у вираженні особистості (7 балів), гіпоактивність (7 балів), що характеризує ступінь тяжкості депресії у пацієнтів. На рис. 1 наведено співвідношення клінічних проявів депресії та її резистентної форми у підлітків.

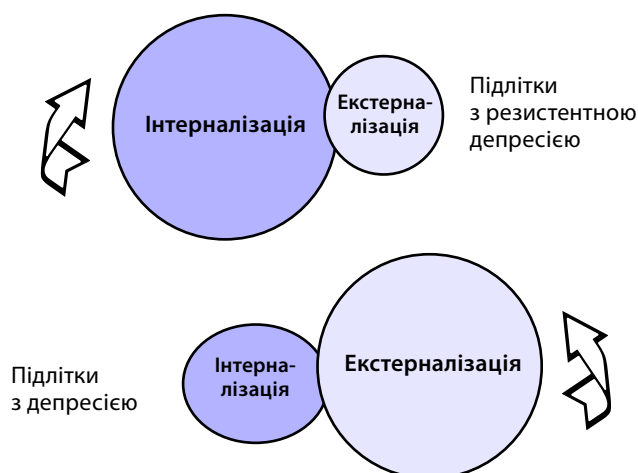


Рис. 1. Співвідношення клінічних проявів депресії та її резистентної форми у підлітків: інтерналізація (депресія та тривога) та екстерналізація (руйнівна поведінка)

За результатами регресивного аналізу встановлено, що тяжкість симптомів інтерналізації більша у підлітків з резистентною депресією ($p < 0,001$) та збільшувалася з посиленням тяжкості депресивних проявів ($p < 0,001$). У таблиці 1 наведені значущі кореляції між клінічними показниками депресивного розладу та резистентної депресії.

Таблиця 1. Значущі кореляції між клінічними показниками депресивного розладу та резистентної депресії

Показник	Кореляція з показниками	Коефіцієнт кореляції
Патологічний варіант поведінкового порушення	анорексія	-0,87
	аутоагресія	-0,86
	адиктивна поведінка	-0,84
Депресія	тривожність	-0,88
	суїцидальна поведінка	0,76
Когнітивна дисфункція	низька самооцінка	-0,87
	високий рівень депресії	0,98
Ангедонія	роздратованість	-0,86
	стомлюваність	0,71
Тривожність	суїцидальна поведінка	-0,65
	адиктивна поведінка	-0,55
Почуття провини	низька самооцінка	-0,65
Агресивність	суїцидальна поведінка	0,61
Суїцидальна поведінка	адиктивна поведінка	0,63
	тривожність	-0,65

Дослідженням встановлено, що серед факторів ризику формування резистентної депресії у підлітків позитивний кореляційний зв'язок мали такі: неуспішність у навчанні ($R = 0,749$), недостатність емоційного зв'язку з близькими ($R = 0,736$), низька самооцінка ($R = 0,802$), інфантилізм ($R = 0,712$), особистісна тривога ($R = 0,674$).

Серед клінічних варіантів резистентної депресії виокремлено тривожний (51,0 %), поведінковий (42,0 %) і обсесивний (7 %) варіанти. Рівень тяжкості депресивного розладу за шкалою загального клінічного враження (CGI) показує, що у підлітків із резистентною депресією превалюють показники рівня «важкий», що перешкоджає ефективній реабілітації у зв'язку з порушенням соціального та когнітивного функціонування. Визначено частоту фрустрації базових потреб та дезадаптивної компенсації конфлікту у підлітків із резистентною депресією (табл. 2).

Рейтинг факторів ризику неефективної реабілітації та формування резистентної до терапії депресії у підлітків такий: наявність в анамнезі більше двох епізодів депресії, рекурентна депресія (75,5 %), інфантилізм (71,5 %), тяжкий ступінь депресії (72,0 %), спадкова обтяженість депресивними розладами (66,0 %), коморбідність депресії із тривожними

та обсесивними розладами (43,0 %), некомплаєнс (41,2 %), зловживання алкоголем або наркотиками (38,5 %), коморбідність депресії з нервовою анорексією (30,0 %), суїцидальна поведінка (29,0 %).

Отже, виокремлено фактори ризику розвитку резистентної депресії у підлітків, що перешкоджають їх соціальної реінтеграції: коморбідність депресії з нервовою анорексією, когнітивний складник депресії, суїцидальна поведінка, інфантилізм, спадкова обтяженість депресивними розладами, наявність в анамнезі понад два епізоди депресії, рекурентна депресія, некомплаєнс, супутні психічні захворювання, зловживання алкоголем або наркотиками.

Визначено основні компоненти терапевтичної відповіді у підлітків із резистентною депресією: недостатня терапевтична відповідь зі значними залишковими симптомами (менш ніж 50,0 % редукції симптомів депресії за шкалою CDRS-R), немає відповіді на адекватну дозу потенційно ефективних ліків протягом достатнього періоду, неможливість досягнення або підтримання адекватної терапевтичної дози антидепресанту через ідіосинкразію або побічні ефекти. Для всіх прийнятих з погляду доказової медицини методів психотерапії (когнітивно-поведінкової терапії, інтерперсональної, активації поведінки) визначені однакові чотириступеневі критерії резистентності до лікування. Треба наголосити, що добові дози і тривалість терапії без терапевтичної відповіді у пацієнтів із депресією відповідають 1 ступеню. Перебування пацієнтів у стаціонарі становить в середньому 21 добу, що недостатньо для підбору терапії та титрування доз. Надалі пацієнти припиняють приймати антидепресивні препарати і, практично, випадають з поля зору профільних фахівців. Це формує ризик розвитку резистентної депресії, що перешкоджає соціальній адаптації та ефективній реабілітації підлітків.

Таблиця 2. Частота фрустрації базових потреб та дезадаптивної компенсації конфлікту у підлітків із резистентною депресією, %

Показники психологічного стану	Групи хворих із резистентною депресією		
	хлопці, $n = 48$	дівчата, $n = 52$	разом, $n = 100$
Надмірна критичність, скептицизм та зверхність	79,2*	53,8	65,0
Опозиційність, протестні реакції	81,2*	46,2	65,0
Фрустрація потреби в емоційній близькості	87,4**	51,9	60,0
Розчарування, втрата зацікавленості	81,2*	73,1	77,0
Припинення, втрата самоповаги	100,0	100,0	100,0
Фрустрація потреби в самореалізації	33,3	34,6	34,0
Схильність до відсторонення	56,3	53,8	55,0
Соматизація конфлікту	50,0**	23,1	36,0

Примітка: розбіжності вірогідні при: * — $P_f < 0,05$, ** — $P_f < 0,001$

Коли йдеться про резистентність депресії, деякі дослідники можуть мати на увазі депресивні стани із затяжним перебігом унаслідок різних причин, зокрема і нез'ясованих (власне перебіг захворювання, коморбідні стани, недотримання адекватного режиму лікування тощо) або депресивні стани з не-

повною ремісією (збереження резидуальної депресивної симптоматики). Саме тому важливо чітко розуміти термінологію для визначення резистентної депресії. У таблиці 3 наведено основні компоненти терапевтичної відповіді пацієнтів із резистентною депресією.

Таблиця 3. Основні компоненти терапевтичної відповіді підлітків із резистентною депресією

Брак терапевтичної відповіді	Недостатня терапевтична відповідь зі значними залишковими симптомами; потрібна зміна плану лікування (менш ніж 50,0 % редукції симптомів депресії за шкалою CDRS-R)
Терапевтична відповідь	Досить значна; не потребує зміни плану лікування (понад 50 % редукції симптомів депресії за шкалою CDRS-R)
Ремісія	Досягнення практично безсимптомного стану за CDRS-R протягом принаймні двох тижнів поспіль
Одужання	Ремісія протягом 6 місяців поспіль
Відносний опір лікуванню	Немає відповіді на адекватну дозу потенційно ефективних ліків протягом достатнього періоду лікування
Адекватна тривалість лікування	Щонайменше чотири тижні лікування поспіль, коли пацієнт приймав адекватну дозу протягом принаймні трьох тижнів
Непереносимість антидепресанту	Неможливість досягнення або підтримання адекватної терапевтичної дози антидепресанту через ідіосинкразію або побічні ефекти

Генеалогічний аналіз показав, що 38,9 % сімей пробандів із депресивними розладами мали спадкову обтяженість щодо депресії, а 22,1 % сімей — щодо інших психічних захворювань. У хворих підлітків із депресією проведена оцінка хромосомної нестабільності в лімфоцитах периферичної крові на вплив мутагена-провокатора *in vitro*. Визначено, що як до, так і після впливу мітоміцину С на ЛПК усі хворі мали різні структурні порушення хромосом. Спонтанний рівень хромосомних порушень в інтактних культурах підлітків з депресією становив 8,3 на 100 метафазних пластинок, а після впливу мітоміцином С він підвищувався вдвічі (до 17,5 на 100 метафазних пластинок). Частота аберацій хроматидного типу збільшилася у 1,5 раза, хромосомного типу — в 2,6 разів (рис. 2).

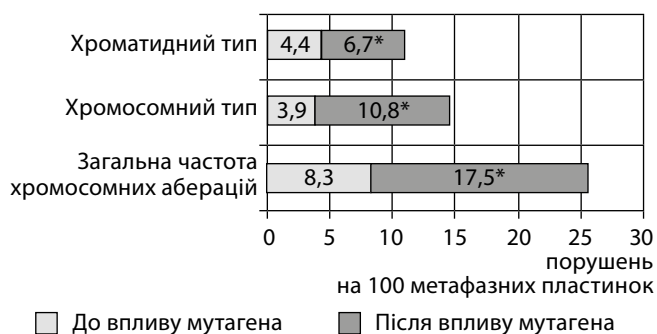


Рис. 2. Рівень хромосомних аберацій в інтактних та індукованих мітоміцином С лімфоцитах крові хворих на депресію, %

Примітка: * — відмінності достовірні при $p < 0,001$

Як до впливу мутагена на ЛПК хворих, так і після, серед аберацій хроматидного типу переважали одиночні ацентричні фрагменти, серед аберацій хромосомного типу — парні ацентричні фрагменти та дицентричні хромосоми (табл. 2)

Таблиця 4. Частота хромосомних аберацій в лімфоцитах крові підлітків із депресією до і після мутагенного навантаження мітоміцином С на ЛПК

Типи аберацій	До мутагена		Після мутагена	
	N	$M \pm m, \%$	N	$M \pm m, \%$
Одиночні ацентричні фрагменти	106	$4,4 \pm 0,4^*$	160	$6,7 \pm 0,5^*$
Парні ацентричні фрагменти	87	$3,6 \pm 0,4^*$	218	$9,1 \pm 0,6^*$
Дицентричні хромосоми	6	$0,25 \pm 0,1^*$	33	$1,4 \pm 0,2^*$
Хроматидно-ізохроматидні обміни	2	$0,08 \pm 0,06$	8	$0,3 \pm 0,1$

Примітка. Показники наведено у форматі: N — абсолютна кількість; відносна кількість: ($M \pm m$), %, де: M — середня арифметична, m — похибка середньої арифметичної; * — відмінності достовірні при $p < 0,001$

Аналіз індивідуальних частот чутливості лімфоцитів крові хворих на депресію до кластогенної дії мутагена-провокатора показав, що рівень аберацій хромосом до впливу мітоміцином С *in vitro* був у межах від 3,0 до 21,0 на 100 метафазних пластинок, а після мутагенного навантаження — від 9,0 до 23,0 на 100 метафазних пластинок (рис. 3).

Відомо, що не в усіх осіб є залежність між індивідуальними значеннями спонтанного мутагенезу і величиною індивідуальної радіочутливості ЛПК *in vitro* (Ryabchenko N., Domina E., 2014).

Серед обстежених підлітків з депресією лише 8,3 % хворих (2 з 24) з високим рівнем спонтанного мутагенезу (11,0 та 9,0 на 100 метафазних пластинок) не мали підвищеної чутливості лімфоцитів крові до впливу мутагена *in vitro* (9,0; 9,0 на 100 метафазних пластинок), що може вказувати на існування генотипів, що сприяють ї є протективними до впливу різних мутагенів.

Частота аберацій хромосом, %

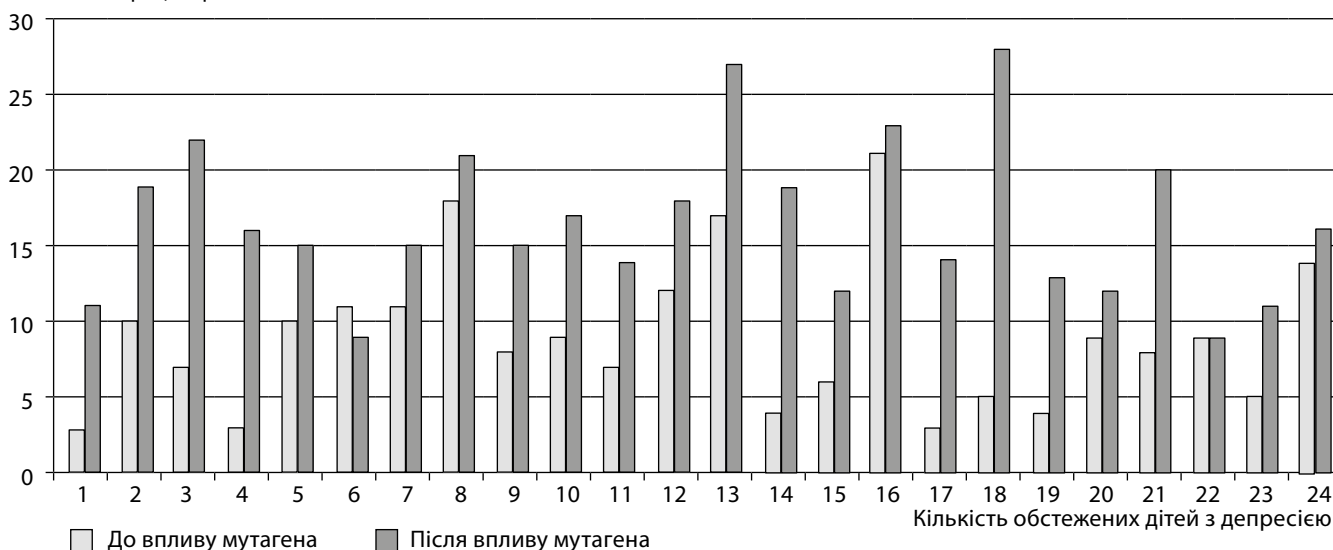


Рис. 3. Індивідуальні частоти чутливості лімфоцитів крові хворих на депресію до кластогенної дії мутагена-протокактора, %

З огляду на високий рівень хромосомних ушкоджень в лімфоцитах крові хворих, ми дослідили коефіцієнт прихованої хромосомної нестабільності ($K_{ПХН}$) для гіперчутливих осіб. Встановлено, що цитогенетичний ефект, індукований мітоміцином С, у 46,0 % хворих перевищує середньогруповий рівень хромосомних аберацій і відповідає рівню більше одиниці; а у 54,0 % хворих $K_{ПХН} < 1$. Отже, після тестування з мутагеном навантаженням на ЛПК реєструвалося суттєве підвищення як загального, так і індивідуального рівня аберацій хромосом в лімфоцитах крові у 22 з 24 хворих підлітків. Тобто, індивідуальна чутливість хромосом соматичних клітин до додаткового мутагенного навантаження *in vitro* не залежала від статі та впливу мутагенних факторів середовища і є генетично детермінованою.

Кількість аберацій до впливу мітоміцину С на лімфоцити крові хворих хлопців (8,8 на 100 метафаз) та дівчат (9,1 на 100 метафаз) була майже однаковою. Діапазон індивідуальних значень був від 3,0 до 18,0 у хлопців. В обох групах обстежених підлітків визначали аберації хроматидного і хромосомного типу. Не викликає сумніву, що однією з важливих причин дестабілізації геному є зміни у роботі підтримання стабільності геному, тобто цілої групи РНК-редагуючих білків AID/APOBEC, які пригнічують експансію ретроелементів, що можуть спричиняти формування психічних розладів.

Визначено рівень спонтанного та індукованого мутагенезу в лімфоцитах крові хворих з депресією *in vitro*, який вдвічі перевищував рівень хромосомних аберацій після внесення мутагена в культуральну суміш, що свідчить про виражену індивідуальну та групову приховану хромосомну нестабільність хворих на депресію. З огляду на отримані дані, перед фахівцями постає питання про контроль за станом хромосомного апарату підлітків із депресією, адже клітини, що містять хромосомні порушення, мають

високі шанси онкогенної трансформації або призвести до безпліддя у дорослому житті.

Отже, виокремлено психопатологічні симптомокомплекси депресії, які є резистентними до терапії: тривожний, obsесивний, поведінковий. Визначено рівень спонтанного та індукованого мутагенезу в лімфоцитах крові хворих з депресією *in vitro*, який вдвічі перевищував рівень хромосомних аберацій після внесення мутагена в культуральну суміш, що свідчить про виражену індивідуальну та групову приховану хромосомну нестабільність на депресію. Виокремлено психологічні константи неефективності терапевтичного втручання у підлітків з депресією (інфантилізм, особистісна тривога, нонкомплаєнс, адикції, патологічні типи сімейної адаптації). Визначено ризик розвитку резистентної депресії у підлітків в контексті терапевтичного втручання: недостатній рівень титрації антидепресивного препарату, неприємні побічні ефекти антидепресантів, нонкомплаєнс.

Список літератури

1. Угрин Д. Подходы к диагностике и лечению депрессии у детей и подростков в Великобритании // НейроNEWS: психоневрология та нейропсихіатрія. 2008. № 3-1. URL: <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2008/3-1/article-116/podhody-k-dagnostike-i-lecheniyu-depressii-u-detey-i-podrostkov-v-velikobritanii#gsc.tab=0>.
2. Zemlan F. P. Depression and antidepressant therapy: Receptor dynamics / F. P. Zemlan, D. L. Garver // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 1990. No. 14. P. 503—523.
3. Мазаева Н. А. Нозоспецифические и половозрастные особенности депрессий у подростков / Н. А. Мазаева, Н. Е. Кравченко // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2018. № 2. С. 18—23.
4. Касимова Л. Н. Влияние социальных и средовых факторов на распространенность депрессивных расстройств у подростков 10—18 лет / Л. Н. Касимова, Ю. Е. Катерная // Неврологический вестник. 2015. Т. 47, № 4. С. 48—51.
5. Михайлова Е. А. Клініко-біологічний аспект депресивного розладу поведінки у підлітків // Вісник проблем біології та медицини. 2020. Вип. 1 (155). С. 337—341. DOI: 10.29254/2077-4214-2020-1-155-337-341.

6. Марценковский И. А. Применение конвульсофина и атипичных антипсихотиков для терапии биполярного аффективного расстройства у подростков // *Міжнародний неврологічний журнал*. 2006. № 2. С. 6. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/2567>.

7. Михайлова Е. А. Особенности течения депрессивных расстройств у детей и подростков с неврологическими расстройствами / Е. А. Михайлова, Т. Н. Матковская, Д. А. Мителев // *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27, вип. 3 (100). С. 84—88. URL: <https://uvnprn.com.ua/upload/iblock/18d/18dea65b7a4247a9d132788fa3761df6.pdf>.

8. Депресивні розлади поведінки у дітей та підлітків : монографія / [Михайлова Е. А., Міхановська Н. Г., Матковська Т. М., Мительов Д. А.] Харків : Дім реклами, 2021. 650 с.

9. Mykhailova Ie. Model of medical and psychological support for adolescents with depressive behaviour / Ie. Mykhailova, D. Mitelov, T. Matkovska // *European Psychiatry*. 2021. Vol. 64. S. 629. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.1672.

10. Mykhailova Ie. Risk prediction of depressive disorders progression an adolescents / Ie. Mykhailova, T. Matkovska, D. Mitelov // 19th World Congress of Psychiatry (WCP 2019). Lisbon, 2019. P. 2411.

11. Клінічний, психологічний, генетичний, нейрогормональний та соціальний прогноз депресивного розладу у підлітків / Е. А. Михайлова, Н. В. Багацька, Т. М. Матковська [та ін.] // *Вісник проблем біології та медицини*. 2019. Вип. 2, Т. 1 (150). С. 163—167. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-163-167.

12. Михайлова Е. А. Психосоціальне втручання при депресії у дітей шкільного віку: фокус — порушені форми поведінки / Е. А. Михайлова, Т. М. Матковська, Д. А. Мительов. Харків : Дім реклами, 2020. 66 с.

13. Михайлова Е. Современные реалии диагностики, терапии и профилактики депрессивного расстройства поведения у подростков // *Охорона здоров'я дітей та підлітків*. 2020. № 1. С. 31—36. URL: <http://journal.iozdp.org.ua/index.php/ua/article/view/66/56>.

14. Model of therapeutic intervention in anorexia nervosa of adolescents with depressive behavioral disorders / [Mykhailova E., Mitelov D., Matkovska T., Mayorov O.] // *European Psychiatry*. 2021. Vol. 64 (1). P. 225. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.601.

15. Hetrick S. E. Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents / S. E. Hetrick, G. R. Cox, S. N. Merry // *Int. J. Environ. Res. Public. Health*. 2015. Vol. 12, No. 5. P. 4758—4795. DOI: 10.3390 / ijerph120504758.

16. Herane-Vives A. Elevated fingernail cortisol levels in major depressive episode / A. Herane-Vives, S. Fischer, V. de Angel // *J. Psychoneuroendocrinology*. 2018. Vol. 88. P. 17—23. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.10.026. Epub 2017 Nov 7. PMID: 29153629.

17. Mykhailova Ie. Clinical phenomenology of depressive behavior disorders in adolescents: diagnosis, therapy, prevention // *World Science*. 2020. No. 9 (61). DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30122020/7276.

18. World Health Organization (WHO). Психическое здоровье подростков. 2020. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

19. Dean J. The neurobiology of depression: an integrated view / J. Dean, M. Keshavan // *Asian J. Psychiatr.* 2017. Vol. 27. P. 101—111. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.01.025.

20. Stress, serotonin, and hippocampal neurogenesis in relation to depression and antidepressant effects / [Mahar I., Bambico F. R., Mechawar N., Nobrega J. N.] // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2014. Vol. 38. P. 173—192. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2013.11.009.

21. Генетические исследования депрессивных расстройств: обзор / Т. В. Платонкина, Боговин Л. В., Наумов Д. Е.,

Овсянник А. И. // *Бюл. физиологии и патологии дыхания*. 2018. Вып. 68. С. 96—106. DOI: 10.12737/article_5b19ee7411be17.38016141.

22. Shadrina M. Genetics Factors in Major Depression Disease / M. Shadrina, E. A. Bondarenko, P. A. Slominsky // *Front Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P. 334. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00334.

23. FKBP5 Moderates the Association between Antenatal Maternal Depressive Symptoms and Neonatal Brain Morphology / C. Wang, M. Shen, B. Guillaume [et al.] // *Neuropsychopharmacology*. 2018. Vol. 43 (3). P. 564—570. DOI: 10.1038/npp.2017.232.

24. Генетика психических заболеваний: роль ретротранспозиции и РНК-редактирующих белков AID/APOBEC: обзор литературы / С. В. Тошаков, И. Н. Доминова, Е. А. Бражкина [и др.] // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013. № 5 (80). С. 13—17.

25. Багацька Н. В. Генетичні особливості депресивних розладів поведінки у підлітків // *Охорона здоров'я дітей та підлітків : зб. наук. пр.* 2019. № 1. С. 15—17. DOI: URL: <http://journal.iozdp.org.ua/index.php/ua/article/view/2>.

26. Багацкая Н. В. Цитогенетические особенности у подростков с депрессией с отягощенным семейным анамнезом по психическим расстройствам // *European scientific discussions: The 6th International scientific and practical conference*. Rome, Italy, 2021. P. 30—35. URL: <https://sci-conf.com.ua/vi-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-european-scientific-discussions-25-27-aprelya-2021-goda-rim-italiya-arhiv/>.

27. Bagatska N. V. Features of the chromosomal apparatus in adolescents with depressive behavioral disorders. *Global academics // International Journal of Advance Researches*. 2019. No. 5(6). P. 44—49. *International Journal of Advance Researches*. 2019. No. 5(6). P. 44—49.

28. Марценковский Д. І., Марценковский І. А. Депресія у дітей та підлітків унаслідок психологічної травматизації / Д. І. Марценковский, І. А. Марценковский // *Міжнародний неврологічний журнал*. 2021. № 17(4). С. 31—39. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/50896>.

References

1. Ugrin D. Podxody' k diagnostike i lecheniyu depressii u detej i podrostkov v Velikobritanii. *NejroNEWS: psixonevrologiya ta nejropsixiatriya*. 2008. No. 3-1. <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2008/3-1/article-116/podhody-k-diagnostike-i-lecheniyu-depressii-u-detey-i-podrostkov-v-velikobritanii#gsc.tab=0>. (In Russian).

2. Zemlan F. P., Garver D. L. Depression and antidepressant therapy: Receptor dynamics. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 1990. No. 14. P. 503—523.

3. Mazaeva N. A., Kravchenko N. E. Nosospecificheskie i polovozrastnye osobennosti depressij u podrostkov [The nosospecific and age-sex dependent peculiarities of adolescent depressions]. *Sovremennaya terapiya v psixiatrii i neurologii*. 2018. No. 2. S. 18—23. (In Russian).

4. Kasimova L. N., Katernaya YU. E. Vliyanie social'ny'x i sredovy'x faktorov na rasprostranennost' depressivny'x rasstrojstv u podrostkov 10—18 let. *Nevrologicheskij vestnik*. 2015. T. 47, No. 4. S. 48 —51. (In Russian).

5. Mykhailova E. A. Kliniko-biolohichniy aspekt depresyvnogo rozladu povedinky u pidlitkiv. *Visn. probl. biolohii ta medytyny*. 2020. Vyp. 1 (155). S. 337—341. DOI: 10.29254/2077-4214-2020-1-155-337-341.

6. Marcenkovskij I. A. Primenenie konvul'sofina i atipichny'x antipsixotikov dlya terapii bipolyarnogo afektivnogo rasstrojstva u podrostkov. *Mizhnarodnyi nevrolohichniy zhurnal*. 2006. No. 2. S. 6. <http://www.mif-ua.com/archive/article/2567>. (In Russian).

7. Mixajlova E. A., Matkovskaya T. N., Mitelev D. A. Osobennosti techeniya depressivny'x rasstrojstv u detej i podrostkov

s neurologicheskimi rasstrojstvami. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii*. 2019. T. 27, vyp. 3 (100). S. 84—88. <https://uvnpn.com.ua/upload/iblock/18d/18dea65b7a4247a9d132788fa3761df6.pdf>. (In Russian).

8. Depresyivni rozlady povedinky u ditei ta pidlitkiv : monohrafiia / [Mykhailova E. A., Mikhanovska N. H., Matkovska T. M., Mitelov D. A.]. Kharkiv : Dim reklamy, 2021. 650 s. (In Ukrainian).

9. Mykhailova, I., Mitelov, D., Matkovska, T., Mayorov, O., & Mikhanovska, N. (2021). Model of medical and psychological support for adolescents with depressive behavior. *European Psychiatry*, 64(S1), S629-S629. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.1672.

10. Mykhailova Ie., Matkovska T., Mitelov D. Risk prediction of depressive disorders progression an adolescents. *19th WCP Congress of psychiatry*. Lisbon, 2019. P. 2411.

11. Mykhailova Ie. A., Bahatska N. V., Matkovska T. M. ta in. Klinichnyi, psykhologichnyi, henetychnyi, neurohormonalnyi ta sotsialnyi prohnos depresyivnoho rozladu u pidlitkiv. *Visnyk problem biolohii ta medytsyny*. 2019. Vyp. 2, T. 1 (150). S. 163—167. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-163-167. (In Ukrainian).

12. Mykhailova Ie. A., Matkovska T. M., Mitelov D. ta in. *Psykhosotsialne vtruchannia pry depresii u ditei shkilnoho viku: fokus — porusheni formy povedinky*. Kharkiv : Dim reklamy, 2020. 66 s. (In Ukrainian).

13. Mykhailova Ie. Sovremenny'e realii diagnostiki, terapii i profilaktiki depressivnogo rasstrojstva povedeniya u podrostkov. *Oxorona zdorov'ya ditei ta pidlitkiv*. 2020. No. 1. S. 31—36. URL: <http://journal.iozdp.org.ua/index.php/ua/article/view/66/56>. (In Russian).

14. Mykhailova, Ie., Mitelov, D., Matkovska, T., & Mayorov, O. (2021). Model of therapeutic intervention in anorexia nervosa of adolescents with depressive behavioral disorders. *European Psychiatry*, 64(S1), S225. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.601.

15. Hetrick SE, Cox GR, Merry SN. Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Apr 30;12(5):4758-95. doi: 10.3390/ijerph120504758. PMID: 25941844; PMCID: PMC4454938.

16. Herane-Vives A, Fischer S, de Angel V, Wise T, Cheung E, Chua KC, Arnone D, Young AH, Cleare AJ. Elevated fingernail cortisol levels in major depressive episodes. *Psychoneuroendocrinology*. 2018 Feb;88:17-23. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.10.026. Epub 2017 Nov 7. PMID: 29153629.

17. Mykhailova Ie. (2020) Clinical Phenomenology of Depressive Behavior Disorder in Adolescents: Diagnosis, Therapy, Prevention. *World Science*. 9(61). doi: 10.31435/rsglobal_ws/30122020/7276.

18. World Health Organization (WHO). *Psichicheskoe zdorov'e podrostkov*. 2020. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. (In Russian).

19. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatr*. 2017 Jun;27:101-111. doi: 10.1016/j.ajp.2017.01.025. Epub 2017 Jan 29. PMID: 28558878.

20. Mahar I, Bambico FR, Mechawar N, Nobrega JN. Stress, serotonin, and hippocampal neurogenesis in relation to depression and antidepressant effects. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014 Jan;38:173-92. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.11.009. Epub 2013 Dec 1. PMID: 24300695.

21. Platonkina T. V., Bogovin L. V., Naumov D. E., Ovsyankin A. I. Geneticheskie issledovaniya depressivny'x rasstrojstv: obzor. *Byul. fiziologii i patologii dy'xaniya*. 2018. Vy'p. 68. S. 96 — 106. DOI: 10.12737/article_5b19ee7411be17.38016141. (In Russian).

22. Shadrina M, Bondarenko EA, Slominsky PA. Genetics Factors in Major Depression Disease. *Front Psychiatry*. 2018 Jul 23;9:334. doi: 10.3389/fpsy.2018.00334. PMID: 30083112; PMCID: PMC6065213.

23. Wang C, Shen M, Guillaume B, Chong YS, Chen H, Fortier MV, Meaney MJ, Qiu A. FKBP5 Moderates the Association between Antenatal Maternal Depressive Symptoms and Neonatal Brain Morphology. *Neuropsychopharmacology*. 2018 Feb;43(3):564-570. doi: 10.1038/npp.2017.232. Epub 2017 Oct 3. PMID: 28975925; PMCID: PMC5770768.

24. Toshhakov S. V., Dominova I. N., Brazhkina E. A. i dr. Genetika psichicheskix zabolevanij: rol' retrotranspozicii i RNK-redaktiruyushhix belkov AID/APOBEC: obzor literatury'. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii*. 2013. No. 5 (80). S. 13-17. (In Russian).

25. Bahatska N. V. Henetychni osoblyvosti depresyivnykh rozladiv povedinky u pidlitkiv. *Okhrona zdorov'ya ditei ta pidlitkiv: zb. nauk. pr.* 2019. No. 1. S. 15—17. URL: <http://journal.iozdp.org.ua/index.php/ua/article/view/2>. (In Ukrainian).

26. Bagaczskaya N. V. Citogeneticheskie osobennosti u podrostkov s depressiej s otyagoshhenny'm semejny'm anamnezom po psichicheskim rasstrojstvam. *European scientific discussions: The 6th International scientific and practical conference*. Rome, Italy, 2021. P. 30—35. <https://sci-conf.com.ua/vi-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-european-scientific-discussions-25-27-aprelya-2021-goda-rim-italiya-arhiv/>. (In Russian).

27. Bagatska N. V. Features of the chromosomal apparatus in adolescents with depressive behavioral disorders. *Global academics. International Journal of Advance Researches*. 2019. N 5(6). P. 44 —49.

28. Martsenkovskiy D. I., Martsenkovskiy I. A. Depresia u ditei ta pidlitkiv unaslidok psykhologichnoi travmatyzatsii. *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal*. 2021. No. 17(4). S. 31—39. <http://www.mif-ua.com/archive/article/50896>. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 6.03.2023

Відомості про авторів:

МИХАЙЛОВА Емілія Аурелівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка відділення психіатрії*; e-mail: emiliam2013@ukr.net

БАГАЦЬКА Наталія Василівна, доктор біологічних наук, професор, завідувачка лабораторії медичної генетики*; e-mail: nv_bagatska@ukr.net

МІТЕЛЬОВ Дмитро Анатолійович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділення психіатрії*; e-mail: docdim2000@ukr.net

МАТКОВСЬКА Тетяна Миколаївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділення психіатрії*; e-mail: 2396366@gmail.com

* — Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about authors:

MYKHAILOVA Iemiliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry*; e-mail: emiliam2013@ukr.net

BAGATSKA Natalia, Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of the Laboratory of Medical Genetics **; e-mail: nv_bagatska@ukr.net

MITELOV Dmytro, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Psychiatry*; e-mail: docdim2000@ukr.net

MATKOVSKA Tetiana, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Psychiatry*; e-mail: 2396366@gmail.com

** — of the State Institution "Institute for Children and Adolescents Health Care at the National Academy of Medical Sciences", Kharkiv, Ukraine

*В. Д. Мішиєв, Т. І. Левін***СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО СКЛАДНИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ Й ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ***V. D. Mishyiev, T. I. Levin***THE STRUCTURAL AND DYNAMIC ANALYSIS OF THE CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL COMPONENTS OF EMOTIONAL BURNOUT AND PROFESSIONAL DISAPPOINTMENT IN PSYCHIATRISTS DURING THE WAR**

Ключові слова: емоційне вигорання, професійна дезадаптація, тривога, депресія, лікарі-психіатри, війна

З метою оцінки й змістовного структурно-динамічного аналізу психопатологічних проявів емоційного вигорання (ЕВ) та професійної дезадаптації (ДА) у лікарів-психіатрів під час війни обстежено 120 лікарів-психіатрів, які працювали у м. Києві у період з 24.02.2022 р. до кінця року.

Комплексне обстеження включало використання клініко-психопатологічного, психодіагностичного й психометричного методів досліджування.

У лікарів-психіатрів виявлений широкий спектр виразності проявів ЕВ та порушень професійної ДА — від «без ознак» до високого рівня. Майже у половини обстежених (47,5 %) прояви ЕВ та ДА відповідали помірному рівню (що потребує медико-психологічної допомоги фахівців з реадaptaції). Чималою (30,8 %) була також частка лікарів з низьким рівнем ЕВ та професійної ДА (таким лікарям може бути рекомендовано проведення консультативної роботи превентивного спрямування). Істотно меншою (21,7 %) була частка лікарів з вираженим й високим рівнями ЕВ та ДА (такі лікарі потребують обов'язкового втручання спеціалістів для застосування невідкладних медико-психологічних заходів, проведення програми з реадaptaції або зміни професійної діяльності).

У лікарів-психіатрів з проявами ЕВ та професійної ДА різного ступеня важкості виявлені ознаки депресивних і тривожних розладів, водночас виразність тривожних проявів була вищою, ніж депресивних. У лікарів з окремими ознаками ДА депресивні прояви відповідали легкому, а тривожні — середньому рівню, тоді як у лікарів з оформленою ДА виявлені ознаки депресивних розладів близького до середнього рівня, а показники тривоги — середнього або високого рівня.

Лікарям-психіатрам з проявами ЕВ й професійної ДА різного ступеня важкості притаманні прояви широкого спектра психопатологічної симптоматики різної інтенсивності й варіативності, провідне місце серед якої займають прояви депресії, тривоги, соматизації та обсесивно-компульсивні симптоми. Водночас у лікарів без ознак ДА показники виразності психопатологічної симптоматики відповідають низькому рівню, а у лікарів з проявами ДА — середньому і підвищеному рівню. Найвищі показники виразності психопатологічної симптоматики виявлені у групі лікарів з оформленою ДА, і значуще нижчі — у групі лікарів з окремими ознаками ДА.

Виявлені закономірності треба враховувати під час розроблення лікувальних та профілактичних заходів для цього контингенту респондентів.

Keywords: emotional burnout, professional maladjustment, anxiety, depression, physician-psychiatrists, war

In order to evaluate and meaningful structural-dynamic analysis of psychopathological manifestations of emotional burnout (EB) and professional maladjustment (MA) in psychiatrists during the war 120 psychiatrists who worked in Kyiv in the period from February 24, 2022, during 2022, were examined.

The comprehensive examination included the use of clinical-psychopathological, psychodiagnostic and psychometric research methods.

Psychiatrists showed a wide range of expressiveness of manifestations of EB and violations of professional MA — from their absence to a high level. In most of the examined (47.5 %), EB and MA corresponded to a moderate level (this level requires medical and psychological assistance from rehabilitation specialists). The specific weight of doctors with a low level of EB and professional MA was also significant (30.8 %) (such doctors, it may be recommended to conduct consultative work in a preventive direction). The share of doctors with pronounced and high levels of EB and MA was significantly lower (21.7 %) (such doctors require the mandatory intervention of specialists to apply urgent medical and psychological measures, carry out a program for readaptation or change professional activity).

Psychiatrists with manifestations of EV and professional MA of varying degrees of severity showed signs of depressive and anxiety disorders, while anxiety manifestations were more expressive than depressive ones. In doctors with individual manifestations of MA, depressive symptoms corresponded to a mild level, and anxiety symptoms corresponded to an average level, while in doctors with an established MA, signs of depressive disorders were found at a close to moderate level, and anxiety indicators were of a medium or high level.

Psychiatrists with manifestations of EV and professional MA of various degrees of severity are characterized by manifestations of a wide spectrum of psychopathological symptoms of varying intensity and variability, the leading place among which is occupied by manifestations of depression, anxiety, somatization, and obsessive-compulsive symptoms. At the same time, among doctors without signs of MA, the indicators of expressiveness of psychopathological symptoms correspond to a low level, and among doctors with manifestations of MA — to an average and high level. The highest indicators of expressiveness of psychopathological symptoms were found in the group of doctors with an established MA, and significantly lower — in the group of doctors with individual signs of MA.

The revealed regularities should be taken into account when developing treatment and preventive measures for this contingent of respondents.

На сьогодні емоційне вигоряння (ЕВ) за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) належить до класифікаційної рубрики «Проблеми, пов'язані зі складними умовами життя»: стан виснаження життєвих сил [«Вигоряння»] (Z73.0), або «Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації» (F43), або «Неврастенія» (F48.0). Емоційне вигоряння, або *burnout*-синдром, включений до переліку Міжнародної класифікації хвороб та згідно з роз'ясненням ВООЗ, слід пов'язувати лише та виключно з професійною діяльністю. Цей розлад описують як «хронічний стрес на робочому місці, з яким працівник своєчасно не впорався» [1; 2].

Серед професій, у представників яких ЕВ спостерігається найчастіше (від 30 до 90 % працівників), слід зазначити професії системи «людина — людина»: лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників, рятувальників, працівників правоохоронних органів тощо. Численні дослідження показали, що медична професія — одна з тих, яка більшою мірою формує передиспозицію до розвитку феномена ЕВ. Наприклад, ЕВ серед лікарів спостерігається частіше, ніж серед решти населення: за останніх п'ять років ЕВ серед лікарів США збільшилося з 45 % до 54 %; серед американців, що працюють, ЕВ реєструється в 28 % [3—8].

Майже 80 % лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-наркологів та лікарів-неврологів мають різного ступеня вираженості ознаки ЕВ; 7,8 % — різко виражений синдром, що веде до психосоматичних і психовегетативних порушень. За іншими даними, серед психологів-консультантів і психотерапевтів ознаки ЕВ різного ступеня вираженості виявляються в 73 % випадків; в 5 % визначається виражена фаза синдрому, яка проявляється емоційним виснаженням, психосоматичними і психовегетативними порушеннями. Серед медичних сестер психіатричних відділень ознаки ЕВ виявляються у 62,9 % опитаних. Фаза резистентності домінує в картині синдрому у 55,9 %, виражена фаза виснаження — у 8,8 % респондентів віком 51—60 років і зі стажем роботи в психіатрії понад 10 років. Ті чи ті симптоми вигоряння мають 85 % соціальних працівників [9—16].

Вважається, що професії психіатрів і неврологів мають деякі особливості, які виокремлюють їх серед професій системи «людина — людина». До них належить, наприклад, анозогнозія у пацієнтів і пов'язані з нею протидія госпіталізації, нонкомплаєнс, недовіра до медичного персоналу. Також це — тиск родичів хворих, великий обсяг рутинних обов'язків, вимушеність постійного, часто негативно зарядженого спілкування з хронічними важкокурабельними пацієнтами. Всі ці чинники можуть зумовити як психологічний дискомфорт у фахівця, так і зміну ставлення до хворих [16].

Особливу значущість проблема ЕВ та міцно асоційованої з ним професійної дезадаптації набуває під час війни, коли зменшується кадровий потенціал лікувальних закладів, зростає навантаження на медичних працівників та додається вплив чинників воєнного стресу. Робота в сучасних умовах висуває

підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків. Під час роботи в умовах повітряних тривог, позмінно, з неможливістю повноцінно спілкуватися з рідними та близькими, медичним працівникам, попри це, треба дотримувати всіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, екстрено приймати клінічно важливі рішення, дотримувати принципів медичної етики та деонтології та водночас неухильно дотримувати правил безпеки під час роботи в умовах воєнного стану [17].

З огляду на актуальність зазначеного вище, з метою оцінки й змістовного структурно-динамічного аналізу психопатологічних проявів ЕВ та професійної ДА у лікарів-психіатрів під час війни, з дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди обстежено 120 лікарів-психіатрів, які працювали у м. Києві у період з 24.02.2022 р. до кінця року.

Комплексне обстеження включало використання клініко-психопатологічного, психодіагностичного й психометричного методів досліджування. Дослідження проводили у два етапи. На першому оцінювали інтенсивність наявного феномена професійної ДА у лікарів-психіатрів, за результатами оцінки проводили стратифікацію груп дослідження, та рівня ЕВ. Визначення загального рівня та окремих компонентів професійної ДА проводили із використанням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації», розробленого Н. О. Родіною і адаптованого для оцінки стану працівників різних професій М. А. Дмитрієвою (2003). Емоційне вигоряння вивчали за методикою «Діагностика рівня емоційного вигоряння» В. Бойка.

На другому етапі здійснювали всебічний аналіз клініко-психопатологічних ефектів професійної ДА та ЕВ для розуміння ключових мішеней та засобів підтримки цього контингенту, що ставало сенсом подальших етапів роботи. Для цього використовували опитувальник депресії А. Бека (Beck Depression Inventory, 1961); методику досліджування реактивної та особистісної тривожності С. Спілберґера у модифікації Ю. Л. Ханіна (1979); шкали депресії та тривоги Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression — HRDS, Hamilton Anxiety Rating Scale — HARS) (M. Hamilton, 1959; 1960); опитувальник виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R (L. Derogatis et al., адаптація Н. В. Тарабріної, 2001).

Статистичний аналіз отриманих результатів виконано за допомогою непараметричного тесту Манна — Уїтні.

За результатами досліджування рівня професійної ДА, згідно з авторськими рекомендаціями щодо інтерпретації результатів, усіх обстежених розподілили так:

— 30,8 % (37 осіб) належали до групи без ознак професійної ДА (показник до 32 балів, що відповідає низькому рівню ДА) — вони становили першу групу обстежених, ОГ1;

— 47,5 % (57 осіб) — до групи з ознаками професійної ДА (показник від 32 до 64 балів, що відповідає помірному рівню ДА) — друга група обстежених, ОГ2;
— респонденти з загальним показником професійної ДА 65 балів і більше (що відповідає вираженому та високому рівням ДА), становили третю групу — осіб з клінічно окресленою професійною ДА, ОГ3 — до неї увійшли 15,8 % (19 осіб) з вираженим рівнем

професійної ДА та 5,9 % (7 осіб) з високим її рівнем, усього 21,7 % респондентів (26 осіб).

Кількісні значення показників професійної ДА у обстежених лікарів-психіатрів, отримані за результатами змістовного якісного аналізу з застосуванням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації» (Н. О. Родина, М. А. Дмитрієва) наведено у табл. 1 та на рис. 1, 2 (окремо за кластерами методики).

Таблиця 1. Кількісні показники професійної дезадаптації за опитувальником Н. О. Родіної

Показники	Усі обстежені, <i>n</i> = 120	Групи		
		ОГ1 (без ознак ДА), <i>n</i> = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), <i>n</i> = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), <i>n</i> = 26
Професійна дезадаптація	45,18 ± 28,31	14,22 ± 10,85	46,81 ± 12,70	85,65 ± 12,49
I. Погіршення самопочуття	16,74 ± 12,22	4,65 ± 5,24	17,32 ± 8,28	32,69 ± 6,00
Емоційні зсуви	6,07 ± 4,71	1,38 ± 1,99	6,35 ± 3,30	12,12 ± 2,16
Особливості окремих психічних процесів	3,43 ± 3,22	1,24 ± 1,85	3,47 ± 3,08	6,46 ± 2,55
Зниження загальної активності	2,67 ± 3,09	0,27 ± 1,71	2,84 ± 2,18	6,46 ± 1,70
Відчуття втоми	4,58 ± 3,31	2,30 ± 2,04	4,65 ± 3,20	7,65 ± 2,35
II. Соматовегетативні порушення	16,47 ± 10,56	4,92 ± 3,51	17,12 ± 5,21	31,46 ± 4,43
III. Порушення циклу сон — пильнування	5,81 ± 2,27	6,35 ± 1,58	5,63 ± 2,57	5,42 ± 2,34
IV. Особливості соціальної взаємодії	4,36 ± 5,20	1,08 ± 2,22	4,75 ± 3,18	11,23 ± 2,41
V. Зниження мотивації до діяльності	1,80 ± 2,57	0,62 ± 1,55	1,98 ± 1,87	4,85 ± 1,35

Примітка. Тут і далі показники наведено у форматі (*M* ± *m*), бали, де *M* — середня арифметична, *m* — помилка середньої арифметичної

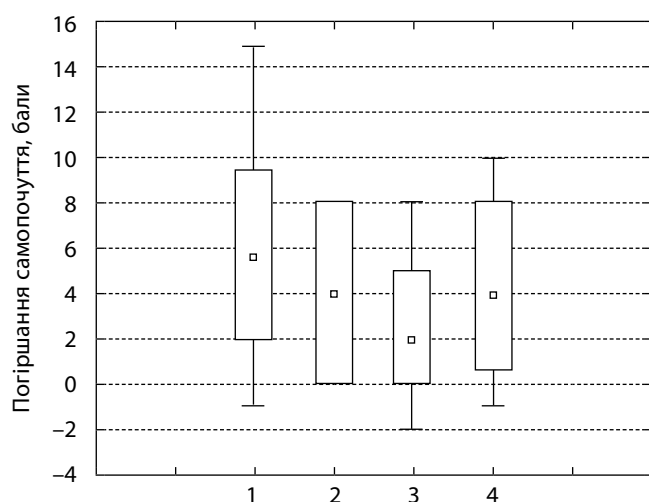


Рис. 1. Показники першого кластера професійної дезадаптації (погіршення самопочуття) у лікарів-психіатрів:

1 — емоційні зсуви, 2 — особливості окремих психічних процесів, 3 — зниження загальної активності, 4 — відчуття втоми (тут і далі квадратами позначені медіани значень, прямокутниками — інтерквартильний діапазон, горизонтальними рисками — діапазон значень показників)

Психо(пато)логічна симптоматика, виявлена за іншими кластерами методики, була такою. За другим кластером (соматовегетативні порушення) середній показник в усіх обстежених лікарів становив 16,47 ± 10,56 балів, у лікарів без ознак ДА — 4,92 ± 3,51 балів, у лікарів з окремими ознаками ДА — 17,12 ± 5,21 балів, у лікарів з оформленою ДА — 31,46 ± 4,43 бали, показник за третім кластером

(порушення циклу сон — пильнування) — відповідно 5,81 ± 2,27 балів, 6,35 ± 1,58 балів, 5,63 ± 2,57 балів та 5,42 ± 2,34 бали; показник за четвертим кластером (особливості соціальної взаємодії) — відповідно 4,36 ± 5,20 балів, 1,08 ± 2,22 бали, 4,75 ± 3,18 балів та 11,23 ± 2,4 балів, показник за п'ятим кластером (зниження мотивації до діяльності) — відповідно 1,80 ± 2,57 балів, 0,62 ± 1,55 балів, 1,98 ± 1,87 балів та 4,85 ± 1,35 балів (див. табл. 1).

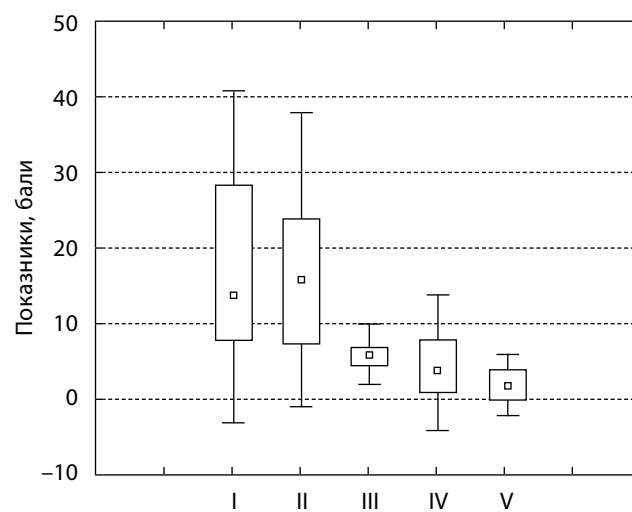


Рис. 2. Показники кластерів професійної дезадаптації у лікарів-психіатрів:

I — Погіршення самопочуття, II — Соматовегетативні порушення, III — Порушення циклу сон — пильнування, IV — Особливості соціальної взаємодії, V — Зниження мотивації до діяльності

Результати дослідження наявності, інтенсивності та змістовних проявів ЕВ у обстежених повністю підтвердили близькість феноменів ЕВ та професійної ДА та показали схожі результати (рис. 3). Зокрема, загальною закономірністю для досліджуваної вибірки стало істотне збільшення показників ЕВ в усіх сферах, а також загального показника ЕВ, зі збільшенням виразності професійної ДА.

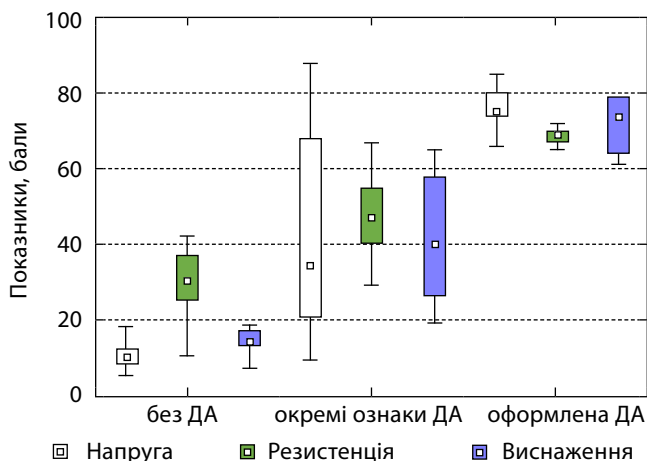


Рис. 3. Показники за методикою «Діагностика рівня «емоційного вигорання» В. В. Бойка у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Така сама закономірність визначена й для окремих симптомів, які становлять зміст відповідних фаз (табл. 2).

Зокрема, кількісні значення показників симптомів напруги (переживання психотравматичних обставин, незадоволеність собою, відчуття загнаності у клітку, тривога і депресія) у лікарів-психіатрів без ознак ДА відповідали несформованому симптому (показник від 0 до 9 балів), у лікарів-психіатрів з окремими ознаками ДА — симптому на стадії формування (показник від 10 до 15 балів), за винятком симптому «відчуття загнаності у клітку», показник за яким — незначно нижчий від порогового рівня, а у лікарів-психіатрів з оформленою ДА — показники за «переживанням психотравматичних обставин» та «тривоги і депресії» відповідали сформованим симптомам, а за «незадоволеністю собою» і «відчуттям загнаності у клітку» — симптомам на стадії формування.

Значення загального показника напруги у лікарів без ознак ДА відповідало несформованій фазі (показник менше ніж 37 балів), у лікарів з окремими ознаками ДА — фазі на стадії формування (показник у межах 37—60 балів), і у лікарів з оформленою ДА — сформованій фазі (показник понад 60 балів).

Розбіжності у показниках за всіма симптомами та між усіма групами статистично значущі ($p < 0,05$ і менше).

Таблиця 2. Кількісні показники за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Симптоми	Показники, $M \pm t$			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), $n = 37$	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), $n = 57$	ОГ3 (з оформленою ДА), $n = 26$	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
1. Напруга	11,73 ± 4,44	44,25 ± 27,56	76,92 ± 8,22	0,000	0,000	0,000
1.1. Переживання психотравматичних обставин	3,22 ± 2,17	11,93 ± 10,29	26,77 ± 3,58	0,000	0,000	0,000
1.2. Незадоволеність собою	3,35 ± 2,55	10,84 ± 4,73	14,38 ± 2,67	0,000	0,000	0,001
1.3. Загнаність у клітку	1,27 ± 1,69	9,49 ± 9,32	14,46 ± 4,62	0,000	0,000	0,012
1.4. Тривога і депресія	3,89 ± 1,97	11,98 ± 8,62	21,31 ± 5,19	0,000	0,000	0,000
2. Резистенція	29,11 ± 9,56	47,18 ± 9,39	68,92 ± 3,33	0,000	0,000	0,000
2.1. Неадекватне емоційне вибіркове реагування	2,76 ± 3,92	8,42 ± 6,85	16,54 ± 3,46	0,000	0,000	0,000
2.2. Емоційно-моральна дезорієнтація	7,89 ± 4,59	5,65 ± 4,28	11,15 ± 4,99	0,177	0,097	0,000
2.3. Розширення сфери економії емоцій	9,19 ± 5,84	23,28 ± 10,51	25,46 ± 5,65	0,000	0,000	0,618
2.4. Редукція професійних обов'язків	9,27 ± 5,97	9,82 ± 7,59	15,77 ± 1,84	0,319	0,000	0,000
3. Виснаження	14,46 ± 4,65	42,44 ± 16,05	71,38 ± 6,65	0,000	0,000	0,000
3.1. Емоційний дефіцит	2,22 ± 2,65	7,05 ± 4,36	13,38 ± 4,62	0,000	0,000	0,000
3.2. Емоційна відстороненість	6,89 ± 2,46	13,61 ± 3,11	14,00 ± 2,30	0,000	0,000	0,760
3.3. Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	3,14 ± 3,07	11,74 ± 7,99	21,85 ± 1,49	0,000	0,000	0,000
3.4. Психосоматичні і психовегетативні порушення	2,22 ± 1,08	10,04 ± 7,48	22,15 ± 5,15	0,000	0,000	0,000
Загальний показник емоційного вигорання	55,30 ± 11,07	133,86 ± 45,11	217,23 ± 8,00	0,000	0,000	0,000

Відмінності у виразності окремих симптомів резистентності у досліджених групах були виражені меншою мірою, хоча й тут зберігалася загальна закономірність щодо посилення симптоматики зі зростанням важкості ДА. Зокрема, виразність симптоматики неадекватного вибіркового реагування у групах лікарів-психіатрів без ознак ДА та з окремими ознаками ДА відповідали несформованим симптомам, хоча у групі лікарів з окремими ознаками ДА наближалися до показника симптому на стадії формування. У групі лікарів з оформленою ДА значення показника відповідало сформованому симптому. Розбіжності у показниках між усіма групами — статистично значущі ($p < 0,01$).

Показники за симптомом емоційно-моральної дезорієнтації у лікарів-психіатрів без ознак ДА та з окремими ознаками ДА значуще не відрізнялися і відповідали несформованому симптому, а у лікарів з оформленою ДА — відповідали симптому на стадії формування.

Натомість, показники за симптомом розширення сфери економії емоцій у лікарів без ознак ДА незначно перевищували верхню межу несформованого симптому, а у лікарів з окремими ознаками ДА та з оформленою ДА — відповідали сформованим симптомам. Розбіжності — як порівняти групи лікарів без ознак ДА з двома іншими групами — статистично значущі ($p < 0,01$).

Кількісне значення симптому редукції професійних обов'язків у всіх досліджених групах відповідало симптому на стадії формування, однак у лікарів без ознак ДА та з окремими ознаками ДА значення показника було ближчим до несформованого симптому, а у лікарів з оформленою ДА наближалось до показника сформованого симптому.

Значення загального показника резистентності у лікарів без ознак ДА відповідало несформованій фазі, у лікарів з окремими ознаками ДА — фазі на стадії формування, а у лікарів з оформленою ДА — сформованій фазі.

Аналіз особливостей симптоматики виснаження виявив більш чіткі відмінності між групами. Зокрема, кількісне значення симптому емоційного дефіциту у лікарів без ознак ДА і з окремими ознаками ДА відповідали несформованому симптому, а у лікарів

з оформленою ДА — симптому на стадії формування. Розбіжності між усіма групами були статистично значущі ($p < 0,01$).

Емоційна відстороненість у лікарів без ознак ДА відповідала несформованому симптому, а у лікарів з окремими ознаками ДА та з оформленою ДА — симптому на стадії формування. Розбіжності виявились статистично значущі як порівняти групи лікарів без ознак ДА з двома іншими групами ($p < 0,01$).

Показники особистісної відстороненості (деперсоналізації) у досліджених лікарів були невисокими і відповідали несформованому симптому.

Показники психосоматичних і психовегетативних порушень у лікарів без ознак ДА відповідали несформованому симптому, у лікарів з окремими ознаками ДА — симптому на стадії формування, а у лікарів з оформленою ДА — сформованому симптому.

Загальний показник виснаження у лікарів без ознак ДА відповідав несформованій фазі, у лікарів з окремими ознаками ДА — фазі на стадії формування, а у лікарів з оформленою ДА — сформованій фазі. Розбіжності у показниках між усіма групами — статистично значущі ($p < 0,01$).

Загальний показник ЕВ у лікарів-психіатрів без ознак ДА відповідав низькому рівню ($55,30 \pm 11,07$ балів), у лікарів-психіатрів з окремими ознаками ДА — помірному рівню ($133,86 \pm 45,11$ балів) і у лікарів-психіатрів з оформленою ДА — високому рівню ($217,23 \pm 8,00$ балів).

Наступним етапом дослідження був аналіз наявності й вираженості клініко-психопатологічних проявів, властивих ЕВ та ДА. Спочатку аналізували суб'єктивну картину провідних афективних психопатологічних феноменів, що становили клініко-психопатологічну канву, властиву зазначеному контингенту. Наступним кроком здійснювали аналіз об'єктивної даних, які порівнювали із результатами суб'єктивної оцінки. На завершальному етапі вивчали загальну картину психопатологічної симптоматики, притаманної обстеженим.

Отже, дослідження суб'єктивної оцінки лікарями-психіатрами наявності та вираженості в них депресивних проявів, здійснене з використанням опитувальника А. Векс, довело таке (табл. 3).

Таблиця 3. Кількісні показники виразності депресії у обстежених за опитувальником А. Векс

Показники	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), $n = 37$	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), $n = 57$	ОГ3 (з оформленою ДА), $n = 26$	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Загальна оцінка за шкалою	$2,97 \pm 2,01$	$6,35 \pm 4,23$	$10,00 \pm 6,13$	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,05$
Показник за когнітивно-афективною субшкалою	$2,14 \pm 2,18$	$4,51 \pm 3,15$	$6,81 \pm 3,91$	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,05$
Показник за субшкалою соматичних проявів депресії	$0,84 \pm 0,80$	$1,84 \pm 1,73$	$3,19 \pm 2,86$	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,05$

Загальний показник виразності депресії у лікарів ОГ1 відповідав браку ознак депресії (до 4 балів), у лікарів ОГ2 — ознакам легкої депресії (5—7 балів), і у лікарів ОГ3 — депресії середнього рівня (8—15 балів). У лікарів ОГ3 виявлені також найвищі показники за когнітивно-афективною субшкалою і субшкалою соматичних проявів депресії, у лікарів ОГ2 показники за цими шкалами були значуще нижчими, а у лікарів ОГ1 — найнижчими (рис. 4).

Схожа картина була отримана під час аналізу суб'єктивної оцінки наявності й вираженості проявів тривожної симптоматики: у лікарів з ознаками оформленої професійної ДА були виявлені найвищі показники реактивної та особистісної тривожності (табл. 4).

Показник реактивної тривожності, який є індикатором тривожного реагування індивіда на поточні події, у лікарів без ознак ДА незначно перевищував межу низького рівня (30 балів), тоді як у лікарів з наявними окремими ознаками ДА відповідав середньому, ближче до високого, рівню (30—45 балів), а у лікарів з наявною оформленою ДА — високому рівню (рис. 5).

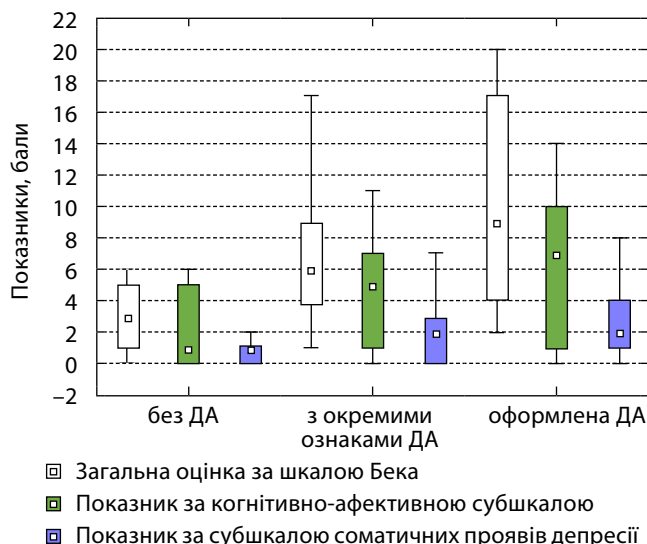


Рис. 4. Показники депресії за опитувальником А. Бека у обстежених з різним ступенем професійної дезадаптації

Таблиця 4. Кількісні показники виразності реактивної та особистісної тривожності у обстежених за методикою С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна

Показники	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Реактивна тривожність	32,95 ± 6,96	41,96 ± 11,05	48,62 ± 12,43	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Особистісна тривожність	34,30 ± 6,13	41,98 ± 9,36	47,23 ± 10,25	< 0,01	< 0,01	< 0,05

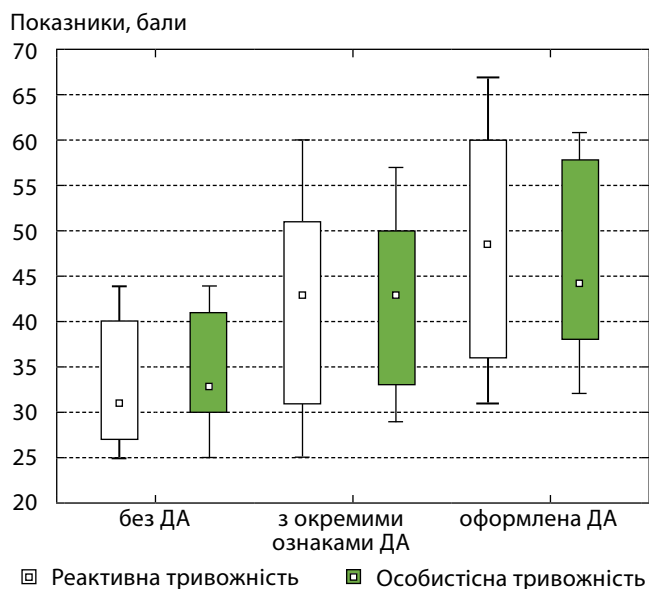


Рис. 5. Показники реактивної та особистісної тривожності за методикою С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна в обстежених з різним ступенем професійної дезадаптації

Показник особистісної тривожності, що відображує стійку схильність індивіда реагувати на широкий спектр ситуацій реакцією тривоги, і який у обстежуваного контингенту можна розглядати як прояв патохарактерологічних рис, у лікарів без ознак ДА

відповідав середньому рівню, у лікарів з окремими проявами ДА — середньому, ближче до високого, рівню, а у лікарів з оформленою ДА — високому рівню (див. рис. 5).

Вивчення особливостей афективної симптоматики у лікарів-психіатрів, які виявляли ознаки професійної ДА різного ступеня, за даними об'єктивного обстеження довело такі результати досліджування рівня депресії з використанням шкали HRDS (табл. 5).

Отже, загальний показник депресії у лікарів без ознак ДА відповідав верхній межі норми (до 7 балів). У лікарів з окремими ознаками ДА середнє значення показника відповідало легкому депресивному розладу (8—13 балів), а у лікарів з оформленою ДА середнє значення показника депресії наближалось до межі депресивного розладу середнього ступеня важкості (14—18 балів). Водночас найбільш істотні розбіжності виявлені між лікарями без ознак ДА і лікарями з різними ступенями ДА, тоді як відмінності між лікарями з окремими ознаками ДА і клінічно оформленою ДА були виражені меншою мірою.

Також слід зауважити, що у обстежених лікарів виявлені значущі відмінності у показниках окремих видів депресії: адинамічної, ажитованої, депресії зі страхом та недиференційованої. Найвищі показники за цими видами депресії виявлені у лікарів з оформленою ДА, значуще менші — у лікарів з окремими ознаками ДА, і найменші — у лікарів без ознак ДА (рис. 6).

Таблиця 5. Кількісні показники виразності депресії у обстежених за шкалою HRDS

Показник	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Загальний показник депресії	6,08 ± 1,99	10,18 ± 5,15	13,92 ± 7,15	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Адинамічна депресія	5,70 ± 1,84	8,70 ± 4,04	10,81 ± 4,49	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Ажитована депресія	2,03 ± 1,28	3,60 ± 2,34	5,58 ± 3,42	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Депресія зі страхом	2,32 ± 1,16	4,16 ± 2,46	6,50 ± 3,50	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Недиференційована депресія	0,54 ± 0,65	1,96 ± 1,89	2,92 ± 2,30	< 0,01	< 0,01	< 0,05

Показники, бали

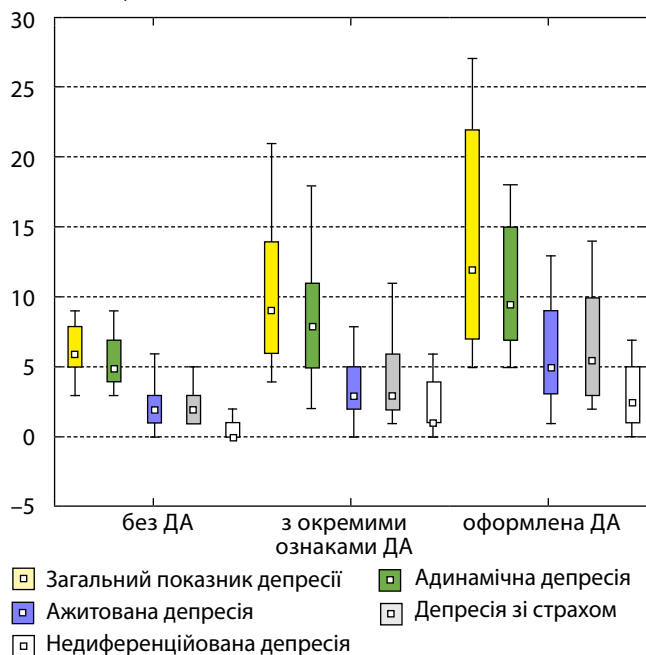


Рис. 6. Показники депресії за шкалою HRDS у обстежених з різним ступенем професійної дезадаптації

Під час вивчення виразності й варіативності проявів тривоги у лікарів-психіатрів з різними ступенями ДА виявлено схожі тенденції (табл. 6). Загальний показник тривоги за шкалою HARS у лікарів без ознак ДА відповідав браку ознак тривоги (до 17 балів), у лікарів з наявними окремими ознаками ДА — середній виразності тривожного розладу (18—24 бали), а у лікарів з оформленою ДА — середньому, ближче до важкого, ступеню виразності тривожного розладу. Показник психічної тривоги у лікарів без ознак ДА був значуще меншим, ніж у лікарів з окремими ознаками ДА і у лікарів з оформленою ДА, тоді як значущих розбіжностей у показниках психічної тривоги

між лікарями з окремими ознаками ДА і оформленою ДА не виявлено (хоча показник у групі лікарів з оформленою ДА був вищим). Показник соматичної тривоги у лікарів без ознак ДА був значуще нижчим, ніж у лікарів з окремими ознаками ДА, а у лікарів з оформленою ДА — значуще вищим (рис. 7).

Показники, бали

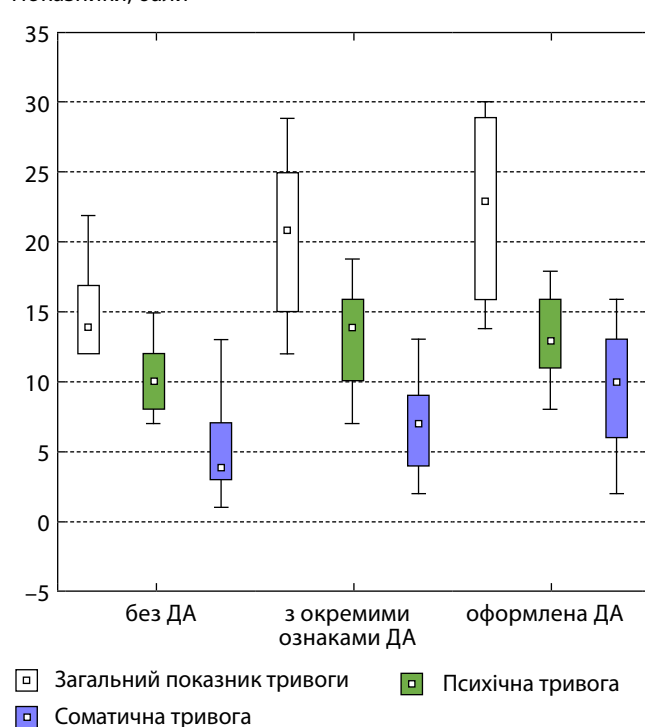


Рис. 7. Показники тривоги (у балах) за шкалою HARS у обстежених з різним ступенем професійної дезадаптації

Вивчення особливостей структури та виразності психопатологічної симптоматики у лікарів-психіатрів, які виявляли ознаки ЕВ й професійної ДА різного ступеня, показало таке (табл. 7).

Таблиця 6. Кількісні показники виразності тривоги у обстежених за шкалою HARS

Показники	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Загальний показник тривоги	15,22 ± 3,27	19,79 ± 5,59	22,54 ± 5,93	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Психічна тривога	10,41 ± 2,53	12,93 ± 3,28	13,27 ± 2,92	< 0,01	< 0,01	> 0,05
Соматична тривога	4,81 ± 2,59	6,86 ± 3,17	9,27 ± 4,24	< 0,01	< 0,01	< 0,05

Аналіз даних табл. 7 свідчить про деяке підвищення рівня соматизації, що є індикатором дистресу через соматичну дисфункцію та соматичних порушень. У лікарів-психіатрів ОГ1 середнє значення соматизації становило $1,53 \pm 0,28$ балів, що незначно

перевищувало межу середнього рівня (1,5 бала) і було ближче до низького рівня; у лікарів ОГ2 показник був значуще вищим: $1,68 \pm 0,42$ бали ($p < 0,05$), і у лікарів ОГ3 — наближався до підвищеного рівня — $2,04 \pm 0,34$ бали ($p < 0,01$).

Таблиця 7. Структура та виразність особливостей психопатологічної симптоматики у обстежених за SCL-90-R

Показник	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), $n = 37$	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), $n = 57$	ОГ3 (з оформленою ДА), $n = 26$	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Соматизація	$1,53 \pm 0,28$	$1,68 \pm 0,42$	$2,04 \pm 0,34$	0,016	0,000	0,000
Обсесивно-компульсивні розлади	$1,32 \pm 0,51$	$1,54 \pm 0,41$	$1,93 \pm 0,24$	0,032	0,000	0,000
Міжособистісна сенситивність	$0,99 \pm 0,37$	$1,16 \pm 0,24$	$1,36 \pm 0,19$	0,003	0,000	0,000
Депресія	$1,78 \pm 0,28$	$2,08 \pm 0,35$	$2,34 \pm 0,41$	0,000	0,000	0,014
Тривожність	$0,97 \pm 0,37$	$1,67 \pm 0,85$	$2,21 \pm 0,46$	0,000	0,000	0,016
Ворожість	$0,49 \pm 0,23$	$1,63 \pm 0,32$	$1,93 \pm 0,26$	0,000	0,000	0,000
Фобічна тривожність	$0,88 \pm 0,76$	$1,06 \pm 0,69$	$1,36 \pm 0,45$	0,029	0,018	0,027
Паранояльні симптоми	$0,19 \pm 0,18$	$0,18 \pm 0,17$	$0,16 \pm 0,13$	0,990	0,848	0,844
Психотизм	$0,12 \pm 0,15$	$0,13 \pm 0,13$	$0,13 \pm 0,11$	0,359	0,357	0,835
Індекс GSI	$1,06 \pm 0,21$	$1,33 \pm 0,22$	$1,58 \pm 0,12$	0,000	0,000	0,000
Індекс PST	$54,84 \pm 10,83$	$61,23 \pm 10,25$	$61,00 \pm 7,45$	0,001	0,052	0,757
Індекс PDSI	$1,73 \pm 0,19$	$1,97 \pm 0,18$	$2,34 \pm 0,22$	0,000	0,000	0,000

Показники виразності обсесивно-компульсивної симптоматики (нав'язливі думки і дії, які людина сприймає як чужі і непритаманні їй), у лікарів без ознак ДА відповідав низькому рівню ($1,32 \pm 0,51$ балів), у лікарів з окремими ознаками ДА був значуще вищим і відповідав середньому рівню — $1,54 \pm 0,41$ балів ($p < 0,05$), а у лікарів з оформленою ДА був значуще вищим, ніж у перших двох групах — $1,93 \pm 0,24$ бали ($p < 0,01$) (див. табл. 7, рис. 8).

Показники, бали

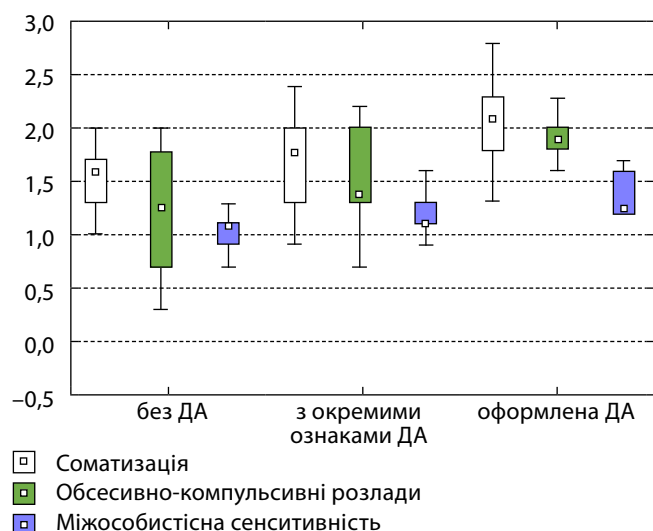


Рис. 8. Показники соматизації, обсесивно-компульсивних розладів та міжособистісної сенситивності за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Лікарям-психіатрам загалом притаманні низькі показники міжособистісної сенситивності (почуття особистісної неадекватності та неповноцінності, насамперед, як порівняти себе з іншими людьми, схильність до самокритики, неспокій та дискомфорт у спілкуванні, негативні очікування під час міжособистісної взаємодії та комунікації) (див. рис. 8). Однак, у лікарів з окремими ознаками ДА цей показник був значуще вищим, ніж у лікарів без ознак ДА ($1,16 \pm 0,24$ бали проти $0,99 \pm 0,37$ балів, $p < 0,05$), а у лікарів з оформленою ДА — найвищим серед усіх груп ($1,36 \pm 0,19$ балів, $p < 0,01$).

Загалом результати дослідження депресії і тривожності за даними опитувальника SCL-90-R (рис. 9) узгоджуються з даними, одержаними з використанням шкал депресії і тривоги М. Hamilton (HRDS і HARS), опитувальника депресії А. Beck та методики досліджування реактивної та особистісної тривожності С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна.

Показник депресії (знижений настрій, дисфорія, втрата інтересу до життя, недостатність мотивації і втрата життєвої енергії, а також почуття безнадійності та інші когнітивні і соматичні кореляти депресії) у лікарів без ознак ДА відповідав середньому рівню ($1,78 \pm 0,28$ балів), що ймовірно відображує вплив професійного, побутового та соціального стресу, у лікарів з окремими ознаками ДА показник був значуще вищим — $2,08 \pm 0,35$ балів ($p < 0,01$), а у лікарів з оформленою ДА середнє значення показника впритул наближалось до підвищеного рівня — $2,34 \pm 0,41$ балів ($p < 0,05$).

Показники, бали

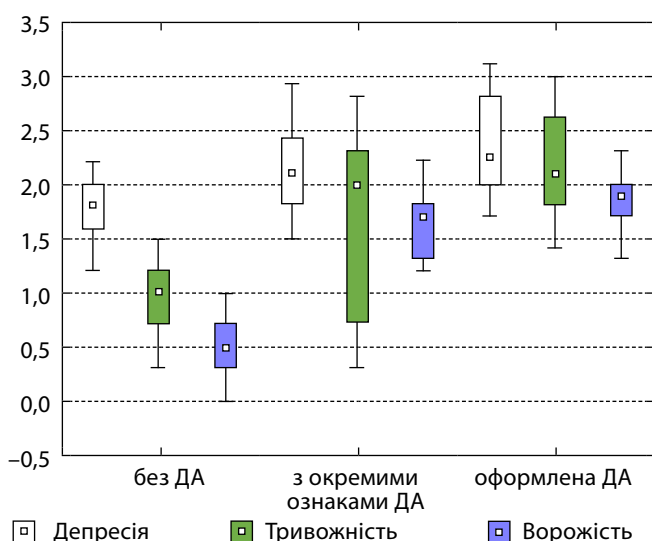


Рис. 9. Показники депресії, тривожності та ворожості за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Показник ворожості (почуття, думки або дії, що є проявами афекту злості) у лікарів без ознак ДА відповідає низькому рівню ($0,49 \pm 0,23$ бали), а у лікарів з окремими ознаками ДА і оформленою ДА — середньому рівню ($1,63 \pm 0,32$ бали та $1,93 \pm 0,26$ балів відповідно); розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,01$) (див. табл. 7).

Лікарям-психіатрам були притаманні незначно підвищені рівні фобічної тривожності (стійка реакція страху на об'єкти, місця, людей або ситуації, що характеризується як ірраціональна, неадекватна щодо стимулу і призводить до поведінки уникання): якщо середнє значення показника у лікарів без ознак ДА відповідало низькому рівню ($0,88 \pm 0,76$ балів), то у лікарів з окремими ознаками ДА і особливо з оформленою ДА показники наближалися до межі середнього рівня: $1,06 \pm 0,69$ балів та $1,36 \pm 0,45$ балів відповідно ($p < 0,05$) (рис. 10).

Показники, бали

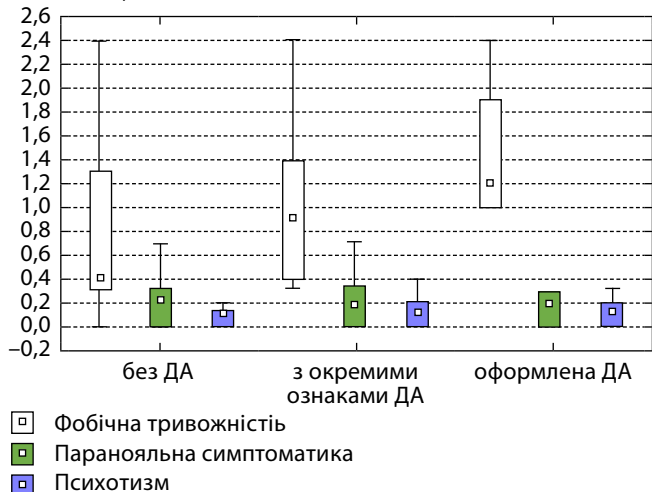


Рис. 10. Показники фобічної тривожності, паранояльної симптоматики і психотизму за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Показники виразності паранояльної симптоматики (проекція думок, підозрілість, схильність до маячної інтерпретації реальності) та психотизму (уникаючий, ізольований, шизоїдний стиль поведінки): у обстежених лікарів виявилися низькими і значуще не відрізнялися в усіх обстежених групах: $0,19 \pm 0,18$ балів, $0,18 \pm 0,17$ балів та $0,16 \pm 0,13$ бали відповідно; та $0,12 \pm 0,15$ балів, $0,13 \pm 0,13$ бали та $0,13 \pm 0,11$ балів відповідно ($p > 0,05$) (див. рис. 10).

Загальний індекс важкості симптомів (Global Severity Index — GSI), що є основним індикатором поточного стану психіки та глибини психологічних проблем, у лікарів без ознак ДА був низьким ($1,06 \pm 0,21$ балів), у лікарів з окремими ознаками ДА був значуще вищим і наближався до межі середнього рівня ($1,33 \pm 0,22$ бали, $p < 0,01$), а у лікарів з оформленою ДА був вищим за межу середнього рівня ($1,58 \pm 0,12$ балів, $p < 0,01$) (див. табл. 7, рис. 11).

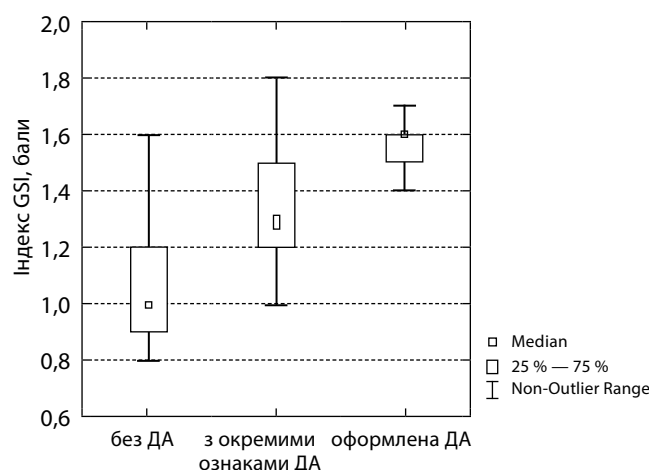


Рис. 11. Показники загального індексу важкості симптомів (GSI) за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Загальний показник позитивних відповідей (Positive Symptom Total — PST), що виявляє кількість позитивних відповідей на запитання тесту, у лікарів без ознак ДА становив $54,84 \pm 10,83$ бали, у лікарів з окремими ознаками ДА — $61,23 \pm 10,25$ балів, і у лікарів з оформленою ДА — $61,00 \pm 7,45$ балів (див. табл. 7, рис. 12). Водночас показник у лікарів без ознак ДА був значуще нижчим, ніж у лікарів з окремими ознаками ДА ($p < 0,05$), а у групах лікарів з різною виразністю ДА значуще не відрізнявся ($p > 0,05$).

Індекс наявного симптоматичного дистресу (Positive Symptom Distress Index — PSDI), який є мірою інтенсивності психопатологічних проявів, у лікарів без ознак ДА є найнижчим серед усіх досліджених груп ($1,73 \pm 0,19$ балів), у лікарів з окремими ознаками ДА — значуще вищим ($1,97 \pm 0,18$ балів, $p < 0,01$), і у лікарів з оформленою ДА — найвищим серед усіх груп ($2,34 \pm 0,22$ бали, $p < 0,01$) (див. табл. 7, рис. 13).

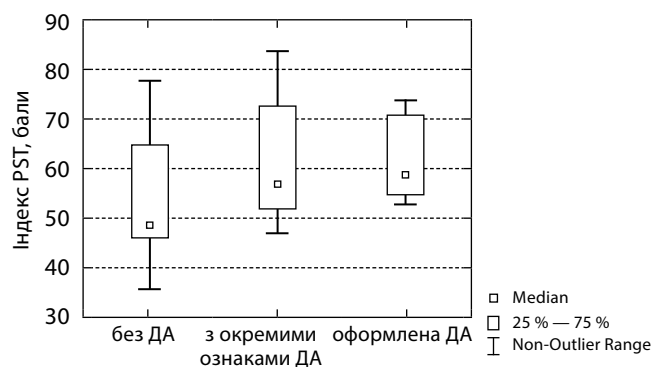


Рис. 12. Показники індексу позитивних відповідей (PST) за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

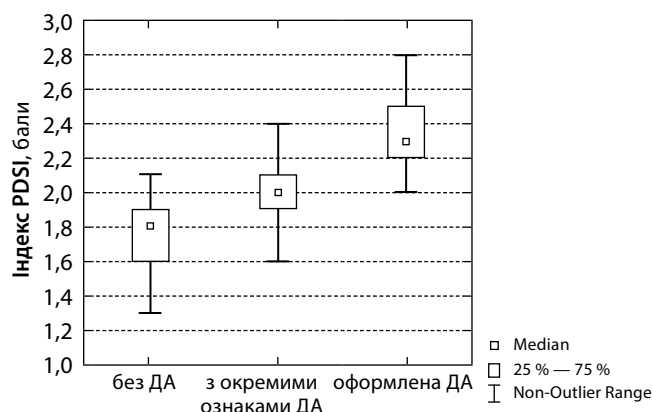


Рис. 13. Показники індексу наявного симптоматичного дистресу (PDSI) за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. У лікарів-психіатрів, що працюють в період війни у м. Києві, виявлений широкий спектр виразності проявів ЕВ та порушень професійної ДА — від «без ознак» до високого рівня. Майже у половини обстежених (47,5 %) ЕВ та ДА відповідали помірному рівню (що потребує медико-психологічної допомоги фахівців з реадaptaції). Чималою (30,8 %) була також частка лікарів з низьким рівнем ЕВ та професійної ДА (для таких лікарів може бути рекомендовано проведення консультативної роботи превентивного спрямування). Істотно меншою (21,7 %) була частка лікарів з вираженим й високим рівнями ЕВ та ДА (такі лікарі потребують обов'язкового втручання спеціалістів для застосування невідкладних медико-психологічних заходів, проведення програми з реадaptaції або зміни професійної діяльності).

2. У лікарів-психіатрів з проявами ЕВ та професійної ДА різного ступеня важкості виявлені ознаки депресивних і тривожних розладів, водночас виразність тривожних проявів була вищою, ніж депресивних. У лікарів з окремими проявами ДА депресивні прояви відповідали легкому, а тривожні — середньому рівню, тоді як у лікарів з оформленою ДА виявлені ознаки депресивних розладів близького до середнього рівня, а показники тривоги — середнього або високого рівня.

3. Лікарям-психіатрам з проявами ЕВ й професійної ДА різного ступеня важкості притаманні прояви широкого спектра психопатологічної симптоматики різної інтенсивності й варіативності, провідне місце серед якої займають прояви депресії, тривоги, соматизації та obsесивно-компульсивної симптоматики. Водночас у лікарів без ознак ДА показники виразності психопатологічної симптоматики відповідають низькому рівню, а у лікарів з проявами ДА — середньому і підвищеному рівню. Найвищі показники виразності психопатологічної симптоматики виявлені у групі лікарів з оформленою ДА і значуще нижчі — у групі лікарів з окремими ознаками ДА.

4. Виявлені закономірності треба враховувати під час розроблення лікувальних та профілактичних заходів для цього контингенту респондентів.

Список літератури

1. Roy I. Le syndrome d'épuisement professionnel : définition, typologie et prise en charge [Burnout syndrome: definition, typology and management] // Soins Psychiatr. 2018 Sep-Oct; 39 (318): 12—19. French. DOI: 10.1016/j.spsy.2018.06.005.
2. Bayes A. The biology of burnout: Causes and consequences / A. Bayes, G. Tavella, G. Parker // World J Biol Psychiatry. 2021 Nov; 22(9): 686—698. DOI: 10.1080/15622975.2021.1907713.
3. Burnout in medical students / Thun-Hohenstein L., Höbinger-Ablasser C., Geyerhofer S. [et al.] // Neuropsychiatr. 2021 Mar; 35(1): 17—27. DOI: 10.1007/s40211-020-00359-5.
4. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population / West C. P., Dyrbye L. N., Sinsky C. [et al.] // JAMA Netw Open. 2020 Jul 1; 3(7): e209385. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9385.
5. Medisaukaite A. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial / A. Medisaukaite, C. Kamau // Psychiatry Res. 2019 Apr; 274: 383—390. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.02.075.
6. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis / Low Z. X., Yeo K. A., Sharma V. K. [et al.] // Int J Environ Res Public Health. 2019 Apr 26; 16(9): 1479. DOI: 10.3390/ijerph16091479.
7. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study / Denning M., Goh E. T., Tan B. [et al.] // PLoS One. 2021 Apr 16; 16(4): e0238666. DOI: 10.1371/journal.pone.0238666.
8. Nurses' and Physicians' Distress, Burnout, and Coping Strategies During COVID-19: Stress and Impact on Perceived Performance and Intentions to Quit / Lou N. M., Montreuil T., Feldman L. S. [et al.] // J Contin Educ Health Prof. 2022 Jan 1; 42 (1): e44-e52. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000365.
9. Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? // Epidemiol Psychiatr Sci. 2011 Dec; 20(4): 295—301. DOI: 10.1017/s204579601100059x.
10. Psychiatrists and occupational burnout syndrome — a phenomenon, a problem, a threat? / Makara-Studzińska M., Madej A., Cyranka K. [et al.] // Psychiatr Pol. 2019 Oct 30; 53 (5): 1139—1149. English, Polish. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/91686.
11. Öğütlü H. Stress and Burnout in Psychiatrists in Turkey during COVID-19 Pandemic. / H. Öğütlü, F. McNicholas, H. Türkçapar // Psychiatr Danub. 2021 Summer; 33 (2): 225—230. DOI: 10.24869/psyd.2021.225.
12. Nimmawitt N. Thai psychiatrists and burnout: A national survey / N. Nimmawitt, K. Wannarit, P. Pariwatcharakul // PLoS

One. 2020 Apr 21; 15(4): e0230204. DOI: 10.1371/journal.pone.0230204.

13. Burnout and job satisfaction of psychiatrists in China: a nationwide survey / Yao H., Wang P., Tang Y. L. [et al.] // *BMC Psychiatry*. 2021 Nov 24; 21 (1): 593. DOI: 10.1186/s12888-021-03568-6.

14. Burnout, Work Satisfaction, and Well-being Among Non-consultant Psychiatrists in Ireland / McLoughlin C., Casey S., Feeney A. [et al.] // *Acad Psychiatry*. 2021 Jun; 45 (3): 322—328. DOI: 10.1007/s40596-020-01366-y.

15. Burnout and job satisfaction among psychiatrists in the Mental Health Service, Hamad Medical Corporation, Qatar / Kader N., Elhusein B., Elhassan N. M. [et al.] // *Asian J Psychiatr*. 2021 Apr; 58: 102619. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102619.

16. Марута Н. О. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я / Н. О. Марута, О. С. Чабан // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 2 (107) С. 14—20. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-2>.

17. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War / Prib H., Beheza L., Markova M. [et al.] // *Journal of Intellectual Disability — Diagnosis and Treatment*. 2023 Jan; Vol. 11, 1 (23): 36—46. DOI: 10.6000/2292-2598.2023.11.01.5.

References

1. Roy I. Le syndrome d'épuisement professionnel : définition, typologie et prise en charge [Burnout syndrome: definition, typology and management]. *Soins Psychiatr*. 2018 Sep-Oct;39(318):12-19. French. doi: 10.1016/j.spsy.2018.06.005. PMID: 30241629.

2. Bayes A, Tavella G, Parker G. The biology of burnout: Causes and consequences. *World J Biol Psychiatry*. 2021 Nov;22(9):686-698. doi: 10.1080/15622975.2021.1907713. Epub 2021 Apr 30. PMID: 33783308.

3. Thun-Hohenstein L, Höbinger-Ablasser C, Geyerhofer S, Lampert K, Schreuer M, Fritz C. Burnout in medical students. *Neuropsychiatr*. 2021 Mar;35(1):17-27. doi: 10.1007/s40211-020-00359-5. Epub 2020 Sep 3. PMID: 32880881; PMCID: PMC7954737.

4. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L, Carlasare LE, Shanafelt TD. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Netw Open*. 2020 Jul 1;3(7):e209385. doi: 10.1001/jamanet-workopen.2020.9385. PMID: 32614425; PMCID: PMC7333021.

5. Medisaukaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2019 Apr;274:383-390. doi: 10.1016/j.psychres.2019.02.075. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30852432.

6. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, Lu B, Sin Fai Lam CC, Tran BX, Nguyen LH, Ho CS, Tam WW, Ho RC. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 26;16(9):1479. doi: 10.3390/ijerph16091479. PMID: 31027333; PMCID: PMC6539366.

7. Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, Martin G, Clarke J, Sounderajah V, Markar S, Przybylowicz J, Chan YH, Sia CH, Chua YX, Sim K, Lim L, Tan L, Tan M, Sharma V, Ooi S, Winter Beatty J, Flott K, Mason S, Chidambaram S, Yalamanchili S, Zbikowska G, Fedorowski J, Dykowska G, Wells M, Purkayastha S, Kinross J. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS One*. 2021 Apr 16;16(4):e0238666. doi: 10.1371/journal.pone.0238666. PMID: 33861739; PMCID: PMC8051812.

8. Lou NM, Montreuil T, Feldman LS, Fried GM, Lavoie-Tremblay M, Bhanji F, Kennedy H, Kaneva P, Harley JM. Nurses'

and Physicians' Distress, Burnout, and Coping Strategies During COVID-19: Stress and Impact on Perceived Performance and Intentions to Quit. *J Contin Educ Health Prof*. 2022 Jan 1;42(1):e44-e52. doi: 10.1097/CEH.0000000000000365. PMID: 33973927.

9. Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011 Dec;20(4):295-301. doi: 10.1017/s204579601100059x. PMID: 22201205.

10. Makara-Studzińska M, Madej A, Cyranka K, Szuldrzyński K, Nowina-Konopka M, Tylec A. Psychiatrists and occupational burnout syndrome — a phenomenon, a problem, a threat? *Psychiatr Pol*. 2019 Oct 30;53(5):1139-1149. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/91686. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31955191.

11. Öğütlü H, McNicholas F, Türkçapar H. Stress and Burnout in Psychiatrists in Turkey during COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danub*. 2021 Summer;33(2):225-230. doi: 10.24869/psyd.2021.225. PMID: 34185754.

12. Nimmawitt N, Wannarit K, Pariwatcharakul P. Thai psychiatrists and burnout: A national survey. *PLoS One*. 2020 Apr 21;15(4):e0230204. doi: 10.1371/journal.pone.0230204. PMID: 32315309; PMCID: PMC7173626.

13. Yao H, Wang P, Tang YL, Liu Y, Liu T, Liu H, Chen Y, Jiang F, Zhu J. Burnout and job satisfaction of psychiatrists in China: a nationwide survey. *BMC Psychiatry*. 2021 Nov 24;21(1):593. doi: 10.1186/s12888-021-03568-6. PMID: 34819029; PMCID: PMC8612106.

14. McLoughlin C, Casey S, Feeney A, Weir D, Abdalla AA, Barrett E. Burnout, Work Satisfaction, and Well-being Among Non-consultant Psychiatrists in Ireland. *Acad Psychiatry*. 2021 Jun;45(3):322-328. doi: 10.1007/s40596-020-01366-y. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33420699; PMCID: PMC7794076.

15. Kader N, Elhusein B, Elhassan NM, Alabdulla M, Hammoudeh S, Hussein NR. Burnout and job satisfaction among psychiatrists in the Mental Health Service, Hamad Medical Corporation, Qatar. *Asian J Psychiatr*. 2021 Apr;58:102619. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102619. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33657445.

16. Maruta N.O., Chaban O.S. Osoblyvosti emotsiynoho vyhoriannia u pratsivnykiv sfery okhorony nevrolohichnoho ta psykhiichnoho zdorov'ia. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2021. Т. 29, вып. 2 (107) С. 14—20. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-2>. (In Ukrainian).

17. Prib H., Beheza L., Markova M., Raievska Y., Lapinska T., Markov A. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War. *Journal of Intellectual Disability — Diagnosis and Treatment*. 2023 Jan; Vol. 11, 1 (23): 36-46. DOI: 10.6000/2292-2598.2023.11.01.5.

Надійшла до редакції 27.02.2023

Відомості про авторів:

МІШИЄВ Вячеслав Данилович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*

ЛЕВІН Тарас Ігорович, аспірант кафедри*

* — кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Information about the authors:

MISHYIEV Viacheslav, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department**

LEVIN Taras, Postgraduate Student of Department**

** — of Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology of the P. L. Shupyk's National University of Health Care of Ukraine of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

В. А. Плехов

**ТИПОСПЕЦИФІЧНА СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ
У ХВОРИХ НА ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД**

V. A. Pliekhov

**TYPE-SPECIFIC SYSTEM OF PSYCHO-CORRECTION OF AFFECTIVE PATHOLOGY
IN PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER**

Ключові слова: шизофренія, шизотиповий розлад, психіатрія, коморбідна патологія, афективні розлади, психотерапія, психокорекція

Огляд спеціальної літератури дає уявлення про дисоціацію між досить великою поширеністю поліморфних форм шизотипового розладу та недостатністю наукової розробки методів психокорекції зазначених станів

Мета: на ґрунті виявлених клініко-психопатологічних особливостей афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад розробити типоспецифічну систему їх психокорекції та перевірити її ефективність.

Розроблена система передбачає два вектори психокорекційних заходів: перший — спрямований на зниження вираженості афективних порушень безпосередньо, другий — на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їхнього стану. Для визначення ефективності розробленої системи сформований контингент досліджуваних поділено на дві гомогенні групи: група дослідження (ГД) — 38 хворих, що брали участь у розроблених психокорекційних заходах, група порівняння (ГП) — 42 хворих, які отримували допомогу відповідно до чинних протоколів. Встановлено, що після проведеного лікування поширеність тривожної симптоматики була достовірно ($p = 0,03$) меншою у ГД та сягала клінічно значущого рівня лише у 6 (15,8 %) хворих, як порівняти із ГП, де вона була у 16 (38,1 %) хворих; частота виявлення депресивної симптоматики серед контингенту ГД була достовірно меншою як порівняти з аналогічним показником ГП — 8 (21,1 %) хворих та 19 (45,2 %) хворих відповідно.

Розроблено ефективну типоспецифічну систему психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, що ґрунтується на засадах персоналізованої медицини та має два вектори, що первинно спрямовані на безпосередню редукцію афективних порушень та вторинно — на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їхнього стану.

Key words: schizophrenia, schizotypal disorder, psychiatry, comorbid pathology, affective disorders, psychotherapy, psycho-correction

A review of the specialized literature gives an idea of the dissociation between the wide prevalence of polymorphic forms of schizotypal disorder and the lack of scientific based methods for psycho-correction of these conditions.

Purpose. Based on the identified clinical-psychopathological features of affective disorders in patients with schizotypal disorder, to develop and test the effectiveness of a type-specific system for their psycho-correction.

The developed system provides for two vectors of psycho-correctional measures: the first one is aimed at reducing the severity of affective disorders directly, the second one is aimed at obtaining new introspection skills for patients and identifying indirect signs of deterioration in their condition. To determine the effectiveness of the developed study contingent, it was divided into two homogeneous groups: the study group (SG) included 38 patients who took part in the developed psycho-corrective measures, and the comparison group (CG) included 42 patients who received assistance under existing protocols. It was found that after the treatment, the prevalence of anxiety symptoms was significantly ($p = 0.03$) less in the SG, where it reached a clinically significant level only in 6 (15.8 %) patients compared with CG, where it was found in 16 (38.1 %) patients; the frequency of detection of depressive symptoms among the SG contingent was significantly lower compared to the same indicator of CG — 8 (21.1 %) patients and 19 (45.2 %) patients, respectively.

An effective type-specific system for psycho-correction of affective disorders in patients with schizotypal disorder has been developed, which is based on the principles of personalized medicine and has two vectors, which are primarily aimed at direct reduction of affective disorders and secondarily — at obtaining new skills of introspection and identification by patients.

Роль психокорекції в рамках терапевтичного супроводу хворих на психопатологічні стани шизофренічного спектра та шизотиповий розлад зокрема у сучасному психіатричному дискурсі залишається до кінця не визначеною [1—3]. Більшість вітчиз-

няних та закордонних дослідників погоджуються, що застосування комбінованих підходів, коли вплив адекватно підібраних фармакологічних засобів каталізується конгруентним психотерапевтичним супроводом, є найбільш доцільний в рамках курації цього континенту хворих [2; 4—6]. Низка специфічних для хворих на шизотиповий розлад особливостей

реагування формує суттєві перепони для розгорнутого застосування більшості терапевтичних технік. Сучасні психокорекційні заходи мають бути сфокусовані на подоланні саме цих перепон та обмежень, що можливо завдяки апелюванню до суб'єктивного досвіду сприйняття наявних проявів [6—9]. Огляд спеціальної літератури дає уявлення про дисоціацію між досить великою поширеністю поліморфних форм шизотипового розладу та недостатністю наукової розробки методів психокорекції зазначених станів.

Мета: на ґрунті виявлених клініко-психопатологічних особливостей афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад розробити типоспецифічну систему їх психокорекції та перевірити її ефективність.

За умови надання інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики протягом 2019—2020 рр. обстежено 128 хворих на шизотиповий розлад, що перебували на амбулаторному лікуванні у КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР (м. Запоріжжя), серед яких було відібрано 100 хворих, що на подальших етапах дослідження були поділені на три групи за критерієм спектра наявної у структурі захворювання афективної патології: до першої групи віднесено 52 хворих із уніполярною психопатологічною симптоматикою депресивного спектра; до другої групи дослідження — 16 хворих, що демонстрували циклічну зміну депресивних та гіпоманіакальних фаз; із решти 32 хворих сформовано третю групу досліджуваних — вони виявляли клінічні ознаки афективного сплосчення. В рамках проведеного дослідження використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (Госпітальна шкала тривоги та депресії — Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983; оціночна шкала манії Янга — Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978) та статистичний методи.

Сутність розробленої системи психокорекції є використання специфічних для кожного з виявлених варіантів афективних порушень комплексу психокорекційних заходів, метою яких є, насамперед, зниження ризику загострення основного захворювання та частоти госпіталізацій до психіатричного стаціонару.

Розроблена система передбачає два вектори психокорекційних заходів: перший — спрямований на зниження вираженості афективних порушень безпосередньо, другий — на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їхнього стану. Передбачається, що виявляючи ці ознаки, хворі будуть звертатись по психіатричну допомогу амбулаторно, не доводячи до декомпенсації їхнього стану, знижуючи тим самим ризик позапланових госпіталізацій.

Попередньо проведеними клініко-психопатологічними дослідженнями підтверджено, що хворим на шизотиповий розлад властивий брак інтроспективних навичок та пов'язані з цим складнощі в оцінюванні власного стану. З огляду на це, для кожної

групи хворих, залежно від спектра супутньої афективної патології, було сформовано специфічний пул опосередкованих маркерів погіршення їхнього стану, що є в зоні досяжності самосприйняття хворих. Для визначення цих маркерів не є обов'язковим високий рівень критики до усього спектра наявної психопатологічної симптоматики: хворі можуть демонструвати прояви магічного мислення чи інші парасихотичні прояви, водночас бути чутливими до широкого спектра проявів, що не суперечать фабулі їх висловлювань.

Важливим аспектом здобуття навичок хворими в рамках другого вектора розробленої системи психокорекції є уникання стигматизації: психопатологічні симптомокомплекси, які спеціаліст розцінює як ознаки декомпенсації перебігу основного захворювання його пацієнта, не мають бути використані як пряма аргументація наявності у хворого важкого психічного розладу.

Такий підхід повністю відповідає трансферу у сучасній клінічній психіатрії від формалізованої парадигми, якій властива номінативно-описова тактика лікаря із центрованістю на наявних нозологічних конструктах, до персоніфікованих підходів із фокусуванням уваги на суб'єктивному сприйнятті наявних психопатологічних проявів. Саме вивчення закономірностей такого сприйняття стало підґрунтям для виокремлення опосередкованих ознак погіршення стану, навичкам виявлення яких навчаються хворі в рамках другого вектора розробленої системи.

Для хворих із переважанням уніполярної депресивної психопатологічної симптоматики в рамках першого вектора розробленої системи психокорекції пропонується використання таких підходів: раціональної терапії, спрямованої на пояснення хворим природи їх депресивних чи тривожно-депресивних переживань; когнітивної терапії, спрямованої на виявлення та зміну деструктивних переконань щодо себе та оточення; поведінкових технік, що сфокусовані на підвищенні повсякденної активності хворих; групових сесій, які дають змогу знизити рівень соціальної настороженості хворих; сімейного консультування, що спрямовано на пояснення близькому оточенню хворих психологічних особливостей останніх із засвоєнням нових навичок більш ефективного та конструктивного спілкування з ними.

Другий вектор психокорекційної роботи, що проводили із хворими цієї групи, був спрямований на здобуття навичок виявлення суб'єктивних маркерів погіршення перебігу основного захворювання. Такими маркерами для хворих із цим варіантом афективних порушень були неприємне відчуття браку будь-яких відчуттів, відчуженість від власних думок та емоцій, відчуття чужого впливу (як наслідок «порчі», «вроків» тощо), часті неприємні відчуття у тілі, що сприймаються симптомами недіагностованого досі захворювання.

Під час роботи з хворими, що демонструють циклічну зміну депресивних та гіпоманіакальних фаз, пропонуємо використовувати такі підходи: раціональну терапію, спрямовану на пояснення хворим

природи наявних в них коливань настрою, з подальшим застосуванням технік прийняття, що орієнтовані на зниження стигматизації хворих; когнітивну терапію, спрямовану на виявлення та зміну деструктивних переконань щодо себе та оточення; поведінкові техніки, що сфокусовані на визначенні та підтримці нормального рівня повсякденної активності хворих, а також на здобутті навичок так званого «заземлення» для подолання проявів деперсоналізації та дереалізації; групові сесії, які дають змогу знизити рівень соціальної настороженості хворих; сімейні практики, в рамках яких більшість представники близького оточення хворих вивчають психологічні особливості та нові конструктивні патерни взаємодії із їх хворими родичами.

В рамках другого вектора психокорекційної роботи хворі цієї групи навчались навичкам виявлення таких маркерів погіршення перебігу основного захворювання: відчуття пришвидшення думок, втрата відчуття реальності, відчуття «зробленості» навколишнього середовища, відчуття чужого впливу (як наслідок «порчі», «вроків» тощо).

Для хворих, що виявляють ознаки афективного сплоснення, в рамках першого вектора системи психокорекції пропонуємо використовувати техніки, спрямовані на підвищення рівня соціальних навичок, зокрема в рамках індивідуальних зустрічей моделювання тригерних ситуацій із залученням хворих до пошуку найбільш прийнятної та раціональної патерну поведінки. Стимульним матеріалом для цієї техніки можуть бути анамнестичні дані конкретного хворого, що були пов'язані із госпіталізаціями у минулому. З цією метою також можна використовувати рольову гру, де хворий та пацієнт міняються ролями в рамках тої чи тої модельованої ситуації. Залучення хворих із ознаками афективного сплоснення до групових занять є малоефективне через їх схильність до уникання соціальних взаємодій із великою групою людей. Особливу роль у роботі з цією категорією хворих відіграє мотиваційний компонент, первинно дуже важливо заохотити хворих до співпраці. Суттєвим мотиваційним фактором для хворих цієї групи є перспектива можливого перегляду схеми медикаментозної терапії із тенденцією до зниження доз або повної відміни препаратів, ефект від яких був суб'єктивно неприємним. Обов'язковим є залучення сімейних технік, що спрямовані на пояснення близькому оточенню хворих психологічних особливостей останніх із засвоєнням нових навичок більш ефективного та конструктивного спілкування з ними.

В рамках другого вектора психокорекційної роботи хворі цієї групи навчались навичкам виявлення таких маркерів погіршення перебігу основного захворювання: труднощі або неможливість зробити вибір, нав'язливі розлади сприйняття, постійне роздратування щодо інших, конфліктні ситуації з оточенням.

Ефективність розробленої типоспецифічної системи психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад оцінено наприкінці терапевтичного курсу, який зазвичай тривав 5—7 сесій

по 45 хвилин в рамках першого вектора та 3—4 сесій в рамках другого. Оцінку проводили за допомогою психодіагностичних методик визначення вираженості афективних порушень, а саме Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та оціночної шкали манії Янга (YMRS).

Щоб порівняти ефективність розробленої системи із традиційними підходами до терапії хворих на шизотиповий розлад, сформований контингент досліджуваних поділено на дві гомогенні за своєю структурою групи: до групи дослідження (ГД) було включено 38 хворих, що брали участь у розроблених психокорекційних заходах, до групи порівняння (ГП) — 42 хворих, які отримували допомогу відповідно до чинних протоколів (на етапі аналізу ефективності розроблених терапевтичних заходів частина пацієнтів вибула із дослідження). З метою демонстрації гомогенності сформованих груп у табл. 1 наведено поширеність афективних порушень тривожного, депресивного та маніакального спектрів у хворих ГД та ГП на передтерапевтичному етапі.

Таблиця 1. Порівняння поширеності афективних порушень у хворих ГД та ГП перед початком лікування (за HADS та YMRS)

Спектр афективної патології	ГД (n = 38)		ГП (n = 42)		p
	абс.	%	абс.	%	
Тривожний	23	60,5	20	47,6	0,25
Депресивний	34	89,5	39	92,9	0,59
Маніакальний	6	15,8	7	16,7	0,92

Примітка. Тут і далі: n — абсолютна кількість хворих; p — відмінності між групами за критерієм χ^2 (хі-квадрат)

Встановлено брак статистично значущих відмінностей між сформованими групами перед початком лікування за показниками поширеності афективних порушень: 23 (60,5 %) хворих ГД та 20 (47,6 %) хворих ГП виявляли психопатологічні порушення тривожного спектра ($p = 0,25$), 34 (89,5 %) хворих ГД та 39 (92,9 %) хворих ГП демонстрували депресивні розлади клінічного рівня ($p = 0,59$), 6 (15,8 %) хворих ГД та 7 (16,7 %) хворих ГП виявляли гіпоманіакальні прояви ($p = 0,92$).

Щодо поширеності афективних порушень тривожного, депресивного та маніакального спектрів у хворих ГД та ГП після проведеного лікування (табл. 2), встановлено істотну редукцію психопатологічної симптоматики досліджуваних спектрів серед контингентів сформованих груп після проведених терапевтичних заходів. Також виявлено, що зазначена динаміка у вираженості досліджуваних феноменів відрізнялась у ГД та ГП: поширеність тривожної симптоматики була статистично достовірно ($p = 0,03$) меншою у ГД, де вона сягала клінічно значущого рівня лише у 6 (15,8 %) хворих, як порівняти із ГП, де вона була встановлена у 16 (38,1 %) хворих; частота виявлення депресивної симптоматики серед контингенту ГД була статистично достовірно

меншою як порівняти із аналогічним показником ГП — 8 (21,1 %) хворих та 19 (45,2 %) хворих відповідно. Статистично значущих відмінностей у поширеності маніоформних проявів у хворих сформованих груп на цьому етапі дослідження не виявлено, але привертає увагу редукція зазначеного показника в рамках кожної групи окремо: перед початком лікування 6 (15,8 %) хворих ГД мали ознаки гіпоманіакальних станів, а вже після лікування — лише 3 (7,9 %) хворих, що відповідає редукції поширеності цієї ознаки на рівні 50,0 %, тоді як аналогічний показник у ГП сягає лише 28,6 % — 7 (16,7 %) хворих перед початком лікування та 5 (11,9 %) хворих наприкінці.

Таблиця 2. Порівняння поширеності афективних порушень у хворих ГД та ГП після проведеного лікування (за HADS та YMRS)

Спектр афективної патології	ГД (n = 38)		ГП (n = 42)		p
	абс.	%	абс.	%	
Тривожний	6	15,8	16	38,1	0,03
Депресивний	8	21,1	19	45,2	0,02
Маніакальний	3	7,9	5	11,9	0,55

Розроблено типоспецифічну систему психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, що ґрунтується на засадах персоніфікованої медицини та має два вектори: первинно спрямований на безпосередню редукцію афективних порушень та вторинно — на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їхнього стану, що у комбінації із адекватним психофармакологічним супроводом призведено знизити ризик декомпенсації перебігу основного захворювання та позапланових госпіталізацій.

Список літератури

1. Блажевич Ю. А. Структура депрессивных расстройств и их динамика у пациентов с первым психотическим эпизодом // Архив психиатрии. 2016. Т. 22. № 1. С. 87—90. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_1_20.
2. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз : учеб. пособие. 5-е изд., сокр. и испр. Львов : Издатель Марченко Т. В., 2020. 364 с.
3. Schizotypal personality disorder: a current review / [Rosell D. R., Fatterman S. E., McMaster A., Siever L. J.] // Curr Psychiatry Rep. 2014. No. 16 (7). P. 452. DOI: 10.1007/s11920-014-0452-1.
4. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, шизотипові та маячні розлади : методичні рекомендації / Гриневич Є. Г., Мішиєв В. Д., Кушнір А. М. [та ін.]. Київ : НМАПО імені П. Л. Шупика, 2012. 38 с.
5. Cognitive and mood functioning in borderline and schizotypal personality disorders / Kim E. Goldstein, Heather A. Berlin, Holly K. Hamilton [et al.] // Psychology. 2016. Vol. 7, No. 3. P. 292—299. DOI: 10.4236/psych.2016.73032.
6. Patients with cluster a personality disorders in psychotherapy: an effectiveness study / Bartak A., Andrea H., Spreeuwenberg M. D. [et al.] // Psychother. Psychosom. 2011. No. 80 (2). P. 88—99. DOI: 10.1159/000320587.
7. Clinical Case of a Schizotypal Personality Disorder: Rumination-Focused CBT for Anger Rumination / [S. B. Moeller, V. Kvist ,

J. E. Jansen, E. R. Watkins] // Journal of Contemporary Psychotherapy. 2021. No. 51. P. 311—321. DOI: 10.1007/s10879-021-09501-y.

8. Модель комплексної реабілітації хворих на просту форму шизофренії / [В. В. Чугунов, В. О. Курило, В. Л. Підлубний, С. М. Канигіна] // Запорізький медичний журнал. 2021. Т. 23, № 1 (124). С. 105—110. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/13034>.

9. Хоміцький М. Є. Оптимізація психосоціальної реабілітації хворих на шизоафективний розлад, враховуючи типологію патоперсоналогічних трансформацій // Запорізький медичний журнал. 2020. Т. 22. № 6 (123). С. 833—839. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/12867>.

References

1. Blazhevich YU. A. Struktura depressivnykh rasstrojstv i ix dinamika u pacientov s pervym psixoticheskim e'pizodom. *Arxiv psixiatrii*. 2016. T. 22. No. 1. S. 87—90. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_1_20. (In Russian).
2. Chugunov V. V. *Psixoterapevticheskij diagnost: ucheb. posobie*. 5-e izd., sokr. i ispr. L'vov : Izdatel' Marchenko T. V., 2020. 364 s.
3. Rosell DR, Fatterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Jul;16(7):452. doi: 10.1007/s11920-014-0452-1. PMID: 24828284; PMCID: PMC4182925.
4. Hrynevych Ye.H., Mishyiev V.D., Kushnir A.M. ta in. *Alhorytm vstanovlennia funktsionalnoho diahnozu khvorym na shyzofreniiu, shyzotypovi ta maiachni rozlady : metodychni rekomendatsii*. Kyiv : NMAPO imeni P. L. Shupika, 2012. 38 s. (In Ukrainian).
5. Kim E. Goldstein, Heather A. Berlin, Holly K. Hamilton et al. Cognitive and mood functioning in borderline and schizotypal personality disorders. *Psychology*. 2016. Vol. 7, No. 3. P. 292-299. DOI: 10.4236/psych.2016.73032.
6. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Thunnissen M, Ziegler UM, Dekker J, Bouvy F, Hamers EF, Meerman AM, Busschbach JJ, Verheul R, Stijnen T, Emmelkamp PM. Patients with cluster a personality disorders in psychotherapy: an effectiveness study. *Psychother Psychosom*. 2011;80(2):88-99. doi: 10.1159/000320587. Epub 2010 Dec 23. PMID: 21196806.
7. Moeller S. B., Kvist V., Jansen J. E., Watkins E. R. Clinical Case of a Schizotypal Personality Disorder: Rumination-Focused CBT for Anger Rumination. *J Contemp Psychother*. 2021. 51(1-2) Pub Date: 2021-04-08. DOI: 10.1007/s10879-021-09501-y.
8. Chuhunov, V. V., Kurylo, V. O., Pidlubnyi, V. L., Kanyhina, S. M. Model' kompleksnoi reabilitatsii xvoriv na prostu formu shyzofrenii. *Zaporizkyi medychnyi zhurnal*. 2021. T. 23, No. 1 (124). S. 105—110. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/13034>.
9. Khomitskyi M. Ie. Optymizatsiia psykhosotsialnoi reabilitatsii khvorykh na shyzoafektyvnyi rozlad, vrakhovuiuchy typolohiiu patopersonolohichnykh transformatsii. *Zaporizkyi medychnyi zhurnal*. 2020. T. 22. No. 6 (123). S. 833—839. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/12867>. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 15/03/2023

ПЛЕХОВ Владислав Андрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-6884-0151>; e-mail: mr.zetto12@gmail.com

PLIEKHOV Vladyslav, Postgraduate Student of Departments of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-6884-0151>; e-mail: mr.zetto12@gmail.com

*Л. В. Подольська, Л. М. Юр'єва***ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ІНОЗЕМНИХ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ***L. V. Podolska, L. M. Yuryeva***FEATURES OF THE PERSONALITY OF FOREIGN STUDENTS OF HIGHER MEDICAL EDUCATION AT DIFFERENT STAGES OF EDUCATION AND THEIR INFLUENCE ON THE FORMATION OF ADJUSTMENT**

Ключові слова: іноземні здобувачі, особистість, розлади адаптації, психометрія

Key words: foreign students, personality, adjustment disorders, psychometrics

Ця стаття присвячена особливостям особистості іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. Дослідження проведено протягом 2019—2020 рр. В ньому взяли участь 154 іноземні здобувачі, що навчалися на базі Дніпровського державного медичного університету. Залежно від етапу навчання вони були поділені на дві групи: іноземні слухачі підготовчого відділення (група 1) та іноземні здобувачі 1, 2 курсів (група 2). У роботі використовували методику напівструктурованого клінічного інтерв'ю зі спеціально розробленою нами анкетною та методику «Акцентуації характеру та темпераменту особистості» Леонгарда — Шмішека (1970). За результатами клініко-психопатологічного дослідження встановлено, що у досліджуваних групи 1 у 12 разів частіше спостерігалась норма, тоді як у досліджуваних групи 2 удвічі частіше спостерігається R53 та у 2,3 рази — F43.22. Тобто окреслювалась тенденція поступового поглиблення психопатологічного процесу при переході на наступний етап навчання. Також встановлено статистичну однорідність досліджуваних груп 1 та 2 стосовно типів особистості, що свідчить про вираженіший вплив саме зовнішніх чинників у генезі формування психопатологічних порушень. Отже, отримані результати підтверджують нагальну потребу розробки заходів профілактики, ранньої діагностики та корекції розладів адаптації іноземних здобувачів вищої освіти на різних етапах навчання.

This article is devoted to the personality traits of foreign students of higher medical education at various stages of their studies. The follow-up was carried out from 2019 to 2020. In the new took the fate of 154 foreign workers who were trained on the basis of the Dnipro State Medical University. In the field, at the stage of training, the stench was divided into two groups: foreign auditory trainees (group 1) and foreign health workers of 1-2 courses (group 2). The work used the method of a semi-structured clinical interview with a questionnaire specially developed by us and the method of "Accentuation of personality character and temperament" by Leonhard-Shmyshek (1970). According to the results of a clinical and psychopathological study, it was established that the norm was observed 12 times more often in subjects of group 1, while in subjects of group 2, R53 was observed 2 times more often and F43.22 was observed 2.3 times more often. That is, the tendency of the gradual deepening of the psychopathological process during the transition to the next stage of education was outlined. The statistical homogeneity of the studied groups 1 and 2 in relation to personality types was also established, which indicated a more pronounced influence of external factors in the genesis of the formation of psychopathological disorders. Therefore, the results obtained by us emphasize the need for the development of preventive measures, early diagnosis and correction of adjustment disorders of foreign students of higher education at various stages of education.

У вік масової глобалізації суспільства процес адаптації здобувачів вищої освіти набуває все більшої актуальності [1; 2]. До найбільш вразливої категорії серед них треба віднести здобувачів вищої медичної освіти, що приїхали навчатися з-за кордону [3].

Ряд чинників, як-от інтеграція у нове соціокультуральне середовище, проблеми поза навчальною діяльністю, великі обсяги досить складної інформації, нерідна мова викладання у поєднанні з розлукою з рідними та близькими виступають значущим підґрунтям для формування психоемоційних порушень [4; 5].

Успішність процесу адаптації залежить не тільки від сприятливих зовнішніх чинників, але й від психологічних властивостей особистості та рівня її розвитку. Крім того, саме від переважання окремих осо-

бистісних рис безпосередньо залежить поведінка, а також ставлення до навчання і згодом — до своєї обраної професії [6].

Однак, надмірне переважання окремих рис або акцентуації під впливом деяких фрустраційних обставин негативно відбивається на поведінці здобувача, його навчанні та інтеграції у нове соціокультуральне середовище [7]. Якщо чинник діє постійно на таку особу, та у неї наявний неадаптивний варіант копінг-стратегії, це неминуче призведе до формування розладів адаптації.

Проте слід розуміти, що акцентуація характеру — це не патологія, а крайній варіант норми. Водночас окремі риси особистості надмірно посилені, внаслідок чого виявляється вибіркова уразливість до деяких психогенних чинників при адекватній стійкості до решти [8].

Тобто акцентуації вказують на слабкі місця характеру, що відкриває перспективи для використання засобів психопрофілактики.

Метою цієї роботи є виявлення особливостей особистості іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та їх вплив на формування розладів адаптації.

Дослідження проведено протягом 2019—2020 рр. У ньому взяли участь 154 іноземні здобувачі, що навчалися на базі Дніпровського державного медичного університету. Усі етапи роботи проведені з дотриманням принципів біоетики відповідно до «Загальної декларації про біоетику та права людини» (ЮНЕСКО) та Гельсінської декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей».

Розподіл на групи проводили залежно від етапу навчання. До групи 1 увійшли 110 слухачів підготовчого відділення, тривалість навчання яких на момент участі у дослідженні становила від одного до двох місяців; до групи 2 — 44 здобувачі 1, 2 курсів (тривалість навчання — від шести місяців до двох років).

Середній вік досліджуваних групи 1 становив 19,05 ($\pm 0,2$), групи 2 — 20,7 ($\pm 0,3$) років.

Критеріями включення у роботу були термін навчання у форматі *offline* тривалістю від одного місяця до двох років; не встановлено психічних та поведінкових розладів у анамнезі; без важкої соматоневрологічної патології; отримання усної та письмової згоди на проведення дослідження і корекційних заходів (якщо буде потреба).

У дослідження не залучали іноземних здобувачів, що навчалися *online*, старше першого курсу (мова навчання — українська, російська), старше другого курсу (мова викладання — англійська). Це пов'язано з тим, що досліджувані, які навчалися українською чи російською мовами, попередньо були слухачами підготовчого відділення, а тих, хто навчався англійською, — відразу зараховували на перший курс. З дослідження також було виключено здобувачів, що мали в анамнезі психічні та поведінкові розлади, важку соматоневрологічну патологію та тих, хто не надав письмову згоду на проведення дослідження чи виявив бажання припинити його на будь-якому етапі.

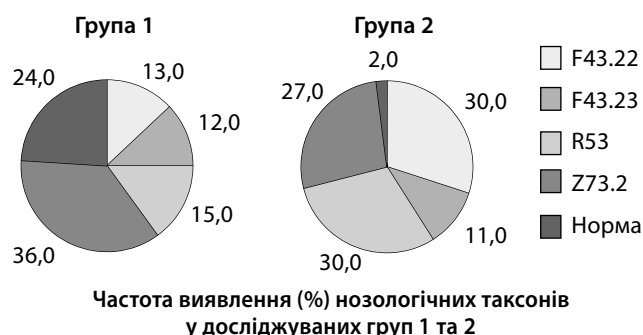
Для обстеження був використаний метод напівструктурованого клінічного інтерв'ю зі спеціально розробленою анкетою для визначення скарг та даних анамнезу [9]. З метою виявлення акцентуованих властивостей характеру та темпераменту використовували методику «Акцентуації характеру та темпераменту особистості» Леонгарда — Шмішека (1970) [10]. Вона дає змогу зважати на акцентуації характеру під час навчання, консультування та профорієнтування, що дуже актуально у нашому дослідженні. Відповідно до цієї методики, суму балів від 0 до 12 оцінювали як властивість не виражена, або немає акцентуацій особистості, 13—18 балів — середній ступінь виразності, або тенденція до акцентуацій особистості (ТАО), 19 і більше балів — ознака акцентуації особистості (АО).

Статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою програмного продук-

ту Statistica v.6.1 (StatSoftInc., серійний номер AGAR909E415822FA).

За результатами проведеної роботи встановлено, що найчастішими скаргами у групі 1 виступали психічна стомлюваність (65,5 %), внутрішня напруга (52,7 %) та тривога (43,6 %), у групі 2 — фізична стомлюваність (90,9 %), слабкість (88,6 %) та психічна стомлюваність (84,1 %), тоді як провідним симптомом у групі 1 була тривога, а у групі 2 — астения.

Базуючись на даних, що були отримані під час проведення клініко-психопатологічного дослідження, ми виявили такі нозологічні таксони, розподіл досліджуваних за якими наведений на рисунку.



Примітка. F43.22 — «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція», F43.23 — «Розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій», R53 — «Нездужання та втома», Z73.2 — «Недостатність відпочинку та розслаблення»

Зокрема, стан без психічних розладів ми розцінювали як «Норма», Z73.2, або «Недостатність відпочинку та розслаблення» — як умовна норма і R53, або «Нездужання та втома» — як пограничний стан. Ознаки двох перших нозологічних таксонів потребували лише проведення психопрофілактики, тоді як R53 вже потребував проведення як психопрофілактичних заходів, так і психотерапевтичної корекції. F43, або «Розлади адаптації» були віднесені до патологічних станів, що потребували застосування усього комплексу заходів, як психопрофілактики, так і корекції (якщо є потреба — і медикаментозної).

Отже, аналізуючи отримані дані, ми встановили, що у досліджуваних групи 1 у 12 разів частіше спостерігалась «Норма», тоді як у досліджуваних групи 2 удвічі частіше спостерігається R53 та у 2,3 раза — F43.22. Хоча Z73.2 (група 1) у 1,3 раза перевищує показники групи 2, статистично значущої різниці між ними не виявлено, як і за F43.23. Тобто окреслюється тенденція до поступового поглиблення психопатологічного стану з переходом на наступний етап навчання.

Слід наголосити, що зазначені вище дані були отримані до проведення психопрофілактичних та корекційних заходів.

З метою виявлення особливостей особистості досліджуваних групи 1 та 2, а також їх впливу на формування психопатологічних порушень, були докладно проаналізовані дані, отримані під час досліджування за методикою «Акцентуації характеру та темпераменту особистості» Леонгарда — Шмішека (табл. 1).

Таблиця 1. Ступені виразності типів акцентуацій особистості у досліджуваних груп 1 та 2

Типи акцентуацій особистості		Група 1 (n = 110)			Група 2 (n = 44)			Відмінності між групами за критерієм χ^2 (p)		
		Немає АО	ТАО	АО	Немає АО	ТАО	АО	Немає АО	ТАО	АО
Акцентуації характеру	Демонстративний	39 (35 %)	60 (55 %)	11 (10 %)	12 (30 %)	30 (68 %)	2 (5 %)	0,33	0,12	*0,44
	Застряглий	40 (36 %)	63 (57 %)	7 (6 %)	14 (32 %)	25 (57 %)	5 (11 %)	0,59	0,96	*0,48
	Педантичний	76 (69 %)	29 (26 %)	5 (5 %)	28 (64 %)	16 (36 %)	—	0,43	0,22	*0,35
	Неврівноважений	81 (74 %)	28 (25 %)	1 (1 %)	32 (74 %)	11 (25 %)	1 (2 %)	0,91	0,95	*0,91
Акцентуації темпераменту	Гіпертимний	38 (35 %)	39 (35 %)	33 (30 %)	9 (20 %)	21 (48 %)	14 (32 %)	0,09	0,16	0,83
	Дистимічний	91 (82 %)	16 (15 %)	3 (3 %)	40 (91 %)	3 (7 %)	1 (2 %)	0,20	*0,30	*0,69
	Тривожний	79 (71 %)	27 (25 %)	4 (4 %)	25 (57 %)	15 (34 %)	4 (9 %)	0,07	0,23	*0,33
	Циклотимний	48 (44 %)	50 (45 %)	12 (11 %)	11 (25 %)	24 (55 %)	9 (20 %)	0,03	0,31	0,12
	Афективний	60 (55 %)	28 (25 %)	22 (20 %)	16 (36 %)	18 (41 %)	10 (23 %)	0,04	0,06	0,71
	Емотивний	30 (27 %)	60 (55 %)	20 (18 %)	13 (30 %)	22 (50 %)	9 (20 %)	0,78	0,61	0,75

Примітки. АО — акцентуація особистості; ТАО — тенденція до акцентуації особистості. * — За критерієм χ^2 з поправкою Йейтса. Відмінності між показниками достовірні при $p < 0,05$

Встановлено, що у досліджуваних групи 1 найпоширенішими тенденціями до АО є формування акцентуацій демонстративного, застрягло та емотивного типів; серед акцентуацій особистості: гіпертимний, афективний та емотивний типи. Тобто серед тенденцій до АО здебільшого спостерігались акцентуації характеру демонстративного та застрягло типів і меншою мірою — акцентуації темпераменту (емотивний тип). Натомість усі найпоширеніші АО були представлені лише у вигляді акцентуацій темпераменту. Це свідчить про переважання придбаних рис над генетично детермінованими серед ТАО і навпаки серед АО.

У досліджуваних групи 2 провідними тенденціями до АО були «демонстративний тип», «застряглий» та «циклотимний»; АО: «гіпертимний», «афективний», «емотивний» та «циклотимний». Як і у групі 1, серед тенденцій до АО переважали акцентуації характеру («демонстративний» та «застряглий» типи) над акцентуаціями темпераменту («циклотимний тип»). Аналогічно з результатами групи 1 усі провідні АО досліджуваних групи 2 були представлені лише у вигляді акцентуацій темпераменту. Тобто у досліджуваних групи 2, як і у групі 1, серед ТАО переважають придбані риси, тоді як серед АО — вроджені.

Ми також провели порівняльний аналіз ступенів вираженості типів акцентуацій особистості між досліджуваними груп 1 та 2. Хоча за провідними рисами «емотивний тип» (ТАО) та «циклотимний тип» (ТАО, АО) групи 1 та 2 мали відмінності, порівняльний аналіз між ними не показав достовірно значущої різниці. Більш того, статистично значуща різниця не виявлена у випадку ТАО та АО за жодним із перелічених у методиці типів акцентуацій. Лише коли

немає АО, статистично вищі значення були виявлені у досліджуваних групи 2 за циклотимним та афективним типами.

Надалі ми проаналізували середні значення (Me) показників за типами акцентуацій у досліджуваних обох груп (табл. 2).

Таблиця 2. Середні значення (Me) показників за типами акцентуацій у досліджуваних груп 1 та 2

Типи акцентуацій особистості		Група 1 (n = 110)	Група 2 (n = 44)	Відмінності між групами	
				U-критерій Манна — Уїтні	p
Акцентуації характеру	Демонстративний	14 (12; 16)	16 (12; 18)	2606,5	0,46
	Застряглий	14 (12; 16)	14 (12; 16)	2438	0,94
	Педантичний	12 (10; 14)	12 (10; 14)	2511,5	0,71
	Неврівноважений	9 (6; 15)	10,5 (9; 15)	2597	0,48
Акцентуації темпераменту	Гіпертимний	15 (12; 21)	18 (15; 21)	2824,5	0,11
	Дистимічний	9 (6; 12)	9 (6; 12)	2704,5	0,26
	Тривожний	12 (6; 15)	12 (5,25; 15,75)	2619	0,43
	Циклотимний	15 (12; 18)	15 (14,25; 18)	2840	0,09
	Афективний	12 (12; 18)	18 (12; 19,5)	2877,5	0,07
	Емотивний	15 (12; 18)	15 (12; 18)	2525,5	0,67

Примітка. Дані наведено у вигляді: Me (Q₁; Q₃), де Me — медіана; Q₁; Q₃ — верхній та нижній квантили

За результатами дослідження медіан достовірно значущої різниці не виявлено за жодним зі складників шкал.

Це дало змогу у сукупності з попередніми даними зробити висновок про статистичну однорідність особистісних характеристик у досліджуваних груп 1 та 2.

Підсумовуючи отримані результати, можна окреслити тенденцію поступового поглиблення психопатологічного процесу при переході на наступний етап навчання. Водночас треба зазначити, що у зв'язку з статистичною однорідністю досліджуваних вибірок за ТАО та АО, можна вважати більш вираженим вплив саме зовнішніх чинників у генезі формування порушень адаптації у досліджуваних групи 2, на відміну від групи 1. Зокрема, для групи 1 провідними чинником формування розладів адаптації передусім виступав «соціокультуральний шок» (переїзд до нової країни, пристосування до нової культури, зміна звичного укладу життя, відрив від родичів та близьких, інша мова викладання, зміна клімату, харчування тощо). Водночас слухачі підготовчого відділення лише вивчали іншу мову. Їх режим педагогічного навантаження був дозований, одним викладачем, в одному корпусі біля місця їх проживання. Натомість досліджуваним групи 2 потрібно було засвоювати великі обсяги досить складної інформації вже за своїм фахом. До того ж мова викладання відрізнялась від їх рідної. Це змушувало здобувачів витратити більше часу на освоєння потрібного матеріалу, що у свою чергу призводило до зменшення часу на відпочинок, а подекуди і на сон. Отже, отримані результати підтверджують нагальну потребу у розробленні заходів профілактики, ранньої діагностики та корекції розладів адаптації іноземних здобувачів вищої освіти на різних етапах навчання.

Аналіз отриманих даних дав змогу зробити такі висновки:

1. За результатами проведеної роботи виявлена тенденція поступового поглиблення психопатологічного процесу при переході на наступний етап навчання.

2. Встановлено статистичну однорідність досліджуваних груп 1 та 2 стосовно типів особистості, що свідчить про вираженіший вплив саме зовнішніх чинників у генезі формування психопатологічних порушень.

3. Отримані нами результати підтверджують потребу у розробці заходів профілактики, ранньої діагностики та корекції розладів адаптації іноземних здобувачів вищої освіти на різних етапах навчання.

Список літератури

1. Zorach I. A. Adjustment to higher education among students with mental health disorders / Inbar Aharoni Zorach, Orly Lipka // Higher education research & development. 2022. P. 1—17. DOI: <https://doi.org/10.1080/07294360.2022.2052815>.
2. Lung F.-W. The premorbid personality in military students with adjustment disorder / For-Wey Lung, Fei-Yin Lee, Bih-Ching Shu // Military psychology. 2006. Vol. 18, no. 1. P. 77—88. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327876mp1801_5.
3. Adjustment disorders in international students studying in English during a pandemic / I. V. Leshchyna, Yu. O. Asieieva,

O. V. Vasylieva [et al.] // Revista amazonia investiga. 2021. Vol. 10, no. 48. P. 200—208. DOI: <https://doi.org/10.34069/ai/2021.48.12.21>.

4. Никоненко Ю. П. Психологічні чинники порушення адаптації у студентів ВНЗ // «Досвід особистості: теорія і практика»: збірник матеріалів IX Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ніжин, 27—28 лютого 2020 р.). Ніжин, 2020. С. 181—185. URL: http://www.ndu.edu.ua/storage/2020/zbirn_9_conf.pdf.

5. Podolska L. V., Quality of life of foreign students of higher medical education with adjustment disorders / L. V. Podolska, T. Y. Shusterman, L. M. Yuryeva // Bulletin of problems biology and medicine. Issue 4 (167), 2022. P. 204—209. DOI: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2022-4-167-204-209>.

6. Interpersonal problems and acculturative stress over time among Chinese international students from mainland China and Taiwan / [Qi, W. (G.), Wang, K. T., Pincus, A. L., & Wu, L. Z.] // Asian american journal of psychology. 2018. Vol. 9, no. 3. P. 237—246. DOI: <https://doi.org/10.1037/aap0000119>.

7. Синявська Н. Я. Визначення типу особистості студентів-медиків як адаптаційного потенціалу для формування майбутніх лікарів // Наукові записки міжнародного гуманітарного університету. 2022. С. 213—233. DOI: <http://ir.libraryndmu.com/handle/123456789/4472>.

8. Киричук В. С. Взаємозв'язок типів психологічного захисту і акцентуацій характеру у студентів: автореферат, магістерська робота; Чорноморський національний університет імені Петра Могили. Миколаїв, 2020. 15 с. DOI: <https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/922>.

9. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 — Clinician Version (SCID-5-CV) / Flávia L. Osório, Sonia Regina Loureiro, Jaime Eduardo C. Hallak [et al.] // Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2019. Vol. 73, no. 12. P. 754—760. DOI: <https://doi.org/10.1111/pcn.12931>.

10. Schmieschek H. Fragebogen zur Ermittlung akzentuierter Persönlichkeiten // Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie. 1970. Vol. 22, no. 10. P. 378—381.

References

1. Inbar Aharoni Zorach & Orly Lipka (2022) Adjustment to higher education among students with mental health disorders. *Higher Education Research & Development*. DOI: [10.1080/07294360.2022.2052815](https://doi.org/10.1080/07294360.2022.2052815).
2. For-Wey Lung, Fei-Yin Lee & Bih-Ching Shu (2006) The Premorbid Personality in Military Students With Adjustment Disorder. *Military Psychology*. 18:1, 77-88, DOI: [10.1207/s15327876mp1801_5](https://doi.org/10.1207/s15327876mp1801_5).
3. Leshchyna, I. V., Asieieva, Yu. O., Vasylieva, O. V., Strelnikova, I. M., & Kovalska N. A. (2021). Adjustment disorders in international students studying in English during a pandemic. *Amazonia Investiga*, 10(48), 200-208. <https://doi.org/10.34069/AI/2021.48.12.21>.
4. Nykonenko Yu. P. Psykholohichni chynnyky porushennia adaptatsii u studentiv VNZ. «Dosvid osobystosti: teoriia i praktyka»: zbirnyk materialiv IX Mizhnarodnoi nauково-praktychnoi konferentsii (m. Nizhyn, 27—28 liutoho 2020 r.). Nizhyn, 2020. S. 181—185. URL: http://www.ndu.edu.ua/storage/2020/zbirn_9_conf.pdf. (In Ukrainian).
5. Podolska L. V., Shusterman T. Y., Yuryeva L. M. Quality of life of foreign students of higher medical education with adjustment disorders. *Bulletin of problems biology and medicine*. Issue 4 (167), 2022. P. 204—209. DOI: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2022-4-167-204-209>.

6. Qi, W. (G.), Wang, K. T., Pincus, A. L., & Wu, L. Z. (2018). Interpersonal problems and acculturative stress over time among Chinese international students from mainland China and Taiwan. *Asian American Journal of Psychology*, 9(3), 237–246. <https://doi.org/10.1037/aap0000119/>

7. Syniavska N. Ya. Vyznachennia typu osobystosti studentiv-medykiv yak adaptatsiinoho potentsialu dlia formuvannia maibutnikh likariv. *Naukovi zapysky mizhnarodnoho humanitarnoho universytetu*. 2022. S. 213—233. <http://ir.library.nmu.com/handle/123456789/4472>. (In Ukrainian).

8. Kyrychuk V. S. *Vzaimozv'iazok typiv psykhologichnoho zachystu i aktsentuatsii kharakteru u studentiv* : avtoreferat, mahisterska robota ; Chornomorskyi natsionalnyi universytet imeni Petra Mohyly. Mykolaiv, 2020. 15 s. <https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/922>. (In Ukrainian).

9. Flávia L. Osório, Sonia Regina Loureiro, Jaime Eduardo C. Hallak et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 — Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019. Vol. 73, no. 12. P. 754–760. <https://doi.org/10.1111/pcn.12931>.

10. Schmieschek H. Fragebogen zur Ermittlung akzentuierter Persönlichkeiten. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. 1970. Vol. 22. No. 10. S. 378–381.

Надійшла до редакції 3.02.2023

Відомості про авторів:

ПОДОЛЬСЬКА Людмила Володимирівна, аспірант кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна; e-mail: ludmilapodolska1@gmail.com

ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна; e-mail: lnyuryeva5@gmail.com

Information about the authors:

PODOLSKA Liudmyla, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine; e-mail: ludmilapodolska1@gmail.com

YURYEVA Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine; e-mail: lnyuryeva5@gmail.com

ДО 100-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ПРОФЕСОРА ПАНЧЕНКА ЄВГЕНА МИКОЛАЙОВИЧА

Панченко Євген Миколайович народився 25 березня 1923 року у дворянській родині, усі члени якої так чи інакше були пов'язані з медициною: серед них були хірурги, земські лікарі, сестри милосердя, біохіміки, мікробіологи.

1946 року Є. М. Панченко з відзнакою закінчив лікувальний факультет Донецького медичного інституту та був зарахований до клінічної ординатури при кафедрі неврології. Після закінчення ординатури виявив бажання перейти на практичну роботу та отримав направлення у Волноваську районну лікарню Донецької області.

У Волновасі, працюючи практичним лікарем, **Є. М. Панченко не припиняв і наукову роботу**. Саме тоді він виконав чимало досліджень, що дали йому змогу розробити нові методи лікування деяких захворювань нервової системи, придатні для використання в лікувальних закладах різного рівня, зокрема районного та сільського. За ці роки опублікував дев'ять наукових праць.

Опубліковані в центральній медичній пресі результати досліджень, які він провів у період роботи у Волноваській райлікарні, викликали чималий інтерес у медичного загалу, зокрема у відомих ме-

диків, як-от акад. Є. М. Тарєєв, акад. О. Л. М'ясников, акад. А. Крейндлер (Румунія). Публікації привертали до себе увагу не лише суто практичним значенням, а й тим, що наголошували важливість вивчення та урахування нейродинамічних чинників патогенезу, навіть для вирішення клінічних завдань суто прикладного характеру, що для того часу було відносно новим.

1956 року Є. М. Панченка обрано за конкурсом асистентом кафедри неврології Донецького медичного інституту. Він працював у цьому інституті до 1965 року, послідовно на посадах асистента, доцента кафедри нервових хвороб, керівника курсів удосконалення з неврології, також був головним невропатологом Донецької області.

1959 року він захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук на тему «**Про вплив подразнення шкірних рецепторів на головний біль при гіпертонічній хворобі**».

З 1965 року, майже 30 років Є. М. Панченко очолював кафедру нервових хвороб із курсом нейрохірургії Луганського медичного інституту, а з 1994 року (у зв'язку з віковими обмеженнями) — працював професором цієї кафедри.



Колектив кафедри неврології Донецького медичного інституту (1959 рік)

1968 року Є. М. Панченко здобув ступінь доктора медичних наук, захистивши дисертацію на тему «**Нервові порушення при артеріальній гіпотонії**». 1969 року йому присвоєно вчене звання професора.

Основним напрямом його наукової роботи стала розробка проблеми нейросудинних взаємозв'язків та корекції їх порушень. Водночас на відміну від багатьох досліджень, присвячених судинним захворюванням, акцент переносився на функціональну стадію патології, роль вегетативної нервової системи в патогенезі судинних розладів. Велику увагу Є. М. Панченко надав рефлекторним ланкам патогенезу судинної дисфункції, і навіть нейродистрофіям судинних стінок.

Він винайшов лікування вегетативної дисфункції — методика фотосенсорної стимуляції, також використовував для корекції вегетативних розладів сольову голку.



У багатьох лікувальних закладах на території колишнього СРСР широко використовують запропоновані Є. М. Панченком метод об'єктивізації болю, пелотний метод вимірювання тиску у скроневих артеріях, термоіндикаторний метод визначення судинної реактивності, метод розпізнавання патогенетичних механізмів цефалгічного синдрому, метод визначення дисбалансу м'язового тону, спосіб лікування гіперкінезів, спосіб лікування арахноїдитів, спосіб неспецифічного лікування гепатоцеребральної дистрофії, різні способи рефлексотерапії та ін.

З огляду на запити практики, Є. М. Панченко та співробітники кафедри чимало уваги надавали також питанням крайової патології: травмам центральної та периферичної нервової системи, вібраційній хворобі, нейротоксикозам.

Педагогічна, організаційна, практична лікарська робота Є. М. Панченки не тільки не відволікали його від безперервної наукової діяльності, але, навпаки, стимулювали та збуджували творчу думку. Обраний

ним на самому початку творчого шляху напрям, а саме — дослідження нейродинамічних чинників патогенезу та пошук способів їх корекції — червоною ниткою пройшли через усю його подальшу діяльність та лягли в основу розробки багатьох нових методів діагностики та лікування захворювань нервової системи. Накопичені факти дали змогу Є. М. Панченкові дійти і деяких теоретичних узагальнень. Наприклад, він розробив концепцію, що підводить фізіологічний базис під поняття «функціональний розлад нервової системи». З нейрофізіологічних позицій роз'яснив сутність явища «реперкусія» та деяких механізмів рефлексотерапії.

Його наукові здобутки одержали відображення у трьох монографіях («**Нервова патологія при артеріальній гіпотонії**» (1978), «**Неврогенні судинні синдроми**» (1982), «**Рефлексотерапія при захворюваннях нервової системи судинного ґенезу**» (1991)) та у численних наукових статтях (їх — понад 200), п'яти винаходах, понад 100 раціоналізаторських пропозиціях.

Є. М. Панченко підготував вісім кандидатів, два доктори медичних наук (О. М. Дзюба, Т. В. Міроненко).

До наукової роботи залучали і студентів, багато хто з них потім вступали до інтернатури, ставали невропатологами, науковцями. Протягом усього часу завідування кафедрою Євген Миколайович керував науковим неврологічним студентським гуртком. Завдяки цьому переважна частина невропатологів Луганської області були його безпосередніми учнями.

Є. М. Панченко був головою обласного науково-практичного товариства невропатологів, багато уваги приділяв підвищенню кваліфікації лікарів та молодих наукових співробітників.

Професор Є. М. Панченко завжди мав величезний авторитет серед населення та медиків Луганська та Луганської області. Він був учителем та взірцем для численної когорти невропатологів Луганщини.

Євген Миколайович був справжнім інтелігентом, ніколи нікому не заздирив, не тяжив до матеріальних цінностей, був абсолютно безкорисливий. Сіяв добро,



не усвідомлюючи цього, щедро ділився своїми знаннями не лише в галузі медицини, а й у багатьох інших сферах, вчив любити прекрасне.

Він був високоінтелектуальний фахівець, талановитий педагог, готовий завжди допомогти молодим науковцям. Останніми роками багато свого часу він присвятив підготовці нових поколінь лікарів-невропатологів. І не було жодного невропатолога, якого б він не зацікавив віртуозними розборами клінічних випадків, «ювелірним», творчим клінічним мисленням, розвиненою інтуїцією та майстерністю. Притаманні йому енергія і ентузіазм були невичерпні: він працював з молодими невропатологами з ранку до вечора, захоплюючись і захоплюючи своїх учнів глибоким розглядом питань теорії та практики.

Останніми роками життя професор Є. М. Панченко працював над черговою монографією, присвяченою взаємозалежності між судинною патологією та депресією, освоював комп'ютерні технології, мав багато планів і проєктів. Шкодував лише про те, що життя — коротке, побоювався не встигнути здійснити задумане, бо був дуже хворий.

У квітні 2004 року Євген Миколайович поїхав на науковий симпозиум «Питання нейрокардіології (діагностика, лікування, реабілітація)» до Судака, у якому взяли участь близько 250 фахівців з різних країн. Ці останні дні (21—23 квітня) професор Є. М. Панченко почувався щасливим. Колеги розповідали, що його доповідь викликала овації, вона

відрізнялася клінічною та філософською сутністю, логічністю. Євгена Миколайовича довго не відпустили з трибуни...

А потім усі роз'їжджалися. Багато професорів були вже похилого віку, і прощалися з ним, ніби розлучаючись навіки... Він сів у поїзд і за 20 хвилин помер.

Євген Миколайович відійшов за межу Вічності у віці 81 року та залишив про себе добру пам'ять.

Сім'я Панченка Є. М. має давню історію як сімейна лікарська династія. Дружина — Валентина Михайлівна була відомий дитячо-підлітковий лікар-психіатр. Їхні нащадки продовжили династію: дочка професора — Казакова Світлана Євгенівна, психіатр, доктор медичних наук, професор, завідувала кафедрою психіатрії, наркології та медичної психології Луганського медичного університету близько 20 років (з 1994 до 2015). Онук — Казаков Віталій Євгенович — доктор медичних наук, викладач Луганського державного медичного університету (м. Рівне).

Панченка Євгена Миколайовича пам'ятають рідні, колеги, колишні студенти і пацієнти, знайомі, яким пощастило його знати. У вдячній пам'яті учнів, колег він назавжди залишився чуйною людиною, ерудованим педагогом, талановитим ученим. І пам'ять про нього житиме, поки ми його пам'ятатимемо.

Завжди вдячні учні, колеги