

І. В. Лінський, В. С. Підкоритов, В. Н. Кузьмінов, М. М. Денисенко, В. І. Заворотний, Р. В. Лакинський, О. В. Скринник, О. О. Мінко, В. В. Задорожний, Т. В. Ткаченко, Н. А. Малихіна, В. Р. Борзенко

ДИНАМІКА АФЕКТИВНОЇ І АДИКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРОТЯГОМ СТАНДАРТНОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ¹

I. V. Linskiy, V. S. Pidkorytov, V. N. Kuzminov, M. M. Denysenko, V. I. Zavorotniy, R. V. Lakynskiy, O. V. Skrynnyk, O. O. Minko, V. V. Zadorozhny, T. V. Tkachenko, N. A. Malykhina, V. R. Borzenko

DYNAMICS OF AFFECTIVE AND ADDICTIVE SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STRESS-ASSOCIATED DISORDERS DURING STANDARD INPATIENT TREATMENT

Ключові слова: афективна симптоматика, адиктивна симптоматика, якість життя, стрес-асоційовані розлади, стаціонарна терапія, ефективність

Мета роботи — вивчення динаміки афективної і адиктивної симптоматики, а також якості життя у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування.

Двократно (на початку і наприкінці стаціонарного лікування) за допомогою тесту Спілбергера — Ханіна, госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), тесту для виявлення розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT), а також методики оцінки сприйняття якості життя (за Mezzich) обстежено 115 осіб зі скаргами на різноманітні наслідки травматичних подій, пов'язаних з участю у бойових діях або перебуванням у зоні бойових дій (серед них військових — 58 осіб (усі — чоловіки)), з такими діагнозами на момент госпіталізації: розлади адаптації (F43.2) — 44 особи; посттравматичний стресовий розлад (F43.1) — 36 осіб; тривожно-фобічні розлади (F40.0) — 20 осіб і тривожні розлади (F41) — 15 осіб. Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналізи) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Встановлено, що в середньому протягом стандартної стаціонарної терапії виразність ситуативної тривоги і особистісної тривожності за тестом Спілбергера — Ханіна зменшилася на $11,99 \pm 2,09$ % і $7,91 \pm 1,54$ % відповідно, а тривога і депресія за шкалою HADS — на $28,20 \pm 3,17$ % і $21,67 \pm 3,30$ % відповідно. Водночас підвищилася якість життя (за методикою Mezzich) на $15,43 \pm 3,25$ %, адиктивна симптоматика (виразність розладів внаслідок вживання алкоголю, оцінена за допомогою тесту AUDIT) не зазнала статистично значущих змін.

Показано, що передбачена чинним уніфікованим клінічним Протоколом первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» спеціалізована медична допомога може забезпечити позитивну відповідь на терапію лише трохи більше ніж у половини пацієнтів ($51,82$ — $66,04$ % залежно від використаних критеріїв ефективності лікування). Зроблено висновок про необхідність розроблення і впровадження інноваційних методів лікування, здатних підвищити ефективність лікування стрес-асоційованих розладів.

Keywords: affective symptoms, addictive symptoms, quality of life, stress-associated disorders, inpatient therapy, effectiveness

The aim of the work was to study the dynamics of affective and addictive symptoms, as well as the quality of life in patients with stress-related disorders during standard inpatient treatment.

Twice (at the beginning and end of inpatient treatment) using the Spielberger-Khanin test, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), as well as methods for assessing the quality of life (for Mezzich), 115 people with complaints of various consequences of traumatic events related to participation in combat or being in a combat zone (including military personnel — 58 people (all men)), with the following diagnoses at the time of hospitalization: adjustment disorders (F 43.2) — 44 people; post-traumatic stress disorder (F 43.1) — 36 people; anxiety-phobic disorders (F40.0) — 20 people and anxiety disorders (F41) — 15 people. The obtained data were processed by mathematical statistical methods (variance and correlation analyses) on a computer using Excel 2016 spreadsheets (with the Data Analysis package).

It was found that on average during standard inpatient therapy, the severity of situational anxiety and personal anxiety according to the Spielberger-Khanin test decreased by 11.99 ± 2.09 % and 7.91 ± 1.54 %, respectively, and anxiety and depression according to the HADS scale decreased by 28.20 ± 3.17 % and 21.67 ± 3.30 %, respectively. At the same time, the quality of life (according to the Mezzich method) increased by 15.43 ± 3.25 %, and addictive symptoms (the severity of disorders due to alcohol use, assessed using the AUDIT test) did not undergo statistically significant changes.

It was shown that the specialized medical care provided by the current unified clinical Protocol of primary and specialized medical care "Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adaptation disorders" can provide a positive response to therapy in only slightly more than half of patients (51.82 — 66.04 % depending on the treatment effectiveness criteria used). The conclusion is made about the need to develop and implement innovative treatment methods capable of increasing the effectiveness of the treatment of stress-associated disorders.

¹ Першу частину дослідження опубліковано: Український вісник психоневрології. 2025: Т. 33, вип. 1 (122). С. 4—12.

Будь-яка війна є травматичною епідемією і повномасштабна агресія російської федерації проти нашої країни численними прикладами доводить жорстоку правоту цього визначення. Щодня зростає кількість людей, що зазнали не тільки соматичних, а й психічних травм. Останні можуть стати причиною різноманітних розладів психічного здоров'я: від гострої реакції на стрес і порушень адаптації до тривалого посттравматичного стресового розладу, простого чи комплексного [1—3]. Під впливом потужних психотравм, які завжди супроводжують бойові дії, виникають численні коморбідні сполучення власне постстресових розладів з іншою психопатологією (тривожно-депресивними станами, гострими і хронічними розладами психотичного регістру тощо) [4]. Такі коморбідні сполучення часто виявляються більш резистентними до терапії, ніж «чисті» нозологічні форми, які є їхніми складниками [5]. Тому спеціалізована медична допомога (зокрема — в стаціонарних умовах) часто стає необхідним етапом в лікуванні пацієнтів з такими коморбідними розладами психічного здоров'я.

19 липня 2024 року наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1265 затверджений уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (далі — Протокол) [6]. Цей Протокол передбачає комплексне лікування з використанням психотерапії і фармакотерапевтичних засобів. Протокол включає такі психотерапевтичні методи з доведеною ефективністю: травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ); десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО); когнітивно-процесуальна терапія (КПТ); а також пролонгована експозиційна терапія (ПЕТ). В тих випадках, коли йдеться про медикаментозне лікування, Протокол рекомендує обирати як терапію першої лінії селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), а саме пароксетин, сертралін та флуоксетин, або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин). У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування, воно, відповідно до Протоколу, має тривати не менше як 12 місяців [6].

Стаціонарне лікування триває набагато менше, ніж згадані вище 12 місяців. Проте, саме стаціонарне лікування, коли інтенсивність спілкування пацієнта з медичними працівниками та іншими фахівцями в сфері охорони психічного здоров'я сягає максимуму, є часом, коли може бути сформована і зміцнена віра пацієнта у можливість його одужання, що є запорукою успіху наступних етапів терапії. Підґрунтям для цих позитивних змін має бути зменшення виразності наявної симптоматики, досягнуте протягом госпітального етапу лікування.

В нашій попередній публікації щодо ефективності терапії пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами було описано динаміку власне постстресової симптоматики протягом курсу стандартного стаціонарного лікування [7]. Однак, як вже було сказано вище,

клініка наслідків психічних травм для ментального здоров'я має коморбідний характер і часто супроводжується розладами настрою, а також станами залежності різного походження, які істотно впливають на процес і результати лікування, а також на якість життя пацієнтів.

Ось чому метою цього дослідження стало вивчення динаміки афективної і адиктивної симптоматики, а також якості життя у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування.

Це — друга стаття в запланованій серії публікацій, присвячених результатам науково-дослідної роботи «Розробити метод комплексного лікування постстресових розладів, що розвинулись внаслідок бойових дій, з використанням інноваційних терапевтичних технологій» (№ держреєстрації 0123U104822; шифр НАМН.ПР.4П.24) що виконується в Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина НАМН України» (далі — Інститут).

Дизайн дослідження передбачав двократне відділення пацієнтів, що надходили в психіатричне відділення Інституту протягом 2024 року. Обстеження № 1 відбувалось протягом перших двох днів госпіталізації, а обстеження № 2 — протягом останніх двох днів стаціонарного лікування (перед випискою), середня тривалість періоду між обстеженнями № 1 і № 2 становила $22,78 \pm 0,92$ доби.

Обидва обстеження здійснювали за допомогою незмінного набору методів дослідження, а саме: шкала стійкості до стресу Коннора — Девідсона (CD-RISC-25) [8; 9], тест Спілбергера — Ханіна [10—12], госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [13; 14], Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD) [15; 16], тест для виявлення розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT) [17], а також методика оцінки сприйняття якості життя (за Mezzich) [18; 19]. Окрім того, під час обстеження № 1 використовували Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (SASRQ) [20; 21], а також розроблену авторами цієї статті анамнестичну анкету, що включала 172 запитання стосовно сімейного і матеріального стану, професійної діяльності, перенесених травм і захворювань, скарг на стан здоров'я, наявності захворювань у найближчих родичів та способу життя. Обстеження виконували треновані інтерв'юери методом *face to face* після отримання відповідної інформованої згоди від респондентів.

З огляду на великий обсяг отриманих даних, що і далі збільшується, а також з огляду на те, що ця стаття є другою із серії запланованих подібних публікацій, в ній буде висвітлено лише частину інформації, отриманої за допомогою згаданого вище інструментарію, а саме відомості, отримані за допомогою тесту Спілбергера — Ханіна [10—12], госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) [13; 14], тесту для виявлення розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT) [17], а також методики оцінки сприйняття якості життя (за Mezzich) [18; 19].

Загалом на момент підготовки цієї публікації обстежено 115 осіб зі скаргами на різноманітні наслідки травматичних подій, пов'язаних з участю у бойових діях або перебуванням у зоні бойових дій (серед них військових — 58 осіб, усі — чоловіки). За ознакою діагнозу на момент ушпиталення обстежувані особи розподілялись так: з розладами адаптації (F43.2) — 44 особи; з посттравматичним стресовим розладом (F43.1) — 36 осіб; з тривожно-фобічними розладами (F40.0) — 20 осіб і з тривожними розладами (F41) — 15 осіб. Із 115 обстежених 87 осіб (75,7 %) завершили повну програму дослідження (курс лікування + два обстеження).

Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналізи [22]) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Висвітлення отриманих результатів доцільно розпочати з аналізу усереднених значень характеристик, що вивчали (табл. 1).

На початку лікування середня виразність ситуативної тривоги і особистісної тривожності за тестом Спілбергера — Ханіна в групі обстежених становила

56,06 ± 0,96 балів і 54,31 ± 0,94 балів відповідно (див. табл. 1), що в обох випадках свідчить про високій рівень цих показників (> 45 балів). Протягом стаціонарної терапії рівень обох характеристик знизився (на 11,99 ± 2,09 % і 7,91 ± 1,54 % відповідно), однак все одно залишився більшим за 45 балів, тобто — високим (48,08 ± 0,88 балів і 49,00 ± 0,69 балів відповідно).

Водночас тривога, оцінена за шкалою HADS (див. табл. 1), протягом курсу лікування зазнала значно більшої редукції (з 12,25 ± 0,37 балів до 8,60 ± 0,38 балів, тобто на 28,20 ± 3,17 %). Якщо на початку лікування тривога була клінічно значущою (> 10 балів), то наприкінці вона знизилася до субклінічного рівня (8—10 балів). Подібних змін протягом лікування зазнала і оцінена за шкалою HADS депресія (див. табл. 1). Вона також в середньому зменшилась (на 21,67 ± 3,30 %) з рівня клінічної значущості (10,73 ± 0,35 балів) до субклінічного рівня 8,11 ± 0,31 балів). Отже, можна зробити висновок про те, що в завданні на оцінку динаміки афективної симптоматики протягом лікування у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами шкала HADS є більш чутливим інструментом, ніж тест Спілбергера — Ханіна.

Таблиця 1. Середня виразність афективної (за тестом Спілбергера — Ханіна і шкалою HADS) та адиктивної (за тестом AUDIT) симптоматики та якості життя (за Mezzich) у обстежених пацієнтів на початку і наприкінці стаціонарного лікування, а також середня ефективність терапії

Тести, шкали	Шкали, субшкали	Середні значення*				p***
		показників:		ефективності терапії:		
		до лікування, бали	після лікування, бали	різниця між «до» та «після», бали	різниця між «до» та «після», %**	
Тест Спілбергера — Ханіна	Шкала ситуативної тривоги	56,06 ± 0,96	48,08 ± 0,88	8,20 ± 1,21	11,99 ± 2,09	< 0,0000001
	Шкала особистісної тривожності	54,31 ± 0,94	49,00 ± 0,69	5,45 ± 0,92	7,91 ± 1,54	0,0000042
HADS	Субшкала тривоги	12,25 ± 0,37	8,60 ± 0,38	3,51 ± 0,47	28,20 ± 3,17	< 0,0000001
	Субшкала депресії	10,73 ± 0,35	8,11 ± 0,31	2,74 ± 0,40	21,67 ± 3,30	< 0,0000001
AUDIT		4,77 ± 0,56	4,55 ± 0,55	0,32 ± 0,15	10,79 ± 3,15	0,3888251
Тест Mezzich		4,45 ± 0,19	5,91 ± 0,17	-1,45 ± 0,19	-15,43 ± 3,25	< 0,0000001

Примітки. * — Середні значення подані у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної» (M ± m). ** — Для усереднення за 100 % було узяті значення характеристик на початку лікування. *** — Достовірність відмінностей між групами порівняння (p) за критерієм «t». Достовірні відмінності (p < 0,05) виділені сірим кольором

На відміну від описаної вище статистично значущої динаміки афективної симптоматики, виразність розладів, спричинених вживанням алкоголю (див. табл. 1), протягом курсу лікування не зазнала істотних змін (10,79 ± 3,15 % при p = 0,3888251). І на початку (4,77 ± 0,56 балів), і наприкінці (4,55 ± 0,55 балів) лікування усереднені рівні цієї симптоматики у обстежених нами респондентів відповідали критеріям безпечного вживання алкоголю (< 8 балів в тесті AUDIT). Цей результат був цілком очікуваним, оскільки запитання тесту AUDIT стосуються життя респондентів протягом 12 місяців, що передують даті тестування. Зрозуміло, що тижні, проведені в стаціонарі, є лише незначною часткою цього періоду. Тому тест AUDIT використовували тут не для оцінки змін адиктивного статусу (іх, в світлі сказаного, годі було очіку-

вати), а для оцінки спроможності пацієнтів відтворити наприкінці лікування опис свого стану, про який його вже запитували на початку госпіталізації, тобто для оцінки тест-ретестової надійності респондентів. Як буде показано нижче, далеко не всі респонденти виявились достатньо надійними щодо цього.

Щодо усередненого показника якості життя (див. табл. 1), то він протягом лікування достовірно збільшився з 4,45 ± 0,19 балів до 5,91 ± 0,17 балів, тобто на 15,43 ± 3,25 %.

Однак, розгляд середніх значень показників, про які йдеться, створює надмірно спрощену картину подій (як буде зрозуміло із викладеного нижче). Саме тому наступний етап роботи був присвячений аналізу розподілів пацієнтів за ознаками, що вивчали (рис. 1—3).

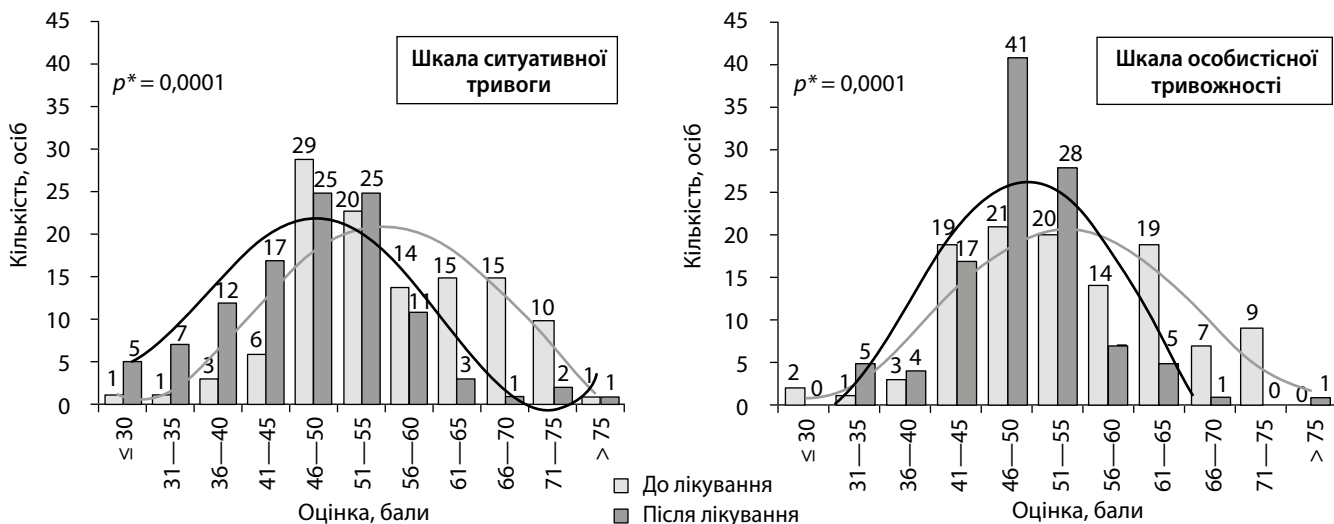


Рис. 1. Розподіли пацієнтів за шкалами ситуативної тривоги (СТ) і особистісної тривожності (ОТ) тесту Спілбергера — Ханіна на початку і наприкінці стаціонарного лікування

Примітка. Тут і далі: * — достовірність відмінності розподілів (p) за критерієм χ^2 .

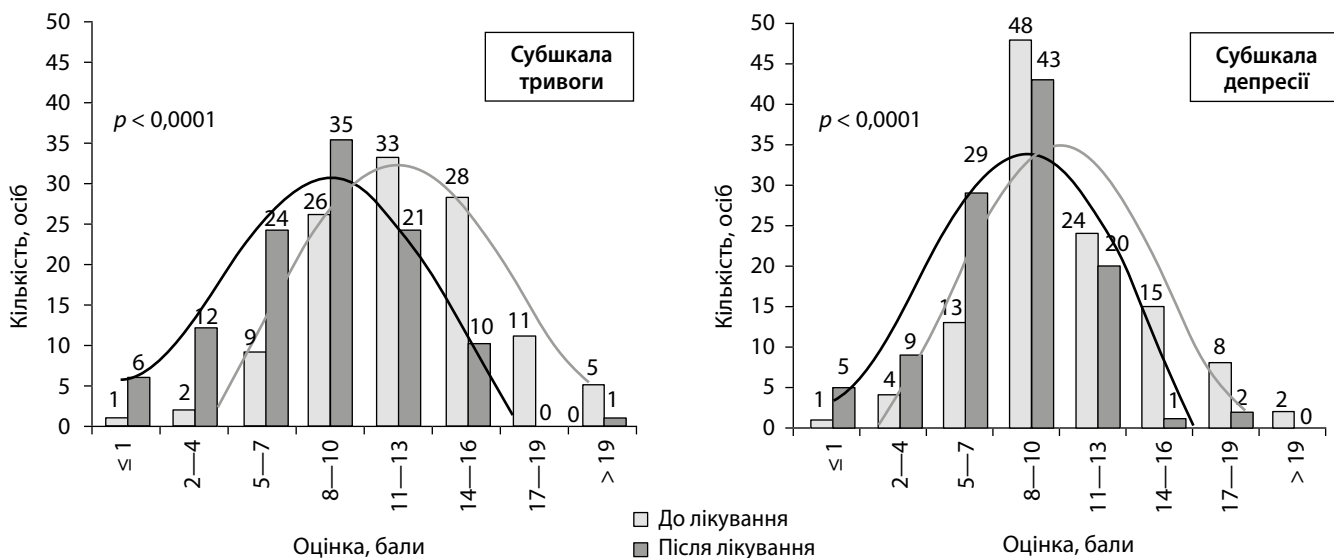


Рис. 2. Розподіли пацієнтів за субшкалами тривоги і депресії шкали HADS на початку і наприкінці стаціонарного лікування

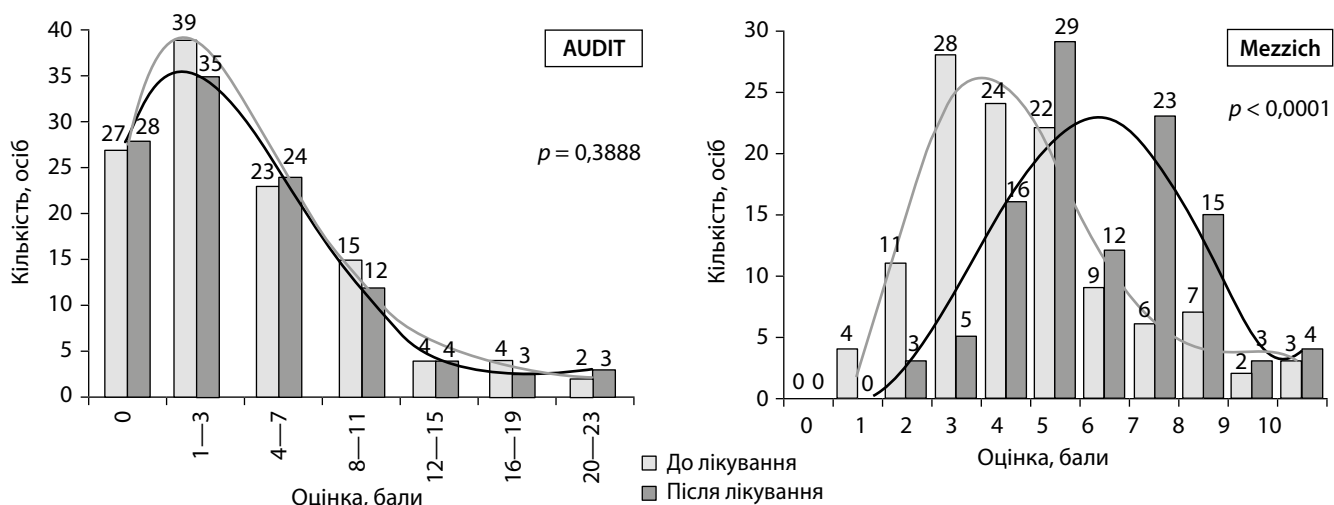


Рис. 3. Розподіли пацієнтів за виразністю розладів внаслідок вживання алкоголю (за тестом AUDIT) та показниками якості життя (за Mezzich) на початку і наприкінці стаціонарного лікування

Зокрема, встановлено, що і на початку, і наприкінці лікування у обстежених пацієнтів спостерігався повний спектр виразностей афективної симптоматики (за тестом Спілбергера — Ханіна (див. рис. 1) та шкалою HADS (рис. 2)), розладів внаслідок вживання алкоголю (за тестом AUDIT), а також показників якості життя (за Mezzich) (рис. 3). Водночас спостерігались достовірні зсуви (див. рис. 1—3)

варіаційних рядів даних, отриманих наприкінці лікування, відносно даних, отриманих на початку лікування, у бік менших значень за тестом Спілбергера — Ханіна та шкалою HADS (при $p < 0,0001$); і у бік більших значень — за методикою Mezzich (також при $p < 0,0001$). Ці зсуви призвели до суттєвої перебудови структури групи обстежених за цими характеристиками їх поточного стану (табл. 2).

Таблиця 2. Структура групи обстежених пацієнтів за ознакою їх поточного стану, оціненого за критеріями тесту Спілбергера — Ханіна, шкали HADS, тесту AUDIT та тесту Mezzich на початку і наприкінці стаціонарного лікування

Поточний стан респондента (оцінка за шкалою)		Кількість пацієнтів з такою оцінкою				p
		до лікування (n = 115)		після лікування (n = 109)		
		абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %	
Тест Спілбергера — Ханіна						
Шкала ситуативної тривоги	низька (< 31 балів)	12	10,43	42	38,53	0,0000009
	середня (31—45 балів)	26	22,61	35	32,11	0,1103395
	висока (> 45 балів)	77	66,96	32	29,36	< 0,0000001
Шкала особистісної тривожності	низька (< 31 балів)	18	15,65	43	39,45	0,0000636
	середня (31—45 балів)	48	41,74	43	39,45	0,7272873
	висока (> 45 балів)	49	42,61	23	21,10	0,0005710
Шкала HADS						
Субшкала тривоги	норма (< 8 балів)	1	0,87	5	4,59	0,0849900
	субклінічна (8—10 балів)	10	8,70	36	33,03	0,0000066
	клінічна (> 10 балів)	104	90,43	68	62,39	0,0000007
Субшкала депресії	норма (< 8 балів)	2	1,74	0	0,00	0,1666603
	субклінічна (8—10 балів)	23	20,00	26	23,85	0,4856430
	клінічна (> 10 балів)	90	78,26	83	76,15	0,7060715
Тест AUDIT						
Безпечне вживання (< 8 балів)		88	76,52	86	78,90	0,6693144
Ризиковане вживання (8—15 балів)		19	16,52	16	14,68	0,7041887
Небезпечне вживання (16—19 балів)		4	3,48	3	2,75	0,7549478
Алкогольна залежність (> 19 балів)		4	3,48	4	3,67	0,9384809
Тест Mezzich						
Низька якість життя (< 5 балів)		66	57,39	24	22,02	0,0000001
Середня якість життя (5—7 балів)		37	32,16	63	57,80	0,0001153
Висока якість життя (> 7 балів)		12	10,43	22	20,18	0,0421096

Примітки. p — Достовірність відмінностей між групами порівняння за критерієм χ^2 . Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділені сірим кольором

Дані, отримані за допомогою тесту Спілбергера — Ханіна (див. табл. 2), свідчать про те, що в процесі стаціонарного лікування питома вага осіб, що відповідають критеріям висновку «висока ситуативна тривога» зменшилась в 2,28 раза (з 66,96 % до 29,36 %), а осіб, що відповідають критеріям висновку «низька ситуативна тривога», навпаки збільшилась в 3,69 раза (з 10,43 % до 38,53 %), проте частка осіб, що відповідають критеріям висновку «середня ситуативна тривога», не зазнала істотних змін. Так само питома вага осіб, що відповідають критеріям висновку «висока особистісна тривожність», зменшилась в 2,02 раза (з 42,61 % до 21,10 %), а осіб, що відповідають критеріям висновку «низька

особистісна тривожність», навпаки збільшилась в 2,52 раза (з 15,65 % до 39,45 %), проте частка осіб, що відповідають критеріям висновку «середня особистісна тривожність», не зазнала істотних змін.

Водночас дані, отримані за допомогою шкали HADS (див. табл. 2), свідчать про те, що протягом стаціонарного лікування питома вага осіб, які відповідають критеріям висновку «клінічна тривога», зменшилась в 1,45 раза (з 90,43 % до 62,39 %), а осіб, що відповідають критеріям висновку «субклінічна тривога», навпаки збільшилась в 3,80 раза (з 8,70 % до 33,03 %), проте частка осіб з нормальним рівнем тривоги, хоча і зросла в 5,28 раза, але, внаслідок невеликої чисельності цієї групи (як на початку,

так і наприкінці лікування), ці зміни не досягли рівня статистичної значущості. Що стосується відповідних структур групи обстежених респондентів за ознаками рівня депресії (оціненого за допомогою відповідної субшкали HADS), а також виразності розладів внаслідок вживання алкоголю (оціненої за допомогою тесту AUDIT), то вони протягом лікування не зазнали статистично значущих змін (див. табл. 2).

Нарешті, протягом лікування істотно змінилась структура групи обстежених, за результатами застосування методики Mezzich. Зокрема, питома вага осіб, які відповідають критеріям висновку «низька якість життя», зменшилась в 2,61 раза (з 57,39 % до 22,02 %), а осіб, що відповідають критеріям висновку «середня якість життя» і «висока якість життя», навпаки, збільшились в 1,80 раза (з 32,16 % до 57,80 %) і 1,93 раза (з 10,43 % до 20,18 %) відповідно (див. табл. 2).

До сказаного слід додати, що динаміка виразності афективних розладів протягом лікування і відповідна динаміка якості життя пов'язані між собою зворотними кореляційними зв'язками (залежно від психодіагностичного інструменту, використаного для оцінки виразності афективних розладів, коефіцієнти кореляції становлять від -0,39 до -0,46 одиниць при $p < 0,01$).

Описані вище розподіли створюють значно більш докладну картину результатів лікування, ніж усереднені характеристики. Проте, ці розподіли все ще не дають уяви про те, яка частка обстежених пацієнтів відповіла на проведену терапію і як саме. Для цього було проведено аналіз розподілів обстежених пацієнтів за ознакою динаміки (редукції) афективної і адиктивної симптоматики, а також змін якості життя протягом стаціонарного лікування (рис. 4—6).

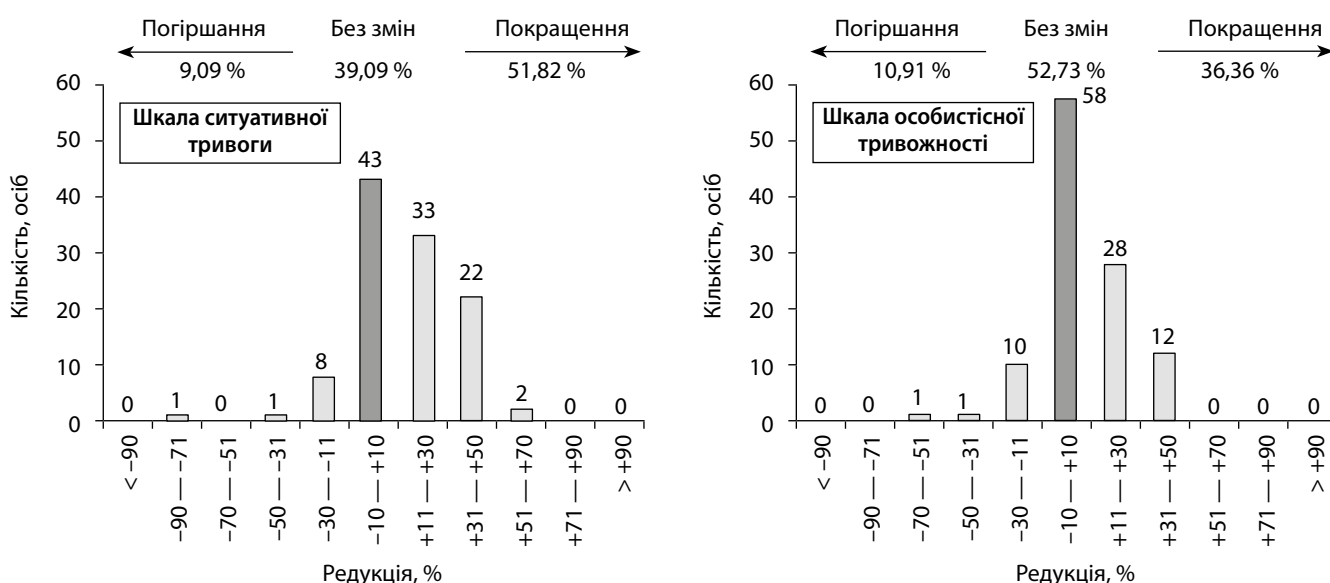


Рис. 4. Розподіли пацієнтів за ступенем редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, оціненої за шкалами ситуативної тривоги (СТ) і особистісної тривожності (ОТ) тесту Спілберґера — Ханіна (за 100 % узято оцінку на початку стаціонарного лікування)

Для аналізу розподілів, наведених на рисунках 4—6, використовували такі прості правила: різницю у виразності симптоматики під час обстежень № 1 і 2 в межах ± 10 % (за 100 % брали оцінку на початку стаціонарного лікування) кваліфікували як стан без змін; редукцію симптоматики на рівні більше ніж +10 % кваліфікували як покращення стану пацієнта, у разі використання шкали HADS, а також тестів Спілберґера — Ханіна і AUDIT, і як погіршення — у разі використання методики Mezzich; і, нарешті, редукцію симптоматики на рівні менше ніж -10 % кваліфікували як погіршення стану пацієнта, у разі використання шкали HADS, а також тестів Спілберґера — Ханіна і AUDIT, і як покращення у разі використання методики Mezzich.

В результаті використання цих правил встановили, що:

— за критерієм редукції ситуативної тривоги (тест Спілберґера — Ханіна) у 51,82 % пацієнтів спостерігалось покращення їхнього психічного стану, у 9,09 % пацієнтів — погіршення і, нарешті, 39,09 %

пацієнтів не відповіли на проведену терапію (істотних змін стану протягом курсу стаціонарного лікування не зареєстровано) (див. рис. 4);

— за критерієм редукції особистісної тривожності (тест Спілберґера — Ханіна): у 36,36 % пацієнтів — покращення, у 10,91 % пацієнтів — погіршення і у 52,73 % пацієнтів — без змін (див. рис. 4);

— за критерієм редукції тривоги (шкала HADS): у 66,04 % пацієнтів — покращення, у 11,32 % пацієнтів — погіршення і у 22,64 % пацієнтів — без змін (див. рис. 5);

— за критерієм редукції депресії (шкала HADS): у 61,11 % пацієнтів — покращення, у 16,67 % пацієнтів — погіршення і у 22,22 % пацієнтів — без змін (див. рис. 5);

— за критерієм редукції розладів внаслідок вживання алкоголю (тест AUDIT): у 29,27 % пацієнтів — покращення, у 10,98 % пацієнтів — погіршення і у 59,76 % пацієнтів — без змін (див. рис. 6) і, нарешті

— за критерієм змін якості життя (за Mezzich): у 56,63 % пацієнтів — покращення, у 18,07 % пацієнтів — погіршення і у 25,30 % пацієнтів — без змін (див. рис. 6).

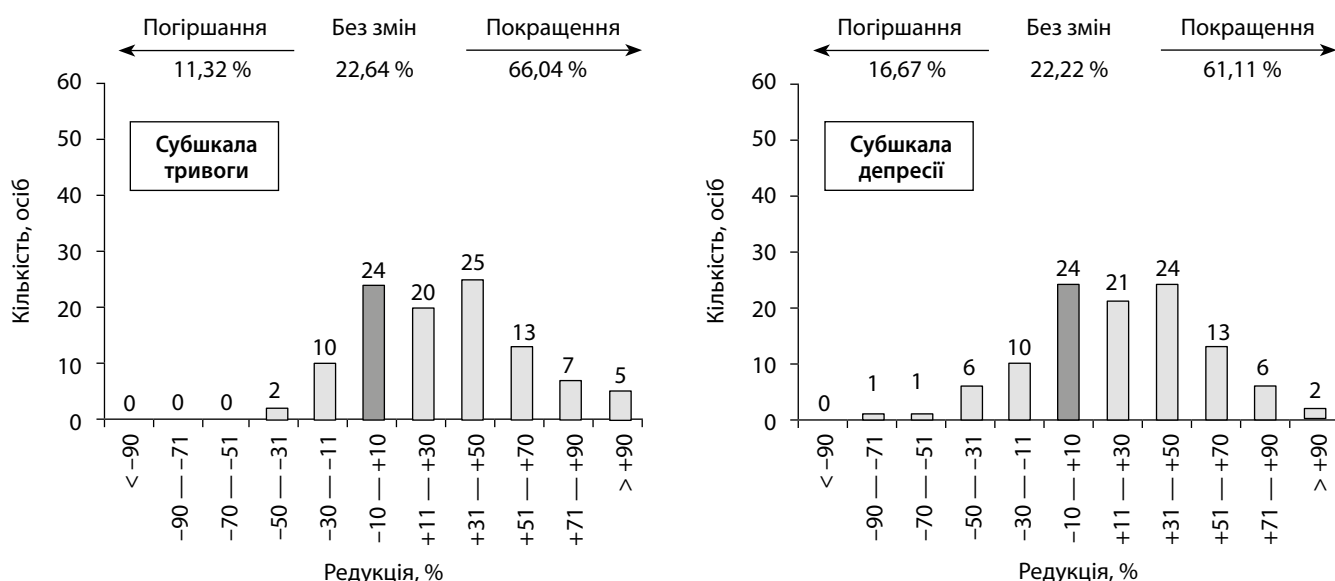


Рис. 5. Розподіли пацієнтів за ступенем редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, оціненої за субшкалами тривоги і депресії шкали HADS (за 100 % узято оцінку на початку стаціонарного лікування)

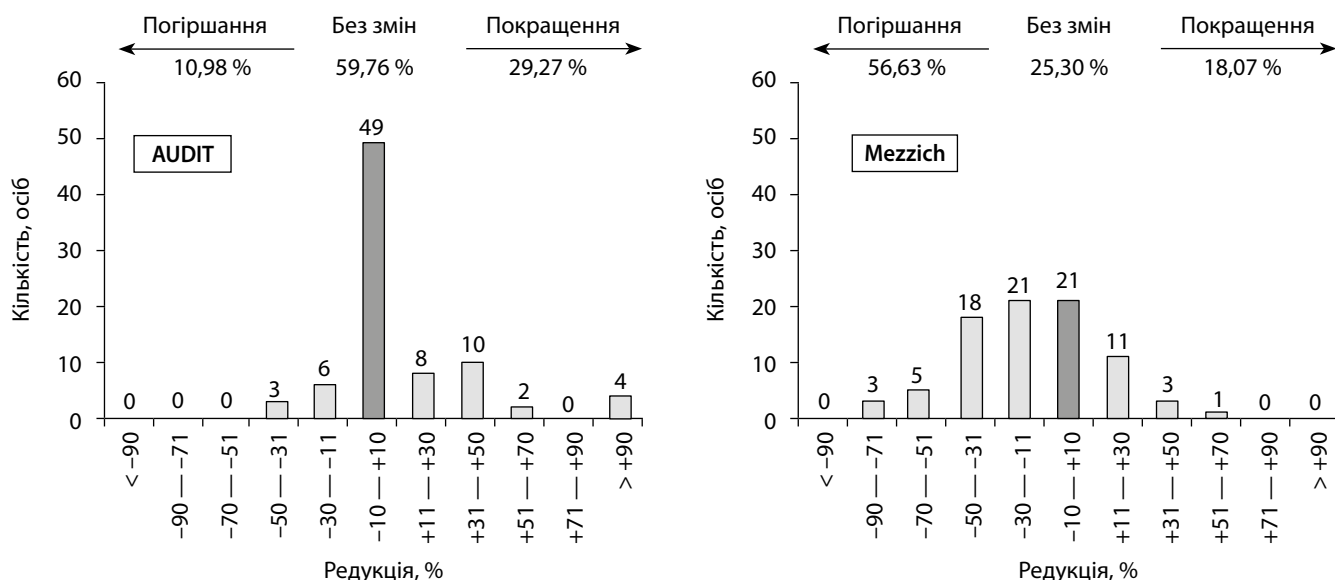


Рис. 6. Розподіли пацієнтів за ступенем редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, оціненої тестом AUDIT, а також за показниками якості життя, оціненої за тестом Mezzich (за 100 % узято оцінку на початку стаціонарного лікування)

Якщо вилучити із аналізу особистісну тривожність (як стали характеристику особи), а також результати використання тесту AUDIT (як метод, динаміка якого протягом лікування не можлива і який використовували для оцінки тест-ретестової надійності пацієнтів), то можна констатувати, що на проведену стаціонарну терапію відповіли: позитивно — трохи більше половини пацієнтів (51,82—66,04 %); нейтрально — від чверті до третини пацієнтів (22,22—39,09 %) і негативно — від десятої до п'ятої частини пацієнтів (9,09—18,07 %).

Отже, отримані дані підтверджують вже зроблений нами раніше [7] висновок про те, що лише близько половини пацієнтів, госпіталізованих з приводу стрес-асоційованих розладів, позитивно реагують на передбачену чинним Протоколом стаціонарну терапію. Для поліпшення результатів терапії потріб-

на оперативна апробація і швидке впровадження інноваційних методів лікування.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. В середньому протягом стандартної стаціонарної терапії виразність ситуативної тривоги і особистісної тривожності за тестом Спілбергера — Ханіна зменшилися на $11,99 \pm 2,09$ % і $7,91 \pm 1,54$ % відповідно, а тривога і депресія за шкалою HADS — на $28,20 \pm 3,17$ % і $21,67 \pm 3,30$ % відповідно, що дає змогу вважати останній психодіагностичний інструмент більш чутливим для оцінки результатів лікування стрес-асоційованих розладів, ніж перший.

2. Описане зменшення виразності тривожно-депресивної симптоматики протягом стандартної стаціонарної терапії супроводжувалось підвищенням якості життя (за методикою Mezzich)

на $15,43 \pm 3,25$ %, що зайвий раз свідчить про відомі зворотні зв'язки між цими характеристиками і підтверджується статистично значущими негативними коефіцієнтами кореляції між ними (від $-0,39$ до $-0,46$ одиниць залежно від інструменту, що використовували, при $p < 0,01$).

3. Адиктивна симптоматика, а саме виразність розладів внаслідок вживання алкоголю, оцінена за допомогою тесту AUDIT, в середньому не зазнала статистично значущих змін протягом стандартної стаціонарної терапії через особливості цього дослідницького інструменту (запитання AUDIT стосуються тривалого (12 місяців) періоду життя респондентів, що передує даті тестування), що, в межах цієї роботи, робить результати AUDIT зручним індикатором тест-ретестової надійності респондентів.

4. Загалом на передбачену чинним Протоколом стаціонарну терапію відповіли: позитивно — лише трохи більше половини пацієнтів ($51,82—66,04$ % залежно від використаних критеріїв ефективності лікування); нейтрально — від чверті до третини пацієнтів ($22,22—39,09$ %) і негативно — від десятої до п'ятої частини пацієнтів ($9,09—18,07$ %), що робить оперативну розробку і впровадження інноваційних методів лікування гостро актуальним завданням сьогодення.

(Далі буде)

Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Подяки

Автори висловлюють щиру вдячність лаборанту відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина НАМН України» Снисаренко Наталії Володимирівні за допомогу у формуванні електронної бази даних.

Фінансування

Ця стаття написана на основі матеріалів, що були зібрані в процесі виконання науково-дослідної роботи «Розробити метод комплексного лікування постстресових розладів, що розвинулись внаслідок бойових дій, з використанням інноваційних терапевтичних технологій» (№ держреєстрації 0123U104822; шифр НАМН.ПР.4П.24), що фінансується Національною академією медичних наук України.

Список літератури

1. Богомолець О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова // Архів психіатрії. 2016. Вип. 22, № 2. С. 11—15.
2. Аймедов К. В. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу / К. В. Аймедов, Ю. О. Асєєва, О. А. Толмачов // Та само. С. 128—129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43
3. Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему // Медична психологія. 2016. № 1. С. 99—104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsi_2016_11_1_19
4. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / [М. М. Денисенко, Р. В. Лакінський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський] // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40—44.

5. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик : навчальний посібник / [Н. О. Євдокимова, В. Л. Зликов, С. О. Лукомська, О. В. Федан]. Миколаїв : Ліон, 2016. 341 с.

6. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 19 липня 2024 року № 1265). https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf

7. Динаміка постстресової симптоматики у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування / Лінський І. В., Підкоритов В. С., Кузьмінов В. Н. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 1 (122). С. 40—44. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-1>

8. Connor K. M., Davidson J. R. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18(2). P. 76—82. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10113>

9. Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): Апробація у хворих на анкілозивний спондиліт / Школіна Н. В., Шаповал І. І., Орлова І. В. [та ін.] // Український ревматологічний журнал. 2020. № 2 (80). С. 66—72. DOI: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>

10. Spielberger C. D. (1983). *Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

11. Моргун В. Ф. Основи психологічної діагностики : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / В. Ф. Моргун, І. Г. Тітов. Київ : Вид-во Слово. 2009. 234 с.

12. Основи психології : підручник / за заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. Київ : Вид-во Либідь, 2002. 630 с.

13. Zigmond, A. S.; Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67 (6). P. 361—370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

14. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Агаєв Н. А., Кокур О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПЦ_16.pdf

15. Keane T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity / T. M. Keane, J. M. Caddell, K. L. Taylor // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56(1). P. 85—90. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.1.85>

16. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation / [Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D. W.] // *Journal of Traumatic Stress*. 1995. Vol. 8(1). P. 91—109. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490080107>

17. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption / Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F. [et al.] // *Addiction*. 1993. Vol. 88 (6). P. 791—804. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

18. Validation of an efficient quality of life index / J. E. Mez-zich., N. Cohen, J. Liu [et al.] // *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry*. Hamburg, 1999. P. 427—428.

19. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А. [и др.] ; под общ. ред. Н. А. Маруты. Харьков : Арсис, 2004. 240 с.

20. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress / Cardeña E., Koopman C., Classen C. [et al.] // *J Trauma Stress*. 2000. Vol. 13(4). P. 719—734. DOI: 10.1023/A:1007822603186

21. Lötval R. A 20+ review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) Psychometric properties and findings / R. Lötval, Å. Palmberg & E. Cardeña // *European Journal of Trauma and Dissociation*. 2022. Vol. 6 (3). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100269>

22. 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. Bohomolets O. V., Pinchuk I. Ya., Ladyk-Bryzghalova A. K. Poshyrenist ta struktura posttravmatychnykh psykhychnykh porushen v uchasnykh boiovykh dii. [Prevalence and structure of post-traumatic mental disorders in combatants]. *Arkhiv psykhiatrii* [Archives of Psychiatry]. 2016;22(2):11–15. (In Ukrainian).

2. Aïmedov K. V., Asieieva Yu. O., Tolmachov O. A. Suchasna diahnozychna kontsepsiia posttravmatychnoho stresovoho rozladu. [Modern diagnostic concept of post-traumatic stress disorder]. *Arkhiv psykhiatrii* [Archives of Psychiatry]. 2016;22(2):128—129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43. (In Ukrainian).

3. Bezsheiko V. H. Diahnozychna poststresovykh rozladiv: pohliad na problemu [Diagnosis of post-stress disorders: a view on the problem]. *Medychna psykholohiia* [Medical Psychology]. 2016;1:99–104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2016_11_1_19. (In Ukrainian).

4. Denysenko M. M., Lakynskiy R. V., Shestopalova L. F., Linskyi I. V. Osnovni klinichni varianty poststresovykh rozladiv u kombataniv [Main clinical variants of post-stress disorders in combatants]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiï* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2017. Vol. 25, issue 2 (91). P. 40–44. (In Ukrainian).

5. Yevdokymova N. O., Zlyvkov V. L., Lukomska S. O., Fedan O. V. *Osobystist u kryzovykh sytuatsiïakh: ohliad suchasnykh psykhdiahnozychnykh metodyk* [Personality in crisis situations: a review of modern psychodiagnostic methods]. Mykolaiv, 2016. 341 p. (In Ukrainian).

6. Ministry of Health of Ukraine. *Unified clinical protocol for primary and specialized medical care "Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adaptation disorders"* (approved by Order dated July 19, 2024 No. 1265). https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf. (In Ukrainian).

7. Linskyi I. V., Pidkorytov V. S., Kuzminov V. N., Denysenko M. M., Zavorotnyi V. I., Lakynskiy R. V., Skrynnik O. V., Minko O. O., Zadorozhnyi V. V., Tkachenko T. V., Malykhina N. A., Borzenko V. R. Dynamika poststresovoi symptomatyky u patsiiientiv zi stres-asotsiiovanymy rozladamy protiahom standartnoho statsionarnoho likuvannia [Dynamics of post-stress symptoms in patients with stress-associated disorders during standard inpatient treatment]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiï* [Bulletin of Psychoneurology]. 2025. Vol. 33, issue 1 (122). P. 40–44. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-1>. (In Ukrainian).

8. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76–82. doi:10.1002/da.10113

9. Shkolina N. V., Shapoval I. I., Orlova I. V., Kedyk I. O., Stanislavchuk M. A. Adaptatsiia ta validyzatsiia ukrainomovnoi versii shkaly stresostiïkosti Konnora-Devidsona-10 (CD-RISC-10): Aprobatsiia u khvorykh na ankilozyvnyi spondylit [Adaptation and validation of the Ukrainian version of the Connor-Davidson Stress Resilience Scale-10 (CD-RISC-10): Testing in patients with ankylosing spondylitis]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal* [Ukrainian Journal of Rheumatology]. 2020;2(80):66–72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>. (In Ukrainian).

10. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

11. Morhun, V. F., Titov I. H. *Osnovy psykholohichnoi diahnozyky* [Fundamentals of psychological diagnostics]. Kyiv, 2009. 234 p. (In Ukrainian).

12. *Osnovy psykholohii* [Fundamentals of Psychology]. Edited by O. V. Kyrychuk, V. A. Romanets. Kyiv, 2002. 630 p. (In Ukrainian).

13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

14. Ahaiev N. A., Kokun O. M., Pishko I. O., Lozinska N. S., Ostapchuk V. V., Tkachenko V. V. *Zbirnyk metodyk dlia diahnozyky nehatyvnykh psykhychnykh staniv viiskovosluzhbovtiv* [Collection of methods for diagnosing negative mental states of military personnel]. Kyiv: Research and Development Center of the Armed Forces of Ukraine, 2016. 234 p. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf. (In Ukrainian).

15. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):85–90. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.1.85>

16. Vreven D.L., Gudanowski D.M., King L.A., King D.W. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 1995;8(1):91–109. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080107>

17. 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;88(6):791–804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

18. Mezzich J. E., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Igal S., Perez C. Validation of an efficient quality of life index. *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry*. Hamburg, 1999. P. 427–428.

19. Maruta N. A., Panko T. V., Yavdak I. A., Semykina E. E., Kolyadko S. P., Kalenskaya G. Yu. *Kriteriy kachestva zhizni v psikhiatricheskoy praktike* [Criterion of quality of life in psychiatric practice]. Ed. N. A. Maruta. Kharkov, 2004. 240 p. (In Russian).

20. Cardeña E, Koopman C, Classen C, Waelde LC, Spiegel D. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):719–734. doi:10.1023/A:1007822603186

21. Lötval R, Palmberg Å & Cardeña E. A 20-years+ review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): Psychometric properties and findings. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 2022;6(3). Article 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100269>

22. Lapach S.N., Chubenko A.V., Babich P.N. *Statistical methods in medical and biological research using Excel*. Kyiv, 2000. 320 p. (In Russian).

Надійшла до редакції 14.04.2025

Відомості про авторів:

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України»); професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; асистент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*

ЗАВОРІТНИЙ В'ячеслав Іванович, кандидат медичних наук, завідувач клініки відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

ЛАКИНСЬКИЙ Роман Вікторович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

СКРИННИК Ольга В'ячеславівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

МИНКО Олексій Олександрович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

ЗАДОРОЖНИЙ Володимир Володимирович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*

ТКАЧЕНКО Тетяна Володимирівна, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу*

МАЛИХІНА Наталія Анатоліївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

БОРЗЕНКО Віктор Русланович, аспірант кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

* — відділ невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI); Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

PIDKORYTOV Valeriy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**; Assistant Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department**

ZAVOROTNIY Vyacheslav, MD, PhD, Head of the Clinic of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

LAKYNSKYI Roman, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

SKRYNNIK Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

MINKO Oleksiy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

ZADOROZHNY Volodymyr, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**

TKACHENKO Tetiana, PhD of Psychological Sciences, Leading Researcher of the Department**

MALYKHINA Natalia, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

BORZENKO Viktor, Postgraduate Student of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

** — Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine", Kharkiv, Ukraine