

І. В. Лінський, А. О. Черкасова, Н. О. Марута, В. С. Підкоритов, О. В. Пісоцька, В. Н. Кузьмінов, Л. Ф. Шестопалова, О. І. Мінко, І. М. Соколова, В. М. Міщенко, М. Є. Черненко, В. В. Василовський, М. М. Денисенко, М. Ф. Посохов, В. І. Заворотний, І. О. Явдак, Р. В. Лакинський, А. В. Фисенко, Р. М. Байда, О. О. Мінко, Л. М. Маркозова, І. В. Войтенко

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ СТЕНФОРДСЬКОГО ОПИТУВАЛЬНИКА ЩОДО ГОСТРОЇ РЕАКЦІЇ НА СТРЕС СЕРЕД СТАЦІОНАРНИХ ПАЦІЄНТІВ ПСИХІАТРИЧНОГО, НЕВРОЛОГІЧНОГО ТА НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛІВ В ПРИФРОНТОВОМУ МІСТІ

I. V. Linskiy, A. O. Cherkasova, N. O. Maruta, V. S. Pidkorytov, O. V. Pisotska, V. N. Kuzminov, L. F. Shestopalova, O. I. Minko, I. M. Sokolova, V. M. Mishchenko, M. Ye. Chernenko, V. V. Vasylovskiy, M. M. Denysenko, M. F. Posokhov, V. I. Zavorotniy, I. O. Yavdak, R. V. Lakynskiy, A. V. Fysenko, R. M. Bayda, O. O. Minko, L. M. Markozova, I. V. Voitenko

RESULTS OF STANFORD ACUTE STRESS RESPONSE QUESTIONNAIRE APPLICATION AMONG INPATIENTS OF PSYCHIATRIC, NEUROLOGICAL, AND NEUROSURGICAL PROFILES IN THE FRONTLINE CITY

Ключові слова: пацієнти психіатричного, неврологічного та нейрохірургічного профілів, гостра реакція на стрес, гострий стресовий розлад, поширеність, прифронтове місто

Мета роботи — вивчення частоти і ступеня важкості симптомів раннього дистресу у відповідь на травму (до одного місяця з моменту її отримання) у пацієнтів психіатричних, неврологічних та нейрохірургічних стаціонарів в прифронтовому місті Харкові з використанням опитувальника SASRQ.

Протягом 2024—2025 років обстежено 1360 осіб, серед них — 1129 цивільних (804 чоловіки і 325 жінок) і 231 військових (226 чоловіків і 5 жінок), які проходили амбулаторне обстеження та лікування в психоневрологічному кабінеті клініки спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги Військово-медичного клінічного центру Північного регіону Міністерства оборони України (м. Харків), або надійшли на стаціонарне лікування у психіатричні, неврологічні та нейрохірургічне відділення Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина Національної академії медичних наук України».

Основним інструментом дослідження був Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire — SASRQ). Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний та регресійний аналізи) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Доведено, що український варіант SASRQ має дуже добру внутрішню узгодженість (коефіцієнт альфа Кронбаха $\alpha_{st} = 0,9650$) і тому придатний для подальшого практичного використання. Показано, що найчастішим типом травматичних подій, що спричиняють дистрес, у цивільних осіб є обстріли міста з вибухами і погіршення стану власного здоров'я; а у військових — участь у бойових діях із загрозою власної загибелі та загибель побратимів. Серед респондентів непсихіатричних профілів (пацієнтів неврологічних та нейрохірургічних клінік), які за станом свого ментального здоров'я наближаються до представників загальної популяції, зафіксовано вкрай високі частоти клінічно значущих реакцій на стресові події. Близько половини всіх обстежених цієї категорії мали ознаки гострої реакції на стрес, а ще близько третини відповідали критеріям DSM-5 щодо діагнозу «Гострий стресовий розлад».

Keywords: *patients of psychiatric, neurological and neurosurgical profile, acute stress reaction, acute stress disorder, prevalence, frontline city*

The purpose of the work is to study the frequency and severity of symptoms of early distress in response to trauma (up to 1 month from the moment of its receipt) in patients of psychiatric, neurological and neurosurgical hospitals in the front-line city Kharkiv using the SASRQ questionnaire.

During 2024—2025, 1360 people were examined, including 1129 civilians (804 men and 325 women) and 231 military personnel (226 men and 5 women), who were admitted for inpatient treatment to the psychiatric department of the Military Medical Clinical Center of the Northern Region of the Ministry of Defense of Ukraine (Kharkiv), as well as to the psychiatric, neurological and neurosurgical departments of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine".

The main research instrument was the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ). The obtained data were processed by methods of mathematical statistics (variance, correlation and regression analyses) on a computer using Excel 2016 spreadsheets (with the Data Analysis package).

It was proven that the Ukrainian version of the SASRQ has very good internal consistency (Cronbach's alpha coefficient $\alpha_{st} = 0,9650$) and is therefore suitable for further practical use. It was shown that the most frequent type of traumatic events causing distress in civilians is shelling of the city with explosions and deterioration of one's own health; and in the military — participation in combat operations with the threat of one's own death and the death of comrades. Among respondents of non-psychiatric profiles (patients of neurological and neurosurgical clinics), whose mental health status is close to that of the general population, an extremely high frequency of clinically significant reactions to stressful events was recorded. About half of all respondents in this category had signs of acute stress reaction, and about a third met the DSM-5 criteria for the diagnosis of acute stress disorder.

Минуло вже понад одинадцять років з того часу, коли розпочалась збройна російська агресія проти нашої держави, з яких три останні роки триває повномасштабна війна. За цей період сотні тисяч українців брали безпосередню участь у бойових діях або безпосередньо постраждали від них, а мільйони наших співвітчизників вимушені жити в умовах постійної загрози власному життю через регулярні терористичні обстріли українських міст і сіл з боку ворожої армії. Досить сказати, що з 24 лютого 2022 року до моменту написання цієї статті (26.07.2025 р.) повітряна тривога обласного рівня оголошувалась в нашій країні 61 116 разів, водночас серед інших регіонів України перше місце в цьому сумному рейтингу посідає Харківська область з показником 6 524 рази [1].

Зрозуміло, що кожна така тривога і вибухи, які лунають невдовзі після, а іноді і одночасно із нею, є потужним стресогенним чинником, спроможним викликати гостру реакцію на стрес (ГРС), гострий стресовий розлад» (ГСР), а згодом і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або іншу стрес-асоційовану патологію.

Відповідно до останніх опублікованих досліджень, поширеність ПТСР в Україні коливалася від 11,1 % до 50,8 % залежно від методології та часу проведення дослідження [2]. Отже, з огляду на постійну і масивну психічну травматизацію населення України, про яку було сказано вище, можна було б очікувати багатьох десятків якщо не сотень тисяч випадків захворювання на ПТСР. Проте за останніми доступними даними (кінець червня 2024 року) в Електронній системі охорони здоров'я (ЕЗОЗ) зареєстровано лише 27 544 пацієнтів з діагнозом ПТСР [3]. Цілком ймовірно, що цей показник є лише «верхівкою айсберга» справжньої поширеності ПТСР, оскільки до статистики ЕЗОЗ потрапляють лише ті, хто звернувся по медичну допомогу.

Оцінка поширеності ГРС або ГСР серед постраждалих від травматичних подій є ще більш складним завданням ніж визначення поширеності ПТСР, зокрема, через їх меншу (проти ПТСР) тривалість. Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10, ГРС (F43.0) — минулий розлад, що розвивається у людини без будь-яких інших очевидних психічних розладів у відповідь на винятковий фізичний та психічний стрес і, зазвичай, зникає протягом кількох годин або днів [4]. Водночас в МКХ-11 будь-якого аналогу діагностичної рубрики, яка класифікує гострий психічний розлад, що розвивається «у відповідь на виняткове фізичне та психічне навантаження», вже немає. В МКХ-11 ГРС під кодом QE84 взагалі віднесена не до психічної патології, а до розділу 24 «Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт із медичними службами» [5; 6].

Патологічним еквівалентом ГРС є ГСР. Цей розлад наведений в DSM-5 під кодом 308.3 [6; 7]. ГСР відрізняється від ГРС більшою тривалістю (від трьох днів

до одного місяця) і виразністю симптомів, які призводять до порушення повсякденного функціонування особи.

Систематичний огляд 23 досліджень показав, що більшість людей, які пережили травму з ГСР, згодом відповідали критеріям ПТСР [8]. Однак, ці ж дослідження виявили, що частина людей, які пережили травму, у яких зрештою розвинувся ПТСР, спочатку не відповідали критеріям ГСР. Отже, сьогодні ГСР вважають помірним (достатньо специфічним, але не дуже чутливим) предиктором, а також вагомим фактором ризику розвитку надалі ПТСР. Інакше кажучи, переживання гострих стресових реакцій після травматичної події збільшує ймовірність розвитку ПТСР у майбутньому. Однак, незалежно від того, чи розвинеться у людини ПТСР, діагноз ГСР є важливим для того, щоб можна було виявити та лікувати осіб, які переживають ранній значний дистрес у відповідь на травму [9].

Одним із найпоширеніших в світі інструментів для оцінки раннього дистресу у відповідь на травму є Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire — SASRQ), який був розроблений відповідно до критеріїв DSM-IV для ГСР [10] і зберігає свою актуальність щодо критеріїв цього розладу в DSM-5. Нещодавно була опублікована українська версія цього опитувальника [6].

Особи з розладами психоневрологічного та нейрохірургічного профілю (військові, які отримали поранення з ураженням центральної та периферичної нервової системи, і цивільні, що мешкають в прифронтових регіонах з частими обстрілами з боку російської армії) належать до найбільш уразливих контингентів щодо розвитку раннього дистресу у відповідь на травму.

Саме тому метою цього дослідження стало вивчення частоти і ступеня важкості симптомів раннього дистресу у відповідь на травму (до одного місяця з моменту її отримання) у пацієнтів психіатричних, неврологічних та нейрохірургічних стаціонарів в прифронтовому місті Харкові з використанням опитувальника SASRQ.

Загалом, протягом 2024—2025 років, обстежено 1360 осіб, серед них — 1129 цивільних (804 чоловіки і 325 жінок) і 231 військових (226 чоловіків і 5 жінок), які надійшли на стаціонарне лікування в клініку психіатрії та наркології Військово-медичного клінічного центру Північного регіону Міністерства оборони України (ВМКЦ ПнР, м. Харків), а також у психіатричні, неврологічні та нейрохірургічне відділення Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків) (табл. 1).

Середній вік обстежених становив $41,53 \pm 0,43$ роки для чоловіків і $47,18 \pm 0,83$ роки для жінок ($p < 0,001$). Повний розподіл обстежених за віковими групами подано у таблиці 2.

Таблиця 1. Структура контингенту обстежених різної статі за місцем госпіталізації

Класифікаційна ознака		Чоловіки (n = 1030)		Жінки (n = 330)		Разом (n = 1360)		p
		абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	
ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України»	1-е неврологічне відділення	255	24,76	100	30,30	355	26,10	0,046
	2-е неврологічне відділення	309	30,00	71	21,52	380	27,94	0,003
	1-е психіатричне відділення	117	11,36	47	14,24	164	12,06	0,162
	2-е психіатричне відділення	107	10,39	96	29,09	203	14,93	< 0,001
	нейрохірургічне відділення	114	11,07	14	4,24	128	9,41	< 0,001
ВМКЦ ПНР, клініка психіатрії та наркології		128	12,43	2	0,61	130	9,56	< 0,001

Примітки. Тут і далі: p — достовірність відмінностей між різними гендерними групами за критерієм «t». Достовірні відмінності (p < 0,05) виділені сірим кольором

Таблиця 2. Структура контингенту обстежених різної статі за віком

Класифікаційна ознака (вікова група)	Чоловіки (n = 1030)		Жінки (n = 330)		Разом (n = 1360)		p
	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	
≤ 25 років	55	5,34	23	6,97	78	5,74	0,268
26—30 років	112	10,87	18	5,45	130	9,56	0,004
31—35 років	123	11,94	19	5,76	142	10,44	0,001
36—40 років	181	17,57	45	13,64	226	16,62	0,095
41—45 років	202	19,61	47	14,24	249	18,31	0,028
46—50 років	155	15,05	46	13,94	201	14,78	0,621
51—55 років	125	12,14	46	13,94	171	12,57	0,390
56—60 років	43	4,17	25	7,58	68	5,00	0,014
> 60 років	34	3,30	61	18,48	95	6,99	< 0,001

Найчастішими причинами госпіталізації цивільних осіб були цереброваскулярна патологія (рубрики І60 — І69 за МКХ-10) — 33,13 %; інші ураження нервової системи (G90 — G99) — 15,85 % та органічні розлади психіки та поведінки (F00 — F09) — 13,11 %; а у військовослужбовців — невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади (F40 — F49) — 65,80 %; ураження периферичних нервів, нервових корінців та сплетінь як наслідки вогнепальних поранень (G50 — G59) — 12,55 % та інші ураження нервової системи (G90 — G99) — 7,79 % (табл. 3, рис. 1).

У гендерному аспекті аналогічні рейтинги мали дещо інший вигляд (табл. 3, рис. 2).

Таблиця 3. Структура контингенту цивільних і військових обстежених різної статі за наявною патологією (діагнозом на момент госпіталізації, відповідно до МКХ-10)

Класифікаційна ознака (рубрики МКХ-10)	Чоловіки						Жінки						Обстежені обох статей (Ч + Ж) (n = 1360)		p		
	військові (ЧВ) (n = 226)		цивільні (ЧЦ) (n = 803)		разом (Ч) (n = 1029)		ійськові (ЖВ) (n = 5)		цивільні (ЖЦ) (n = 326)		разом (Ж) (n = 331)						
	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	ЧВ — ЧЦ	ЖВ — ЖЦ	Ч — Ж
D10 — D36	—	—	4	0,50	4	0,39	—	—	6	1,84	6	1,81	10	0,74	0,288	0,759	0,008
F00 — F09	10	4,42	87	10,83	97	9,43	—	—	61	18,71	61	18,43	158	11,62	0,004	0,284	< 0,001
F20 — F29	—	—	25	3,11	25	2,43	—	—	14	4,29	14	4,23	39	2,87	0,007	0,636	0,088
F30 — F39	—	—	23	2,86	23	2,24	—	—	45	13,80	45	13,60	68	5,00	0,010	0,371	< 0,001
F40 — F49	148	65,49	52	6,48	200	19,44	4	80,00	19	5,83	23	6,95	223	16,40	< 0,001	< 0,001	< 0,001
F50 — F59	—	—	—	—	0	0,00	—	—	1	0,31	1	0,30	1	0,07	—	0,901	0,078
F60 — F69	—	—	4	0,50	4	0,39	—	—	1	0,31	1	0,30	5	0,37	0,288	0,901	0,821
F70 — F79	—	—	3	0,37	3	0,29	—	—	1	0,31	1	0,30	4	0,29	0,357	0,901	0,975
G00 — G09	—	—	7	0,87	7	0,68	—	—	1	0,31	1	0,30	8	0,59	0,159	0,901	0,434
G10 — G13	1	0,44	3	0,37	4	0,39	—	—	1	0,31	1	0,30	5	0,37	0,883	0,901	0,821
G20 — G26	1	0,44	1	0,12	2	0,19	—	—	—	—	—	—	2	0,15	0,338	—	0,422
G35 — G37	3	1,33	33	4,11	36	3,50	1	20,00	37	11,35	38	11,48	74	5,44	0,044	0,547	< 0,001
G40 — G47	—	—	2	0,25	2	0,19	—	—	—	—	—	—	2	0,15	0,453	—	0,422
G50 — G59	29	12,83	109	13,57	138	13,41	—	—	12	3,68	12	3,63	150	11,03	0,772	0,662	< 0,001

Класифікаційна ознака (рубрики МКХ-10)	Чоловіки						Жінки						Обстежені обох статей (Ч + Ж) (n = 1360)		p		
	військові (ЧВ) (n = 226)		цивільні (ЧЦ) (n = 803)		разом (Ч) (n = 1029)		військові (ЖВ) (n = 5)		цивільні (ЖЦ) (n = 326)		разом (Ж) (n = 331)						
	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	ЧВ — ЧЦ	ЖВ — ЖЦ	Ч — Ж
G60 — G64	—	—	2	0,25	2	0,19	—	—	2	0,61	2	0,60	4	0,29	0,453	0,861	0,231
G70 — G73	—	—	2	0,25	2	0,19	—	—	4	1,23	4	1,21	6	0,44	0,453	0,803	0,015
G90 — G99	18	7,96	153	19,05	171	16,62	—	—	26	7,98	26	7,85	197	14,49	< 0,001	0,511	< 0,001
I60 — I69	14	6,19	281	34,99	295	28,67	—	—	93	28,53	93	28,10	388	28,53	< 0,001	0,159	0,841
M50 — M54	1	0,44	12	1,49	13	1,26	—	—	2	0,61	2	0,60	15	1,10	0,211	0,861	0,318
S00 — S09	1	0,44	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	1	0,07	0,059	—	0,570

Примітки: D10 — D36 — Доброякісні новоутворення; F00 — F09 — Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади; F20 — F29 — Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади; F30 — F39 — Розлади настрою (афективні розлади); F40 — F49 — Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади; F50 — F59 — Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами; F60 — F69 — Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади; F70 — F79 — Розумова відсталість; G00 — G09 — Запальні хвороби центральної нервової системи; G10 — G13 — Системні атрофії, що уражають переважно ЦНС; G20 — G26 — Екстрапірамідальні розлади та інші порушення функцій руху; G35 — G37 — Демієлінізаційні хвороби центральної нервової системи; G40 — G47 — Епізодичні та пароксизмальні порушення; G50 — G59 — Ураження нервів, нервових корінців та сплетін; G60 — G64 — Поліневропатії та інші ураження периферичної нервової системи; G70 — G73 — Хвороби нервово-м'язового з'єднання та м'язів; G90 — G99 — Інші порушення нервової системи; I60 — I69 — Цереброваскулярні хвороби; M50 — M54 — Інші дорсопатії; S00 — S09 — Травми голови

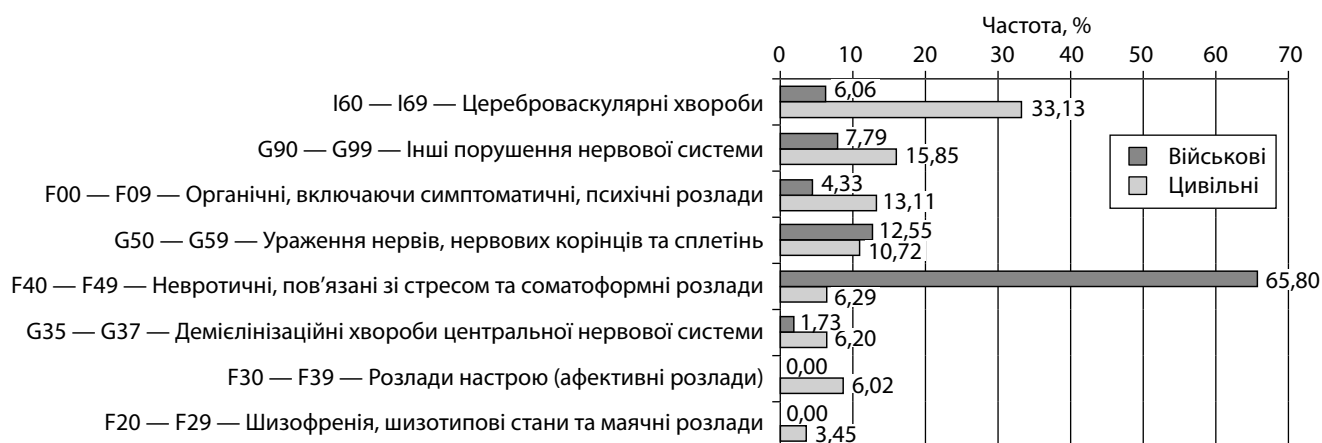


Рис. 1. Структура контингенту цивільних і військових обстежених за наявною патологією (діагнозом на момент госпіталізації, відповідно до МКХ-10) за спаданням частоти у цивільних

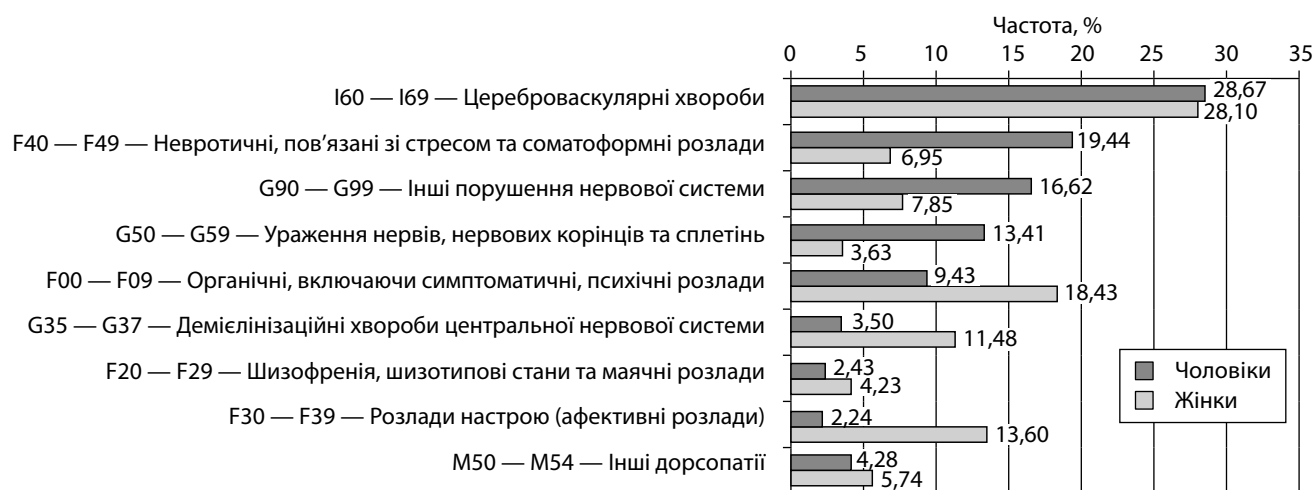


Рис. 2. Структура контингенту обстежених різної статі за наявною патологією (діагнозом на момент госпіталізації, відповідно до МКХ-10) за спаданням частоти у чоловіків

Найчастішими причинами госпіталізації чоловіків були цереброваскулярні захворювання (рубрики I60 — I69 за МКХ-10) — 28,67 %; невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (F40 — F49) — 19,44 % та інші ураження нервової системи (G90 — G99) — 16,62 %; а жінок — цереброваскулярні захворювання (I60 — I69) — 28,10 %; органічні розлади психіки та поведінки (F00 — F09) — 18,43 % та розлади настрою (F30 — F39) — 13,60 %.

Основним інструментом дослідження був Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire — SASRQ) [10]. Він був розроблений для самооцінювання симптомів ГРС або ГСР, які багато авторів розглядають як різні варіанти гострого періоду ПТСР. Тому його часто рекомендують також і для діагностики ПТСР. SASRQ містить 30 пунктів, 10 з яких стосуються симптомів дисоціації, 6 — повторного переживання травми, 6 — уникнення, 6 — тривоги та підвищеного збудження і, нарешті, ще 2 — пору-

шень функціонування. Оцінка кожного пункту може мати шість градацій (від 0 до 5 балів).

Як вже було сказано вище, нещодавно опубліковано українську версію цього опитувальника [6]. Однак, в своїй роботі ми використовували власний переклад цього опитувальника, який, на нашу думку, точніше передає зміст англійського оригіналу. Порівнянність української версії Стенфордського опитувальника щодо гострої реакції на стрес (SASRQ-UA) та оригінального SASRQ перевірена за допомогою суворих процедур перекладу та зворотного перекладу. Спочатку два психіатри незалежно один від одного перекладали SASRQ українською мовою. Потім дві двомовні особи переклали його у зворотному напрямку для підтвердження перекладу. Зміст остаточного SASRQ-UA був додатково перевірений за допомогою зворотного та прямого перекладів, доки значення кожного пункту не збіглося з оригіналом. В результаті опитувальник, про який йдеться, набув вигляд, в якому він наведений на рисунках 3 і 4.

Інструкція. Пригадайте стресові події, які відбулися у вашому житті за МИНУЛИЙ МІСЯЦЬ. Коротко опишіть одну подію, яка викликала найбільше занепокоєння, у рядках нижче:

Місце
для опису

Наскільки тривожною (стресовою) для вас була ця подія?
(будь ласка, обведіть число, яке найкраще описує ваш досвід):

- | | |
|-----------------------|---|
| Зовсім не тривожною | 0 |
| Трохи тривожною | 1 |
| Помірно тривожною | 2 |
| Дуже тривожною | 3 |
| Надзвичайно тривожною | 4 |

Інструкція. Нижче наведено перелік переживань, які іноді виникають у людей під час і після стресової події. Будь ласка, уважно прочитайте кожен пункт і вирішіть, наскільки точно він описує Ваш стан під час чи одразу (до чотирьох тижнів) після стресової події. Використовуйте оцінку від «ніколи не було» до «дуже часто», відмічаючи в рядку кожного пункту тільки одну оцінку.

№	Пункти	ніколи не було	дуже рідко	рідко	іноді	часто	дуже часто
1	Мені бувало важко засинати та/або спати.						
2	Я відчував(-ла) занепокоєння.						
3	Я втрачав(-ла) відчуття часу.						
4	Я уповільнено відповідав(-ла) (на звернення до мене).						
5	Я намагався(-лась) уникати переживань щодо стресової події.						
6	Мені неодноразово снилися тривожні сні про стресову подію.						
7	Я відчував(-ла) себе надзвичайно засмученим (-ою), коли стикався(-лась) з обставинами, які нагадували мені про стресову подію.						
8	Я здригався(-лась) від несподіванки з найменшого приводу.						
9	Стресова подія ускладнювала для мене виконання роботи або інших справ, які я повинен(-на) був(-ла) зробити.						
10	У мене зникало звичне відчуття того, хто я є.						
11	Я намагався(-лась) уникати дій, які нагадували мені про стресову подію.						

Рис. 3. Бланк української версії Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (SASRQ-UA) — лицьовий бік

№	Пункти	ніколи не було	дуже рідко	рідко	іноді	часто	дуже часто
12	Я відчував(-ла) надмірну пильність або був(-ла) «на межі».						
13	Я відчував(-ла) себе так, ніби я інша людина.						
14	Я намагався(-лась) уникати розмов про стресову подію.						
15	У мене виникала тілесна реакція при нагадуванні про стресову подію.						
16	Мені бувало важко згадати важливі деталі стресової події.						
17	Я намагався(-лась) уникати думок про стресову подію.						
18	Речі, які я бачив(-ла), виглядали інакше, ніж, як я знаю, вони виглядають насправді.						
19	У мене були повторні і небажані спогади про стресову подію.						
20	Я відчував(-ла) себе відстороненим(-ою) від своїх власних емоцій.						
21	Я відчував(-ла) дратівливість, у мене були спалахи гніву.						
22	Я уникав(-ла) контактів із людьми, які нагадували мені про стресову подію.						
23	Я раптово діяв(-ла) так або мав(-ла) відчуття, ніби стресова подія відбулась знову.						
24	Мій розум ставав порожнім.						
25	Я мав(-ла) провали в пам'яті на тривалі проміжки часу що стосуються стресової події.						
26	Стресова подія спричиняла проблеми у моїх стосунках з іншими людьми.						
27	Мені бувало важко зосередитись.						
28	Я відчував(-ла) себе відчуженим(-ою) або відірваним(-ною) від інших людей.						
29	У мене бувало яскраве відчуття, що стресова подія відбувається знову.						
30	Я намагався(-лась) триматися подалі від місць, які нагадували мені про стресову подію.						

Протягом кількох днів Ви відчували будь-який з симптомів дистресу, які були перелічені вище (відмітьте, будь-ласка, тільки один варіант)?

Жодного дня	0
Один день	1
Два дні	2
Три дні	3
Чотири дні	4
П'ять або більше днів	5

Рис. 4. Бланк української версії Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (SASRQ-UA) — зворотний бік

Процедура опитування відбувалась таким способом. Пацієнту пропонували якісно (словами) описати стресову подію, яку він пережив, і кількісно оцінити те, наскільки тривожною (стресовою) вона була для нього.

Після цього пацієнту пропонували, спираючись на власний досвід, оцінити частоту окремих можливих симптомів дистресу і, нарешті, його тривалість (кілька днів він або вона потерпав (-ла) від найгірших симптомів дистресу) [6; 10].

SASRQ був розроблений і використовується для ідентифікації ГСР, тому інтерпретація результатів, отриманих за допомогою цього опитувальника, фак-

тично є процесом пошуку відповідності отриманих даних критеріям DSM-5 для цього діагнозу [7].

Опис травматичної події, з якого починається SASRQ, дає змогу встановити відповідність стану респондента критерію «А» (наявність смертельної загрози, серйозної травми, сексуального насильства тощо).

Критерій «В» вимагає наявності дев'яти (або більше) симптомів із п'яти перелічених категорій: дисоціація (пункти SASRQ № 3, 4, 10, 13, 16, 18, 20, 24, 25, 28), повторне переживання травми (пункти SASRQ № 6, 7, 15, 19, 23, 29), уникнення (пункти SASRQ № 5, 11, 14, 17, 22, 30), гіперзбудження (№ 1, 2, 8, 12, 21, 27)

і порушення соціального функціонування (№ 9, 26). До того ж з категорії «дисоціація» мають одночасно бути наявними не менш як три симптоми, а для решти чотирьох категорій — щонайменше по одному із кожної. Слід також зазначити, що частоту симптомів, описаних в кожному із 30 пунктів, оцінюють за шкалою, де: «ніколи не було» — 0 балів, «дуже рідко» — 1 бал, «рідко» — 2 бали, «іноді» — 3 бали, «часто» — 4 бали і «дуже часто» — 5 балів, причому будь-який симптом вважають наявним (клінічно значущим) лише тоді, коли його частота дорівнює або більша за 3 бали (діапазон від «іноді» до «дуже часто»).

Останнє запитання SASRQ встановлює відповідність стану респондента критерію «С» (тривалість порушення, тобто симптомів критерію «В», має становити від трьох днів до одного місяця після травми) [7].

В межах цього дослідження обстеження з використанням SASRQ-UA здійснювали однократно, протягом 1—3 доби з моменту госпіталізації, після отримання від респондентів відповідної інформованої згоди. Дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний аналіз, кореляційний і регресійний аналізи [11]) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Перед використанням SASRQ-UA за його призначенням слід було переконатись в тому, що переклад оригінального англomовного опитувальника українською мовою не погіршив внутрішню узгодженість його характеристик. Для цього було проведено відповідний кореляційний аналіз (табл. 4) з подальшим обчисленням коефіцієнта альфа Кронбаха [12].

Таблиця 4. Діагональна матриця коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена між результатами, отриманими за окремими пунктами SASRQ-UA ($n = 1360$)

Пункти	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6	№ 7	№ 8	№ 9	№ 10	№ 11	№ 12	№ 13	№ 14	№ 15	№ 16	№ 17	№ 18	№ 19	№ 20	№ 21	№ 22	№ 23	№ 24	№ 25	№ 26	№ 27	№ 28	№ 29	№ 30
№ 1	—																													
№ 2	0,64	—																												
№ 3	0,46	0,50	—																											
№ 4	0,40	0,43	0,62	—																										
№ 5	0,46	0,54	0,41	0,42	—																									
№ 6	0,52	0,48	0,47	0,45	0,47	—																								
№ 7	0,56	0,65	0,49	0,48	0,54	0,59	—																							
№ 8	0,41	0,48	0,50	0,48	0,41	0,51	0,52	—																						
№ 9	0,52	0,60	0,52	0,48	0,47	0,47	0,62	0,53	—																					
№ 10	0,35	0,35	0,60	0,54	0,34	0,45	0,44	0,50	0,48	—																				
№ 11	0,41	0,48	0,45	0,44	0,56	0,50	0,57	0,50	0,54	0,48	—																			
№ 12	0,46	0,52	0,48	0,45	0,47	0,47	0,52	0,50	0,54	0,52	0,55	—																		
№ 13	0,29	0,30	0,52	0,45	0,27	0,42	0,38	0,44	0,41	0,74	0,41	0,51	—																	
№ 14	0,37	0,40	0,40	0,37	0,47	0,44	0,51	0,42	0,50	0,40	0,63	0,48	0,42	—																
№ 15	0,38	0,39	0,50	0,43	0,38	0,45	0,49	0,51	0,50	0,57	0,52	0,49	0,56	0,49	—															
№ 16	0,32	0,37	0,45	0,43	0,36	0,40	0,43	0,44	0,45	0,47	0,46	0,43	0,44	0,47	0,49	—														
№ 17	0,43	0,46	0,41	0,35	0,51	0,45	0,54	0,45	0,48	0,41	0,64	0,49	0,38	0,69	0,50	0,54	—													
№ 18	0,27	0,31	0,46	0,43	0,31	0,41	0,35	0,44	0,38	0,62	0,41	0,44	0,63	0,45	0,53	0,52	0,42	—												
№ 19	0,45	0,53	0,45	0,40	0,45	0,53	0,62	0,48	0,55	0,42	0,60	0,57	0,41	0,58	0,53	0,49	0,59	0,46	—											
№ 20	0,34	0,38	0,47	0,44	0,35	0,39	0,43	0,44	0,47	0,57	0,43	0,54	0,61	0,45	0,53	0,51	0,45	0,60	0,53	—										
№ 21	0,44	0,48	0,39	0,34	0,38	0,42	0,49	0,38	0,49	0,39	0,41	0,57	0,38	0,43	0,40	0,44	0,44	0,39	0,52	0,44	—									
№ 22	0,36	0,37	0,39	0,38	0,41	0,39	0,46	0,44	0,47	0,41	0,57	0,46	0,39	0,57	0,48	0,51	0,57	0,43	0,51	0,48	0,48	—								
№ 23	0,39	0,40	0,43	0,40	0,38	0,43	0,48	0,50	0,46	0,52	0,51	0,51	0,51	0,48	0,51	0,50	0,48	0,54	0,59	0,56	0,48	0,54	—							
№ 24	0,35	0,35	0,50	0,46	0,26	0,34	0,44	0,44	0,46	0,63	0,40	0,51	0,63	0,40	0,50	0,52	0,41	0,56	0,45	0,63	0,46	0,45	0,54	—						
№ 25	0,29	0,30	0,52	0,49	0,27	0,41	0,35	0,42	0,38	0,54	0,38	0,42	0,51	0,38	0,42	0,58	0,40	0,58	0,41	0,48	0,39	0,43	0,56	0,59	—					
№ 26	0,37	0,44	0,46	0,41	0,34	0,41	0,49	0,42	0,53	0,55	0,48	0,52	0,55	0,48	0,56	0,50	0,48	0,53	0,54	0,58	0,55	0,56	0,56	0,61	0,52	—				
№ 27	0,47	0,54	0,52	0,49	0,38	0,46	0,54	0,48	0,64	0,49	0,50	0,58	0,47	0,49	0,53	0,48	0,52	0,45	0,57	0,56	0,57	0,47	0,53	0,57	0,50	0,66	—			
№ 28	0,39	0,45	0,53	0,44	0,34	0,42	0,52	0,47	0,53	0,59	0,47	0,55	0,61	0,47	0,55	0,50	0,48	0,56	0,54	0,62	0,55	0,52	0,59	0,67	0,52	0,70	0,69	—		
№ 29	0,39	0,43	0,46	0,42	0,37	0,46	0,52	0,50	0,49	0,51	0,49	0,53	0,51	0,46	0,52	0,48	0,47	0,52	0,60	0,56	0,48	0,50	0,71	0,54	0,50	0,58	0,56	0,60	—	
№ 30	0,37	0,40	0,44	0,38	0,43	0,44	0,52	0,50	0,50	0,48	0,63	0,47	0,47	0,58	0,54	0,49	0,59	0,48	0,58	0,47	0,43	0,62	0,61	0,46	0,46	0,53	0,50	0,53	0,59	—
Мінімальне значення ($r_{xy \min}$)																														0,2598
Максимальне значення ($r_{xy \max}$)																														0,7440
Середнє арифметичне значення ($r_{xy \text{ average}}$)																														0,4791

Примітка. Інтенсивність зафарблення пропорційна силі кореляційного зв'язку

Помітно (див. табл. 4), що отримані коефіцієнти кореляції між результатами, отриманими за окремими пунктами SASRQ-UA, є в межах від $r_{xy \min} = 0,2598$ до $r_{xy \max} = 0,7440$, причому середнє за матрицею значення $r_{xy \text{ average}} = 0,4791$ свідчить про середню силу кореляційного зв'язку між характеристиками, про які йдеться. Така середня сила кореляційного зв'язку є оптимальною, оскільки, з одного боку, окремі складові опитувальника мають бути узгоджені між собою, щоби працювати разом на кінцевий результат (в цьому випадку, на визначення виразності ГСР/ГРС), а з іншого боку, додаткову інформацію про об'єкт дослідження несуть лише відносно незалежні одна від одної ознаки.

Далі за формулою:

$$\alpha_{st} = \frac{Nr}{1 + (N - 1)r},$$

де: N — кількість досліджуваних компонентів, а r — середній коефіцієнт кореляції між компонента-

ми [12], обчислено стандартизований коефіцієнт альфа Кронбаха α_{st} . Для SASRQ-UA кількість окремих пунктів (N) дорівнює 30, а середній коефіцієнт кореляції між компонентами (r) за результатами обстеження 1360 осіб становить $r = 0,4791$ (див. табл. 4). Отже, $\alpha_{st} = (30 \times 0,4791) / (1 + (30 - 1) \times 0,4791) = 0,9650$, що свідчить про дуже добру внутрішню узгодженість його характеристик ($\alpha_{st} > 0,9$) [12].

Опис результатів, отриманих за допомогою SASRQ-UA, доцільно розпочати з аналізу частоти різних типів стресових подій, що відбулись у житті цивільних і військових респондентів протягом місяця, до моменту обстеження. Слід зазначити, що йдеться саме про типи стресових подій, оскільки респонденти описували ці події у довільній формі, що призвело до величезної кількості індивідуальних варіантів. Тому, перед подальшим аналізом цього масиву даних, все розмаїття описів було зведено у відносно малу кількість типів стресових подій (табл. 5, рис. 5).

Таблиця 5. Частота різних типів стресових подій протягом останнього місяця у цивільних і військових обстежених різної статі за спаданням частоти у чоловіків

Наявність і типи стресових подій (обставин)	Чоловіки		Жінки		Разом		p
	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	
Цивільні							
Без стресових подій	81	10,07	40	12,27	121	10,72	0,272
Обстріл міста / вибухи	429	53,36	110	33,85	539	47,74	< 0,001
Стан власного здоров'я	120	14,93	85	26,15	205	18,16	< 0,001
Конфлікти на роботі (службі), або втрата роботи (звільнення)	23	2,86	22	6,77	45	3,99	0,002
Конфлікти в сім'ї	21	2,61	14	4,31	35	3,10	0,137
Стан здоров'я близьких	21	2,61	8	2,46	29	2,57	0,885
Страх за близьких	19	2,36	14	4,31	33	2,92	0,079
Погіршення ситуації в країні / погані новини	18	2,24	1	0,31	19	1,68	0,022
Конфлікти інші	17	2,11	4	1,23	21	1,86	0,320
Смерть близьких	14	1,74	14	4,31	28	2,48	0,012
Страх перед мобілізацією / проблеми з ТЦК	12	1,49	—	—	12	1,06	0,027
Дорожньо-транспортні пригоди	12	1,49	3	0,92	15	1,33	0,449
Втрата майна (через обстріли або окупацію)	8	1,00	6	1,85	14	1,24	0,242
Поранення побратима	4	0,50	—	—	4	0,35	0,203
Розрив стосунків з близькими	4	0,50	3	0,92	7	0,62	0,409
Інше	1	0,12	1	0,31	2	0,18	0,507
Разом	804	100,00	325	100,00	1129	100,00	—
Військові							
Без стресових подій	—	—	—	—	—	—	—
Участь у бойових діях / загроза власної загибелі	146	64,60	3	60,00	149	64,50	0,832
Загибель побратима	58	25,66	2	40,00	60	25,97	0,470
Конфлікти на роботі (службі), або втрата роботи (звільнення)	10	4,42	—	—	10	4,33	0,631
Конфлікти інші	4	1,77	—	—	4	1,73	0,764
Обстріл міста / вибухи	4	1,77	—	—	4	1,73	0,764
Страх перед мобілізацією / проблеми з ТЦК	2	0,88	—	—	2	0,87	0,833
Смерть близьких	2	0,88	—	—	2	0,87	0,833
Разом	226	100,00	5	100,00	231	100,00	—

Примітка. Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділені сірим кольором

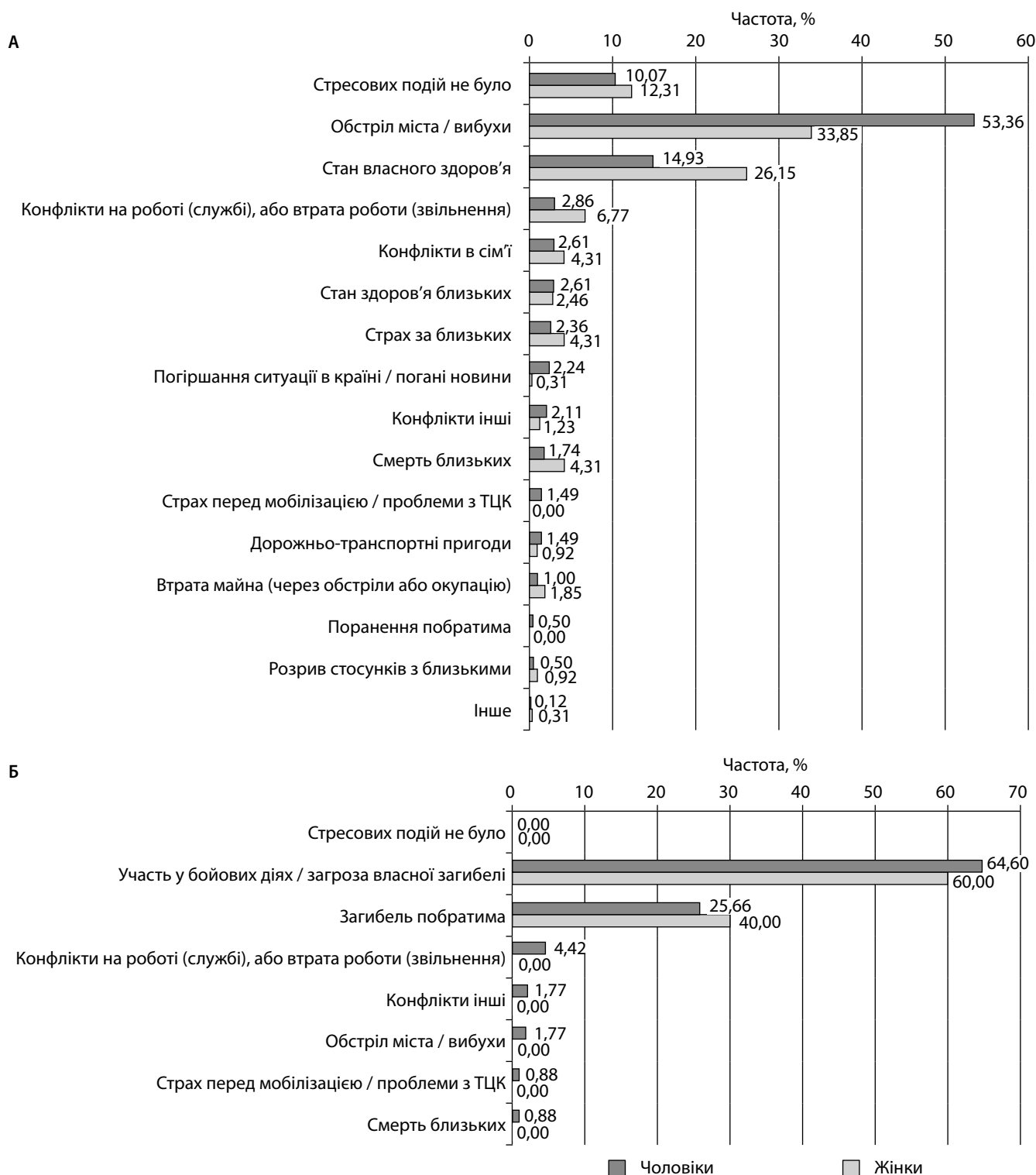


Рис. 5. Частота різних типів стресових подій протягом останнього місяця у цивільних (А) і військових (Б) обстежених різної статі за спаданням частоти у чоловіків

Передусім привертає увагу той факт, що про відсутність значущих стресових подій протягом останнього місяця заявили лише 10,07 % цивільних чоловіків і 12,27 % цивільних жінок. Отже, частота стресових подій всіх видів за цей період становила у чоловіків і жінок 89,93 % і 87,73 % відповідно. Водночас серед військових таких респондентів

без значущих стресових подій не було зовсім. Щодо стресових подій, про які повідомили респонденти, то далеко не всі вони відповідали критерію «А» DSM-5 (наявність смертельної загрози, серйозної травми, сексуального насильства тощо) для діагнозу ГСР. Однак, ці події, за відгуками пацієнтів, часто супроводжувались тяжкими переживаннями і могли бути

причиною ГРС яка не досягала рівня ГСР. Тому ці випадки також були предметом подальшого аналізу.

Найчастішим типом стресових подій у цивільних респондентів очікувано виявились обстріли міста з вибухами, які зазвичай відбуваються вночі, і тому істотно погіршують нічний сон. Дивно, але цей тип частіше називали чоловіки, ніж жінки, які традиційно вважаються менш резистентними до дії стресогенних чинників (53,36 % і 33,85 % відповідно при $p < 0,001$).

Другим за частотою типом стресової події у цивільних респондентів було погіршення стану власного психічного та фізичного здоров'я, що є цілком природним, оскільки дослідження проводили серед пацієнтів медичного закладу, які опинились в ньому саме через різноманітні хвороби. Але за цим показником чоловіки, навпаки, майже вдвічі поступались жінкам (14,93 % і 26,15 % відповідно при $p < 0,001$).

Щодо військових респондентів, то і у чоловіків, і у жінок найчастішим типом стресової події була участь у бойових діях з загрозою власної загибелі (зазвичай, внаслідок близьких розривів снарядів, мін, бойових частин дронів), а також внаслідок загрози оточення ворогом або інших чинників бойового стресу (64,60 % і 60,00 % відповідно при $p = 0,832$). Другим за частотою типом стресової події у військових респондентів була загибель побратима (25,66 % і 40,00 % відповідно при $p = 0,470$). Інші типи стресових подій і у цивільних і у військових значно поступались частотою переліченим вище (див. табл. 5, рис. 5).

Окрім якісної характеристики стресової події, опитувальник SASRQ дає змогу оцінити також і кількісну характеристику, а саме рівень її тривожності (стресовості) з точки зору самого респондента (табл. 6, рис. 6А).

Встановлено, що рівень тривожності травматичних подій у військових достовірно вище, ніж у цивільних осіб. Водночас достовірних гендерних відмінностей в межах кожної із цих груп не виявлено. Варто зазначити, що показники рівня тривожності (стресовості) травматичних подій у жінок-військових дещо вищі, ніж у чоловіків. Однак, через незначну чисельність обстежених жінок в групі військових (усього п'ять осіб) ця різниця не набула рівня статистичної значущості. Відповідно і реакція на пережиті травматичні події у військових була достовірно більш виразною, ніж у цивільних (див. табл. 6., рис. 6Б). Загалом, існує досить міцний кореляційний зв'язок (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена $r_{xy} = 0,60$) між силою пережитої травми (в психічній реальності респондента) і реакцією на неї. Було також показано, що ці характеристики пов'язані між собою лінійною регресійною залежністю (рис. 6В), однак діаграма розсіяння цієї регресії дуже широка ($R^2 = 0,3616$), що свідчить про можливість яскравих винятків із цього правила, коли слабка (з точки зору самого респондента) травматична подія може призводити до потужної реакції на неї і навпаки. До речі, рівняння цієї регресійної залежності при нульовій силі травматичної події набуває значення 22,8 бали.

Таблиця 6. Середні значення кількісних показників шкали SASRQ у цивільних і військових обстежених різної статі

Показники	Чоловіки			Жінки			p			
	військові (ЧВ) $n = 226$	цивільні (ЧЦ) $n = 803$	разом (Ч) $n = 1029$	військові (ЖВ) $n = 5$	цивільні (ЖЦ) $n = 326$	разом (Ж) $n = 331$	ЧВ — ЧЦ	ЖВ — ЖЦ	ЧВ — ЖВ	ЧЦ — ЖЦ
Рівень тривожності стресової події	3,17±0,08	2,60±0,05	2,72±0,04	3,50±0,50	2,48±0,07	2,49±0,07	< 0,001	0,023	0,255	0,074
Дисоціативна субшкала, в т.ч.:	20,00±0,81	17,01±0,44	17,67±0,39	11,00±5,46	14,25±0,66	14,20±0,65	0,001	0,281	0,052	< 0,001
Субшкала повторного переживання травми	15,72±0,52	14,03±0,28	14,40±0,25	10,00±2,88	12,66±0,44	12,62±0,44	0,002	0,185	0,026	0,005
Субшкала уникнення	15,86±0,49	14,62±0,29	14,89±0,25	9,40±3,06	13,62±0,45	13,56±0,45	0,015	0,090	0,019	0,031
Субшкала гіперзбудження	17,31±0,45	17,00±0,26	17,07±0,22	11,60±3,70	16,05±0,42	15,98±0,42	0,275	0,120	0,063	0,027
Субшкала порушення соціального функціонування	4,92±0,18	4,94±0,10	4,94±0,09	3,40±1,44	4,72±0,17	4,70±0,16	0,460	0,184	0,147	0,133
Шкала SASRQ разом	73,81±2,21	67,61±1,25	68,97±1,09	45,40±15,36	61,30±1,88	61,06±1,87	0,007	0,156	0,034	0,003
Тривалість наслідків стресової події	3,43±0,12	2,85±0,07	2,96±0,06	1,80±0,86	2,81±0,11	2,79±0,11	< 0,001	0,127	0,031	0,385

Примітки: Середні значення подані у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$). Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділені сірим кольором

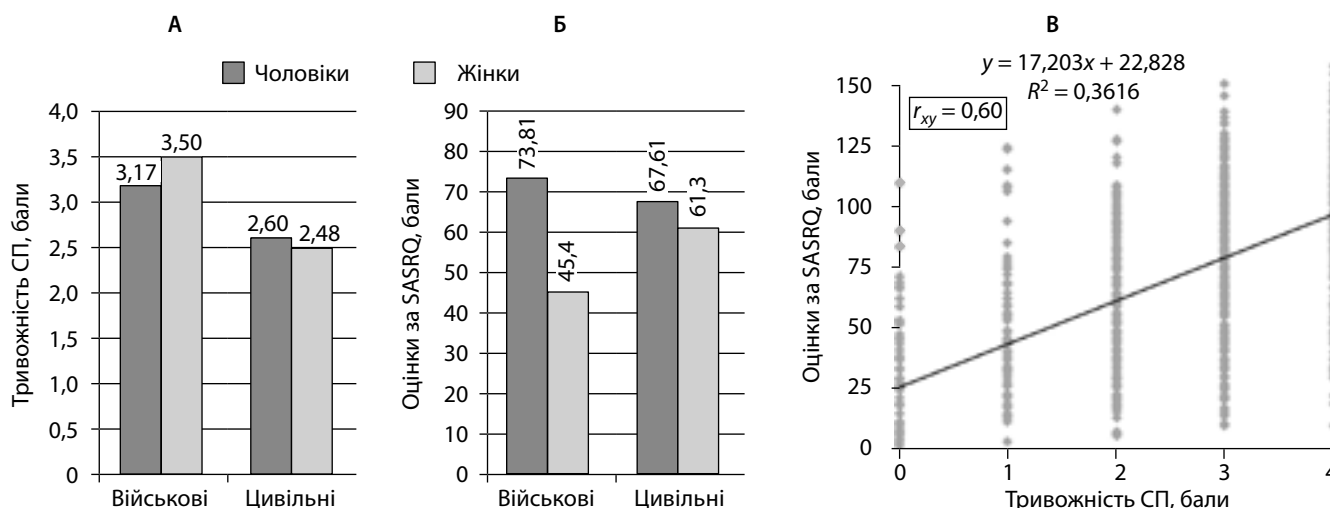


Рис. 6. Середні значення рівня тривожності стресової події (А) і загальної оцінки за SASRQ (Б) у цивільних і військових обстежених різної статі, а також регресійна залежність оцінок SASRQ від рівня тривожності стресової події (В)

Це означає, що за відсутності очевидних для респондентів травматичних подій опитувальник SASRQ фіксує відмінний від нуля (близько 20 балів) рівень реакції на стрес, що можна вважати своєрідним «стресовим фоном» середовища, в якому мешкають респонденти, коли окрему стресову подію пригадати важко, але «тривога розлита у повітрі».

Треба також відзначити, що і у цивільних (див. табл. 6., рис. 6Б), де чисельність гендерних груп була цілком достатньою для певних висновків, виразність реакції на стрес за опитувальником SASRQ була достовірно вищою (на 10,29 % при $p = 0,003$), ніж у жінок. Те ж саме (з незначними варіаціями) стосується показників за майже всіма окремими субшкалами опитувальника SASRQ (див. табл. 6). Імовірні причини цього явища будуть висвітлені пізніше в цьому тексті.

Однак, основним призначенням опитувальника SASRQ, як було сказано вище, є ідентифікація ГСР. Розгляд отриманих даних у світлі критеріїв DSM-5 для цього розладу дав змогу розподілити всіх обстежених на чотири нерівні групи:

- на тих, хто не зміг пригадати будь-яку стресову подію (група «Без СП»);
- на тих, у кого така подія була, але частота жодного із симптомів ГСР-ГСР не досягла рівня клінічної значущості ≥ 3 балів (група «Без ГСР»);

— на тих, у кого стресова подія була і спостерігались окремі симптоми з клінічно значущою частотою (≥ 3 балів), але не було відповідності всім критеріям ГСР за DSM-5 (група «ГРС»); і, нарешті,

— на тих, у кого була повна відповідність діагнозу ГСР за діагностичними критеріями DSM-5 (група «ГСР»).

Розподіли представників цих груп за ознаками ставлення до військової служби, за статтю, віком і профілем патології, яка стала причиною госпіталізації, подані у таблицях 7—9, а також на рисунках 7 та 8.

Вище вже йшлося про те, як мало респондентів повідомило про відсутність у них стресових подій протягом місяця, що передував госпіталізації (10,07 % чоловіків і 12,31 % жінок серед цивільних і жодного респондента серед військових). Однак, чисельність групи «Без ГРС» виявилась ще меншою (1,62 % у чоловіків і 0,91 % у жінок від загальної чисельності обстежених відповідної статі).

Це дає змогу зробити нетривіальний висновок про те, що стресова подія, яку людина може пригадати і назвати значущим стресогенним чинником для себе, практично гарантує наявність у такої особи ГРС, а можливо і ГСР.

Таблиця 7. Структура контингенту цивільних і військових обстежених різної статі за виразністю реакції на стресову подію (СП)

Групи з різною виразністю реакції на СП		Чоловіки						Жінки						p		
		військові (ЧВ) ($n = 226$)		цивільні (ЧЦ) ($n = 803$)		разом (Ч) ($n = 1029$)		військові (ЖВ) ($n = 5$)		цивільні (ЖЦ) ($n = 326$)		разом (Ж) ($n = 331$)		ЧВ — ЧЦ	ЖВ — ЖЦ	Ч — Ж
		абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %			
Без СП		—	—	81	10,09	81	7,87	—	—	40	12,27	40	12,08	< 0,001	0,044	0,058
З СП	Без ГРС	7	3,10	13	1,62	20	1,94	2	40,00	1	0,31	3	0,91	0,584	0,780	0,770
	ГРС	106	46,90	358	44,58	464	45,09	3	60,00	169	51,84	172	51,96	0,536	0,717	0,029
	ГСР	113	50,00	351	43,71	464	45,09	—	—	116	35,58	116	35,05	0,093	0,098	0,001

Таблиця 8. Структура контингенту обстежених пацієнтів різного профілю за виразністю реакції на стресову подію

Групи з різною виразністю реакції на СП		Групи пацієнтів різного профілю						Разом (n = 1360)		p		
		нейрохірургічний профіль (НХ) (n = 128)		неврологічний профіль (Н) (n = 735)		психіатричний профіль (П) (n = 497)						
		абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	НХ — Н	НХ — П	Н — П
Без СП		7	5,47	77	10,48	37	7,44	121	8,90	0,078	0,436	0,072
з СП	Без ГРС	9	7,03	13	1,77	1	0,20	23	1,69	< 0,001	< 0,001	0,011
	ГРС	70	54,69	360	48,98	206	41,45	636	46,76	0,233	0,007	0,009
	ГСР	42	32,81	285	38,78	253	50,91	580	42,65	0,199	< 0,001	< 0,001

Таблиця 9. Структура контингенту обстежених пацієнтів різного віку за виразністю реакції на стресову подію

Групи з різною виразністю реакції на СП		Вікові групи						Разом (n = 1360)		p		
		≤ 35 років (n = 348)		36—45 років (n = 444)		> 45 років (n = 568)						
		абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	≤ 35 — 36—45	≤ 35 — > 45	36—45 — > 45
Без СП		31	8,91	27	6,08	64	11,27	121	8,90	0,130	0,256	0,004
з СП	Без ГРС	5	1,44	9	2,03	10	1,76	23	1,69	0,532	0,708	0,757
	ГРС	146	41,95	219	49,32	265	46,65	636	46,76	0,039	0,165	0,399
	ГСР	166	47,70	189	42,57	229	40,32	580	42,65	0,149	0,029	0,471

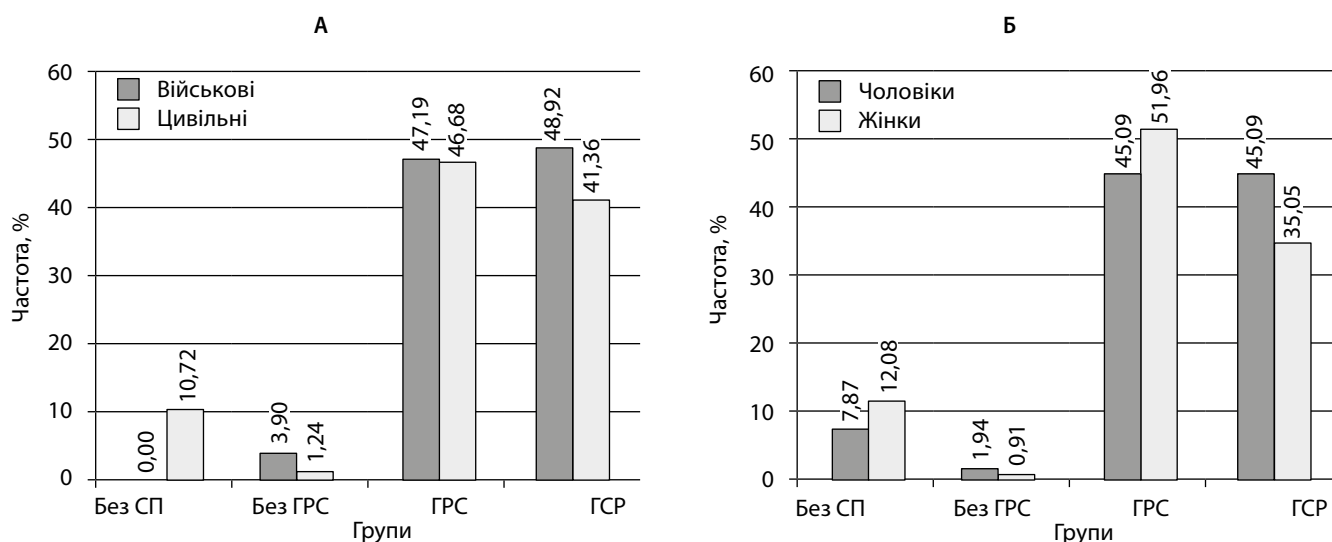


Рис. 7. Структура контингенту обстежених пацієнтів з різною виразністю реакції на стресову подію за ставленням до військової служби (А) і за статтю (Б)

Решта респондентів розділилась майже навпіл: на групу «ГРС» і на групу «ГСР». Ця пропорція практично не залежала, ані від належності до військової служби (див. табл. 7, рис. 7А), ані від віку (табл. 9, рис. 8А), що може свідчити про глибокі, можливо, біологічні корені такого стану речей.

Певний вплив на згадану пропорцію здійснював гендерний фактор. ГСР (тобто найбільш важкі наслідки стресових подій) були у чоловіків в 1,29 раза

частіше ($p = 0,001$), ніж у жінок, а відносно легка ГРС, навпаки, в 1,15 раза частіше у жінок ($p = 0,029$), ніж у чоловіків.

Як і вже описана вище гендерна різниця в загальних оцінках за SASRQ (див. табл. 6., рис. 6Б), ці дані свідчать про більш важку реакцію чоловіків на травму проти жінок. Це суперечить сучасним науковим уявленням і змушує шукати додаткові специфічні обставини, які могли б так вплинути на результати дослідження.

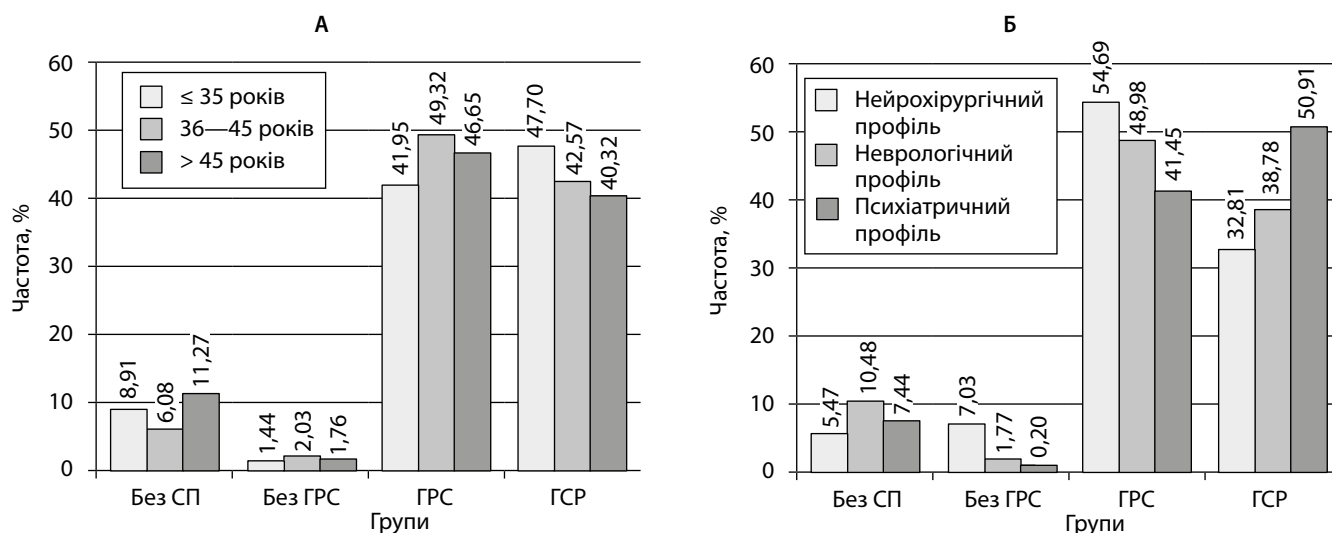


Рис. 8. Структура контингенту обстежених пацієнтів з різною виразністю реакції на стресову подію за віком (А) і профілем патології, що стала причиною госпіталізації (Б)

На нашу думку, такими обставинами є цілком природний страх госпіталізованих респондентів чоловічої статі перед поверненням на фронт (для військових) і страх мобілізації (для цивільних). Однак, ми не виявили аномальних «викидів» оцінок у відповідях наших респондентів на запитання SASRQ (типу — «всі оцінки — максимальні»), що могло би вказувати на свідому агравацию свого стану. Тому найбільш імовірним механізмом генерації завищених значень SASRQ у чоловіків є неусвідомлена переоцінка важкості наявних симптомів під впливом постійної тривоги за своє майбутнє. Звичайно, це лише гіпотеза, яка потребує для свого підтвердження використання додаткових інструментів, наприклад, інструментів для оцінки рівня тривоги обстежених, а також поглибленого аналізу поточних життєвих обставин кожного респондента. Такі дослідження — в найближчих планах авторів цієї статті.

Слід також звернути увагу на залежність частот ГРС і ГСР від профілю патології, яка стала причиною госпіталізації респондентів в стаціонар (див. табл. 8, рис. 8Б). Добре помітно, що при переході від пацієнтів нейрохірургічного профілю до пацієнтів неврологічного і психіатричного профілю частота тяжчої форми реагування на травму (ГСР) неухильно збільшується (32,81 %, 38,78 % і 50,91 % відповідно при $p < 0,001$), а частота легшої форми (ГРС) так само неухильно зменшується (54,69 %, 48,98 % і 41,45 % при $p \leq 0,009$).

Очевидно, що пацієнти психіатричного профілю на момент госпіталізації мають серйозні розлади ментального здоров'я, значна частина з яких належить до групи невротичних, пов'язаних із стресом і соматоформних розладів (F40 — F49 за МКХ-10), що і зумовлює відносно високу частоту осіб з ГСР серед пацієнтів цієї категорії. Водночас пацієнти неврологічного і нейрохірургічного профілю звертаються по допомогу через зовсім інші причини, і за станом власного ментального здоров'я вони на-

багато ближче до загальної популяції, ніж пацієнти психіатричного стаціонару.

Це дає змогу, в першому наближенні (!), розглядати частоту ГРС і ГСР серед пацієнтів нейрохірургічного і неврологічного профілю як верхню межу (все ж таки йдеться про соматично хворих людей, чий настрій і резильєнтність відрізняються від аналогічних характеристик у практично здорових осіб) частоти цих станів в загальній популяції прифронтового міста, яким є місто Харків. І ця частота постає приголомшливо високою! Близько половини всіх обстежених цієї категорії мають ознаки ГРС і близько третини відповідають критеріям DSM-5 для діагнозу ГСР.

Пропозиції, що впливають із цих оцінок, виходять за межі цієї статті і, як сподіваються її автори, будуть розглянуті в подальших публікаціях.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. Український варіант Стенфордського опитувальника щодо гострої реакції на стрес (SASRQ), підготовлений авторами цієї статті, в процесі апробації продемонстрував дуже добру внутрішню узгодженість (коефіцієнт альфа Кронбаха $\alpha_{st} = 0,9650$), що свідчить про його еквівалентність англійському оригіналу і робить його цілком придатним для подальшого практичного використання.

2. Вперше в нашій країні за допомогою опитувальника SASRQ проведено масштабне дослідження поширення гострої реакції на стрес і гострого стресового розладу серед пацієнтів нейрохірургічного, неврологічного і психіатричного профілів в прифронтовому місті Харкові.

3. Показано, що за відсутності очевидних для респондентів травматичних подій, опитувальник SASRQ фіксує відмінний від нуля (близько 20 балів) рівень реакції на стрес, що можна вважати своєрідним «стресовим фоном» середовища, в якому мешкають респонденти, коли окрему стресову подію пригадати важко, але «тривога розлита у повітрі».

4. Встановлено, що частота значущих стресових подій всіх видів протягом місяця, що передував дослідженню, становила серед цивільних: у чоловіків — 89,93 %, а у жінок — 87,73 %, тоді як серед військових респондентів без значущих стресових подій не було зовсім.

5. Найчастішими типами стресових подій у цивільних виявились обстріли міста з вибухами (53,36 % у чоловіків і 33,85 % у жінок при $p < 0,001$) і погіршення стану власного здоров'я (14,93 % і 26,15 % при $p < 0,001$); а у військових — участь у бойових діях із загрозою власної загибелі (64,60 % і 60,00 % при $p = 0,832$) і загибель побратима (25,66 % і 40,00 % при $p = 0,470$). Інші типи стресових подій і у цивільних, і у військових значно поступались частотою переліченим вище.

6. Серед респондентів непсихіатричних профілів (пацієнти неврологічних та нейрохірургічних клінік), які за станом свого ментального здоров'я наближаються до представників загальної популяції, зафіксовано вкрай високу частоту клінічно значущих реакцій на стресові події. Близько половини всіх обстежених цієї категорії мали ознаки ГРС, а ще близько третини відповідали критеріям DSM-5 для діагнозу ГРС.

Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Подяки

Автори висловлюють щире 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. Статистика повітряних тривог. <https://air-alarms.in.ua/>
2. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (затверджено наказом МОЗ України від 19.07.2024 р. № 1265). https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf
3. Полякова Д.С. Поширення психічної травматизації та ПТСР // Український медичний часопис. Новини. www.umj.com.ua/uk/novyna-256070-poshirenniya-psichichnoyi-travmatizatsiyi-ta-ptsr
4. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F43.0>
5. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentfity%2f505909942>

6. Чабан О. С Психічні розлади воєнного часу : монографія / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2023. 232 с.

7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 — 5th Edition, American Psychiatric Publishing, 947 p.

8. Bryant, R. A. Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress disorder: A systematic review // The Journal of Clinical Psychiatry. 2011. Vol. 72 (2), P. 233—239. doi:10.4088/JCP.09r05072blu

9. Bryant, R. A. Acute stress disorder: What it is and how to treat it. New York, NY: The Guilford Press, 2016. 338 p.

10. 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.] // Journal of Traumatic Stress. 2000. Vol. 13. P. 719—734. <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>

11. 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.

12. Cronbach, L. J. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests // Psychometrika. Vol. 16, Issue 3, September 1951, pp. 297—334. doi:10.1007/BF02310555

References

1. Air alarm statistics. <https://air-alarms.in.ua/>. (In Ukrainian).
2. Unified clinical protocol for primary and specialized medical care "Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adaptation disorders" (approved by order of the Ministry of Health of Ukraine dated July 19, 2024 No. 1265). https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf. (In Ukrainian).
3. Poliakova DS. Spread of mental trauma and PTSD. *Ukrainian Medical Journal*. News. www.umj.com.ua/uk/novyna-256070-poshirenniya-psichichnoyi-travmatizatsiyi-ta-ptsr. (In Ukrainian).
4. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F43.0>
5. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentfity%2f505909942>
6. Chaban OS., Khaustova OO, Omelianovych VYu. *Mental disorders of wartime: monograph*. Kyiv: Publishing house "Medknyga", 2023. 232 p. (In Ukrainian).
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 — 5th Edition, American Psychiatric Publishing, 947 p. ISBN-13: 978-0890425541.
8. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(2):233-239. doi:10.4088/JCP.09r05072blu
9. Bryant, R. A. *Acute stress disorder: What it is and how to treat it*. New York, NY: The Guilford Press, 2016. 338 p. ISBN-13: 978-1462525089.
10. 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. *Journal of Traumatic Stress*. 2000;13:719-734. <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>
11. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. *Statistical methods in medical and biological research using Excel*. Kyiv, 2000. 320 p. (In Russian).
12. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334. doi:10.1007/BF02310555

Надійшла до редакції 4.08.2025

Відомості про авторів:

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, директор¹, завідувач відділу невідкладної психіатрії та наркології¹; професор кафедри²; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

ЧЕРКАСОВА Аlesia Олександрівна, кандидат медичних наук, доцент, лікар-психіатр відділення спеціалізованої допомоги клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги Військово-медичного клінічного центру Північного регіону, докторант кафедри²

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з наукової роботи¹; завідувач відділу пограничної психіатрії¹

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії¹

ПІСОЦЬКА Олена Володимирівна, кандидат медичних наук, медичний директор¹

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології¹; асистент кафедри²

ШЕСТОПАЛОВА Людмила Федорівна, доктор психологічних наук, професор, завідувач відділу медичної наркології¹

МІНКО Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної та соціальної наркології наркології¹; професор кафедри²

СОКОЛОВА Ірина Михайлівна, доктор психологічних наук, професор, провідний науковий співробітник відділу медичної психології наркології¹

МІЩЕНКО Владислав Миколайович, доктор медичних наук, завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації¹; професор кафедри²

ЧЕРНЕНКО Максим Євгенович, доктор медичних наук, завідувач відділу аутоімунних і дегенеративних захворювань нервової системи — центру розсіяного склерозу наркології¹

ВАСИЛОВСЬКИЙ Віталій Вадимович, доктор медичних наук, завідувач клініки відділу аутоімунних і дегенеративних захворювань нервової системи — центру розсіяного склерозу наркології¹

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології¹

ПОСОХОВ Микола Федорович, кандидат медичних наук, завідувач відділу функціональної нейрохірургії з групою патоморфології¹

ЗАВОРОТНИЙ В'ячеслав Іванович, кандидат медичних наук, завідувач клініки відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії¹

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії¹

ЛАКІНСЬКИЙ Роман Вікторович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології¹, завідувач клініки відділу пограничної психіатрії¹

ФІСЕНКО Анастасія В'ячеславівна, завідувач клініки відділу судинної патології головного мозку та реабілітації¹

БАЙДА Роман Миколайович, завідувач відділенням функціональної нейрохірургії та пароксизмальних станів¹

МІНКО Олексій Олександрович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології¹

МАРКОЗОВА Любова Михайлівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології¹

ВОЙТЕНКО Ірина Вікторівна, молодший науковий співробітник відділу медичної психології¹

¹ — Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

² — кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології² Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Information about the authors:

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director, Head of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"; Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

CHERKASOVA Alesya, MD, PhD, Associate Professor, Physician-psychiatrist of specialized care Department of outpatient clinic of Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Competitor for Doctor of Sciences of the Department²

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director for Scientific Work¹; Head of the Department of Borderline Psychiatry¹

PIDKORYTOV Valeriy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry¹

PISOTSKA Olena, MD, PhD, Medical Director¹

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology¹; Assistant Professor of the Department²

SHESTOPALOVA Liudmyla, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of Medical Psychology Department¹

MINKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical and Social Narcology¹; Professor of the Department²

SOKOLOVA Iryna, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Leading Researcher of the Department of Medical Psychology¹

MISHCHENKO Vladyslav, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Vascular Pathology of the Brain and Rehabilitation¹; Professor of the Department²

CHERNENKO Maksym, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Autoimmune and Degenerative Diseases of the Nervous System — Multiple Sclerosis Center¹

VASYLOVSKYI Vitalii, Doctor of Medical Sciences, Head of the Clinic of the Department of Autoimmune and Degenerative Diseases of the Nervous System — Multiple Sclerosis Center¹

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology¹

POSOKHOV Mykola, MD, PhD, Head of the Department of Functional Neurosurgery with the Pathomorphology Group¹

ZAVOROTNIY Vyacheslav, Honored Doctor of Ukraine, MD, PhD, Head of the Clinic of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry¹

YAVDAK Iryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry¹

LAKYNSKYI Roman, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology, Head of the Clinic of Department of Borderline Psychiatry¹

FYSENKO Anastasia, Head of the Clinic of the Department of Vascular Pathology of the Brain and Rehabilitation¹

BAIDA Roman, Head of the Department of Functional Neurosurgery and paroxysmal states¹

MINKO Oleksiy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology¹

MARKOZOVA Lubov, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology¹

VOITENKO Iryna, Junior Researcher of Medical Psychology Department¹

¹ — of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

² — of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine