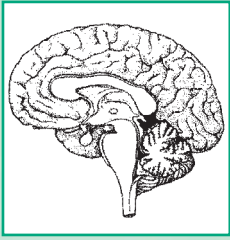


ISSN 2079-0325

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



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- Том 33, випуск 2 (123), 2025
- Volume 33, issue 2 (123), 2025

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025>

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOHII

Засновник і видавець: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ», ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ ІМЕНІ П. В. ВОЛОШИНА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

Founder and publisher: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS OF UKRAINE", STATE INSTITUTION "P. V. VOLOSHYN INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Рецензований науково-практичний медичний журнал

Peer-reviewed scientific and practical journal of medicine

Заснований у вересні 1993 р.

Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу

The journal is published quarterly

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

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

Головний редактор
МАРУТА Наталія

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Борнштейн Натан (Тель-Авів, Ізраїль)
Брайнін Майкл (Кремс-на-Дунаї, Австрія)
Венгер Олена (Тернопіль, Україна)
Волошина Наталія (Харків, Україна)
Дубенко Андрій (Харків, Україна)
Карабан Ірина (Київ, Україна)
Кожина Ганна (Харків, Україна) —
заступник головного редактора
Лінський Ігор (Харків, Україна)
Маркова Маріанна (Харків, Україна)
Мінко Олександр (Харків, Україна)
Мишиєв Вячеслав (Київ, Україна)
Мищенко Владислав (Харків, Україна)
Мищенко Тамара (Харків, Україна)
Негрич Тетяна (Львів, Україна)
Овчаренко Микола (Рівне, Україна)
Огоренко Вікторія (Дніпро, Україна)
Пашковський Валерій (Чернівці, Україна)
Підкоритов Валерій (Харків, Україна)
Пшук Наталія (Вінниця, Україна)
Танцур Людмила (Харків, Україна)
Федченко Вікторія (Харків, Україна) —
відповідальний секретар
Хабрат Богуслав (Варшава, Польща)
Чабан Олег (Київ, Україна)

Chief Editor
MARUTA Nataliya

EDITORIAL STAFF:

Bornshtein Natan (Tel-Aviv, Israel)
Brainin Michael (Krems an der Donau, Austria)
Venger Olena (Ternopil, Ukraine)
Voloshyna Nataliia (Kharkiv, Ukraine)
Dubenko Andrii (Kharkiv, Ukraine)
Karaban Iryna (Kyiv, Ukraine)
Kozhyna Hanna (Kharkiv, Ukraine) —
deputy chief editor
Linskiy Igor (Kharkiv, Ukraine)
Markova Marianna (Kharkiv, Ukraine)
Minko Oleksandr (Kharkiv, Ukraine)
Mishyiev Viacheslav (Kyiv, Ukraine)
Mishchenko Vladyslav (Kharkiv, Ukraine)
Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)
Nehrych Tetiana (Lviv, Ukraine)
Ovcharenko Mykola (Rivne, Ukraine)
Ogorenko Viktoriia (Dnipro, Ukraine)
Pashkovskyy Valerii (Chernivtsi, Ukraine)
Pidkorytov Valerii (Kharkiv, Ukraine)
Pshuk Nataliia (Vinnitsia, Ukraine)
Tantsura Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)
Fedchenko Viktoriia (Kharkiv, Ukraine) —
executive secretary
Habrata Boguslaw (Warsaw, Poland)
Chaban Oleh (Kyiv, Ukraine)

Том 33, випуск 2 (123)
Харків, 2025



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
імені П. В. Волошина Національної академії
медичних наук України».

Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,
SI "P. V. Voloshyn Institute of neurology, psychiatry
and narcology of the NAMS of Ukraine".

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

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

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

Рекомендовано до друку вченою радою
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
імені П. В. Волошина НАМН України» (протокол
№ 5 від 09.05.25 р.)

Approved for publication by the Academic
Council of SI "P. V. Voloshyn Institute of neurology,
psychiatry and narcology of the NAMS of Ukraine"
(protocol no. 5 dated 9 May, 2025)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

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

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

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

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Лінський Ігор (м. Харків, Україна),
Мінко Олександр (м. Харків, Україна).

До уваги авторів

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, ДСТУ ГОСТ 7.80:2007, ДСТУ 8302:2015 і містить джерела мовою оригіналу за останні 10 років (більш ранні публікації вносять до переліку тільки у разі потреби). Кількість цитованих джерел: в оригінальних статтях — не більше ніж 30, в оглядах літератури — не більше ніж 60. **Обов'язково вказувати цифровий ідентифікатор статті (збірника) DOI, якщо його немає — PMID або URI, URL.** Окрім того, перелік літератури має бути транслітерований в романському алфавіті (References).

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

ID ORCID у форматі <https://orcid.org/XXXX-XXXX-XXXX-XXXX>; e-mail та контактні телефони (окремим рядком).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Статті надсилати на адресу:

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

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина НАМН України», редакція журналу «Український вісник психоневрології», e-mail: inpn@ukr.net

Офіційний сайт журналу: www.uvnpn.com.ua

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

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

Громадська організація «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина НАМН України».

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

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 8,72. Обл.-вид. арк. 9,8.

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

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

- Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмів В. Н., Мінко О. І., Кожина Г. М., Гриневич Є. Г., Овчаренко М. О., Чугунов В. В., Пострелко В. М., Денисенко М. М., Плехов В. А., Ткаченко Т. В., Задорожний В. В., Малихіна Н. А., Мінко О. О., Лакінський Р. В., Васильєва О. О., Юрченко О. М., Герасимов Б. О., Герасимов Д. О. (Харків, Київ, Рівне, Запоріжжя)
Частота «п'яних днів» і її зв'язок із показниками вживання інших психоактивних речовин.....4

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ

- Васильєва О. В., Самойлова О. В. (Харків)
Психологічна дезадаптація іноземних студентів англійської мови в умовах воєнного стану.....13
- Денисов Є. М., Путятін Г. Г. (Кропивницький)
Комплексна оцінка потенціалу поліпрагмації в психіатрії....16
- Кожина Г. М., Немченко А. О. (Харків)
Психоосвітні інтервенції в персоналізованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій...21
- Кожина Г. М., Сухарєва В. А., Потопов О. О. (Харків)
Механізми розвитку психічних розладів, пов'язаних зі стресом, у військових із бойовою травмою: значення супутньої патології та синдромальної організації.....26
- Лінський І. В., Підкоритов В. С., Кузьмів В. Н., Денисенко М. М., Заворотний В. І., Лакінський Р. В., Скринник О. В., Мінко О. О., Задорожний В. В., Ткаченко Т. В., Малихіна Н. А., Борзенко В. Р. (Харків)
Динаміка афективної і адиктивної симптоматики та якості життя у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування.....33
- Огоренко В. В., Шорніков А. В., Баклашкін В. М. (Дніпро)
Прогнозування якості життя у осіб з адиктивною поведінкою.....43
- Пронько І. А. (Харків)
Терапевтичні втручання при аутизмі через призму доказової медицини: фокус на поведінкові методики.....48
- Тєрєшина І. Ф., Зеленська К. О., Черненко І. О., Деміхова Н. В. (Харків)
Психопатологічна феноменологія та клінічний менеджмент хворих на депресивний епізод в умовах повномасштабного вторгнення.....54
- Чемєрис М. М. (Львів)
Порівняльний аналіз афективних, соматовегетативних і когнітивних психопатологічних реакцій у пацієнтів з дифузою алопецією різного генезу.....57
- Ярославцев С. О. (Кропивницький)
Вплив війни на показники діяльності стаціонарної психіатричної допомоги: досвід обласної психіатричної лікарні.....61

ЛІТЕРАТУРНІ ОГЛЯДИ

- Марута Н. О., Федченко В. Ю., Панько Т. В., Семікіна О. Є., Явдак І. О. (Харків)
Сучасний стан проблеми емоційного вигорання у працівників сфери охорони психічного здоров'я (аналітичний огляд літератури).....64

ЮБІЛЕЇ

- До 75-річчя з дня народження доктора медичних наук, професора Михайлова Бориса Володимировича, заслуженого діяча науки і техніки України, академіка Національної академії наук вищої освіти України.....74

PROBLEM ARTICLES

- Linskiy I. V., Khaustov M. M., Kuzminov V. N., Minko O. I., Kozhyna H. M., Grynevych Ye. G., Ovcharenko M. O., Chugunov V. V., Postrelko V. M., Denysenko M. M., Pliekhov V. A., Tkachenko T. V., Zadorozhny V. V., Malykhina N. A., Minko O. O., Lakynskyi R. V., Vasylieva O. O., Yurchenko O. M., Herasymov B. O., Herasymov D. O. (Kharkiv, Kyiv, Rivne, Zaporizhzhia)
Frequency of "drunk days" and its relationships with other psychoactive substance use indicators.....4

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS

- Vasylieva O. V., Samoiloova O. V. (Kharkiv)
Psychological Maladjustment of Foreign Students in English-Language Educational Programs during Wartime.....13
- Denysov Ye. M., Putyatin G. G. (Kropyvnytskyi)
Comprehensive assessment of polypharmacy potential in psychiatry.....16
- Kozhyna H. M., Nemchenko A. O. (Kharkiv)
Psychoeducational interventions in personalized therapy of depressive disorders in persons affected by combat actions.....21
- Kozhyna H. M., Sukharieva V. A., Potapov O. O. (Kharkiv)
Mechanisms of development of stress-related mental disorders in combat-injured military personnel: the role of comorbid pathology and syndromal organization.....26
- Linskiy I. V., Pidkorytov V. S., Kuzminov V. N., Denysenko M. M., Zavorotny V. I., Lakynskyi R. V., Skrynnik O. V., Minko O. O., Zadorozhny V. V., Tkachenko T. V., Malykhina N. A., Borzenko V. R. (Kharkiv)
Dynamics of affective and addictive symptoms and quality of life in patients with stress-associated disorders during standard inpatient treatment.....33
- Ogorenko V. V., Shornikov A. V., Baklashkin V. M. (Dnipro)
Prediction of quality of life in persons with addictive behavior.....43
- Pronko Ivan (Kharkiv)
Therapeutic interventions in autism through the prism of evidence-based medicine: focus on behavioral techniques...48
- Tieroshina I. F., Zelenska K. O., Chernenko I. O., Demikhova N. V. (Kharkiv)
Psychopathological phenomenology and clinical management of patients with depressive episode under conditions of full-scale invasion.....54
- Chemerys M. M. (Lviv)
Comparative analysis of affective, somatovegetative and cognitive psychopathological reactions in patients with diffuse alopecia of various genesis.....57
- Yaroslavtsev S. O. (Kropyvnytskyi)
The impact of war on inpatient psychiatric care performance indicators: the experience of a regional psychiatric hospital...61

LITERATURE REVIEW

- Maruta N. O., Fedchenko V. Yu., Panko T. V., Semikina O. Ye., Yavdak I. O. (Kharkiv)
The current state of the problem of emotional burnout in mental health professionals (analytical review of the literature).....64

JUBILEES

- To the 75th anniversary of the birth of Doctor of Medical Sciences, Professor Boris Volodymyrovych Mikhailov, Honored Scientist of Science and Technology of Ukraine, Academician of the National Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine.....74

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

ЧАСТОТА «П'ЯНИХ ДНІВ» І ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ПОКАЗНИКАМИ ВЖИВАННЯ ІНШИХ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН¹

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

FREQUENCY OF "DRUNK DAYS" AND ITS RELATIONSHIPS WITH OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE INDICATORS

Ключові слова: адиктивна поведінка, частота вживання психоактивних речовин, взаємозалежність характеристик, регресійний аналіз, гендерні відмінності

Key words: addictive behavior, frequency of substance use, interdependence of characteristics, regression analysis, gender differences

Мета роботи — вивчення зв'язків частоти «п'яних днів» (ПД) з показниками вживання інших психоактивних речовин: нікотину (сигарет), рецептурних психотропних ліків не за призначенням (РПЛ-НЗП), марихуани та інших наркотиків.

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

Основним інструментом досліджування був опитувальник міжнародного дослідницького консорціуму GENAHTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others). Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний та регресійний аналіз) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

За допомогою двоетапного алгоритму аналізу вихідних даних в умовах їхньої високої дисперсії показано, що регресійна залежність основних характеристик адиктивної поведінки від частоти ПД має нелінійний характер, що оптимально описується поліномами третього ступеня, єдиним винятком із цього правила є регресійна залежність від частоти ПД добової кількості сигарет, що оптимально описується лінійними рівняннями (рівняннями першого ступеня). Встановлено, що формування алкогольної залежності супроводжується зменшенням частоти випадків вживання РПЛ-НЗП та інших наркотиків, але не марихуани, можливо тому, що вона (як і алкоголь) є депресантом центральної нервової системи і тому може утворювати з останнім підґрунтя для формування коморбідної залежності від двох психоактивних речовин одночасно.

The goal of the work is to study the relationship between the frequency of "drunken days" (DD) and the use of other psychoactive substances (nicotine (cigarettes), prescription psychotropic drugs not for the intended purpose (PPD-NFIP), marijuana and other drugs).

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

The main research instruments were the questionnaire of the international research consortium GENAHTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others). The obtained data were processed by methods of mathematical statistics (variance, correlation and regression analysis) on a computer using Excel 2016 computational tables (with the Data Analysis package).

Using a two-stage algorithm for analyzing the initial data (under conditions of their high variance), it was shown that the regression dependence of the main characteristics of addictive behavior on the frequency of DD is nonlinear, optimally described by polynomials of the third degree, with the only exception to this rule being the regression dependence of the daily number of cigarettes on the frequency of PD, which is optimally described by a linear equation (first degree equation). It was found that the formation of alcohol dependence is accompanied by a decrease in the frequency of use of PPD-NFIP and other drugs, but not marijuana, possibly because it (like alcohol) is a depressant of the central nervous system and therefore can form with the alcohol a basis for the formation of comorbid dependence on two psychoactive substances simultaneously.

¹ Перші дев'ять частин дослідження опубліковано: Український вісник психоневрології. 2021: Т. 29, вип. 1 (106), вип. 2 (107), вип. 3 (108), вип. 4 (109); 2022: Т. 30, вип. 1 (110), вип. 2 (111); 2023: Т. 31, вип. 1 (114); вип. 2 (115); 2024: Т. 32, вип. 2 (119).

© Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І., Кожина Г. М., Гриневич Є. Г., Овчаренко М. О., Чугунов В. В., Пострелко В. М., Денисенко М. М., Плехов В. А., Ткаченко Т. В., Задорожний В. В., Малихіна Н. А., Мінко О. О., Лакинський Р. В., Васильєва О. О., Юрченко О. М., Герасимов Б. О., Герасимов Д. О., 2025

Вживання алкоголю (ВА) супроводжується численними шкідливими наслідками і для самих його споживачів, і для інших людей [1—3]. Відомо, що є широкий спектр різновидів цієї «шкоди для інших» (ШДІ): від дорожньо-транспортних пригод, спричинених п'яними водіями [4—6], до насильства у родинах [7; 8]. Збитки суспільства внаслідок ШДІ є майже вдвічі більшими, ніж збитки внаслідок шкоди для самих питущих [9]. Тому ВООЗ розглядає протидію ШДІ як невід'ємну складову ефективної алкогольної політики [10].

Розв'язання глобальної проблеми ШДІ потребує широкої дослідницької кооперації. Така кооперація знайшла своє втілення, зокрема, в міжнародному консорціумі для реалізації проєкту GENANTO (Gender, Alcohol, and Harms to Others — Гендер, Алкоголь та Шкода для Інших) [11]. 2018 року до участі у цьому консорціумі долучилась і Україна. Результати реалізації української частини проєкту GENANTO вже були висвітлені раніше в серії публікацій. Зокрема, були описані масштаби ШДІ в українському суспільстві, її гендерні та вікові особливості [12]; прояви несприятливого впливу питущих на дорослих [13] та дітей [14]; на особливості афективного [15], алкогольного [16] статусів, на алкогольні уподобання та звички осіб в мікросоціальному оточенні питущих [17]. Окрім того, відомості, зібрані в межах проєкту GENANTO, дали змогу встановити межі проблемного ВА (з точки зору практично здорових респондентів) та епідеміологічне значення цих меж [18], а також зв'язки показника «частота п'яних днів» з іншими характеристиками алкогольної поведінки респондентів [19] та їхнім фізичним і психічним благополуччям [20].

В останніх трьох публікаціях було показано, що серед простих характеристик алкогольної поведінки (характеристик, що не потребують комплексного урахування кількох факторів) однією з найбільш інформативних (щодо диференціювання респондентів на групи: здорові, питущі, залежні від алкоголю) є частота «п'яних днів» (ПД), або, інакше кажучи, кількість днів ВА протягом певного періоду часу [18—20]. Результати оцінки стану респондентів за цією характеристикою міцно корелювали [18] з результатами тесту AUDIT, який визнається світовою професійною спільнотою «золотим стандартом» визначення ступеня важкості розладів внаслідок ВА [21]. Доступність характеристики «частота ПД» (відомості про неї можна отримати в процесі простої співбесіди) робить її важливим інструментом для скринінг-оцінки алкогольної поведінки респондентів. Для того, щоб такі скринінг-оцінки були максимально інформативними, важливо знати як саме частота ПД пов'язана з показниками вживання інших психоактивних речовин.

Саме тому метою цього дослідження стало вивчення зв'язків частоти ПД з показниками вживання інших психоактивних речовин: нікотину (сигарет), рецептурних психотропних ліків не за призначенням (РПЛ-НЗП), марихуани та інших наркотиків.

Загалом протягом 2018—2021 років обстежено 1742 особи (мешканці Харківської, Луганської та Запорізької областей, а також міста Києва), які належали до чотирьох категорій: хворі на АЗ (393 особи, серед них — 359 чоловіків і 34 жінки); здорові родичі хворих на АЗ (274 особи, серед них — 98 чоловіків і 176 жінок); представники загальної популяції порівнянного з представниками перших двох груп віку (334 особи, серед них — 120 чоловіків і 214 жінок) і студенти 3, 4 курсів медичних вишів (741 особа, серед них — 227 чоловіків і 514 жінок). Частота ПД (як і більшість інших показників, що будуть висвітлені у цій статті) є континуальною характеристикою, величина якої неухильно збільшується в ряду «здорові — питущі — залежні від алкоголю», тому обстежених всіх категорій аналізували разом в двох групах, виокремлених за ознакою статі. Відомості про різні характеристики, що вивчали, вдалося отримати не від усіх респондентів, тому у таблицях наведені кількості осіб, що надали потрібну інформацію.

Основним інструментом дослідження був опитувальник консорціуму GENANTO, що складається з двох частин, перша з яких присвячена самому респонденту, а друга — його оточенню [11]. Інформацію про частоту ПД, зібрану за допомогою цього опитувальника, що стосувалась ВА протягом останніх 12 місяців, оцінювали за 4-бальною шкалою, де: 0 балів означає повну відсутність ПД; 1 бал — 2 або менше ПД на тиждень; 2 бали — 3—4 ПД на тиждень; 3 бали — 5—6 ПД на тиждень і 4 бали — щоденне ВА.

Обстеження виконували треновані інтерв'юери методом *face to face* зазвичай протягом 1,5—2 годин, одноразово, після отримання відповідної інформованої згоди від респондентів. З огляду на те, що ця стаття є однією із серії подібних публікацій, в ній буде висвітлено лише частину інформації, отриманої за допомогою згаданого вище інструментарію. Вивчали зв'язки частоти ПД з такими характеристиками: частота куріння і добова кількість сигарет, а також частота вживання РПЛ-НЗП, марихуани та інших наркотиків. Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний та регресійний аналізи [21]) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Опис зв'язків між частотою ПД та іншими характеристиками, що вивчали, доцільно розпочати з результатів кореляційного аналізу, виконаного за допомогою обчислення коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена в двох варіантах: за вихідними даними і за середніми значеннями згаданих характеристик в групах з різною частотою ПД (табл. 1).

У разі використання вихідних даних (стовпці 2, 3 табл. 1), спостерігались кореляція середньої сили між частотою ПД і частотою куріння, а також слабка кореляція між частотою ПД і добовою кількістю сигарет.

Таблиця 1. Кореляції частоти ПД з іншими характеристиками, що вивчали

Характеристики, кореляцію з якими вивчали в парах з частотою ПД	Коефіцієнти рангової кореляції Спірмена*			
	за вихідними даними		за середніми значеннями в групах з різною частотою ПД	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1	2	3	4	5
Частота куріння	0,42	0,37	0,90	0,90
Добова кількість сигарет	0,23	0,29	1,00	1,00
Вживання РПЛ-НЗП	—	—	0,84*	0,91*
Вживання марихуани (гашишу)	—	—	0,94*	0,98*
Вживання інших наркотиків	—	—	0,93*	0,92*

Примітки. Оскільки інформація про вживання РПЛ-НЗП, марихуани (гашишу) та інших наркотиків мала альтернативний формат («так» — «ні»), зв'язок з частотою ПД оцінювали через кореляції цієї величини з частотою позитивних відповідей на запитання про відповідне вживання в групах порівняння. * — Коефіцієнти кореляції з достовірністю на рівні $p < 0,05$ виділені заливкою сірого кольору

Водночас, у разі використання середніх значень згаданих характеристик в групах з різною частотою ПД (стовпці 4, 5 табл. 1), рангові кореляції, про які йдеться, виявились набагато міцнішими. Майже всі ознаки продемонстрували або функціональну залежність ($r_{xy} = 1$), або дуже сильний ($r_{xy} > 0,8$) кореляційний зв'язок. Це пояснюється, насамперед, істотною дисперсією вихідних даних (про це докладніше буде сказано нижче). Однак, з огляду на те, що коефіцієнт рангової кореляції Спірмена є мірою лінійного зв'язку між випадковими величинами, причиною згаданого також міг бути нелінійний характер зв'язків між характеристиками, що вивчали.

Для перевірки цього припущення потрібно було провести регресійний аналіз наявних даних. Такий аналіз було розпочато з розгляду зв'язків між частотою ПД і частотою куріння сигарет (рис. 1, табл. 2).

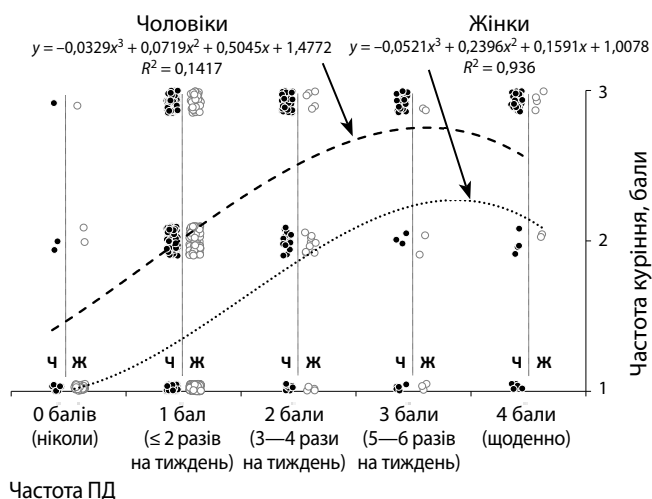


Рис. 1. Регресійні залежності частоти куріння сигарет від частот ПД у чоловіків і жінок на тлі діаграм розсіювання варіант в групах респондентів з різною частотою ПД

Для належної візуалізації вихідних даних були створені діаграми розсіювання варіант (для чоловіків і жінок окремо) з незначними штучними флуктуаціями їх координат. Потреба у додаванні штучних флук-

туацій була пов'язана із тим, що у вихідних даних для цих діаграм була відносно мала кількість градацій (за частотою ПД — лише 5 градацій (0—4 бали), а за частотою куріння сигарет — лише 3 градації (1 бал — не курю, 2 бали — від часу до часу, 3 бали — щоденно), що дає лише 15 варіантів координат). Внаслідок цього, без додаткової обробки, значна частина варіант (при загальній кількості спостережень 1742 особи) в системі координат «частота ПД — частота куріння сигарет» мала б однакові з іншими варіантами положення на діаграмі розсіювання. Інакше кажучи, точки, що репрезентують різних респондентів, накладалися б одна на одну. Через це було б не можна визначити, яка точка відповідає одному респонденту, а яка — цілій їх групі з однаковими координатами. Для розв'язання цієї проблеми і візуалізації всіх наявних варіант на діаграмі розсіювання в координати точок були введені штучні похибки (від -5 % до +5 % від справжніх значень координат), створені генератором випадкових чисел з таблиць Excel 2016.

Як можна бачити (див. рис. 1), наявні дані дійсно мають високу дисперсію. Зокрема, загалом коефіцієнт варіації (C_v) частоти куріння сигарет в групі чоловіків дорівнював 40,7 %, а в групі жінок — 49,3 %. Водночас, незалежно від статі, в ряду груп з частотами ПД ≤ 2 ; 3—4; 5—6 і 7 разів на тиждень спостерігалось стале зменшення коефіцієнтів варіації — для чоловіків: 51,7 %, 43,2 %, 37,4 % та 29,5 % і для жінок: 50,2 %, 49,5 %, 45,6 % та 41,4 % відповідно, що означає неухильне зменшення розмаїття частот куріння сигарет зі збільшенням частоти ПД. Водночас практично в кожній групі респондентів з різними частотами ПД були варіанти як з мінімальними, так і з максимальними частотами куріння сигарет.

Однак, можна помітити, наприклад, що в групі з низькою частотою ПД (≤ 2 разів на тиждень) щільність варіант — вища в області середніх частот куріння сигарет (2 бали), а в групі з високою частотою ПД («щоденно») — навпаки, ця щільність вища в об-

ласті високих частот куріння сигарет (3 бали). Це спостереження підтверджує висновок про прямий кореляційний зв'язок між частотою ПД і частотою куріння сигарет (див. рядок 1 табл. 1). Проте, висока дисперсія вихідних даних не дає змоги зробити висновок про характер цього зв'язку (лінійний або, навпаки, нелінійний) і, надто — визначити ступінь рівняння регресії для адекватного математичного опису цієї залежності.

З метою усунення невизначеності, яка пов'язана із високою дисперсією вихідних даних, обчислені середні значення частот куріння сигарет у чоловіків і жінок (табл. 2) в групах респондентів з різною частотою ПД і побудовано відповідні графіки (див. рис. 1). Форма цих графіків, а також її подібність у чоловіків і жінок, свідчать про те, що зв'язок між частотою ПД і частотою куріння сигарет має нелінійний характер (з характерними двома вигинами і тенденцією до «насічення» в області ви-

соких значень частоти ПД (3—4 бали). Подальшим підбиранням оптимальної лінії тренду (за величиною достовірності апроксимації R^2) встановлено, що найкращу апроксимацію цих даних і у чоловіків, і у жінок забезпечують поліноми третього ступеня. Це дало змогу від середніх величин повернутись до вихідних даних і здійснити їх апроксимацію поліномом визначеного (в цьому разі — третього) ступеня для уточнення коефіцієнтів рівняння регресії і, відповідно, форми регресійної кривої (див. рис. 1). Отже, для оптимального математичного опису взаємозалежностей, про які йдеться у цій статті, в умовах високої дисперсії вихідних даних слід використовувати алгоритм пошуку рівнянь регресії, що складається з двох етапів, а саме: з визначення ступеня рівняння (поліному) в процесі апроксимації усереднених групових даних і з апроксимації вихідних даних рівнянням (поліномом) визначеного ступеня для уточнення його коефіцієнтів.

Таблиця 2. Середня частота куріння сигарет в групах обстежених чоловічої і жіночої статі з різною частотою ПД

Групи з різною частотою ПД	Чисельність груп, осіб		Середня частота куріння сигарет, бали ¹⁾		p ²⁾		
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	Як порівняти з «Щоденно»		Чоловіки – Жінки
					чоловіки	жінки	
Ніколи (0 балів)	22	114	1,48 ± 0,17	1,00 ± 0,00	> 0,05	> 0,05	< 0,01
≤ 2 разів на тиждень (1 бал)	351	664	2,02 ± 0,05	1,35 ± 0,03	> 0,05	> 0,05	< 0,001
3—4 рази на тиждень (2 бали)	112	27	2,51 ± 0,07	1,87 ± 0,16	> 0,05	> 0,05	< 0,001
5—6 разів на тиждень (3 бали)	58	10	2,75 ± 0,09	2,23 ± 0,30	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Щоденно (4 бали)	113	12	2,54 ± 0,07	2,14 ± 0,27	—	—	> 0,05
Разом	656	827	2,21 ± 0,03	1,39 ± 0,02	—	—	< 0,001

Примітки. ¹⁾ — середні значення показників подано у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$); ²⁾ — достовірність відмінностей середніх значень в групах порівняння (достовірності відмінностей на рівні $p < 0,05$ виділені заливкою сірого кольору)

Описаний вище алгоритм математичного аналізу був застосований і для іншої характеристики алкогольної поведінки, а саме для добової кількості сигарет. В результаті такого аналізу встановлено, що регресійна залежність добової кількості сигарет, від частоти ПД найкраще описується лінійними рівняннями (рівняннями першого ступеня) незалежно від статі респондентів (рис. 2 і табл. 3).

З'ясовано, що дані про добову кількість сигарет (рис. 2) також мають досить високу дисперсію. Зокрема, загалом коефіцієнт варіації (C_v) в групі чоловіків дорівнював 42,1 %, а в групі жінок — 60,5 %, що більше, ніж відповідні показники дисперсії частоти куріння сигарет.

Водночас, незалежно від статі, в ряду груп з частотами ПД ≤ 2; 3—4; 5—6 і 7 разів на тиждень спостерігалася тенденція до зменшення коефіцієнтів варіації кількості викурених за добу сигарет — для чоловіків: 48,5 %, 51,6 %, 51,8 % та 36,0 % і для жінок: 79,7 %, 57,2 %, 61,3 % та 40,2 % відповідно. Інакше кажучи, як і в разі з частотою куріння, зі збільшенням частоти ПД відбувалось певне зменшення розмаїття добової

кількості сигарет, що було особливо помітно при переході до групи з щоденним вживанням алкоголю (частота ПД — 4 бали).

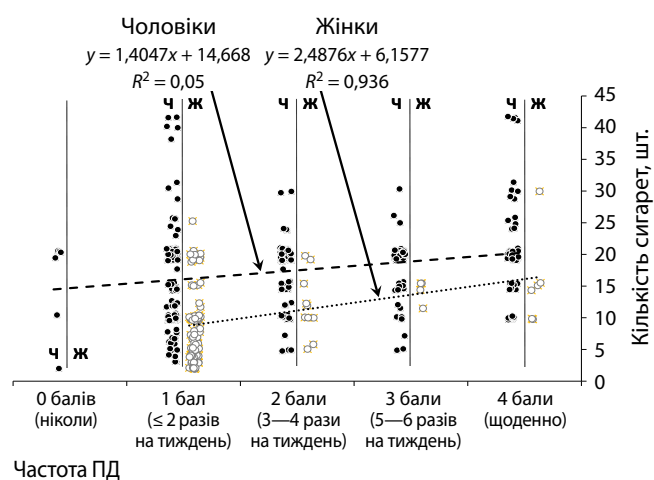


Рис. 2. Регресійні залежності добової кількості сигарет (у тих хто курить) від частот ПД у чоловіків і жінок на тлі діаграм розсіювання варіант в групах респондентів з різною частотою ПД

Таблиця 3. Середня добова кількість сигарет (у тих хто курить) в групах обстежених чоловічої і жіночої статі з різною частотою ПД

Групи з різною частотою ПД	Чисельність груп, осіб		Середня добова кількість сигарет, шт. ¹⁾		$p^2)$		Чоловіки — Жінки
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	
Ніколи (0 балів)	6	0	14,67 ± 3,13	—	> 0,05	—	—
≤ 2 разів на тиждень (1 бал)	130	91	16,07 ± 0,69	8,65 ± 0,59	> 0,05	> 0,05	< 0,001
3—4 рази на тиждень (2 бали)	77	10	17,48 ± 0,80	11,13 ± 1,61	> 0,05	> 0,05	< 0,01
5—6 разів на тиждень (3 бали)	49	4	18,88 ± 0,70	13,62 ± 0,75	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Щоденно (4 бали)	90	6	20,29 ± 0,76	16,11 ± 3,00	—	—	> 0,05
Разом	352	111	17,66 ± 0,39	9,73 ± 0,56	—	—	< 0,001

Примітки. ¹⁾ — середні значення показників подано у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$); ²⁾ — достовірність відмінностей середніх значень в групах порівняння (достовірності відмінностей на рівні $p < 0,05$ виділені заливкою сірого кольору)

Окрім характеристик куріння сигарет, в межах цієї роботи предметом дослідження також були частоти вживання РПЛ-НЗП, марихуани (гашишу) та інших наркотиків (рис. 3 і табл. 4).

Частота вживання марихуани (гашишу) разом із збільшенням частоти ПД неухильно зростає (з певним уповільненням темпу цього зростання у чоловіків і, навпаки, з прискоренням такого темпу у жінок) (рис. 3А).

На відміну від цього, регресійні залежності частот вживання РПЛ-НЗП та інших наркотиків від частоти вживання алкоголю мають чіткі максимуми при кількості ПД 5—6 разів на тиждень (3 бали), а при переході до групи респондентів із щоденним вживанням (4 бали) істотно зменшуються (рис. 3Б і 3В).

Такий характер поведінки регресій, про які йдеться, можна пояснити тим, що перехід від частоти ПД 5—6 разів на тиждень до щоденного вживання фактично є насправді переходом якісним, з перетворенням, користуючись старою термінологією, побу-

тового пияцтва на алкоголізм. А справжня алкоголь-на залежність (як і будь-які інші залежності) часто призводить до істотного зменшення вживання всіх психоактивних речовин, крім тієї, яка власне і стала об'єктом клінічно значущого зловживання.

Однак, як можна бачити, із цього правила також бувають винятки (див. рис. 3А). Як вже було сказано вище, частота вживання марихуани (гашишу) разом із збільшенням частоти ПД зростає неухильно. Інакше кажучи, формування алкогольної залежності не перешкоджає вживанню марихуани (гашишу), а, навпаки, потенціює його. Цілком можливо, що це пов'язано з тим, що і алкоголь, і канабіноїди, які містяться у марихуані (гашишу), належать до класу депресантів центральної нервової системи і тому, образно кажучи, не конкурують між собою за споживача, справляючи на останнього синергетичний ефект, що може бути підґрунтям для формування коморбідної залежності від двох психоактивних речовин одночасно.

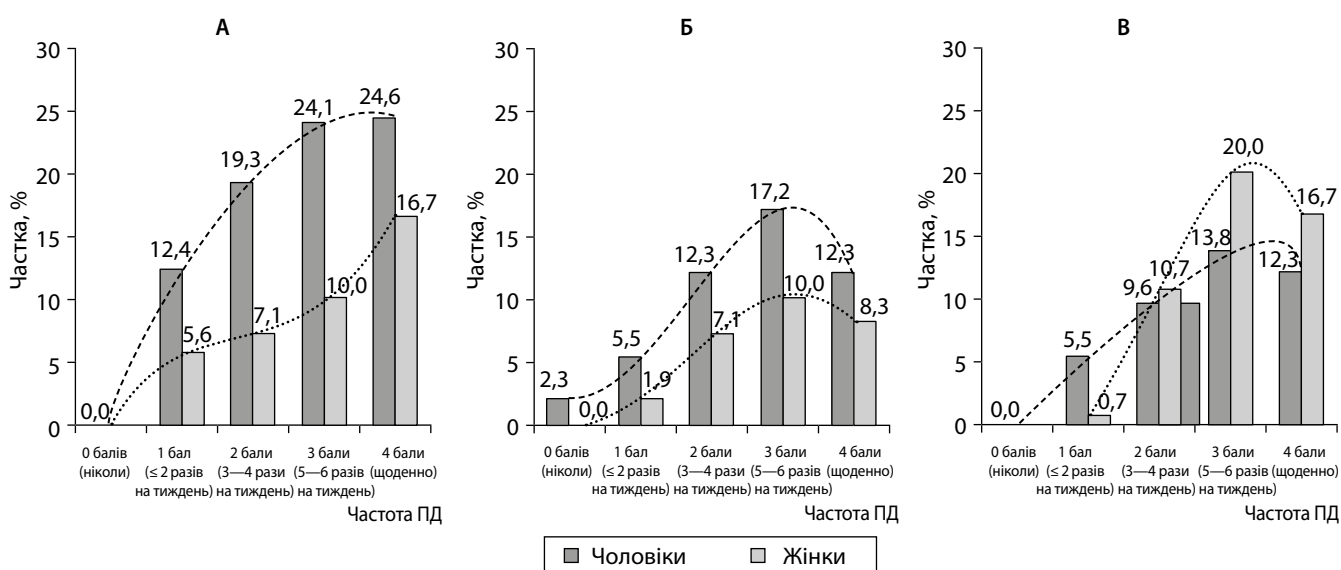


Рис. 3. Частоти випадків вживання марихуани (гашишу) (А), РПЛ-НЗП (Б) та інших наркотиків (В) в групах респондентів з різною частотою ПД (за останні 12 місяців):

Примітка: за 100 % взято повну чисельність групи з відповідною частотою ПД.

Таблиця 4. Розподіли осіб за частотою випадків вживання РПЛ-НЗП, марихуани (гашишу) та інших наркотиків в групах обстежених чоловічої і жіночої статі з різною частотою ПД

Події	Частота подій в групах з різною частотою ПД																							
	Ніколи				≤ 2 разів на тиждень				3—4 рази на тиждень				5—6 разів на тиждень				Щоденно				Разом			
	чоловіки (n = 43)		жінки (n = 120)		чоловіки (n = 363)		жінки (n = 677)		чоловіки (n = 114)		жінки (n = 28)		чоловіки (n = 58)		жінки (n = 10)		чоловіки (n = 114)		жінки (n = 12)		чоловіки (n = 692)		жінки (n = 847)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
РПЛ-НЗП	1	2,3	—	—	20	5,5	13	1,9	14	12,3	2	7,1	10	17,2	1	10,0	14	12,3	1	8,3	59	8,5	17	2,0
Марихуана (гашиш)	—	—	—	—	45	12,4	38	5,6	22	19,3	2	7,1	14	24,1	1	10,0	28	24,6	2	16,7	109	15,8	43	5,1
Інші наркотики	—	—	—	—	20	5,5	5	0,7	11	9,7	3	10,7	8	13,8	2	20,0	14	12,3	2	16,7	53	7,7	12	1,4

Достовірність відмінностей між розподілами обстежених чоловічої і жіночої статі різних груп порівняння (p)

	Ніколи	≤ 2 разів на тиждень	3—4 рази на тиждень	5—6 разів на тиждень	Щоденно	Разом
РПЛ-НЗП	0,094	0,002	0,441	0,566	0,688	< 0,001
Марихуана (гашиш)	—	< 0,001	0,124	0,319	0,541	< 0,001
Інші наркотики	—	< 0,001	0,865	0,609	0,664	< 0,001

Примітки. n — кількість осіб з відповідною частотою ПД; за 100 % узятю повну чисельність групи з відповідною частотою ПД; достовірності відмінностей на рівні $p < 0,05$ виділені заливкою сірого кольору

Слід також звернути увагу на гендерні особливості регресійних залежностей, про які йдеться. Як і в разі з курінням сигарет, частоти вживання марихуани (гашишу) та РПЛ-НЗП у чоловіків істотно вищі, ніж у жінок, при всіх частотах ПД, що цілком узгоджується і з сучасними уявленнями про чоловічу стать як фактор ризику формування станів залежності (зокрема, залежності полівалентної).

Однак і з цього правила є виняток. При кількості ПД більше ніж чотири рази на тиждень (> 2 балів) частота вживання інших наркотиків (серед яких переважали «вуличні» психостимулятори та опіоїди) у жінок виявилась в 1,4 раза вищою, ніж у чоловіків (20,0 % проти 13,8 % і 16,7 % проти 12,3 % при ПД 3 і 4 бали відповідно). На жаль, кількість спостережень у цих групах недостатня для достовірних висновків, що зумовлює необхідність подальших досліджень.

Отже, результати проведеного аналізу дають змогу сформулювати такі висновки.

1. Показники вживання різних психоактивних речовин (частота куріння і добова кількість сигарет, а також частота випадків вживання рецептурних психотропних ліків не за призначенням (РПЛ-НЗП), марихуани (гашишу) та інших наркотиків) позитивно і достовірно корелює із частотою «п'яних днів» (ПД) у респондентів як чоловічої, так і жіночої статі.

2. Встановлено, що залежність переважної більшості показників вживання різних згаданих психоактивних речовин має нелінійний характер регресійної залежності від частоти ПД, що оптимально описується поліномами третього ступеня, єдиним

винятком із цього правила є регресійна залежність від частоти ПД добової кількості сигарет, що оптимально описується лінійним рівнянням (рівнянням першого ступеня).

3. Перехід до щоденного вживання алкоголю (що зазвичай є маркером формування алкогольної залежності) супроводжується зменшенням частоти випадків вживання РПЛ-НЗП та інших наркотиків, але не марихуани, можливо тому, що вона (як і алкоголь) є депресантом центральної нервової системи і тому може утворювати з останнім підґрунтя для формування коморбідної залежності від двох психоактивних речовин одночасно.

4. Частоти вживання майже всіх досліджених психоактивних речовин виявились у чоловіків очікувано вищими, ніж у жінок; за винятком так званих «інших наркотиків» (переважно «вуличних» психостимуляторів та опіоїдів), частота вживання яких серед респондентів з кількістю ПД більше ніж чотири рази на тиждень виявилась у жінок в 1,4 раза вищою, ніж у чоловіків. Цей феномен для свого підтвердження і пояснення потребує подальших досліджень.

(Далі буде)

Список літератури

1. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia / Laslett AM, Room R, Ferris J, [et al.] // Addiction. 2011. Vol. 106 (9). P. 1603—11. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x
2. Connor J., Casswell S. Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge // The New Zealand Medical Journal. 2012. Vol. 125 (1360). P. 11—27.

3. Dussaillant F, Fernandez M. Alcohol's harm to others' well-being and health: a comparison between Chile and Australia // *Alcohol and Alcoholism*. 2015. Vol. 50(3). P. 346—51. DOI: 10.1093/alcalc/agn002

4. Temporal Patterns of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Road Accidents in Young Swiss Men: Seasonal, Weekday and Public Holiday Effects / Foster S., Gmel G., Estévez N. [et al.] // *Alcohol and Alcoholism*. 2015. Vol. 50(5). P. 565—72. DOI: 10.1093/alcalc/agn037

5. Ferris J. Alcohol-related serious road traffic injuries between 2000 and 2010: A new perspective to deal with administrative data in Australia / J. Ferris, J. Killian, B. Lloyd // *The International Journal of Drug Policy*. 2017. Vol. 43. P. 104—112. DOI: 10.1016/j.drugpo.2017.02.015

6. Alcohol and drugs use among drivers injured in road accidents in Campania (Italy): A 8-years retrospective analysis / Carfora A., Campobasso C. P., Cassandro P. [et al.] // *Forensic Science International*. 2018. Vol. 288. P. 291—296. DOI: 10.1016/j.forsciint.2018.05.003

7. The Dynamics of Partner Violence and Alcohol Use in Couples: Research Methods / Burge S. K., Katern-dahl D. A., Becho J. [et al.] // *Violence and Victims*. 2019. Vol. 34(1). P. 136—156. DOI: 10.1891/0886-6708.34.1.136

8. Alcohol Use and Intimate Partner Violence Among Community College Women: An Exploration of Protective Factors / Gomez J., Orchowski L., Pearlman D. N. [et al.] // *Violence and Gender*. 2019. Vol. 6(3). P. 187—195. DOI: 10.1089/vio.2018.0023

9. Nutt D. J. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis / Nutt, David & King, Leslie & Phillips, Lawrence // *Lancet*. 2010. Vol. 376(9752). P. 1558—1565.

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

11. Wilsnack S. C. The GENAHTO Project (Gender and Alcohol's Harm to Others): Design and methods for a multinational study of alcohol's harm to persons other than the drinker / S. C. Wilsnack, T. K. Greenfield, K. Bloomfield // *The International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2018. Vol. 7(2). P. 37—47. DOI: 10.7895/ijadr.253

12. Питущі особи в мікросоціальному оточенні мешканців України. Вікові та гендерні особливості / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 1 (106). С. 4—11. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-1>

13. Прояви несприятливого впливу питущих на дорослих в мікросоціальному оточенні / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 2 (107). С. 5—13. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-1>

14. Особливості несприятливого впливу питущих на дітей в мікросоціальному оточенні / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 3 (108). С. 5—11. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is3-2021-1>

15. Вплив питущих на афективний статус представників їхнього мікросоціального оточення / Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 4 (109). С. 8—18. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-1>

16. Вплив питущих на алкогольний статус представників їхнього мікросоціального оточення / Лінський І. В., Кузьмі-

нов В. Н., Мінко О. І. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, вип. 1 (110). С. 5—15. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-1>

17. Вплив питущих на алкогольний статус представників їхнього мікросоціального оточення / Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмінов В. Н. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, вип. 2 (111). С. 4—17. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-1>

18. Межі проблемного вживання алкоголю з точки зору практично здорових респондентів і епідеміологічне значення цих меж / Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмінов В. Н. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 1 (114). С. 4—19. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-1>

19. Частота «п'яних днів» і її зв'язки з іншими характеристиками алкогольної поведінки респондентів / Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмінов В. Н. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 2 (115). С. 5—15. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-1>

20. Вплив частоти «п'яних днів» на фізичне і психічне благополуччя споживачів алкоголю / Лінський І. В., Хаустов М. М., Кузьмінов В. Н. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2024. Т. 32, вип. 2 (119). С. 4—13. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-1>

21. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. Киев : Моріон, 2000. 320 с.

References

1. Laslett AM, Room R, Ferris J, Wilkinson C, Livingston M, Mugavin J. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*. 2011;106(9):1603-1611. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x

2. Connor J, Casswell S. Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. *N Z Med J*. 2012;125(1360):11-27. Published 2012 Aug 24.

3. Dussaillant F, Fernandez M. Alcohol's harm to others' well-being and health: a comparison between Chile and Australia. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(3):346-351. doi:10.1093/alcalc/agn002

4. Foster S, Gmel G, Estévez N, Bähler C, Mohler-Kuo M. Temporal Patterns of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Road Accidents in Young Swiss Men: Seasonal, Weekday and Public Holiday Effects. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(5):565-572. doi:10.1093/alcalc/agn037

5. Ferris J, Killian J, Lloyd B. Alcohol-related serious road traffic injuries between 2000 and 2010: A new perspective to deal with administrative data in Australia. *Int J Drug Policy*. 2017;43:104-112. doi:10.1016/j.drugpo.2017.02.015

6. Carfora A, Campobasso CP, Cassandro P, Petrella R, Borriello R. Alcohol and drugs use among drivers injured in road accidents in Campania (Italy): A 8-years retrospective analysis. *Forensic Sci Int*. 2018;288:291-296. doi:10.1016/j.forsciint.2018.05.003

7. Burge SK, Katern-dahl DA, Becho J, Wood R, Rodriguez J, Ferrer R. The Dynamics of Partner Violence and Alcohol Use in Couples: Research Methods. *Violence Vict*. 2019;34(1):136-156. doi:10.1891/0886-6708.34.1.136

8. Gomez J, Orchowski L, Pearlman DN, Zlotnick C. Alcohol Use and Intimate Partner Violence Among Community College Women: An Exploration of Protective Factors. *Violence Gend*. 2019;6(3):187-195. doi:10.1089/vio.2018.0023

9. Nutt, David & King, Leslie & Phillips, Lawrence. (2010). Drug harms in the UK: A multi-criterion decision analysis. *Lancet*. 376(9752) 1558-65.

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

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

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

13. Linskiy I. V., Khaustov M. M., Kuzminov V. N. [ta in.]. Proiavy nespriyatlyvoho vplyvu pytushchykh na doroslykh v mikrosotsialnomu otocenni. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2021. Vol. 29, issue 2 (107). P. 5—13. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-1>. (In Ukrainian).

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

15. Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I. [ta in.]. Vplyv pytushchykh na afektyvnyi status predstavnykiv yikhnoho mikrosotsialnoho otocennia. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2021. Vol. 29, issue 4 (109). P. 8—18. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-1>. (In Ukrainian).

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

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

18. Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I. [ta in.]. Mezhi problemnoho vzhyvannia alkoholu z tochky zoru praktychno zdorovykh respondentiv i epidemiologichne znachennia tsykh mezh. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2023. Vol. 31, issue 1 (114). P. 4—19. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-1>. (In Ukrainian).

19. Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I. [ta in.]. Chastota "p'ianykh dnev" i ii zv'iazky z inshymy kharakterystykamy alkoholnoi povedinky respondentiv. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2023. Vol. 31, vyp. 2 (115). P. 5—15. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-1>. (In Ukrainian).

20. Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I. [ta in.]. Vplyv chastoty «p'ianykh dnev» na fizychnie i psykhichne blahopoluchchia spozhyvachiv alkoholu. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi*. 2024. Vol. 32, issue 2 (119). P. 4—13. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-1>

21. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel* [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kiev : Morion, 2000. 320 p. (In Russian).

Надійшла до редакції 29.03.2025

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 (ХНУ) імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

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

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*

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

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ МОЗ України, м. Харків, Україна
ГРИНЕВИЧ Євгенія Геннадіївна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ВАСИЛЬЄВА Ольга Олександрівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

ЮРЧЕНКО Ольга Миколаївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

ГЕРАСИМОВ Богдан Олексійович, молодший науковий співробітник відділу*

ГЕРАСИМОВ Дмитро Олексійович, молодший науковий співробітник відділу*

* — 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 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 V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

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

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VASYLIEVA Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

YURCHENKO Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

HERASYMOV Bohdan, Junior Researcher of the Department**

HERASYMOV Dmytro, Junior Researcher of the Department**

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

О. В. Васильєва, О. В. Самойлова

ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ АНГЛОМОВНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

O. V. Vasylieva, O. V. Samoilova

PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT OF FOREIGN STUDENTS IN ENGLISH-LANGUAGE EDUCATIONAL PROGRAMS DURING WARTIME

Ключові слова: психологічна дезадаптація, іноземні студенти, воєнний стан, англomовна освіта, травматичний стрес

У процесі роботи проведено комплексне клініко-психологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 372 іноземних студентів англomовної форми навчання I—VI курсів Харківського національного медичного університету. I група — студенти з Індії (194 особи); II група — студенти з країн Близького Сходу (96 осіб); III група — студенти з країн Африки (82 особи). Патологічні рівні психологічної дезадаптації (високий та виражений) діагностовано у 26,6 % студентів з Індії, 30,6 % студентів з країн Близького Сходу та 40,0 % студентів з африканських країн, що свідчить про диференційовану вразливість залежно від культурної дистанції та соціально-економічних чинників. Клініко-психологічна структура дезадаптивних станів іноземних студентів представлена астено-депресивним (23,1 % обстежених I групи, 15,8 % II групи та 25,6 % III групи), гіперстезичним (29,9 %, 29,8 %, 22,2 % відповідно), тривожним (25,5 % I групи, 18,9 % II групи та 31,1 % III групи) та дисфоричним (21,5 %, 35,5 % та 21,1 % відповідно) варіантами.

Психологічна дезадаптація іноземних студентів в умовах воєнного стану характеризується специфічними рисами, що відрізняються від класичних адаптаційних розладів мирного часу. Поєднання травматичного стресу, культурної дезорієнтації та порушення освітнього процесу створює унікальний симптомокомплекс, який потребує розробки спеціалізованих діагностичних критеріїв та інноваційних психотерапевтичних протоколів.

Keywords: psychological maladjustment, foreign students, wartime, English-language education, traumatic stress

A comprehensive clinical-psychological, clinical-anamnestic, and psychodiagnostic examination was conducted on 372 foreign students in English-language educational programs from 1st to 6th year at Kharkiv National Medical University. Group I — students from India (194 individuals); Group II — students from Middle Eastern countries (96 individuals); Group III — students from African countries (82 individuals). Pathological levels of psychological maladjustment (high and severe) were diagnosed in 26.6 % of students from India, 30.6 % of students from Middle Eastern countries, and 40.0 % of students from African countries, demonstrating differential vulnerability depending on cultural distance and socio-economic factors. The clinical-psychological structure of maladaptive states in foreign students was represented by astheno-depressive (23.1 % of Group I subjects, 15.8 % of Group II, and 25.6 % of Group III), hyperesthetic (29.9 %, 29.8 %, 22.2 % respectively), anxiety (25.5 % of Group I, 18.9 % of Group II, and 31.1 % of Group III), and dysphoric (21.5 %, 35.5 %, and 21.1 % respectively) variants.

Psychological maladjustment of foreign students during wartime is characterized by specific features distinct from classical adaptation disorders of peacetime. The combination of traumatic stress, cultural disorientation, and disruption of the educational process creates a unique symptom complex that requires the development of specialized diagnostic criteria and innovative psychotherapeutic protocols.

Повномасштабне вторгнення російської федерації на територію України 24 лютого 2022 року створило безпрецедентну ситуацію в світовій освітній практиці, коли тисячі іноземних студентів опинилися в епіцентрі воєнних дій [1; 2].

Психологічна дезадаптація іноземних студентів в цих умовах набуває особливої гостроти через унікальне поєднання чинників: травматичний досвід воєнних дій, раптовий розрив з освітнім середовищем, вимушена зміна країни перебування, перехід на онлайн-навчання в стресових умовах та невизначеність щодо майбутнього. Студенти англomовної форми навчання стикаються з додатковими викликами, пов'язаними з засвоюванням складного академічного матеріалу іноземною мовою в умовах хронічного стресу та технічних обмежень дистанційного навчання [3; 4].

Психологічна адаптація іноземних студентів в умовах воєнного стану є значущою проблемою сучасної освітньої системи України, оскільки від успішності подолання дезадаптаційних процесів залежить не лише збереження академічної успішності в екстремальних умовах, а й психоемоційне благополуччя та професійне майбутнє студентів-іноземців. Психологічне благополуччя іноземних студентів безпосередньо впливає на їхню академічну успішність та готовність продовжувати навчання в Україні [5; 6].

Особливої актуальності набуває розробка ефективних підходів до діагностики та корекції дезадаптивних станів цієї категорії студентів, а також створення комплексних психотерапевтичних програм, орієнтованих на феноменологічні особливості дезадаптації в умовах війни. Вивчення феноменології дезадаптивних станів іноземних студентів дає змогу виявити специфічні прояви психологічних порушень, що відрізняються від класичних описів адаптаційних

розладів у мирний час. Традиційні діагностичні методи виявляються недостатніми для адекватної оцінки психологічного стану студентів, які одночасно переживають травматичний стрес воєнних дій, культурну дезорієнтацію та академічні труднощі в умовах дистанційного навчання [7—9].

Мета — дослідити феноменологію та клініко-психологічні особливості проявів психологічної дезадаптації іноземних студентів англомовної форми навчання в умовах повномасштабного вторгнення.

У процесі роботи проведено комплексне клініко-психологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 372 іноземних студентів англомовної форми навчання I—VI курсів Харківського національного медичного університету, обох статей, середнім віком $19,0 \pm 3,0$ роки.

Дослідження проведено на базі Харківського національного медичного університету та охопило 372 іноземних студенти англомовної форми навчання I—VI курсів, які були поділені на три групи відповідно до географічного походження: I група — студенти з Індії (194 особи); II група — студенти з країн Близького Сходу (96 осіб); III група — студенти з країн Африки (82 особи).

У роботі використані такі методи обстежування: клініко-анамнестичний, клініко-психологічний, психодіагностичний та статистичний.

Встановлено, що серед основних психосоціальних чинників ризику дезадаптації іноземних студентів в умовах повномасштабного вторгнення переважають: суттєва зміна життєвого стереотипу через вимушену евакуацію та перехід на дистанційне навчання (38,6 % студентів I групи, 39,6 % — II та 37,4 % — III групи); труднощі адаптації у віртуальному навчальному середовищі та утримання соціальних зв'язків в умовах географічної розпорошеності (36,1 %, 37,46 % та 38,4 % обстежених студентів відповідно); труднощі засвоєння складного навчального матеріалу та медичної термінології через обмежені можливості практичного навчання (28,5 % студентів I групи, 33,1 % — II та 32,1 % студентів III групи); необхідність адаптації до нової форми навчальної дисципліни та самостійного відпрацювання матеріалу в умовах психологічного стресу воєнного часу (36,4 %, 34,6 % та 33,9 % обстежених студентів відповідно).

Обстежені студенти відзначають у себе дефіцит позитивних емоцій, що корелює з депресивними тенденціями воєнного періоду (31,9 % обстежених I групи, 29,4 % обстежених II групи, 32,2 % III групи); усвідомлення недостатнього рівня академічної підготовки та проблеми у засвоєнні практичних навичок (26,8 %, 29,9 % та 27,9 % відповідно); зниження навчальної мотивації на тлі травматичного стресу (26,2 % обстежених I групи, 25,6 % обстежених II групи, 24,9 % III групи); дисфункціональність захисних механізмів психіки в умовах пролонгованого впливу багатьох стресорів (42,7 %, 44,1 % та 43,9 % відповідно); несформованість навичок саморегуляції та стрес-менеджменту в екстремальних умовах (41,1 % обстежених I групи, 40,8 % обстежених II групи, 39,9 % III групи).

Аналіз рівнів психологічної дезадаптації іноземних студентів в умовах воєнного стану показав високий рівень дезадаптації з потребою в інтенсивному психологічному супроводі у 15,3 % студентів I групи, 11,4 % II групи та 16,4 % III групи; виражений рівень дезадаптації із забезпеченням психокорекційних втручань — у 21,1 %, 19,2 % та 23,6 % відповідно; помірний рівень дезадаптації, що потребує психологічної підтримки, діагностовано у 25,1 % студентів I групи, 23,1 % II групи та 24,14 % III групи; незначні адаптаційні труднощі ситуативного характеру спостерігалися у 18,4 %, 19,2 % та 17,9 % відповідно. Успішну адаптацію до екстремальних умов навчання продемонстрували 20,1 % студентів I групи, 27,1 % II групи та 20,0 % III групи, що свідчить про високий рівень індивідуальної резистентності.

Клінічні прояви дезадаптивних станів характеризуються тривожними розладами різної інтенсивності з фобічними компонентами, депресивними епізодами, сенсibiliзацією до стресогенних подразників, соціальним відчуженням та комунікативними труднощами, емоційним збідненням та конфліктною поведінкою внаслідок емоційного перенапруження. Когнітивні порушення включали дефіцит уваги та концентрації, швидку розумову виснаженість на тлі хронічного травматичного стресу, підвищену відволікаємість з інтрузивними спогадами про травматичні події, що особливо актуалізувалося під час сесій та проходження ліцензійних іспитів в умовах технічних обмежень та додаткового стресу.

Клініко-психологічна структура дезадаптивних станів іноземних студентів характеризується астено-депресивним варіантом з вираженою втомлюваністю та зниженим настроєм на тлі хронічного стресу (23,1 % обстежених I групи, 15,8 % II групи та 25,6 % III групи), гіперстезичним варіантом з підвищеною вразливістю до стресових впливів та емоційною лабільністю (29,9 %, 29,8 %, 22,2 % відповідно), тривожним варіантом з фобічними реакціями та соматизацією тривоги (25,5 % I групи, 18,9 % II групи та 31,1 % III групи) та дисфоричним варіантом з дратівливістю та афективними спалахами як захисною реакцією на травматичний досвід (21,5 %, 35,5 % та 21,1 % відповідно).

Психодіагностичне обстеження з використанням SCL-90-R в умовах воєнного стану виявило підвищені рівні тривожності, зумовлені впливом травматичних стресорів та невизначені ситуації (54,2 % обстежених I, 55,2 % II та 56,1 % III груп), депресивними проявами на тлі порушення життєвих планів та соціальної дезадаптації (31,5 %, 28,5 % та 32,2 % відповідно) та соматизації як психофізіологічної відповіді на хронічний стрес воєнного періоду (29,2 % обстежених I, 31,1 % II та 32,2 % III групи).

Проведене дослідження показало недосконалість механізмів психологічного захисту у 41,1 % обстежених I групи, 40,8 % II групи та 39,9 % III групи та дефіцит навичок саморегуляції в умовах пролонгованого травматичного впливу у 42,7 %, 44,1 % та 43,9 % студентів відповідно.

Соціально-психологічна дезадаптація характеризувалася вираженою фрустрованістю в важливих

життєвих сферах: порушенням звичного способу життя через травматичні зміни життєвих обставин (39,8 % студентів I групи, 40,1 % II та 36,9 % III груп), дисфункцією родинних зв'язків через вимушену сепарацію та комунікативні бар'єри, порушення академічних взаємовідносин в умовах дистанційного навчання (33,9 %, 35,8 % та 30,9 % відповідно), а також загальною незадоволеністю життєвою ситуацією (35,3 % I групи, 33,9 % II та 39,6 % III групи).

Поведінкові патерни в конфліктних ситуаціях відображали дезадаптивні тенденції: переважання компромісних стратегій як прояв конформності та зниженої асертивності (22,3 % I групи, 25,1 % II та 24,1 % III групи), уникаючи поведінку як усунення від додаткових стресорів (36,5 %, 30,1 % та 41,1 % відповідно) та конкурентних стратегій як компенсаторного механізму на тлі фрустрації та безсилля (19,8 % I групи, 38,1 % II та 19,8 % III групи).

Результати дослідження демонструють, що психологічна дезадаптація іноземних студентів в умовах повномасштабного вторгнення набуває специфічних рис, що відрізняються від класичних форм адаптаційних розладів мирного часу. Поєднання травматичного впливу, культурної дезорієнтації та порушення звичного освітнього процесу створює унікальний симптомокомплекс, який потребує міждисциплінарного підходу до діагностики та корекції. Отримані дані обґрунтовують нагальну потребу створення інноваційних психотерапевтичних протоколів, орієнтованих на феноменологічні особливості дезадаптації в екстремальних умовах, та розроблення превентивних програм психологічної підтримки студентів іноземців.

Список літератури

1. Six months of war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression in Ukraine / Kurapov A, Danyliuk I, Loboda A, et al. // *Front Psychiatry*. 2023. Vol. 14:1190465. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1190465>
2. Непорада І. М. Адаптація студентів-першокурсників до дистанційного навчання в умовах воєнного стану // *Імідж сучасного педагога*. 2023. № 1 (208). С. 39—44. DOI: [https://doi.org/10.33272/2522-9729-2023-1\(208\)-39-44](https://doi.org/10.33272/2522-9729-2023-1(208)-39-44)
3. Особливості стресового реагування здобувачів вищої медичної освіти в умовах воєнного часу / Белов О. О., Маркова М. В., Новицький А. В. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2024. Т. 32, вип. 4 (121). С. 4—9. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024-1>
4. Пшук Н. Г., Белов О. О., Новицький А. В. Психосоціальна дезадаптація та якість життя студентів медичних закладів вищої освіти в умовах воєнного часу // *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 2 (115). С. 69—74. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-9>
5. Дослідження рівня особистісної резилієнтності здобувачів вищої освіти різних галузей знань під час воєнного стану в Україні / Огоренко В. В., Шустерман Т. Й., Ніколенко А. Є. [та ін.] // *Український вісник психоневрології*. 2025. Т. 33, вип. 1 (122). С. 54—58. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-8>
6. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАН України; 2023. 25 с. DOI: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734632/1/Довідник.pdf>

7. Дмитрук Л. Проблема адаптації українських та іноземних студентів-першокурсників до навчального процесу // *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. 2019. Вип. 2. С. 32—38. DOI: [10.31499/2307-4906.2.2019.168360](https://doi.org/10.31499/2307-4906.2.2019.168360)

8. Тихоновський О. В. Адаптація студентів-іноземців до навчання в Україні // *Медична освіта*. 2015;(1). DOI: <https://doi.org/10.11603/me.v0i1.4186>

9. Ордатий Н., Ангелська В. Дослідження стану психологічного здоров'я студентів-медиків в умовах воєнного стану // *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9. № 1. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i1.496>

References

1. Kurapov A, Danyliuk I, Loboda A, et al. Six months of war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression in Ukraine. *Front Psychiatry*. 2023;14:1190465. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1190465>
2. Neporada IM. Adaptation of first-year students to distance learning under martial law. *Image of Modern Teacher*. 2023;1(208):39-44. [https://doi.org/10.33272/2522-9729-2023-1\(208\)-39-44](https://doi.org/10.33272/2522-9729-2023-1(208)-39-44) (In Ukrainian).
3. Belov O., Markova M. V., Novytskyi A. V., Dronenko V. H., Markov A. R. [Peculiarities of stress response of higher medical education students in wartime conditions]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*. 2024;32(4):4-9 (In Ukrainian).
4. Pshuk NH, Belov OO, Novytskyi AV. [Psychosocial maladaptation and quality of life of medical students during wartime]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*. 2023;31(2):69-74. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-9> (In Ukrainian).
5. Ohorenko V. V., Shusterman T. Y., Nikolenko A. Ye., Kokashynskyi V. O., Kokashynska G. V. [Research on the level of personal resilience of higher education students from different fields of knowledge during martial law in Ukraine]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*. 2025;33(1):54-58 (In Ukrainian).
6. Kokun OM, Melnychuk TI. *Resilience handbook: practical guide*. Kyiv: H.S. Kostyuk Institute of Psychology NAES of Ukraine; 2023. 25 p. (In Ukrainian).
7. Dmytruk L. The problem of adaptation of Ukrainian and foreign first-year students to the educational process. *Collection of Scientific Papers of Uman State Pedagogical University*. 2019;(2):32-38. <https://doi.org/10.31499/2307-4906.2.2019.168360> (In Ukrainian).
8. Tykhonovskyi OV. Adaptation of foreign students to studying in Ukraine. *Medical Education*. 2015;(1). <https://doi.org/10.11603/me.v0i1.4186> (In Ukrainian).
9. Ordattii N, Anhel'ska V. Study of the psychological health status of medical students under martial law. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2024;9(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i1.496> (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 16.06.2025

ВАСИЛЬЄВА Оксана Василівна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0003-0285-8820>

САМОЙЛОВА Олена В'ячеславівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0003-2838-8185>

* — кафедра фізіології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

VASYLIEVA Oksana, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of the Department*; <https://orcid.org/0000-0003-0285-8820>

SAMOILOVA Olena, MD, PhD, Lecturer of Department*; <https://orcid.org/0000-0003-2838-8185>

** — Department of Physiology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Є. М. Денисов, Г. Г. Путятін

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ПОТЕНЦІАЛУ ПОЛІПРАГМАЗІЇ В ПСИХІАТРІЇ

Ye. M. Denysov, G. G. Putyatin

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF POLYPHARMACY POTENTIAL IN PSYCHIATRY

Ключові слова: поліпрагмазія, психіатрія, лікарські взаємодії, індекс доцільності медикаментозної терапії, індекс імовірної нераціональності, фармакогенетика, CYP450

Keywords: polypharmacy, psychiatry, drug interactions, Medication Appropriateness Index, Interaction Intensity Index, pharmacogenetics, CYP450

Поліпрагмазія в психіатрії є актуальною клінічною та фармако-епідеміологічною проблемою, що супроводжується підвищеним ризиком лікарських взаємодій, розвитком побічних ефектів, зниженням ефективності терапії та порушенням прихильності до лікування.

Метою цього дослідження було вивчення поширеності та клінічної оцінки поліпрагмазії в психіатричній практиці із застосуванням індексу доцільності медикаментозної терапії (ІДТ) та індексу імовірної нераціональності (ІІН).

Аналіз проведено на основі даних баз PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar та Medscape за період 2010—2025 років із використанням структурованої методики вивчення поширеності та кількісного вимірювання поліпрагмазії на основі валідованих інструментів (ІДТ та ІІН).

Результати аналізу свідчать, що поширеність поліпрагмазії в психіатрії варіює від 35 % до понад 80 %, залежно від клінічного діагнозу, віку пацієнтів, специфіки фармакотерапії та країни проведення дослідження. У більшості досліджень ІДТ перевищував 11 балів, що вказує на клінічно значущу поліпрагмазію. Індекс ІІН у типових комбінаціях перевищував 30—40 %, що свідчить про високе навантаження потенційними лікарськими взаємодіями.

Використання валідованих інструментів для оцінювання поліпрагмазії дає змогу виявляти потенційно нераціональні та клінічно небезпечні схеми психофармакотерапії. Такий підхід сприяє персоналізації лікування, зниженню ризику лікарських взаємодій і формуванню безпечних та ефективних терапевтичних стратегій в процесі лікуванні психічних розладів.

Polypharmacy in psychiatry represents a relevant clinical and pharmacoepidemiological issue, associated with an increased risk of drug interactions, adverse effects, reduced treatment efficacy, and impaired adherence to therapy.

The aim of this study was to investigate the prevalence and clinical assessment of polypharmacy in psychiatric practice using the Medication Appropriateness Index (MAI) and the Interaction Intensity Index (III).

The analysis was based on data retrieved from PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, and Medscape for the period 2010—2025, employing a structured methodology for assessing the prevalence and quantitatively evaluating polypharmacy through validated instruments (MAI and III).

The results showed that the prevalence of polypharmacy in psychiatry ranges from 35 % to over 80 %, depending on the clinical diagnosis, patient age, pharmacotherapy profile, and country of study. In most studies, the MAI exceeded 11 points, indicating clinically significant polypharmacy. The III values in typical treatment combinations surpassed 30—40 %, suggesting a high burden of potential drug interactions.

The application of validated tools to assess polypharmacy enables the identification of potentially irrational and clinically hazardous psychopharmacological regimens. This approach contributes to treatment personalization, reduction of adverse interactions, and the development of safe and effective therapeutic strategies for managing mental disorders.

Поліпрагмазія, тобто одночасне призначення трьох і більше лікарських засобів, набула особливої значущості в психіатричній практиці у зв'язку з високою клінічною складністю ведення пацієнтів із тяжкими психічними розладами, частою коморбідністю та широким використанням комбінованої фармакотерапії [1]. У низці випадків багатокомпонентне лікування є обґрунтованим — зумовлене фармако-резистентністю, мультисимптомністю розладів, необхідністю контролю побічних ефектів або лікуванням супутньої соматичної патології [2]. Водночас численні дослідження свідчать про істотну частку нераціональної поліпрагмазії, що супроводжується

підвищеним ризиком побічних реакцій, когнітивних порушень, делірію, зниженням прихильності до терапії та якості життя пацієнтів [3].

Дані міжнародних досліджень демонструють високу поширеність поліпрагмазії в психіатрії, особливо серед пацієнтів із хронічними та тяжкими психічними захворюваннями. Частота застосування п'яти та більше лікарських засобів становить від 57 % до 80 %, а психотропна поліпрагмазія (приймання двох та більше препаратів) — до 78,1 % [4; 5]. У спеціалізованих стаціонарах країн ЄС ці показники сягають 65—75 % [6], а в дослідженні CATIE (2012) серед пацієнтів із шизофренією — понад 80 % отримували два або більше психотропних препаратів [7]. У мета-аналізі J. Govaerts зі співавт. (2021) середній рівень

поліпрагмазії становив 6,8 препаратів на пацієнта, а частка пацієнтів, які вживали більше ніж п'ять препаратів, становила 65,8 %, психотропна поліпрагмазія — 78,1 % [8].

Подібні результати отримано в дослідженнях K. Van den Broeck зі співавт. (2021) [9], K. Ishtiaq-Ahmed зі співавт. (2023) [10], J. Zhou зі співавт. (2024) [11], G. P. Singh зі співавт. (2021) [12] та H. P. Patel (2020) [13], де поліпрагмазію п'яти та більше засобів реєстрували в 59—68 % пацієнтів, а частота призначення двох та більше психотропних засобів сягала 74—78 %. Метааналіз J. A. Gallego зі співавт. (2012) [14], що охопив понад 16 тис. пацієнтів із 42 країн, виявив серйозні міжкраїнові відмінності у підходах до комбінованої фармакотерапії: від 10—20 % у Великій Британії до 60—70 % у Японії та Китаї.

У систематичному огляді та метааналізі J. Wang та співавт. (2024) [15], який охопив 122 дослідження із загальною вибіркою понад 57 мільйонів осіб віком понад 60 років, встановлено, що глобальна поширеність поліпрагмазії (визначеної як вживання п'яти та більше лікарських засобів) становить 39,1 % (95 % довірчий інтервал: 36,0—42,3). Автори виявили суттєву міжрегіональну варіативність: у країнах Європи частота поліпрагмазії була найвищою — 45,8 %, тоді як в Азії та Північній Америці вона становила 34,2 % та 38,7 % відповідно.

Найвищі показники відзначені серед пацієнтів у стаціонарних умовах (59,6 %) та мешканців будинків для літніх людей (64,7 %), тоді як в амбулаторних умовах поліпрагмазія виявлялася у 29,3 % випадків. Значна гетерогенність результатів ($I^2 > 85$ %) пояснюється відмінностями у вибірках, методології та критеріях включення.

Додатковим підтвердженням високої поширеності поліпрагмазії серед літніх пацієнтів є результати систематичного огляду та метааналізу, проведеного L. Midão та співавт. (2022), який базується на критеріях BOO3 [16]. До огляду було включено 54 дослідження, що охоплюють амбулаторні, стаціонарні та змішані популяції пацієнтів віком понад 65 років. Загальна поширеність поліпрагмазії (визначеної як призначення п'яти та більше лікарських засобів) становила 37 % (95 % довірчий інтервал: 31—43 %). Як і в попередньому метааналізі, автори підкреслюють суттєву гетерогенність отриманих даних, що пов'язано із варіативністю критеріїв включення, підходів до визначення поліпрагмазії та джерел інформації.

Особливо високі показники виявлено у пацієнтів, які отримували допомогу в стаціонарних умовах або проживали у будинках для літніх людей — у низці досліджень частка таких пацієнтів із поліпрагмазією перевищувала 50—60 %. Аналіз також виявив брак стандартизованих підходів до оцінювання доцільності призначень, що ускладнює міжнародне порівняння результатів і впровадження ефективних стратегій оптимізації медикаментозної терапії.

Окремої уваги заслуговує використання Delphi-методу (2024) для визначення клінічно значущих

індикаторів ризику небезпечних лікарських взаємодій серед пацієнтів похилого віку, які одержують психіатричну допомогу. Консенсусна експертна група виокремила п'ять важливих індикаторів (фармакодинамічний ефект, тривалість побічної дії, клінічна значущість взаємодії, комплаєнс, вартість лікування) та 11 другорядних чинників (доза, частота і інтервал приймання, супутні захворювання, ферментативна взаємодія, госпіталізація, вік, кількість препаратів для лікування супутніх захворювань, ступінь пригнічення або індукції ферментів CYP450, тривалість терапії, імовірність розвитку побічної реакції) [17].

Незважаючи на наявність валідованих інструментів для оцінки поліпрагмазії, як-от Індекс доцільності медикаментозної терапії (ІДТ) [18] та Індекс імовірної нераціональності (ІІН) [19], їхнє застосування в рутинній психіатричній практиці залишається обмеженим. Основними бар'єрами є недостатня обізнаність серед клініцистів та відсутність інтегрованих цифрових рішень.

З огляду на складність схем лікування хронічних психічних захворювань, запровадження таких інструментів дає змогу ідентифікувати потенційно нераціональні та небезпечні комбінації препаратів, обґрунтовувати стратегії депрескрайбінгу (процес контрольованого та безпечного зменшення або припинення приймання лікарських засобів, які більше не дають користі або потенційно шкідливі для пацієнта), підвищувати якість фармакотерапії та інтегрувати фармакогенетичні дані в процес лікування. Все це підкреслює актуальність системного вивчення поліпрагмазії як клінічної, епідеміологічної та фармакоекономічної проблеми у сучасній психіатрії.

Метою дослідження було комплексне оцінювання поширеності, характеру та клінічної доцільності поліпрагмазії в психіатричній практиці із використанням валідованих інструментів ІДТ і ІІН, щодо виявлення потенційно нераціональних й небезпечних схем лікування та оптимізації психофармакотерапії за допомогою впровадження персоналізованих стратегій.

Дослідження проведено у форматі структурованого ретроспективного систематичного аналізу з метою вивчення поширеності поліпрагмазії та оцінки доцільності схем медикаментозного лікування у психіатричній практиці, що включало:

1. Пошук і відбір джерел здійснювали у міжнародних наукових базах PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar та Medscape за період з 2010 до 2025 року. Використано такі ключові слова: *polypharmacy, psychiatry, psychotropics, Medication Appropriateness Index, Drug Interaction Index, antipsychotic polypharmacy, clinical psychopharmacology*.

2. Для кількісної оцінки раціональності медикаментозного навантаження та ризику лікарських взаємодій застосовано аналіз ІДТ з використанням 10 якісних критеріїв, що дає змогу виявити не-доцільні, потенційно шкідливі або неефективні

призначення. Ці критерії охоплюють важливі аспекти медикаментозного лікування, зокрема: наявність показань, клінічна ефективність, адекватність дози та тривалості, наявність лікарських взаємодій, дублювання препаратів, економічність вибору, практичність і доцільність загального лікування.

Кожний критерій оцінено за трибальною шкалою (0—3 бали), де 0 балів — оптимальне призначення, а 3 бали — явно недоцільне або ризиковане. Загальна сума балів для кожного препарату дає змогу визначити рівень доцільності лікування: 0 балів — повністю раціональне призначення, > 10 балів — клінічно значуща нераціональність.

Також проведено оцінювання ІІН, що є модифікацією кількісного показника потенційного ризику лікарських взаємодій у складі медикаментозної терапії. Цей метод дає змогу об'єктивно оцінити навантаження пацієнта потенційними або реальними міжлікарськими взаємодіями залежно від кількості препаратів, що одночасно призначають.

ІІН розраховують за формулою:

$$\text{ІІН} = \frac{\text{Кількість виявлених взаємодій}}{\frac{n(n-1)}{2}} \times 100 \%,$$

де: n — кількість призначених лікарських засобів; $n(n-1)/2$ — максимально можлива кількість парних комбінацій лікарських засобів при одночасному призначенні.

Клінічна інтерпретація результатів:

ІІН, %	Навантаження взаємодіями між препаратами
< 10	Низьке
10—30	Помірне
30—50	Високе
> 50	Критичне. Рекомендовано переглянути терапію

У дослідженні проведена описова (дескриптивна) статистика отриманих результатів з аналізу включених досліджень. Проведено оцінювання частот-

них характеристик: середня кількість призначень на одного пацієнта, частота загальної (≥ 5 препаратів) та психотропної поліпрагмазії (≥ 2 психотропних препаратів) та середніх значень ($M \pm m$): середня кількість лікарських засобів на пацієнта (у межах досліджень), середні значення ІДТ та ІІН у роботах, де вони визначені.

Під час аналізу даних зарубіжних джерел, отриманих з наукових баз PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar та Medscape за період 2010—2025 років, опрацьовано понад 10 систематичних оглядових досліджень та метааналізів, присвячених вивченню поширеності поліпрагмазії у психіатричній практиці. Суттєва частина з них також містить аналіз ефективності інструментів оцінки доцільності фармакотерапії, зокрема Індекс доцільності терапії (ІДТ) та Індекс імовірної нераціональності (ІІН).

Узагальнені результати цих робіт, а також дані метааналізів, охоплюють більше ніж 57 мільйонів пацієнтів із різних країн (ЄС, Бельгія, Данія, Китай, Індія) та демонструють високий рівень як загальної, так і психотропної поліпрагмазії. Ці результати систематизовано у таблиці, що дає змогу здійснити порівняльний аналіз поширеності поліпрагмазії, її клінічного навантаження та рівня потенційної нераціональності терапії за головними показниками.

Також в таблиці наведено частоту призначення п'яти та більше лікарських засобів (загальна поліпрагмазія), двох та більше психотропних препаратів (психофармакологічна поліпрагмазія), середню кількість призначених лікарських засобів (ЛЗ), а також відповідні середні значення ІДТ і ІІН.

У більшості досліджень, проведених у психіатричних стаціонарах (Бельгія, Данія, Китай, Індія), частота поліпрагмазії перевищує 60 %, що істотно вище середньо-популяційних показників двох метааналізів (L. Midão et al., 2022; Y. Wang et al., 2024) де у 37—39 % пацієнтів визначено загальну поліпрагмазію. Це вказує на особливу вразливість госпіталізованих хворих до надмірного медикаментозного навантаження.

Поширеність та оцінка поліпрагмазії в психіатричній практиці (огляд літератури)

Джерело	Країна	Кількість пацієнтів	Поліпрагмазія (≥ 5 ЛЗ), %	Психотропна поліпрагмазія (≥ 2), %	Середня кількість ЛЗ	Середній ІДТ (балів)	Середній ІІН (%)
J. Govaerts et al. (2021)	Бельгія/ЄС	1200	65.8	78.1	6.8	12.5	38
K. Ishtiaq-Ahmed et al. (2023)	Данія	600	62	74	6.1	11.7	34
K. Van den Broeck et al. (2021)	Бельгія	292	65.8	78.1	6.8	12.2	36
Метааналіз J. A. Gallego et al. (2012)	Міжнародне	16 000	57.7	> 60	4.8	10.8	30
G. P. Singh et al. (2021)	Індія	210	61.4	> 75	—	11.2	32
H. P. Patel et al. (2020)	Індія	185	59.5	71.8	—	11.6	33
J. Zhou et al. (2024)	Китай	325	68.3	77.6	6.3	12.0	35
Y. Liu et al. (2024)	Китай	Delphi study	69.2	78.4	6.4	12.3	37
Метааналіз Y. Wang et al. (2022)	Китай	57 млн	39.1	—	—	—	—
Метааналіз L. Midão et al. (2022)	Міжнародне	54 дослідження	37.0	—	—	—	—

Показники призначення двох та більше психотропних засобів у лікарнях психіатричного профілю залишаються вкрай високими (74—78 %), незалежно від країни. Це свідчить про системну клінічну практику комбінованої психофармакотерапії, часто поза межами офіційних рекомендацій. Здебільшого такі призначення супроводжуються підвищеним ризиком лікарських взаємодій, погіршенням когнітивного статусу, зниженням прихильності до лікування та якості життя внаслідок побічних ефектів.

Середня кількість призначених лікарських засобів у психіатричних вибірках лежить у межах від 6,1 до 6,8, що відображає не лише тяжкість коморбідного навантаження, а й потенційне неоптимальне ведення терапії. Зниження цього показника є важливим клінічним маркером успішної оптимізації лікування.

У переважній більшості робіт значення ІДТ перевищує 11 балів, а ІІН — більше ніж 30 %. Показники вище клінічного порогу (ІДТ > 10 балів, ІІН > 30 %) свідчать про високий рівень нераціональних призначень та підвищений ризик потенційно шкідливих взаємодій між препаратами. Найвищі значення ІІН продемонстровані у китайському Delphi-дослідженні (37 %), що підтверджує корисність мультидисциплінарного експертного підходу до перегляду призначень.

Це підтверджує наявність клінічно значущого фармакологічного перенавантаження, яке часто не супроводжується належним моніторингом безпеки та ефективності призначень.

Отримані результати свідчать про надмірне медикаментозне навантаження у пацієнтів із психічними розладами, що може бути зумовлене низкою чинників: високим рівнем коморбідності, особливо у пацієнтів похилого віку; неоптимальними показаннями до комбінованої психофармакотерапії при хронічних психічних розладах; нераціональними комбінаціями лікарських засобів різних фармакологічних груп; недостатнім залученням психіатра до процесу призначення та корекції лікування; відсутністю локальних протоколів депрескрайбінгу, адаптованих до специфіки психіатричних стаціонарів.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Поліпрагмазія у психіатричній практиці на сьогодні є поширеним та системним явищем, що охоплює понад 60 % госпіталізованих пацієнтів. У дослідженнях, проведених у психіатричних стаціонарах Європи та Азії, частота призначення п'яти та більше лікарських засобів істотно перевищує аналогічні показники в загальній популяції, що свідчить про високу клінічну вразливість цієї категорії хворих до медикаментозного перенавантаження.

Частота психофармакологічної поліпрагмазії (≥ 2 психотропних препаратів) є в межах 74—78 %, що відображає системну клінічну практику комбінованої психофармакотерапії, яка нерідко виходить за рамки сучасних доказових підходів. Такі стратегії лікування суттєво підвищують ризик розвитку

побічних реакцій, когнітивних розладів, медикаментозних взаємодій та зниження прихильності до терапії.

Середня кількість призначених лікарських засобів (6,1—6,8) в аналізованих вибірках свідчить як про тяжкість супутніх захворювань, так і про можливу недоцільність клінічного ведення, що потребує корекції з боку медичного персоналу. Зменшення цього показника розглядається як маркер ефективної реалізації програм депрескрайбінгу.

У більшості проаналізованих робіт зафіксовано перевищення клінічного порогу індексу доцільності терапії (ІДТ > 10 балів) та індексу імовірної нераціональності (ІІН > 30 %), що свідчить про велику частку потенційно невиправданих й небезпечних призначень та потребу в регулярному перегляді фармакотерапії.

Серед основних чинників, що сприяють поліпрагмазії в умовах психіатричних закладів, варто відзначити: високу коморбідність, особливо у пацієнтів похилого віку; недостатнє обґрунтування комбінованої фармакотерапії при хронічних розладах; дублювання лікарських препаратів однієї фармакологічної дії або їх потенціювання; відсутність в психіатричних закладах посади «клінічний фармаколог» щодо регламентованих процедур клінічного аудиту призначень.

Отже, для підвищення ефективності та безпеки психофармакотерапії доцільним є впровадження комплексного підходу, що включає: адаптацію та валідацію інструментів оцінки ризику поліпрагмазії, зокрема індексу доцільності терапії та індексу імовірної нераціональності; розроблення й впровадження локальних протоколів депрескрайбінгу із застосуванням Delphi-моделі як експертного інструменту узгодження призначень; використання мультидисциплінарних моделей ведення пацієнтів, що передбачає взаємодію психіатра, клінічного фармаколога та лікаря загальної практики; поглиблене вивчення фармакокінетичних і фармакодинамічних взаємодій між лікарськими засобами, особливо в умовах комбінованої терапії; інтеграцію фармакогенетичних даних для персоналізованого підбору медикаментів та зменшення ризиків, пов'язаних із поліпрагмазією.

Список літератури / References

1. Khanna P., Carli V., Székely A., Rizzo A., Wasserman C., Wasserman D. Artificial intelligence and machine learning in psychiatry: a practical guide using natural language processing and data-driven approaches. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2023. Vol. 77, No. 3. P. 147–158. DOI: 10.1111/pcn.13493.
2. Bousman CA, Bengesser SA, Aitchison KJ, et al. Review and Consensus on Pharmacogenomic Testing in Psychiatry. *Pharmacopsychiatry*. 2021;54(1):5-17. doi:10.1055/a-1288-1061
3. Zhou J., Xu H., Li Y., Wang Y. Development of an interaction intensity index (III) for psychotropic drug combinations: a validation study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2024. Vol. 44, No. 2. P. 115–122.

4. Crutzen S., Gangadin S., Hua K.H., Visser E., Jörg F., van der Meer L., et al. Trends in antipsychotic polypharmacy and potential overtreatment with antipsychotics: a naturalistic cohort study of people in long-term care. *Schizophrenia Bulletin*. 2025. Published online: 7 May 2025. Article ID: sbaf041. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaf041>
5. Højlund M., KöhlerForsberg O., Gregersen A.T., Rohde C., Mellentin A.I. Prevalence, correlates, tolerability-related outcomes, and efficacy-related outcomes of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. Published online: 12 Nov 2024 p. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00314-6
6. König M., Haider S., Prütz F. Polypharmacy in older Europeans: Results from the ninth wave of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20(4). Article ID: 2780. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20042780>
7. Correll Christoph U., Gallego Juan A. Antipsychotic polypharmacy: a comprehensive evaluation of relevant correlates of a long-standing clinical practice. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012. Vol. 35, No. 3. P. 661–681. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.06.007>
8. Govaerts J., Boeyckens J., Lammens A., Gilis A., Bouckaert F., De Hert M., et al. Defining polypharmacy: in search of a more comprehensive determination method applied in a tertiary psychiatric hospital. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2021. Vol. 11. Article ID: 20451253211000610. DOI: <https://doi.org/10.1177/20451253211000610>
9. Van den Broeck K., Lammens A., Gilis A., et al. Defining polypharmacy: in search of a more comprehensive determination method applied in a tertiary psychiatric hospital. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2021. Vol. 11. Article ID: 20451253211000610. DOI: <https://doi.org/10.1177/20451253211000610>
10. Ishtiaq-Ahmed K., Köhler-Forsberg O., Mortensen E.L., Nierenberg A.A., Gasse C. Concurrent use of polypharmacy and potentially inappropriate medications with antidepressants in older adults: A nationwide descriptive study in Denmark during 2015–2019. *General Hospital Psychiatry*. 2023. Vol. 82. P. 66–74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.03.009>
11. Zhou J., Rosmarin D.H., Pirutinsky S. Clinical differences between outpatients with and without internet addiction and emotional disorders: a prospective naturalistic outcome study. *Frontiers in Psychiatry*. 2024 Mar 22. Vol. 15. Article 1357477. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1357477
12. Singh G.P., Chang T.I., Park H., Kim D.W., Jeon E.K., Rhee C.M., et al. Polypharmacy, hospitalization, and mortality risk: a nationwide cohort study. *Scientific Reports*. 2020 Nov 3. Vol. 10, Article 18964. doi: 10.1038/s41598-020-75888-8.
13. Patel H.P., Aggarwal P., Woolford S.J. Multi-morbidity and polypharmacy in older people: challenges and opportunities for clinical practice. *Geriatrics*. 2020. Vol. 5, No. 4. Article 85. DOI: <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040085>
14. Gallego J.A., Bonetti J., Zhang J., Kane J.M., Correll C.U. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy:

- a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophrenia Research*. 2012 Jun. Vol. 138, No. 1. P. 18–28. DOI: 10.1016/j.schres.2012.03.018
15. Wang Y., Liu X., Zhang J., et al. Prevalence of polypharmacy in the elderly population worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2024. Vol. 33. P. 500–513. DOI: 10.1002/pds.5880
 16. Midão L., Giardini A., Menditto E., Kardas P., Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the WHO definition: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2022. Vol. 22. Article 601. DOI: 10.1186/s12877-022-03363-z
 17. Liu Y., Li X., Yang M., Ding Y., Ji M. Screening indicators to evaluate the clinical significance of drug-drug interactions in polypharmacy among older adults with psychiatric disorders: A Delphi study. *BMC Psychiatry*. 2024 Jun 14. Vol. 24, Article 417. DOI: 10.1186/s12888-024-05872
 18. Al-Share Q.Y., Khasawneh R.A., Rababa'h A.M., Asfar F.N., Mohammad Y.N. Evaluation of Medication Appropriateness Index in cardiovascular outpatient clinic: a cross-sectional study. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2025 Feb. Vol. 17, No. 2. Article 102262. doi: 10.1016/j.cptl.2024.102262
 19. Rankin A., Cadogan C.A., Patterson S.M., Kerse N., Cardwell C.R., Bradley M.C., et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. Issue 9. Art. No.: CD008165. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub4>

Надійшла до редакції 16.06.2025

Відомості про авторів:

ДЕНИСОВ Євген Михайлович, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0009-0006-8995-7432>; e-mail: yevgen.denisov@gmail.com

ПУТЯТИН Геннадій Геннадійович, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри*, <https://orcid.org/0009-0009-6664-4910>; e-mail: putyatin.g@gmail.com

* — кафедра психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету, м. Кривий Ріг, Україна

Information about the authors:

DENISOV Yevhen, MD, PhD, Lecturer of the Department**, <https://orcid.org/0009-0006-8995-7432>; e-mail: yevgen.denisov@gmail.com

PUTYATIN Gennadii, MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department**, <https://orcid.org/0009-0009-6664-4910>; e-mail: putyatin.g@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology of the Donetsk National Medical University, Kropyvnytskyi, Ukraine

*Г. М. Кожина, А. О. Немченко***ПСИХООСВІТНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ В ПЕРСОНІФІКОВАНІЙ ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ***Н. М. Kozhyna, A. O. Nemchenko***PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTIONS IN PERSONALIZED THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PERSONS AFFECTED BY COMBAT ACTIONS**

Ключові слова: депресивні розлади, психоосвітні інтервенції, персоніфікована психотерапія, внутрішньо переміщені особи, мешканці прифронтових місць; гендерні особливості

Key words: depressive disorders, psychoeducational interventions, personalized psychotherapy, internally displaced persons, residents of frontline areas, gender characteristics

У процесі роботи з метою розроблення та апробації психоосвітніх інтервенцій в персоніфікованій терапії депресивних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій, проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 148 хворих на депресивні розлади: I група включала 83 мешканці прифронтових територій, II група — 65 внутрішньо переміщених осіб. Розроблено та апробовано персоніфіковану систему терапії з використанням психофармакотерапії та гендерно-диференційованих психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій, адаптованих до специфічних потреб осіб, постраждалих від бойових дій.

Встановлено, що персоніфіковані психоосвітні інтервенції демонструють високу ефективність у комплексній терапії депресивних розладів у постраждалих від бойових дій. Гендерно-диференційований підхід з урахуванням специфіки травматичного досвіду забезпечує у 1,6—2,2 раза вищу ефективність як порівняти зі стандартним лікуванням та сприяє істотному підвищенню якості життя пацієнтів.

In the course of this work, aimed at developing and testing psychoeducational interventions in personalized therapy of depressive disorders in persons affected by combat actions, a comprehensive clinical-psychopathological and psychodiagnostic examination of 148 patients with depressive disorders was conducted. Group I included 83 residents of frontline territories, Group II consisted of 65 internally displaced persons. A personalized therapy system was developed and tested using psychopharmacotherapy and personalized gender-differentiated psychotherapeutic and psychoeducational interventions adapted to the specific needs of persons affected by combat actions.

It was established that personalized psychoeducational interventions demonstrate high effectiveness in the comprehensive therapy of depressive disorders in combat-affected individuals. The gender-differentiated approach, taking into account the specificity of traumatic experience, provides 1.6—2.2 times higher effectiveness compared to standard treatment and contributes to significant improvement in patients' quality of life.

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну 24 лютого 2022 року кардинально змінило структуру психічного здоров'я української нації. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, військові конфлікти призводять до збільшення поширеності депресивних розладів у 3—5 разів серед цивільного населення та в 10—15 разів серед безпосередніх учасників бойових дій. В українських реаліях ці показники можуть бути набагато вищими через масштаб та інтенсивність воєнних дій, що торкнулися практично всієї території країни [1—3].

Депресивні розлади в осіб, які постраждали від бойових дій, характеризуються особливою складністю та поліморфністю клінічної картини. На відміну від «мирної» депресії, депресія воєнного часу часто є коморбідною з посттравматичним стресовим розладом, тривожними станами, соматичними проявами та порушеннями адаптації. Ці особливості потребують переосмислення традиційних терапевтичних підходів та розроблення персоніфікованих стратегій лікування [4; 5].

Особливо вразливими категоріями є внутрішньо переміщені особи (ВПО) та мешканці прифронтових територій. Депресивні розлади серед ВПО мають особливі характеристики, пов'язані із «внутрішнім домом», соціальними зв'язками, звичним способом життя та професійною ідентичністю. Депресивні розлади мешканців прифронтових територій характеризуються поєднанням симптомів травматичного стресу з ознаками хронічної депресії, що формується після тривалого перебування в небезпечних умовах. Специфікою є циклічність симптоматики із загостреннями під час інтенсифікації бойових дій, наявність «емоційного заціпеніння» як захисного механізму, а також високий рівень соматизації. Мешканці прифронтових регіонів часто демонструють парадоксальну адаптацію до небезпеки, що може маскувати глибокі депресивні процеси та ускладнювати діагностику [6—8].

Психотерапія депресивних розладів є фундаментальним складником їх комплексного лікування, особливого значення вона набуває у терапії депресії воєнного часу. Важливість персоніфікованих підходів до психотерапії в роботі з особами, які постраждали

від бойових дій, не може бути переоцінена. Стандартизовані протоколи лікування, розроблені для загальної популяції, часто виявляються неефективними через унікальність травматичного досвіду кожної людини в умовах війни [9—10].

Персоніфіковані психоосвітні інтервенції, як невід'ємний складник комплексного лікування депресивних розладів, можуть стати головним інструментом не тільки в лікуванні депресій, але й у профілактиці їх хронізації, поліпшенні комплаєнсу до лікування та підвищенні якості життя постраждалих від бойових дій [11—13].

Метою дослідження було розроблення та апробація психоосвітніх програм в персоніфікованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.

У процесі роботи на принципах біоетики та деонтології проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 148 пацієнтів (76 жінок та 72 чоловіка) з депресивними розладами. Учасники були поділені на дві досліджувані групи: I група включала 83 мешканці прифронтових територій (48 жінок — 57,8 % та 35 чоловіків — 42,2 %), II група — 65 внутрішньо переміщених осіб (36 жінок — 55,4 % та 29 чоловіків — 44,6 %).

У 52,3 % жінок та 47,7 % чоловіків I групи та у 52,7 % жінок та 47,2 % чоловіків II групи встановлений діагноз депресивний епізод помірного або важкого ступеня без психотичних симптомів; у 64,1 % жінок та 35,9 % чоловіків I групи та 58,6 % та 41,2 % відповідно II групи — рекурентний депресивний розлад помірного або важкого ступеня без психотичних симптомів.

Основну групу (ОГ) становили 81 пацієнт, які брали участь у розробленій персоніфікованій програмі терапії депресивних розладів. I підгрупа ОГ включала 44 особи (56,8 % жінок та 43,2 % чоловіків) — мешканців прифронтових територій, II підгрупа ОГ — 37 ВПО (54,1 % жінок та 45,9 % чоловіків).

Контрольну групу (КГ) становили 65 пацієнтів, які отримували стандартизовану терапію згідно з клінічними протоколами. I підгрупа КГ налічувала 39 мешканців прифронтових територій (54,1 % жінок та 45,9 % чоловіків), II підгрупа КГ — 28 ВПО (57,2 % жінок та 42,8 % чоловіків).

Як показали результати дослідження клініко-психопатологічної симптоматики, при депресивному епізоді у чоловіків найчастіше спостерігався тужливий варіант депресії (33,4 % обстежених), у жінок — тривожний варіант (34,5 % пацієнток); при рекурентному депресивному розладі у чоловіків провідним був сенесто-іпохондричний варіант (33,8 % обстежених), у жінок — апато-адинамічний варіант депресивної симптоматики (36,2 % жінок).

Як свідчать результати патопсихологічного дослідження, за шкалою депресії Монтгомері — Асберга (MADRS) у більшості обстежених діагностовано великий депресивний епізод: серед мешканців прифронтових територій — у 41,6 % чоловіків та 43,7 %

жінок, серед ВПО показники були дещо вищими — 44,7 % та 42,4 % відповідно.

За шкалами Гамільтона (HAM-D, HAM-A) у значній частині обстежених переважали важкі депресивні та тривожні епізоди: у I групі (мешканці прифронтових територій) — у 43,4 % чоловіків та 57,5 % жінок, у II групі (ВПО) частота була вищою — 59,5 % чоловіків та 56,9 % жінок відповідно.

За Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) клінічно виражену депресію зафіксовано серед мешканців прифронтових територій — у 55,5 % чоловіків та 54,5 % жінок, серед ВПО — у 56,5 % та 59,5 % відповідно.

За шкалою оцінки якості життя найнижчі показники виявили за шкалами: психологічне благополуччя (у 67,4 % чоловіків та 72,2 % жінок I групи, та у 72,3 % і 76,2 % II групи відповідно), міжособистісна взаємодія (у 56,7 % чоловіків та 54,3 % жінок серед мешканців прифронтових територій та у 66,2 % і 65,5 % серед ВПО) та загальне сприйняття якості життя (72,2 % чоловіків та 73,4 % жінок I групи та у 82,2 % і 84,1 % II групи відповідно).

На підґрунті результатів проведеного дослідження розроблено та клінічно апробовано персоніфіковану систему терапії депресивних розладів у осіб, постраждалих від бойових дій. Розроблена система ґрунтується на принципах індивідуалізованого підходу з урахуванням специфічних особливостей кожної групи та передбачає диференційоване застосування методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Психотерапевтична програма для хворих з депресивним епізодом включала диференційоване використання у обстежених I групи: когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) з акцентом на опрацювання травматичних спогадів; поведінкової активації з акцентом на умови воєнного стану; кризової терапії з орієнтацією на стабілізацію в умовах постійного стресу; когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, включно з короткими медитативними техніками та дихальними вправами.

У обстежених II групи використовували когнітивно-поведінкову терапію з фокусом на адаптацію до нових умов життя та відновлення почуття безпеки; терапію прийняття та прихильності, спрямовану на розвиток психологічної гнучкості в умовах невідзначеності; інтегративну терапію з елементами арттерапії та тілесно-орієнтованих практик для відновлення зв'язку з власною ідентичністю та ресурсами.

Психотерапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним розладом включала використання у обстежених I групи: когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на розвиток когнітивних навичок для запобігання депресивним рецидивам в умовах хронічного стресу; особистісно-орієнтованої психотерапії з фокусом на відновлення самооцінності; арттерапію для опрацювання довготривалого травматичного досвіду через творче самовираження, зменшення «емоційного оніміння»; КПТ руміна-

цій, спрямовану на переривання циклів негативного мислення, посиленіх хронічним стресом війни, з використанням техніки конкретного мислення та проблемно-орієнтованого копінгю; арттерапію з фокусом на емоційну експресію та переробку травматичного досвіду.

II групи — використання: когнітивно-поведінкової терапії з акцентом на адаптацію до нових життєвих умов та профілактику розвитку рецидивів; терапії прийняття та прихильності, спрямованої на формування психологічної гнучкості в умовах вимушеного переміщення, прийняття болісних переживань втрати та орієнтації на особистісні цінності в нових умовах; особисто-орієнтованої психотерапії з фокусом на реконструкцію ідентичності після вимушеного переміщення та формування нових життєвих перспектив; КПТ румінацій з додатковим компонентом опрацювання втрати дому та прийняття статусу ВПО, корекцію негативних прогнозів щодо майбутнього; тілесно-орієнтованої терапії з техніками заземлення та стабілізації для відновлення почуття безпеки та контролю над власним тілом.

У процесі досліджування за допомогою спеціально розробленого дослідника проведено аналіз інформаційного дефіциту щодо депресивних розладів серед постраждалих від бойових дій та членів їхньої родини. Результати показали, що в умовах воєнного конфлікту інформаційні потреби мають специфічний характер та відрізняються від таких у осіб з депресією в мирний час. Найважливішою для усіх обстежених була достовірна інформація про механізми виникнення депресії в умовах війни та відмінності між нормальними реакціями на стрес і патологічним станом; розпізнавання ознак загострення депресивної симптоматики, особливо в контексті повторних травматизацій та хронічного стресу; підтримку ментального здоров'я, профілактику рецидивів та загострення стану в умовах постійної загрози (обстежені I групи) або вимушеного переселення (II група); антидепресанти, механізми їх дії, ймовірні побічні ефекти.

Виявлені інформаційні потреби стали основою для розроблення персоналізованих психоосвітніх програм, адаптованих до специфіки кожної категорії постраждалих від бойових дій.

Психоосвітні заняття для осіб, постраждалих від бойових дій, проводили у форматі закритих груп чисельністю 10—15 учасників, тривалістю 1,5 години з частотою проведення 2 рази на тиждень. Загальна тривалість програми становила 12—15 тижнів, що забезпечувало поглиблену роботу з травматичним досвідом та формування стійких навичок самодопомоги.

Психоосвітня програма мала модульну структуру з обов'язковим інформаційним тренінгом для всіх категорій учасників, що охоплював базові знання про депресивні розлади в контексті воєнної травми.

Окремі модулі проводили у форматі інтерактивних тренінгів із широким використанням: візуаль-

них засобів (адапованих до воєнних реалій інфографіки, презентацій, фото та відеоматеріалів, що ілюструють специфіку депресії воєнного часу); друкованих матеріалів; домашніх завдань, зокрема і самостійну рефлексію над особистим травматичним досвідом, підготовку до обговорення актуальних проблем та відпрацювання отриманих навичок у повсякденному житті.

У хворих на депресивний епізод додатково використовували: у чоловіків — тренінг «Психологічний баланс», спрямований на розвиток навичок емоційної саморегуляції в умовах хронічного стресу та невизначеності та тренінг «Відновлення» — формування стратегій психологічного відновлення після травматичних подій; у жінок — тренінг «Опанування стресу», спрямований на розвиток специфічних навичок управління стресом з урахуванням гендерних особливостей переживання воєнної травми та тренінг «Рух вперед» — формування адаптивних стратегій планування майбутнього та відновлення життєвих перспектив.

У хворих на рекурентний депресивний розлад додатково використовували: у чоловіків — тренінг «Усвідомлення власних почуттів» — розвиток ознак емоційної грамотності та навичок розпізнавання ранніх рецидивів депресії та тренінг «Життєстійкості» — формування психологічної стійкості до повторних стресових впливів та профілактики рецидивів; у жінок — тренінг «Асертивності» — розвиток навичок впевненої поведінки та самоствердження в нових соціальних умовах та тренінг «Самоконтроль емоційного стану» — формування навички тривалого управління емоційними реакціями та попередження депресивних епізодів.

Як показала оцінка ефективності розробленої персоналізованої психотерапевтичної програми з використанням психоосвітніх інтервенцій, у хворих основної групи спостерігалася виражена позитивна клінічна динаміка із достовірною редукцією депресивної симптоматики, проти помірного поліпшення психічного стану у хворих групи контролю.

У хворих основної групи зафіксовано достовірне зниження показників тривоги та депресії за всіма використаними психодіагностичними шкалами. За HAM-D, HAM-A в I підгрупі ОГ клінічно значуще поліпшення спостерігалось серед хворих на депресивний епізод у 66,1 % чоловіків та 67,9 % жінок, серед хворих на рекурентний депресивний розлад — у 64,2 % чоловіків та 65,1 % жінок відповідно. У II підгрупі ОГ при депресивному епізоді поліпшення зафіксовано у 73,3 % чоловіків та 73,5 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 71,0 % чоловіків та 72,1 % жінок відповідно. Як порівняти з контрольною групою, у I підгрупі КГ поліпшення при депресивному епізоді спостерігалось лише у 41,3 % чоловіків та 42,0 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 44,1 % чоловіків та 41,2 % жінок відповідно. У II підгрупі КГ при депресивному епізоді позитивну

динаміку зафіксовано у 38,3 % чоловіків та 38,2 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 40,3 % чоловіків та 38,0 % жінок відповідно.

За HADS у I підгрупі ОГ ефективність серед хворих на депресивний епізод становила 68,2 % у чоловіків та 72,4 % у жінок, при рекурентному депресивному розладі — 67,8 % та 69,3 % відповідно. У II підгрупі ОГ при депресивному епізоді позитивна динаміка спостерігалася у 75,2 % чоловіків та 78,8 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 74,4 % чоловіків та 76,1 % жінок відповідно. У I підгрупі КГ ефективність при депресивному епізоді становила 43,5 % у чоловіків та 41,2 % у жінок, при рекурентному депресивному розладі — 39,7 % та 38,1 % відповідно. У II підгрупі КГ при депресивному епізоді позитивні зміни спостерігалися у 38,7 % чоловіків та 38,4 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 36,1 % чоловіків та 34,9 % жінок відповідно.

За MADRS в I підгрупі ОГ клінічне поліпшення серед хворих на депресивний епізод зафіксовано у 68,2 % чоловіків та 72,4 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 67,8 % чоловіків та 69,3 % жінок відповідно. У II підгрупі ОГ при депресивному епізоді ефективність становила 75,1 % у чоловіків та 77,2 % у жінок, при рекурентному депресивному розладі — 69,1 % та 73,0 % відповідно. Для порівняння — у I підгрупі КГ клінічне поліпшення при депресивному епізоді зафіксовано у 40,8 % чоловіків та 39,1 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 42,3 % чоловіків та 40,5 % жінок відповідно. У II підгрупі КГ при депресивному епізоді ефективність становила 37,8 % у чоловіків та 36,1 % у жінок, при рекурентному депресивному розладі — 38,7 % та 37,3 % відповідно.

Оцінка динаміки показників якості життя за відповідною шкалою показала достовірне підвищення показників за доменами психологічного благополуччя, соціального функціонування та загального сприйняття життя у хворих основної групи. При депресивному епізоді у I підгрупі ОГ поліпшення якості життя зафіксовано у 58,3 % чоловіків та 60,7 % жінок, у II підгрупі ОГ — у 62,7 % чоловіків та 65,2 % жінок відповідно. Серед випадків з рекурентним депресивним розладом у I підгрупі ОГ позитивна динаміка спостерігалася у 56,1 % чоловіків та 58,9 % жінок, у II підгрупі ОГ — у 61,4 % чоловіків та 63,8 % жінок відповідно. У хворих контрольної групи відзначено набагато менш виражене підвищення якості життя і при депресивному епізоді в I підгрупі КГ позитивні зміни зафіксовані лише у 33,2 % чоловіків та 34,1 % жінок, у II підгрупі КГ — у 29,1 % чоловіків та 30,3 % жінок відповідно. Серед хворих на рекурентний депресивний розлад у I підгрупі КГ підвищення якості життя спостерігалася у 30,8 % чоловіків та 32,3 % жінок, у II підгрупі КГ — у 28,4 % чоловіків та 29,9 % жінок відповідно.

Отримані результати свідчать про високу ефективність інтегративного підходу у терапії депресив-

них розладів в сучасних умовах з використанням психофармакотерапії та персоніфікованих гендерно-диференційованих психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій, адаптованих до специфічних потреб осіб, постраждалих від бойових дій.

Отримані дані підкреслюють важливість урахування індивідуальних особливостей населення, специфіки їх травматичного досвіду та гендерних аспектів переживання депресії під час розроблення терапевтичних стратегій для постраждалих від бойових дій.

Список літератури

1. Чабан О. С. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український медичний часопис. 2022. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297
2. Популяційна частота і фактори ризику депресивних розладів в населенні Східної України / О. М. Утєвська, М. Ю. Горпинченко, С. П. Колядко [та ін.] // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Біологія», вип. 35, 2020. С. 64—73. <https://doi.org/10.26565/2075-5457-2020-35-7>
3. Mental health in Ukraine in 2023 / Martsenkovskiy D., Shevlin M., Ben-Ezra M., [et al.] // Eur Psychiatry. 2024. Vol. 67(1):e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>
4. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan / Chudzicka-Czupala A., Hapon N., Chiang S. K., [et al.] // Sci Rep. 2023. Vol. 13(1):3602. DOI:10.1038/s41598-023-28729-3
5. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression / Kornstein S. G., Schatzberg AF., Thase ME., [et al.] // Am J Psychiatry. 2000. Vol. 157(9). P. 1445—1452. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1445>
6. Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб / [Коваленко Н., Осуховська О., Хаустова О., Качалка А.] // Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 1. doi:10.26766/pmgrp.v6i1.296
7. Salk R. H. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms / R. H. Salk, J. S. Hyde, L. Y. Abramson // Psychol Bull. 2017. Vol. 143(8). P. 783—822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
8. Венгер О. П. Гендерні особливості емоційних розладів у внутрішньо переміщених осіб / О. П. Венгер, О. Р. Ясній, О. Є. Смашна // Медичні перспективи. 2023. Т. 28, № 3. С. 161—168. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.281756>
9. Кожина Г. М. Гендерний підхід до психотерапевтичної корекції у комплексному лікуванні депресивних розладів / Г. М. Кожина, М. М. Хаустов, Г. Г. Кольцова // Медицина сьогодні і завтра. 2021. Т. 90, № 2. С. 70—77. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.kkk>
10. Зеленська К. О. Персоніфікована програма корекції постстресових розладів у різних категорій осіб, які пережили бойові дії (комбатантів та волонтерів) // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, вип. 4 (109). С. 27—29. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-4>

11. Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis / Zhao B, Wang Q, Wang L, [et al.] // *Ann Gen Psychiatry*. 2023. Vol. 22(1):34. doi:10.1186/s12991-023-00462-1

12. Герасименко Л. О. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу / Л. О. Герасименко, А. В. Гальченко // *Вісник проблем біології і медицини*. 2021. № 1 (159). С. 35—39.

13. Кожина Г. М. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події / Г. М. Кожина, Л. М. Гайчук, В. В. Шикова // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 109.

References

1. Chaban O.S., Khaustova O.O. Medical and psychological consequences of war distress in Ukraine: what do we expect and what should be considered when providing medical care? *Ukrainian Medical Journal*. 2022. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297. (In Ukrainian).

2. Utevska O.M., Gorpynchenko M.Yu., Kolyadko S.P., Maruta N.O., Linskiy I.V., Atramantova L.O. Population frequency and risk factors for depression in Eastern Ukraine. *The Journal of V.N.Karazin Kharkiv National University, Series "Biology"*, 2020, 35, 64-73. <https://doi.org/10.26565/2075-5457-2020-35-7>. (In Ukrainian).

3. Martenskovskyi D, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*. 2024;67(1):e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>

4. Chudzicka-Czupala A, Hapon N, Chiang SK, et al. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*. 2023;13:3602. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>

5. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, et al. Gender Differences in Treatment Response to Sertraline Versus Imipramine in Chronic Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(9):1445-1452. doi:10.1176/appi.ajp.157.9.1445

6. Kovalenko N., Osukhovska O., Khaustova O., Kachalka A. Socio-demographic indicators and predictors of mental and behavioral disorders in internally displaced persons. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2021;6(1). doi:10.26766/pmgs.v6i1.296. (In Ukrainian).

7. Salk R.H., Hyde J.S., Abramson L.Y. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*. 2017;143(8):783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

8. Venher O.P., Yasnii O.R., Smashna O.Ye. Gender features of emotional disorders in internally displaced persons. *Medical*

Perspectives. 2023;28(3):161-168. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.281756>. (In Ukrainian).

9. Kozhyna H.M., Khaustov M.M., Koltsova H.H. Gender approach to psychotherapeutic correction in comprehensive treatment of depressive disorders. *Medicine Today and Tomorrow*. 2021;90(1):70-77. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.kkk>. (In Ukrainian).

10. Zelenska K.O. Personalized program for correction of post-stress disorders in different categories of persons who experienced combat actions (combatants and volunteers). *Ukrainian Journal of Psychoneurology*. 2021;29(4):27-29. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-4>. (In Ukrainian).

11. Zhano B, Wang Q, Wang L, et al. Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*. 2023;22(1):34. Published 2023 Sep 7. doi:10.1186/s12991-023-00462-1

12. Herasymenko L.O., Halchenko A.V. Comprehensive and personalized rehabilitation system for internally displaced persons with psychosocial maladaptation and neurotic disorder. *Bulletin of Problems in Biology and Medicine*. 2021;1(159):35-39. (In Ukrainian).

13. Kozhyna H.M., Haichuk L.M., Shykova V.V. Effectiveness of psychoeducational programs in providing assistance to persons who have experienced extreme events. *Ukrainian Journal of Psychoneurology*. 2015;23(2):109. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 3.06.2025

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyyna888@gmail.com

НЕМЧЕНКО Анна Олегівна, аспірант кафедри*; <https://orcid.org/0009-0002-1709-9548>

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

Information about the authors:

KOZHYNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department*; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyyna888@gmail.com

NEMCHENKO Anna, Postgraduate Student of the Department*; <https://orcid.org/0009-0002-1709-9548>

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

*Г. М. Кожина, В. А. Сухарева, О. О. Потапов***МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ,
У ВІЙСЬКОВИХ ІЗ БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ: ЗНАЧЕННЯ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ
ТА СИНДРОМАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ***Н. М. Kozhyna, V. A. Sukharieva, O. O. Potapov***MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF STRESS-RELATED MENTAL DISORDERS IN COMBAT-INJURED
MILITARY PERSONNEL: THE ROLE OF COMORBID PATHOLOGY AND SYNDROMAL ORGANIZATION**

Ключові слова: бойова травма, стрес-пов'язані розлади, військовослужбовці, коморбідність, синдром, факторний аналіз

Key words: combat trauma, stress-related disorders, military personnel, comorbidity, syndrome, factor analysis

Розлади, специфічно пов'язані зі стресом (РСПС), є значною проблемою для психічного здоров'я військовослужбовців, які зазнали бойової травми. Гетерогенність клінічних проявів РСПС свідчить про багатофакторний характер їх патогенезу. Розуміння ролі супутньої соматичної патології (коморбідності) та специфіки формування психопатологічних синдромів є критично важливим для поліпшення діагностики та розроблення ефективних, диференційованих терапевтичних стратегій.

Мета дослідження — розробити та емпірично обґрунтувати багатофакторну модель формування РСПС у військовослужбовців з бойовою травмою, інтегруючи вплив типу отриманого ушкодження/коморбідності та специфіку синдромальної структури. Дослідження проведено на вибірці з 242 військовослужбовців чоловічої статі з бойовою травмою, поділених на три групи за профілем відділення лікування. Використовували клініко-психопатологічні, психодіагностичні методи, оцінення інтенсивності бойового досвіду та статистичний аналіз (ANOVA, кореляційний, факторний).

Виявлено значущі відмінності в інтенсивності бойового досвіду між групами ($p < 0,05$) та достовірний вплив типу травми/коморбідності на вираженість симптомів (сон, настрій та ін.). Симптоми кластеризувалися у стійкі синдроми. Тип травми/коморбідності значуще впливав на частоту кінцевих діагнозів (тривожно-депресивний синдром достовірно частіше виявлявся у пацієнтів III групи (26,1 %, $p < 0,01$), а посткомоеційний синдром — у пацієнтів II групи (32,7 %, $p < 0,01$), що підтверджувало вплив типу травми/коморбідності на кінцевий діагностичний результат.

Розроблено багатофакторну модель формування РСПС, яка пояснює ці закономірності.

Розроблена модель є емпірично обґрунтованою та підкреслює центральну роль типу супутньої соматичної патології у формуванні специфічних синдромів та кінцевих діагностичних категорій РСПС у військовослужбовців з бойовою травмою, обґрунтовуючи необхідність диференційованих підходів у клінічній практиці.

Disorders specifically related to stress (DSRS) are a significant problem for the mental health of military personnel who have experienced combat trauma. The heterogeneity of clinical manifestations of DSRS indicates a multifactorial nature of their pathogenesis. Understanding the role of concomitant somatic pathology (comorbidity) and the specificity of psychopathological syndrome formation is critically important for improving diagnosis and developing effective, differentiated therapeutic strategies.

Aim of the study — to develop and empirically substantiate a multifactorial model of DSRS formation in military personnel with combat trauma, integrating the influence of the type of injury/comorbidity received and the specificity of the syndromal structure. The study was conducted on a sample of 242 male military personnel with combat trauma, divided into three groups by the profile of the treatment department. Clinical-psychopathological, psychodiagnostic methods, assessment of combat experience intensity, and statistical analysis (ANOVA, correlation, factor) were used.

Significant differences were found in the intensity of combat experience between the groups ($p < 0,05$) and a reliable influence of the type of trauma/comorbidity on symptom severity (sleep, mood, etc.). Symptoms are clustered into stable syndromes. The type of trauma/comorbidity significantly influenced the frequency of final diagnoses (anxiety-depressive syndrome was reliably more often detected in patients of group III (26,1 %, $p < 0,01$), and post-concussion syndrome — in patients of group II (32,7 %, $p < 0,01$)), which confirmed the influence of the type of trauma/comorbidity on the final diagnostic outcome.

A multifactorial model of DSRS formation that explains these regularities was developed.

The developed model is empirically substantiated and emphasizes the central role of the type of concomitant somatic pathology in the formation of specific syndromes and final diagnostic categories of DSRS in military personnel with combat trauma, justifying the necessity of differentiated approaches in clinical practice.

Участь у сучасних бойових діях та отримання бойових травм є потужними стресовими факторами, що призводять до зростання поширеності психічних розладів серед військовослужбовців [1—5]. Серед них особливе місце посідають розлади, специфічно пов'язані зі стресом (РСПС), зокрема і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), розлади адаптації та гострі стресові реакції [2; 6—10]. Клінічна картина РСПС у різних осіб може суттєво відрізнятися, що вказує на складний, багатофакторний характер їх патогенезу. Розуміння механізмів, за якими ці розлади формуються, є критично важливим для розроблення ефективних методів лікування та профілактики [11]. Традиційні моделі розвитку стресових розладів часто зосереджуються на характеристиках самого стресора та індивідуальних психологічних особливостях [2; 4; 12]. Однак, дані клінічних спостережень вказують на значний вплив супутніх факторів, зокрема типу отриманої фізичної травми та загального соматичного стану пацієнта (коморбідності) [13]. Ці фактори можуть модулювати відповідь на психічну травму, впливаючи на біологічні процеси, больові відчуття, функціональні обмеження та психологічне сприйняття власного стану. Отже, є нагальна потреба у розробленні та емпіричному обґрунтуванні моделі формування РСПС, яка б інтегрувала вплив типу ушкодження/коморбідності на процес розвитку розладу, зокрема і формування специфічних психопатологічних синдромів. Постановка наукової проблеми полягає у необхідності розробки та емпіричної валідації моделі формування РСПС у військовослужбовців з бойовою травмою, яка б враховувала вплив типу ушкодження/коморбідності на структуру психопатологічної симптоматики та кінцеві діагностичні категорії.

У науковій літературі питання взаємозв'язку між соматичною коморбідною патологією та розвитком психічних розладів у військовослужбовців із бойовою травмою досліджене вкрай обмежено, а наявні дані залишаються фрагментарними й суперечливими. Зокрема, вплив хронічних соматичних станів на формування ПТСР або інших психічних розладів у цій популяції практично не вивчався. Водночас зв'язок між тяжкими пораненнями, ПТСР і розвитком соматичних захворювань, як-от артеріальна гіпертензія, також залишається незрозумілим. За даними когортного дослідження поранених військовослужбовців у США, як тяжкість поранення, так і хронізація ПТСР були незалежними предикторами розвитку гіпертонії [14]. Подібним чином ЧМТ асоціюється з підвищеним ризиком цереброваскулярних подій, інсульту й серцево-судинної смертності [15], імовірно, через хронічне запалення та ослаблення імунної відповіді [16], що сприяють довготривалому погіршенню соматичного стану.

Мета дослідження — розробити та емпірично обґрунтувати багатофакторну модель формування РСПС у військовослужбовців, які отримали бойову травму, інтегруючи вплив типу супутнього сома-

тичного ушкодження/коморбідності та специфіку синдромальної структури.

Дослідження базувалося на поперечному (крос-секційному) аналізі даних комплексного обстеження 242 військовослужбовців ЗСУ чоловічої статі (середній вік — $36,3 \pm 11,2$ років), які брали безпосередню участь у бойових діях протягом 2023—2024 років, отримали бойову травму та перебували на стаціонарному лікуванні в Сумському обласному клінічному госпіталі ветеранів (м. Суми). Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні з дотриманням принципів біоетики та деонтології.

Вибірка була поділена на три групи залежно від профілю відділення госпіталю, куди пацієнти були госпіталізовані, що використовували як критерій розподілу, який відображає різний тип отриманого ушкодження або переважну коморбідну соматичну патологію. Групи були репрезентативні за віком (25—45 років) та статтю: I група — 86 військово-службовців (терапевтичне відділення), II група — 110 військовослужбовців (неврологічне відділення) і III група — 46 військовослужбовців (хірургічне відділення).

У дослідженні використано клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи. Клініко-психопатологічне обстеження охоплювало збір анамнезу, стандартизоване клінічне інтерв'ю та спостереження з метою виявлення й опису психопатологічної симптоматики. Психодіагностичний компонент включав застосування валідизованих опитувальників і шкал: PDS-5 і PCL-5 для оцінки симптомів ПТСР; PSS-sr та опитувальника травматичного стресу I. О. Котеньова; PHQ-9 — для скринінгу та моніторингу симптомів депресії; GAD-7 — для оцінки генералізованої тривоги; шкали DERS — для вимірювання труднощів емоційної регуляції; шкали нейроповедінкових симптомів; методики визначення рівня емоційного вигорання за В. В. Бойком; а також короткого опитувальника якості життя WHOQOL-BREF. Оцінку інтенсивності бойового досвіду проводили з використанням спеціально розробленої шкали оцінки інтенсивності бойового досвіду.

Клінічні діагнози встановлював лікар-психіатр на підставі сукупності даних клінічного обстеження та результатів психодіагностичного тестування, відповідно до критеріїв МКХ-10.

Обробку даних проведено з використанням ліцензійного офісного пакету Microsoft Excel та програмного забезпечення IBM SPSS Statistics (версія 29.0.2; IBM Corporation, Армонк, Нью-Йорк, США). Порівняння кількісних показників (інтенсивність бойового досвіду в балах, бали за шкалами симптомів) між трьома незалежними групами проводили за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA). У разі виявлення значущих відмінностей проводили апостеріорні порівняння. Для оцінки лінійних взаємозв'язків між окремими психопатологічними симптомами та показниками використовували кореляційний аналіз за Пірсоном.

З метою виявлення прихованих (латентних) факторів або синдромів у множині спостережуваних симптомів застосований факторний аналіз. Порівняння частот виявлення клінічних діагнозів у різних групах проводили з використанням відповідних критеріїв статистичної значущості (критерій χ^2), зі встановленням рівня значущості при $p < 0,05$.

У процесі дослідження отримані емпіричні дані, що дають змогу проаналізувати взаємозв'язки між бойовою травмою, типом супутнього соматичного ушкодження, психопатологічною симптоматикою та клінічними діагнозами. Ці результати стали підґрунтям для побудови та обґрунтування багатфакторної моделі формування РСПС.

Аналіз інтенсивності бойового досвіду показав наявність статистично значущих відмінностей між групами пацієнтів ($p < 0,05$). Найвищу інтенсивність бойового досвіду зафіксовано у пацієнтів III групи (I група — $11,10 \pm 2,15$ бала; II група — $13,80 \pm 1,38$ бала; III група — $17,25 \pm 2,23$ бала).

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) виявили статистично значущі відмінності між трьома групами пацієнтів за вираженістю низки головних психопатологічних симптомів: порушення сну, зниження настрою, тривожності, занепокоєння та труднощами з концентрацією уваги. Це свідчить про те, що тип травми/коморбідності статистично значуще впливає на профіль симптомів (табл. 1).

Таблиця 1. Значущі відмінності у вираженості головних симптомів між групами пацієнтів (за результатами ANOVA)

Симптом	p -значення (ANOVA)	Вірогідність розбіжностей	Середні значення за групами (в умовних одиницях бальної оцінки)		
			I група	II група	III група
Порушення сну	0,00387	$p < 0,01$	0,66	0,83	0,76
Зниження настрою	0,00838	$p < 0,01$	0,69	0,85	0,87
Тривожність	0,01170	$p < 0,05$	0,74	0,89	0,89
Занепокоєння	0,01336	$p < 0,05$	0,66	0,84	0,80
Труднощі з концентрацією уваги	0,02838	$p < 0,05$	0,72	0,87	0,80

Під час проведення кореляційного аналізу виявлено численні статистично значущі зв'язки між симптомами, що свідчить про їхню тенденцію до об'єднання у кластери. Найбільш виражені кореляції зафіксовані між симптомами порушення сну, емоційного виснаження та пригніченості ($r = 0,47$ — $0,49$), а також між емоційним виснаженням та уникненням ($r = 0,4$ — $0,46$).

Факторний аналіз емпірично підтвердив кластеризацію симптомів, виділивши приховані фактори (синдроми). Наприклад, ідентифіковано Фактор 1 — «Емоційне виснаження / депресивний компонент» та Фактор 2 — «Активізаційно-тривожний компонент». Ці фактори відображають стійкі патерни симптомів.

Аналіз частоти виявлення клінічних діагнозів у різних групах (табл. 2) показав достовірні ($p < 0,01$) відмінності у структурі психічних розладів між групами: тривожно-депресивний синдром частіше виявлявся у пацієнтів III групи (26,1 %), а посткомоційний синдром — у пацієнтів II групи (32,7 %). Розлад адаптації діагностували з приблизно однаковою частотою в пацієнтів усіх груп (26,7—30,4 %, $p > 0,05$).

Таблиця 2. Структура клінічних діагнозів у групах пацієнтів (%)

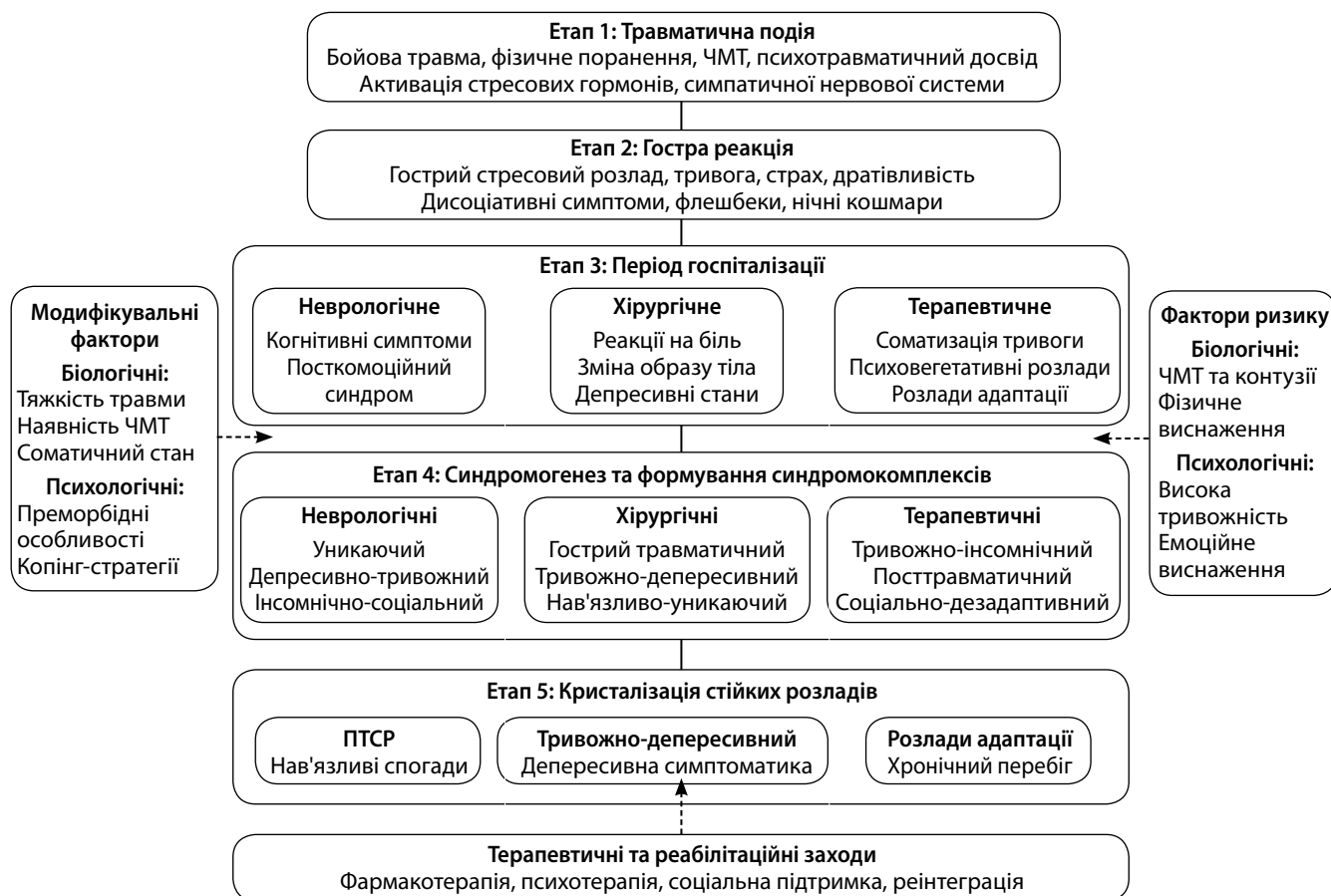
Діагноз	I група	II група	III група
Тривожно-депресивний синдром (F41.2)	12,8	7,3	26,1
Посткомоційний синдром (F07.2)	14,0	32,7	—
Розлад адаптації (F43.2)	26,7	30,0	30,4
ПТСР (F43.1)	12,8	8,2	8,7

На ґрунті комплексного аналізу клініко-психопатологічних даних та отриманих статистичних результатів розроблено багатфакторну модель формування РСПС у військовослужбовців, які отримали бойову травму. Ця модель описує складний, багатфакторний процес, що проходить кілька послідовних етапів — від травматичної події до формування стійких психопатологічних станів, з урахуванням впливу головних предикторів та факторів ризику.

Загальний контекст та головні фактори ризику. Розвиток психічних розладів у військовослужбовців з бойовими травмами є комплексним феноменом, що формується під впливом множинних біопсихосоціальних факторів. Основний механізм розвитку пов'язаний не лише з самим фактом психічної травми, а й з нейропсихологічними змінами після травми, емоційними реакціями на бойовий стрес та адаптаційними особливостями нервової системи.

Модель виявляє такі найважливіші чинники, які зумовлюють розвиток РСПС у військовослужбовців: біологічні та неврологічні фактори (наприклад, черепно-мозкова травма (ЧМТ), посткомоційний синдром (ураження головного мозку)), психологічні фактори (індивідуальні емоційні реакції, адаптаційні особливості), а також соціальні та середовищні фактори (умови перебування в лікувальному закладі).

Етапи формування розладів та їх емпіричне підтвердження. Модель описує поетапний процес формування РСПС (рисунок), де кожен етап модифікується зазначеними факторами ризику.



Концептуальна модель формування розладів, специфічно пов'язаних зі стресом, у військовослужбовців з бойовою травмою

Етап 1. Ініціювальний стресовий вплив та його інтенсивність.

Суть етапу: Процес ініціюється високоінтенсивним стресовим фактором (участь в бойових діях, бойова травма), інтенсивність якого може варіювати.

Емпіричне підтвердження: Результати дослідження підтвердили значущі відмінності в інтенсивності бойового досвіду між групами пацієнтів ($p < 0,05$), що свідчить про диференційований характер первинного впливу (середні бали: 11,10—17,25 бала).

Етап 2. Модифікувальний вплив типу ушкодження/коморбідності.

Суть етапу: Тип отриманої фізичної травми або переважна коморбідна патологія (що визначає належність до клінічної групи) є головним модифікувальним фактором. Він значуще впливає на подальший розвиток, визначаючи специфіку психологічної симптоматики та синдромокомплексів.

Емпіричне підтвердження: ANOVA показав, що належність до клінічної групи статистично значуще ($p < 0,05$) впливає на вираженість таких головних симптомів: порушення сну, настрою, тривожності, занепокоєння, труднощів з концентрацією уваги (див. табл. 1), що є прямим доказом диференціовального впливу типу травми/коморбідності на симптоматику.

Етап 3. Формування синдромальної структури.

Суть етапу: Симптоми, що проявляються під впливом модифікувальних факторів, об'єднуються у стійкі

патерни — синдромокомплекси. Зокрема, у пацієнтів I групи виявлялася сильна кореляція між порушеннями сну і тривожністю ($r = 0,817, p < 0,001$), між тривожністю та занепокоєнням ($r = 0,766, p < 0,001$), а також помірний зв'язок між емоційним виснаженням та порушеннями сну ($r = 0,659, p < 0,01$). Це може свідчити про наявність у них тривожно-інсомнічного синдромокомплексу. Надзвичайно сильні кореляції між унікаючою поведінкою щодо спогадів та думок про стресовий досвід ($r = 0,951, p < 0,001$), фізичними та емоційними реакціями на флешбеки ($r = 0,894, p < 0,001$) відповідають посттравматичному синдромокомплексу. Помірні до сильних кореляції між відчуттям самотності та віддаленістю від інших ($r = 0,722, p < 0,001$), напруженістю та настороженістю ($r = 0,741, p < 0,001$), пригніченістю та емоційним виснаженням ($r = 0,655, p < 0,01$) узгоджуються з соціально-дезадаптивним синдромокомплексом.

У пацієнтів II групи виявлено сильні кореляції між унікаючою поведінкою щодо спогадів та думок про стресовий досвід ($r = 0,921, p < 0,001$), фізичними та емоційними реакціями на флешбеки ($r = 0,835, p < 0,001$), що характерно для унікаючого синдромокомплексу. Сильний зв'язок між пригніченістю та зниженням настрою ($r = 0,748, p < 0,001$) та помірна кореляція між надмірними переживаннями та настороженістю ($r = 0,660, p < 0,01$) свідчить про депресивно-тривожний синдромокомплекс.

Помірна кореляція між поганим переривчастим сном та порушеннями сну ($r = 0,692, p < 0,01$), відчуттям самотності та відчуттям непотрібності ($r = 0,624, p < 0,01$) дозволяє припустити наявність у них інсомнічно-соціального синдромокомплексу.

Під час аналізу симптомів у пацієнтів III групи максімально виражені кореляції виявлено між фізичними та емоційними реакціями на флешбеки ($r = 1,000, p < 0,001$), унікаючою поведінкою щодо спогадів та думок про стресовий досвід ($r = 0,915, p < 0,001$), униканням розмов та фізичними реакціями на флешбеки ($r = 0,703, p < 0,01$), що узгоджується з критеріями гострого травматичного синдромокомплексу. Помірні до сильних кореляцій між тривожністю та занепокоєнням ($r = 0,708, p < 0,001$), тривожністю та зниженням настрою ($r = 0,694, p < 0,01$) свідчать про тривожно-депресивний синдромокомплекс. Сильна кореляція між повторними тривожними снами та тривожними спогадами ($r = 0,877, p < 0,001$) відповідала нав'язливо-унікаючому синдромокомплексу.

Специфіка цих синдромів суттєво відрізняється залежно від відділення госпіталю / типу травми (наприклад, гострі травматичні реакції у хірургічному відділенні, когнітивно-емоційні патерни — у неврологічному).

Емпіричне підтвердження: Кореляційний аналіз виявив міцні зв'язки ($r = 0,60$) між симптомами (наприклад, між емоційним виснаженням та пригніченістю), що підтверджує їх тенденцію до об'єднання. Факторний аналіз емпірично виявив приховані фактори (синдроми), як-от «Емоційне виснаження / депресивний компонент» та «Активаційно-тривожний компонент», які відповідають клінічно описаним синдромокомплексам і залежать від клінічної групи пацієнтів.

Етап 4. Формування діагностичної категорії.

Суть етапу: Сформовані стійкі синдромокомплекси, що відповідають діагностичним критеріям, призводять до встановлення специфічного клінічного діагнозу (ПТСР, тривожно-депресивний синдром, розлад адаптації тощо). Структура та частота цих діагнозів залежать від того, які синдроми переважали під впливом модифікувальних факторів.

Емпіричне підтвердження: Аналіз частоти виявлення клінічних діагнозів (див. табл. 2) показав статистично значущі відмінності ($p < 0,01$) у структурі психічних розладів між групами. Наприклад, тривожно-депресивний синдром достовірно частіше виявлявся у пацієнтів III групи (26,1 %), а посткомоеційний синдром — у пацієнтів II групи (32,7 %), що підтверджує вплив типу травми/коморбідності на кінцевий діагностичний результат.

Значення моделі та її можливості застосування в клінічній практиці. Запропонована модель розвитку психічних розладів у військовослужбовців з бойовою травмою виявила головні предиктори та етапи цього процесу. Розуміння цієї моделі дає змогу розробляти та впроваджувати цілеспрямовані стратегії профілактики та лікування психічних

розладів на кожному етапі їх розвитку з урахуванням специфіки синдромокомплексів, специфічно пов'язаних зі стресом, та типу соматичної патології у військовослужбовців. Особливо важливим є раннє виявлення та корекція порушень на етапах гострої реакції та госпіталізації, з урахуванням профілю соматичної патології, що може суттєво знизити ризик формування хронічних РСПС. Комплексний підхід до терапії має враховувати як психологічні, так і соматичні аспекти, а виявлені синдромальні відмінності між групами обґрунтовують необхідність застосування диференційованих втручань, адаптованих до специфіки клінічного стану.

Результати проведеного дослідження забезпечують міцне емпіричне підґрунтя для запропонованої багатофакторної моделі формування РСПС у військовослужбовців з бойовою травмою. Модель, що докладно описана, підкреслює, що патогенез РСПС є складнішим за просту реакцію на травму і великою мірою залежить від взаємодії численних факторів.

Головним висновком, що підтверджується статистичними даними, є вагомий модифікувальний вплив типу супутнього соматичного ушкодження/коморбідності на процес формування РСПС. Вищенаведені дані чітко показують, що вираженість фундаментальних симптомів, як-от порушення сну, настрою та тривожності, достовірно варіює між групами пацієнтів з різним соматичним профілем. Це підкреслює інтегративний характер відповіді організму на травму, де соматичні та психічні аспекти тісно переплетені.

Емпірично підтверджені етапи формування синдромальної структури (через кореляційний та факторний аналізи) та подальшого формування діагностичної категорії (через аналіз частоти діагнозів) пояснюють, як початковий вплив та модифікувальні фактори призводять до конкретної клінічної картини. Наприклад, вища частота тривожно-депресивного синдрому в пацієнтів III групи, імовірно, пов'язана з тим, що тип травми/патології, характерний для хірургічного відділення, сприяє формуванню саме цього синдромокомплексу. Аналогічний зв'язок є між посткомоеційним синдромом та неврологічною патологією (II група).

Ця модель також дає змогу оцінити можливі суперечності або неочікувані результати. Наприклад, той факт, що ознаки ПТСР за PDS-5 виявлялися однаково часто в усіх групах ($p = 0,201$), тоді як інтенсивність симптомів за PCL-5 та частота клінічного діагнозу ПТСР можуть відрізнятися у пацієнтів різних груп, може свідчити про те, що тип травми/коморбідності впливають не так на факт наявності окремих симптомів ПТСР, як на їхню вираженість, поєднання в синдроми та клінічну значущість для встановлення діагнозу.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

Розроблена багатофакторна модель формування розладів, специфічно пов'язаних зі стресом, у військовослужбовців з бойовою травмою є емпірично обґрунтованою та описує поетапний процес

від стресового впливу до клінічного діагнозу, опосередкований впливом модифікувальних факторів та формуванням синдромів.

Доведено, що тип супутнього соматичного ушкодження/коморбідності, відображений через належність до груп лікування, є значущим модифікувальним фактором, який достовірно впливає на вираженість головних психопатологічних симптомів ($p < 0,05$) та зумовлює формування специфічних синдромальних структур. Психопатологічні симптоми поєднуються у стійкі синдроми (підтверджено кореляційним та факторним аналізами), структура яких варіює залежно від типу травми/коморбідності.

Структура та частота клінічних діагнозів достовірно відрізняються між групами пацієнтів ($p < 0,01$), що підтверджує вплив модифікувального фактору та сформованих синдромів на кінцевий діагностичний результат.

Модель обґрунтовує необхідність диференційованого, персоналізованого підходу до діагностики, лікування та профілактики розладів, специфічно пов'язаних зі стресом, у військовослужбовців з бойовою травмою, що враховує не лише факт травматичного впливу, а й специфіку супутньої соматичної патології та асоційовані з нею синдромальні профілі.

Список літератури

1. Millennium Cohort Study team. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans / Armenta R. F., Rush T., Leard-Mann C. A., [et al.] // *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18, No. 1. P. 48. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5>
2. Bøg M. Deployment of personnel to military operations: Impact on mental health and social functioning / M. Bøg, T. Filges, A. M. K. Jørgensen // *Campbell Systematic Reviews*. 2018. Vol. 14, No. 1. P. 1—127. DOI: <https://doi.org/10.4073/csr.2018.6>
3. Management of Acute Stress Reactions in the Military: A Stepped Care Approach / Matson L. M., Adler A. B., Quartana P. J., [et al.] // *Current Psychiatry Reports*. 2022. Vol. 24, P. 799—808. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01388-3>
4. Steele M. Mediation and moderation of the relationship between combat experiences and post-traumatic stress symptoms in active duty military personnel / M. Steele, A. Germain, J. S. Campbell // *Military Medicine*. 2017. Vol. 182, No. 5. P. e1632—e1639. DOI: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00169>
5. Post-traumatic stress disorder among military personnel admitted at the Northwest Command Level Three Military Hospital, Bahir Dar, Ethiopia, 2022: An institution-based cross-sectional study / Tedla A., Asnakew S., Legas G., [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. Article 1410630. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1410630>
6. Клименко І. С. Аналіз психологічних та медичних характеристик постраждалих внаслідок війни в Україні // *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Т. 35, № 74(4). С. 154—160. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/25>
7. Філоненко Л. Психофізіологічні аспекти бойового стресу військовослужбовців // *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. № 83(1). С. 148—160. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-83-1-148-160>
8. Adler A. B. Acute stress reaction in combat: Emerging evidence and peer-based interventions / A. B. Adler, I. A. Gutierrez // *Current Psychiatry Reports*. 2022. Vol. 24, No. 4. P. 277—284. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01335-2>
9. Witnessing acute stress reaction in team members: The moderating effect of peer-based training / [Svetlitzky V., Farchi M., Yehuda A. B., Adler A. B.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020. Vol. 208, No. 10. P. 803—809. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001218>
10. Weisleder P. The neuropsychological consequences of armed conflicts and torture / P. Weisleder, C. Rublee // *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2018. Vol. 18, No. 3. P. 9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0818-6>
11. Military-related risk factors for dementia / Snyder H. M., Carare R. O., DeKosky S. T., [et al.] // *Alzheimer's & Dementia*. 2018. Vol. 14, No. 12. P. 1651—1662. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.08.011>
12. Усик Д. Б. Психологічні особливості дезадаптації військовослужбовців — учасників бойових дій // *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. № 1. С. 183—189. DOI: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.32>
13. Khazaie H. Sleep disturbances in veterans with chronic war-induced PTSD / H. Khazaie, M. R. Ghadami, M. Masoudi // *Journal of Injury and Violence Research*. 2016. Vol. 8, No. 2. P. 99—107. DOI: <https://doi.org/10.5249/jivr.v8i2.808>
14. Associations of initial injury severity and posttraumatic stress disorder diagnoses with long-term hypertension risk after combat injury / Howard J. T., Sosnov J. A., Janak J. C., [et al.] // *Hypertension*. 2018. Vol. 71, No. 5. P. 824—832. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10496>
15. Traumatic brain injury increases the risk of major adverse cardiovascular and cerebrovascular events: A 13-year population-based study / Nyam T. E., Ho C., Chio C., [et al.] // *World Neurosurgery*. 2019. Vol. 122. P. e740—e753. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.10.130>
16. Mild traumatic brain injuries with loss of consciousness are associated with increased inflammation and pain in military personnel / Kanefsky R., Motamedi V., Mithani S., [et al.] // *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 279. P. 34—39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.001>

References

1. Armenta, R. F., Rush, T., LeardMann, C. A., Millegan, J., Cooper, A., & Hoge, C. W. (2018). Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*, 18(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5>
2. Bøg, M., Filges, T., & Jørgensen, A. M. K. (2018). Deployment of personnel to military operations: Impact on mental health and social functioning. *Campbell Systematic Reviews*, 14(1), 1—127. <https://doi.org/10.4073/csr.2018.6>
3. Matson, L.M., Adler, A.B., Quartana, P.J. et al. Management of Acute Stress Reactions in the Military: A Stepped Care Approach. *Curr Psychiatry Rep* 24, 799—808 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01388-3>
4. Steele, M., Germain, A., & Campbell, J. S. (2017). Mediation and moderation of the relationship between combat experiences and post-traumatic stress symptoms in active duty military personnel. *Military Medicine*, 182(5), e1632—e1639. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00169>

5. Tedla, A., Asnakew, S., Legas, G., Munie, B. M., Tareke, M., & Beka, M. (2024). Post-traumatic stress disorder among military personnel admitted at the Northwest Command Level Three Military Hospital, Bahir Dar, Ethiopia: An institution-based cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1410630. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1410630>
6. Klymenko, I. S. (2024). Analiz psykholohichnykh ta medychnykh kharakterystyk postrazhdalyykh vnaslidok viiny v Ukraini. *Vcheni Zapysky TNU imeni V. I. Vernadskoho. Seriya: Psykholohiia*, 35(74[4]), 154–160. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/25>. (In Ukrainian).
7. Filonenko, L. (2025). Psykhofiziologichni aspekty boiovoho stresu viiskovosluzhbovtiv. *Visnyk Natsionalnoho Universytetu Oborony Ukrainy*, 83(1), 148–160. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-83-1-148-160>. (In Ukrainian).
8. Adler, A. B., & Gutierrez, I. A. (2022). Acute stress reaction in combat: Emerging evidence and peer-based interventions. *Current Psychiatry Reports*, 24(4), 277–284. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01335-2>
9. Svetlitzky, V., Farchi, M., Yehuda, A. B., & Adler, A. B. (2020). Witnessing acute stress reaction in team members: The moderating effect of peer-based training. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(10), 803–809. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001218>
10. Weisleder, P., & Rublee, C. (2018). The neuropsychological consequences of armed conflicts and torture. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18(3), 9. <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0818-6>
11. Snyder, H. M., Carare, R. O., DeKosky, S. T., de Leon, M. J., Dykxhoorn, D., Gan, L., ... Carrillo, M. C. (2018). Military-related risk factors for dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 14(12), 1651–1662. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.08.011>
12. Usyk, D. B. (2024). Psykhologichni osoblyvosti dezadaptatsii viiskovosluzhbovtiv — uchasnykiv boiovykh dii. *Slobozhanskyi Naukovyi Visnyk. Seriya: Psykholohiia*, (1), 183–189. <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.32>. (In Ukrainian).
13. Khazaie, H., Ghadami, M. R., & Masoudi, M. (2016). Sleep disturbances in veterans with chronic war-induced PTSD. *Journal of Injury and Violence Research*, 8(2), 99–107. <https://doi.org/10.5249/jivr.v8i2.808>
14. Howard, J. T., Sosnov, J. A., Janak, J. C., Gundlapalli, A. V., Pettey, W. B., Walker, L. E., & Stewart, I. J. (2018). Associations of initial injury severity and posttraumatic stress disorder diagnoses with long-term hypertension risk after combat injury. *Hypertension*, 71(5), 824–832. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10496>
15. Nyam, T. E., Ho, C., Chio, C., Lim, S., & Wang, J. (2019). Traumatic brain injury increases the risk of major adverse

cardiovascular and cerebrovascular events: A 13-year population-based study. *World Neurosurgery*, 122, e740–e753. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.10.130>

16. Kanefsky, R., Motamedi, V., Mithani, S., Mysliwiec, V., Gill, J. M., & Pattinson, C. L. (2019). Mild traumatic brain injuries with loss of consciousness are associated with increased inflammation and pain in military personnel. *Psychiatry Research*, 279, 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.001>

Надійшла до редакції 3.06.2025

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyyna888@gmail.com

СУХАРЄВА Вікторія Анатоліївна, аспірант кафедри*; <https://orcid.org/0000-0001-6556-864X>; e-mail: vitasukhareva25@gmail.com

ПОТАПОВ Олександр Олександрович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-9683-3685>; e-mail: o.potapov@med.sumdu.edu.ua

* — кафедри нейрохірургії та неврології з курсами психіатрії та наркології, медичної психології, професійних хвороб Навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми, Україна

Information about the authors:

KOZHYNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyyna888@gmail.com

SUKHARIEVA Viktoriia, Postgraduate Student of the Department**; <https://orcid.org/0000-0001-6556-864X>; e-mail: vitasukhareva25@gmail.com

POTAPOV Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department**

** — Department of Neurosurgery and Neurology with courses in Psychiatry and Narcology, Medical Psychology, Occupational Diseases of the Educational and Scientific Medical Institute of Sumy State University, Sumy, Ukraine

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. Skrynnik, 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.

© Лінський І. В., Підкоритов В. С., Кузьмінов В. Н., Денисенко М. М., Заворотний В. І., Лакинський Р. В., Скринник О. В., Мінко О. О., Задорожний В. В., Ткаченко Т. В., Малихіна Н. А., Борзенко В. Р., 2025

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 обстеження пацієнтів, що надходили в психіатричні відділення Інституту протягом 2024 року. Обстеження № 1 відбувалось протягом перших двох діб госпіталізації, а обстеження № 2 — протягом останніх двох діб 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 високий 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» ($M \pm m$). ** — 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 (йх, 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).

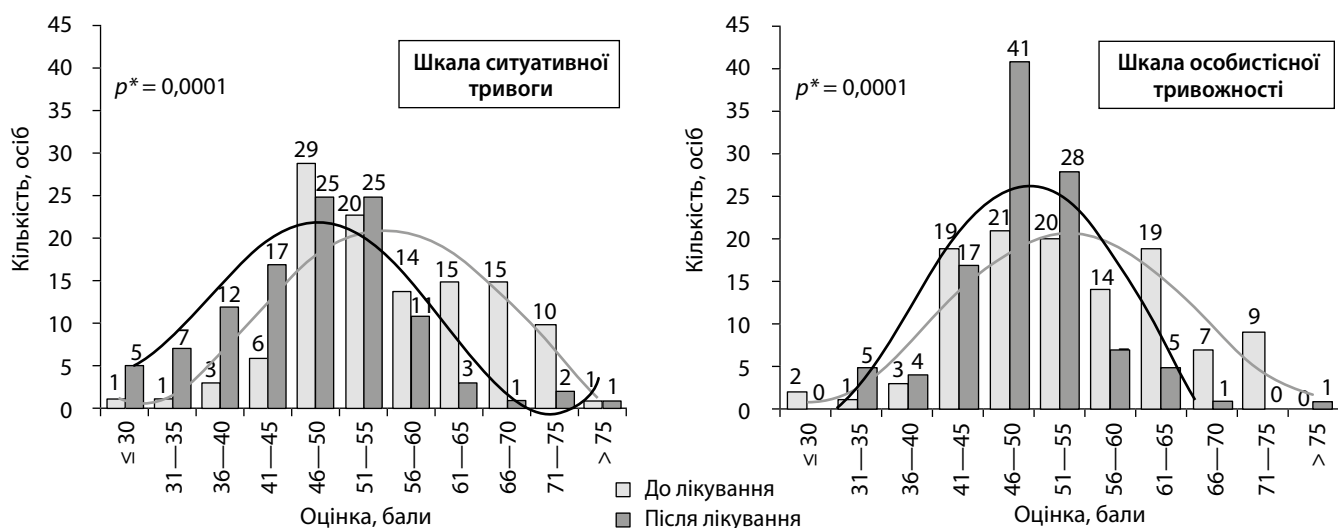


Рис. 1. Розподіли пацієнтів за шкалами ситуативної тривоги (СТ) і особистісної тривожності (ОТ) тесту Спілберґера — Ханіна на початку і наприкінці стаціонарного лікування

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

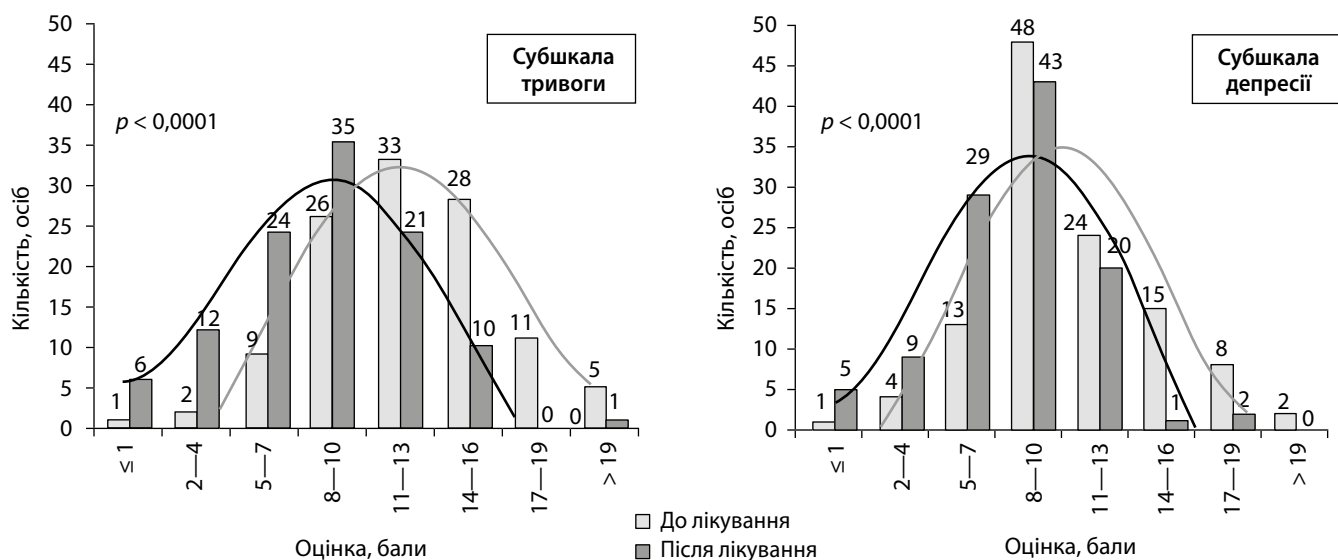


Рис. 2. Розподіли пацієнтів за субшкалами тривоги і депресії шкали HADS на початку і наприкінці стаціонарного лікування

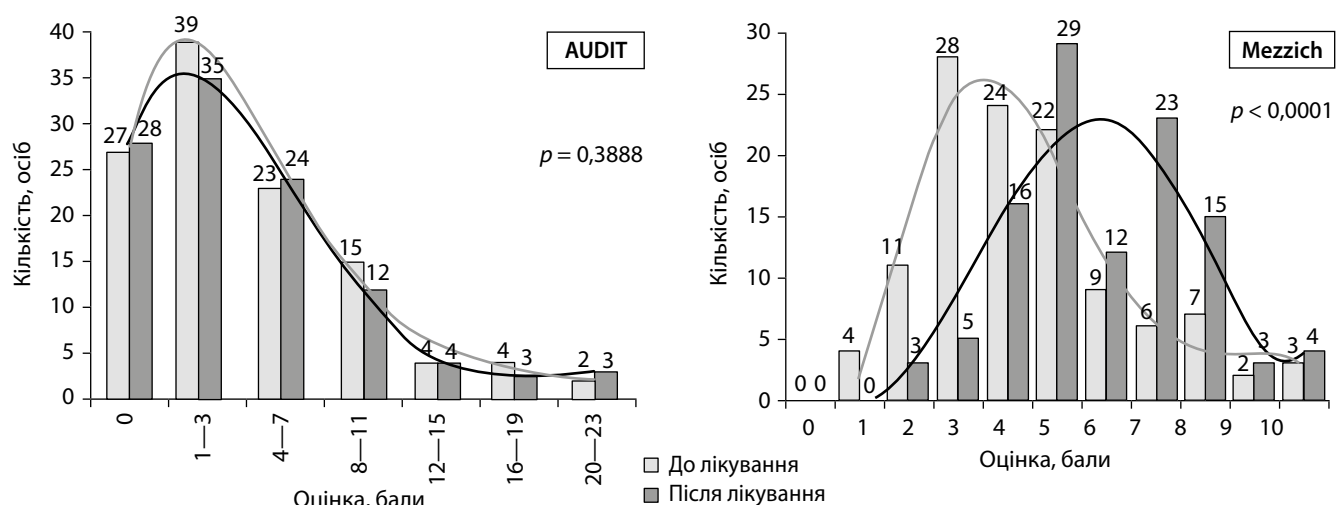


Рис. 3. Розподіли пацієнтів за виразністю розладів внаслідок вживання алкоголю (за тестом AUDIT) та показниками якості життя (за Mezzich) на початку і наприкінці стаціонарного лікування

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).

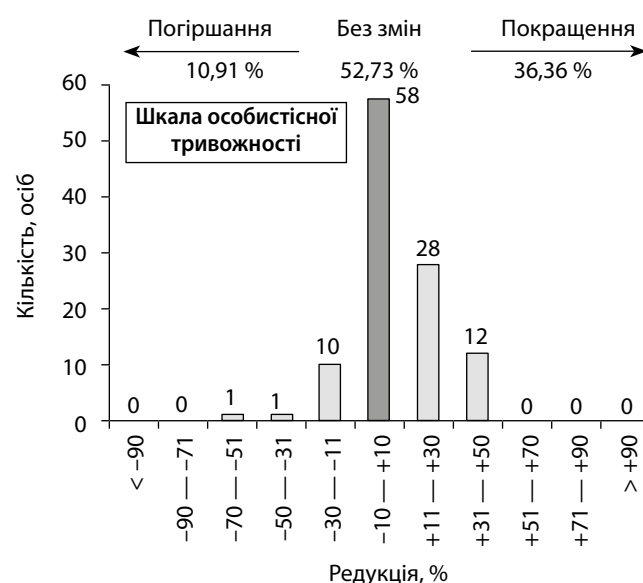


Рис. 4. Розподіли пацієнтів за ступенем редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, оціненої за шкалами ситуативної тривоги (СТ) і особистісної тривожності (ОТ) тесту Спілбергера — Ханіна (за 100 % узято оцінку на початку стаціонарного лікування)

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 Спілбергера — 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 Спілбергера — Ханіна і AUDIT, і як покращення у разі використання методики Mezzich.

В результаті використання цих правил встановили, що:

— за критерієм редукції ситуативної тривоги (тест Спілбергера — 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 Спілбергера — 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).

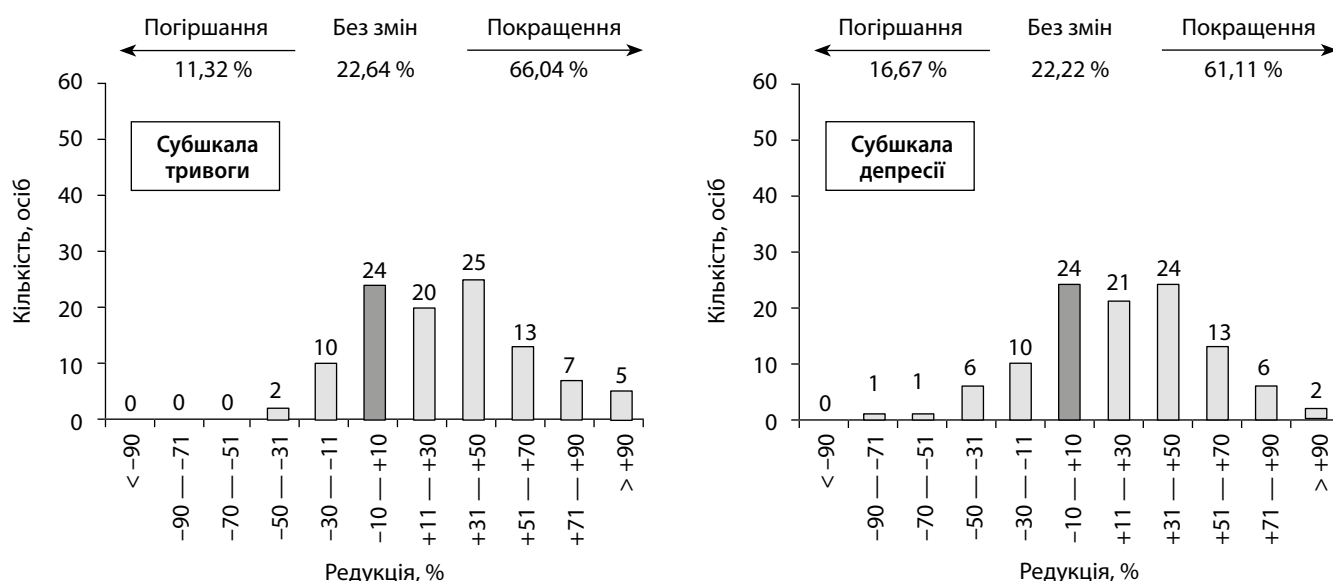


Рис. 5. Розподіли пацієнтів за ступенем редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, оціненої за субшкалами тривоги і депресії шкали HADS (за 100 % узято оцінку на початку стаціонарного лікування)

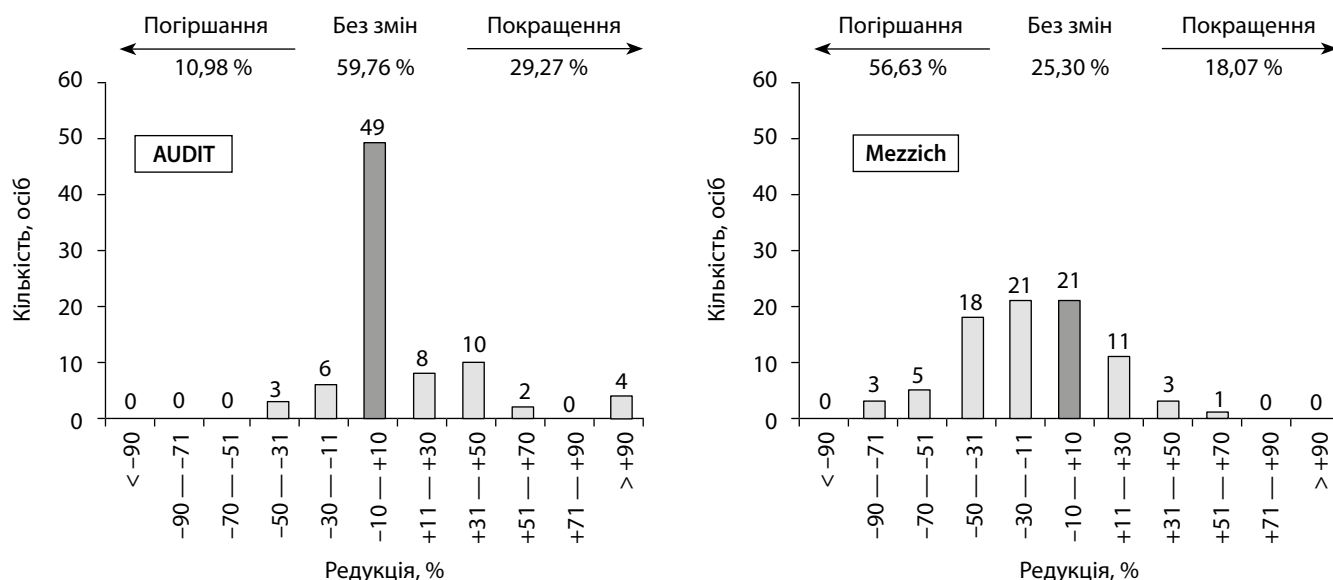


Рис. 6. Розподіли пацієнтів за ступенем редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, оціненої тестом AUDIT, а також за показниками якості життя, оціненої за тестом Mezzich (за 100 % узято оцінку на початку стаціонарного лікування)

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 передуює 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. Богомолец О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолец, 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/Mpsl_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 анкілозівний 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](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x)

14. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Агаєв Н. А., Кокун 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](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x)

18. Validation of an efficient quality of life index / J. E. Mezich, 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. Amedov K. V., Asieieva Yu. O., Tolmachov O. A. Suchasna diahnostrychna 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. Diahnostryka 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., Lakynskyi 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 psykhonevrolohi* [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 sytuatsiakh: ohliad suchasnykh psykhdiahnostrychnykh 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., Lakynskyi R. V., Skrynnyk O. V., Minko O. O., Zadorozhnyi V. V., Tkachenko T. V., Malykhina N. A., Borzenko V. R. Dynamika poststresovoi symptomatyky u patsiientiv 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 psykhonevrolohi* [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 stresostiikosti Konnora-Devidsona-10 (CD-RISC-10): Aprobsatsiia 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 revmatologichnyi 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 diahnostryky* [Fundamentals of psychological diagnostics]. Kyiv, 2009. 234 p. (In Ukrainian).

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

13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica 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 diahnostryky 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 psikhiatrcheskoy 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*

ЗАВОРОТНИЙ 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

*В. В. Огоренко, А. В. Шорніков, В. М. Баклашкін***ПРОГНОЗУВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ***V. V. Ogorenko, A. V. Shornikov, V. M. Baklashkin***PREDICTION OF QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH ADDICTIVE BEHAVIOR**

Ключові слова: *девіантна поведінка, тривога, депресія, якість життя, особливості особистості, стрес, залежність, адикція*

Утворення адиктивного варіанта девіантної поведінки залежить від різноманітних чинників, як-от психічний стрес, тривога, депресія, особистісні особливості та соціальне середовище. Особи з девіантною поведінкою мають підвищений ризик соматичних та психічних захворювань, що потребує комплексного підходу для їх діагностики та лікування. Прогнозування якості життя цих осіб може сприяти вдосконаленню програм та підтримки для поліпшення їхнього стану та уникнення загострення проблем, а також може бути корисним в розробленні і оцінюванні ефективності лікування та реабілітаційних програм. Врахування особистісних особливостей та чинників, що впливають на якість життя, є важливим для розроблення ефективних стратегій управління девіантною поведінкою та підтримки пацієнтів у їхньому відновленні. Метою дослідження було оцінення чинників, які визначають якість життя у осіб з девіантною поведінкою. Проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження, доповнені психометричними шкалами, 54 осіб чоловічої статі з адиктивною формою девіантної поведінки.

У дослідженні аналізували залежність між показниками тривоги, депресії, якості життя та особливостей особистості, ґрунтуючись на результатах психометричних тестів, із визначенням акцентуації характеру та особливостей особистості. Виявлено, що особи зі змішаними варіантами акцентуації мають вищі показники тривоги, особливостей особистості та депресії. Кореляційний аналіз показав зв'язок між тривогою, депресією та якістю життя. Використання моделі логістичної регресії показало, що депресія, застрягаючий тип акцентуації та емоційна лабільність впливають на зниження рівня якості життя. Такі дані дають змогу прогнозувати та коригувати терапевтичний вплив у пацієнтів з девіантною поведінкою.

Keywords: *deviant behaviour, anxiety, depression, quality of life, personality traits, stress, dependence, addiction*

The formation of an addictive variant of deviant behaviour depends on various factors, such as mental stress, anxiety, depression, personal characteristics, and the social environment. Individuals with deviant behaviour have an increased risk of medical and psychiatric diseases, which require a comprehensive approach to their diagnosis and treatment. Predicting these individuals' quality of life can contribute to improving programs and support to enhance their condition and avoid worsening of problems, as well as in developing and evaluating the effectiveness of treatment and rehabilitation programs. Considering personal characteristics and factors affecting the quality of life is important for developing effective strategies for managing deviant behaviour and supporting patients' recovery. The study aimed to assess the factors determining the quality of life of individuals with deviant behaviour. A clinical-psychopathological, psychodiagnostics study supplemented with psychometric scales was conducted on 54 male individuals with an addictive form of deviant behaviour.

The study analysed the relationship between indicators of anxiety, depression, quality of life, and personality traits based on the results of psychometric tests with the definition of character accentuation and personality traits. Individuals with mixed accents were found to have higher rates of anxiety, personality traits, and depression. Correlation analysis showed a relationship between anxiety, depression, and quality of life. Using the logistic regression model, it was shown that depression, stuck-on accentuation, and emotional lability influence a decrease level of quality of life. Such data make it possible to predict and adjust the therapeutic effect in patients with deviant behaviour.

На формування адиктивної поведінки можуть вплинути різноманітні чинники, які суттєво варіюють залежно від конкретної ситуації та особистості. До психологічних чинників належать психічний стрес, тривога, депресія, низька самооцінка, особливості особистості та інші психічні стани, які можуть сприяти вживанню алкоголю з гедоністичною або ескапічною метою. До психосоціальних чинників треба віднести сімейні взаємини, виховання, освіту,

культурні впливи й економічний статус. Ці чинники, разом із біологічними й соціальними, взаємодіють між собою, утворюючи складний мозаїчний образ ризиків та впливів на формування адиктивної поведінки в кожній конкретній особі. Девіантна поведінка може серйозно погіршити якість життя людини в різних сферах, включно з фізичним, психічним, соціальним та економічним благополуччям. Крайнім ступенем вираженості девіантної поведінки можна вважати дисоціальний розлад особистості.

Встановлено, що в осіб старшого віку із цим розладом частіше діагностують залежність від психоактивних речовин, афективні розлади та генералізований тривожний розлад, що суттєво знижує якість їхнього життя [1].

Особистісні особливості, виявлені за допомогою Mini-Mult, можуть впливати на ризик розвитку девіантної поведінки, з огляду на їх взаємодію з іншими чинниками, як-от соціальне середовище, стресові ситуації та генетичні властивості та особливості [2].

Вивчення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖ), є сучасною методологією у сфері охорони здоров'я, оскільки дає змогу оцінювати ефективність лікування пацієнтів, реабілітаційні програми та медико-соціальну адаптацію [3]. Досвід досліджування показників ЯЖ виявляє перспективність у багатьох галузях медицини [4; 5]. Встановлено, що з метою поліпшення ЯЖ осіб важливими цілями втручання є психічний стрес та вживання алкоголю, щоб впоратися з ним [6]. Прогнозування ЯЖ, зокрема в осіб із девіантною поведінкою, має практичне значення для підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних програм, а також для запобігання загостренню психічних розладів у цих осіб. Одним із можливих варіантів прогнозування ЯЖ є використання прогностичних моделей, які враховують комплексність чинників, що впливають на ЯЖ. Особи з порушеною поведінкою мають підвищений рівень соматичних і психічних супутніх захворювань, що загострює проблеми, пов'язані з діагностикою та лікуванням цієї популяції, і може мати серйозні наслідки для них, їхніх близьких та суспільства. Досліджування різних особливостей особистості в осіб з адиктивною формою девіантної поведінки, а також виявлення чинників, що впливають на ЯЖ, сприятиме виробленню потрібних заходів для вирішення та запобігання дезадаптивної та девіантної поведінки.

Метою дослідження було оцінити чинники, які впливають на ЯЖ у осіб з девіантною поведінкою.

Обстежено 54 особи чоловічої статі з адиктивною формою девіантної поведінки, які перебували на лікуванні в наркологічному центрі КП «Дніпровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР. Використані госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); шкала якості життя; опитувальник Леонгарда — Шмішека; Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (Mini-Mult) [7—9].

Отримані дані були піддані статистичному аналізу з використанням методів непараметричного аналізу. Оброблення, коригування, систематизацію та візуалізацію результатів здійснювали за допомогою електронних таблиць Google Sheets (Google LLC). Для статистичного аналізу використовували програму STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc.) з серійним номером AGAR909E415822FA. ROC-аналіз з обчисленням площі під ROC-кривою та порівняння ROC-кривих проводили з використанням програми MedCalc 20.104

(MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2023) (TRAIL-version). Кількісні дані оцінювали на відповідність нормальному розподілу за допомогою критерію Колмогорова — Смирнова. Якщо розподіл даних відрізнявся від нормального, то сукупності кількісних показників описували за допомогою медіани (Me) та квантилів (Q_1 ; Q_3). Номінальні дані описували як абсолютні значення та відсоткові частки. У разі, коли розподіл даних не відповідає нормальному розподілу, для порівняння незалежних сукупностей використовували *U*-критерій Манна — Уїтні. З метою вивчення зв'язку між явищами, описуваними кількісними даними, розподіл яких відрізнявся від нормального, використовували непараметричний метод — обчислення коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Для виявлення зв'язку між бінарними змінними використовували коефіцієнт асоціації ϕ .

Як кількісну міру ефекту під час порівняння відносних показників ми використовували показник відношення шансів (ВШ). Побудову прогностичної моделі ризику певного результату виконували за допомогою методу логістичної регресії. Вибір методу зумовлений тим, що залежна змінна є дихотомічною, а незалежні змінні характеризують як категоріальні, так і кількісні ознаки.

Відбір незалежних змінних проводили методом покрокової прямої селекції з використанням критерію виключення статистики Вальда. Статистичну значущість отриманої моделі визначали за допомогою критерію χ^2 . Мірою визначеності, що вказує на ту частину дисперсії, яка може бути пояснена за допомогою логістичної регресії, у нашому дослідженні був показник Найджелкерка. Для оцінювання діагностичної значущості кількісних ознак під час прогнозування певного результату, зокрема ймовірності настання результату, обчисленої за допомогою регресійної моделі, застосовували метод аналізу ROC-кривих. За його допомогою визначали оптимальне роздільне значення кількісної ознаки, що дозволяло класифікувати пацієнтів за рівнем ризику результату, що має найкраще поєднання чутливості та специфічності. Якість прогностичної моделі, отриманої цим методом, оцінювали з урахуванням площі під ROC-кривою (AUC) зі стандартною помилкою та 95 % довірчим інтервалом (ДІ) та рівня статистичної значущості.

Показники тривоги за HADS становили 7 (4; 10) балів, депресії — 6 (4; 7) балів, а ЯЖ — 63,5 (56; 80) балів, без відмінності залежно від наявності змішаних чи «чистих» акцентуацій характеру. Водночас визначено достовірне збільшення вираженості тривоги в осіб зі змішаними варіантами (показники — понад 70 балів) особливостей особистості за Mini-Mult (табл. 1). Серед змішаних варіантів переважало поєднання різних профілів зі шкалою гіпоманії, що свідчило про імпульсивність, схильність обстежених до ризику, знижену розважливість та низьку толерантність до фрустрації.

Таблиця 1. Залежність психометричних показників від наявності змішаної акцентуації та змішаних особливостей особистості

Показник	Разом	Акцентуація			Mini-Mult		
		змішана	чистий	<i>p</i>	змішаний	чистий	<i>p</i>
Тривога за HADS	7 (4; 10)	8 (7; 11)	6 (4; 10)	0,17	9,5 (7; 12)	5 (3,5; 8)	0,001
Депресія за HADS	6 (4; 7)	6 (6; 7)	5 (4; 7)	0,34	7 (6; 9)	4 (3; 6)	< 0,001
ЯЖ	63,5 (56,0; 80,0)	61 (58; 76)	65 (55; 80)	0,75	59 (46; 65)	73,5 (61,5; 82,5)	0,001

Примітки. Показники подано в форматі $Me (Q_1; Q_3)$, де Me — медіана, $Q_1; Q_3$ — перший та третій квартилі; p — відмінність за тестом Манна — Уїтні

Був проведений кореляційний аналіз досліджуваних показників, і за його результатами виявлено зв'язок між показниками тривоги, депресії, ЯЖ і типів акцентуації характеру (табл. 2). Привертає увагу наявність середньої сили прямої кореляції між по-

казниками тривоги за HADS та збудливістю і дистимністю. Показники ЯЖ мали зворотні кореляційні зв'язки середньої сили з дистимністю, збудливістю та екзальтованістю та прямий кореляційний зв'язок з застряганням.

Таблиця 2. Кореляційні зв'язки психометричних показників та акцентуацій

Показник	Гіпертимність	Дистимність	Циклотимність	Збудливість	Застрягання	Емотивність	Тривога	Екзальтованість	Педантичність	Демонстративність
Тривога за HADS	0,24	0,43	0,25	0,58	-0,19	0,36	0,36	0,35	0,20	0,33
Депресія за HADS	-0,07	0,26	0,09	0,28	-0,03	0,07	0,32	0,37	-0,05	0,15
ЯЖ	0,12	-0,33	-0,06	-0,38	0,27	-0,28	-0,18	-0,35	-0,09	-0,16

Примітка: жирним виділені кореляції з $p < 0,05$

Подібна ситуація зберігається і під час аналізу кореляційних зв'язків між показниками за шкалами Mini-Mult та показниками тривоги, депресії та ЯЖ (табл. 3). Якість життя має достовірні середньої сили зворотні кореляційні зв'язки з показниками шкал 1, 2, 3, 6, 7. Тривога за HADS має прямі кореляції з багатьма шкалами, але найбільше — з 1 (іпохонд-

рії), 2 (депресії) та 7 (психастенії). Депресія за HADS має слабкіші зв'язки з показниками за шкалами Mini-Mult, найбільше — зі шкалою 7, яка відображає підвищену увагу до зворотних сигналів з прагненням уникнути неспіху. Привертає увагу помірна, ближче до слабкої, кореляція між депресією за HADS та шкалою 2 (депресії).

Таблиця 3. Кореляційні зв'язки психометричних показників та особливостей особистості

Показник	Шкала Mini-Mult								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Тривога за HADS	0,63	0,59	0,46	0,20	0,49	0,41	0,66	0,31	0,06
Депресія за HADS	0,34	0,33	0,25	0,29	0,30	0,33	0,44	0,31	0,12
ЯЖ	-0,51	-0,58	-0,45	-0,21	-0,22	-0,50	-0,42	-0,21	-0,13

Примітка: жирним виділені кореляції з $p < 0,05$

В дослідженні низькою вважали ЯЖ менше ніж 67 балів, наявність тривоги та/або депресії при рівні 8 і більше балів за відповідною шкалою HADS. Отже, проводячи аналіз асоціацій між наявністю тривоги, депресії та достатньою якістю життя з наявністю змішаних показників за Mini-Mult, варто відзначити помірні прямі асоціації між змішаними варіантами Mini-Mult та тривогою з депресією. Також треба зазначити про зворотні асоціації між ЯЖ і наявністю тривоги, депресії та змішаних показників за Mini-Mult (табл. 4).

Таблиця 4. Коефіцієнти асоціації між наявністю патології (ф)

	Тривога	Депресія	ЯЖ	Mini-Mult зміш.
Тривога	1,00	0,31	-0,42	0,44
Депресія	0,31	1,00	-0,28	0,38
ЯЖ	-0,42	-0,28	1,00	-0,38
Mini-Mult змішана	0,44	0,38	-0,38	1,00

Дані, за якими виявлені зв'язки між досліджуваними показниками, були включені в логістичний аналіз. За допомогою нашої моделі можна дослідити зв'язок депресії, типів акцентуації та особливості особистості з рівнем психічного компонента якості життя. Бали за шкалою депресії HADS, застрягаючий тип акцен-

туації (Леонгарда — Шмішека) та бали за шкалою 3 (Mini-Mult) пояснювали 35,1 % від загальної дисперсії рівня якості життя. Результати щодо можливості вказаних змінних передбачувати низьку ЯЖ разом з оцінкою якості рівняння та прогностичною здатністю наведені в таблиці 5.

Таблиця 5. Предиктори низького рівня психічного компонента якості життя

Предиктор	ВШ (95 % ДІ)	p	AUC (95 % ДІ)
HADS	1,345 (1,045—1,732)	0,02	0,856 (0,795—0,902)
Застрягаючий тип акцентуації	0,859 (0,743—0,993)	0,04	
Шкала 3 Mini-Mult	1,08 (1,022—1,147)	0,007	

Чутливість отриманої моделі становила 80,65 %, специфічність — 73,91 %. Виявлені предиктори мають достатню якість моделі на підставі аналізу AUC — 0,856 (95 % ДІ 0,795—0,902). Отже, збільшення балів депресії за HADS та показників за шкалою емоційної лабільності (істерії) за Mini-Mult збільшують шанси на низьку якість життя в 1,345 та 1,08 раза відповідно. Вираженість застрягаючого типу акцентуації збільшує шанси достатньої якості життя в 1,16 раза. Всі чинники разом прогнозують збільшення шансів мати низький рівень якості життя у 11,81 (95 % ДІ 3,25—42,82) раза.

Отримані дані дають змогу прогнозувати досягнення оптимального рівня ЯЖ пацієнтів з адиктивним варіантом девіантної поведінки та визначати мішені терапевтичного впливу. Такими мішенями, відповідно до результатів Mini-Mult, є емоційна лабільність, витіснення складних психологічних проблем, соціальна та емоційна незрілість особистості або прагнення здаватися краще, ніж насправді. В процесі роботи як із пацієнтами, так і з їхніми родинами, треба враховувати виражену здатність до роздратування (за тестом Леонгарда — Шмішека), а також стійкі негативні афекти, завищене честолюбство, хворобливу образливість. Також треба корегувати характерні для застрягаючого типу акцентуації не-терплячість і незговірливість.

Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Список літератури

1. Prevalence and correlates of antisocial personality disorder in older adults / K. J. Holzer, M. G. Vaughn, T. M. Loux, [et al.] // *Aging & Mental Health*. 2022. Vol. 26, No. 1. P. 169—178. DOI: 10.1080/13607863.2020.1839867
2. Neuro-bio-chemical balance within deviant delinquent behaviors in adolescents / S.-I. Damian, C. Schiopu, R. Dobrin, [et al.] // *Bulletin of Integrative Psychiatry*. 2022. Vol. 92, No. 1. P. 83—94. DOI: 10.36219/BPI.2022.1.07
3. Герасимчук П. О. Оцінка якості життя, пов'язаної із здоров'ям у медицині / П. О. Герасимчук, Д. Б. Фіра, А. В. Павлишин // *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2021. Т. 1, № 3. С. 112—122. DOI:10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1.11882

4. Шорніков А. В. Прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з несприятливими психічними розладами / А. В. Шорніков, В. В. Огоренко // *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, вип. 4 (113). С. 35—40. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is4-2022-6>

5. Ханюков О. О. Якість життя та прихильність до лікування у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю на фоні артеріальної гіпертензії та хронічної хвороби нирок / О. О. Ханюков, О. В. Смольянова // *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Медицина»*. 2021. Вип. 43. С. 40—48. URL: <https://periodicals.karazin.ua/medicine>

6. Stress and alcohol-related coping mechanisms linking lifetime suicide ideation and attempt to multidimensional quality of life / M. F. Thompson, M. L. Schwandt, V. A. Ramchandani, [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2024. Vol. 351. P. 729—737. DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.209

7. Kincannon J. C. Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1968. Vol. 32, No. 3. P. 319—325. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0025891>

8. Zigmond A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67, No. 6. P. 361—370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

9. Chaban O. Reliability and validity of Chaban Quality of Life Scale / O. Chaban, O. Khaustova, V. Bezsheiko. *Viena: ECNP 2*, 2016. 14, 2016. Retrieved from <https://www.ecnp.eu/presentationpdfs/70/P.2.h.301.pdf>

References

1. Holzer, K. J., Vaughn, M. G., Loux, T. M., Mancini, M. A., Fearn, N. E., & Wallace, C. L. (2022). Prevalence and correlates of antisocial personality disorder in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(1), 169–178. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1839867>
2. Damian, S.-I., Schiopu, C., Dobrin, R., Boloş, A., & Stefanescu, C. (2022). Neuro-bio-chemical balance within deviant delinquent behaviors in adolescents. *Bulletin of Integrative Psychiatry*, 92(1), 83–94. <https://doi.org/10.36219/BPI.2022.1.07>
3. Herasymchuk, P. O., Fira, D. B., & Pavlyshyn, A. V. (2021). Otsinka yakosti zhyttia, pov'язanoi iz zdoroviam u medyt-syni. *Visnyk medychnykh i biolohichnykh doslidzhen*, 1(3), 112–122. <https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1.11882> (In Ukrainian).

4. Shornikov, A. V., & Ogorenko, V. V. (2022). Prohnozuvannya yakosti psikhichnoho zhyttia u khvorykh na aseptychni nekroz holovky stehnovoi kistky z nepsykhotychnymy psykichnymy rozladamy. *Ukrainskyi Visnyk Psykhonevrologii*, 30(4), 35-40. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is4-2022-6> (In Ukrainian).

5. Khaniukov, O. O., & Smolianova, O. V. (2021). Yakist zhyttia ta prykhylnist do likuvannya u patsientiv z khronichnoi sertsevoi nedostatnistiu na foni arterialnoi hipertenzii ta khronichnoi khvoroby nyrok. *Visnyk Kharkivskoho natsionalnoho universytetu imeni V. N. Karazina. Seriya "Medytsyna"*, (43). <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2021-43-05> [(In Ukrainian)].

6. Thompson MF, Schwandt ML, Ramchandani VA, Diazgranados N, Goldman D, Luk JW. (2024). Stress and alcohol-related coping mechanisms linking lifetime suicide ideation and attempt to multidimensional quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 351, 729–737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.209>

7. Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(3), 319–325. <https://doi.org/10.1037/h0025891>

8. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

9. Chaban, O., Khaustova, O., & Bezsheiko, V. (2016). *Reliability and validity of Chaban quality of life scale*. Viena: ECNP 2, 2016. 14, 2016. <https://www.ecnp.eu/presentationpdfs/70/P.2.h.301.pdf>

Надійшла до редакції 7.05.2025

Відомості про авторів:

ОГОРЕНКО Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна; e-mail: ogorenkov@gmail.com

ШОРНИКОВ Андрій Володимирович, асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна; e-mail: andy.sh2014@gmail.com

БАКЛАШКІН Владислав Михайлович, магістр психології, клінічний психолог наркологічного центру Комунального підприємства «Дніпровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради, м. Дніпро, Україна; e-mail: 604_07@gmail.com

Information about the authors:

OGORENKO Viktoriia, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine; e-mail: ogorenkov@gmail.com

SHORNIKOV Andrii, Assistant of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine; e-mail: andy.sh2014@gmail.com

BAKLASHKIN Vladyslav, Master of Psychology, Clinical Psychologist of the narcological center of the Communal Enterprise "Dniprovsk Multidisciplinary Clinical Hospital for the Provision of Psychiatric Care" of Dnipropetrovsk regional council, Dnipro, Ukraine; e-mail: 604_07@gmail.com

І. А. Пронько

ТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ АУТИЗМІ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ: ФОКУС НА ПОВЕДІНКОВІ МЕТОДИКИ

Ivan Pronko

THERAPEUTIC INTERVENTIONS IN AUTISM THROUGH THE PRISM OF EVIDENCE-BASED MEDICINE: FOCUS ON BEHAVIORAL TECHNIQUES

Ключові слова: аутизм, розлад аутистичного спектра, нейрорізноманітність, доказова медицина, прикладний аналіз поведінки, розвиткові втручання, природні розвиткові поведінкові втручання, логопедичні втручання, батьківські втручання, корекційні програми

Key words: autism, autism spectrum disorder, neurodiversity, evidence-based medicine, applied behavior analysis, developmental interventions, naturalistic developmental behavioral interventions, speech-language interventions, parent-mediated interventions, intervention programs

Метою статті є оцінка ефективності втручань, призначених для корекції проявів аутизму, з позицій доказової медицини. З огляду на надзвичайно велику кількість використовуваних терапевтичних методик, докладно розглянуті поведінкові втручання, які є найбільш поширеними та застосовуваними. Основним поведінковим втручанням, що використовують при аутизмі, є прикладний аналіз поведінки (ПАП). Метод використання ПАП при аутизмі розробив у 70-х роках ХХ століття клінічний психолог з Каліфорнійського університету Оле Івар Ловаас. Запропонований Ловаасом терапевтичний алгоритм отримав назву Discrete Trial Teaching — Навчання розділеними спробами. Протягом останніх десятиліть ПАП еволюціонував з підходу Ловааса у велику кількість інших методик, серед яких — як сфокусовані корекційні програми, так і комплексні лікувальні моделі. Найбільш відомі на сьогодні терапевтичні підходи з напрямку ПАП — це тренінг функціональної комунікації та раннє інтенсивне поведінкове втручання, що базується на програмі навчання розділеними спробами. Численні рандомізовані контрольовані дослідження та метааналізи рандомізованих контрольованих досліджень підтверджують ефективність зазначених поведінкових втручань при аутизмі.

The purpose of the article is to evaluate the effectiveness of interventions designed to correct the manifestations of autism from the standpoint of evidence-based medicine. Due to the extremely large number of therapeutic techniques used, behavioral interventions that are the most common and widely used are discussed in detail. The main behavioral intervention used for autism is applied behavior analysis (ABA). The very method of using ABA for autism was developed in the 70^s of the 20th century by Ole Ivar Lovaas, a clinical psychologist from the University of California. The therapeutic algorithm proposed by Lovaas was called discrete trial training. Over the past decades, ABA has evolved from Lovaas' approach into a large number of other techniques, including both focused intervention practices and comprehensive treatment models. The most well-known therapeutic techniques in the field of ABA are functional communication training and early intensive behavioral intervention, that is based on based on discrete trial training practice. Numerous randomized controlled trials and meta-analyses of randomized controlled trials proves the effectiveness of these behavioral interventions in autism.

Близько 80 років тому Лео Каннер вперше описав дітей з особливим психологічним станом, що проявлявся браком інтересу до взаємодії з оточенням та схильністю до однотипної повторюваної поведінки. Такий стан він виокремив серед інших захворювань, зокрема дитячої шизофренії, та назвав «Ранній дитячий аутизм» [1]. Протягом наступних десятиліть поширеність описаного Каннером стану була досить низькою, наприклад, дослідження 1966 року оцінювало частку осіб з аутизмом у популяції у 0,05 % [2]. Але так тривало недовго, і вже на початку ХХІ століття ситуація почала кардинально змінюватись. Згідно з даними Мережі моніторингу порушень розвитку Центрів з контролю та профілактики захворювань США, поширеність аутизму у загальній популяції становила вже 0,7% 2000 року, 0,9% (2006), 1,5% (2010), 1,9% (2016) та 2,8% (2020), до того ж серед хлопчиків цей показник був набагато вищим та досяг 2020 року 4,3 % (рис. 1) [3; 4].

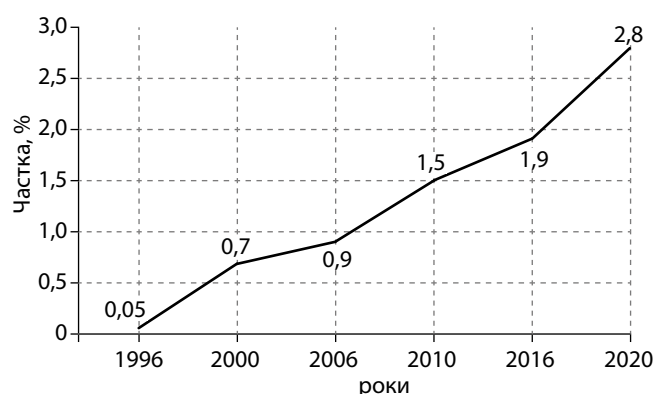


Рис. 1. Частка дітей з аутизмом у загальній популяції США (адаптовано з [3; 4])

На сьогодні немає єдиного загальноприйнятого розуміння аутизму: тоді як медична спільнота звикла розглядати його як патологічний розлад, особи з аутизмом все частіше заявляють про свій стан як про один з варіантів розвитку нервової системи, відокремлюючи його від патологій. Запропонований

у 1990-х роках концепт «нейрорізноманіття» передбачає саме таке визначення аутизму — не як розладу, який потрібно лікувати, а радше — як людську особливість, що варта уваги [5].

У науковій літературі теж дедалі частіше використовують замість терміна «розлад аутистичного спектра» поняття «аутизм» та «стани аутистичного спектра», а замість «хворий з аутизмом» та «пацієнт з аутизмом» — «особа з аутизмом» чи «аутистична особа». Проте, незважаючи на етичні розбіжності у розумінні їх стану, особи з аутизмом мають труднощі під час спілкування, проблеми з емпатією, непристосованість до несподіваних змін, надзвичайно вузькі інтереси та сенсорну гіперчутливість, а часто і суттєві порушення інтелекту та обмеженість у використанні мови, що зрештою призводить до значних обмежень у повсякденному функціонуванні та суттєвого зниження якості життя [6]. Згідно з результатами опитувань, частка тих, хто почувається самотніми, у 8 разів більша серед осіб з аутизмом, ніж у загальній популяції, а рівень задоволеності життям у осіб з аутизмом набагато нижчий, ніж в осіб без аутизму [7]. Більшість осіб з аутизмом назавжди залишаються залежними від підтримки батьків та/або державних інституцій, лише вкрай невелика їх частка здатна до самостійного життя та створення нових довгострокових сімейних стосунків [8]. У зв'язку з переліченими фактами особливо гостро постає питання корекції стану осіб з аутизмом для підвищення можливості їх адаптації до життя у суспільстві.

2020 року Національний інформаційний центр з доказовості та практики з аутизму ідентифікував 972 наукових дослідження, у яких був продемонстрований позитивний ефект втручання на прояви аутизму, причому, якщо у період з 1990 до 2011 були опубліковані 427 таких досліджень, то за наступні шість років (2012—2017) — вже 545 нових публікацій досліджень з позитивними результатами [9]. Через наявність такої великої кількості наукових даних та брак чітко окреслених причин розвитку цього стану, виокремлення найбільш ефективних втручання при аутизмі є непростим завданням. Допомогти у цьому може використання принципів доказової медицини, що передбачає фокусування на найбільш надійних доказах з подальшим їх узагальненням.

Метою статті є оцінка ефективності втручання, призначених для корекції проявів аутизму, з позицій доказової медицини. З огляду на надзвичайно велику кількість використовуваних терапевтичних методик, у цій роботі докладно розглянуті поведінкові втручання, як найбільш поширені та застосовувані.

Рівні доказовості наукових даних. Поняття «Доказова медицина» запропоновано групою канадських вчених у 1990-х роках та мало таке визначення: сумлінне, чітке та розумне використання найкращих поточних доказів у прийнятті рішень щодо лікування

окремих пацієнтів [10]. Сьогодні загальноприйнято, що докази ефективності та безпеки того чи того лікувального підходу походять з наукових досліджень, проте лише певний їх тип, а саме рандомізовані контрольовані дослідження, можна розглядати як «найкращі докази». Рандомізоване контрольоване дослідження передбачає: 1) порівняння одного клінічного втручання з іншим або з його імітацією (тобто наявність окрім групи основного втручання, ще і групи контролю) та 2) розподілення учасників дослідження у різні групи випадковим, рандомізованим способом щоб уникнути можливості впливу певних їх особливостей на результати дослідження [11]. Результати кількох рандомізованих контрольованих досліджень можуть бути узагальнені у вигляді систематичного огляду або метааналізу, які являють собою ще вищий рівень доказовості. Зокрема, відповідно до ієрархії доказовості Оксфордського центру доказової медицини, найбільше заслуговують довіри такі типи даних (за спаданням надійності): систематичні огляди та метааналізи рандомізованих контрольованих досліджень, окремі рандомізовані контрольовані дослідження, когортні дослідження, дослідження «випадок — контроль», дослідження ряду випадків, окремі клінічні випадки, думка експертів (рис. 2) [12].



Рис. 2. Ієрархія доказовості Оксфордського центру доказової медицини (адаптовано з [12])

Види втручання при аутизмі. У сучасних міжнародних клінічних рекомендаціях як основну ціль терапевтичних втручання при аутизмі визначено вплив на базисні прояви стану — порушення соціальної комунікації та повторювану поведінку. Зокрема, у настанові 2020 року Американської академії педіатрії мінімізація базисного дефіциту визначається однією з трьох цілей втручання у осіб з аутизмом, а дві інші міцно пов'язані з нею: максимізація функціональної незалежності через сприяння набуттю адаптивних навичок та мінімізація проблемної поведінки [13]. Дотепер у світі не схвалено використання жодного лікарського засобу для корекції дефіциту соціальної

комунікації та обмеженої повторюваної поведінки при аутизмі [14; 15]. Основний тип втручань, здатний впливати на зазначені базисні прояви аутизму, відповідно до міжнародних клінічних рекомендацій, — це психосоціальні методики, що сфокусовані на ранній корекції взаємодії дітей з аутизмом з їхніми батьками. Ефективність таких методик та тривале збереження спричинених ними позитивних змін підтверджені численними рандомізованими контрольованими дослідженнями та метааналізами таких досліджень [8].

Є велика кількість психосоціальних методик, що застосовують при аутизмі. Залежно від складності та широти діапазону корекції вони можуть бути поділені на дві групи: 1) сфокусовані корекційні програми, 2) комплексні лікувальні моделі. Сфокусовані корекційні програми базуються на одній конкретній практиці, яка слугує, зазвичай, для формування однієї конкретної навички чи корекції певної небажаної поведінки протягом досить обмеженого часу. На відміну від них, комплексні лікувальні моделі складаються з кількох окремих практик для впливу на різні прояви аутизму, включно з дефіцитом мовного, когнітивного та соціального розвитку; їх тривалість набагато більша за сфокусовані корекційні програми [9]. Окрім того, можливий поділ психосоціальних методик залежно від головного терапевтичного чинника, що лежить в їх основі. Зокрема, розрізняють три основних типи [8; 9; 13]:

1) Поведінкові втручання, основним з яких є прикладний аналіз поведінки — ПАП ("Applied Behavior Analysis" — ABA);

2) Розвиткові втручання — спираються на теорії розвитку;

3) Природні втручання — сфокусовані на змінах повсякденної рутинної активності осіб з аутизмом (ця група методик також має назву Природні розвиткові поведінкові втручання через використання принципів як розвиткового, так і поведінкового підходів).

Окрім основних груп методів, деякі спеціалісти виокремлюють додаткові:

4) Батьківські втручання — забезпечуються батьками осіб з аутизмом, які пройшли спеціальну підготовку;

5) Логопедичні втручання;

6) Рухові втручання;

7) Сенсорні втручання.

Поведінкові втручання. Основним поведінковим втручанням, що застосовують при аутизмі, є прикладний аналіз поведінки. ПАП розглядає такі особливості функціонування дитини: навички, порушення та проблемну поведінку як продукти взаємодії дитини з важливими обставинами її оточення. В рамках цього підходу прояви аутизму розглядають не як симптоми, а як нестачу одних видів поведінки (спільна увага, погляд в очі, спілкування та соціальні інтереси) та надлишок інших видів по-

ведінки (стереотипна поведінка) [16]. Теоретична модель ПАП спирається на біхевіоризм — напрям психології, який базується на припущенні, що поведінка індивіда може бути змінена за допомогою винагород і покарань. У ПАП передбачається, що в основі будь-якої поведінки є три компоненти, які в англійській літературі позначають аббревіатурою ABC: A — *antecedent*, провісник, тобто те, що викликало або передувало аналізованій поведінці, B — *behaviour*, тобто сама поведінка та C — *consequence*, наслідок поведінки, який може бути позитивним або негативним. ПАП-терапевт, впливаючи на провісники та використовуючи як наслідки винагороди та покарання, формує бажану, просоціальну поведінку та викоринює небажану, проблемну поведінку у осіб з аутизмом [17; 18]. Метод використання ПАП при аутизмі розробив у 70-х роках XX століття клінічний психолог з Каліфорнійського університету Оле Івар Ловаас. Запропонований Ловаасом терапевтичний алгоритм отримав назву "Discrete trial training" (DTT) — Навчання розділеними спробами (НРС). Протягом останніх десятиліть ПАП еволюціонував з НРС-підходу Ловааса у велику кількість інших методик, серед яких є як сфокусовані корекційні програми, так і комплексні лікувальні моделі [19]. Найбільш відомі терапевтичні методики з напрямку ПАП, що використовують при аутизмі, наведені нижче.

Навчання розділеними спробами — сфокусована корекційна програма, яку застосовує терапевт під час індивідуальних занять, передбачає поділ отримуваної нової навички на кілька простих компонентів з подальшим індивідуальним опануванням кожної з частин. Метод передбачає тривале повторення кожної вправи (спроби) та можливе додавання спонукальних процедур. Бажана, «правильна» поведінка супроводжується позитивним підкріпленням, «неправильна» поведінка ігнорується (або супроводжується негативним підкріпленням, як у більш ранніх версіях методу). Навчальна спроба зазвичай триває від 5 до 15 секунд та починається з провісника — завдання чи інструкції, за якими може йти підказка, після чого, у разі появи бажаної поведінки, її винагороджують; така спроба відтворюється кілька разів для кращого закріплення навички. Наприклад, терапевт показує чашку та запитує: «Що це?» (провісник) — терапевт каже: «Скажи "чашка"» (підказка) — дитина повторює «чашка» (поведінка) — терапевт хвалить: «Хороший хлопчик» та лоскоче дитину (винагорода) [16; 20; 21].

Тренінг функціональної комунікації — ТФК ("Functional Communication Training" — FCT) — найбільш широко використовувана при проблемній поведінці поведінкова сфокусована корекційна програма. Метод базується на визначенні функції, яку виконує проблемна поведінка, та заміні останньої на більш соціально прийнятний еквівалент, що виконує ідентичну функцію. До функцій

небажаної поведінки належать: втеча (уникнення небажаної діяльності), відчутне благо (отримання бажаного предмета або діяльності) та увага (привернення уваги з боку дорослого або однолітка). Альтернативними стратегіями для досягнення бажаної функції можуть бути висловлення певних слів, показування на картку з картинками, натискання на перемикач. Рандомізоване контрольоване дослідження, що було опубліковано 2020 року, показало, що як порівняти зі стандартними послугами, ТФК набагато ефективніше усуває проблемну поведінку: поліпшення поведінки було відзначено в усіх (з 21) дітей групи активного втручання, у групі порівняння такий результат спостерігався лише у 2 з 17 дітей [22].

Окрім НРС та ТФК, до поведінкових сфокусованих корекційних програм належать такі: втручання, що спирається на провісники, диференційоване підкріплення, згасання, моделювання, спонування, підкріплення, переривання та переспрямування відповіді, аналіз завдань, затримка часу, відеомодельовання, візуальна підтримка [9].

Раннє інтенсивне поведінкове втручання — РІПВ (“Early intensive behavioral intervention” — EIBI) — найбільш досліджена при аутизмі комплексна лікувальна модель [21], в її основу покладено методику навчання розділеними спробами. Її можна використовувати в різних умовах: вдома, у дитячому садку, школі, на ігровому майданчику, в магазині. Оптимальна тривалість РІПВ — від двох років та більше, оптимальна інтенсивність застосування — 30—40 годин на тиждень (у зв'язку з чим у ролі терапевта виступають не тільки сертифіковані фахівці, а і батьки, вчителі та інші важливі для дитини дорослі. РІПВ при аутизмі можна використовувати для опанування мови, поліпшення соціальної взаємодії, навичок повсякденного функціонування та академічної успішності [16; 18].

В одному з перших досліджень РІПВ, яке провів засновник методики, Оле Івар Ловаас, опублікованому 1987 року, вивчено вплив РІПВ на інтелектуальну та навчальну здібності дітей з аутизмом. Учасники були нерандомізовано поділені на три групи: основну групу, у якій застосовували інтенсивне поведінкове втручання та дві групи порівняння. У першій групі порівняння було 19 дітей з аутизмом, які отримували поведінкове втручання низької інтенсивності, 10 або менше годин на тиждень. Друга група порівняння включала 21 дитину, для яких використовували стандартні послуги для дітей з аутизмом, що були доступні в їх регіоні. Основна ж, експериментальна група включала 19 дітей з аутизмом, які отримували поведінкове втручання високої інтенсивності, 40 та більше годин на тиждень. До кожного учасника експериментальної групи було призначено кілька добре підготовлених студентів — поведінкових терапевтів, які працювали (неповний робочий день) з дитиною вдома, у навчальному закладі та у громадських місцях.

Після попереднього тренінгу батьки працювали як частина корекційної команди протягом усього дослідження. Таким способом поведінкове втручання могло надаватися протягом майже всіх годин неспання дітей, 365 днів на рік. Для зменшення агресивної та самостимулюючої поведінки використовували ігнорування, перерви, формування альтернативних, більш соціально прийнятних форм поведінки і, в крайньому разі, голосно вимовлене «ні» або легенькі ляпанці по стегну, залежно від стійкості небажаної поведінки. Протягом першого року цілями втручання були: зменшення самостимуляції та агресивної поведінки, формування сприйнятливості до елементарних словесних прохань, навчання імітації, формування початкових навичок гри з іграшками та залучення до лікувального процесу усієї родини. Активності другого року втручання були сфокусовані на навчанні експресивному та примітивному абстрактному мовленню та залученні у взаємодію через гру з однолітками. Протягом третього року навчали належно виражати емоції та закладали основи читання, писання та рахування, використовували навчання спостереженням за навчальним процесом інших дітей. На початку дослідження визначали показник IQ та проводили поведінкові спостереження; середній вік дітей на цьому етапі становив 2 роки та 9 місяців. Повторну оцінку було проведено, коли середній вік учасників досяг 7 років. Діти в експериментальній групі мали середній показник IQ = 83, у середньому набрали 20 балів та досягли серйозних успіхів у навчанні. Дев'ять з 19 дітей цієї групи (47 %) мали показник IQ = 85 або вище та розпочали навчання у звичайній школі без сторонньої допомоги. Під час чергового оцінювання, коли середній вік дітей був 13 років, 8 з 9 дітей з найкращими досягненнями зберегли досягнуті результати. На противагу цьому, діти з першої групи порівняння, які отримували 10 або менше годин поведінкового втручання на тиждень, досягли середнього показника IQ = 52, а діти з другої групи порівняння, які отримували стандартні послуги, мали середній показник IQ = 58. Лише одна дитина з цих двох груп порівняння (2 %) розпочала навчання у звичайній школі без сторонньої допомоги [23].

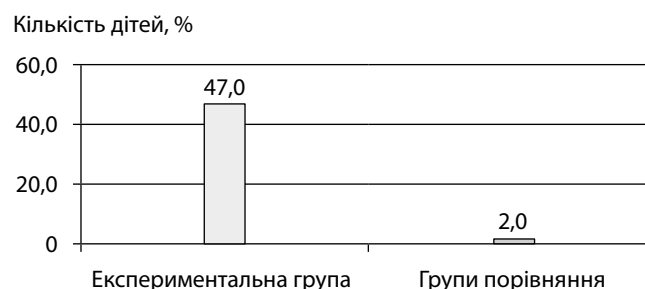


Рис. 3. Частка учасників дослідження Lovaas (1987), які розпочали навчання у звичайній школі без сторонньої допомоги після кількох років втручання [23]

Сучасні дослідження РІПВ. У метааналізі, проведеному Б. Ші та іншими (2021), було відібрано 12 досліджень, у яких вивчали ефективність РІПВ при аутизмі [24]. Серед обраних досліджень два були рандомізованими контрольованими, а три — нерандомізованими контрольованими. Узагальнивши результати, автори дійшли висновку, що функціонування дітей з аутизмом у групі РІПВ загалом було кращим, ніж у групі порівняння за багатьма параметрами. РІПВ справляло істотний вплив на показники адаптації, незначний або помірний вплив на підвищення IQ, поліпшення комунікації та соціальної сфери. Однак, з аналізу лише контрольованих досліджень не вдалося виявити позитивного впливу РІПВ на поліпшення експресивного та рецептивного мовлення. 2023 року Т. Екес та інші опублікували результати метааналізу [25], у якому були узагальнені результати 11 досліджень комплексних втручань на основі ПАП, головним корекційним підходом у більшості досліджень було РІПВ. Лише одне дослідження було рандомізованим контрольованим, здебільшого основне втручання порівнювали зі стандартними корекційними практиками. Автори метааналізу дійшли висновку, що комплексні втручання на основі ПАП, як порівняти зі стандартними підходами, показали помірний вплив на інтелектуальне функціонування та адаптивну поведінку, натомість вплив на мовні здібності, вираженість симптомів та батьківський стрес був порівнянним. Також важливо відзначити, що 2018 року Б. Реічов та інші [26] опублікували результати кокранівського огляду, присвяченого ефективності РІПВ, в якому узагальнено дані п'яти контрольованих досліджень, одне з яких було рандомізованим, в усіх дослідженнях РІПВ порівнювали зі стандартними корекційними підходами. У результаті аналізу автори дійшли висновку, що як порівняти зі стандартними практиками, РІПВ краще впливає на адаптивну поведінку, рівень IQ, рецептивне та експресивне мовлення, натомість вплив на вираженість симптомів та поліпшення проблемної поведінки був порівнянним.

Отже, можна зробити висновок, що численні рандомізовані контрольовані дослідження та метааналізи рандомізованих контрольованих досліджень підтверджують ефективність найбільш поширених поведінкових втручань при аутизмі, як-от тренінгу функціональної комунікації та базованого на навчанні розділеними спробами раннього інтенсивного поведінкового втручання.

Список літератури / References

1. Kanner, L. (1944). Early infantile autism. *The Journal of pediatrics*, 25, 211–217. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(44\)80156-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(44)80156-1)
2. Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children: 1. Prevalence. *Social psychiatry*, 1, 124–135. <https://doi.org/10.1007/BF00584048>

3. Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Data and statistics on autism spectrum disorder*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>
4. Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D.A., ... Shaw, K. A. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C.: 2002)*, 72(2), 1–14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a>
5. Ortega, F. (2009). The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. *BioSocieties*, 4(4), 425–445. <https://doi.org/10.1017/S1745855209990287>
6. Baron-Cohen, S. (2017). Editorial Perspective: Neurodiversity—a revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of child psychology and psychiatry*, 58(6), 744–747. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12703>
7. National Autistic Society and Mind. (2021). *Good Practice Guide for Professionals Delivering Talking Therapies for Autistic Adults and Children*. <https://s2.chorus-mk.thirdlight.com/file/24/asDKIN9as.klK7easFDsalAzTC/NAS-Good-Practice-Guide-A4.pdf>
8. Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P., & (ESCAP ASD Working Party). (2021). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *European child & adolescent psychiatry*, 30(6), 961–984. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
9. Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., ... & Savage, M. N. (2020). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism*. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team.
10. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
11. Stolberg, H. O., Norman, G., & Trop, I. (2004). Randomized controlled trials. *American Journal of Roentgenology*, 183(6), 1539–1544. <https://doi.org/10.2214/ajr.183.6.01831539>
12. Phillips, B. (2009). *Oxford Center for Evidence-based Medicine. Levels of Evidence*. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>
13. Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M., Kuo, D. Z., Apkon, S., Davidson, L. F., ... & Bridgemohan, C. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>
14. Politte, L. C., Howe, Y., Nowinski, L., Palumbo, M., & McDougale, C. J. (2015). Evidence-based treatments for autism spectrum disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2, 38–56. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0031-z>
15. Wong, C. M., Aljunied, M., Chan, D. K. L., Cheong, J. M. Y., Chew, B., Chin, C. H., ... & Ramkumar, A. (2024). 2023 clinical practice guidelines on autism spectrum disorder in children and adolescents in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2023307>
16. Klintwall, L., & Eikeseth, S. (2014). Early and intensive behavioral intervention (EIBI) in autism. In: Patel, V., Preedy, V., Martin, C. (eds) *Comprehensive Guide to Autism*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4788-7_129

17. LeBlanc, L. A., & Gillis, J. M. (2012). Behavioral interventions for children with autism spectrum disorders. *Pediatric Clinics North Am*, 59(1), 147-164. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.10.006>
18. Kirkham, P. (2017). The line between intervention and abuse—autism and applied behaviour analysis. *History of the human sciences*, 30(2), 107-126. <https://doi.org/10.1177/0952695117702571>
19. Gitimoghaddam, M., Chichkine, N., McArthur, L., Sangha, S. S., & Symington, V. (2022). Applied behavior analysis in children and youth with autism spectrum disorders: a scoping review. *Perspectives on behavior science*, 45(3), 521-557. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00338-x>
20. Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J., & Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40, 425-436. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0825-1>
21. Anwar, A., Sutadi, R., & Miranda, C. (2022). Development of discrete trial training (DTT) procedure in smart applied behavior analysis (Smart ABA) for autism. *Journal of Psychology and Behavior Studies*, 2(1), 63-44. <https://doi.org/10.32996/jpbs.2022.2.1.7>
22. Lindgren, S., Wacker, D., Schieltz, K., Suess, A., Pelzel, K., Kopelman, T., ... & O'Brien, M. (2020). A randomized controlled trial of functional communication training via telehealth for young children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 50, 4449-4462. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04451-1>
23. Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 3-9. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.55.1.3>
24. Shi, B., Wu, W., Dai, M., Zeng, J., Luo, J., Cai, L., ... & Jing, J. (2021). Cognitive, language, and behavioral outcomes in children with autism spectrum disorders exposed to early comprehensive treatment models: a meta-analysis and meta-regression. *Frontiers in psychiatry*, 12, 691148. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.691148>
25. Eckes, T., Buhlmann, U., Holling, H. D., & Möllmann, A. (2023). Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum disorder—a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 23(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04412-1>
26. Reichow, B., Barton, E. E., Boyd, B. A., & Hume, K. (2012). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane database of systematic reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009260.pub2>

Надійшла до редакції 11.04.2025

ПРОНЬКО Іван Анатолійович, лікар-психіатр, психоаналітик, учасник об'єднання «Психоаналітична Артіль», аспірант Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: pronkoivan@gmail.com

PRONKO Ivan, Physician-psychiatrist, psychoanalyst, member of the group "Psychoanalytic Artel", Postgraduate Student of V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail pronkoivan@gmail.com

*I. Ф. Терьошина, К. О. Зеленська, І. О. Черненко, Н. В. Деміхова***ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ
ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНИЙ ЕПІЗОД В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ***I. F. Tieroshina, K. O. Zelenska, I. O. Chernenko, N. V. Demikhova***PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOMENOLOGY AND CLINICAL MANAGEMENT
OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE EPISODE UNDER CONDITIONS OF FULL-SCALE INVASION**

Ключові слова: депресивний епізод, військовослужбовці, внутрішньо переміщені особи, воєнна травма, клінічний менеджмент, психотерапія, само-допомога

Key words: depressive episode, military servicemen, internally displaced persons, war trauma, clinical management, psychotherapy, self-help

У процесі роботи з метою вивчення клініко-психологічних та патопсихологічних особливостей депресивного епізоду проведено комплексне дослідження 123 хворих, які перебувають під тривалим впливом воєнного стресу (І група — 57 військовослужбовців, ІІ група — 66 внутрішньо переміщених осіб).

Встановлено, що клінічна структура депресивних розладів у обстежених хворих представлена тривожно-депресивним (33,7 % обстежених І групи та 33,9 % ІІ групи), апато-адинамічним (22,6 % та 19,9 % відповідно), тужливим (27,7 % обстежених І та 28,1 % ІІ групи) та дисфоричним (36,0 % та 8,1 % відповідно) варіантами психопатологічної симптоматики.

Розроблено диференційований підхід до клінічного менеджменту, що включає персоналізовану фармакотерапію з використанням СІЗС та СІЗСН, адаптовані психотерапевтичні інтервенції та методи самопомоги з урахуванням специфіки травматичного впливу у кожній групі для формування довготривалої резильєнтності.

In the course of work aimed at studying clinical-psychological and pathopsychological features of depressive episode, a comprehensive examination of 123 patients under prolonged influence of war stress was conducted (group I — 57 military servicemen, group II — 66 internally displaced persons).

It was established that the clinical structure of depressive disorders in examined patients was represented by: anxiety-depressive (33.7 % of group I subjects and 33.9 % of group II), apathetic-adyamic (22.6 % and 19.9 % respectively), melancholic (27.7 % of group I and 28.1 % of group II subjects), and dysphoric (36.0 % and 8.1 % respectively) variants of psychopathological symptomatology.

A differentiated approach to clinical management was developed, including personalized pharmacotherapy using SSRIs and SNRIs, adapted psychotherapeutic interventions and self-help methods taking into account the specificity of traumatic impact in each group for the formation of long-term resilience.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресивні розлади належать до найпоширеніших психічних порушень у світі. В Україні поширеність депресії становить 6,3 %, що відповідає приблизно 2,8 мільйона осіб, та є одним із найвищих показників серед європейських країн [1—3].

Сучасні депресивні розлади у осіб, які зазнали впливу воєнних дій, характеризуються новими феноменологічними особливостями, що потребують переосмислення традиційних діагностичних підходів. Коморбідність із посттравматичним стресовим розладом, соматичними захворюваннями та розладами адаптації створює складні клінічні синдроми, які потребують спеціалізованих підходів до діагностики та лікування. Традиційні моделі надання психіатричної допомоги виявилися недостатньо адаптованими до потреб великої кількості осіб із депресивними розладами. Розроблення нових протоколів лікування, підготовка спеціалістів та створення ефективних систем скринінгу та раннього втручання в умовах повномасштабного вторгнення стають критично важливими заходами [4—6].

Депресивні розлади призводять до значних економічних втрат через зниження продуктивності праці, збільшення витрат на медичне обслугову-

вання та соціальну підтримку. В умовах воєнного стану та відновлення країни ця проблема набуває особливої гостроти, оскільки депресивні розлади знижують ефективність трудових ресурсів та створюють додаткове навантаження на систему охорони здоров'я [7—9].

Персоніфікований підхід до лікування депресивних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій, повинен враховувати специфіку стресорного впливу, індивідуальні особливості пацієнта, соціальний контекст та прогностичні чинники для досягнення максимальної терапевтичної ефективності та забезпечення стійкого відновлення психічного здоров'я [10—12].

Мета роботи — вивчення клініко-психологічних та патопсихологічних особливостей депресивного епізоду як основи клінічного менеджменту хворих в умовах повномасштабного вторгнення.

Для досягнення поставленої мети проведено комплексне дослідження 123 хворих на депресивний епізод, які перебувають під тривалим впливом воєнного стресу: І групу дослідження становили 57 військовослужбовців, які брали безпосередню участь у бойових діях (32 чоловіки та 25 жінок); ІІ групу — 66 внутрішньо переміщених осіб (27 чоловіків та 39 жінок).

У роботі використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи досліджування.

Депресивні розлади у воєнний період характеризуються унікальними клінічними особливостями, які зумовлені специфікою комплексної психотравми. Бойова травма військових охоплює безпосередню загрозу життю під час виконання бойових завдань; вимушеність бути свідком смерті та поранень побратимів; отримання поранень різного ступеня тяжкості; хронічне фізичне виснаження та сенсорні порушення, особливо втрату слуху від вибухів. Травма переселення включає соціальну дезінтеграцію, раптову втрату матеріальної стабільності, невизначеність щодо можливості повернення додому та труднощі адаптації до нового соціокультурного середовища.

Як показали результати дослідження, клінічна структура депресивних розладів у обстежених хворих представлена тривожно-депресивним (33,7 % обстежених I групи та 33,9 % II групи), апато-адинамічним (22,6 % та 19,9 % відповідно), тужливим (27,7 % обстежених I та 28,1 % II групи) та дисфорічним (36,0 % та 8,1 % відповідно) варіантами психопатологічної симптоматики.

Встановлено високий рівень соматизації депресії: у обстежених I групи переважали кардіоваскулярні симптоми (45,4 % обстежених), м'язово-скелетний біль (43,9 %) та відчуття постійного м'язового напруження (39,6 %); у хворих II групи переважав больовий синдром дифузної локалізації (46,7 %), функціональні гастроінтестинальні розлади (37,7 %) та кардіореспіраторні скарги (33,6 %).

Проведене психодіагностичне дослідження виявило за шкалою Гамільтона переважання важкого депресивного (53,2 % обстежених I групи та 55,8 % II групи) та важкого тривожного (48,9 % та 52,2 % відповідно) епізодів; за шкалою депресії Бека — переважання важкого рівня депресії (51,4 % обстежених I групи та 56,7 % II групи); за опитувальником PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) — переважання тяжкої депресії (48,3 % та 51,1 % обстежених відповідно) та високі рівні соматизації (45,8 % I група та 54,6 % II група) за опитувальником соматичних симптомів (PHQ-15).

Слід зазначити, що клінічні прояви депресії в умовах війни характеризуються поліморфною симптоматикою з відмінностями між досліджуваними групами: у обстежених I групи переважають дисфоричні прояви з вираженим гнівом та дратівливістю (64,3 % обстежених), у II групі — депресивно-апатичні стани з почуттям безнадії (64,5 %). Когнітивні порушення у обстежених хворих проявляються труднощами концентрації (56,3 % обстежених I групи та 61,2 % II групи), порушеннями пам'яті (34,6 % та 35,8 % відповідно) та нав'язливими травматичними спогадами (45,8 % I група та 51,5 % II група). Поведінкові зміни включають соціальну ізоляцію, уникнення тригерів та гіперпильність, причому обстежені I групи демонструють переважно гіперпильність з порушеннями сну (67,4 %), обстеже-

ні II групи схильні до виражених унікаючих поведінкових патернів та соціальної самоізоляції (54,9 %).

Клінічний менеджмент депресивних розладів під час війни потребує особливого підходу, який враховує унікальні виклики цього періоду та включає ранню діагностику; комплексний підхід (поєднання фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти); гнучкість у виборі методів лікування; постійний моніторинг та підтримку та залучення соціальних ресурсів.

Фармакотерапевтичний складник у нашому дослідженні базувався на сучасних клінічних рекомендаціях та передбачав диференційований, таргетний підхід. Терапевтичний арсенал включав селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (сертралін, пароксетин, есциталопрам) як препарати першого вибору для пацієнтів з переважанням класичної депресивної симптоматики, інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин, дулоксетин) для осіб з вираженою астеною та больовими синдромами, а також анксіолітики.

Психотерапевтичні інтервенції включали: когнітивно-поведінкову терапію (12—20 сесій), поведінкову активацію (14—24 сесії), міжособистісну терапію (12—16 сесій) у обстежених I групи та діалектично-поведінкову терапію за наявності суїцидальних тенденцій.

Важливим складником комплексного лікування депресивних розладів є навчання методам самопомогі. Особливого значення набувають техніки когнітивної реструктуризації, які дають змогу пацієнтам самостійно ідентифікувати та корегувати дисфункціональні думки. Для військовослужбовців особливо ефективними є техніки швидкого відновлення після стресу та методи збереження концентрації в екстремальних умовах, для внутрішньо переміщених осіб пріоритетними стають навички подолання почуття безпомічності, техніки заземлення та методи відновлення відчуття контролю над власним життям. Систематичне застосування засвоєних навичок самопомогі сприяє не лише поліпшенню поточного психічного стану, але й формує довготривалу резильєнтність, знижує ризик рецидивів депресивних епізодів та підвищує загальну якість життя пацієнтів, що особливо важливо в умовах тривалого стресорного впливу воєнного часу.

Отже, клінічний менеджмент депресивного епізоду в умовах повномасштабного вторгнення характеризується нагальною потребою диференційованого підходу, що враховує специфіку травматичного впливу у різних категорій осіб, які зазнали впливу війни. Ефективна стратегія включає персоналізовану фармакотерапію з використанням C133CH та C133C, адаптовані психотерапевтичні інтервенції та обов'язкову інтеграцію методів самопомогі для формування резильєнтності. Гнучкість та адаптивність терапевтичних підходів до умов воєнного періоду є неодмінними умовами для забезпечення ефективного лікування депресивних розладів з урахуванням унікальних викликів кожної категорії постраждалих від війни.

Список літератури

1. Кожина Г. М., Зеленьська К. О. Клінічна феноменологія стрес-асоційованих розладів в умовах повномасштабного вторгнення // Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31, вип. 1 (114). С. 35—37. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-5>
2. Діброва В. Особистісне майбутнє внутрішньо переміщених осіб: стратегії конструювання // Проблеми політичної психології. 2023. Т. 13(27). С. 65—76. DOI: [10.33120/popp-Vol13-Year2023-130](https://doi.org/10.33120/popp-Vol13-Year2023-130)
3. Хаустова О. О., Лещук І. В. Понад рік війни та втрат: від-родження з пополу гора для творення нового життя // Український медичний часопис. 2023;1(153): Спецвипуск I/II. DOI: [10.32471/umj.1680-3051.153.239914](https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.153.239914)
4. Гриневич Є. Г., Маркова М. В. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій // Медична психологія. 2012;1(25):66—72.
5. Венгер О. П., Мисула Ю. І. Структура та особливості психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів на сучасному етапі // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2023. № 1. С. 60—67. DOI: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2023.v.i1.13406>
6. Марута Н. О., Каленська Г. Ю., Панько Т. В. Комплексна програма психокорекції психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, вип. 2 (103). С. 30—35. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-6>
7. Комплекс освітніх тренінгів з першої психологічної допомоги особам у кризових ситуаціях : навчальне видання / [Ого-ренко В. В., Ніколенко А. Є., Шустерман Т. Й., Кокашинський В. О.]. Дніпро: Ліра, 2023. 258 с. URL: <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8539>
8. Панько Т. В., Семікіна О. Є., Явдак І. О. Особливості фак-торів психічної травматизації та структури клінічних проявів у внутрішньо переміщених осіб // Український вісник психо-неврології. 2018. Т. 26, вип. 3 (96). С. 50—55.
9. Волошин П. В. Посттравматичні стресові розлади: діа-гностика, лікування, реабілітація .. методичні рекомендації. Харків; 2009. С. 45—47.
10. Молдавська Х. О., Опря Є. В. Особливості клінічного профілю військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом // Український вісник психоневрології. 2024. Т. 32, вип. 3 (120). С. 62—65. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-10>
11. Франкова, І., Чабан, О., Петренко, Г., & Токарчук, А. (2023). Колективна травма населення України: реалії, перспек-тиви та можливість дослідження трансгенераційного аспекту. Психосоматична медицина та загальна практика. Т. 8. № 3. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i3.442>
12. Hundt NE, Barrera TL, Robinson A, Cully JA. A systematic review of cognitive behavioral therapy for depression in Veterans. *Mil Med.* 2014;179(9):942-949. doi:10.7205/MILMED-D-14-00128

References

1. Kozhyna GM, Zelenska KO. Clinical phenomenology of stress-associated disorders in conditions of full-scale invasion. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi.* 2023;31(1):35-37. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-5> (In Ukrainian).
2. Dibrova V. Personal future of internally displaced persons: con-struction strategies. *Problems of Political Psychology.* 2023;13(27):65-76. [10.33120/popp-Vol13-Year2023-130](https://doi.org/10.33120/popp-Vol13-Year2023-130). (In Ukrainian).
3. Khaustova OO, Leshchuk IV. Over a year of war and losses: rebirth from the ashes of grief to create a new life. *Ukrainian Medical Journal.* 2023;1(153): Special Issue I/II. [10.32471/umj.1680-3051.153.239914](https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.153.239914) (In Ukrainian).
4. Hrynevych YeH, Markova MV. Mental disorders as a re-sult of combat actions. *Medical Psychology.* 2012;1(25):66-72 (In Ukrainian).
5. Venger OP, Mysula Yul. Structure and features of psycho-pathological symptoms in forced migrants at the present stage. *Achievements of Clinical and Experimental Medicine.* 2023;1:60-67. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2023.v.i1.13406> (In Ukrainian).

6. Maruta NO, Kalenska GYu, Panko TV. Integrative program of psychocorrection of mental disorders in internally displaced persons. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi.* 2020;28(2):30-35. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-6> (In Ukrainian).
7. Ogorenko VV, Nikolenko AY, Shusterman TY, Kokashyn-sky VO. *Complex of educational trainings on first psychological aid to persons in crisis situations.* 2023. 258 p. <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8539> (In Ukrainian).
8. Panko TV, Semikina OYe, Yavdak IO. Features of factors of mental traumatization factors and structure of clinical mani-festations in internally displaced persons. *Ukrains'kyi visnyk psyk-honevrolohi.* 2018;26(3):50-55 (In Ukrainian).
9. Voloshyn PV. *Post-traumatic stress disorders: diagnosis, treat-ment, rehabilitation.* Kharkiv; 2009. P. 45-47. (In Ukrainian).
10. Moldavska KhO, Oprya YeV. Features of the clinical profile of combatants with post-traumatic stress disorder. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi.* 2024;32(3):62-65. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-10> (In Ukrainian).
11. Frankova I, Chaban O, Petrenko G, Tokarchuk A. Collective trauma of the population of Ukraine: realities, prospects and pos-sibility of studying the transgenerational aspect. *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2023;8(3). Available from: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/442> (In Ukrainian).
12. Hundt NE, Barrera TL, Robinson A, Cully JA. A systematic review of cognitive behavioral therapy for depression in veterans. *Mil Med.* 2014;179(9):942-949. doi:10.7205/MILMED-D-14-00128

Надійшла до редакції 16.06.2025

ТЕРЬОШИНА Ірина Федорівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-8112-2514>; e-mail: teryshina.ira73@gmail.com

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психо-логії та соціальної роботи Харківського національного медич-ного університету, м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна, кандидат медичних наук, лікар клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного цен-тру «Головний військовий клінічний госпіталь» Міністерства оборони України, підполковник медичної служби, м. Київ, Україна; e-mail: Super-passa@ukr.net

ДЕМИХОВА Надія Володимирівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри внутрішньої та сімейної медицини Сумського державного університету, м. Суми, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-4139-1645>; e-mail: n.demyhova@med.sumdu.edu.ua

TIEROSHINA Iryna, MD, PhD, Lecturer of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-8112-2514>; e-mail: teryshina.ira73@gmail.com

ZELENSKA Kateryna, MD, PhD, Lecturer of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

CHERNENKO Inna, MD, PhD, Physician of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of National Military Medical Clinical Centre "Main Military Clinical Hospital" of the Ministry of Defense of Ukraine, lieutenant colonel of medical service, Kyiv, Ukraine

DEMIKHOVA Nadiia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Family Medicine of the Sumy State University, Sumy, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-4139-1645>; e-mail: n.demyhova@med.sumdu.edu.ua

*М. М. Чемерис***ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АФЕКТИВНИХ, СОМАТОВЕГЕТАТИВНИХ І КОГНІТИВНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ДИФУЗНОЮ АЛОПЕЦІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ***М. М. Chemerys***COMPARATIVE ANALYSIS OF AFFECTIVE, SOMATOVEGETATIVE AND COGNITIVE PSYCHOPATHOLOGICAL REACTIONS IN PATIENTS WITH DIFFUSE ALOPECIA OF VARIOUS GENESIS**

Ключові слова: афективна симптоматика, когнітивне функціонування, соматовегетативні прояви, метаболічна алопеція, змішана алопеція

Мета роботи — порівняльний аналіз поширеності і структури афективних, соматовегетативних і когнітивних психопатологічних реакцій у пацієнтів з дифузною алопецією різного генезу.

З дотриманням принципів біомедицинської етики, на підставі інформованої згоди, клінічно обстежено 153 пацієнти з дифузною алопецією. В рамках діагнозу якої виокремлено дві групи з різними етіопатогенетичними механізмами: з метаболічною формою (45 осіб) і змішаною формою (108 пацієнток), яка має гетерогенність етіологічних і багато патогенетичних чинників, серед яких є окремий стресовий психоемоційний чинник.

Встановлено, що у пацієнтів з дифузною алопецією зафіксовані психопатологічні реакції з боку усіх сфер психічного реагування — афективної, когнітивної і соматовегетативної, проте їх поширеність різниться залежно від сфери та генезу алопеції.

Найбільша поширеність психопатологічних симптомів спостерігається у когнітивному функціонуванні — порушення концентрації уваги виявлено у 67,4 % обстежених, з них 78,7 % серед осіб зі змішаною, та 40,0 % — з метаболічною алопецією, $p < 0,01$; зниження працездатності та швидка втомлюваність — 59,9 % загальної вибірки (69,4 % vs 35,6 %, відповідно, $p < 0,01$); нав'язливі думки — 47,7 % респондентів (49,1 % vs 44,9 %, відповідно, $p > 0,05$). Соматовегетативна симптоматика притаманна 56,9 % обстежених, з них 62,0 % хворих зі змішаною та 44,4 % з метаболічною алопецією, $p < 0,05$. Виражені психопатологічні прояви в афективній сфері — емоційна лабільність та сенситивність — спостерігаються майже у третини обстежених (30,1 % вибірки), причому для емоційної лабільності відмінності між підгрупами не є статистично значущими (39,1 % осіб зі змішаною та 20,0 % з метаболічною алопецією, $p > 0,05$), тоді як для сенситивності — мають значущу різницю залежно від генезу алопеції (35,2 % у осіб зі змішаною, 17,8 % з метаболічною алопецією, $p < 0,05$).

Отримані дані стануть основою для подальшого досліджування зв'язків між психопатологічними проявами та особистісними і психосоціальними чинниками функціонування хворих, результати якого стануть підґрунтям для розроблення диференційованих підходів до ведення пацієнтів з дифузною алопецією в рамках мультидисциплінарного біопсихосоціального підходу до медико-психологічної реабілітації цього контингенту.

The aim of the work is a comparative analysis of the prevalence and structure of affective, somatovegetative and cognitive psychopathological reactions in patients with diffuse alopecia of various genesis.

In compliance with the principles of biomedical ethics, on the basis of informed consent, we clinically examined 153 patients with diffuse alopecia. Within the framework of its diagnosis, two groups with different etiopathogenetic mechanisms were distinguished: the metabolic form (45 people), and the mixed form (108 patients), which has a heterogeneity of etiological and number of pathogenetic factors, among which a separate stressful psychoemotional factor is distinguished.

It was established that in patients with diffuse alopecia, psychopathological reactions from all spheres of mental response are recorded — affective, cognitive and somatovegetative, however, their prevalence varies depending on the sphere and genesis of alopecia.

The highest prevalence of psychopathological symptoms is observed in cognitive functioning — impaired concentration of attention was found in 67.4 % of the examined, of which 78.7 % among people with mixed and 40.0 % — with metabolic alopecia, $p < 0.01$; decreased performance and rapid fatigue — 59.9 % of the total sample (69.4 % vs 35.6 %, respectively, $p < 0.01$); obsessive thoughts — 47.7 % of respondents (49.1 % vs 44.9 %, respectively, $p > 0.05$). Somatovegetative symptoms are characteristic of 56.9 % of the examined, of which 62.0 % of patients with mixed and 44.4 % with metabolic alopecia, $p < 0.05$. Pronounced psychopathological manifestations from the affective sphere are observed in a third of the examined — emotional lability and sensitivity are found in 30.1 % of the sample, and for emotional lability the differences between the subgroups are not statistically significant (39.1 % of people with mixed and 20.0 % with metabolic alopecia, $p > 0.05$), while for sensitivity — there is a significant difference depending on the genesis of alopecia (35.2 % in people with mixed, 17.8 % with metabolic alopecia, $p < 0.05$).

The obtained data will become the basis for further research into the relationship between psychopathological manifestations and personal and psychosocial factors of patient functioning, the results of which will become the basis for the development of differentiated approaches to the management of patients with diffuse alopecia within the framework of a multidisciplinary biopsychosocial approach to the medical and psychological rehabilitation of this contingent.

Keywords: affective symptoms, cognitive functioning, somatovegetative manifestations, metabolic alopecia, mixed alopecia

Однією з найпоширеніших косметологічних проблем, з якою стикаються як чоловіки, так і жінки, є алопеція, що виникає внаслідок різноманітних захворювань, травм, інтоксикацій, психоемоційних стресів та психічних розладів [1—3].

Сучасне європейське суспільство надає важливе значення здоровому красивому волоссю, яке є невід'ємним складником загального образу тіла і самоідентифікації; втрата волосся є потужним хронічним психоемоційним стресом, що призводить до психопатологічних порушень і зниження якості життя та соціального функціонування [4—7]. У ряді досліджень переконливо встановлено асоційованість алопеції з депресивними і тривожними розладами, що дає підстави вважати ці психічні порушення коморбідними щодо алопеції і розглядати їх як результат дії спільних патогенетичних і патопсихологічних механізмів [8—10].

Пацієнти з алопецією зазнають впливу соціального стресу вищого рівня, демонструють гіршу якість життя, а також гірші соціально-демографічні характеристики, зокрема, нижчий рівень освіти і досягнень, а також більшу кількість стресових подій проти здорових осіб, а найбільш вразливою сферою для них є особистісні стосунки [11; 12].

Слід зазначити, що негативний психосоціальний вплив втрати волосся часто ігнорується через доброякісну з медичної точки зору природу найпоширенішого виду облісіння — андрогенетичної алопеції, попри негативні психологічні наслідки втрати волосся; у пошуках боротьби з облісінням пацієнти змушені вдаватися до некомфортних процедур, як-от протезування волосся, різні методи маскування лисини, застосування косметики та інших, що є додатковим психологічним тиском [13; 14].

Водночас психологічні і психопатологічні реакції при інших видах алопеції характеризуються значною складністю і поліморфністю і досі вивчені недостатньо; в їх розвитку відіграють важливу роль індивідуально-психологічні особливості пацієнтів, характер реагування на алопецію, а також її клінічні варіанти [12; 15; 16].

З огляду на викладене вище, дослідження особливостей психопатологічних реакцій при алопеції різного генезу є важливим з точки зору встановлення спільних патогенетичних і патопсихологічних механізмів цих порушень, а також розроблення персоналізованих заходів з корекції порушень психіки, асоційованих з алопецією.

Метою нашого дослідження було вивчення поширеності і структури афективних, соматовегетативних і когнітивних психопатологічних реакцій у пацієнтів з дифузною алопецією різного генезу.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, ми клінічно обстежили 153 пацієнти з дифузною алопецією. Вибір саме цієї форми алопеції був зумовлений тим, що, за даними літератури та нашими клінічними спостереженнями, саме дифузна алопеція найбільш часто супроводжується проявами деструктивної

психопатологічної відповіді у вигляді формування порушень психічної сфери, на відміну від андрогенетичної (яка зумовлена віковим зниженням рівня естрогенів та спостерігається здебільшого у пацієнток/пацієнток більш пізнього віку), або гніздової алопеції (яка, хоча і провокує почасти нозогенні психопатологічні реакції, має складний аутоімунний генез і поширена здебільшого серед осіб дитячого і підліткового віку). З огляду на неоднорідний генез дифузних алопеційних станів, в рамках діагнозу дифузної алопеції, ми виокремили дві групи з різними етіопатогенетичними механізмами: метаболічну форму (45 осіб) і змішану форму (108 пацієнток), яка має гетерогенність етіологічних і багато патогенетичних чинників, серед яких є окремий стресовий психоемоційний фактор [17]. Дослідження здійснювали клініко-психопатологічним методом з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10. Результати обстеження реєстрували у спеціально розробленій анкеті.

Статистичний аналіз включав описову статистику і аналіз міжгрупових розбіжностей за допомогою точного критерію Фішера. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей більше ніж 95 % ($p < 0,01$).

Під час аналізу психопатологічних проявів з боку когнітивної сфери виявлено загалом більшу ураженість нею пацієнтів зі змішаною алопецією, а відмінності між окремими симптомами були суттєвими.

Зокрема, відчуття байдужості і апатія незначуще частіше спостерігалися у пацієнтів зі змішаною алопецією: 39,8 % проти 24,4 %; водночас розбіжності між групами були статистично незначущими ($p > 0,05$) (таблиця).

Скарги на зниження працездатності були доволі поширеними серед обстеженого контингенту, особливо у пацієнтів зі змішаною алопецією: 69,4 % проти 35,6 %, розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,01$) (див. табл.).

Структура скарг на швидку втомлюваність була подібною до скарг на зниження працездатності: суттєво частіше цей симптом виявлявся у пацієнтів зі змішаною алопецією: 69,4 % проти 35,6 % ($p < 0,01$).

Доволі поширеними серед обстежених пацієнтів виявилися скарги на погіршення концентрації уваги. Загалом, цей симптом був наявний у двох третин пацієнтів; при змішаній алопеції він виявлявся значуще ($p < 0,01$) частіше, ніж при метаболічній: 78,7 % проти 40,0 % ($p < 0,01$).

Натомість, поширеність скарг на нав'язливі думки не виявила залежності від виду алопеції і була схожою в обох нозологічних групах: з метаболічною алопецією 44,4 %, зі змішаною 49,1 % ($p > 0,05$).

Прояви емоційної лабільності як провідної скарги афективного ряду виявлені загалом у 30,1 % пацієнтів, водночас при змішаній алопеції ця скарга була незначуще більше поширеною як порівняти з метаболічною алопецією: 34,3 % проти 20,0 % ($p > 0,05$).

Наявність скарг у пацієнтів з різними видами дифузної алопеції

Психопатологічні прояви	Наявність скарг	Метаболічна (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Відчуття байдужості, апатія	немає	34	75,6	65	60,2	99	64,7	> 0,05
	є	11	24,4	43	39,8	54	35,3	
Зниження працездатності	немає	29	64,4	33	30,6	62	40,5	< 0,01
	є	16	35,6	75	69,4	91	59,5	
Швидка втомлюваність	немає	29	64,4	33	30,6	62	40,5	< 0,01
	є	16	35,6	75	69,4	91	59,5	
Порушення концентрації уваги	немає	27	60,0	23	21,3	50	32,7	< 0,01
	є	18	40,0	85	78,7	103	67,3	
Нав'язливі думки	немає	25	55,6	55	50,9	80	52,3	> 0,05
	є	20	44,4	53	49,1	73	47,7	
Емоційна лабільність	немає	36	80,0	71	65,7	107	69,9	> 0,05
	є	9	20,0	37	34,3	46	30,1	
Дратівливість	немає	39	86,7	87	80,6	126	82,4	> 0,05
	є	6	13,3	21	19,4	27	17,6	
Притуплення емоцій	немає	40	88,9	99	91,7	139	90,8	> 0,05
	є	5	11,1	9	8,3	14	9,2	
Сенситивність	немає	37	82,2	70	64,8	107	69,9	< 0,05
	є	8	17,8	38	35,2	46	30,1	
Соматовегетативна симптоматика	немає	25	55,6	41	38,0	66	43,1	< 0,05
	є	20	44,4	67	62,0	87	56,9	
Суїцидальні думки	немає	45	100,0	102	94,4	147	96,1	> 0,05
	є	0	—	6	5,6	6	3,9	

Поширеність скарг на дратівливість також значуще не відрізнялася залежно від генезу дифузної алопеції; при змішаній алопеції питома вага пацієнтів з наявністю цієї скарги була незначуще ($p > 0,05$) більшою: 19,4 % проти 13,3 % ($p > 0,05$).

Скарги на притуплення емоцій загалом не були типовими для пацієнтів з алопецією; не було також виявлено значущих розбіжностей між групами пацієнтів з метаболічною та змішаною алопецією: 11,1 % і 8,3 % відповідно ($p > 0,05$).

Підвищена сенситивність, чутливість до зовнішніх впливів у пацієнтів з метаболічною алопецією була вдвічі більшою, ніж у пацієнтів зі змішаною алопецією: 35,2 % проти 17,8 % ($p < 0,05$).

Прояви соматовегетативної симптоматики були одними з поширених симптомів у пацієнтів з алопецією; при цьому ураженість нею пацієнтів з змішаною алопецією була значуще ($p < 0,05$) більшою як порівняти з пацієнтами з метаболічною алопецією: 62,0 % проти 44,4 %.

Наявність суїцидальних думок була найменш поширеним симптомом у пацієнтів з алопецією, вона

виявлена у 6 пацієнтів, усі вони належали до групи зі змішаною алопецією (5,6 %) (див. табл.).

Отже, у пацієнтів з дифузною алопецією зафіксовані психопатологічні реакції з боку усіх сфер психічного реагування — афективної, когнітивної і соматовегетативної, проте їх поширеність різниться залежно від сфери та генезу алопеції.

Найбільша поширеність психопатологічних симптомів спостерігається з боку когнітивного функціонування — порушення концентрації уваги встановлено у 67,43 % обстежених, з них 78,7 % серед осіб зі змішаною, та 40,0 % — метаболічною алопецією, $p < 0,01$; зниження працездатності та швидка втомлюваність — 59,9 % загальної вибірки (69,4 % vs 35,6 %, відповідно, $p < 0,01$); нав'язливі думки — 47,7 % респондентів (49,1 % vs 44,4 %, відповідно, $p > 0,05$). Соматовегетативна симптоматика притаманна 56,9 % обстежених, з них 62,0 % хворих зі змішаною та 44,4 % з метаболічною алопецією, $p < 0,05$. Виражені психопатологічні прояви з боку афективної сфери спостерігаються у третини обстежених — емоційна лабільність та сенситивність — у 30,1 %

вибірки, причому для емоційної лабільності відмінності між підгрупами не є статистично значущими (34,3 % осіб зі змішаною та 20,0 % з метаболічною алопецією, $p > 0,05$), тоді як для сенситивності — мають значущу різницю залежно від генезу алопеції (35,2 % у осіб зі змішаною, 17,8 % з метаболічною алопецією, $p < 0,05$).

Отримані дані стануть основою для подальших досліджень зв'язків між психопатологічними проявами та особистісними і психосоціальними чинниками функціонування хворих, результати яких стануть підґрунтям для розроблення диференційованих підходів до ведення пацієнтів з метаболічною алопецією в рамках мультидисциплінарного біопсихосоціального підходу до медико-психологічної реабілітації цього контингенту.

Список літератури / References

1. Piraccini BM, Alessandrini A. Androgenetic alopecia. *G Ital Dermatol Venereol*. 2014. 149(1). 15-24. PMID: 24566563.
2. Психодерматологія. Медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дерматологічній практиці: колективна монографія за загальною редакцією проф. М. В. Маркової, д.мед.н. І. Р. Мухаровської. Харків: Друкарня «Мадрид», 2019. 277 с. [*Psychodermatology. Medical and psychological aspects of the effects of psychosocial stress in clinical and aesthetic dermatological practice*]. Kharkiv: Madrid Printing House, 2019. 277 p. (In Ukrainian).
3. Torales J, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. et al. Alopecia areata: A psychodermatological perspective. *J Cosmet Dermatol*. 2022. 21(6). 2318-2323. doi: 10.1111/jocd.14416
4. Dhami L. Psychology of Hair Loss Patients and Importance of Counseling. *Indian J Plast Surg*. 2021. 54(4). 411-415. doi: 10.1055/s-0041-1741037
5. Aldhouse N.V.J., Kitchen H., Knight S. et al. You lose your hair, what's the big deal? I was so embarrassed, I was so self-conscious, I was so depressed: a qualitative interview study to understand the psychosocial burden of alopecia areata. *J Patient Rep Outcomes*. 2020. 4(1). 76. doi: 10.1186/s41687-020-00240-7
6. Aukerman E.L., Jafferany M. The psychological consequences of androgenetic alopecia: A systematic review. *J Cosmet Dermatol*. 2023. 22(1). 89-95. doi: 10.1111/jocd.14983
7. Zac R.I., da Costa A. Patient satisfaction and quality of life among adult women with androgenetic alopecia using 5 % topical minoxidil // *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021. 14(5). 26-30. PMID: 34188746; PMCID: PMC8211325.
8. Mesinkovska N., King B., Mirmirani P., Ko J., Cassella J. Burden of illness in alopecia areata: a cross-sectional online survey study. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2020. 20(1). S62-S68. doi: 10.1016/j.jisp.2020.05.007
9. Toussi A., Barton V.R., Le S.T., Agbai O.N., Kiuru M. Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2021. 85(1). 162-175. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.047
10. Marahatta S., Agrawal S., Adhikari B.R. Psychological Impact of Alopecia Areata. *Dermatol Res Pract*. 2020. 24. 8879343. doi: 10.1155/2020/8879343
11. Gupta S., Goyal I., Mahendra A. Quality of life assessment in patients with androgenetic alopecia. *Int J Trichology*. 2019. 11(4). 147-152. doi: 10.4103/ijt.ijt_6_19
12. Titeca G., Goudetsidis L., Francq B. et al. The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica: a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020. 34(2). 406-411. doi: 10.1111/jdv.15927
13. Davey L, Clarke V, Jenkinson E. Living with alopecia areata: an online qualitative survey study. *Br J Dermatol*. 2019. 180(6). 1377-1389. doi: 10.1111/bjd.17463
14. Huang C., Fu Y., Chi C. Health-related quality of life, depression, and self-esteem in patients with androgenetic alopecia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2021. 157(8). 963-970. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.2196
15. King B.A., Senna M.M., Ohyama M. et al. Defining severity in alopecia areata: current perspectives and a multidimensional framework. *Dermatol Ther*. 2022. 12(4). 825-834. doi: 10.1007/s13555-022-00711-3
16. King B.A., Mesinkovska N.A., Craiglow B. et al. Development of the alopecia areata scale for clinical use: results of an academic-industry collaborative effort. *J Am Acad Dermatol*. 2022. 86(2). 359-364. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.043
17. Чемерис М.М. Стан психічної сфери у хворих з різними формами дифузної алопеції: аналіз спектру і вираженості психопатологічної симптоматики // Український вісник психоневрології. 2024. Т. 32, вип. 1 (118). С. 63—67. Chemerys M.M. [Mental status in patients with different forms of diffuse alopecia: analysis of the spectrum and expression of psychopathological symptoms]. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*. 2024. 32, 1(118). P. 63-67. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is1-2024-10> (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 11.04.2025

ЧЕМЕРИС Мар'яна Мирославівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; Медичний центр «Новодерм», м. Львів, Україна; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

CHEMERYS Maryana, MD, PhD, Assistant of the Department of Family Medicine of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University; "Novoderm" Medical Center, Lviv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

С. О. Ярославцев

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ СТАЦІОНАРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ДОСВІД ОБЛАСНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ЛІКАРНІ

S. O. Yaroslavtsev

THE IMPACT OF WAR ON INPATIENT PSYCHIATRIC CARE PERFORMANCE INDICATORS: THE EXPERIENCE OF A REGIONAL PSYCHIATRIC HOSPITAL

Ключові слова: психіатрична допомога, війна, тривалість госпіталізації, психічне здоров'я, стресові розлади

Keywords: psychiatric care, war, hospitalization duration, mental health, stress disorders

Метою дослідження було — проаналізувати вплив війни на тривалість перебування пацієнтів у психіатричному стаціонарі та структуру розладів на прикладі одного з обласних психіатричних відділень. У роботі використано дані за 2022, 2023, 2024 роки та I квартал 2025 року. З порівняння показників з'ясовано, що тривалість госпіталізації помітно скоротилася, збільшилися оберт ліжка та частка пацієнтів із розладами, пов'язаними зі стресом та вживанням психоактивних речовин. Результати аналізу свідчать також про зміну моделі психіатричної допомоги в умовах війни, зокрема її кризову спрямованість та нагальну потребу розвитку амбулаторних та мультидисциплінарних форм допомоги.

This study aimed to analyze the impact of war on psychiatric hospitalization duration and disorder structure using data from a regional psychiatric department during 2022, 2023, 2024 and the first quarter of 2025. From the comparison of indicators it was revealed a marked reduction in inpatient stay length, increased bed turnover, and a higher proportion of patients with stress-related and substance use disorders. These trends reflect a significant shift toward crisis-oriented psychiatric care in wartime, underscoring the need to strengthen outpatient and multidisciplinary services.

Повномасштабне вторгнення і війна в Україні стали потужним стресогенним чинником для населення та системи охорони психічного здоров'я. Психіатрична допомога зіткнулась із новими викликами: зростанням частоти тривожних, стрес-індукованих, психотичних та адиктивних розладів, скороченням ресурсів та зміною характеру госпіталізацій. Війна, що триває в Україні, суттєво вплинула на психічне здоров'я, збільшивши потребу в психіатричних послугах у складних умовах.

Мета цієї статті — проаналізувати динаміку тривалості перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні та структури психіатричних госпіталізацій на прикладі відділення № 8 Кіровоградської обласної психіатричної лікарні за період 2022—2025 рр. у контексті впливу війни.

Війна є добре задокументованим чинником криз психічного здоров'я: дослідження показують підвищені рівні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (ПАР), серед постраждалого

населення [1]. В Україні дослідження підкреслюють збільшення травматичних станів серед цивільних осіб та військовослужбовців [2]. Психіатричні заклади в умовах конфлікту часто адаптуються, скорочуючи тривалість перебування пацієнтів і збільшуючи оберт лікарняного ліжка для задоволення попиту, що зростає [3]. У пропонованій статті досліджено ці тенденції в українському контексті.

Вивчали основні індикатори ефективності: середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі, оберт ліжка, використання ліжкового фонду, летальність (табл. 1); нозологічну структуру вибулих із стаціонару хворих (F00 — F99 за МКХ-10); частку первинних і повторних госпіталізацій; результати лікування та розподіл ресурсів (лабораторні тести, фізіотерапевтичні процедури, витрати на медикаменти).

Показники порівнювали із аналогічними даними минулого року та середніми по лікарні. Тенденції інтерпретували в контексті впливу війни на психіатричну допомогу.

Таблиця 1. Основні показники діяльності відділення № 8 (2022—2025)

Показник	2022	2023	2024	I квартал 2025
Робота ліжка, днів	407,9	513,0	127,4	129,9
Використання ліжкового фонду, %	120	151	151	155
Оберт ліжка, разів на рік	9,8	16,0	4,0	6,6
Середня тривалість перебування, днів	41,5	32,0	31,5	19,6
Летальність, %	0,9	0,4	0	0,7

Середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі скоротилася з 41,5 днів (2022 року) до 32,0 днів (2023 року), 31,5 днів (2024 року) та 19,6 днів у I кварталі 2025 року, що нижче за середній показник по лікарні (25,0 днів).

Оберт ліжка збільшився з 9,8 2022 року до 16,0 2023 року, але знизився до 4,0 2024 року та знов збільшився до 6,6 у I кварталі 2025 року.

Використання ліжкового фонду зросло зі 120 % 2022 року до 151 % 2023 та 2024 року, сягнувши 155 % у I кварталі 2025 року.

Летальність зменшилася з 0,9 % 2022 року до 0,4 % 2023 року, до 0 % 2024 року та підвищилася до 0,7 % у I кварталі 2025 року (див. табл. 1).

Аналіз нозологічного розподілу звернень до психіатричного стаціонару під час воєнного стану свідчить, що нозологічна структура госпіталізацій зазнала суттєвих змін: збільшилася частка хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, та соматоформними розладами (F40 — F48) — з 8,43 % 2022 року до 25,59 % у I кварталі 2025 року, а також з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (F10 — F19) — з 8,43 % 2022 року до 30,30 % у I кварталі 2025 року. Водночас частка хворих з розладами шизофренічного спектра (F20 — F29) поступово зменшувалася — з 54,94 % 2022 року до 15,15 % у I кварталі 2025 року (табл. 2).

Таблиця 2. Нозологічна структура вибулих із стаціонару хворих

Нозологія (за МКХ-10)	Питома вага хворих, %				Середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі (дні) I квартал 2025
	2022	2023	2024	I квартал 2025	
Органічні розлади (F00 — F09)	12,50	17,11	18,45	13,13	35,72
Шизофренія та психотичні розлади (F20 — F29) — у т.ч. первинний психотичний епізод (F23)	54,94 8,14	31,37 4,46	22,62 3,57	15,15 1,68	24,04 20,20
Афективні розлади (F30 — F39)	2,91	3,03	1,79	2,02	39,33
Невротичні, стрес-індуковані (F40 — F48)	8,43	18,36	27,38	25,59	42,88
Розумова відсталість (F70 — F79)	8,14	10,70	8,33	7,74	13,39
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (F10 — F19)	8,43	11,54	13,69	30,30	6,04
Інші психічні розлади	4,60	3,74	2,98	4,04	9,67
Здорові	0,58	4,10	4,76	2,02	23,51
Усього (F00 — F99)	100	100	100	100	7,50

Первинна госпіталізація зросла з 28,78 % 2022 року та залишилась на високому рівні (37,04 %) у I кварталі 2025 року, що суттєво перевищує середній показник по лікарні (27,4 %).

Повторна госпіталізація досягла піку 24,24 % 2023 року, але знизилася до 14,81 % у I кварталі 2025 року (табл. 3).

Таблиця 3. Первинна та повторна госпіталізація

Показник	Питома вага хворих, %			
	2022	2023	2024	I квартал 2025
Хворі, госпіталізовані вперше у житті	28,78	37,43	39,29	37,04
Хворі, госпіталізовані повторно цього року	13,95	24,24	17,86	14,81

Також змінилися показники результатів лікування: показник одужання підвищився з 4,60 % 2022 року до 14,53 % у I кварталі 2025 року. Показник

покращення знизився з 92,14 % 2022 року до 83,11 % у I кварталі 2025 року, тоді як «без змін» після підвищення до 7,74 % 2023 року знизився до 2,36 % у I кварталі 2025 року (табл. 4).

Таблиця 4. Ефективність лікування, %

Результат	2022	2023	2024	I квартал 2025
Одужання	4,60	5,37	0,60	14,53
Покращення	92,14	89,27	90,48	83,11
Без змін	2,97	4,65	7,74	2,36
Погіршення	0,29	0,00	0,60	0,00

Відбулася відчутна зміна у розподілі ресурсів: Кількість лабораторних тестів збільшилась (наприклад, із 2354 до 5705 тестів загалом).

Кількість фізіотерапевтичних процедур збільшилась з 166 до 472.

Витрати на медикаменти на ліжко-день зменшилися з 51,77 грн до 8,73 грн.

Висока завантаженість ліжок (155 %) та оберт (6,6 разів/рік) свідчать про реакцію на збільшення кількості пацієнтів, ймовірно спричинене проблемами психічного здоров'я, пов'язаними з війною. Зменшена середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі (19,6 днів) узгоджується зі стратегією управління потужностями в кризових ситуаціях [3].

Скорочення тривалості стаціонарного перебування, ймовірно, пов'язане зі зміною моделі надання допомоги: акцент з довготривалої підтримки зміщений на кризову стабілізацію. Структура захворювань свідчить про наслідки колективної психотравми — збільшення реакцій на тяжкий стрес, зловживання психоактивними речовинами, а також розладів адаптації. Різке зростання розладів психіки та поведінки, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (30,30 %), відображає поширений механізм подолання травм війни [1].

Зменшення частки хронічних психотичних станів може бути зумовлене порушенням диспансерного спостереження, логістичними бар'єрами та дефіцитом персоналу. Підвищення частки первинних госпіталізацій підтверджує поширення нових випадків психічних розладів серед загальної популяції, зокрема переміщених осіб, військовослужбовців та членів їхніх родин. Тоді як вищі показники повторних госпіталізацій (14,81 %) свідчать про хронічні стани, погіршені постійним стресом.

Зростання частки стрес-індукованих розладів (F40 — F48) з 8,43 % 2022 року до 25,59 % у I кварталі 2025 року та розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (F10 — F19) з 8,43 % до 30,30 % відображає психотравматичні наслідки війни. Зменшення частки розладів шизофренічного спектра (F20 — F29) з 54,94 % 2022 року до 15,15 % у I кварталі 2025 року може бути пов'язане з логістичними бар'єрами.

Підвищення рівня госпіталізованих вперше (37,04 % — I квартал 2025 року) вказує на появу нових випадків психічних розладів, ймовірно через активну мобілізацію в Україні та огляди військово-лікарських комісій як серед переміщених осіб та військовослужбовців, так і серед місцевого населення.

Отже, результати проведеного аналізу стаціонарної психіатричної допомоги в умовах війни на до-

свіді діяльності відділення обласної психіатричної лікарні дають змогу сформулювати такі висновки.

Війна суттєво трансформувала характер психіатричної допомоги, зумовивши скорочення тривалості госпіталізації пацієнтів (з 41,5 днів 2022 року до 19,6 днів у I кварталі 2025 року) та зміну структури розладів.

Зросла частка кризових станів, пов'язаних зі стресом і вживанням ПАР (F10 — F19, з 8,43 % до 30,30 %), що потребує посилення ресурсів для лікування розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами.

Показники свідчать про нагальну потребу в розвитку мультидисциплінарної, мобільної та амбулаторної допомоги з фокусом на ресоціалізацію пацієнтів.

Коливання витрат на медикаменти та збільшення кількості діагностичних процедур у I кварталі 2025 року вказують на необхідність оптимізації фінансування та розширення реабілітаційних програм.

Подальші дослідження мають бути зосереджені на клінічних характеристиках нових груп пацієнтів та ефективності адаптованих форм допомоги в умовах війни.

Список літератури / References

1. Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 25–30.
2. Weissbecker, I., Marquez, P., Vazzano, A., Lopez, A., & Vicente, B. (2017). Mental Health and Psychosocial Support in Ukraine. *World Bank Group*.
3. Acosta, J., Becker, A., Cerully, J. L., Fisher, M. P., Martin, L. T., Vardavas, R., Slaughter, M. E., & Schell, T. L. (2012). Building Capacity to Provide Mental Health Services in Iraq.

Надійшла до редакції 11.06.2025

ЯРОСЛАВЦЕВ Сергій Олександрович, доктор медичних наук, лікар-психіатр Комунального некомерційного підприємства «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Кіровоградської обласної ради, м. Кропивницький, Україна

YAROSLAVTSEV Serhii, Doctor of Medical Sciences, Physician-psychiatrist of the Municipal non-profit enterprise "Regional Clinical Psychiatric Hospital" of the Kirovohradsk regional council, Kropyvnytskyi, Ukraine

Н. О. Марута, В. Ю. Федченко, Т. В. Панько, О. Є. Семікіна, І. О. Явдак
СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ
У ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
(аналітичний огляд літератури)

N. O. Maruta, V. Yu. Fedchenko, T. V. Panko, O. Ye. Semikina, I. O. Yavdak

THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF EMOTIONAL BURNOUT IN MENTAL HEALTH PROFESSIONALS
(analytical review of the literature)

Ключові слова: синдром емоційного вигорання, працівники сфери охорони психічного здоров'я, концептуалізація, фактори формування

Keywords: burnout syndrome, mental health workers, conceptualization, formation factors

Стаття присвячена актуальній тематичі проблеми емоційного вигорання у працівників сфери охорони психічного здоров'я. Представлений аналіз літератури охоплює відомості від формування концепції емоційного вигорання до новітніх досліджень цього феномену у зазначеної категорії осіб в сучасних умовах комплексного впливу стресових факторів, серед яких найбільш масивним є війна. Встановлено, що кількість наукових публікацій, присвячених аспектам емоційного вигорання у медичних працівників, зокрема фахівців сфери охорони психічного здоров'я, суттєво збільшилася за останні роки. Інтерес до поглибленого вивчення цього феномена на сьогодні зумовлений першочергово його поширеністю, а через це — необхідністю пошуку ефективних механізмів подолання. Водночас дослідження синдрому емоційного вигорання (СЕВ) у лікарів-психіатрів та лікарів-наркологів висвітлені недостатньо широко та становлять відносно невелику частку.

Медичні працівники піддаються стресу високого рівня під час своєї професійної діяльності, внаслідок чого вони є особливо вразливими до виникнення СЕВ. У сучасних умовах фахівці різних спеціальностей вимушені взяти на себе важкий тягар наслідків воєнних дій та стикнулися зі змінами умов праці в загрозливих для життя обставинах. Додаткове психологічне навантаження припадає на працівників сфери охорони психічного здоров'я, які не лише стикаються з травматичним досвідом пацієнтів, але й підпадають під завищені очікування суспільства щодо власної психоемоційної стійкості. СЕВ у медичних працівників має негативні наслідки не лише безпосередньо для лікарів, а й для пацієнтів та системи охорони здоров'я в цілому. В складних умовах сьогодення особливу увагу треба приділяти виявленню причин вигорання, пов'язаних з ним порушень, своєчасній їх діагностиці та запобіганню, визначенню факторів, що можуть сприяти підвищенню стійкості фахівців та стабілізації мікроклімату на робочих місцях. Отримані дані можуть бути покладені в основу подальших теоретичних та практичних досліджень за цим напрямом.

The article is devoted to the topical issue of emotional burnout in mental health workers. The presented analysis of the literature covers information from the formation of the concept of emotional burnout to the latest research on this phenomenon in the specified category of persons in modern conditions of complex influence of stress factors, among which the most massive is war. It has been established that the number of scientific publications devoted to aspects of emotional burnout in medical workers, in particular mental health specialists, has significantly increased in recent years. Interest in depth study of this phenomenon today is primarily due to its prevalence, and therefore the need to find effective mechanisms for overcoming it. At the same time, studies of burnout syndrome (BS) in psychiatrists and narcologists are not widely enough covered and represent a relatively small proportion. Medical workers are exposed to high levels of stress during their professional activities, as a result of which they are particularly vulnerable to the occurrence of BS. In modern conditions, specialists of various specialties were forced to take on a heavy burden of the consequences of military operations and faced changes in working conditions in life-threatening circumstances. Additional psychological burden falls on mental health workers, who not only face the traumatic experiences of patients, but also fall under the inflated expectations of society regarding their own psycho-emotional resilience. BS in medical workers has negative consequences not only directly for doctors, but also for patients and the health care system as a whole. In today's difficult conditions, special attention should be paid to identifying the causes of burnout, related disorders, their timely diagnosis and prevention, and identifying factors that can contribute to increasing the resilience of specialists and stabilizing the microclimate in workplaces. The data obtained can be used as the basis for further theoretical and practical research in this area.

Сьогодні українське суспільство перебуває під величезним тиском об'єктивних комплексних стресових факторів, які призводять до перенавантаження

захисних механізмів і швидкого фізіологічного та психічного виснаження. За останніх років сформувався кумулятивний ефект впливу епідеміологічних, соціально-економічних та воєнно-політичних чинників,

що підвищує вразливість громадян до емоційного стресу. У кризових умовах, що склалися, особливої уваги потребують медичні працівники, чия психоемоційна стійкість є необхідною властивістю для успішного виконання своїх професійних обов'язків. Окремо варто виділити працівників сфери охорони психічного здоров'я, які мають віднайти власну точку опори та мати здатність швидко відновлюватись (плекати резильєнтність), щоб бути підтримкою для психологічного благополуччя пацієнтів [1—4].

Стан, що виникає у відповідь на дію хронічних стресорів, пов'язаних з професійною діяльністю, відомий як синдром емоційного вигорання (СЕВ) і найчастіше є характерним для соціально-орієнтованих, комунікативних професій у системі «людина — людина» [5—8]. Зокрема під цю категорію підпадають лікарі-психіатри та лікарі-наркологи, що у сучасних умовах додатково стикаються з проблемою комбінованого порушення стану здоров'я населення у вигляді бойових травм, сомато-неврологічної патології, які сполучаються з різноманітними психічними розладами. Слід зауважити, що СЕВ є однією з найактуальніших проблем сучасності, і в останні десятиліття вчені різних країн активно досліджують це явище [9—12]. Нині найбільш масивним психогенним фактором є війна, що позначився не лише на професійній, а й на всіх сферах життєдіяльності медичних працівників. Тому додаткових досліджень потребують концептуалізація, збільшення ймовірності виникнення та фактори формування емоційного вигорання у працівників сфери охорони психічного здоров'я в умовах війни.

Поняття про психічне вигорання з'явилося наприкінці 60-х років минулого століття як спосіб оцінки психологічного стресу, що зазнає медичний персонал під час роботи з пацієнтами у безкоштовних клініках [13]. Надалі ця концепція розширилася і її почали застосовувати для позначення стресу, пов'язаного з професією, під час роботи в медичних установах [14]. Вперше синдром емоційного вигорання (*burnout*) описав американський психіатр Н. J. Freudenberger у волонтерів служби психічного здоров'я 1974 року [15]. Термін введено з метою характеристики психологічного стану здорових людей, чия професійна діяльність нерозривно пов'язана з інтенсивним тісним спілкуванням з людиною та постійною напругою емоційної сфери. Загальну увагу до проблеми емоційного вигорання привернули дослідження американської психологині С. Maslach (1976), згідно з визначенням якої емоційне вигорання — це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистісних досягнень, який може виникати серед фахівців, що займаються різними видами «допомагаючих» професій [16]. Отже, всі лікарі тією чи іншою мірою схильні до вигорання. Згодом С. Maslach та S. E. Jackson охарактеризували психічне вигорання як емоційне спустошення, що включає розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрату розуміння та співчуття до пацієнтів [17].

Варто зазначити, що на сьогодні у фаховій літературі застосовується декілька поширених рівноправних варіантів перекладу терміну «*burnout*»,

а саме — «психічне вигорання», «емоційне вигорання», «професійне вигорання».

Грунтуючись на фундаментальних роботах С. Maslach та інших дослідників, проведених у 80-х роках XX століття, сьогодні у науковій літературі загальне оцінювання СЕВ проводять на підставі тих чи тих комбінацій емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень, що розвиваються на тлі хронічного стресу, зумовленого професійною діяльністю.

На тепер є кілька моделей емоційного вигорання, що описують цей феномен [17—21]. Відповідно до однофакторної моделі (А. Pines, Е. Aronson), вигорання — це стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, викликаного тривалим перебуванням в емоційно перенавантажених ситуаціях. Виснаження є головною причиною (фактором), інші ж прояви дисгармонії переживань і поведінки вважають наслідком. Відповідно до цієї моделі, ризик емоційного вигорання загрожує не лише представникам соціальних професій.

Згідно з двофакторною моделлю (D. V. Dierendonck, W. B. Schaufeli, H. J. Siksma), СЕВ зводиться до двомірної конструкції, що складається з емоційного виснаження та деперсоналізації. Перший компонент, який отримав назву «афективного», належить до сфери скарг на власне здоров'я, фізичне самопочуття, нервову напругу, емоційне виснаження. Другий отримав назву «настановного», і ним є деперсоналізація, що проявляється у зміні ставлення або до пацієнтів, або до себе.

Відповідно до трифакторної моделі (С. Maslach, S. Jackson), синдром психічного вигорання є тривимірним конструктом, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію персональних досягнень. Емоційне виснаження розглядають як основний складник емоційного вигорання, що проявляється у зниженому емоційному фоні, байдужості чи емоційному перенасиченні. Другий складник (деперсоналізація) позначається на деформації стосунків з іншими людьми: в одних випадках це може бути підвищення залежності від оточення; в інших — посилення негативізму, цинічності установок і почуттів щодо реципієнтів (пацієнтів, клієнтів тощо). Третій складник емоційного вигорання (редукція персональних досягнень) може проявлятися або у тенденції негативно оцінювати себе, занижувати свої професійні досягнення та успіхи, негативізмі щодо службових достоїнств і можливостей або у применшенні власної гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших.

У чотирифакторній моделі вигорання (G. H. Firth, A. Mims, E. F. Iwanicki, R. L. Schwab) один з його елементів (емоційне виснаження, деперсоналізація або редуквані персональні досягнення) поділяється на два окремі фактори. Наприклад, деперсоналізація, пов'язана з роботою та з реципієнтами відповідно тощо.

Процесуальні моделі емоційного вигорання розглядають його як динамічний процес, що розвивається у часі та має певні фази чи стадії [22]. Динаміка розвитку вигорання являє собою процес наростання емоційного виснаження, внаслідок якого виникають негативні установки щодо суб'єктів професійної діяльності. Схильний до вигорання фахівець намагається

створити емоційну дистанцію у стосунках з ними як спосіб подолання виснаження. Паралельно розвивається негативна установка щодо власних професійних здобутків (редукція професійних досягнень). Водночас емоційне вигорання як динамічний процес, що розвивається у часі, характеризується наростанням ступеня виразності його проявів. Наприклад, динамічна модель В. Perlman та Е. А. Hartman визначає розвиток процесу емоційного вигорання як прояв трьох основних класів реакції на організаційні стреси: фізіологічні реакції, що проявляються у фізичних симптомах (фізичне виснаження); афективно-когнітивні реакції (емоційне та мотиваційне виснаження, деморалізація/деперсоналізація); поведінкові реакції, що виражаються в симптоматичних типах поведінки подолання (деадаптація, дистанціювання від професійних обов'язків, знижена робоча мотивація та продуктивність).

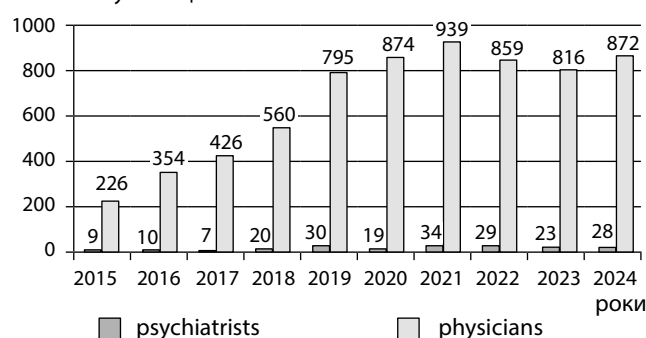
У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) СЕВ внесено в діагностичну рубрику Z73 (проблеми, пов'язані зі складними умовами життя) і виділено окремим кодом Z73.0 — Стан виснаження життєвих сил [вигорання] [23]. Вже в 11-му виданні Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-11) цей стан отримав більш чіткі критерії визначення ВООЗ, як синдрому, що виникає внаслідок стресу на робочому місці, з яким не вдалося впоратися, і код QD85 (хронічний стрес на роботі). Виокремлені такі ознаки СЕВ: а) відчуття мотиваційного та фізичного виснаження; б) почуття цинізму/негативізму щодо своїх професійних обов'язків або наростаюче психічне відсторонення від роботи; в) відсутність досягнень і відчуття неефективності [24].

Відомо, що лікарі піддаються вищому ризику вигорання через вплив емоційного тиску, який перевищує можливий рівень для більшості інших професій [25]. Встановлено, що вигорання у лікарів пов'язане зі зниженням ефективності та зменшенням задоволеністю роботою [26], що впливає на готовність повноцінно працювати та негативно позначається на здатності лікарів опікуватися пацієнтами [27, 28] і в свою чергу призводить до збільшення ризику лікарських помилок [7; 29]. Викликає стурбованість той факт, що вигорання пов'язане із суїцидальним ризиком і депресією [30; 31], а також з соматичними порушеннями, як-от підвищений ризик серцево-судинних захворювань [32] і підвищення біомаркерів запалення [33].

Досліджено кількість опублікованих протягом останніх 10 років наукових робіт, що присвячені питанням емоційного вигорання окремо в психіатрів та загалом у медичних працівників (рисунок).

Отримані дані свідчать про помітне підвищення інтересу до тематики та високий рівень її актуальності, водночас ширшого висвітлення потребують дослідження емоційного вигорання у спеціалістів сфери ментального здоров'я. Привертає увагу, що пік публікацій в обох групах припадає на 2021 рік і вірогідно узгоджується з вивченням комплексного впливу наслідків пандемії коронавірусної хвороби COVID-19, яке також характеризується найбільшою кількістю опублікованих досліджень у згаданому році (згідно з даними PubMed).

Кількість публікацій



Десятирічна динаміка кількості публікацій за темою емоційного вигорання (згідно з даними PubMed щодо двох пар ключових слів «burnout» та «psychiatrists» і «burnout» та «physicians»)

Питання протидії емоційному вигоранню медичних працівників набуло величезної важливості під час епідемії нової коронавірусної інфекції COVID-19, що пов'язано з суттєвим посиленням несприятливих психологічних впливів. Під час пандемії SARS-CoV-2 вже з початку 2020 року в провідних світових журналах стали з'являтися публікації, що медичні працівники наражаються на дуже високий психологічний ризик [34]. В опитуванні, проведеному L. A. Morgantini et al. (2020) у 2700 працівників охорони здоров'я з 60 країн, емоційне вигорання було виявлене більш, ніж у половині респондентів [35]. У журналі «Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy» Американської психологічної асоціації опубліковано дослідження С. Kröger (2020) з вивчення глибоких психологічних травм, яких зазнають медичні працівники під час пандемії COVID-19 [36]. Виокремлено два різновиди травм: 1) втрата медичними працівниками власної соціальної ідентичності (сумніви у професійній компетенції через відсутність знань та навичок лікування нової хвороби, досвід бачити своїх колег хворими і в критичному стані у відділенні реанімації); 2) тяжкі моральні травми (наприклад, важка етична проблема через необхідність обирати, кого з пацієнтів підключати до апарату штучної вентиляції легень в умовах дефіциту спроможностей).

Перше відоме нам дослідження, унікальність якого полягає у вивченні синдрому вигорання під час COVID-19 в умовах громадянської війни, проведене у Лівії М. Elhadi et al. (2020) [37]. Це дослідження мало на меті оцінити вигорання серед медичних працівників у департаменті з високим ризиком зараження COVID-19 і продемонструвало суттєву поширеність тривоги та депресії серед лікарів у зазначених обставинах. Вибірку становили 532 лікарі, які працювали на передовій пандемії в березні та квітні 2020 р. у Лівії, що переживала громадянську війну. В 67,1 % респондентів виявлені високі показники за емоційним виснаженням, у 47,4 % респондентів — за деперсоналізацією, в 22,7 % респондентів — за редукцією персональних досягнень. Водночас у 44,4 % респондентів спостерігався високий рівень як емоційного виснаження, так і деперсоналізації. За спостереженням авторів, поширеність вигорання серед лівійських

лікарів була вищою, ніж в інших країнах за попередні роки [38—40], що пояснюється соціально-економічними факторами і культурними відмінностями, а також відмінностями в системі охорони здоров'я.

Зрозуміло, що на емоційне вигорання медичних працівників впливають певні фактори ризику, систематизувати які намагалися чимало дослідників.

У групі досліджень ці чинники поділяють на організаційні та особистісні [41—43]. До організаційних та соціальних факторів відносять підвищену навантаженість, розклад роботи, що змінюється, дефіцит персоналу; зайве, дублююче адміністративне та звітне навантаження; неадекватне застосування інформаційних технологій; дефіцит часу на відпочинок та брак часу на особисте життя; моральний дистрес (наприклад, тяжкі негативні емоції, які відчувають лікарі через страждання пацієнтів); негативну комунікацію та агресію з боку пацієнтів.

Науковці також запропонували модель, що включає три рівні системних факторів, які ініціюють та сприяють вигоранню: зовнішнє середовище (наприклад, індустрія охорони здоров'я, нормативні акти, стандарти); організація охорони здоров'я (наприклад, керівництво та управління) та надання первинної допомоги (наприклад, умови роботи, технології, стосунки з пацієнтами та колегами) [44].

За іншою класифікацією виокремлюють чотири групи факторів, що призводять до емоційного вигорання: організаційні/робочі — пов'язані з організаційною культурою, труднощами та відповідальністю на робочому місці; соціальні/статусно-рольові — пов'язані з конфліктами між колегами, низьким соціальним статусом лікаря, відстороненістю референтної групи від медичного працівника, порушенням прав і свобод лікаря; психологічні/індивідуальні/особистісні — пов'язані з особливостями характеру особи та її когнітивних схем; біологічні та соціально-демографічні — вік, стать, тривалість робочого стажу [45].

Серед соціально-демографічних факторів ризику у лікарів виявлені: жіноча стать, молодший вік (особливо для лікарів віком від 20 до 40 років), сімейний стан, батьківство (наявність дитини молодше за 21 рік пов'язана з підвищенням ризику емоційного вигорання на 53 %), професія партнера(ки) (якщо партнер(ка) зайнятий не в медичній сфері, це підвищує ризик вигорання на 23 %), дефіцит бюджету [46]. Для лікарів-жінок окремо виокремлюють також специфічні гендерно-залежні фактори, що впливають на емоційне вигорання: менше часу на власне благополуччя через догляд за дитиною та домашні справи; частіша гендерна дискримінація у кар'єрному розвитку, зарплаті, нагородах та фінансових відшкодуваннях; менша прихильність грантодавців до фінансування проєктів лікарів-жінок; більша ймовірність сексуального домагання на робочому місці [47].

У деяких дослідженнях вивчали також зв'язок особистісних характеристик медичних працівників із емоційним вигоранням. Зокрема, В. Wiederhold et al. (2019) встановлено, що високий рівень невротизму,

менша здатність прийняття оточення, інтроверсія та високий рівень негативної емоційності поєднуються з високим індивідуальним ризиком розвитку вигорання у медиків [48]. Додатково слід зазначити, що рівень психологічної стійкості лікарів вищий, ніж у загальній популяції населення, що працює. Однак СЕВ набув великого поширення навіть серед лікарів з максимально можливим показником стійкості, тобто навіть психологічно стійкі лікарі наражаються на значний ризик [49].

Водночас з цим виокремлюють ряд професійних, соціальних та психологічних факторів, які пов'язані зі зниженням рівня емоційного вигорання, і таким способом виявляють захисні властивості. У проведеному систематичному огляді та метасинтезі J. Sibeoni et al. (2019), до якого було включено 33 статті, що охоплювали дані понад 1589 лікарів, в результаті аналізу виникли дві тези: 1) фактори стресу, що сприяють вигоранню, класифіковані як організаційні, потім контекстуальні та стосункові, і, нарешті, індивідуальні; 2) захисні фактори насамперед представлені індивідуальними, а потім стосунковими та організаційними [50]. Отже, в проаналізованих науковцями дослідженнях більшість авторів спирається на подібну ієрархію та структуру факторів ризику та захисних факторів. Переважно в дослідженнях проявлена така динаміка: спочатку несприятливі процеси виникають на рівні організації, потім вони поширюються на професійні стосунки, а згодом охоплюють вже зміни на індивідуальному рівні. Водночас захисні фактори показують зворотну динаміку: спочатку відбуваються зміни на рівні психології лікаря, що призводить до змін у його стосунках з колегами, і кінцевою ланкою є зміни на рівні закладу охорони здоров'я.

Чимала кількість закордонних та вітчизняних досліджень свідчать про велику поширеність СЕВ та непересічну актуальність цієї проблеми серед медичних працівників [1—12]. Встановлено, що високий рівень вигорання корелює з частотою медичних помилок, зниженням якості медичної допомоги, підвищенням відтоку кадрів з галузі, низькими показниками задоволеності пацієнтів, тривалішими термінами відновлення хворих після виписки, а також економічними втратами.

Виокремлюють медичні спеціальності з вищим ступенем ризику розвитку вигорання, до яких можна віднести психіатрію та наркологію, що великою мірою зумовлено спілкуванням з хворими, які мають психічні порушення. Відомо, що в одному з найбільших досліджень з СЕВ серед лікарів, проведеному у Фінляндії, дослідники поділили обстежуваних на «фахівців з високим рівнем вигорання» та «фахівців з низьким рівнем вигорання». Психіатри були віднесені до групи з «високим рівнем вигорання». Найвищі показники виявлені у чоловіків, які спеціалізувалися в галузі дитячої психіатрії. Істотну роль відігравало місце роботи: працівники приватних клінік, співробітники науково-дослідних інститутів та інших громадських організацій були набагато менш схильні до вигорання як порівняти з працівниками державних медичних

установ [51]. Також високий рівень вигорання виявлено у працівників гострих психіатричних відділень [52]. Встановлена важлива роль професійного стажу для психіатрів, а саме фахівці з досвідом роботи менше ніж 5 років відзначали найвищий рівень стресу та емоційного вигорання [53; 54].

Дані літератури узгоджуються з тезами доповіді Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association) щодо благополуччя та емоційного вигорання психіатрів (Psychiatrist Well-being and Burnout, 2018) [55]. Робоча група сформулювала висновки, суть яких полягає в такому:

1. Вигорання, депресія та суїцид є серйозними проблемами серед психіатрів, особливо жінок, молодих психіатрів і, можливо, таких осіб, хто не працює в академічному середовищі.

2. Вигорання найкраще розглядати як системну проблему, яка потребує і системних впливів, спрямованих на зміни на робочому місці. Ці втручання мають включати заходи, спрямовані на робочий процес, автономію, спілкування та командну роботу.

3. Хоча психіатри можуть не бути унікальними у своїй вразливості до вигорання, вони наділені унікальною компетенцією сприяти розумінню цього феномена та його зв'язку з депресією, іншими психічними розладами та суїцидами.

4. Збір даних про вигорання, депресію та суїцидальність допоможе підвищити обізнаність про ці проблеми, привернути увагу до них в організаціях охорони здоров'я та забезпечить ефективний засіб оцінки заходів подолання.

5. Доцільним є розробити спеціальні інструменти, які сприятимуть підвищенню обізнаності про вигорання та депресію серед медичних працівників, і психіатри можуть і повинні забезпечувати керівництво розроблянням втручань для зменшення цих проблем з метою поліпшення благополуччя лікарів.

Дослідження проф. Л. М. Юр'євої, Т. Й. Шустерман, Б. Ю. Марченко (2020) вигорання та депресії у працівників психіатричних служб за участі 86 спеціалістів у сфері охорони психічного здоров'я показало, що істотна частина респондентів (59,3 %) відзначала у себе симптоми вигорання, які негативно впливають на роботу та стосунки з колегами [56]. Основними факторами, які цьому сприяли, опитані назвали низьку заробітну плату (65,1 %) та великі навантаження на роботі (34,9 %). Виявлено помірний і прямий зв'язок між симптомами вигорання та думками про зміну професії ($r = 0,6$). Респонденти із симптомами вигорання частіше мали суїцидальні думки (23,5 %), із найбільшими показниками серед лікарів-інтернів за спеціальністю «Психіатрія» та лікарів загальної практики (по 33,3 % відповідно). Встановлено помірний і прямий зв'язок між симптомами вигорання та наявністю суїцидальних думок ($r = 0,6$). Майже половина (47,1 %) працівників психіатричних служб, які мали симптоми вигорання, рідко почувалися щасливими на робочому місці. Також встановлено, що симптоми вигорання мають прямий і сильний зв'язок із низьким рівнем щастя на робочому місці

($r = 0,8$). Серед стратегій подолання вигорання та депресії, на думку працівників сфери охорони здоров'я, на першому місці є полегшення робочого процесу — 57,0 % респондентів. Попередньо під час обстеження 223 психіатрів із трьох областей Східної України проф. Л. М. Юр'євою зі співавт. виявлено наявність синдрому вигорання різного ступеня вираженості у 79,0 %. Також зазначено, що 33,3 % чоловіків та 25,0 % жінок вважають зміну професії способом профілактики вигорання [57; 58].

Відповідно до звіту Medscape US Physician Burn-out and Depression Report 2024, серед лікарів рівень вигорання був вищим за 37 % (проти 26 % 2022 року) [59]. Водночас більшість фахівців відчували емоційне вигорання понад два роки — 42 % респондентів. Серед 29 медичних спеціальностей найвищий рівень вигорання був у лікарів невідкладної медичної допомоги (63 %), акушерів/гінекологів та онкологів (по 53 %), тоді як у психіатрів він становив 39 %. Головними причинами синдрому вигорання лікарі визначили такі: забагато бюрократичних завдань (62 %), забагато робочих годин (41 %), брак поваги з боку колег/адміністраторів/роботодавців (40 %), недостатня зарплата/компенсація (38 %), відсутність автономії/контролю над власним життям (32 %), зростання комп'ютеризації практики (24 %), відсутність поваги з боку пацієнтів (22 %). Серед механізмів подолання СЕВ лікарі здебільшого обирали фізичні вправи (52 %), розмову з родиною/друзями (49 %) та сон (41 %), серед можливих заходів на робочому місці — збільшення компенсації (48 %), а з метою зменшення виснаження — скорочений робочий день (32 %).

У статті, присвяченій емоційному вигоранню психіатрів, опублікованій в Journal of Psychiatry Spectrum у 2023 р., B. Wuntakal & U. R. Padmanabhi висловлюють відверту думку, що в реальній практиці психіатри зазнають величезного тиску насамперед через стигматизацію психічних захворювань, високих/нереалістичних очікувань суспільства щодо відновлення пацієнтів та нездатність сприймати психічні розлади як будь-які інші хронічні порушення фізичного здоров'я (наприклад, діабет і гіпертонію) з подібними рівнями загострень, часткових ремісій та супутніх ускладнень [60]. Психіатрів часто критикують у розслідуванні серйозних нещасних випадків, пов'язаних з ауто- та гетероагресією пацієнтів, тоді як лікарі інших медичних спеціальностей не підпадають під подібні звинувачення у тяжких наслідках, які призводять у пацієнтів з діабетом і гіпертонією до втрати кінцівок або перенесеного інсульту чи інфаркту. Автори сподіваються на точнішу оцінку ризиків у галузі задля зменшення прецедентів безпідставного покладання провини на психіатрів. Особливу увагу науковці пропонують зосередити на ризиках внаслідок таких факторів: відсутність прихильності до лікування та дотримання інших форм психосоціальної підтримки, доступних або запропонованих особам із хронічними проблемами психічного здоров'я.

Аналізуючи етіопатогенетичні аспекти синдрому емоційного вигорання, проф. Р. І. Ісаков, проф.

Л. О. Герасименко (2024) пропонують розцінювати симптоми, які виникають на тлі емоційного вигорання, як стратегію психологічного захисту, що полягає у зниженні емоційного напруження на тлі стресового перенавантаження, та вважати СЕВ тяжкою формою синдрому хронічної втоми [61]. Спираючись на психоаналітичну концепцію емоційного вигорання, науковці наголошують, що групою ризику щодо розвитку цього стану є представники «допоміжних» альтруїстичних професій. Серед лікарів це насамперед стосується психіатрів і медичних працівників, які надають ургентну та паліативну допомогу, стаючи свідками непересічних страждань, працюючи з агресивними, асоціальними та схильними до суїцидальної поведінки пацієнтами.

Наукові дослідження, присвячені емоційному вигоранню медичних працівників в умовах воєнного конфлікту, дуже обмежені. Водночас більшість з них стосується саме військових медиків, серед яких не виокремлені фахівці охорони психічного здоров'я. Зокрема, М. Jones et al. (2008) проведене масштабне порівняльне дослідження поширеності психічних розладів серед військових медичних працівників та інших представників Збройних сил Великої Британії, які були надіслані на службу під час війни в Іраку (за участі 5824 респондентів, 479 з яких були медиками) [62]. Результати показали, що саме представники медичного персоналу частіше повідомляли про психологічний дистрес (OR 1,30; 95 % CI 1,00—1,70), численні фізичні симптоми (*multiple physical symptoms*) (OR 1,65; 95 % CI 1,20—2,27) та чоловіки-медики — втому (*fatigue*) (OR 1,38; 95 % CI 1,05—1,81). Встановлено, що у цієї категорії респондентів спостерігалася гірша згуртованість та нижча підготовленість групи, які можна пояснити об'єктивно меншим часом на підготовку та неналагодженими контактами з керівництвом, як порівняти з іншими військовими. Водночас, ні посттравматичний стресовий розлад, ні симптоми зловживання алкоголем не були пов'язані з медичною спеціальністю. Важливо зазначити, що серед медичних працівників психологічний дистрес виявлявся рідше в тих, хто був активно залучений до надання допомоги постраждалим, хоча цей показник відповідав граничному значенню статистичної достовірності.

Варто зазначити, що подібні результати отримав проф. В. В. Кальниш із співавт. (2021) під час вивчення факторів бойового середовища, які впливали на прогресування емоційного вигорання у військовослужбовців (зокрема, медиків) — учасників Антитерористичної операції / Операції Об'єднаних сил на Сході України [63]. Для попередження розвитку емоційного вигорання у військовослужбовців у зоні бойових дій науковці наголошують не лише на необхідності підвищення якості первинної медичної допомоги, окремої уваги також потребує налагодження соціально-інформаційного забезпечення та взаємодії з командуванням. Провідними факторами бойової обстановки та життєзабезпечення, що найбільше вплинули на формування емоційного вигорання, визначені такі: обстріл з танків, артилерії, з мінометів,

реактивною системою залпового вогню, смерть бойового товариша, невпевненість у прогнозах командування та непередбачуваність ситуації, страх безпосереднього зіткнення з піхотою противника під час наступу й виконання завдання, страх наступити на міну, проживання в наметі, недоїдання, тривале переохолодження, порушення звичних режимів сну, недостатність екіпіровки, конфлікти з командирами.

У дослідженні професійного вигорання вже цивільних фахівців в умовах війни за участі 56 лікарів м. Києва проф. Л. С. Яковичка (2022) виявила залежність між рівнями вигорання, самооцінки та стресостійкості респондентів [64]. Встановлений прямий, дуже високий зв'язок між показниками вигорання і самооцінки ($r_{xy} = 0,452$; $p \leq 0,009$), вигорання і стресостійкості ($r_{xy} = 0,695$; $p \leq 0,001$), самооцінки і стресостійкості ($r_{xy} = 0,873$; $p \leq 0,001$). Науковиця визначає стресостійкість та самооцінку як важливі складники, що забезпечують робочий процес та суттєво посилюють відповідальність фахівця в емоційно складних умовах, зокрема під час війни.

За даними емпіричного дослідження О. В. Хромцевої, В. В. Стрюкова (2022) емоційного вигорання у медичних працівників Дніпропетровщини до та під час воєнного стану, в якому взяли участь 43 особи, рівень вигорання серед цієї категорії обстежуваних становить 63,7 %, що автори беззаперечно пов'язують з війною [65]. Дослідники наголошують, що робота в умовах війни висуває підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків. Поряд з тим, що медичні працівники повинні суворо керуватися протоколами лікування, екстрено приймати клінічно важливі рішення, дотримувати правил етики та деонтології, вони змушені працювати в умовах повітряної тривоги та постійно зважати на правила безпеки.

З цим баченням погоджується В. В. Ботякова (2023), проаналізувавши фактори, пов'язані з синдромом вигорання серед українських медиків, серед них ті, які досліджували під час пандемії COVID-19, та фактори бойового середовища, які могли найбільше вплинути на розвиток та прогресування синдрому вигорання [66]. Науковиця підкреслює, що сьогодні медичні працівники, зокрема сімейні лікарі, перебувають під екстремальними впливами, оскільки робота окремих спеціалістів пов'язана з перебуванням в зоні бойових дій. Дослідження, проведене з метою з'ясування поширеності синдрому вигорання серед медичних працівників в Україні з 2018 до 2022 року, виявило наявність синдрому вигорання або його симптомів серед медичних працівників (лікарів, медсестер) у діапазоні від $1,27 \pm 0,89$ % до 94 %. Авторка наголошує, що медичні працівники зі спеціалізаціями «Загальна практика — сімейна медицина», «Терапія» (внутрішня медицина), «Педіатрія», «Медицина невідкладних станів», «Психіатрія», «Неврологія», «Хірургія» є особливою категорією спеціалістів, які мають високий ризик розвитку синдрому вигорання через специфіку своєї роботи, оскільки проводять велику кількість часу в тісному контакті з пацієнтами.

Іншої думки щодо впливу війни на емоційне вигорання медиків дотримуються J. Owos et al. (2024) [67]. За результатами перехресного дослідження, метою якого було вивчити рівень вигорання та пов'язані з ним фактори в українських лікарів та медсестер, які надавали допомогу в унікальних обставинах війни, науковці дійшли висновку, що війна не обов'язково посилює виснаження. Автори припускають, що під час війни системні фактори, які зазвичай сприяють вигоранню, зведені до мінімуму на користь додаткового відчуття мети серед персоналу та термінової необхідності допомогти якомога більшій кількості постраждалих. Усього в дослідженні взяли участь 926 респондентів, з них 672 (74 %) жінки та 242 (26 %) чоловіки, середній вік яких становив 38 років. Лікарями були 386 (43 %) респондентів, середній медичний персонал — 520 (57 %) респондентів. Загалом виявлено 295 (32 %) респондентів із синдромом вигорання: 45 % чоловіків і 27 % жінок. Лікарі частіше відчували вигорання, ніж медсестри: 169 (44 %) і 122 (23 %) відповідно. Водночас частка лікарів із СЕВ була відносно низькою (44 %) як порівняти з іншими дослідженнями та з урахуванням обставин. Автори наголошують, що проведене ними дослідження в сусідній Польщі за такою ж методологією показало суттєво інший результат — 67 % польських лікарів мають загальне вигорання проти 44 % в Україні. Також науковці порівнюють отримані результати з двома іншими дослідженнями вигорання у лікарів під час військових конфліктів: дослідження 2019 року під час сирійської кризи виявило високі показники емоційного вигорання та депресії у 77,9 % і 54,6 % лікарів відповідно [68]; дослідження 2020 року, проведене в Лівії, показало високий рівень емоційного вигорання та депресії у 67,1 % і 47,4 % лікарів відповідно [37]. Ці показники набагато вищі, ніж в представленому дослідженні, де 31,6 % і 33,4 % отримали високі бали емоційного вигорання та депресії відповідно. Дослідники пояснюють нетипові результати тим, що війни в Сирії та Лівії відрізняються від війни в Україні, оскільки є внутрішніми конфліктами, що тривають багато років на час проведення досліджень, а також ці країни мають менш розвинені системи охорони здоров'я. Тоді як Україна протистоїть зовнішньому агресору, який об'єднав громадян у боротьбі за свободу та зміцнення національної ідентичності.

Наразі нам відоме єдине дослідження СЕВ саме у цивільних фахівців охорони психічного здоров'я, які працюють в умовах воєнного стану, за авторством Т. Левіна (2023). Наукова праця присвячена вивченню взаємозв'язків між предикторами, дескрипторами та складниками емоційного вигорання у лікарів-психіатрів під час війни з метою подальшої побудови терапевтичних підходів до профілактики та елімінації ознак емоційного вигорання у цієї категорії осіб [69]. Дослідник дійшов висновку, що в генезі розвитку та прогресування емоційного вигорання у лікарів-психіатрів під час війни залучені персоніфіковані, психопатологічні, психосоціальні, професійні та емоційно-інтерперсональні показники їхньої

життєдіяльності. На думку дослідника, основою формування емоційного вигорання є визначальний дефіцит як загального рівня емоційного інтелекту, так і його окремих складників. Внаслідок прогресування емоційного вигорання показники емоційного інтелекту знижуються ще більше, що призводить до розвитку професійної дезадаптації та ініціює порочне коло патологічних взаємовпливів. Базовим дескриптором емоційного вигорання автор визначив професійну дезадаптацію, оскільки саме з неї починаються перші негативні ознаки розбалансування процесів виконання професійних обов'язків і внутрішніх ресурсів.

Поданий аналіз літератури охоплює відомості від формування концепції емоційного вигорання до новітніх досліджень цього феномена у працівників сфери охорони психічного здоров'я в сучасних умовах комплексного впливу стресових факторів, серед яких найбільш масивним є війна. Отримані дані дали змогу сформулювати висновки, які можуть бути покладені в основу подальших теоретичних та практичних досліджень за цим напрямом.

Встановлено, що кількість наукових публікацій, присвячених аспектам емоційного вигорання у медичних працівників, зокрема фахівців сфери охорони психічного здоров'я, суттєво збільшилась за останніх років. Інтерес до поглибленого вивчення цього феномена на сьогодні зумовлений першочергово його поширеністю, а через це — необхідністю пошуку ефективних механізмів подолання. Водночас дослідження СЕВ у лікарів-психіатрів та лікарів-наркологів висвітлені недостатньо широко та становлять відносно невелику частку.

Медичні працівники наражаються на стрес високого рівня під час своєї професійної діяльності, внаслідок чого вони є особливо вразливими до виникнення СЕВ. У сучасних умовах фахівці різних спеціальностей були вимушені взяти на себе важкий тягар наслідків воєнних дій та стикнулися зі змінами умов праці в загрозливих для життя обставинах. Додаткове психологічне навантаження припадає на працівників сфери охорони психічного здоров'я, які не лише стикаються з травматичним досвідом пацієнтів, але й підпадають під завищені очікування суспільства щодо власної психоемоційної стійкості.

Наразі не існує єдиного розуміння формування стану емоційного вигорання, а загальноприйнятні моделі не описані у працівників сфери охорони психічного здоров'я в кризових умовах. Подібна ситуація склалася з класифікацією етіопатогенетичних чинників СЕВ у лікарів-психіатрів та лікарів-наркологів, які виконують професійні обов'язки під час війни. Вивчення стресових факторів у цієї категорії фахівців проведене лише в поодиноких дослідженнях і не дає чіткого уявлення про їх структуру та вагомість.

Синдром емоційного вигорання у медичних працівників має негативні наслідки не лише безпосередньо для лікарів, а й для пацієнтів та системи охорони здоров'я в цілому. В складних умовах сьогодення особливу увагу треба приділяти виявленню причин

вигорання, пов'язаних з ним порушень, своєчасній їх діагностиці та запобіганню, визначенню факторів, що можуть сприяти підвищенню стійкості фахівців та стабілізації мікроклімату на робочих місцях. Головну роль у цьому процесі можуть відігравати працівники сфери охорони психічного здоров'я не лише через власну безпосередню залученість, але й компетентне розуміння механізмів формування та впливу.

Список літератури / References

1. Марута Н. О., Чабан О. С. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, вип. 2 (107). С. 14—20. Maruta N. O., Chaban O. S. [Features of emotional burnout in neurological and mental health workers]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohi*. 2021;29, 2(107):14–20. doi:<https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-2>. (In Ukrainian).
2. Lipsitt DR. Is Today's 21st Century Burnout 19th Century's Neurasthenia? *J Nerv Ment Dis*. 2019;207(9):773–777. doi:[10.1097/NMD.0000000000001014](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001014)
3. Asanov A, Asanov I, Buenstorf G. Mental health and stress level of Ukrainians seeking psychological help online. *Heliyon*, Volume 9, Issue 11, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21933>
4. Prib H., Beheza L., Markova M., Raievska Y., Lapinska T., Markov A. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*. 2023, 11(1), 36–46. doi:<https://doi.org/10.6000/2292-2598.2023.11.01.5>
5. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2272–2281. doi:[10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
6. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: the way forward. *JAMA*. 2017;317(9):901–2. doi:[10.1001/jama.2017.0076](https://doi.org/10.1001/jama.2017.0076)
7. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(10):1317–1330. doi:<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713> (Retraction published *JAMA Intern Med*. 2020 Jul 1;180(7):931. doi:[10.1001/jamainternmed.2020.1755](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1755).)
8. Joob B, Wiwanitkit V. Medical personnel, COVID-19 and emotional impact. *Psychiatry Res*. 2020;288:112952. doi:[10.1016/j.psychres.2020.112952](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112952)
9. Rothenberger DA. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis Colon Rectum*. 2017;60:567–76. doi:[10.1097/DCR.0000000000000844](https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844)
10. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm*. 2018;75:147–52. doi:[10.2146/ajhp170460](https://doi.org/10.2146/ajhp170460)
11. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, et al. Prevalence of burnout in medical and surgical residents: a metaanalysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16. doi:[10.3390/ijerph16091479](https://doi.org/10.3390/ijerph16091479)
12. Shanafelt, T. D., West, C. P., Dyrbye et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians during the first 2 years of the COVID-19 pandemic. *Mayo Clinic Proceedings*. 2022;97(12):2248–2258. doi:[10.1016/j.mayocp.2022.09.002](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.09.002)
13. Rotenstein L.S., Torre M., Ramos M.A., Rosales R.C., Guille C., Sen S. et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 2018;320(11):1131–50. doi:[10.1001/jama.2018.12777](https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777)
14. Kim M.H., Mazenga A.C., Simon K., Yu X., Ahmed S., Nyasulu P. et al. Burnout and self-reported suboptimal patient care amongst health care workers providing HIV care in Malawi. *PLOS ONE*. 2018;13(2):e0192983. doi:[10.1371/journal.pone.0192983](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192983)
15. Freudenberger H.J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159–65. doi:[10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x)
16. Maslach C. Job burnout — how people cope. *Public Welfare*. 1978. Vol. 36. P. 56–58.
17. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. Vol. 2, No. 2 (Apr., 1981), pp. 99–113., 1981; (2): 99–113. <https://www.jstor.org/stable/3000281>
18. Pines, A.M., Aronson, E., Kafry, D. Burnout. From Tedium to Personal Growth New York: The Free Press, 1981. (345–356). <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1415513>
19. Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., & Sixma, H. J. Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1994;13(1), 86–100. <https://doi.org/10.1521/jscp.1994.13.1.86>
20. Frith, G. H., & Mims, A. Burnout among Special EducationParaprofessionals. *Teaching Exceptional Children*. 1985;17(3), 225–227. doi:<https://doi.org/10.1177/004005998501700312>.
21. Iwanicki, E. F., & Schwab, R. L. A cross validation study of theMaslach Burnout Inventory. Educational and psychological measurement. 1981;41(4),1167–1174. <https://doi.org/10.1177/00131644810410042>
22. Perlman, B., & Hartman, E. A. Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*. 1982;35(4):283–305. doi:[10.1177/00187267820350040](https://doi.org/10.1177/00187267820350040)
23. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації : навчальний посібник / Герасименко Л. О. Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Київ : Медицина, 2023. 120 с. / Herasymenko L. O. Skrypnikov A. M., Isakov R. I. [Reaction to severe stress and adjustment disorders]. Kyiv, 2023. 120 p. (In Ukrainian).
24. World Health Organization [Internet]. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (version 01/2023): QD85 Burnout [cited 2022 Dec. 19]. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
25. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it time to consider the "burnout syndrome" a distinct illness? *Front Public Health*. 2015;3:158. doi:[10.3389/fpubh.2015.00158](https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158)
26. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm*. 2018;75:147–52. doi:[10.2146/ajhp170460](https://doi.org/10.2146/ajhp170460)
27. Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev*. 2008;33:29–39. doi:[10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72](https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72)
28. Salyers M.P., Bonfi Is K.A., Luther L. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2017;32:475–482. doi:[10.1007/s11606-016-3886-9](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9)
29. Hewitt DB, Ellis RJ, Chung JW, et al. Association of surgical resident wellness with medical errors and patient outcomes. *Ann Surg*. 2021;274(2):396–402. doi:[10.1097/SLA.0000000000003909](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003909).
30. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008;149:334–41. doi:[10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008](https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008)

31. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I [published correction appears in *West J Emerg Med.* 2019 Aug 21;20(5):840-841. doi: 10.5811/westjem.2019.8.44927.]. *West J Emerg Med.* 2019;20(3):485-494.
32. Lo EV, Wei YH, Hwang BF. Association between occupational burnout and heart rate variability: a pilot study in a high-tech company in Taiwan. *Medicine.* 2020;99:e18630. doi:10.1097/MD.00000000000018630
33. Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol.* 2005;10:344-62. doi:10.1037/1076-8998.10.4.344
34. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2020;323(21):2133-2134. doi:10.1001/jama.2020.589
35. Morgantini LA, Naha U, Wang H, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS One.* 2020;15(9):e0238217. Published 2020 Sep 3. doi:10.1371/journal.pone.0238217
36. Kröger C. Shattered social identity and moral injuries: Work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma.* 2020;12(S1):S156-S158. doi:10.1037/tra0000715
37. Elhadi M, Msherghi A, Elgzairi M, et al. Burnout Syndrome Among Hospital Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic and Civil War: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry.* 2020;11:579563. Published 2020 Dec 11. doi:10.3389/fpsyt.2020.579563
38. Guenette JP, Smith SE. Burnout: prevalence and associated factors among radiology residents in New England with comparison against United States resident physicians in other specialties. *AJR Am J Roentgenol.* 2017;209:136-141. doi:10.2214/AJR.16.17541
39. Malakouti SK, Nojomi M, Salehi M, Bijari B. Job stress and burnout syndrome in a sample of rural health workers, behvarzes, in Tehran, Iran. *Iran J Psychiatry.* 2011;6:70-74.
40. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018;13(11):e0206840. Published 2018 Nov 12. doi:10.1371/journal.pone.0206840
41. Campbell S.M., Ulrich C.M., Grady C. A broader understanding of moral distress. *Am. J. Bioeth.* 2016; 16(12):2-9. doi:10.1080/15265161.2016.1239782
42. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. Формирование, профилактика, коррекция. Киев : Изд-во «Сфера», 2004. С. 34-49, 242-254. Yuryeva L. N. [Professional burnout in medical workers. Formation, prevention, correction]. Kiyev, 2004. P. 34-49, 242-254. (In Ukrainian).
43. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout [Electronic resource]. *Mayo Clin. Proc.*, 2017;92(1):129-146. doi:10.1016/j.mayocp.2016.10.004
44. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington (DC): National Academies Press (US); October 23, 2019. doi:10.17226/25521
45. Бачинська А. В. Професійне емоційне вигорання працівників організації: теоретичний підхід // Вісник студентського наукового товариства «БАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту КНТЕУ. Вінниця, 2020. С. 48—55. Bachynska A. V. [Professional emotional burnout of organization employees: a theoretical approach]. *Bulletin of the student scientific society «VATRA» of the Vinnytsia Institute of Trade and Economics of the KNUTE.* Vinnytsia, 2020. P. 48-55. (In Ukrainian).
46. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018;283(6):516-529. doi:10.1111/joim.12752
47. Templeton K, Bernstein C, Sukhera J et al. Gender-Based Differences in Burnout: Issues Faced by Women Physicians. *NAM Perspectives.* 2019. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. doi:10.31478/201905a
48. Wiederhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, et al. Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open Med (Wars).* 2018;13:253-263. Published 2018 Jul 4. doi:10.1515/med-2018-0039
49. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Netw. Open.* 2020;3(7):e209385. Published 2020 Jul 1. doi:https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385
50. Sibeoni J, Bellon-Champel L, Mousty A, Manolios E, Verneuil L, Revah-Levy A. Physicians' Perspectives About Burnout: a Systematic Review and Metasynthesis. *J Gen Intern Med.* 2019;34(8):1578-1590. doi:10.1007/s11606-019-05062-y
51. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aärinmaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990;25(2):81-86. doi:10.1007/BF00794986
52. Jorgensen R, Pristed SG, Jepsen I, Christensen AE, Telles GK. F87. Burnout in mental health professionals working with acute and non-acute in-patients with psychosis. *Schizophr Bull.* 2019;45(Suppl 2):S286-S287. doi:10.1093/schbul/sbz018.499
53. O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry.* 2018;53:74-99. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.06.003
54. Yang S, Meredith P, Khan A. Stress and burnout among healthcare professional working in a mental health setting in Singapore. *Asian J Psychiatr.* 2015;15:15-20. doi:10.1016/j.ajp.2015.04.005
55. American Psychiatric Association. A Report by the American Psychiatric Association Board of Trustees Ad Hoc Work Group on Psychiatrist Well-being and Burnout. 2018. Item 11.B. 8 p. <https://www.psychiatry.org/getmedia/5f5cf9ac-3de4-42c1-9e89-0d253361f1c6/APA-BOT-Workgroup-Psychiatrist-Wellbeing-and-Burnout.pdf> Psychiatrist Well-being and Burnout
56. Юрьева Л. Н., Шустерман Т. И., Марченко Б. Ю. Выгорание и депрессия у сотрудников психиатрических служб: причины возникновения и стратегии их преодоления (по мнению специалистов) // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020. Т. 11, № 3, С. 445—456. Yuryeva L.N., Shusterman T.I., Marchenko B.Yu. [Burnout and Depression in Psychiatric Workers: Causes and Strategies for Overcoming Them (According to Experts)]. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology.* 2020;11(3):445-456. 10.34883/PI.2020.11.3.002. (In Russian).
57. Юрьева Л. Н. Образовательные программы профилактики синдрома выгорания у специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 4 (93). С. 11—14. Yuryeva L.N. [Educational programs on burnout prevention among healthcare professionals in mental health field]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii.* 2017, vol. 25, issue 4 (93), pp. 11-14. (In Russian).

58. Юр'єва Л. М., Носов С. Г., Ніколенко А. Є. Післядипломна підготовка з фаху «психіатрія» у профілактиці синдрому емоційного вигорання серед лікарів-психіатрів // Медична освіта. 2018. № 3. С. 82—84. Yurieva L. M., Nosov S. G., Nikolenko A. E. [Postgraduate training in psychiatry in the prevention of emotional burnout syndrome among psychiatrists]. *Medical Education*. 2018, no. 3, pp. 82–84. 10.11603/me.2414-5998.2018.3.8896. (In Ukrainian).

59. Kane L. Medscape US Physician Burnout & Depression Report 2022: Stress, Anxiety and Anger. Medscape [Internet]. 2024 Jan. 21 [cited 2025 Apr. 19]: 1–26. <https://www.medscape.com/slideshow/2024-lifestyle-burnout-6016865>

60. Wuntakal, Balaji; Padmanabhi, Uma Rani. Burnout amongst Psychiatrists. *Journal of Psychiatry Spectrum*. 2023;2:50-52. doi:10.4103/jopsys.jopsys_36_22

61. Ісаков Р. І., Герасименко Л. О. Синдром емоційного вигорання // НейроNEWS. Психоневрологія та нейропсихіатрія. 2024. № 5—6 (151). С. 24—27. Isakov R. I., Herasymenko L. O. [Burnout syndrome]. *NeuroNEWS. Psychoneurology and neuropsychiatry*. 2024;6(151):24–27. [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2024/5-6\(151\)/nn24_5-6_24-27.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2024/5-6(151)/nn24_5-6_24-27.pdf) (In Ukrainian).

62. Jones M, Fear NT, Greenberg N, et al. Do medical services personnel who deployed to the Iraq war have worse mental health than other deployed personnel? *Eur J Public Health*. 2008;18(4):422-427. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn03>

63. Трансформація відчуттів, пов'язаних з рівнем емоційного вигорання, при відновленні функціонального стану військовослужбовців в умовах стаціонарного лікування / Кальниш В. В., Опанасенко В. В., Зайцев Д. В., Алексєєва Л. М. // Охорона праці. 2021, 17 (2), 84—92. Kalnysh V. V., Opanasenko V. V., Zaitsev D. V., Aliexsieieva L. M. [Transformation of feelings associated with the level of emotional burnout during the restoration of the functional state of military personnel in inpatient treatment]. *Occupational Health*, 2021, 17 (2), 84–92. <https://doi.org/10.33573/ujoh2021.02.084>. (In Ukrainian).

64. Яковицька Л. С. Професійне вигорання фахівців під час війни. Міжгрупова взаємодія в умовах війни: ідентичності, картини світу, додання травми: матеріали круглого столу (Київ, 9 червня, 2022 р.) / за наук. ред. П. П. Горностаєва, Л. Г. Черної; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології, Асоціація політичних психологів України. Київ : Талком, 2022. С. 67—69. Yakovytska L. S. [Professional burnout of specialists during war. Intergroup interaction in wartime: identities, worldviews, overcoming trauma]: materials of the roundtable (Kyiv, June 9, 2022). P. 67–69. (In Ukrainian).

65. Hromtseva, Olena & Striukov, Vasyl. A gender-oriented approach to management of emotional burnout among doctors and nurses in wartime. *Economies' Horizons*. 2022. 17. 94-110. 10.31499/2616-5236

66. Botiakova V. V. Prevalence of burnout syndrome among medical professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 1 (25), 2023. P. 92-100. doi:10.21802/artm.2023.1.25.92

67. Owoc, Jakub and Mańczak, Małgorzata and Olszewska, Robert and Shevchuk, Oksana and Zaporozhan, Stepan and Korda, Mykhaylo. Can War Help in Better Understanding of Burnout Phenomenon? A Cross Sectional Study of Burnout in Ukrainian Medical Staff. *Preprints with The Lancet*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4757684

68. Alhaffar BA, Abbas G, Alhaffar AA. The prevalence of burnout syndrome among resident physicians in Syria. *J Occup Med Toxicol*. 2019 Dec 10;14:31. doi:10.1186/s12995-019-0250-0

69. Левін Т. Предиктори, дескриптори та складові емоційного вигорання у лікарів-психіатрів під час війни:

взаємозв'язки, комплексна і математична моделі розвитку та прогнозу // Психосоматична медицина та загальна практика. 2023. Вип. 8, № 2: e0802438. Levin T. [Predictors, descriptors and components of emotional burnout in psychiatrists during the war: relationships, complex and mathematical models of development and prognosis]. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2023;8(20):e0802438. doi:10.26766/pmgp.v8i2.438. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 14.06.2025

Відомості про авторів

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з наукової роботи, завідувач відділу*; <https://orcid.org/0000-0002-6619-9150>; e-mail: mscience@ukr.net

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0000-0002-9169-8787>; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0000-0003-0026-3882>; e-mail: tamarapanko@ukr.net

СЕМІКІНА Олена Євгенівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу*; доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України; м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-1197-855X>; e-mail: osemikina@ukr.net

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0000-0002-9417-3994>; e-mail: iyavdak@ukr.net

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

Information about the authors

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director of Scientific Work, Head of the Department*; <https://orcid.org/0000-0002-6619-9150>; e-mail: mscience@ukr.net

FEDCHENKO Viktoriya, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of Department*; <https://orcid.org/0000-0002-9169-8787>; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Senior Researcher, Leading Researcher of Department*; <https://orcid.org/0000-0003-0026-3882>; e-mail: tamarapanko@ukr.net

SEMIKINA Olena, MD, PhD, Senior Researcher, Leading Researcher at the Department*; Associate Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Drug and Medical Psychology of V. N. Karazin Kharkiv National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine; Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-1197-855X>; e-mail: osemikina@ukr.net

YAVDAK Irina, MD, PhD, Senior Researcher, Leading Researcher of Department*; <https://orcid.org/0000-0002-9417-3994>; e-mail: iyavdak@ukr.net

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

**ДО 75-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ДОКТОРА МЕДИЧНИХ НАУК, ПРОФЕСОРА
МИХАЙЛОВА БОРИСА ВОЛОДИМИРОВИЧА, ЗАСЛУЖЕНОГО ДІЯЧА НАУКИ І ТЕХНІКИ
УКРАЇНИ, АКАДЕМІКА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ**



Михайлов Борис Володимирович народився 19 червня 1950 року у м. Харків, Україна.

1974 року з відзнакою закінчив лікувальний факультет Курського державного медичного інституту за спеціальністю Лікувальна справа. Після закінчення інтернатури з психіатрії, протягом 1975—1998 років працював в Українському НДІ клінічної і експериментальної неврології та психіатрії (з 2010 року — ДУ «ІНПН НАМН України»). Обіймав посади молодшого, старшого наукового співробітника, завідувача відділу. 1999—2021 роки — проректор з наукової роботи, завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти. З 2021 року донині — професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.

1982 року захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук на тему «Клініко-електрофізіологічне вивчення порушень сну у хворих, які перенесли тяжку черепно-мозкову травму» за спеціальністю 14.00.18 — Психіатрія.

1994 року захистив докторську дисертацію за темою «Клініка, механізми формування психопатологічних порушень у структурі наслідків закритої черепно-мозкової травми та принципи їх відновної

терапії» і отримав науковий ступінь доктора медичних наук за спеціальністю 14.00.18 — Психіатрія.

1999—2005 роки — проходив стажування з психіатрії, психотерапії, проблем залежності в США, Польщі. Маючи широкі контакти з європейськими колегами, засвоював і впроваджував новітні лікувально-діагностичні технології в Україні, що дало змогу суттєво підвищити рівень соціального функціонування та якості життя хворих на психічні розлади. Ці надбання дали змогу підготувати на сучасному рівні численні контингенти слухачів, інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів на профільних кафедрах Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.

Професор Б. В. Михайлов має багаторічний клінічний, науковий, викладацький досвід з психіатрії, психотерапії, медичної психології. Практичні та наукові інтереси Бориса Володимировича — це проблеми психіатрії, психотерапії, нейрофізіології, медичної психології. Під його науковим керівництвом та за його безпосередньої участі розроблені питання клініки та терапії соматоформних розладів, вивчені нейробіологічні механізми реалізації психотерапії, проблеми фармакопсихотерапії, досліджені клініко-патофізіологічні механізми та терапія порушень сну, розроблено біоінформаційну концепцію патогенезу психічних розладів.

Професор Б. В. Михайлов бере активну участь у підготовці науково-педагогічних кадрів вищої кваліфікації, він особисто підготував 9 докторів і 45 кандидатів медичних і психологічних наук; нині — є науковим керівником трьох аспірантів.

Борис Володимирович має 50-річний клінічний досвід, вищу кваліфікаційну категорію з психіатрії, психотерапії та сертифікат з медичної психології.

З 2007 до 2019 року працював головним позаштатним спеціалістом Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальностей «Психотерапія» та «Медична психологія». За цей час зробив великий внесок в організацію психотерапевтичної мережі України, видання галузевих наказів, введення нової спеціальності — «Медична психологія».

Професор Б. В. Михайлов є автором понад 800 наукових праць у вітчизняних і зарубіжних наукових виданнях з різних проблем психіатрії, психотерапії, медичної психології, наркології, зокрема, 64 монографій, підручників і посібників.

Борис Володимирович має значний досвід міжнародної співпраці, неодноразово представляв Україну за кордоном, зокрема працював головним лікарем радянських лікувально-профілактичних закладів у Лівії (1986—1988). Професор Б. В. Михайлов був учасником I та II Всесвітніх конгресів з психотерапії у Відні, Всесвітніх з'їздів психіатрів у Німеччині,

Китаї, XVII—XXXIII Європейських конгресів з психіатрії у Німеччині, Чехії, Австрії, Франції, Польщі, Іспанії, Угорщині. Був членом урядової делегації України у Гельсінкі (Фінляндія) з прийняття Європейської декларації з охорони психічного здоров'я. Брав безпосередню участь в організації усіх Національних Конгресів неврологів, психіатрів та наркологів України, численних науково-практичних конференцій з проблем психотерапії, психіатрії, медичної психології, неврології, сексології тощо.

Професор Б. В. Михайлов робить чималий внесок в психологічне, психотерапевтичне, психіатричне забезпечення сектора оборони і безпеки України. Починаючи з 2022 року, він безпосередньо модифікував методи кризової психологічної допомоги, які впроваджені в медичні і психологічні ланки ЗСУ і СБУ, особисто проводить консультативну роботу у великому обсязі.

У складі робочої групи Міністерства у справах ветеранів брав безпосередню участь у розробленні програми з медико-психологічного супроводу учасників бойових дій. Великий обсяг власних досліджень і модифікація кращих закордонних зразків дали змогу узагальнити досвід і сформулювати концепцію мультимодального психологічного супроводу учасників бойових дій.

Узагальнені матеріали лягли в основу численних видань для практичного застосування фахівцями.

Протягом 2022—2024 рр. понад тисячу психологів і лікарів різних спеціальностей пройшли підготовку з цих питань.

Б. В. Михайлов обраний до складу редакційних колегій семи фахових медичних видань.

Професор Б. В. Михайлов є членом Європейської Асоціації з психіатрії (EAP), Європейської психотерапевтичної асоціації (EPA), президентом Національної ліги психотерапії, психосоматики і медичної психології України, членом ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України» та обраний віце-президентом ГО «Асоціація психотерапевтів і психоаналітиків України».

За науково-педагогічну та наукову діяльність Борис Володимирович неодноразово нагороджений Почесними грамотами МОЗ України, відомчими нагородами та відзнаками громадських організацій.

Професор Михайлов Борис Володимирович — порядна, професійна, авторитетна та чуйна людина, має велику повагу у колективів провідних профільних закладів України, базових клінік НУОЗ України імені П. Л. Шупика, керівництва університету та слухачів, є відомим фахівцем з психіатрії і психотерапії в Україні та за її межами.

Колектив кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика вітає професора Михайлова Бориса Володимировича з 75-річним ювілеєм. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України» та ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України» приєднуються до привітання.