

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

СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ ГОСТРОЮ РЕАКЦІЄЮ НА СТРЕС І ГОСТРИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ НА ПРИКЛАДІ ПАЦІЄНТІВ ПСИХІАТРИЧНОГО, НЕВРОЛОГІЧНОГО ТА НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛІВ В ПРИФРОНТОВОМУ МІСТІ¹

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

THE RELATIONSHIPS BETWEEN ACUTE STRESS REACTION AND ACUTE STRESS DISORDER ON THE EXAMPLE OF PATIENTS OF PSYCHIATRIC, NEUROLOGICAL, AND NEUROSURGICAL PROFILES IN THE FRONTLINE CITY

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

Keywords: patients of psychiatric, neurological and neurosurgical profile, acute stress reaction, acute stress disorder, relationships

Мета роботи — визначення співвідношень між гострою реакцією на стрес (ГРС) та гострим стресовим розладом (ГСР) і вивчення внутрішньої структури процесу реагування на стресову подію (СП) на прикладі пацієнтів психіатричного, неврологічного та нейрохірургічного профілів, що лікувалися в прифронтовому місті Харкові.

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

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

Виявлено, що повний розподіл усіх обстежених осіб за сумою балів SASRQ є полімодальним, що свідчить про неоднорідність цього контингенту за ознакою виразності реагування на СП; а також те, що цей розподіл коректно описується сумою трьох мономодальних розподілів, які відповідають однорідним групам обстежених, виокремленим на основі використання діагностичних критеріїв DSM-5 («Без ГРС», «ГРС» та «ГСР»). Окрім того, виявлено структурні відмінності симптоматики у респондентів з різною виразністю реагування на СП, які проявляли себе більшою питомою вагою дисоціативної симптоматики і меншою питомою вагою симптоматики гіперзбудження у респондентів із групи ГСР (проти респондентів з групи ГРС). Зроблено висновок про те, що наведені вище обставини дають підстави вважати ГРС і ГСР не просто різними градаціями в континуумі реагування обстежених на СП, а якісно відмінними станами.

The purpose of the work is to determine the relationships between acute stress reaction (ASR) and acute stress disorder (AST) and to study the internal structure of the process of responding to a stressful event (SE) using the example of patients of psychiatric, neurological and neurosurgical profiles who were treated in the front-line city of Kharkiv.

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

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

It was found that the complete distribution of all surveyed individuals by the sum of SASRQ scores is polymodal, which indicates the heterogeneity of this contingent in terms of the severity of response to SE; and also, that this distribution is correctly described by the sum of three monomodal distributions which correspond to homogeneous groups of subjects selected based on the use of DSM-5 diagnostic criteria ("Without ASR", "ASR" and "AST"). In addition, structural differences in symptomatology were found in respondents with different severity of response to SE, which manifested themselves in a higher specific weight of dissociative symptoms and a lower specific weight of hyperarousal symptoms in respondents from the AST group (compared to respondents from the ASR group). It was concluded that the above circumstances allow us to consider ASR and AST not simply different gradations in the continuum of response of surveyed individuals to SE, but qualitatively different states.

¹ Першу частину дослідження опубліковано: Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 3 (124). С. 29—43.

© Черкасова А. О., Лінський І. В., Марута Н. О., Підкоритов В. С., Пісоцька О. В., Кузьмінов В. Н., Шестопалова Л. Ф., Мінко О. І., Соколова І. М., Міщенко В. М., Черненко М. Є., Василівський В. В., Денисенко М. М., Посохов М. Ф., Заворотний В. І., Явдак І. О., Лакинський Р. В., Фисенко А. В., Байда Р. М., Мінко О. О., Маркозова Л. М., Войтенко І. В., 2025

Протягом повномасштабної російської агресії проти нашої держави, що триває вже понад три роки, сотні тисяч українців взяли участь у бойових діях або безпосередньо постраждали від них, а мільйони наших співвітчизників вимушені жити в умовах постійної загрози власному життю через регулярні терористичні обстріли українських міст і сіл з боку ворожої армії. Досить сказати, що з 24 лютого 2022 року і до моменту написання цієї статті (14.08.2025 р.) повітряна тривога обласного рівня оголошувалась в нашій країні 62 015 разів. До того ж серед інших регіонів України перше місце в цьому сумному рейтингу посідає Харківська область з показником 6 591 раза [1].

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

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10, ГРС (F43.0) — це минулий розлад, що розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний та психічний стрес і, зазвичай, зникає протягом кількох годин або днів [2]. Водночас в МКХ-11 будь-якого аналога діагностичної рубрики, яка би дала змогу класифікувати гострий психічний розлад, що розвивається «у відповідь на виняткове фізичне та психічне навантаження», вже немає. В МКХ-11 ГРС під кодом QE84 взагалі віднесена не до психічної патології, а до розділу 24 «Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт із медичними службами» [3; 4]. В свою чергу, ГРС є патологічним еквівалентом ГРС. Цей розлад наведений в DSM-5 під кодом 308.3 [5] і відрізняється від ГРС більшою тривалістю (від 3 днів до 1 місяця) і виразністю симптомів, які призводять до порушення повсякденного функціонування особи.

Раніше, завдяки використанню Стенфордського опитувальника щодо ГРС (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire, SASRQ) [6], на прикладі пацієнтів непсихіатричних профілів (які за станом свого ментального здоров'я наближаються до представників загальної популяції) ми показали, що близько половини обстежених цієї категорії мали ознаки ГРС, а ще близько третини — відповідали критеріям DSM-5 для діагнозу ГРС [7].

Однак, критерії ГРС (про які буде докладніше викладено далі) є класичним прикладом конвенціоналізму, тобто певної домовленості фахівців щодо інтерпретації даних про реагування на стресову подію (СП), яка дає змогу дихотомічно поділити обстежених на тих, чий стан можна кваліфікувати як ГРС, і на тих, чий — не можна. Водночас самі дані SASRQ про реагування на СП (на основі яких здійснювали діагностику ГРС) насправді не мають будь-яких природних меж між окремими їх градаціями, і ці градації неможливо віднести до якихось діапазонів без пев-

ного «насилення над матеріалом». Сказане вище стосується як сумарної оцінки SASRQ, так і окремих її складових (проявів дисоціації, повторного переживання травми, уникнення, тривоги та підвищеного збудження і, нарешті, порушення соціального функціонування).

З огляду на сказане вище, метою цього дослідження стало визначення співвідношень між ГРС і ГСР і вивчення внутрішньої структури процесу реагування на СП на прикладі пацієнтів психіатричного, неврологічного та нейрохірургічного профілів, що лікувались в прифронтовому місті Харкові.

Загалом, протягом 2024—2025 років, обстежено 1360 осіб, серед них — 1129 цивільних осіб (804 чоловіки і 325 жінок) і 231 військових (226 чоловіків і 5 жінок), які надійшли на лікування в клініку амбулаторно-поліклінічної допомоги Військово-медичного клінічного центру Північного регіону Міністерства оборони України (м. Харків), а також у психіатричні, неврологічні та нейрохірургічне відділення Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина Національної академії медичних наук України» (м. Харків). Середній вік обстежених становив $41,53 \pm 0,43$ роки для чоловіків і $47,18 \pm 0,83$ років для жінок ($p < 0,001$).

Більш докладний опис контингенту дослідження наведено в нашій попередній публікації [7].

Основним інструментом досліджування була українська версія Стенфордського опитувальника щодо гострої реакції на стрес (SASRQ) [4; 7]. Цей опитувальник був розроблений для самооцінювання симптомів ГРС або ГСР, які багато авторів розглядають як різні варіанти гострого періоду ПТСР. Тому його часто рекомендують також і для діагностики ПТСР. SASRQ містить 30 пунктів, 10 з яких стосуються симптомів дисоціації, 6 — повторного переживання травми, 6 — уникнення, 6 — тривоги та підвищеного збудження і, нарешті, ще 2 — порушень функціонування. Оцінка кожного пункту може мати шість градацій (від 0 до 5 балів).

Процедура опитування відбувалась так. Пацієнту пропонували якісно (словами) описати СП, яку він пережив, і кількісно оцінити те, наскільки тривожною (стресовою) вона була для нього. Після цього пацієнту пропонували, спираючись на власний досвід, оцінити частоту окремих можливих симптомів дистресу і, нарешті, його тривалість, тобто, кілька днів він або вона потерпав(-ла) від найгірших симптомів дистресу [4; 7].

Результати дослідження з використанням SASRQ можна оцінювати двома способами: безперервно (обчислюючи суми балів за всіма пунктами) та дихотомічно (розцінюючи пункти, що набрали від 0 до 2 балів, як такі, що не мають клінічного значення (0 балів), а пункти, що набрали від 3 до 5 балів — як клінічно значущі (1 бал) [4].

Перший спосіб (безперервний) має переважно академічне значення, а другий (дихотомічний) використовують для ідентифікації ГСР. Отже, дихотомічна інтерпретація результатів SASRQ фактично

є процесом пошуку відповідності отриманих даних критеріям DSM-5 для цього діагнозу, який наведено далі [5].

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

Критерій «В» потребує наявності дев'яти (або більше) симптомів із п'яти таких категорій: дисоціація (пункти SASRQ № 3, 4, 10, 13, 16, 18, 20, 24, 25, 28), повторне переживання травми (пункти SASRQ № 6, 7, 15, 19, 23, 29), уникнення (пункти SASRQ № 5, 11, 14, 17, 22, 30), гіперзбудження (№ 1, 2, 8, 12, 21, 27) і порушення соціального функціонування (№ 9, 26). До того ж з категорії «дисоціація» мають одночасно бути наявними не менше як три симптоми, а для решти чотирьох категорій — щонайменше по одному із кожної. Слід також зазначити, що частота симптомів, описаних в кожному із 30 пунктів, оцінюється за шкалою, де: «ніколи не було» — 0 балів, «дуже рідко» — 1 бал, «рідко» — 2 бали, «іноді» — 3 бали, «часто» — 4 бали і «дуже часто» — 5 балів. Одночасно (як потребує дихотомічний підхід) будь-який симптом вважається наявним (клінічно значущим) лише в тому разі, коли його частота дорівнює або більша ніж 3 бали (діапазон від «іноді» до «дуже часто»).

Останнє запитання SASRQ встановлює відповідність стану респондента критерію «С», а саме — тривалість симптомів критерію «В» має становити від трьох днів до місяця після травми [5].

В межах цього дослідження обстеження з використанням SASRQ здійснювали однократно, протягом перших трьох діб з моменту госпіталізації або початку амбулаторного лікування, після отримання від респондентів відповідної інформованої згоди. Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний аналіз, кореляційний і регресійний аналізи [8]) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»). Окрім того, в процесі визначення маркерів ГРС і ГСР для різних діапазонів загальної суми балів SASRQ (Σ_{SASRQ}) обчислювали діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності (МІ) Кульбака [9].

Інтерпретація результатів застосування SASRQ, відповідно до описаних вище критеріїв DSM-5 щодо ГСР, дала змогу поділити всіх обстежених на три групи порівняння:

— на тих, у кого частота жодного із симптомів ГРС/ГСР не досягла рівня клінічної значущості ≥ 3 балів (група «Без ГРС», яка включала до себе і тих осіб, які не змогли пригадати і виокремити серед інших якусь одну, найбільш травматичну СП);

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

— на тих, у кого була повна відповідність діагнозу ГСР за діагностичними критеріями DSM-5 (група «ГСР») (табл. 1, рис. 1).

Таблиця 1. Структура контингенту цивільних і військових обстежених різної статі за виразністю реакції на стресову подію

Групи з різною виразністю реакції на СП	Чоловіки						Жінки						Особи обох статей (n = 1360)		p		
	військові (ЧВ) (n = 226)		цивільні (ЧЦ) (n = 803)		разом (Ч) (n = 1029)		військові (ЖВ) (n = 5)		цивільні (ЖЦ) (n = 326)		разом (Ж) (n = 331)						
	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	ЧВ — ЧЦ	ЖВ — ЖЦ	Ч — Ж
Без ГРС	7	3,10	94	11,71	101	9,82	2	40,00	41	12,58	43	12,99	144	10,59	0,584	0,780	0,770
ГРС	106	46,90	358	44,58	464	45,09	3	60,00	169	51,84	172	51,96	636	46,76	0,536	0,717	0,029
ГСР	113	50,00	351	43,71	464	45,09	—	—	116	35,58	116	35,05	580	42,65	0,093	0,098	0,001

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

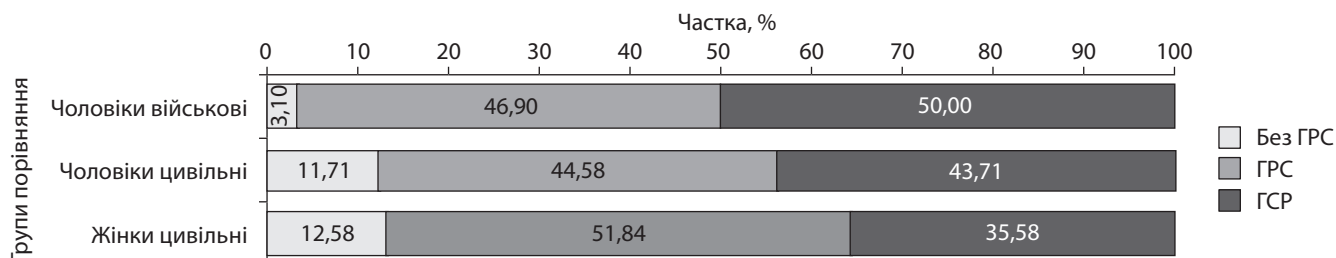


Рис. 1. Структура контингенту цивільних і військових обстежених різної статі за виразністю реакції на стресову подію

Формування цих груп порівняння в процесі реалізації дихотомічного способу обробки даних SASRQ створило умови для зіставлення результатів

обробки тих самих даних безперервним способом, тобто обчисленням Σ_{SASRQ} (табл. 2, рис. 2).

Таблиця 2. Розподіл обстежених за Σ_{SASRQ} в групах, виокремлених за ознакою ставлення до військової служби (А) та за ознакою виразності реакції на стресову подію (Б)

Оцінка SASRQ, бали	За ознакою ставлення до військової служби						За ознакою виразності реакції на СП						Усі разом (Ч + Ж) (n = 1360)	
	військові (Ч+Ж) (n = 231)		цивільні (Ч) (n = 803)		цивільні (Ж) (n = 326)		ГСР (Ч + Ж) (n = 580)		ГРС (Ч + Ж) (n = 636)		без ГРС (Ч + Ж) (n = 144)			
	абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %
0	—	—	23	2,86	16	4,91	—	—	—	—	39	27,08	39	2,87
1—10	4	1,73	27	3,36	8	2,45	—	—	10	1,57	29	20,14	39	2,87
11—20	12	5,19	48	5,98	21	6,44	—	—	60	9,43	21	14,58	81	5,96
21—30	20	8,66	53	6,60	24	7,36	—	—	79	12,42	18	12,50	97	7,13
31—40	13	5,63	55	6,85	30	9,20	—	—	85	13,36	13	9,03	98	7,21
41—50	21	9,09	61	7,60	32	9,82	1	0,17	101	15,88	12	8,33	114	8,38
51—60	11	4,76	61	7,60	26	7,98	12	2,07	83	13,05	3	2,08	98	7,21
61—70	14	6,06	76	9,46	30	9,20	33	5,69	83	13,05	4	2,78	120	8,82
71—80	20	8,66	69	8,59	35	10,74	69	11,90	54	8,49	1	0,69	124	9,12
81—90	30	12,99	89	11,08	34	10,43	110	18,97	42	6,60	1	0,69	153	11,25
91—100	43	18,61	78	9,71	24	7,36	126	21,72	19	2,99	0	—	145	10,66
101—110	18	7,79	78	9,71	21	6,44	106	18,28	9	1,42	2	1,39	117	8,60
111—120	11	4,76	43	5,35	15	4,60	63	10,86	6	0,94	—	—	69	5,07
121—130	6	2,60	22	2,74	6	1,84	31	5,34	3	0,47	—	—	34	2,50
131—140	5	2,16	16	1,99	2	0,61	21	3,62	1	0,16	1	0,69	23	1,69
141—150	3	1,30	4	0,50	2	0,61	8	1,38	1	0,16	—	—	9	0,66
KS-Z	1,467		1,851		0,992		0,951		1,282		2,417		2,324	
p	0,027		0,002		0,279		0,327		0,075		< 0,001		< 0,001	

Примітки. KS-Z — Критерій Колмогорова — Смирнова для оцінки нормальності розподілу; p — достовірність відмінності від «нульової гіпотези» (розподіл нормальний) за критерієм Колмогорова — Смирнова; достовірні відмінності (p < 0,05) виділені сірим кольором

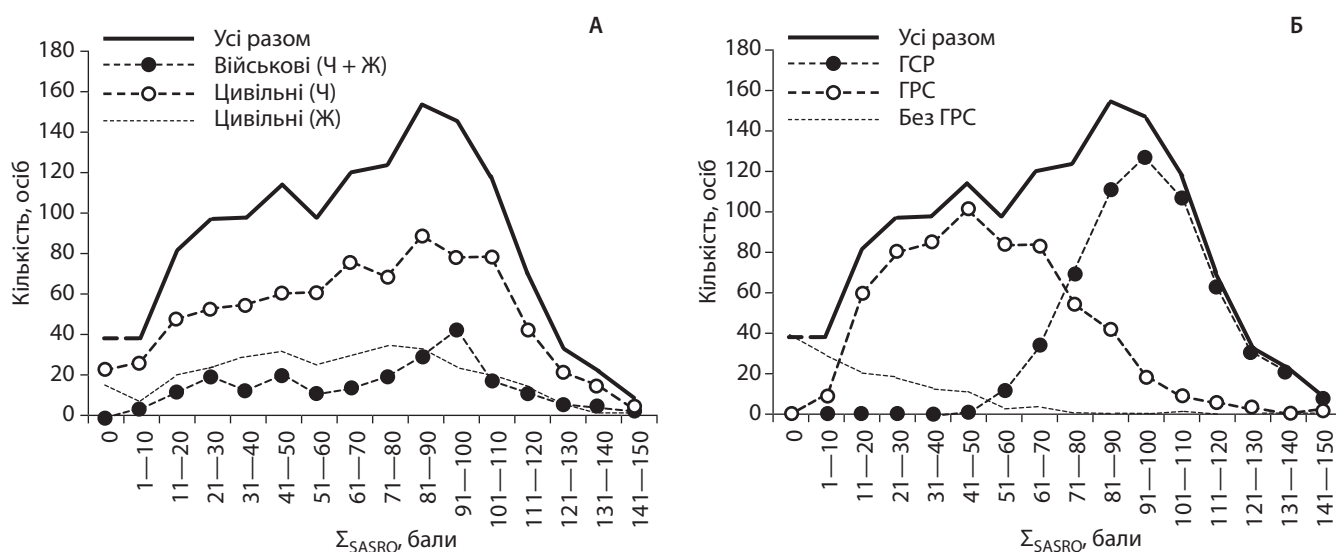


Рис. 2. Розподіл обстежених за Σ_{SASRQ} в групах, виділених за ознаками статі і ставлення до військової служби (А), а також за ознакою виразності реакції на стресову подію (Б)

Аналіз розподілів респондентів різних груп порівняння за показником Σ_{SASRQ} (див. табл. 2, рис. 2) дав змогу дійти таких висновків.

Розподіл усіх респондентів разом за показником Σ_{SASRQ} має виражений ненормальний (критерій Колмогорова — Смирнова $KS-Z = 2,324$, достовірність відмінності від розподілу Гауса $p < 0,001$), асиметричний і полімодальний (щонайменше — бімодальний) характер, перша мода якого (локальний максимум) відповідає діапазону 41—50 балів, а друга (абсолютний максимум) — 81—90 балів (див. рис. 2).

Розподіли за показником Σ_{SASRQ} у військовослужбовців (особи обох статей з переважанням чоловіків) і у цивільних чоловіків також виявились ненормальними ($KS-Z = 1,467$, $p = 0,027$ та $KS-Z = 1,851$, $p = 0,002$ відповідно), а у цивільних жінок — близьким до нормального ($KS-Z = 0,992$, $p = 0,279$), однак достовірність цієї близькості була невисокою. До сказаного слід додати, що загалом форми розподілів окремих розглянутих груп були дуже подібними до форми розподілу всіх респондентів разом (коефіцієнти кореляції Спірмена: $r_{xy} = 0,86$; $r_{xy} = 0,99$ і $r_{xy} = 0,91$ відповідно) з розташуванням основних мод у вже описаних вище діапазонах (див. рис. 2А).

Відомо, що наявність двох або більше мод у варіаційному ряді вказує на неоднорідність групи, тобто на наявність кількох підгруп або кластерів з різними характеристиками всередині вибірки [10]. Це означає, що такі дані не підпорядковуються одному загальному розподілу, а скоріше складаються з кількох окремих підгруп, кожна з яких має свою власну «моду» (найбільш часте значення).

Дійсно, використання раніше виокремлених груп з різною виразністю реакції на СП («Без ГРС», «ГРС» та «ГРС») дало змогу здійснити коректну декомпозицію полімодального розподілу всіх респондентів разом на три відповідних мономодальних розподіли (див. рис. 2Б). Зокрема, асиметричний розподіл групи «Без ГРС» очікувано мав єдину моду в діапазоні з нульовим значенням Σ_{SASRQ} , а розподіли груп «ГРС» та «ГРС» мали свої єдині моди в діапазонах

41—50 балів і 91—100 балів відповідно, що або збігається, або є дуже близьким до положення мод описаного вище полімодального розподілу всіх респондентів разом (див. рис. 2Б). До сказаного слід додати, що і розподіл груп «ГРС», і розподіл груп «ГРС» виявились нормальними ($KS-Z = 1,282$, $p = 0,075$ та $KS-Z = 0,951$, $p = 0,327$ відповідно), що зайвий раз свідчить про однорідність відповідних груп.

Ці спостереження дають змогу дійти висновку про те, що критерії DSM-5 для діагнозу ГРС хоч і є прикладом конвенціоналізму, проте коректно віддзеркалюють істотні відмінності реагування обстежених осіб на СП. З огляду на це, ГРС і ГРС слід розглядати не просто як різні, довільно виокремлені градації одного континууму виразності постстресової симптоматики, а як якісно відмінні стани, що має знайти адекватне відображення в чинних класифікаціях психічних та поведінкових розладів.

Накопичений масив даних дав змогу нам впевнено визначити нижню межу ГРС на шкалі показника Σ_{SASRQ} (див. рис. 2Б). В результаті аналізу відповідних розподілів з кроком в один бал встановлено, що при $\Sigma_{\text{SASRQ}} < 49$ балів з достовірністю не гірше ніж $p = 0,003$ (ДК = -24,72; МІ = 6,29) [9] можна зробити висновок про відсутність ГРС і, відповідно, кваліфікувати стан обстеженого як ГРС, або як відсутність будь-якої клінічно значущої реакції на СП. Що стосується діапазону 49 балів $\leq \Sigma_{\text{SASRQ}} \leq 150$ балів, то в усіх його частинах є респонденти обох груп (і ГРС, і ГРС). Тому провести статистично достовірне диференціювання цих станів при $\Sigma_{\text{SASRQ}} \geq 49$ балів за показником Σ_{SASRQ} неможливо, і для точної диференціальної діагностики все одно слід використовувати всю сукупність критеріїв DSM-5 [5].

Як вже було сказано вище, опитувальник SASRQ дає змогу оцінити не тільки загальну виразність реакції респондента на СП (показник Σ_{SASRQ}), а і окремі її складові (прояви дисоціації, повторного переживання травми, уникнення, гіперзбудження, порушення соціального функціонування), а також взаємозв'язки між ними (табл. 3, 4; рис. 3, 4).

Таблиця 3. Діагональні матриці коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена між показниками сили стресової події, тривалістю її наслідків і субшкалами SASRQ, а також Σ_{SASRQ} у цілому

Показники	Сила СП	Трива- лість наслідків СП	Субшкали					Σ _{SASRQ}
			дисоціа- тивна	повторно- го пере- живання травми	уникнення	гіперзбу- дження	порушення соціального функціону- вання	
Чоловіки								
Сила стресової події	—							
Тривалість наслідків стресової події	0,48	—						
Субшкала дисоціативна	0,38	0,44	—					
Субшкала повторного переживання травми	0,47	0,46	0,81	—				
Субшкала уникнення	0,41	0,42	0,72	0,81	—			
Субшкала гіперзбудження	0,49	0,50	0,77	0,82	0,74	—		
Субшкала порушення соціального функціонування	0,38	0,46	0,77	0,76	0,73	0,80	—	
Σ _{SASRQ}	0,47	0,50	0,93	0,93	0,88	0,90	0,86	—

Показники	Сила СП	Трива- лість наслідків СП	Субшкали					Σ_{SASRQ}
			дисоціа- тивна	повторно- го пере- живання травми	уникнення	гіперзбу- дження	порушення соціально- го функціо- нування	
Жінки								
Сила стресової події	—							
Тривалість наслідків стресової події	0,39	—						
Субшкала дисоціативна	0,23	0,43	—					
Субшкала повторного переживання травми	0,36	0,52	0,74	—				
Субшкала уникнення	0,34	0,39	0,62	0,77	—			
Субшкала гіперзбудження	0,45	0,53	0,69	0,81	0,72	—		
Субшкала порушення соціального функціонування	0,31	0,47	0,71	0,75	0,62	0,75	—	
Σ_{SASRQ}	0,37	0,52	0,89	0,92	0,85	0,89	0,83	—
Особи обох статей								
Сила стресової події	—							
Тривалість наслідків стресової події	0,45	—						
Субшкала дисоціативна	0,35	0,44	—					
Субшкала повторного переживання травми	0,44	0,49	0,79	—				
Субшкала уникнення	0,40	0,41	0,69	0,80	—			
Субшкала гіперзбудження	0,48	0,52	0,75	0,82	0,73	—		
Субшкала порушення соціального функціонування	0,36	0,47	0,75	0,76	0,70	0,78	—	
Σ_{SASRQ}	0,45	0,51	0,92	0,93	0,87	0,90	0,85	—
Мінімальне значення ($r_{xy \min}$)	0,2254		0,6190					
Максимальне значення ($r_{xy \max}$)	0,5327		0,9318					
Середнє арифметичне значення ($r_{xy \text{ average}}$)	0,4341		0,7956					

Примітка. Інтенсивність зафарблення пропорційна силі кореляційного зв'язку

Як бачимо (див. табл. 3), і у чоловіків, і у жінок окремі складові реакції на СП, а також показник Σ_{SASRQ} в цілому мають прямі, але помірно міцні кореляційні зв'язки з силою СП та з тривалістю її наслідків ($0,23 \leq r_{xy} \leq 0,53$), що зайвий раз свідчить про широку варіабельність відповіді респондентів на стресові події.

На відміну від цього, окремі складові реакції на СП дуже міцно пов'язані між собою, а також з показником Σ_{SASRQ} ($0,62 \leq r_{xy} \leq 0,93$), що свідчить про високий рівень інтеграції всіх згаданих складових (див. табл. 3). Останній висновок добре ілюструють результати регресійного аналізу. Помітно (рис. 3), що всі складові реакції на СП пропорційно зростають разом зі збільшенням показника Σ_{SASRQ} . Однак характер цього зростання у окремих складових дещо відрізняється.

Наприклад, зростання оцінок за дисоціативною субшкалою зі збільшенням показника Σ_{SASRQ} прискорюється (рис. 3А); зростання оцінок за субшкалами повторного переживання травми, уникнення та порушення соціального функціонування в усьому діапазоні значень показника Σ_{SASRQ} відбувається у незмінному темпі (рис. 3Б, 3В і 3Д); а зростання оцінок за субшкалою гіперзбудження, навпаки, уповільнюється (рис. 3Г).

Той факт, що дві регресійні залежності з п'яти проаналізованих вище мають нелінійний характер, закономірно призвів до відмінностей у внутрішній структурі реакції на СП між респондентами з різним рівнем її виразності (табл. 4; рис. 4).

У респондентів з групи ГСР (проти респондентів із групи ГРС) внесок дисоціативної симптоматики в Σ_{SASRQ} був більшим на 59,49 % ($28,07 \pm 0,21$ % проти $17,60 \pm 0,42$ % при $p < 0,001$), а симптоматики гіперзбудження, навпаки, на 27,84 % меншим ($23,07 \pm 0,14$ % проти $31,97 \pm 0,50$ % при $p < 0,001$), тоді як відповідний внесок інших складових реакції на стресову подію був практично однаковим в обох групах.

Така різниця у структурі симптоматики є додатковим аргументом на користь вже висловленої вище думки про те, що ГРС і ГСР — не просто різні градації в континуумі реагування обстежених на СП, а якісно відмінні стани. До сказаного слід додати, що інші розглянуті фактори (стать і ставлення до військової служби) практично не впливали на структуру посттравматичної симптоматики (відмінності у внесках, про які йдеться, в загальну оцінку Σ_{SASRQ} між відповідними групами порівняння не перевищували 12 %) (див. табл. 4; рис. 4).

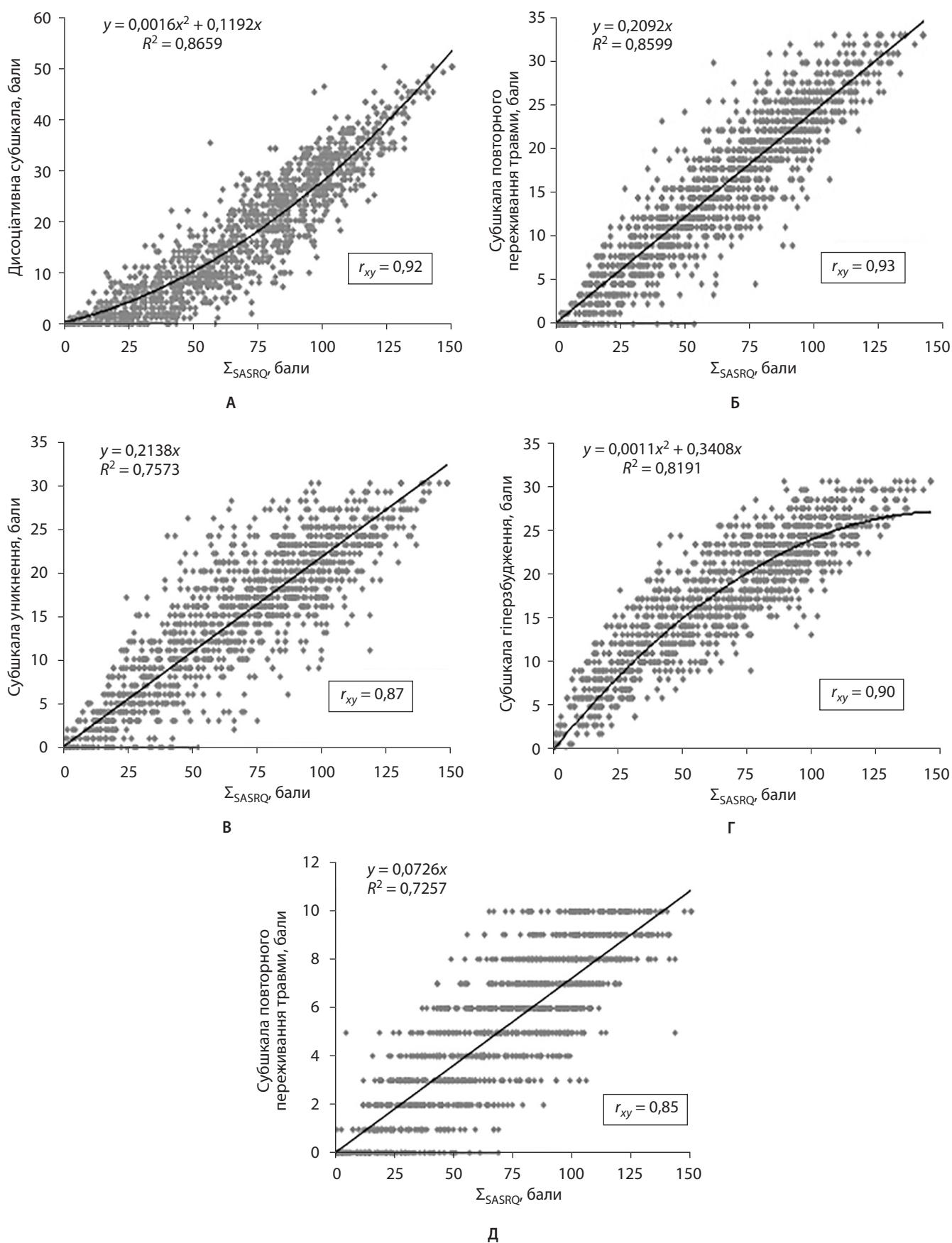
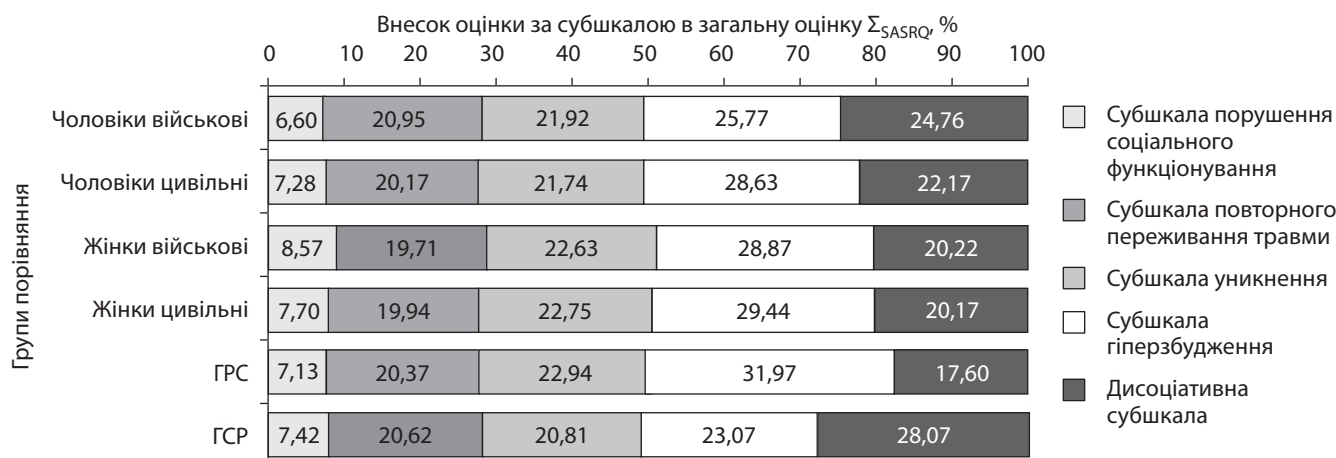


Рис. 3. Регресійні залежності оцінок за дисоціативною субшкалою (А), за субшкалою повторного переживання травми (Б), за субшкалою уникнення (В), за субшкалою гіперзбудження (Г) і за субшкалою порушення соціального функціонування (Д) від Σ_{SASRQ} у цілому

Таблиця 4. Середні значення оцінок за субшкалами SASRQ і їхній внесок в Σ SASRQ у цивільних і військових обстежених різної статі

Субшкали SASRQ	Чоловіки			Жінки			ГРС, <i>n</i> = 636	ГСП, <i>n</i> = 580	<i>p</i>				
	військові (ЧВ), <i>n</i> = 226	цивільні (ЧЦ), <i>n</i> = 803	разом (Ч), <i>n</i> = 1029	військові (ЖВ), <i>n</i> = 5	цивільні (ЖЦ), <i>n</i> = 326	разом (Ж), <i>n</i> = 331			ЧВ — ЧЦ	ЖВ — ЖЦ	ЧВ — ЖВ	ЧЦ — ЖЦ	ГРС — ГСП
Середні значення оцінок за субшкалами SASRQ, бали													
дисоціативна	20,00 ± 0,81	17,01 ± 0,44	17,67 ± 0,39	9,18 ± 5,46	14,25 ± 0,66	14,20 ± 0,65	10,04 ± 0,34	27,36 ± 0,34	0,001	0,281	0,052	< 0,001	< 0,001
повторного переживан- ня травми	15,72 ± 0,52	14,03 ± 0,28	14,40 ± 0,25	8,95 ± 2,88	12,66 ± 0,44	12,62 ± 0,44	10,74 ± 0,25	19,95 ± 0,21	0,002	0,185	0,026	0,005	< 0,001
уникнення	15,86 ± 0,49	14,62 ± 0,29	14,89 ± 0,25	10,27 ± 3,06	13,62 ± 0,45	13,56 ± 0,45	11,89 ± 0,28	20,00 ± 0,21	0,015	0,090	0,019	0,031	< 0,001
гіперзбудження	17,31 ± 0,45	17,00 ± 0,26	17,07 ± 0,22	13,11 ± 3,70	16,05 ± 0,42	15,98 ± 0,42	14,58 ± 0,23	22,02 ± 0,17	0,275	0,120	0,063	0,027	< 0,001
порушення соціального функціонування	4,92 ± 0,18	4,94 ± 0,10	4,94 ± 0,09	3,89 ± 1,44	4,72 ± 0,17	4,70 ± 0,16	3,67 ± 0,10	7,09 ± 0,08	0,460	0,184	0,147	0,133	< 0,001
Σ _{SASRQ}	73,81 ± 2,21	67,61 ± 1,25	68,97 ± 1,09	45,40 ± 15,36	61,30 ± 1,88	61,06 ± 1,87	50,92 ± 0,98	96,42 ± 0,78	0,007	0,156	0,034	0,003	< 0,001
Внесок оцінок за субшкалами в Σ _{SASRQ} %													
дисоціативна	24,76 ± 0,60	22,17 ± 0,37	22,75 ± 0,32	20,22 ± 4,83	20,17 ± 0,63	20,17 ± 0,62	17,60 ± 0,42	28,07 ± 0,21	< 0,001	0,496	0,176	0,003	< 0,001
повторного переживан- ня травми	20,95 ± 0,38	20,17 ± 0,24	20,34 ± 0,20	19,71 ± 4,44	19,94 ± 0,40	20,03 ± 0,40	20,37 ± 0,31	20,62 ± 0,14	0,041	0,099	0,143	0,311	0,229
уникнення	21,92 ± 0,50	21,74 ± 0,33	21,78 ± 0,28	22,63 ± 4,17	22,75 ± 0,56	22,70 ± 0,55	22,94 ± 0,40	20,81 ± 0,16	0,381	0,230	0,293	0,060	< 0,001
гіперзбудження	25,77 ± 0,62	28,63 ± 0,45	27,99 ± 0,37	28,87 ± 1,43	29,44 ± 0,70	29,38 ± 0,69	31,97 ± 0,50	23,07 ± 0,14	< 0,001	0,130	0,175	0,166	< 0,001
порушення соціального функціонування	6,60 ± 0,22	7,28 ± 0,20	7,13 ± 0,17	8,57 ± 2,35	7,70 ± 0,22	7,72 ± 0,22	7,13 ± 0,16	7,42 ± 0,07	0,011	0,357	0,202	0,081	0,053
Σ _{SASRQ}	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00	—	—	—	—	—

Примітки: * — Середні значення подані у форматі «середня арифметична $\pm$ стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$).
 p — достовірність відмінностей між групами порівняння за критерієм « t ». Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділені сірим кольором

Рис. 4. Внесок оцінок за різними субшкалами SASRQ в загальну оцінку Σ SASRQ (за середніми оцінками в групах порівняння)

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків:

1. Встановлено, що повний розподіл усіх обстежених осіб за показником Σ_{SASRQ} є полімодальним, що вказує на неоднорідність дослідженого контингенту за ознакою виразності реагування на стресові події; а також те, що цей розподіл коректно описується сумою трьох мономодальних розподілів, які відповідають однорідним групам обстежених, виокремленим на основі використання діагностичних критеріїв DSM-5 («Без ГПС», «ГПС» та «ГСР»).

2. Виявлено структурні відмінності симптоматики у респондентів з різною виразністю реагування на стресові події, які проявляли себе більшою (на 59,49 % при $p < 0,001$) питомою вагою дисоціативної симптоматики і меншою (на 27,84 % при $p < 0,001$) питомою вагою симптоматики гіперзбудження у респондентів із групи ГСР (проти респондентів із групи ГПС).

3. Можливість коректно описати повний полімодальний розподіл обстежених за показником Σ_{SASRQ} сумою мономодальних розподілів (які відповідають однорідним групам респондентів), а також структурні відмінності симптоматики в цих групах свідчать про те, що ГПС і ГСР — це не просто різні градації в континуумі реагування обстежених на стресові події, а якісно відмінні стани.

(Далі буде)

Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Подяки

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

Фінансування

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

Список літератури

1. Статистика повітряних тривог. <https://air-alarms.in.ua/>
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2019. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F43.0>
3. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f505909942>
4. Чабан О. С. Психічні розлади воєнного часу : монографія / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2023. 232 с.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 — 5th Edition. American Psychiatric Publishing. 947 p. ISBN-13: 978-0890425541.

6. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress / E. Cardeña, C. Koopman, C. Classen [et al.] // Journal of Traumatic Stress. 2000. Vol. 13P. 719—734. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>

7. Результати застосування Стенфордського опитувального щодо гострої реакції на стрес (SASRQ) серед стаціонарних пацієнтів психіатричного, неврологічного та нейрохірургічного профілів в прифронтовому місті / Лінський І. В., Черкасова А. О., Марута Н. О. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 3 (124). С. 29—43. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is3-2025-5>

8. 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.

9. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Москва : Медицина, 1978. 294 с.

10. Раєвнева О. В. Статистика : навчальний посібник / О. В. Раєвнева, І. В. Аксьонова, О. І. Бровко. Харків : ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2019. 389 с.

References

1. Air alarm statistics. <https://air-alarms.in.ua/>. (In Ukrainian).
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F43.0>
3. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#505909942>
4. Chaban OS, Khaustova OO, Omelianovych VYu. Mental disorders of wartime. Kyiv: Publishing house "Medknyga", 2023. 232 p. (In Ukrainian).
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 — 5th Edition, American Psychiatric Publishing, 947 p. ISBN-13: 978-0890425541.
6. Cardeña E, Koopman C, Classen C, Waelde LC, Spiegel D. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. Journal of Traumatic Stress. 2000;13:719-734. <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>
7. Linskiy IV, Cherkasova AO, Maruta NO, Pidkorytov VS, Pisotska OV, Kuzminov VN. et al. Rezultaty zastosuvannya Stenfordskoho opytuvalnyka shchodo hostroi reaktsii na stres (SASRQ) sered statsionarnykh patsientiv psykhiatrychnoho, nevrolo-hichnoho ta neirokhirurhichnoho profiliv v pryfrontovomu misti [Results of Stanford Acute Stress Response Questionnaire application among inpatients of psychiatric, neurological, and neurosurgical profiles in the frontline city]. Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2025. Vol. 33, issue 3 (124). P. 29-43. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is3-2025-5>. (In Ukrainian).
8. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. Statistical methods in medical and biological research using Excel. Kyiv, 2000. 320 p. (In Russian).
9. Gubler EV. Vychislitelnyye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh protsessov [Computational methods for analysis and recognition of pathological processes]. Moscow: Meditsina, 1978. 294 p. (In Russian).
10. Raevnieva O. V., Aksonova I. V., Brovko O. I. Statistics: a textbook. Kharkiv: S. Kuznets KhNEU, 2019. 389 p. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 1.10.2025

Відомості про авторів:

ЧЕРКАСОВА Аlesia Олександрівна, кандидат медичних наук, доцент, лікар-психіатр відділення спеціалізованої допомоги клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги Військово-медичного клінічного центру Північного регіону, докторант кафедри¹

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, директор, завідувач відділу невідкладної психіатрії та наркології²; професор кафедри¹; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з наукової роботи; завідувач відділу пограничної психіатрії²

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії²

ПІСОЦЬКА Олена Володимирівна, кандидат медичних наук, медичний директор²

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології²; асистент кафедри¹

ШЕСТОПАЛОВА Людмила Федорівна, доктор психологічних наук, професор, завідувач відділу медичної наркології²

МІНКО Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної та соціальної наркології²; професор кафедри¹

СОКОЛОВА Ірина Михайлівна, доктор психологічних наук, професор, провідний науковий співробітник відділу медичної психології наркології²

МІЩЕНКО Владислав Миколайович, доктор медичних наук, завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації²; професор кафедри¹

ЧЕРНЕНКО Максим Євгенович, доктор медичних наук, завідувач відділу аутоімунних і дегенеративних захворювань нервової системи — центру розсіяного склерозу²

ВАСИЛОВСЬКИЙ Віталій Вадимович, доктор медичних наук, завідувач клініки відділу аутоімунних і дегенеративних захворювань нервової системи — центру розсіяного склерозу²

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології²

ПОСОХОВ Микола Федорович, кандидат медичних наук, завідувач відділу функціональної нейрохірургії з групою патоморфології²

ЗАВОРОТНИЙ В'ячеслав Іванович, кандидат медичних наук, завідувач клініки відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії²

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії²

ЛАКІНСЬКИЙ Роман Вікторович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології, завідувач клініки відділу пограничної психіатрії²

ФІСЕНКО Анастасія В'ячеславівна, завідувач клініки відділу судинної патології головного мозку та реабілітації²

БАЙДА Роман Миколайович, завідувач відділенням функціональної нейрохірургії та пароксизмальних станів²

МІНКО Олексій Олександрович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології^{1,2}

МАРКОЗОВА Любов Михайлівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології²

ВОЙТЕНКО Ірина Вікторівна, молодший науковий співробітник відділу медичної психології²

¹ — кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології² Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

² — Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

CHERKASOVA Alesya, MD, PhD, Associate Professor, Physician-psychiatrist of specialized care Department of outpatient clinic of Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Competitor for Doctor of Sciences of the Department¹

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director, Head of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"; Professor of the Department¹; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director for Scientific Work; Head of the Department of Borderline Psychiatry²

PIDKORYTOV Valeriy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry²

PISOTSKA Olena, MD, PhD, Medical Director²

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology²; Assistant Professor of the Department¹

SHESTOPALOVA Liudmyla, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of Medical Psychology Department²

MINKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical and Social Narcology²; Professor of the Department¹

SOKOLOVA Iryna, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Leading Researcher of the Department of Medical Psychology²

MISHCHENKO Vladyslav, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Vascular Pathology of the Brain and Rehabilitation²; Professor of the Department¹

CHERNENKO Maksym, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Autoimmune and Degenerative Diseases of the Nervous System — Multiple Sclerosis Center²

VASYLOVSKYI Vitalii, Doctor of Medical Sciences, Head of the Clinic of the Department of Autoimmune and Degenerative Diseases of the Nervous System — Multiple Sclerosis Center²

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology²

POSOKHOV Mykola, MD, PhD, Head of the Department of Functional Neurosurgery with the Pathomorphology Group²

ZAVOROTNIY Vyacheslav, MD, PhD, Head of the Clinic of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry²

YAVDAK Iryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry²

LAKYNSKYI Roman, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology, Head of the Clinic of Department of Borderline Psychiatry²

FYSENKO Anastasia, Head of the Clinic of the Department of Vascular Pathology of the Brain and Rehabilitation²

BAIDA Roman, Head of the Department of Functional Neurosurgery and paroxysmal states²

MINKO Oleksiy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology²

MARKOZOVA Lubov, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology²

VOITENKO Iryna, Junior Researcher of Medical Psychology Department²

¹ — of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

² — of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine