

ISSN 2312-5675 (Print)

ISSN 2411-166X (Online)

Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна

ПСИХІАТРІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ
ПСИХИАТРИЯ, НЕВРОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
PSYCHIATRY, NEUROLOGY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Міжнародний науково-практичний журнал

Випуск 17

Заснований 2014 року

Харків – 2021

EDITOR-IN-CHIEF:

T. S. Mishchenko – MD, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Head of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical psychology, V. N. Karazin Kharkiv National University (Ukraine)

EDITORIAL BOARD:

I.V. Belozorov – MD, Professor, Dean of the School of Medicine, V. N. Karazin Kharkiv National University (Ukraine)

I. V. Bogdanova – MD, Leading Researcher, State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine», Department of autoimmune and degenerative diseases of Nervous system, Center of Multiple sclerosis (Ukraine)

Natan Bornstein – MD, Professor, Professor of Tel Aviv University, Chairman of the Brain Department of the Medical Center "Shaara Zedek" (Israel)

O.P. Venger – MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University (Ukraine)

I.K. Voloshin-Gaponov – MD, Professor of Department Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, V.N. Karazin Kharkiv National University (Ukraine)

B.G. Gafurov – MD, Professor, Head of the Department of Neurology, Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Chairmen of the Neurology Association of Uzbekistan (Uzbekistan)

S. Groppa – PhD, Professor, Head of second Neurology Chair at the State University of Medicine and Pharmacy «Nicolae Testimianu», Academician of ASM (Republic of Moldova)

I. M. Karaban – MD, Professor, Dmitry F. Chebotarev Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine (Ukraine)

V. Caso – MD, Professor, University of Perugia Stroke Unit (Italy)

A.M. Kogzyna – MD, Professor, Academician, Vice-President of the National Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work, Kharkiv National Medical University (Ukraine)

N. V. Lytvynenko – MD, Professor, Professor of the Department Nervous Diseases with Neurosurgery and Medical Genetics, Poltava State Medical University (Ukraine)

DEPUTY EDITOR:

I. B Savitskaya – PhD, Associate Professor, Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical psychology, V. N. Karazin Kharkiv National University (Ukraine)

I.V. Linskiy – MD, Professor, Director of State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine» (Ukraine)

S.A. Likhachev – MD, Professor, Republican Research and Clinical Center of Neurology and Neurosurgery (Belarus)

M.V. Markova – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation (Ukraine)

B. V. Mikhaylov – MD, Professor, Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Ukraine)

A.I. Minko – MD, Professor, Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical psychology, V. N. Karazin Kharkiv National University (Ukraine)

V.M. Mishchenko – MD, Head of Department Vascular pathology and rehabilitation of State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine» (Ukraine)

N. O. Nekrasova – MD, Professor of the Department of Neurology No. 2, Kharkiv National Medical University (Ukraine)

M. V. Savina – MD, Professor of Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, V.N.Karazin Kharkiv National University (Ukraine)

O. S. Chaban – MD, Professor, Head of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Bogomolets National Medical University (Ukraine)

L.F. Shestopalova – MD, Professor, Head of Department of Medical Psychology of State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine» (Ukraine)

S. I. Shkrobot – MD, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Head of the Department of Neurology I. Horbachevsky Ternopil State Medical University (Ukraine)

L. M. Yuryeva – MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Dnipro State Medical University (Ukraine)

Approved for print by the decision of the Academic Council of V. N. Karazin Kharkiv National University (protocol No 7 from 29.06.2021).

All articles have been reviewed.

Certificate of state registration KB № 20696–10496P from 17.04.2014.

The journal is in the list of scientific specialized publications of Ukraine:

– in the field of medical sciences (the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine №409 from 17.03.2020): in the field of specialization 222 Medicine "Neurology", "Psychiatry, Narcology", 225 Medical Psychology;
– in the field of psychological sciences (the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine №627 from 14.05.2020): in the field of specialization 053 Psychology.

The journal is represented in the following scientific periodical databases and search systems:

1. V.I. Vernadsky National Library of Ukraine (http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21IDBN=UJRN&P21IDBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=juu_all&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=PREF=8&S21COLORTERMS=0&S21STR=psynaur);
2. Scientific Periodicals of Karazin University (<https://periodicals.karazin.ua/pnmp>);
3. Index Copernicus (<https://journals.indexcopernicus.com/search/details?id=32128>);
4. DOAJ (https://doaj.org/toc/2411-166X?source=%7B%22query%3A%7B%22filtered%3A%7B%22filter%3A%7B%22bool%3A%7B%22must%3A%5B%7B%22terms%3A%7B%22index.isn.exact%3A%5B%2312-5675%2C%2411-166X%5D%7D%7D%2C%7B%22term%3A%7B%22_type%3A%7D%7D%5D%7D%7D%2C%22query%3A%7B%22match_all%3A%7B%7D%7D%7D%7D%2C%22size%3A100%2C%22_source%3A%7B%7D%7D%7D);
5. Google Scholar (https://scholar.google.com.ua/scholar?as_ylo=2019&q=source:Психіатрія,+source:неврологія+source:та&hl=uk&as_sdt=0,5)

Editorial board address:

V. N. Karazin Kharkiv National University, Svobody Sq., 6, Room 609a, Kharkiv, 61022, Ukraine.

Tel: +38 057 725-58-40; +38 057 705-11-71

<https://periodicals.karazin.ua/pnmp>
Email: i.savitska@karazin.ua (executive editor)
kokpenny54@gmail.com (technical coordinator)

© V. N. Karazin Kharkiv National University, design 2021.

ЗМІСТ

ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ

<i>Лазаренко Ю. М., Вовк В. І., Матвієнко Ж. І., Неяпіна М. М.</i> Порушення психоемоційної сфери у військовослужбовців із зони АТО/ООС.....	8
<i>Гайдабрус А. В.</i> Зв'язок психічного здоров'я під час пандемії Covid-19 та використання соціальних мереж.....	14
<i>Юрценюк О. С.</i> Результати дослідження частоти нових випадків непсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.....	22

НЕВРОЛОГІЯ

<i>Міщенко В. К.</i> Вплив комплексної фізичної реабілітації на відновлення рухового дефіциту у хворих, що перенесли мозковий ішемічний інсульт.....	28
<i>Меркулова О. Ю., Наср С. Сауд</i> Огляд патогенезу, клінічних проявів та особливостей нервово-психічних порушень, викликаних COVID-19.....	34

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<i>Белов О. О.</i> Індивідуально-психологічні та патохарактерологічні особливості хворих на депресивні розлади	44
<i>Марута О. С.</i> Психологічне здоров'я та суб'єктивне сприйняття щастя при психічних розладах.....	51
<i>Савіна М. В., Малаховецька М. О.</i> Вплив рівнів перфекціонізму на формування емоційної дезадаптації.....	61

CONTENT

PSYCHIATRY, NARCOLOGY

<i>Lazarenko Yu., Vovk V., Matviienko Zh., Nelyapina M.</i> Disorders of the psychoemotional sphere of the ATO/JFO military services	8
<i>Haydabrus A.</i> The link between mental health during the Covid-19 pandemic and the use of social media	14
<i>Yurtsenyuk O.</i> Result of study of the frequency of new cases of non-psychotic mental disorders in students of higher education institutions	22

NEUROLOGY

<i>Mishchenko V.</i> Influence of comprehensive physical rehabilitation on the restoration of motor deficiency in patients suffered ischemic stroke. Neurological complications in patients with COVID-19	28
<i>Merkulova O., Nassr S. Said</i> Review of the pathogenesis, clinical manifestations and peculiarities of neuropsychic disorders caused by COVID-19	34

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>Belov O.</i> Individual-psychological and pathocarterological features of patients with depressive disorders	44
<i>Maruta O.</i> Psychological health and subjective perception of happiness in mental disorders	51
<i>Savina M., Malakhovetska M.</i> The influence of the dimensions of perfectionism on the formation of emotional maladjustment	61

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ

<i>Лазаренко Ю. М., Волк В. И., Матвиенко Ж. И., Неляпина М. М.</i> Нарушение психоэмоциональной сферы у военнослужащих из зоны АТО / ООС	8
<i>Гайдабрус А. В.</i> Связь психического здоровья во время пандемии Covid-19 с использованием социальных сетей	14
<i>Юрценюк О. С.</i> Результаты исследования частоты новых случаев непсихотических психических расстройств у студентов высших учебных заведений.....	22

НЕВРОЛОГИЯ

<i>Мищенко В. К.</i> Влияние комплексной физической реабилитации на восстановление двигательного дефицита у больных, перенесших мозговую ишемический инсульт.....	28
<i>Меркулова О. Ю., Насср С. Саид</i> Обзор патогенеза, клинических проявлений и особенностей нервно-психических нарушений, вызванных COVID-19.....	34

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Белов А. А.</i> Индивидуально-психологические и патохарактерологические особенности больных депрессивными расстройствами	44
<i>Марута О. С.</i> Психологическое здоровье и субъективное восприятие счастья при психических расстройствах	51
<i>Савина М. В., Малаховецкая М. А.</i> Влияние уровней перфекционизма на формирование эмоциональной дезапатации	61

DOI: [10.26565/2312-5675-2021-17-01](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-01)

УДК 616.89-008: 001.891: 355.4(477)АТО/ООС

ПОРУШЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ЗОНИ АТО/ООС

Ю. М. Лазаренко, В. І. Вовк, Ж. І. Матвієнко, М. М. Неляпіна

**Лазаренко
Юрій Миколайович**

Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, вул. Культури, 5, 61058,
м. Харків, Україна
laz321@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-3796-7058

**Вовк
Вікторія Ігорівна**

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6,
61022, м. Харків, Україна
v.i.vovk@ukr.net
ORCID ID: 0000-0002-9547-8968

**Матвієнко
Жанна Ігорівна**

Броварська центральна районна лікарня, вул. Тараса Шевченка, 14, 07401, Київська
обл., м. Бровари, Україна
ua380963008950@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-1780-5222

**Неляпіна
Марія Михайлівна***

neliapina1999@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-5984-074X

В даній статті відображено дані власного дослідження, що стосуються стану психоемоційних порушень у військовослужбовців із зони АТО/ООС. Відомо, що на стан психічного здоров'я впливають різноманітні зовнішні чинники, як соціально-економічні, так і фізичні, психотравмуючі, екологічні, тощо. Професійна діяльність військовослужбовців із зони АТО/ООС здійснюється в екстремальних умовах, пов'язаних з психофізичним перевантаженням, підвищеним рівнем відповідальності та ін. Тож психоемоційний стан зазначеного контингенту потребує значної уваги та корекції. Метою даного дослідження стало дослідити психоемоційний стан у військовослужбовців з зони АТО/ООС. У дослідженні прийняло участь 66 учасників бойових дій з зони АТО/ООС (31 чоловіків та 35 жінок) з ознаками розладів адаптації, що знаходились в клініці неврологічних хвороб, психіатрії та наркології Військово-медичного клінічного центру Північного регіону, м. Харків. Контрольну групу склали 29 осіб (14 чоловіків та 15 жінок), котрі не брали участі у бойових діях та також мали ознаки розладів адаптації. За допомогою клініко-анамнестичного методу було визначено в основній групі 32 особи з пролонгованою депресивною реакцією, що обумовлена розладом адаптації (F43.21 за МКХ-10) та 34 особи зі змішаною тривожною та депресивною реакцією (F43.22), в контрольній групі 15 осіб мали F43.21 та 14 досліджуваних – F43.22. За допомогою психодіагностичної методики «Шкала Цунга для самооцінки депресії» (адаптація Т. І. Балашової, 2003р.) було виявлено наявність субдепресивного стану у 12,1±1,9% (чоловіки 4,5±1,2%, жінки 7,6±1,5%) та важкої депресії у 87,9±1,9% (чоловіки 42,4±2,8%, жінки 45,5±2,9%) обстежених учасників бойових дій. В контрольній групі було виявлено стан без депресії у 79,3±5,2% осіб (37,9±6,3% чоловіків, 41,4±6,4% жінок), та легка депресія (10,3±4,1% чоловіків та 10,3±4,1% жінок, усього 20,6±5,2% осіб). Зроблено висновок про необхідність враховувати отримані дані при розробці алгоритму психокорекційних заходів у зазначеного контингенту пацієнтів.

Ключові слова: військовослужбовці АТО/ООС, психоемоційний стан, депресивні розлади, розлади адаптації.

Як цитувати: Лазаренко Ю. М., Вовк В. І., Матвієнко Ж. І., Неляпіна М. М. Порушення психоемоційної сфери у військовослужбовців із зони АТО ООС // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. – №17. – С. 8–13. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-01>

In cites: Lazarenko Yu., Vovk V., Matviienko Zh., Nelyapina M. Disorders of the psychoemotional sphere of the ATO/JFO military services. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021. No. 17, pp. 8–13. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-01>

Актуальність.

Численні зовнішні фактори (соціально-економічні, екологічні, фізичні, психотравмуючі, токсичні та інші) безперервно впливають на стан психічного здоров'я, змінюючи його. Кожна людина має строго індивідуальну межу опору, по досягненню якої психоемоційні перенапруження, перевтоми або порушення функцій організму є чинниками зривів психічної діяльності [1]. Професійній діяльності військовослужбовців в зоні АТО/ООС притаманне здійснення в умовах, що є особливими та екстремальними, зумовлені специфічною обстановкою, психофізичним перевантаженням, підвищеним рівнем відповідальності за власні дії, відсутнім повноцінним відпочинком, тощо [2].

Психічно здоровими вважаються військовослужбовці розумово розвинені, достатньо внутрішньо урівноважені, здатні до засвоєння навчальної програми, перебування в організованих військових колективах та перенесення підвищених психічних та фізичних навантажень без наслідків для власного здоров'я [3]. Ознаки психічного здоров'я військовослужбовців виділяються в наступних показниках:

– психічних процесах як здатності військовослужбовців динамічно відображати дійсність у різній формі психічного явища;

– психічних станах як проявах тимчасового цілісного явища в психіці військовослужбовців, що мають вплив на перебіг його психічних процесів, властивості та поведінку;

– психічних властивостях як проявах стійкого психічного явища, що має істотний вплив на діяльність та поведінку військовослужбовців;

– саморегуляції як плануванні військовослужбовцем власних дій та поведінки у відповідності до мети та завдань професійної діяльності та особистісного життя;

– шкідливих звичок як поведінкових елементів, що спричиняють шкоду психічному здоров'ю військовослужбовців, здійснення яких необхідно [4].

Як відомо, участь у бойових діях, як активна (у складі військових формувань), так і пасивна (цивільні особи, що перебувають у зоні конфлікту), є серйозним стресом. Згідно із результатами досліджень, ризик розвитку депресивних порушень у таких осіб значно вищий, ніж у загальній популяції [5, 6].

Мета дослідження: дослідити психоемоційний стан у військовослужбовців з зони АТО/ООС.

Матеріали та методи.

Дослідження було проведено на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону в клініці неврологічних хвороб, психіатрії та наркології

(м. Харків). В дослідження увійшли 66 учасників бойових дій з зони АТО/ООС віком 25–45 років, що мали ознаки розладів адаптації, котрі склали основну дослідну групу. Також ми дослідили 29 осіб контрольної групи, які не брали участі у бойових діях та також мали ознаки розладів адаптації.

Згідно з критеріями МКХ-10 до клінічної групи було включено тих:

1. У кого розлад виник в період адаптації до стресової події.

2. З наявним симптомокомплексом: депресивний настрій, тривога, занепокоєння; нездатність впоратися з ситуацією чи пристосуватися до неї; зниженням соціальної активності в повсякденних справах; схильність до драматичної поведінки, наявність спалахів агресії та негативізму, тощо.

3. У кого розлад виник в період до трьох місяців від початку дії психотравмуючої ситуації.

Особи клінічної групи відзначалися наявністю тривожних та депресивних синдромів з проявою мотиваційного розладу та вегетативних дисфункцій. Частіш усього дані особи скаржилися на наступне:

а) тривожний синдром у вигляді тривожного настрою, впевненість, що нездатний до впорання з життєвими проблемами; занепад повсякденних функціональних активностей; страхи та застереження; відчуття загрози, підвищена напруга; схильність до дратівливості, плаксивості, поганих передчуттів, опасіння передбачування неприємностей;

б) депресивний синдром у вигляді депресивного настрою, заниженого фону настрою до туги, зникнення звичайних інтересів, побажань, потягу; а також наявність песимістичних думок, звинувачень усіх в не впливанні на події; значність розумового та фізичного виснаження, погіршення концентрації уваги та пам'яті, зниження інтересів; неможливість початку якоїсь справи та «зібрання з думками»; вольові зусилля для повсякденної активності; утруднення ухвалення рішень та втілення їх у життя; іноді прояви дратівливості, іпохондричності, фобичності;

в) прояви мотивації у вигляді значної втоми та слабкості, порушення харчової поведінки у вигляді відсутності або збільшення апетиту, порушений сон у вигляді труднощів засинання, поверхневого сну, частих пробуджень, страхітливих сновидінь, знижена професійна діяльність та ін.;

г) синдром вегетативної дисфункції у проявах постійного відчуття жару або холоду, у тремтінні, тахікардії, нудоті, абдомінальному болі, невизначених внутрішніх болях, діареї або запору, нейроендокринних порушень.

Таблиця 1

Групи обстежених учасників бойових дій основної групи та осіб контрольної групи за статтю
(абс., $P \pm m_p, t$ (%))

№з/п	Групи	Основна група	
		Абс	$P \pm m_p, t$ (%)
1	Чоловіки	31	10,39±0,13
2	Жінки	35	10,25±1,60
3	у цілому	66	10,32±0,09
Контрольна група			
1	Чоловіки	14	5,2±0,32
2	Жінки	15	5,10±0,28
3	у цілому	29	5,10±0,21

Таблиця 2

Розподіл обстежених за діагностичними рубриками МКХ-10

Шифр за МКХ-10	Основна група (n = 66)		Контрольна група (n = 29)	
	Абс	$P \pm m_p, t$ (%)	Абс	$P \pm m_p, t$ (%)
F 43.21	32	48,48 ± 4,35	15	51,72 ± 4,73
F 43.22	34	51,51 ± 4,50	14	48,27 ± 4,88

Таблиця 3

Рівень депресії у учасників бойових дій за результатами тестування ($\%$, $P \pm m_p$)

Групи		Рівень депресії							
		стан без депресії		субдепресивний стан		виражена депресія		у цілому	
		Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$
I гр	чоловіки	-	-	3	4,5±1,2	28	42,4±2,8	31	47,0±2,9
	жінки	-	-	5	7,6±1,5	30	45,5±2,9	35	53,0±2,9
	у цілому	-	-	8	12,1±1,9	58	87,9±1,9	66	100,0±0,0
II гр	чоловіки	11	37,9±6,3	3	10,3±4,1	-	-	14	48,3±6,5
	жінки	12	41,4±6,4	3	10,3±4,1	-	-	15	51,7±6,5
	у цілому	23	79,3±5,2	6	20,6±5,2	-	-	29	100,0±0,0

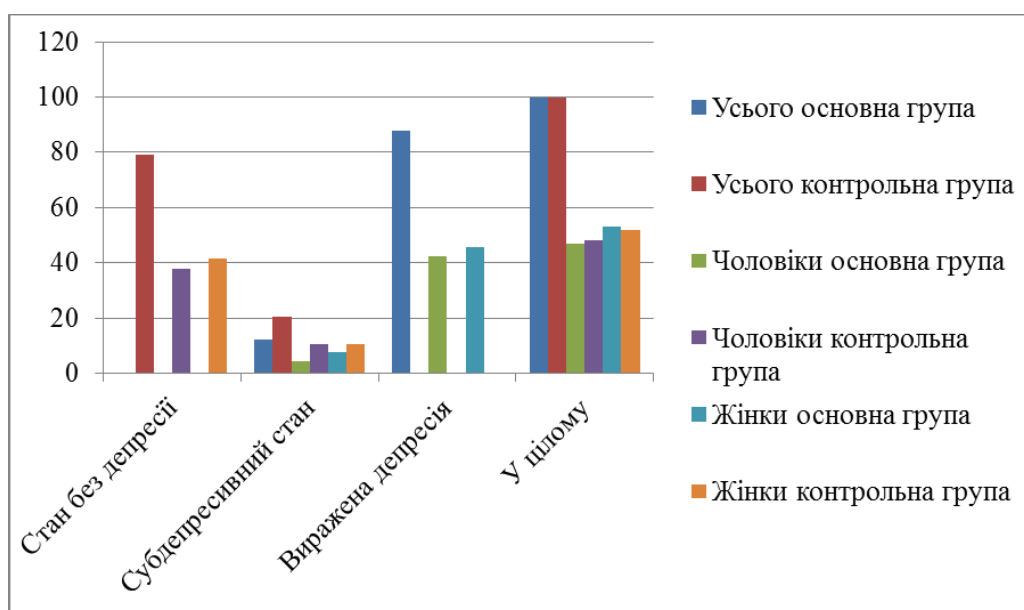


Рис. 1. Графічне зображення рівню депресії у порівнюваних групах

Розподіл обстежених осіб за статтю наведений у табл. 1.

Клініко-анамнестичний збір даних обстежених проводився згідно традиційних схем, принципів і методик, які застосовуються в сучасній психіатрії. Дослідження ступеня депресії відбувалося за «Шкалою Цунга для самооцінки депресії» (адаптація Т. І. Балашової).

Дослідження депресивних проявів за допомогою використання «Шкали Цунга для самооцінки депресії» (адаптація Т. І. Балашової, 2003) – один з найбільш вживаних методів діагностування депресивних станів у психіатричній практиці. Отримані нами дані за кількістю отриманих балів були інтерпретовані наступним чином (згідно з авторськими пропозиціями): отримано від 0 до 50 балів – бездепресивний стан; від 50 до 59 балів – легка депресія ситуативного (невротичного) ґенезу; а при кількості набраних балів від 60 до 69 – наявність субдепресивного стану (наявність маскованої депресії); якщо ж набрано більше за 70 балів – діагностується дійсний депресивний стан.

Результати та їх обговорення.

Серед контингенту основної групи відзначалося 32 людини, котрі мали діагноз пролонгованої депресивної реакції, що обумовлена розладом адаптації (F43.21) та 34 людини з діагнозом змішаної тривожної та депресивної реакції (F43.22).

Серед осіб контрольної групи 15 осіб мали діагноз пролонгованої депресивної реакції, що обумовлена розладом адаптації (F43.21) та 14 осіб – діагноз змішаної тривожної та депресивної реакції (F43.22). Наведені дані представлені у табл. 2.

Відповідно до критеріїв МКХ-10, до рубрики F43.21 ми включали осіб з пролонгованою депресивною реакцією, обумовленою розладом адаптації (тих, що мали прояви легкого депресивного стану у відповідь на тривалий вплив стресової ситуації, але триваючого не більш ніж 2 роки), а до рубрики F43.22 включали осіб зі зміша-

ною тривожною і депресивною реакцією, обумовленою розладом адаптації (були наявні чітко виражені тривожні та депресивні прояви у вигляді рухового неспокою, м'язової скутості, вегетативної гіперактивності тощо).

Проаналізувавши в цілому рівні депресії серед обстежених за «Шкалою Цунга для самооцінки депресії», ми можемо констатувати, що в основній групі усі обстежені виявляли наявність депресивних симптомів: субдепресивний стан у 8 учасників бойових дій (чоловіки 3 особи – 4,5±1,2%, жінки 5 осіб – 7,6±1,5%, в цілому 8 осіб – 12,1±1,9%) та виражена депресія у 58 учасників бойових дій (чоловіки 28 осіб – 42,4±2,8%, жінки 30 осіб – 45,5±2,9%, в цілому 58 осіб – 87,9±1,9%).

Результати дослідження депресивних проявів учасників бойових дій представлені в табл. 3.

Графічне зображення рівню депресії у учасників бойових дій та у контрольній групі представлено на рис. 1.

Як видно з рисунку 1, в контрольній групі спостерігалася інша картина, ніж в основній групі досліджуваних: виражена депресія не виявлялася зовсім, стан без депресії виявлявся у 11 чоловіків (37,9±6,3%), 12 жінок (41,4±6,4%), в цілому у 23 осіб (79,3±5,2%). Субдепресивний стан було виявлено у 3 чоловіків та у 3 жінок (по 10,3±4,1%), усього 6 осіб (20,6±5,2%).

Висновки.

Таким чином, проведене дослідження дозволило встановити наявність субдепресивного стану у 12,1±1,9% (чоловіки 4,5±1,2%, жінки 7,6±1,5%) та важкої депресії у 87,9±1,9% (чоловіки 42,4±2,8%, жінки 45,5±2,9%) обстежених учасників бойових дій. В контрольній групі було виявлено стан без депресії (у 37,9±6,3% чоловіків, 41,4±6,4% жінок, в цілому у 79,3±5,2% осіб), та легка депресія (10,3±4,1% чоловіків та 10,3±4,1% жінок, усього 20,6±5,2% осіб). Отримані дані необхідно враховувати при розробці алгоритму психокорекційних заходів у зазначеного контингенту пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грилюк С. Досвід організації психологічного забезпечення на початку антитерористичної операції // Грилюк С. // Вісник Національного Університету оборони України. – 2019. – №1(51). – С. 11-16.

<https://www.doi.org/10.33099/2617-6858-2019-51-1-11-16>

2. Associations of warzone veteran mental health with partner mental health and family functioning: Family Foundations Study / Franz Molly R., Kaiser, Anica Pless, Phillips, Rebecca J. [та ін.]. // Depression and Anxiety. – 2020. – No11. – С. 1091–4269.

<https://www.doi.org/10.1002/da.23083>

3. Гайдабрус А. Динаміка змін структури психічних захворювань серед військовослужбовців які лікувались у стаціонарі психіатричного відділення військово-медичного клінічного центру Північного регіону // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2020. – № 15. – С.8-14.

<https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-15-01>

4. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У двох томах / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. Т. 1. 579 с.

5. Омелянович В. Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2019. – Т. 4, № 1.

<https://doi.org/10.26766/PMGPV4I1.183>

6. Марута Н. А., Заворотный В. И. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 3 (96). – С. 33-38.

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

REFERENCES

1. Hryliuk S. Experience in organizing psychological support at the beginning of an anti-terrorist operation. Bulletin of the National University of Defense of Ukraine. 2019. Vol. 51, no. 1, pp. 11-16. [in Ukr.]
<https://www.doi.org/10.33099/2617-6858-2019-51-1-11-16>
2. Franz, Molly R., Kaiser, Anica Pless, Phillips, Rebecca J., Lee, Lewina O., et al. Associations of warzone veteran mental health with partner mental health and family functioning: Family Foundations Study. Depression and Anxiety. 2020. Vol. 37, no. 11, pp. 1091-4269.
<https://www.doi.org/10.1002/da.23083>
3. HaydabrusA. Dynamics of changes in the structure of mental illness among servicemen treated in the psychiatric ward of the military medical clinical center of the Northern region. Psihiatriya, nevrologiya ta medichna psihologiya. 2020. No.15, pp. 8-14. [in Ukr.]
<https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-15-01>
4. Ohorona psihichnogo zdorov'ya v umovah vijni [Mental Health in war]. U dvoh tomah / per. z angl. Tetyana Semigina, Irina Pavlenko, Yevgeniya Ovsyannikova [et al.]. Kiiv : Nash format, 2017. T. 1. 579 s. [in Ukr.]
5. Omelyanovich V. YU. Social and family aspects of the diagnosis of "post-traumatic stress disorder" in servicemen after returning from the war zone. Psihosomatichna medicina ta zagal'na praktika. 2019. T. 4, No 1. [in Ukr.]
<https://doi.org/10.26766/PMGP.V4I1.183>
6. Maruta N. A., Zavorotnyj V. I. Rehabilitation principles for military personnel with different types of post-traumatic stress disorder. Ukraïns'kij visnik psihonevrologii. 2018. T. 26, vip. 3 (96). S. 33-38. [in Russ.]
<https://doi.org/10.36927/2079-0325>

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ИЗ ЗОНЫ АТО/ООС

**Лазаренко
Юрий Николаевич**

Военно-медицинский клинический центр Северного региона, ул. Культуры, 5,
61058, г. Харьков, Украина
laz321@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-3796-7058

**Вовк
Виктория Игоревна**

*Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, площадь
Свободы, 6, 61022, г. Харьков, Украина
v.i.vovk@ukr.net
ORCID ID: 0000-0002-9547-8968

**Матвиенко
Жанна Игоревна**

Броварська центральна районна лікарня, ул. Тараса Шевченко, 14,
07401, Киевская обл., г. Бровары, Украина
ua380963008950@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-1780-5222

**Неляпина
Мария Михайловна***

neliapina1999@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-5984-074X

В данной статье отражены результаты собственного исследования, касающиеся состояния психоэмоциональных нарушений у военнослужащих из зоны АТО/ООС. Известно, что на состояние психического здоровья влияют различные внешние факторы, как социально-экономические, так и физические, психотравмирующие, экологические и т.д. Профессиональная деятельность военнослужащих зоны АТО/ООС осуществляется в экстремальных условиях, связанных с психофизическими перегрузками, повышенным уровнем ответственности и др. Поэтому психоэмоциональное состояние указанного контингента требует значительного внимания и коррекции. Целью данного исследования было изучить психоэмоциональное состояние у военнослужащих зоны АТО/ООС. В исследовании приняло участие 66 участников боевых действий из зоны АТО/ООС (31 мужчин и 35 женщин) с признаками расстройств адаптации, которые находились в клинике неврологических болезней, психиатрии и наркологии Военно-медицинского клинического центра Северного региона, г. Харьков. Контрольную группу составили 29 человек (14 мужчин и 15 женщин), которые не принимали участия в боевых действиях и также имели признаки расстройств адаптации. С помощью клинико-анамнестического метода в основной группе было выявлено 32 человека с пролонгированной депрессивной реакцией, обусловленной расстройством адаптации (F43.21 по МКБ-10) и 34 человека со смешанной тревожной и депрессивной реакцией (F43.22), в контрольной группе 15 человек имели F43.21 и 14 обследованных – F43.22. С помощью психодиагностической методики «Шкала Цунга для самооценки депрессии» (адаптация Т. И. Балашовой, 2003г.) было выявлено наличие субдепрессивного состояния у 12,1±1,9% (мужчины 4,5±1,2%, женщины 7,6±1,5%) и тяжелой депрессии у 87,9±1,9% (мужчины 42,4±2,8%, жен-

щины $45,5 \pm 2,9\%$ обследованных участников боевых действий. В контрольной группе было выявлено состояние без депрессии у $79,3 \pm 5,2\%$ лиц ($37,9 \pm 6,3\%$ мужчин, $41,4 \pm 6,4\%$ женщин), и явления легкой депрессии ($10,3 \pm 4,1\%$ мужчин и $10,3 \pm 4,1\%$ женщин, всего $20,6 \pm 5,2\%$ человек). Сделан вывод о необходимости учитывать полученные данные при разработке алгоритма психокоррекционных мероприятий у данного контингента пациентов.

Ключевые слова: *военнослужащие АТО/ООС, психоэмоциональное состояние, депрессивные расстройства, расстройства адаптации.*

DISORDERS OF THE PSYCHOEMOTIONAL SPHERE OF THE ATO/JFO MILITARY SERVICES

- Yuriy M. Lazarenko** Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Kultury st., 5, 61058, Kharkiv, Ukraine
laz321@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-3796-7058
- Victoriya I. Vovk** *V. N. Karazin Kharkiv National University; Svobody Square, 6, 61022, Kharkiv, Ukraine
v.i.vovk@ukr.net
ORCID ID: 0000-0002-9547-8968
- Zhanna I. Matviienko** Brovary Central District Hospital, Taras Shevchenko st., 14, 07401, Kyiv region, Brovary, Ukraine
ua380963008950@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-1780-5222
- Maria M. Nelyapina*** neliapina1999@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-5984-074X
-

In this article, we have presented the results of our own research concerning the state of psychoemotional disorders in the military personnel of the ATO/JFO. It is known that the state of mental health is influenced by various external factors, both socio-economic and physical, traumatic, environmental, etc. The professional activity of the ATO/JFO military personnel is carried out in extreme conditions associated with psychophysical overload, an increased level of responsibility, etc. Therefore, the psychoemotional state of this contingent requires significant attention and correction. The aim of this study was to study the psychoemotional state of the ATO/JFO military personnel. The study involved 66 ATO/JFO combatants (31 men and 35 women) with signs of adjustment disorders who were in Clinic of Neurology, Psychiatry and Narcology of Military Medical Clinical Centre of the Northern region (Kharkov, Ukraine). The control group consisted of 29 people (14 men and 15 women) who did not take part in hostilities and also had signs of adjustment disorders. Using the clinical-anamnestic method in the main group, we identified 32 people with prolonged depressive reaction caused by adaptation disorder (F43.21 according to ICD-10) and 34 people with mixed anxiety and depressive reactions (F43.22). In the control group, 15 people had F43.21 and 14 examined had F43.22. The use of the psychodiagnostic methodology «Tsung Scale for Self-Assessment of Depression» (adapted by T.I. Balashova, 2003) made it possible to reveal a subdepressive state in $12,1 \pm 1,9\%$ of the surveyed combatants (men $4,5 \pm 1,2\%$, women $7,6 \pm 1,5\%$). Severe depression was diagnosed in $87,9 \pm 1,9\%$ military personnel (men $42,4 \pm 2,8\%$, women $45,5 \pm 2,9\%$). In the control group, a state without depression was revealed in $79,3 \pm 5,2\%$ of individuals ($37,9 \pm 6,3\%$ men, $41,4 \pm 6,4\%$ women), and mild depression was also identified ($10,3 \pm 4,1\%$ men, $10,3 \pm 4,1\%$ women, there were $20,6 \pm 5,2\%$ people in total). It was concluded that it is necessary to take into account the data obtained when developing an algorithm for psychocorrective measures in this contingent of patients.

Keywords: *military personnel of the ATO/JFO, psychoemotional state, depressive disorders, adjustment disorders.*

DOI: 10.26565/2312-5675-2021-17-02

УДК 616.891.6:[616.98:578.834.1]-036.2:316.77

ЗВ'ЯЗОК ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ

А. В. Гайдабрус

**Гайдабрус
Андрій Володимирович**

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна; майдан Свободи, 6,
61022, м. Харків, Україна
gaydabrusandriy@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-6911-3252

У 2020 році світ зіткнувся з поширенням коронавірусу. Поширення інфекції визвало кризу COVID-19, а це криза як фізичного, так і психічного здоров'я. Належне психічне здоров'я має вирішальне значення для функціонування суспільства в усі часи в кожній країні та повинно бути в пріоритеті та в центрі уваги після пандемії COVID-19 в центрі реакції та відновлення після пандемії. Психічне здоров'я та благополуччя – добробут всього суспільства, були суттєво порушені під час пандемії, і потребують термінового вивчення. Метою нашого дослідження, під час початку карантинних заходів, було з'ясувати взаємозв'язок між використанням соціальних мереж та стресом разом із тривогою під час цієї пандемії COVID-19. Під час карантину використання соціальних мереж стало одним з джерел розповсюдження інформації. Ми шукали тенденції використання соціальних медіа, зв'язок розповсюдження соціальних мереж із змінами в поведінці, психопатологічними симптомами, такими, як симптоми стресу, тривоги, розлади апетиту і нічного сну.

Наше дослідження було проведено за допомогою інтернет-опитування осіб під час першої та другої хвиль пандемії. Дослідницька робота була направлена на розуміння взаємозв'язку між соціальними мережами та стресом під час пандемії Covid-19 та побачити динаміку змін. Всього опитано 199 учасників першого тестового періоду та 152 учасників другого тестового періоду. Ми застосували анкети, які оцінювали симптоми тривоги і стресу, а саме шкалу сприйнятого стресу PSS-10 та тест на тривожний розлад GAD-7.

Коли більшість учасників вважали, що їх використання соціальних медіа зросло під час пандемії, це призвело до збільшення сприйняття та розповсюдження недостовірної інформації (фейки), яка впливає на психологічне благополуччя. Негативні аспекти використання соціальних мереж можуть впливати на рівень тривожності та стресу населення нашої країни. Поширення фальшивої інформації в контексті збільшення часу пошуку має всі передумови для збільшення ризику погіршення психічного здоров'я в нашій країні під час пандемії.

Ключові слова: COVID-19, соціальні мережі, тривога, стрес, пандемія.

Як цитувати: Гайдабрус А.В. Зв'язок психічного здоров'я під час пандемії COVID-19 та використання соціальних мереж // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. – №17. – С. 14–21. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-02>

In cites: Haydabrus A. The link between mental health during the Covid-19 pandemic and the use of social media. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021. No 17, pp. 14–21. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-02>

Вступ.

Пандемія COVID-19 спричинила не тільки фізичні та фізіологічні проблеми. Наслідки коронавірусу торкнулися також і психічного здоров'я. Останнім часом з'являється все більше наукових публікацій стосовно постковідного синдрому, до складу якого входять депресія, тривожні розлади, суїцидальні наміри та завершені суїциди, психотичні порушення і тощо. Тож актуальність вивчення стану психічного здоров'я в умовах світової пандемії та запроваджених карантинних заходів не викликає сумнівів [1].

Людина – істота суспільна, вона живе в суспільстві і може (і повинна) спілкуватися з членами цього суспільства. Без спілкування немає суспільства, без суспільства немає людини соціальної, розумної. Під час пандемії COVID-19 людство було обмежене у «живому» спілкуванні, що було наслідком карантинних заходів. У той же час соціальні мережі стали невід'ємною частиною нашого життя, вони виступають в якості засобів налагодження зв'язку, обміну емоціями, думками, інформацією. На сучасному етапі Facebook та Instagram є провідними платформами соціальних медіа для спілкування. Встановлено, що соціальні мережі є важливими для соціального добробуту, участі в соціальних та політичних рухах [2]. Із запровадженою політикою соціального дистанціювання віртуальне спілкування стало важливим джерелом інформації. Останні дані свідчать про збільшення використання Facebook на 37% після першого виявлення COVID-19 в усьому світі [3,4].

Однак поряд з позитивними сторонами, соціальні мережі мають також і негативні явища. До них відносяться перш за все поширення дезінформації, що викликає тривогу та паніку [4]. Перевантаження дезінформацією та спотворення інформації впливають на рівень стресу користувачів та сприяють формуванню негативних психічних наслідків [3]. Дослідження, проведене в Китаї серед учасників, які зазнали впливу соціальних мереж у період COVID-19, показало, що рівень депресії та тривожності складав близько 48,3% та 22,6% [4]. Також є дані про підвищення рівню стресу [6], хронічне психологічне навантаження користувачів соціальних мереж [7], низьку самооцінку через те, що витрачають на соціальні мережі багато часу [8].

У наш час, у період пандемії, важливо оцінити закономірності зв'язку між особливостями використання соціальних мереж та стресом. Наше дослідження є частиною більш масштабного міжнародного дослідження, яке намагалося з'ясувати зв'язок між використанням соціальних мереж, стресом та тривогою під час пандемії COVID-19. Проведене дослідження включає

тенденції використання соціальних медіа та наявність змін у харчуванні та режимі сну користувачів.

Мета даної роботи – вивчення зв'язку між використанням соціальних мереж, стресом та тривогою під час пандемії COVID-19, а також тенденцій впливу використання соціальних медіа на харчування та режим сну користувачів.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження було проведено за допомогою онлайн-опитування осіб-користувачів соціальних мереж, термін проведення опитування – з 15 березня 2020 року по 25 квітня 2020 року (199 учасників, середній вік $31,04 \pm 0,80$ років) та з 10 жовтня 2020 року по 25 листопада 2020 року (152 учасника віком $27,75 \pm 0,96$ років). Критерії включення – користування соціальними мережами принаймні півроку. Опитування складалося зі шкали сприйманого стресу (PSS-10) (Sheldon Cohen et al., 1983) [9] та опитувальника для виявлення генералізованого тривожного розладу (GAD-7, Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006) [10, 11].

Ми використовували два інструменти для оцінки симптомів тривоги (GAD-7) та стресу (шкала сприйнятого стресу). За даними Spitzer et al., 2006, вимірювання GAD-7 проводиться шляхом розгляду за шкалою від 0 до 4, та оцінювали отриману суму балів кожного респондента, як «Мінімальна тривога» – до 4 балів, 5-9 як «Легка тривога», 10-14 як «Помірна тривога» і 15-21 як «Сильна тривога» (Spitzer et al., 2006).

Шкала сприйманого стресу (PSS-10) вимірює рівень стресу наступним чином: від 0 до 13 балів – низький рівень стресу, 14-26 балів – помірний рівень стресу, 27-40 балів – високий рівень стресу (Sheldon Cohen et al., 1983).

Отримані дані були оброблені в програмі Excel, з використанням методів математичної статистики, дисперсійного та кореляційного аналізу, "Excel" (з пакету "Microsoft Office 2016") [12].

Результати дослідження.

Серед 351 учасників двох періодів пандемії, 126 (35,9%) були одруженими, 199 (56,7%) – неодруженими та 26 (7,4%) були розлученими. 139 опитуваних (39,7%) віддавали перевагу соціальній мережі Facebook, 212 (60,3%) віддавали перевагу Instagram.

86 респондентів (43,2%) під час першого опитування відзначили зростання часу використання соціальних медіа після початку пандемії. 275 учасників дослідження (78,6%) віддавали перевагу соціальним мережам як джерелам новин, 87 досліджених (24,9%) відзначили, що вони більше, ніж у попередньому місяці, переглядали Facebook та Instagram, для того, щоб знаходити новини та інформацію про COVID-19.

118 (58,8%) учасників опитування першої хвилі пандемії спостерігали фейкові новини (дезінформацію), пов'язані з COVID-19. Кількість фейкових новин зменшилась під час другої хвилі пандемії, і 59 (39,6%) респондентів зазначили це.

Таблиця 1

Демографічна інформація учасників (N = 351)

N = 351	
Сімейний стан	
Одружений	126 (35,9%)
Неодружений	199 (56,7%)
Розлучений	26 (7,4%)
Професійна зайнятість	
Студент	150 (42,7%)
Надання послуг	61 (17,4%)
Підприємець	31 (8,8%)
Медичний персонал	46 (13,1%)
Безробітний	16 (4,6%)
Інший	47 (13,4%)
Соціальна мережа	
Facebook	139 (39,7%)
Instagram	212 (60,3%)

Кореляційний аналіз результатів показав, що вибір соціальної мережі залежив від віку респондента (коефіцієнт кореляції - 0,58). Молодші за віком респонденти віддавали перевагу Instagram і в цілому воліли шукати інформацію в соціальних мережах (коефіцієнт кореляції 0,24). Виявлення перших випадків захворювання у місті проживання респондента збільшило час перебування у соціальній мережі (коефіцієнт кореляції 0,43). Збільшення кількості часу, який витрачається на соціальні мережі, відповідно збільшувало час пошуку інформації про коронавірусну інфекцію (коефіцієнт кореляції 0,28).

Кількість часу, протягом доби, витраченого на перегляд інформації в соціальних мережах, значно зменшилась протягом другої хвилі пандемії, що може свідчити про підвищення толерантності до новин стосовно пандемії. Під час першої хвилі, тривалість перегляду новин складала $3,18 \pm 0,37$ години, а під час другої хвилі - $2,35 \pm 0,16$ години ($p < 0,05$).

Зміна часу протягом доби, для перегляду інформації, пов'язаної з COVID-19 в соціальних мережах була цілком очікуваною через повторний період карантину. Під час першої хвилі пандемії середній час становив $60,83 \pm 6,20$ хв., то під час другої хвилі він становив $27,42 \pm 3,04$ хв. ($p < 0,05$) (таблиця 2). Аналізуючи дані відповідей на тести, ми виявили, що деякі відповіді мали суттєві відмінності в різні періоди пандемії.

Контроль своїх переживань у опитуваних осіб знижувався під час другої хвилі пандемії. Так, питання «Як

часто протягом останніх 2 тижнів ви відчували, що не можете швидко заспокоїтись та/або контролювати своє занепокоєння?» набрало $0,54 \pm 0,06$ балів під час першої хвилі пандемії та $0,69 \pm 0,07$ під час другої хвилі пандемії. Відповіді на запитання «Як часто протягом останніх 2 тижнів ви були настільки неспокійними, що було важко залишатися на одному місці?» також показали більшу частоту порушень у групі першої хвилі респондентів, порівняно з періодом другої хвилі.

Зменшення контролю над емоціями та схильність до роздратування частіше зустрічалось під час першої хвилі пандемії. На питання: «Як часто протягом останніх 2 тижнів ви відчуваєте, що вам легко злитися і дратуватись?» частіше зустрічалися стверджуючі відповіді серед осіб під час першої хвилі пандемії, порівняно з другою хвилею.

Почуття страху, яке виявлялося питанням: «За останні 2 тижні чи часто ви відчували страх, що може статися щось страшне?» також було вищим під час першої хвилі пандемії ($0,95 \pm 0,05$ балів) і зменшувалась під час другої хвилі ($0,54 \pm 0,05$ балів). На фоні страху з'являлися явища апатії, песимізму, що впливало на зниження мотивації до роботи. Так, позитивні ствердження на питання «Як часто ви виявляли за останній місяць, що не можете впоратися з усіма речами, які вам доводилось робити?» частіше виявлялися під час першої хвилі пандемії ($2,04 \pm 0,09$ балів) порівняно з другою хвилею ($1,80 \pm 0,09$ балів) (таблиця 2).

Метою дослідження було також виявлення змін в харчовій поведінці та в структурі сну учасників за останні два тижні (таблиця 4).

Суттєва різниця між показниками рівня стресу була серед респондентів з низьким та помірним рівнями стресу. Помірний рівень стресу виявлявся переважно серед респондентів під час першої хвилі пандемії - 87,9% мали данні показники (таблиця 6).

Обговорення.

Протягом перших місяців пандемії інформаційні джерела прогнозували другу хвилю коронавірусної інфекції [13], що було підтверджено часом - так, значне збільшення кількості пацієнтів в Україні відбулося в осінні місяці 2020 року. За період самоізоляції в усьому світі зросло використання соціальних медіа як джерела інформації [14]. У дослідженні ми спробували з'ясувати тенденцію використання соціальних мереж та її зв'язок зі стресом та тривогою під час двох хвиль пандемії. Дослідження демонструє значну кількість часу, який люди проводять у соціальних мережах щодня, і ця колективна відповідь подібна до попередньої пандемії вірусу H1N1 [15]. У нашому дослідженні ми бачимо, що

в середньому учасники проводили $3,18 \pm 0,37$ години щодня навесні 2020 року та $2,35 \pm 0,16$ години восени 2020 року у Facebook, Instagram у пошуках контенту, пов'язаного з COVID-19. Очевидно, що коли люди не мають достатньої інформації про COVID-19, вони покладаються на зміст, який вони знайшли в соціальних

мережах [16]. Серед інформації, що розповсюджують соціальні мережі, зустрічалась недостовірна (фейкова) інформація, тобто та, що вводить в оману читача [17]. Новини, які містять недостовірну інформацію, потенційно можуть спричинити стрес у користувачів соціальних мереж та спонукати їх до панічного придбання товарів

Таблиця 2

Різниця між респондентами, які проходили опитування навесні та восени 2020 року

Питання (у питаннях, де враховується частота переживань, респонденти відповідали згідно шкали (0 – відсутність переживань, 4 максимальні переживання))	Весна 2020	Осінь 2020	p *
Вік респондента	31.04 ± 0.80	27.75 ± 0.96	<0,05
Скільки часу ви витрачали щодня на соціальні медіа-платформи, такі як Facebook та Instagram?	3.18 ± 0.37	2.35 ± 0.16	<0,05
Скільки хвилин ви витрачали щодня на перегляд Facebook, Instagram, зокрема вмісту, пов'язаного з COVID-19? (хв)	60.83 ± 6.20	27.42 ± 3.04	<0,05
За останні 2 тижні ви часто нервували, хвилювались чи тривожились?	0.99 ± 0.07	1.01 ± 0.07	<0,05
Як часто протягом останніх 2 тижнів ви відчували, що не можете швидко заспокоїтись та / або контролювати своє занепокоєння?	0.54 ± 0.06	0.69 ± 0.07	<0,05
Як часто ви розслаблялися / відпочивали за останні 2 тижні?	1.29 ± 0.08	1.30 ± 0.07	0,46
Як часто за останні 2 тижні ви відчували сильне хвилювання?	0.69 ± 0.06	0.83 ± 0.07	0,07
Як часто за останні 2 тижні ви були настільки неспокійними, що було важко залишатися на одному місці?	0.91 ± 0.05	0.45 ± 0.06	<0,05
Як часто за останні 2 тижні ви відчуваєте, що вам легко злитися і дратуватись?	1.41 ± 0.07	1.07 ± 0.07	<0,05
За останні 2 тижні чи часто ви відчували страх, що може статися щось страшне?	0.95 ± 0.05	0.54 ± 0.05	<0,05
Як часто ви останній місяць засмучувались через щось, що сталося несподівано?	1.55 ± 0.07	1.52 ± 0.08	<0,05
Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?	1.56 ± 0.08	1.43 ± 0.09	0,13
Як часто ви останній місяць нервували і переживали стрес?	1.72 ± 0.07	1.83 ± 0.09	0,17
Як часто протягом останнього місяця ви впевнені у своїй здатності вирішувати свої особисті проблеми?	2.40 ± 0.07	2.37 ± 0.09	0,40
За останній місяць, як часто ви відчували, що справи йдуть по-вашому?	2.07 ± 0.08	2.11 ± 0.08	0,35
Як часто за останній місяць ви виявляли, що не можете впоратися з усіма справами, які вам доводилось робити?	2.04 ± 0.09	1.80 ± 0.09	<0,05
За останній місяць, як часто ти в своєму житті могли контролювати роздратування?	2.33 ± 0.08	2.23 ± 0.09	0,18
За останній місяць, як часто ви відчували, що перебуваєте на вершині успіху?	1.95 ± 0.06	1.76 ± 0.08	<0,05
Як часто протягом останнього місяця ви тривожились через те, що сталося і було поза вашим контролем?	1.66 ± 0.07	1.57 ± 0.08	0,20
Як часто за останній місяць ви відчували, що труднощі накопичуються настільки високо, що ви не можете їх подолати?	1.33 ± 0.08	1.39 ± 0.09	0,29

Примітки: * - різниця між даними осені 2020 року та весни 2020 року. Точний критерій Фішера

Таблиця 3

Розподіл респондентів, які спостерігали фейкові новини, пов'язані з COVID-19, у соціальних мережах

Період спостереження	Ви спостерігали за фальшиві новини	
	Так	Немає
Перша хвиля	118 (58,8%)	81 (41,2%)
Друга хвиля	61 (39,6%)	91 (60,4%)
Загальна кількість обстежених	n = 179	n = 172
p *	<0,05	<0,05

Примітки: * - різниця між даними осені 2020 року та весни 2020 року. Точний критерій Фішера.

Таблиця 4

Зміна режиму сну та харчової поведінки за останні два тижні

За останні два тижні (N = 351)		Перша хвиля	Друга хвиля	p *
Зміна у режимі сну	Сон знижений	30 (15,1%)	37 (24,5%)	<0,05
	Без змін	106 (53,3%)	99 (65,6%)	<0,05
	Сон підвищений	63 (31,7%)	16 (10,6%)	<0,05
Зміна харчової поведінки	Втрата апетиту	19 (9,5%)	22 (14,6%)	0,08
	Ніяких суттєвих змін	134 (67,3%)	108 (71,5%)	<0,05
	Апетит підвищений	46 (23,1%)	21 (13,9%)	<0,05

Примітки: * - різниця між даними осені 2020 року та весни 2020 року. Точний критерій Фішера.

Таблиця 5

Показники GAD-7 (N = 351)

	Перша хвиля	Друга хвиля	p *
Мінімальний n (%)	43 (21,6%)	68 (44,7%)	<0,05
Помірний n (%)	115 (57,8%)	64 (42,1%)	<0,05
Помірний n (%)	24 (12,1%)	15 (9,9%)	<0,05
Важкий n (%)	17 (8,5%)	5 (3,3%)	<0,05
Загальна кількість	N = 199	N = 152	

Примітки: * - різниця між даними осені 2020 року та весни 2020 року. Точний критерій Фішера.

Таблиця 6

Показники PSS-10 (N = 351)

Період пандемії	PSS		
	Низький n (%)	Помірний n (%)	Високий n (%)
Перша хвиля	10 (5,0%)	175 (87,9%)	14 (7,0%)
Друга хвиля	29 (19,1%)	114 (75,0%)	9 (5,9%)
p *	<0,05	<0,05	0,26618

Примітки: * - різниця між даними осені 2020 року та весни 2020 року. Точний критерій Фішера.

першої необхідності, зберігання продуктів харчування тощо, що спостерігалось під час першої хвилі пандемії в усьому світі. Найбільша кількість фальшивих новин у соціальних медіа спостерігалась протягом першої хвилі, і 58,8% респондентів з першої хвилі пандемії спостерігали дане явище. Причиною збільшення фейкових новин була недостатність інформації про сам вірус, який спричинив пандемію, а також відсутність цензури у соціальних мережах.

Використання соціальних медіа як джерела інформації зросло під час пандемії, що дало користувачам можливість отримувати та розповсюджувати інформацію щодо профілактики, лікування, клінічної картини захворювання, але розповсюджувалась і неправдива інформація, яка негативно впливала на психологічне благополуччя [17]. Негативні аспекти використання соціальних мереж можуть впливати на рівень тривоги та стресу серед населення. Під час пандемії більшість

людей відчували страждання, спричинені страхом і тривогою. 20,6% респондентів першої хвилі та 11,1% респондентів другої хвилі страждали від помірного та сильного рівня тривоги. Згідно з нашим дослідженням, час, проведений у соціальній мережі для пошуку інформації, пов'язаної з COVID-19 (в тому числі недостовірної), збільшував показник тривоги. Крім того, рівень стресу учасників значною мірою був пов'язаний з тим, скільки часу було проведено в соціальних медіа за останній місяць, щоб отримати новини та інформацію про COVID-19. Дослідження дозволило простежити позитивну тенденцію щодо зменшення тривожності протягом пандемії.

Висновок.

Серед загальної кількості респондентів, 78,6% воліли стежити за новинами із соціальних медіа, а не з традиційних ЗМІ. Більшість учасників опитування першої хвилі, у порівнянні з респондентами другої хвилі пандемії, спостерігали фейкові новини (дезінформа-

цію), пов'язані з COVID-19. Вираженість змін харчової поведінки, розладів нічного сну спостерігалось серед респондентів під час першої хвилі пандемії, також респонденти цієї групи у більшості випадків страждали на важкі та помірні симптоми тривоги, а помірний рівень

стресу переважав серед респондентів під час першої хвилі пандемії.

Наше дослідження підтверджує необхідність подальшого вивчення впливу використання соціальних мереж на психічне здоров'я населення нашої країни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. United Nations. - 2020. - P. 17.
2. Kim Y. C., Rhee M. The contingent effect of social networks on organizational commitment: A comparison of instrumental and expressive ties in a multinational high-technology company // *Sociological Perspectives*. - 2010. - Vol. 53. - Issue. 4. - P. 479-502. <https://doi.org/10.1525/sop.2010.53.4.479>
3. Gao J., Zheng P., Jia Y., Chen H., Mao Y., Chen S., Wang Y., Fu H., Dai J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. // *PLoS ONE*. - 2020. - Vol. 15(4). - P. 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
4. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C. S., Ho R. C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. - 2020. - Vol. 17(5). - P. 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
5. Garrett O. A Case of Modern Mass Hysteria? The Coronavirus. <https://expose.com/2020/02/13/a-case-of-modern-mass-hysteria-the-coronavirus/>
6. Fabris M.A., Marengo D., Longobardi C., Settanni M. Investigating the links between fear of missing out, social media addiction, and emotional symptoms in adolescence: The role of stress associated with neglect and negative reactions on social media // *Addictive Behaviors*. - 2020. - Vol. 106. - P. 106364 <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106364>
7. Linn B.S., Zeppa R. Stress in junior medical students: Relationship to personality and performance // *Journal of Medical Education*. - 1984. - P. 7-12. <https://doi.org/10.1097/00001888-198401000-00002>
8. Berry N., Emsley R., Lobban F., Bucci S. Social media and its relationship with mood, self-esteem and paranoia in psychosis // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 2018. - Vol. 138. - P. 558-570. <https://doi.org/10.1111/acps.12953>

9. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. Perceived Stress Scale // *APA PsycTests*. - 1983. - P.23 <https://doi.org/10.1037/t02889-000>
10. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7 // *Archives of Internal Medicine*. - 2006. - Vol. 166. - P. 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
11. Lapach S.N., Chubenko A.V., Babich P.N. Statistical methods in biomedical research using Excel. Kiev: "Morion". - 2000. - P. 320.
12. Вельтишев Д.Ю., Марченко А.С., Генерализованное тревожное расстройство: эпидемиология, патогенез, диагностика и фармакотерапия (обзор литературы) // *Психические расстройства в общей медицине*. - 2011. - №1. - С. 56-64.
13. Shunqing Xu, Yuanyuan Li. Beware of a second wave of COVID-19 // *The Lancet*. - 2020. - Vol. 395. - P. 1321-1322. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30845-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30845-X)
14. Pappot N., Taarnhøj G.A., Pappot H. Telemedicine and e-Health Solutions for COVID-19: Patients' Perspective // *Telemedicine and e-Health*. - 2020. - P. 847-849. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0099>
15. Chew C., Eysenbach G. (2010). Pandemics in the age of Twitter: Content analysis of tweets during the 2009 H1N1 outbreak // *PLoS ONE*. - 2010. - Vol. 5(11). - P. 14118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014118>
16. La V. P., Pham T. H., Ho M. T., Nguyen M. H., Nguyen K. L., Vuong T. T., Nguyen H. K., Tran T., Khuc Q., Ho M. T., Vuong Q. H. Policy response, social media and science journalism for the sustainability of the public health system amid the COVID-19 outbreak: The vietnam lessons // *Sustainability (Switzerland)*. - 2020. - Vol. 12(7). - P. 2931. <https://doi.org/10.3390/su12072931>
17. Mian A., Khan S. (2020). Coronavirus: the spread of misinformation // *BMC Medicine*. - 2020. - P. 18-89. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01556-3>

REFERENCES

1. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. United Nations. 2020, p. 17.
2. Kim Y. C., Rhee M. The contingent effect of social networks on organizational commitment: A comparison of instrumental and expressive ties in a multinational high-technology company. *Sociological Perspectives*. 2010. Vol. 53. Issue. 4, pp. 479-502. <https://doi.org/10.1525/sop.2010.53.4.479>
3. Gao J., Zheng P., Jia Y., Chen H., Mao Y., Chen S., Wang Y., Fu H., Dai J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*. 2020. Vol. 15(4), p. 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
4. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C. S., Ho R. C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17(5), P. 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
5. Garrett O. A Case of Modern Mass Hysteria? The Coronavirus. <https://expose.com/2020/02/13/a-case-of-modern-mass-hysteria-the-coronavirus/>
6. Fabris M.A., Marengo D., Longobardi C., Settanni M. Investigating the links between fear of missing out, social media addiction, and emotional symptoms in adolescence: The role of stress associated with neglect and negative reactions on social media. *Addictive Behaviors*. 2020. Vol. 106, pp. 106364 <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106364>

7. Linn B.S., Zeppa R. Stress in junior medical students: Relationship to personality and performance. *Journal of Medical Education*. 1984, pp. 7-12. <https://doi.org/10.1097/00001888-198401000-00002>
8. Berry N., Emsley R., Lobban F., Bucci S. Social media and its relationship with mood, self-esteem and paranoia in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 138, pp. 558-570. <https://doi.org/10.1111/acps.12953>
9. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. Perceived Stress Scale. *APA PsycTests*. 1983, p.23 <https://doi.org/10.1037/t02889-000>
10. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166, pp. 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
11. Lapach S.N., Chubenko A.V., Babich P.N. Statistical methods in biomedical research using Excel. Kiev: "Morion". 2000, p. 320.
12. Veltishev D.Yu., Marchenko A.S., Generalized anxiety disorder: epidemiology, pathogenesis, diagnosis and pharmacotherapy (literature review). *Mental disorders in general medicine*. 2011. No 1, pp. 56-64.
13. Shunqing Xu, Yuanyuan Li. Beware of a second wave of COVID-19. *The Lancet*. 2020. Vol. 395, pp. 1321-1322. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30845-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30845-X)

14. Pappot N., Taarnhøj G.A., Pappot H. Telemedicine and e-Health Solutions for COVID-19: Patients' Perspective. *Telemedicine and e-Health*. – 2020, pp. 847-849. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0099>
15. Chew C., Eysenbach G. (2010). Pandemics in the age of Twitter: Content analysis of tweets during the 2009 H1N1 outbreak. *PLoS ONE*. 2010. Vol. 5(11), pp. 14118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014118>
16. La V. P., Pham T. H., Ho M. T., Nguyen M. H., Nguyen K. L., Vuong T. T., Nguyen H. K., Tran T., Khuc Q., Ho M. T., Vuong Q. H. Policy response, social media and science journalism for the sustainability of the public health system amid the COVID-19 outbreak: The vietnam lessons. *Sustainability (Switzerland)*. 2020. Vol. 12(7), P. 2931. <https://doi.org/10.3390/su12072931>
17. Mian A., Khan S. (2020). Coronavirus: the spread of misinformation // *BMC Medicine*. 2020, pp. 18-89. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01556-3>

СВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Гайдабрус
Андрей Владимирович

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина; площадь Свободы, 6, 61022, г. Харьков, Украина
gaydabrusandriy@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-6911-3252

В 2020 году мир столкнулся с распространением коронавирусной инфекции. Распространение инфекции вызвало кризис COVID-19, а это кризис как физического, так и ментального здоровья. Надлежащее психическое здоровье имеет решающее значение для функционирования общества во все времена в каждой стране и должно быть в приоритете и в центре реагирования и восстановления после пандемии COVID-19. Психическое здоровье и благополучие – благосостояние всего общества, были существенно нарушены во время пандемии, и нуждаются в приоритетном изучении. Целью нашего исследования, во время начала карантинных мероприятий, было выявить взаимосвязь между использованием социальных сетей и стрессом вместе с тревогой во время этой пандемии COVID-19. Во время карантина - использование социальных сетей стало одним из источников распространения информации. Мы искали тенденции использования социальных медиа, связь между распространением социальных сетей с изменениями в поведении, психопатологическими симптомами, такими, как симптомы стресса, тревоги, расстройства аппетита и ночного сна.

Наше исследование было проведено с помощью интернет-опроса лиц, во время первой и второй волн пандемии. Исследовательская работа была направлена на понимание взаимосвязи между социальными сетями и стрессом во время пандемии Covid-19 и увидеть динамику изменений. Всего опрошено 199 участников первого тестового периода и 152 участника второго тестового периода. Мы применили анкеты, оценивали симптомы тревоги и стресса, а именно шкалу воспринятого стресса PSS-10 и тест на тревожное расстройство GAD-7.

Большинство участников опроса считали, что использование ими социальных медиа возросло во время пандемии, это привело к увеличению просмотра и распространения недостоверной информации (фейки), которая влияет на психологическое благополучие. Негативные аспекты использования социальных сетей могут влиять на уровень тревожности и стресса населения нашей страны. Распространение фальшивой информации в контексте увеличения времени поиска имеет все предпосылки для увеличения риска ухудшения психического здоровья в нашей стране во время пандемии.

Ключевые слова: COVID-19, социальные сети, тревога, стресс, пандемия.

THE LINK BETWEEN MENTAL HEALTH DURING THE COVID-19 PANDEMIC AND THE USE OF SOCIAL MEDIA

Andriy V. Haydabrus

V. N. Karazin Kharkiv National University; Svobody Square, 6, 61022, Kharkiv, Ukraine

gaydabusandriy@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-6911-3252

The world was faced the extensive spread of severe acute respiratory syndrome-coronavirus. The COVID-19 crisis is a crisis of both physical and mental health. Proper mental health is crucial to the functioning of society at all times in every country and should be a priority and at the center of response and recovery after the COVID-19 pandemic. Mental health and well-being - the well-being of society as a whole - have been severely compromised during the pandemic and are a priority for urgent consideration. In the quarantine period, the social media were important sources of information. The aim of this study was to find out the relation between social media use and stress together with anxiety during this pandemic of COVID-19. We are looking for trends of social media use and influence that on behavioral and mental disorders. This study was conducted with the help of an online based survey of individuals from a first wave and during a second wave of pandemic in Ukraine. It was conducted to understand the relationship between social media and stress during the Covid-19 pandemic and to see dynamics of change. A total of 199 participants of the first test period and 152 participants of a second test period responded to the survey which was conducted by snowballing sampling techniques in the convenient atmosphere. We applied two validated, self-reporting questionnaires namely Perceived Stress Scale and test of Generalized Anxiety Disorder-7.

When period of use of social media had increased during the pandemic, it led to an increase in the perception and dissemination of false information (fakes) that negative affected psychological well-being. Negative aspects of the use of social networks can affect the level of anxiety and stress of the population of our country. Among the respondents, 120 (34.2%) think that their mental health and wellbeing was being deteriorated during this period of pandemic. Total percentage 51.0% of the participants were suffering from mild anxiety, 11.1% from moderate anxiety and 6.3% from severe anxiety. The dissemination of false information in the context of increased search time has all the prerequisites for increasing the risk of deteriorating mental health in our country during a pandemic.

Key words: *COVID-19, social networks, anxiety, stress, pandemic.*

DOI: [10.26565/2312-5675-2021-17-03](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-03)

УДК : 616.89-008.454-02-036.1-057.875

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ НОВИХ ВИПАДКІВ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

О. С. Юрценюк

Юрценюк
Ольга Сидорівна

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002
yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua
ORCID ID: 0000-0002-1450-1530

Актуальність. Тенденція збільшення психічних розладів, особливо за рахунок межових, яка простежується останні роки, вимагає пошуків нових підходів до збереження психічного здоров'я, профілактики та особливо, ранньої діагностики неспсихотичних психічних розладів (НПР).

Мета дослідження. Дослідити частоту та структуру нових випадків неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.

Матеріали і методи. Нами, протягом 2015-2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено суцільне комплексне обстеження 1235 студентів. Застосовані методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний. Вибірка не мала суттєвих відмінностей за статевим і віковим складом, місцем мешкання, формою навчання. Обстеження проводили в міжсесійний період.

Результати. Оцінку первинних випадків НПР, що були виявлені при повторному обстеженні, проводили серед практично здорових студентів за результатами I-ного обстеження й порівнювали отримані дані зі структурою НПР, які було діагностовано нами в усій когорті досліджених при I-му поперечному зрізі.

Більшість студентів у яких при первинному обстеженні не було виявлено психічної патології залишилися практично здоровими і через рік (858 осіб, 93,46 %). Аналізуючи структуру НПР, що виникли за вказаний період у даного контингенту, був вужчим у порівнянні з виявленими хворими при первинному обстеженні. Головним чином, НПР були представлені афективними розладами (F30.0, F32.0, F34.0) та невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40.1, F41.2, F42.0, F43.20, F43.21, F43.22). Цікавим фактом виявилось те, що в структурі НПР виявлених при повторному обстеженні були відсутні інші, крім діагностованих раніше при первинному обстеженні, категорії психічної патології за МКХ-10.

Висновки. Таким чином, структура нових випадків НПР, діагностованих протягом року навчання, представлена переважно НПР афективного (1,2%) та невротичного реєстрів (5,34%) (у співвідношенні $\approx 1/5$ відповідно), отже інші форми психічної патології швидше виникають в період до початку навчання або при тривалому навчанні. Отже доцільною є спрямованість заходів психопрофілактики у напрямках підвищення стресостійкості студентів та їх адаптаційних можливостей.

Ключові слова: студенти, неспсихотичні психічні розлади, діагностика, афективні розлади, профілактика.

Як цитувати: Юрценюк О.С. Результати дослідження частоти нових випадків неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. – №17. – С. 22–27. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-03>

In cites: Yurtsenyuk O. Results of the study of the frequency of new cases of non-psychotic mental disorders in students of higher education institutions. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021. No 17, pp. 22–27. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-03>

Актуальність. Тенденція збільшення психічних розладів, особливо за рахунок межових, яка простежується останні роки, вимагає пошуків нових підходів до збереження психічного здоров'я, профілактики та особливо, ранньої діагностики психічних порушень [1, 2].

У структурі зареєстрованої захворюваності України в 2015 році переважали неспсихотичні психічні розлади (НПР), які становили 73,9% (або 171,8 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів та мали стабільно найвищий відсоток у структурі поширеності розладів психіки та поведінки в динаміці – 49,9% (1221,0 на 100 тис. населення у 2000 р. і 1272,9 у 2017 р.) [3-4; 10].

Проблема здоров'я осіб молодого віку названа одним з пріоритетних напрямків діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у XXI сторіччі [4, 5; 11-12]. Вищезазначеним і обумовлена актуальність цієї роботи.

Мета дослідження. Дослідити частоту та структуру нових випадків неспсихотичних психічних розладів у студентів закладів вищої освіти.

Матеріали і методи. Нами, протягом 2015-2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено суцільне комплексне обстеження студентів I – V курсів Буковинського державного медичного університету (БДМУ) та студентів I – IV курсів Чернівецького національного університету (ЧНУ).

Усіх студентів (1235 осіб) було розподілено на дві групи – основну (I-шу) та порівняльну (II-гу). До основної групи увійшли 317 (25,67%) студентів, у яких було діагностовано неспсихотичні психічні розлади (НПР). Для верифікації клінічних особливостей НПР, в якості II порівняльної групи було обстежено 918 (74,33%) студентів без НПР, практично здорових.

Середній вік обстежених $20,15 \pm 0,05$ років. В гендерному розподілі серед усіх обстежених було 365 чоловіків та 870 жінок, відповідно 29,55 % та 70,45 %. Вибірка не мала суттєвих відмінностей за статевим і віковим складом, місцем мешкання, формою навчання. Обстеження проводили в міжсесійний період. Застосовані методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний методи.

Клініко-анамнестичний метод використовувався для отримання інформації та аналізу даних щодо спадковості, анамнезу життя та захворювання. Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів шляхом розгорнутого напівструктурованого клінічного інтерв'ю із застосуванням критеріїв МКХ – 10. З метою

створення умов для коректного порівняння отриманих результатів дані вносили в спеціально розроблену «Уніфіковану карту обстеження студента», що складається з таких розділів: паспортної частини; даних про сімейний стан та стосунки у сім'ї, навчальну діяльність; анамнестичний, клінічний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний блоки із відповідним діагностичним інструментарієм і результатами експериментально-психологічних та клінічних досліджень. На основі цієї карти було сформовано базу даних обстежених (у форматі Microsoft Excel XP для Windows) для подальшої статистичної обробки отриманої цифрової інформації.

У процесі психодіагностичного дослідження, з метою оцінки ступеня вираження тривожної симптоматики використовували шкали особистісної тривожності та реактивної тривоги Ч. Спілбергера, яка є єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну рису та як стан. Ми використовували модифікацію Ю. Л. Ханіна. Ступінь виразності депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали самооцінки депресії Цунга (W. K. Zung). Стандартизований багатофакторний опитувальник особистості (СБОО) – модифікація Мінесотського багатофазного опитувальника (Minnesota Multiphase Personality Inventory – MMPI), який розроблений S. R. Hathaway, J. Mc. Kinly та адаптований Л. М. Собчак – використовували для кількісної та якісної характеристики базисної структури особистості студента. З метою визначення рівня алекситимії застосовували Торонтську алекситимічну шкалу, адаптовану в інституті імені В. М. Бехтерева. Методику експрес-діагностики неврозу К. Хека та Х. Хесса використовували для визначення ймовірної наявності невротичних розладів.

Обговорення результатів дослідження.

Дослідження частоти виникнення нових випадків НПР протягом року та порівняння її з зазначеними показниками при першому обстеженні дозволили скласти уявлення про те, які неспсихотичні психічні розлади виникали у студентів впродовж навчання. Отже прийнявши за нульову гіпотезу відсутність впливу обставин, що діяли до початку навчання, нам вдалося виділити такі НПР, що виникли протягом року навчання.

Оцінку первинних випадків НПР, що були виявлені при повторному обстеженні, проводили серед практично здорових студентів за результатами I-ного обстеження й порівнювали отримані дані зі структурою НПР, які було діагностовано нами в усій когорті досліджених при I-му поперечному зрізі. Результати представлені в табл. 1.

Як видно з таблиці більшість студентів у яких при первинному обстеженні не було виявлено психічної патології

Таблиця 1

Частота нових випадків неспихотичних психічних розладів протягом року навчання серед студентів (N 918) (абс., %)

НПР (шифр за МКХ – 10)*	Частота вперше діагностованих випадків неспихотичних психічних розладів (повторне обстеження) (N=918)						РТМФ
	всі (n=918)		чоловіки (n=268)		жінки (n=650)		
1	2		3		4		5
F30.0	4	0,44	1	0,37	3	0,46	p>0,05
F32.0	4	0,44	1	0,37	3	0,46	p>0,05
F34.0	3	0,33	0	0,00	3	0,46	p>0,05
Разом F30-39	11	1,20	2	0,75	9	1,38	p>0,05*
F40.0	1	0,11	1	0,37	0	0,00	p>0,05
F40.1	4	0,44	1	0,37	3	0,46	p>0,05
F41.2	3	0,33	1	0,37	2	0,31	p>0,05
F42.0	3	0,33	0	0,00	3	0,46	p>0,05
F42.1	1	0,11	1	0,37	0	0,00	p>0,05
F43.0	5	0,54	1	0,37	4	0,62	p>0,05
F43.20	6	0,65	2	0,75	4	0,62	p>0,05
F43.22	5	0,54	2	0,75	3	0,46	p>0,05
F43.23	4	0,44	2	0,75	2	0,31	p>0,05
F45.30	3	0,33	2	0,75	1	0,15	p>0,05*
F45.31	5	0,54	2	0,75	3	0,46	p>0,05
F45.33	4	0,44	1	0,37	3	0,46	p>0,05
F48.0	5	0,54	2	0,75	3	0,46	p>0,05
Разом F40-49	49	5,34	18	6,72	31	4,77	p>0,05
Разом	60	6,54	20	7,46	40	6,15	p>0,05
Без ознак НПР	858	93,46	248	92,54	610	93,85	p>0,05

Примітки до табл. 1:

1. * – шифри неспихотичних психічних розладів за міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10): F30.0 – гіпоманія, F32.0 – легкий депресивний епізод, F34.0 – циклотимія, F30-39 – усі афективні розлади, F40.0 – агорафобія, F40.1 – соціальні фобії, F41.2 – змішаний тривожно-депресивний розлад, F42.0 – obsесивно-компульсивний розлад (ОКР). Переважно нав'язливі думки або роздуми («розумова жуйка»), F42.1 – ОКР. Переважно компульсивні дії, F43.20 – адаптаційні розлади. короткочасна депресивна реакція, F43.22 – адаптаційні розлади. змішана тривожно-депресивна реакція, F43.23 – адаптаційні розлади. З переважанням емоційних порушень, F45.30 – соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) серця та серцевосудинної системи, F45.31 – соматоформна вегетативна дисфункція верхнього відділу шлунково-кишкового тракту, F45.33 – соматоформна вегетативна дисфункція дихальної системи, F48.0 – неврастенія, F40-49 – усі невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.

2. * – значення $P_{\text{тмф}}$, що наближаються до 0,05 але достовірні відмінності відсутні.

залишилися практично здоровими і через рік (858 осіб, 93,46 %). Аналізуючи структуру НПР, що виникли за вказаний період у даного контингенту, був вужчим у порівнянні з виявленими хворими при первинному обстеженні. Головним чином, НПР були представлені афективними розладами (F30.0, F32.0, F34.0) та невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40.1, F41.2, F42.0, F43.20, F43.21, F43.22) (примітка 1, табл. 1).

Цікавим фактом виявилось те, що в структурі НПР виявлених при повторному обстеженні були відсутні інші, крім діагностованих раніше при первинному обстеженні, категорії психічної патології за МКХ-10.

В свою чергу, помірний депресивний епізод (F 32.1), важкий депресивний епізод (F 32.2), рекурентний депресивний розлад (F 33.0), дистимія (F34.1), панічний

(F41.0), соматизований розлад (F45.0), СВД нижніх відділів ШКТ (F45.32), СВД сечовивідної системи (F 45.34), СВД інших органів та систем (F 45.38), поведінкові синдроми пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-59), розлади зрілої особистості і поведінки (F 60-69) не були верифіковані взагалі.

Слід вказати, що достовірних відмінностей між частотою нових випадків НПР у чоловіків та жінок виявлено не було. Це підтверджує нашу гіпотезу про те, що стать студентів не впливає на частоту формування НПР.

Прикметно, що невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади разом (F40-49), які діагностовано вперше, частіше виникали у студентів, що навчалися на першому та п'ятому курсах (36,43 %, 43,57 % відповідно, p<0,05).

Структура нових випадків НПР, діагностованих протягом року навчання, представлена переважно НПР афективного та невротичного реєстрів (у співвідношенні $\approx 1/5$ відповідно), отже інші форми психічної патології швидше виникають в період до початку навчання або при тривалому навчанні. Тобто доцільною є спрямованість заходів психопрофілактики у напрямках підвищення стресостійкості студентів та їх адаптаційних можливостей.

Аналіз структури НПР у студентів відповідно до статті дозволив, з одного боку, враховувати вплив цього чинника при побудові психопрофілактичної та корекційної (включно психотерапії, психо-, фармакотерапії) допомоги, з іншого – визначити психічну патологію, при якій спостерігалася відмова студентів від участі у терапевтичних програмах, що обумовлено зниженням, при певних НПР, рівню критичності, реальної оцінки «перспективи» та стійка впевненість у власних переконаннях, які порушують інсайт (усвідомлення власного стану) [6-9] та знижують готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря.

Слід відмітити, що така характеристика (за згодою-відмовою) обстеженого контингенту була необхідною умовою для грамотного формування груп порівняння з метою подальшої оцінки ефективності системи профілактики та лікування НПР.

При перевірці гіпотез роботи стосовно впливу статі на динаміку структури НПР у студентів з психічною патологією при I поперечному зрізі, виявилось, що гендерні

розбіжності не відігравали істотної ролі при більшості окремих категорій НПР за МКХ-10.

Виключення склали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади разом (F40-49). Так, діагноз залишався незмінним протягом року здебільше у чоловіків (в 1,3 рази), ніж у жінок ($p < 0,05$).

Докладний аналіз частоти нових випадків НПР доцільно проводити задля обґрунтування необхідності та адекватного прогнозу ефективності психопрофілактичних та психокорекційних втручань.

Психопрофілактичні та психокорекційні заходи в структурі системи діагностики, психопрофілактики та психокорекції неспсихотичних психічних розладів у студентів включали засоби та методи впливу переважно на адаптаційні розлади (F43.20-22), що пов'язані зі структурою НПР та рівнем налаштованості обстеженого контингенту до запропонованої психопрофілактичної та психокорекційної роботи.

Висновки. Таким чином, структура нових випадків НПР, діагностованих протягом року навчання, представлена переважно НПР афективного (1,2%) та невротичного реєстрів (5,34%) (у співвідношенні $\approx 1/5$ відповідно), отже інші форми психічної патології швидше виникають в період до початку навчання або при тривалому навчанні. Отже доцільною є спрямованість заходів психопрофілактики у напрямках підвищення стресостійкості студентів та їх адаптаційних можливостей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лазос Г.П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики // Актуальні проблеми психології. – 2016. – № 1(45). – С.120-127.
2. Brailovskaia J. A cross-cultural study in Germany, Russia, and China: are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress? / J. Brailovskaia, P.Schönfeld, X.C. Zhang [et al.] // J Psychol Rep. 2018. – 121(2). – P. 265-281. <https://doi.org/10.1177/0033294117727745>
3. Кожина Г.М. Комплексна система психопрофілактики розвитку станів дезадаптації у студентів перших років навчання / Г.М. Кожина, М.В. Маркова, Д.І. Маракушин [и др.] // Архів психіатрії. – 2016. – №22(4). – С. 51-55. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_4_12
4. Velten J, Bieda A, Scholten S, Wannemüller A, Margraf J. Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. BMC Public Health [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 19];18(1):632. Available from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956886/pdf/12889_2018_Article_5526.pdf <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5526-2>
5. Lukat J, Margraf J, Lutz R, van der Veld WM, Becker ES. Psychometric properties of the positive mental health scale (PMH-scale). BMC Psychol [Internet]. 2016[cited 2020 Sep 19];4:8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748628/pdf/40359_2016_Article_111.pdf <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>
6. Юрценюк О. С. Поширеність та комплексне лікування невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у студентів різних курсів та спеціальностей навчання / О. С. Юрценюк // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2020. – №13. – С. 43-48. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-07>
7. Юрценюк О. С. Гендерні відмінності рівня алекситимії у студентів з неспсихотичними психічними розладами / О. С. Юрценюк // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2019. – №11. – С. 23-27. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-03>
8. Бурцев А.К. Особенности психической адаптации студентов вузов различных профилей // Вісник асоціації психологів України. – 1999. – №1. – С.110-115.
9. Stelcer B. Personality and behavioural health resources in Ukrainian students pursuing healthcare degrees: preliminary study / B. Stelcer, M. Cybulski, I. Kryvenko, O. Yurtsenyuk [et al.] // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2019. – Т.44. – P. 103-117. [https://doi.org/10.33120/ssj.vi44\(47\).122](https://doi.org/10.33120/ssj.vi44(47).122)
10. Юрценюк О. С. Influence of teaching load on the peculiarities of psychic status of students of higher educational institutions / О. С. Юрценюк // Georgian medical news. – 2018. – № 9 (282). – P. 107-112. Scopus ISSN 1512-0112 https://cdn.website-editor.net/480918712df344a4a77508d4cd7815ab/files/uploaded/V282_N9_September_2018.pdf
11. Pashkovskyy V.M., Yurtsenyuk O.S. Comorbidity of non-psychotic mental disorders and neurologic symptoms among young people / Valeriy M. Pashkovskyy, Olha S. Yurtsenyuk // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII. – ISSUE 8. – p. 1605-1609 Scopus ISSN 0043-5147.
12. Юрценюк О. С. Модель мультиноміальної логістичної регресії таבודה дерева рішень для визначення факторів ризику розвитку неспсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів / О. С. Юрценюк // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2020. – №14. – С. 26-32. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-14-03>

REFERENCES

1. Lazos H.P. Post-traumatic growth: theoretical models, new perspectives for practice. *Aktualni problemy psikhologii*. 2016. Vol. 1(45), pp. 120-127. [In Ukr.]
2. Brailovskaia J., Schönfeld P., Zhang X.C. [et al.] A cross-cultural study in Germany, Russia, and China: are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress? *Psychol Rep*. 2018. Vol. 121(2), pp. 265-81. <https://doi.org/10.1177/0033294117727745>
3. Kozhyna H.M., Markova M.V., Marakushyn D.I. [et al.] A comprehensive system of psychoprophylaxis for the development of maladaptation in students in the first years of study. *Arkhiv psykhiatrii*. 2016. Vol. 22(4), pp. 51-55. [In Ukr.] http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_4_12
4. Velten J., Bieda A., Scholten S. [et al.] Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health* [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 19]; 18(1):632. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956886/pdf/12889_2018_Article_5526.pdf <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5526-2>
5. Lukat J, Margraf J, Lutz R, van der Veld WM, Becker ES. Psychometric properties of the positive mental health scale (PMH-scale). *BMC Psychol* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 19];4:8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748628/pdf/40359_2016_Article_111.pdf <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>
6. Yurtsenyuk OS Prevalence and complex treatment of neurotic, stress-related and somatoform disorders in students of different courses and specialties. *Psychiatry, neurology and medical psychology*. 2020. No 13, pp. 43-48 [In Ukr.] <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-07>
7. Yurtsenyuk O.S. Gender differences in the level of alexithymia in students with non-psychotic mental disorders. *Psychiatry, neurology and medical psychology*. 2019. No11, pp. 23-27. [In Ukr.] <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-03>
8. Burtsev AK. Features of mental adaptation of university students of various profiles. *Visnyk asotsiatsii psikhologiv Ukrainy*. 1999. No 1, pp. 110-115 [In Rus.]
9. Stelcer B., Cybulski M., Kryvenko I., Yurtsenyuk O. [et al.] Personality and behavioural health resources in Ukrainian students pursuing healthcare degrees: preliminary study. *Scientific studies in social and political psychology*. 2019. Vol. 44, pp. 103-117. [https://doi.org/10.33120/ssj.vi44\(47\).122](https://doi.org/10.33120/ssj.vi44(47).122)
10. Yurtsenyuk OS Influence of teaching load on the peculiarities of psychic status of students of higher educational institutions. *Georgian medical news*. 2018. № 9 (282). pp.107-112. Scopus ISSN 1512-0112 https://cdn.website-editor.net/480918712df344a4a77508d4cd7815ab/files/uploaded/V282_N9_September_2018.pdf [In Ukr.]
11. Pashkovskyy VM, Yurtsenyuk OS. Comorbidity of non-psychotic mental disorders and neurologic symptoms among young people. *Wiadomości Lekarskie*. 2020. Vol. LXXIII. ISSUE 8. pp. 1605-1609 Scopus ISSN 0043-5147.
12. Yurtsenyuk OS Model of multinomial logistic regression and construction of a decision tree to determine the risk factors for the development of non-psychotic mental disorders in students of higher educational institutions / OS Yurtsenyuk // *Psychiatry, neurology and medical psychology*. 2020. No 14, pp. 26-32. [In Ukr.] <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-14-03>

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

**Юрценюк
Ольга Сидоровна**

Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», пл. Театральная, 2, г. Черновцы, Украина, 58002
yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua
ORCID ID: 0000-0002-1450-1530

Актуальность. Тенденция увеличения психических расстройств, особенно за счет пограничных, которая прослеживается последние годы, требует поисков новых подходов к сохранению психического здоровья, профилактики и особенно ранней диагностики непсихотических психических расстройств (НПР).

Цель исследования. Исследовать частоту и структуру новых случаев непсихотических психических расстройств у студентов высших учебных заведений.

Материалы и методы. Нами, в течение 2015-2017 гг., с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии проведения сплошное комплексное обследование 1235 студентов. Применены методы: клинический, клинико-психопатологический, клинико-эпидемиологический, клинико-анамнестический, экспериментально-психологический и статистический. Выборка не имела существенных различий по гендерному и возрастному составу, месту проживания, форме обучения. Обследование проводили в межсессионный период.

Результаты. Оценку первичных случаев НПР, которые были обнаружены при повторном обследовании, проводили среди практически здоровых студентов по результатам I-ного обследования и сравнивали полученные данные со структурой НПР, которые были диагностированы нами во всей когорте исследованных при I-м поперечном срезе.

Большинство студентов у которых при первичном обследовании не было обнаружено психической патологии остались практически здоровыми и через год (858 человек, 93,46%). Анализируя структуру НПР, возникших за указанный период у данного контингента, был узким по сравнению с выявленными заболеваниями при первичном обследовании. Главным образом, НПР были представлены аффективными расстройствами (F30.0, F32.0, F34.0) и невротическими, связанными со стрессом и сомато-

формними розстройвами (F40.1, F41.2, F42.0, F43.20, F43.21, F43.22). Інтересним фактом оказалось то, що в структурі НПР виявлених при повторному обстеженні відсутствовали інші, крім діагностованих раніше при первичному обстеженні, категорії психическої патології по МКБ-10.

Выводы. Таким образом, структура новых случаев НПР, диагностированных в течение года обучения, представлена преимущественно НПР аффективного (1,2%) и невротического регистров (5,34%) (в соотношении $\approx 1/5$ соответственно), следовательно, другие формы психической патологии быстрее возникают в период до начала обучения или при длительном обучении. Итак, целесообразной является построение мероприятий психопрофилактики в направлениях повышения стрессоустойчивости студентов и их адаптационных возможностей.

Ключевые слова: *студенты, непсихотические психические расстройства, диагностика, аффективные расстройства, профилактика.*

RESULTS OF THE STUDY OF THE FREQUENCY OF NEW CASES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN STUDENTS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

Yurtsenyuk Olha

Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovynian State Medical University", Teatralna sq., 2, Chernivtsi, Ukraine, 58002
yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua
ORCID ID: 0000-0002-1450-1530

Topicality. The trend of increasing mental disorders, especially due to borderline disorders, which has been observed in recent years, requires the search for new approaches to maintaining mental health, prevention and, in particular, early diagnosis of non-psychotic mental disorders (NPD).

The aim of the study. Investigate the frequency and structure of new cases of non-psychotic mental disorders in students of higher education institutions.

Materials and methods. During 2015-2017, we conducted a continuous comprehensive survey of 1,235 students in compliance with the principles of bioethics and deontology. Applied methods: clinical, clinical-psychopathological, clinical-epidemiological, clinical-anamnestic, experimental-psychological and statistical. The sample did not have significant differences in gender and age, place of residence, form of education. The survey was conducted in the intersessional period.

Results. Evaluation of primary cases of NPD, which were detected during re-examination, was performed among practically healthy students based on the results of the first examination and compared the data with the structure of NPD, which we diagnosed in the entire cohort of subjects studied in the first cross section.

The majority of students in whom the initial examination revealed no mental pathology remained virtually healthy after a year (858 people, 93.46%). Analyzing the structure of NPD, which arose during this period in this contingent, was narrower in comparison with the identified patients at the initial examination. Mainly, NPD were represented by affective disorders (F30.0, F32.0, F34.0) and neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40.1, F41.2, F42.0, F43.20, F43.21, F43.22). An interesting fact was that in the structure of the NPD detected during the re-examination there were no other, than previously diagnosed during the initial examination, the category of mental pathology according to ICD-10.

Conclusions. Thus, mainly NPD of affective (1.2%) represents the structure of new cases of NPR diagnosed during the year of study and neurotic registers (5.34%) (In the ratio $\approx 1/5$, respectively), so other forms of mental pathology occur more quickly in period before the beginning of training or at long training. Therefore, it is advisable to focus on psychoprophylactic measures to increase the stress resistance of students and their adaptive capabilities.

Key words: *students, non-psychotic mental disorders, diagnostics, affective disorders, prevention.*

DOI: 10.26565/2312-5675-2021-17-04

УДК: 615.825:616.831.005-036.66

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОГО ДЕФІЦИТУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

В. К. Міщенко

**Міщенко
Валерія Костянтинівна**

Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, 61176,
м. Харків, Україна
lera.docneuro@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8120-3568

У статті розглядається тема присвячена відновленню утраченої рухової функції за допомогою комплексної фізичної реабілітації. Представлені результати дослідження 84 хворих, що перенесли мозковий ішемічний інсульт. Дослідження хворих проводилось у відновлювальному періоді (від 3 до 6 місяців з моменту судинної катастрофи). Середній вік хворих становив 64,2±1,7 років. В процесі дослідження усі пацієнти були розділені на дві групи в залежності від виду реабілітаційного лікування. Основну групу склали 43 пацієнта, котрі під час всього періоду нагляду отримували стандартну медикаментозну терапію спрямовану на вторинну профілактику (антигіпертензивні, гіпхолестеринемічні, цукровознижуючі та інші засоби), а також терапію, спрямовану на корекцію та профілактику нейрокогнітивних та дисциркуляторних порушень (засоби метаболічної дії та засоби з вазоактивною дією). Усі пацієнти основної групи проходили курс комплексного фізичного реабілітаційного лікування. Останнє включало заняття з кінезіотерапії, ерготерапії, логопедичні заняття та за необхідністю хворі отримували психокорекційні та психотерапевтичні методи лікування. Другу (порівняльну) групу склали 41 хворий, які отримували лише медикаментозне лікування: стандартну базисну терапію в рамках вторинної профілактики МІ та терапію спрямовану на корекцію та профілактику нейрокогнітивних, дисциркуляторних порушень. Результати проведеного нами дослідження показали, що застосування комплексної програми реабілітаційного лікування, що складається з фізичних та медикаментозних методів є достовірно більш ефективним для хворих з руховими порушеннями, котрі перенесли мозковий ішемічний інсульт в порівнянні з використанням лише медикаментозних методів серед даних хворих.

Ключові слова: мозковий ішемічний інсульт, комплексна фізична реабілітація, рухові функції

Як цитувати: Міщенко В. К. Вплив комплексної фізичної реабілітації на відновлення рухового дефіциту у хворих, що перенесли мозковий ішемічний інсульт // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. – №17. – С. 28–33. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-04>

In cites: Mishchenko V. Influence of comprehensive physical rehabilitation on the restoration of motor deficiency in patients suffered ischemic stroke. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021. No 17, pp. 28–33. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-04>

Вступ

За даними ВООЗ мозкові інсульти (МІ) щорічно вражають біля 17,3 млн людей у всьому світі, а помирає від них більше 6 млн. На планеті проживає більше 62 млн людей, які перенесли МІ. Експерти ВООЗ прогнозують, що в найближчі 10 років кількість цих хворих збільшиться до 72 млн [1-2]. Ця проблема є актуальною і для України. За даними офіційної статистики МОЗ України, щорічно в країні відбувається більше 100 тис. МІ, а помирає внаслідок з них біля 30-35 тис. осіб [3].

Соціально значимою цю проблему визначає не тільки висока смертність від інсульту, але і велика інвалідизація цих хворих. За даними проведених досліджень, тільки 10-20% хворих повертаються після МІ до праці та свого звичного життя [4-5]. Біля 60% страждають від рухових порушень, у 18-20% хворих спостерігаються мовні розлади, а біля 30% хворих потребують сторонньої допомоги [6].

Європейська організація з інсульту (European stroke organization, ESO) поставила задачу перед країнами Європи: знизити рівень захворюваності, смертності та інвалідизації хворих від інсульту шляхом підвищення рівня надання медичної допомоги в гострому періоді та створення системи комплексної реабілітації для цих хворих [7]. Особливо гостро стоїть питання відновлення порушених рухових функцій внаслідок перенесеного МІ. У зв'язку з цим, увага багатьох дослідників прикута до вивчення цієї проблеми [8; 10-12; 14-16].

В практичному керівництві з реабілітації хворих після МІ, яке було розроблено канадськими вченими в 2019 році та засновано на принципах "найкращої практики", було показано, що рання та тривала реабілітація, що складається з фізичної та медикаментозної – є найбільш ефективною для цих хворих. Такі ж самі принципи реабілітації були закладені і в рекомендаціях АНА/ASA [9; 13; 19].

Але ще багато питань в цих керівництвах є не до кінця досліджені та потребують подальшого вивчення. В першу чергу це стосується найбільш складних клінічних питань в реабілітації хворих після інсульту, особливо, що стосуються рухових порушень.

Тому, метою нашого дослідження стало оцінити вплив комплексної фізичної реабілітації (ФР) на ефективність відновлення рухових функцій у хворих, що перенесли мозковий ішемічний інсульт (МІІ).

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети нами було використано клініко-неврологічні та статистичні методи дослідження. Оцінка рухових порушень здійснювалась за допомогою Шкали Комітету медичних досліджень

(Research Council Scale). Спастичність визначалась за допомогою шкали Ашворта (Modified Ashworth Scale for Crading Spasticity). Оцінка інтенсивності больового синдрому пацієнтами здійснювалась за візуальними і вербальними критеріями в балах від 0 до 10 (візуально-аналогова шкала болю (ВАШ)). Ступінь активності у повсякденній життєдіяльності оцінювалась за допомогою індекса Бартел. Ступінь інвалідизації хворих визначався за допомогою шкали Ренкіна.

До дослідження було залучено 84 хворих, які перенесли МІ за ішемічним типом (40 жінок та 44 чоловіка). Середній вік хворих, які приймали участь у дослідженні становив $64,2 \pm 1,7$ років. Всі хворі проходили стаціонарне лікування у відділенні судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ "ІНПН НАМН України".

Критеріями включення до дослідження були:

1) наявність підтвердженого по даним клінічного та нейровізуалізаційного дослідження мозкового інсульту за ішемічним типом;

2) період з моменту судинної катастрофи від 3 до 6 місяців (відновлювальний період).

В процесі дослідження усі пацієнти були розділені на дві групи в залежності від виду реабілітаційного лікування. Основну групу склали 43 пацієнта, котрі під час всього періоду нагляду отримували стандартну медикаментозну терапію спрямовану на вторинну профілактику (антигіпертензивні, гіпхолестеринемічні, цукрознижуючі та інші засоби), а також терапію спрямовану на корекцію та профілактику нейрокогнітивних та дисциркуляторних порушень (засоби метаболічної дії та засоби з вазоактивною дією). Усі пацієнти основної групи проходили курс комплексного фізичного реабілітаційного лікування. Останнє включало заняття з кінезіотерапії, ерготерапії, логопедичні заняття та за необхідністю хворі отримували психокорекційні та психотерапевтичні методи лікування.

Другу (порівняльну) групу склали 41 хворий, які отримували лише медикаментозне лікування: стандартну базисну терапію в рамках вторинної профілактики МІ та терапію спрямовану на корекцію та профілактику нейрокогнітивних, дисциркуляторних порушень.

Реабілітаційне лікування хворих основної групи складалось з занять з кінезіотерапії за методикою Бобат (Neuro-Developmental Treatment, NDT/Bobath) та за методикою пропріорецептивної нейром'язової фасилітації (Proprioceptive neuromuscular facilitation, PNF) [17-18].

Реабілітаційні заняття проходили 5 разів на тиждень. Тривалість кожного заняття складала 3 години [9]. Ступінь навантаження для кожного хворого визнача-

лась з урахуванням виразності неврологічного дефіциту та загальносоматичного стану пацієнта. За необхідністю до лікування долучалися: логопед, психолог, психотерапевт та ерготерапевт. Всього за курс стаціонарного реабілітаційного лікування хворі проходили 20 занять.

Результати дослідження

Поліморфізм та виразність клінічних проявів наслідків перенесеного МІ у обстежених хворих багато в чому був обумовлений локалізацією та розміром вогнища ураження головного мозку. Вогнищева неврологічна симптоматика відповідала локалізації враженого судинного басейну.

У хворих з перенесеним МІ в системі середніх мозкових артерій характерними були скарги на слабкість, оніміння, порушення чутливості в контрлатеральних кінцівках, а для хворих з вогнищем в лівій півкулі, крім цього ще і мовні порушення. Хворі з ураженням вертебро-базиллярного басейну скаржились на стійке системне запаморочення, шум та дзвін в голові, двоїння, порушення ковтання.

На початку дослідження у 29 (34,5 %) хворих спостерігався виражений геміпарез, у 47 (56 %) – помірний геміпарез, у 8 (9,5 %) хворих легкий геміпарез, що було

підтверджено за допомогою шкали комітету медичних досліджень (Research Council Scale, 1984).

Після завершення курсу реабілітаційного лікування позитивна динаміка відмічалась у хворих обох груп, однак найбільш значний ефект від лікування спостерігався серед пацієнтів основної групи, які мали виражений геміпарез (таблиця 1).

Характерним проявом ураження пірамідного тракту у досліджуваних хворих були порушення м'язового тону в паретичних кінцівках. На початку дослідження за допомогою шкали Ашворта постінсультну спастичність було виявлено у переважній більшості хворих, як основної групи (67%), так і контрольної групи (66%). Хворі переважно скаржилися на виражені больові м'язові стягування в одній або в обох кінцівках, які підсилювалися під час ходи та при незначних фізичних навантаженнях. На початку дослідження середній бал спастичності за шкалою Ашворта становив $2,8 \pm 0,4$ бали у хворих основної групи та $3,2 \pm 0,4$ бали серед хворих контрольної групи. Після завершення курсу лікування відмічалась позитивна динаміка з боку зменшення спастичних проявів серед пацієнтів обох груп. Однак, більш виражене зменшення спастичності було виявлено серед хворих

Таблиця 1

Динаміка результатів відновлення рухових функцій за Шкалою Комітету медичних досліджень до і після курсу реабілітаційного лікування у хворих, що перенесли мозковий ішемічний інсульт, основної групи та групи порівняння у відновному періоді

Показник	Основна група (n = 43)				Група порівняння (n = 41)			
	до лікування		після лікування		до лікування		після лікування	
	абс. к-сть	%	абс. к-сть	%	абс. к-сть	%	абс. к-сть	%
Виражений геміпарез	15	34,9	8	18,6*	14	34,1	13	31,7*
Помірний геміпарез	24	55,8	27	62,8	23	56,1	24	58,5
Легкий монопарез	4	9,3	8	18,6	4	9,8	4	9,8

Примітка: * - вірогідність розходжень $p < 0,05$

Таблиця 2

Динаміка показників залежності від оточення за індексом Бартеля до і після проходження курсу реабілітаційного лікування у хворих основної групи та групи порівняння в відновному періоді МІ

Показник індекса Бартеля	Основна група (n = 43)				Група порівняння (n = 41)			
	до лікування		після лікування		до лікування		після лікування	
	абс. к-сть	%	абс. к-сть	%	абс. к-сть	%	абс. к-сть	%
Повна залежність від оточення	14	32,6	9	20,9*	13	31,7	12	29,3*
Виражена залежність від оточення	25	58,1	20	46,5*	24	58,5	23	56,1
Помірна залежність від оточення	1	2,3	8	18,6*	2	4,9	4	9,7
Легка залежність від оточення	3	7	6	14	2	4,9	2	4,9

Примітка: * - вірогідність розходжень $p < 0,05$

першої групи (середній бал за шкалою Ашворта знизився на 0,7) порівняно з результатами хворих другої групи (середній бал за шкалою Ашворта знизився на 0,4), що є достовірним ($p \leq 0,05$).

За допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ) нами була проведена оцінка виразності болю в пацієнтів. Середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи становив $3,7 \pm 0,5$ бали на початку дослідження. Відповідний показник серед пацієнтів другої групи склав $3,5 \pm 0,5$ бали. По завершенню курсу лікування більш значний результат у вигляді суб'єктивного зменшення болю спостерігався серед хворих основної групи порівняно з хворими другої групи ($2,2 \pm 0,2$ бали та $2,8 \pm 0,3$ бали відповідно).

За допомогою індекса Бартела нами було оцінено функціональний стан хворих та виявлена їх залежність від оточення. Так, на початку дослідження виражену залежність від оточення мали 60,6 % хворих основної групи та 62,9 % хворих групи порівняння. Результати отриманні по завершенню дослідження показали, що серед пацієнтів, котрі отримували медикаментозну терапію та проходили курс реабілітаційного лікування значно зменшилась кількість осіб, котрі потребують допомоги від оточення (таблиця 2).

По результатам оцінки функціонування за шкалою Ренкіна на початку дослідження 24 (55,8%) пацієнтів

основної групи мали 4-й ступінь порушень (виражені ознаки функціональної неспроможності) та 9 (21%) пацієнтів мали 3-й ступінь порушень (помірно виражені ознаки функціональної неспроможності). В групі порівняння дані види порушень були мали 23 (56,1%), 8 (19,5%) пацієнтів відповідно.

Після завершення курсу лікування серед пацієнтів основної групи спостерігалось достовірне покращення стану у вигляді зменшення функціональної неспроможності. Середній бал за шкалою Ренкіна знизився з $3,4 \pm 0,06$ до $2,8 \pm 0,06$ ($p < 0,01$). На відміну від пацієнтів основної групи, серед пацієнтів групи порівняння не було встановлено достовірного покращення функціонування за весь час дослідження. Середній бал за шкалою Ренкіна знизився з $3,4 \pm 0,07$ до $3,2 \pm 0,07$ ($p < 0,005$).

Висновки

Результати проведеного нами дослідження показали, що застосування комплексної програми реабілітаційного лікування, що складається з фізичних та медикаментозних методів є більш ефективним для хворих з руховими порушеннями, котрі перенесли мозковий ішемічний інсульт. Такий підхід підвищує ефективність відновлення порушених рухових функцій в порівнянні з використанням лише медикаментозних методів серед даних хворих у відновлювальному періоді та дозволяє в цілому зменшити інвалідизацію даних хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. - ISBN 9789241565585 Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Thrift Amanda G. Global stroke statistics / Amanda G. Thrift. et al. // International journal of stroke. - 2014. - № 1. - p.18-32.
<https://www.doi.org/10.1111/ijis.12245>
3. Міщенко Т.С. Вторинна профілактика інсульту в питаннях та відповідях. /Т.С. Міщенко. // Здоров'я України. -2018.- №1.- С. 20-21. - Міщенко Т.С. Вторинна профілактика інсульту в питаннях та відповідях. - ISBN 978-617-7100-42-2
4. Jonsson Ann-Cathrin. Functional status and patient-reported outcome 10 years after stroke / Ann-Cathrin Jonsson et al. // Stroke. - 2014. - №6. - P. 1784-1790.
<https://www.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114005164>
5. Hankey Graeme J.. Long-term disability after first-stroke and related prognostic factors in the perth community stroke study, 1989-1990. / Graeme J. Hankey et al. // Stroke. -2002.- №4. - p.1034-1040.
<https://www.doi.org/10.1161/01.str.0000012515.66889.24>
6. Julie Bernhardt. Early mobilization after stroke. / B. Julie et al. // Stroke. - 2015.- №4.- p.1141-1146.
<https://www.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.007434>
7. Lees Kennedy R. Launching the European stroke journal: The European stroke organization perspective. / Kennedy R. Lees. // The European stroke journal. - 2016. - vol. 1(1). - p.4-5.
<https://www.doi.org/10.1177/2396987316630463>
8. The AVERT Trial Collaboration group. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. / The AVERT Trial Collaboration group. // The Lancet. - 2015.-vol. 386. - p.46-55.
[https://www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60690-0](https://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60690-0)
9. Debbel Hebert. Канадські рекомендації по веденню хворих з інсультом, які засновані на принципі "найкращої практики": практичне керівництво з реабілітації після інсульту, версія від 2015 року. / Hebert Debbel. // International journal of stroke. - 2017. - vol.1(3). p.3-35. - ISSN 2220-2676
10. Бархатов Ю.Д. Факторы, влияющие на восстановление двигательных функций у больных с полушарным инфарктом мозга различной локализации. / Ю.Д. Бархатов, А.С. Кадыков. // Нервные болезни. - 2018.- №4.-с.41-49.
<https://www.doi.org/10.24411/2071-5315-2018-12056>
11. Waje-Andreassen Ulrike. European Stroke Organisation certification of stroke units and stroke centres. / U. Waje-Andreassen, Nabavi D., Engelter S. et al. // European stroke journal. -2018.- vol. 3(3). - p. 220-226. DOI:10.1177/2396987318778971
12. Partridge EE. Creating a 21 st century global health agenda: the General Assembly of the United Nations High Level Meeting on Non-Communicable Diseases. / EE. Partridge, EJ Mayer-Davis et al. //Circulation. - 2011.- № 123.- p. 3012-3014.
<https://www.doi.org/10.1161/CIR.0b013e31821c36ab>
13. Powers W.J. . Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. / W.J. Powers, A.A. Rabinstein, T. Ackersen et al. // Stroke. - 2018. - 49(3). p.46-110.
<https://www.doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
14. Boyd Lara A. Биомаркеры восстановления после инсульта: ключевые рекомендации, основанные на консенсусе, Круглого стола по восстановлению и реабилитации после инсульта. / L.A. Boyd, K.S., Hayward, N. S. Ward et al. // International Journal of Stroke. -2018. - vol.2(1). - p.5-20. - ISSN 2220-2676.
15. Bernhardt J. Moving rehabilitation research forward: developing consensus statements for rehabilitation and recovery research. / J. Bernhardt, K. Borschman et al. // International Journal of Stroke. - 2016 vol 11(1). - p.454-458.
<https://www.doi.org/10.1177/1747493016643851>

16. Winters C. How to desing clinical rehabilitation trails for the upper paretic lumb early post stroke? / C. Winters, MW Heymans et al.// *Trails*. – 2016. – 17. – p. 468. <https://www.doi.org/10.1186/s13063-016-1592-x>
17. Effects of the Neurodevelopmental Treatment (NDT-Bobath) in the Mobility of Adults with Neurological Disorders /T.Besios, A.Nikolaos, G. Vassilios, M.Giorgos // *Open Journal of Therapy and Reahabilitation*. – 2019. – Vol. 7. – P. 120- 130. <https://www.doi.org/10.4236/ojtr.2019.73008>
18. The immediate effect of PNF pattern on muscle tone and muscle stiffness in chronic stroke patient / [Joong-San Wang](#), [Sang-Bin Lee](#), [Sang-Hyun Moon](#) // *Journal of Physical Therapy Science*. – 2016. – Vol.28 (3). – P.967 – 970. <https://www.doi.org/10.1589/jpts.28.967>

REFERENCES

1. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. ISBN 9789241565585 Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Thrift Amanda G. et al. Global stroke statistics. *International journal of stroke*. 2014. No. 1, pp. 18-32. <https://www.doi.org/10.1111/ijis.12245>
3. Mishchenko T.S. Secondary stroke prevention in questions and answers. *Health of Ukraine*. 2018. No. 1, pp. 20-21. [in Ukr.]
4. Jonsson Ann-Cathrin et al. Functional status and patient-reported outcome 10 years after stroke. *Stroke*. 2014. No. 6, pp. 1784-1790. <https://www.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114005164>
5. Hankey Graeme J. et al. Long-term disability after first-stroke and related prognostic factors in the perth community stoke study, 1989-1990. *Stroke*. 2002. No. 4, pp. 1034-1040. <https://www.doi.org/10.1161/01.str.0000012515.66889.24>
6. Julie Bernhardt et al. Early mobilizatoon after stroke. *Stroke*. 2015. No. 4, pp. 1141-1146. <https://www.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.007434>
7. Lees Kennedy R. Launching the European stroke journal: The European stroke organization perspective. *The European Stroke Journal*. 2016. Vol. 1, no. 1, pp. 4-5. <https://www.doi.org/10.1177/2396987316630463>
8. The AVERT Trial Collaboration group. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015. Vol. 386, pp. 46-55. [https://www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60690-0](https://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60690-0)
9. Debble Hebert. Canadian Guidelines for the Management of Stroke Patients Based on Best Practice: A Practical Guide to Post-Stroke Rehabilitation, 2015 Version. *International Journal of Stroke*. 2017. Vol.1(3), pp. 3-35.
10. Barkhatov Yu. D., Kadykov A. S. Factors influencing the restoration of motor functions in patients with hemispheric cerebral infarction of different localization. *Nervous diseases*. 2018. No. 4, pp. 41-49. [in Russ.] <https://www.doi.org/10.24411/2071-5315-2018-12056>
11. Waje-Andreassen Ulrike, Nabavi D., Engelter S. et al. European Stroke Organisation certification of stroke units and stroke centres. *European stroke journal*. 2018. Vol. 3(3), pp. 220-226. <https://www.doi.org/10.1177/2396987318778971>
12. Partridge E. E., E. J. Mayer-Davis et al. Creating a 21st century global health agenda: the General Assembly of the United Nations High Level Meeting on Non-Communicable Diseases. *Circulation*. 2011. No. 123, pp. 3012-3014. <https://www.doi.org/10.1161/CIR.0b013e31821c36ab>
13. Powers W. J., Rabinstein A. A., Ackersen T. et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018. Vol. 49, no.3, pp. 46-110. <https://www.doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
14. Boyd Lara A., Hayward K. S., Ward N. S. et al. Biomarkers of Stroke Recovery: Key Consensus Recommendations from the Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *International Journal of Stroke*. 2018. Vol. 2, no. 1, pp. 5-20.
15. Bernhardt J., Borschman K. et al. Moving rehabilitation research forward: developing consensus statements for rehabilitation and recovery research. *International Journal of Stroke*. 2016. Vol. 11, no. 1, pp. 454-458. <https://www.doi.org/10.1177/1747493016643851>
16. Winters C., Heymans M. W. et al. How to desing clinical rehabilitation trails for the upper paretic lumb early post stroke? *Trails*. 2016. No. 17, p. 468. <https://www.doi.org/10.1186/s13063-016-1592-x>
17. T.Besios, A. Nikolaos, G. Vassilios, M.Giorgos. Effects of the Neurodevelopmental Treatment (NDT-Bobath) in the Mobility of Adults with Neurological Disorders. *Open Journal of Therapy and Reahabilitation*. 2019. Vol. 7, pp. 120-130. <https://www.doi.org/10.4236/ojtr.2019.73008>
18. Joong-San Wang, Sang-Bin Lee, Sang-Hyun Moon. The immediate effect of PNF pattern on muscle tone and muscle stiffness in chronic stroke patient. *Journal of Physical Therapy Science*. 2016. Vol. 28, no. 3, pp. 967- 970. <https://www.doi.org/10.1589/jpts.28.967>
19. R. Teasell, N. M Salbach, N. Foley, A Mountain et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. *International journal of Stroke*. 2020. Vol. 15, no. 7, pp. 763- 783. <https://www.doi.org/10.1177/1747493019897843>

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

**Мищенко
Валерия Константиновна**

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
ул. Амосова, 58, 61176, г. Харьков, Украина
lera.docneuro@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8120-3568

В статье рассматривается тема, посвященная восстановлению утраченной двигательной функции с помощью комплексной физической реабилитации. Представлены результаты исследования 84 больных, перенесших мозговую ишемический инсульт. Исследование больных проводилось в восстановительном периоде (от 3 до 6 месяцев с момента сосудистой катастрофы). Средний возраст больных составил $64,2 \pm 1,7$ лет. В процессе исследования все пациенты были разделены на две группы в зависимости от вида реабилитационного лечения. Основную группу составили 43 пациента, которые во время всего периода наблюдения получали стандартную медикаментозную терапию, направленную на вторичную профилактику (антигипертензивные, гиполипидемические, сахаропонижающие и другие средства), а также терапию, направленную на коррекцию и профилактику нейрокогнитивных и дисциркуляторных нарушений (средства метаболического действия и средства с вазоактивным действием). Все пациенты основной группы проходили курс комплексного физического реабилитационного лечения. Последнее включало занятия по кинезиотерапии, эрготерапии, логопедические занятия и при необходимости больные получали психокоррекционные и психотерапевтические методы лечения. Вторую (сравнительную) группу составили 41 больных, получавших только медикаментозное лечение: стандартную базисную терапию в рамках вторичной профилактики МИ и терапию, направленную на коррекцию и профилактику нейрокогнитивных, дисциркуляторных нарушений. Результаты проведенного нами исследования показали, что применение комплексной программы реабилитационного лечения, состоящей из физических и медикаментозных методов является достоверно более эффективным для больных с двигательными нарушениями, перенесших мозговую ишемический инсульт, по сравнению с использованием только медикаментозных методов среди данных больных.

Ключевые слова: *мозговой ишемический инсульт, комплексная физическая реабилитация, двигательные функции.*

INFLUENCE OF COMPREHENSIVE PHYSICAL REHABILITATION ON THE RESTORATION OF MOTOR DEFICIENCY IN PATIENTS SUFFERED ISCHEMIC STROKE

Valeriia K. Mishchenko

Kharkiv Academy of Postgraduate Education, Amosova st., 58, 61176, Kharkiv,
Ukraine
lera.docneuro@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8120-3568

The article considers the issue of restoring lost motor function through comprehensive physical rehabilitation. The results of a study of 84 patients with cerebral ischemic stroke (CIS) are presented. The study of patients was conducted in the recovery period (from 3 to 6 months after the vascular accident). The average age of patients was 64.2 ± 1.7 years. During the study all patients were divided into two groups depending on the type of rehabilitation treatment. The main group consisted of 43 patients who received standard medicines therapy aimed at secondary prevention (antihypertensive, hypocholesterolemic, hypoglycemic and other medicines), as well as therapy aimed at the correction and prevention of neurocognitive and dyscirculatory disorders (medicines with metabolic and vasoactive action) during the entire period of supervision. All patients of the main group underwent a course of comprehensive physical rehabilitation treatment. The latter included classes in kinesiotherapy, occupational therapy, speech therapy classes and, if necessary, patients received psycho-corrective and psychotherapeutic methods of treatment. The second (comparison) group consisted of 41 patients who received only drug treatment: standard basic therapy in the framework of secondary prevention of CIS and therapy aimed at the correction and prevention of neurocognitive, dyscirculatory disorders. The results of our study showed that the use of a comprehensive rehabilitation treatment program consisting of physical and medical methods are significantly more effective for patients with motor disorders who have suffered an ischemic stroke compared with the use of only drug therapy in these patients.

Key words: *cerebral ischemic stroke, comprehensive physical rehabilitation motor functions.*

DOI: 10.26565/2312-5675-2021-17-05
UDC 616.83-06[616.98:578.834COVID-19

REVIEW OF THE PATHOGENESIS, CLINICAL MANIFESTATIONS AND PECULIARITIES OF NEUROPSYCHIC DISORDERS CAUSED BY COVID-19

O. Merkulova, Said S. Nassr

Olga Yu. Merkulova

*V. N. Karazin Kharkiv National University; Svobody Square, 6, 61022, Kharkiv, Ukraine
o.merkulova@karazin.ua
ORCID ID: 0000-0001-6880-0360

Nassr S. Said*

nassrsaid5@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-8553-4332

The article presents literature data numerous studies of patients with COVID-19. The available information helps to explain the nature and structure of the virus, the ways of penetration and its distribution in the human body, its interaction with the immune, nervous, endocrine, vascular, muscular systems, as well as the pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment of this contingent of patients. Due to tropisms SARS-CoV-2 to the human cells specific S glycoprotein this virus can bind receptor human angiotensin-converting enzyme 2 (ACE-2), fuse with host cells and disseminate in the organism. Renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) plays an important role in regulation of blood vessels, heart, kidneys functions. ACE-2 has an influence on the inflammatory, fibrotic and immunomodulatory mechanisms. Inhibition of these protection functions due to spread SARS-CoV-2 in human body leads to the progression of cardiovascular, renal and pulmonary diseases. Some authors describe indirectly the viral entry into the brain parenchyma by infecting the T-lymphocytes, that usually is accompanied by inflammatory reactions with an increase in the specific cytokines such as interleukins (IL) — 6, IL-8, tumor necrosis factor, monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1). The peculiarities of the binding of the virus to the human cells are the presence of neurotropic properties and the ability to change the permeability of blood brain barrier (BBB). Other authors note that the virus crosses the BBB directly through the olfactory neurons and also the brain's circumventricular organs structures, surrounding the third and fourth ventricles, and promote the infection of nervous system. It can also cause intravascular coagulation and blood clotting, which may lead to various diseases of the nervous system. In this regard, an important task for neurologists is to further study the effect of the COVID-19 virus on the nervous system and prevent the occurrence of its complications.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, inflammatory mediators, viral glycoproteins, encephalitis.

Як цитувати: Меркулова О. Ю., Насср С. Саїд. Review of the pathogenesis, clinical manifestations and peculiarities of neuropsychic disorders caused by COVID-19 // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. – №17. – С. 34–43. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-05>

In cites: Merkulova O. Yu., Nassr S. Said. Review of the pathogenesis, clinical manifestations and peculiarities of neuropsychic disorders caused by COVID-19. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021. No 17, pp. 34–43. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-05>

Introduction. It had been one year and a few months that the world had been struggling with the emergent SARS-CoV-2 infection, which had spread with a very strong agility to reach almost every corner of the globe in just few months. The infection had started from an endemic affecting the city of Wuhan in China where the initial cases of coronavirus infection were identified [1] to a pandemic affecting nearly all the nations of the earth. The fear that is associated with this virus had not come from absolute nothingness; it is due to the severity of the pulmonary manifestation that was resulted from this infection and the wide range of systemic illnesses that can result out of it. The disease, later called COVID-19, is caused by the SARS-CoV-2 virus [2]. Coronavirus is within the genus of betacoronavirus which is from the Coronaviridae family [3], these are enveloped viruses and they have no-segmented and single-stranded RNA genome [2]. SARS-CoV-2 gets transmitted from one person to the other through direct contact or when droplets that are sneezed or coughed up are caught up on the recipient's mucosa [4]. The main reason behind the wide spreading of the disease is that the carriers of the disease can remain asymptomatic for a long period of time while still getting in contact with others [5]. That is why the control of this virus in spreading is very to monitoring.

Pathogenesis. Like other coronaviruses, this virus uses spike glycoproteins that help and allow this virus to bind the surface receptors of our own body cells, ensuring its access into them. This specificity in binding between the glycoproteins and the receptors on specific cells is known as tropisms. These viral glycoproteins that are expressed in the surface of these viruses are known as the S glycoproteins. The S glycoprotein, comprises two functional subunits: the S1 subunit, which binds to the host cell receptor, and the S2 subunit, which catalyzes the fusion of viral and cellular membranes. The receptor-binding domain (RBD) which part of S1 subunit binds to a peptidase domain which is found in

the human angiotensin-converting enzyme 2 (ACE-2) [6; 7] after the cleavage takes place, the S2 domain gets exposed and this allows its binding with the fusion peptide and another factor like the internal fusion peptide. At this stage the virus gets to fuse with the cell membrane (figure 1) [8].

Thus, the ACE-2-RBD binding affinity determines the person's susceptibility to get infected with the SARS-CoV-2 virus. SARS-CoV-2 has shown neurotropic features and the capacity to result in various neurological disorders. It had been shown that SARS-CoV-2 was present in the cerebrospinal fluid (CSF) of many patients who had been infected with SARS-CoV-2 [9]. Although it had been proven that it has a role in the regulation of the blood pressure, now it is as well evident that the activity of the ACE-1 / Angiotensin-2 (Ang-II) pathway contributes to other important physiological processes. Many studies have shown that this system is vastly present in various organ systems, and it was found to be associated pro-inflammatory, and it can induce proliferation and fibrosis in the affected organ [4-5; 10-11]. As it is now known, there is an additional factor in the RAAS, which is the corresponding homolog of ACE-1. This homolog is the well-known ACE-2, which is able to cleave Ang-II and it in turn converts it from angiotensin (1-9) to angiotensin (1-7). This permits the decrease in the fibrotic and the proliferative role of angiotensin 2 [5; 10-11]. Due to this, we can expect that this additional ACE-2 arm of the RAAS system can be possibly impaired or inactive, which makes it a contributory factor in many cardiovascular diseases and other systemic diseases in relation to inflammation [5]. ACE-2 mechanism of action was also seen in models of diseases like obesity, cerebral ischemia, atherosclerosis, and others by causing the reduction in cytokine production and interfering with fibrotic signaling pathways [11]. This can exacerbate inflammatory symptoms in SARS-CoV-2 infected patients. The binding of SARS-CoV-2 to ACE-2 also lessens its

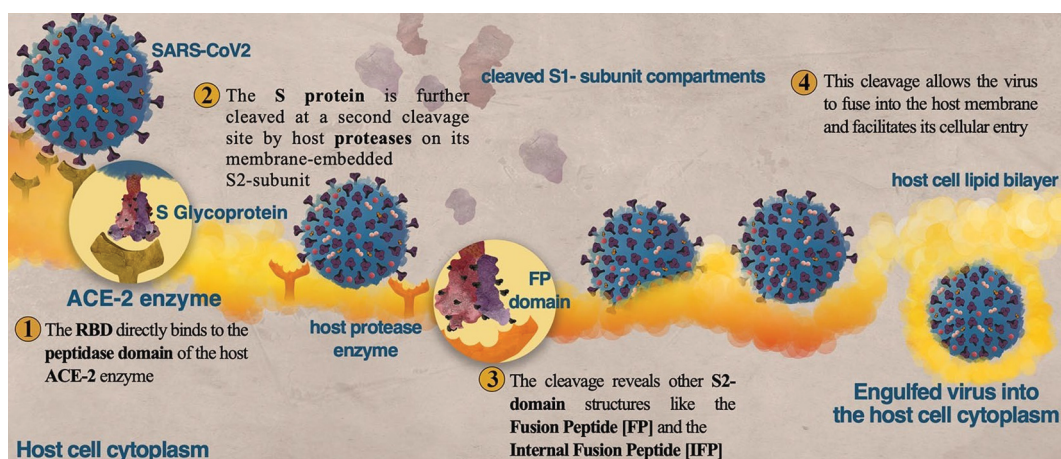


Fig. 1. The potential role of ACE-2 in SARS-COV2 host cell entry mechanism [5]

availability to cleave Ang-II, extending its vasoconstrictive and pro-inflammatory roles [12].

Evaluation of immune response childrens with CNS encephalitis-like infection and respiratory tract infection due to COVID-19 indicate on significantly higher level of cytokines such as granulocyte macrophage colony-stimulating factor (GM-CSF), IL-6, IL-8, MCP-1, and GM-CSF in their CSF compared to serum samples. These characteristics of cytokine level may be prognostic factor in disease progression [13].

As known ACE-2 is expressed in such tissues as alveolar cells of lung, gastrointestinal tract (GIT) and brain [14]. As well as symptoms lesion of respiratory system and GIT we meet with COVID-19-associated acute cerebrovascular system (CVS) diseases such as ischemic and hemorrhagic stroke, thrombosis of cerebral venous sinuses, inflammatory coagulopathy. This conditions often connected with development seriously complications, increase level of cytokines and development inflammatory cytokine storm [14]. SARS-CoV-2 infection causes disseminated intravascular coagulation and diffuse clots in the blood. In addition to that the close adherence between the endothelial cells of the blood vessels gets interrupted, which in turn increases the BBB permeability leading to lesions in the CNS. This causes small lesions within the CNS, which allows SARS-CoV-2 to enter into the CNS. Coherent with viral brain infections, COVID-19-caused encephalitis can stem from systemic inflammation and disturbance of the BBB and results in seizures and acute hemorrhagic necrotizing encephalopathy, that is a rare complication of viral infections. Also, regulation of coagulation, blood

clotting, and BBB permeability engages pro-inflammatory cytokines, such as interferon- γ , and inflammatory mediators such as arachidonic acid derivatives (figure 2) [4; 5].

Clinic. Essential and common neurological symptoms including gustatory and olfactory dysfunctions, myalgia, headache, altered mental status, confusion, delirium, and dizziness. Moreover, neurological manifestations and complications that are of great concern such as stroke, seizures, cerebral (sinus) venous thrombosis, meningoencephalitis, Guillain-Barré syndrome, acute myelitis, and posterior reversible encephalopathy syndrome are also tackled systematically [14].

In a Beijing Hospital, Chinese, the virus COVID-19 was detected in the CSF of the 56-year old man who was later diagnosed with encephalitis. His consciousness decreased, but his computer tomography did not revealed a brain pathology. His neurological symptoms gradually regressed after treatment [15].

Many emerging reports now had highlighted the ability of the SARS-CoV-2 virus to infect the central nervous system and cause many of its noticed and prevalent neurological disorders.

The first case of the 24-year old man of COVID-19 meningitis/encephalitis was noted in Japan in whose CSF RNA for the SARS-CoV-2 was detected, but in nasopharyngeal swab virus was negative. The patient presented with fever, headache, and generalized fatigue, convulsions with subsequent unconsciousness and neck stiffness. Artificial ventilations of lungs was made due to multiple epileptic seizures. His Glasgow Coma Scale was 6. CT-chest shows bilateral pneumonia with small zones of lesion.

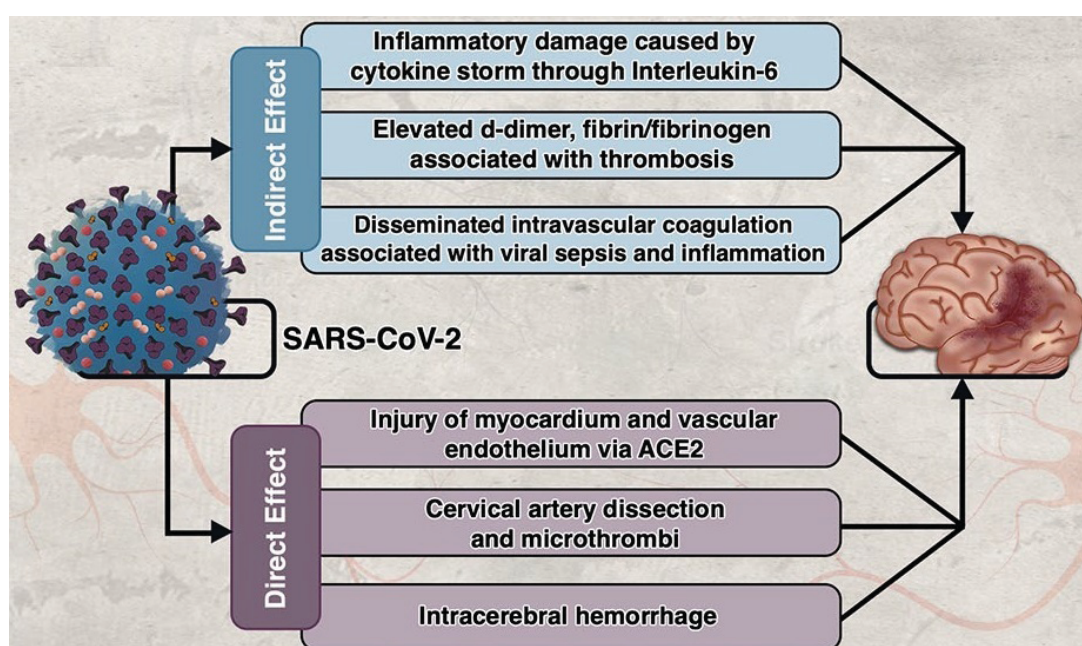


Fig. 2. Direct and indirect effects of SARS-COV2 on the brain [5]

On MRI investigation, his right temporal lobe and hippocampus showed hyper-intense signal changes with minor hippocampal atrophy, which indicated right lateral ventriculitis and encephalitis [9]. Thus symptoms of lesion NS as encephalitis or meningitidis may be the first as well as respiratory system involvement due to hidden COVID-19 virus.

High risk of development and progression neurological disorder has people 60 years and older with comorbidity pathology as heart and lung disease, diabetes. People with neurologic pathology such as multiple sclerosis, amyotrophic lateral sclerosis, myasthenia gravis, Parkinson's and Alzheimer's disease should be follow recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention. Neurologist should be vigilant for the influence COVID-19 on the patients, especially in the case of multiple sclerosis patients, taking immune-modulating therapies. Also patients should avoid the situations connected with high risk of disease [16].

Moreover, patients had been shown to suffer from delirium and agitation [17], as well as in another study there were noted cases of patients who had suffered from necrotizing hemorrhagic encephalopathy [18]. Other report had shown that approximately 33% of SARS-CoV-2-infected patients in three COVID-19-specified hospitals in Wuhan, had displayed a varying degree of neurological manifestations starting from dizziness and altered consciousness and eventually ending up in various severe neurological diseases [18].

In the report by Poyiadji et al. [18] presented the 58-year old woman from the USA with fever, cough, and altered mental state where MRI revealed acute necrotizing encephalitis in the bilateral thalami, medial temporal lobes, and sub-insular regions. However as noted in many published articles [9; 13-14], the virus itself was not detected and isolated in the nasopharyngeal swabs of many of the patients. This indicates either the possibility of a faulty swab isolation or the late neurological affection that had emerged after the patient had cleared off the virus and it is not anymore detectable.

Moreover, 37% of 214 patients who were infected with the SARS-CoV-2 virus had eventually displayed neurological symptoms of some sort. Some people who contract the SARS-CoV-2 infection are prone to developing a transient or a prolonged loss of taste and smell depending on the degree of the inflammatory response that preceded [19; 24]. Furthermore, 125 patients have been described in the national report from the UK that monitored COVID-19 progression. 77 of them prevalence cerebrovascular pathology, of whom 74% had an ischaemic stroke, 12%

an intracerebral haemorrhage, and 1% CNS vasculitis. 39 of 125 patients revealed with different alterations mental status, including 7 patients with encephalitis. 10 patients had primary development psychosis. This information indicated on relations between COVID-19 viral infection and change neurological or neuropsychiatric presentations [20].

Hereby, we can deduce in such a case that the neurological symptoms arising from this infection are quite wide and diverse. It had been further noted by Boehme A. K. et al. [21] that COVID-19 increase the risk of strokes, as well as, many of COVID-19 patients had displayed a wide array of vascular-related diseases such as disseminated pulmonary microthrombi, venous thromboembolism and brain micro strokes [14; 21].

In addition, the psychosocial aspect of the SARS-CoV-2 pandemic can not be ignored. Besides that, survivors exhibited posttraumatic stress disorder (54.5%), depression (39%), pain disorder (36.4%), panic disorder (32.5%), and obsessive-compulsive disorder (15.6%) at 31 to 50 months post-infection [22]. Some authors note that delirium and septic encephalopathy were typical for severely ill patients, smell disorder and headache more common in mild cases [23; 24]. Investigation of 42 patients with pathology NS through 3-4 months after COVID-19 revealed that in 95.2% cases present neurocognitive disorders of different stage [25].

The virus influences on release cytokine IL-6, cause inflammatory damage of tissue as cytokine storm that associated with increase blood viscosity, elevation of D-dimer level, intravascular coagulation and development of stroke [4; 5; 13]. The frequency of ischemic stroke is rare than other pathology NS and some authors indicate 1.1-2.5% [26-27].

Patients with additional pathology CVS, endocrine, kidney disease have more factors of risk development acute vascular pathology. In articles [23-24] describe the clinical case of minor stroke SARS-Cov-2 positive patient with comorbid pathology as hypertension, type 2 diabetes, chronic renal disease, dyslipidemia and ischemic heart disease with a myocardial infarction. He is 70 years old and smoking. The day before he entered to the hospital with COVID-19-related bilateral pneumonia. Next day developed transitory sensory and motor disturbances on the left side of the body (about 6 hours). He had an implantable cardioverter-defibrillator and pacemaker. Brain CT and angio-CT revealed a thrombus in the right cerebral posterior artery (figure 3).

During neurological examination the disturbances were resolved and neurological status return back to the normal with standard conservative treatment.

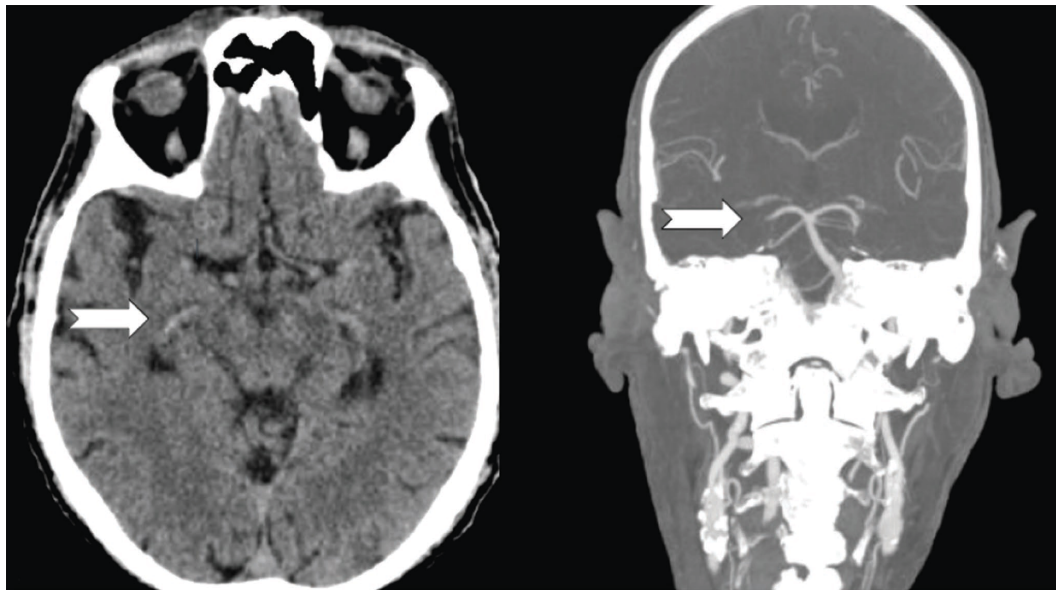


Fig. 3. Brain CT (left) and angio-CT (right) revealed a thrombus in the right cerebral posterior artery (arrows) [23-24] patient with minor stroke.

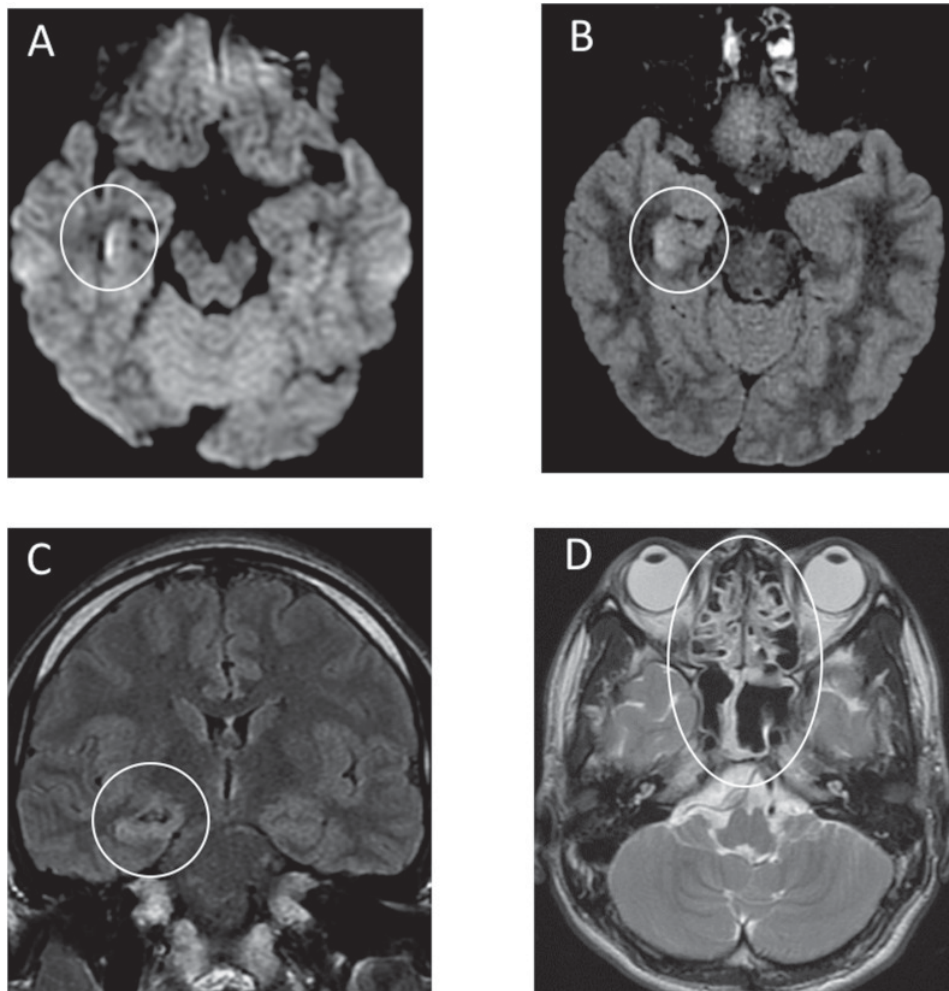


Fig. 4. Brain MRI in 20 hours after admission to the clinic: (A) diffusion weighted images regime revealed zone hyperintensity up the wall right lateral ventricle on the level inferior horn; (B, C) fluid-attenuated inversion recovery images displayed hyperintensive character of alteration of right mesial temporal lobe and hippocampus with mild atrophy of hippocampus; these changes denote on right lateral ventriculitis and encephalitis mostly on right mesial lobe and hippocampus; (D) T2-weighted image displayed pan-paranasal sinusitis [9].

So, brain CT angiography is a great tool to detect thrombosis in blood vessels as is the case in a patient who had experienced deterioration in the neurological status after the infection with SARS-CoV-2.

Diagnosics. If we suspect that the CNS disease is a complication of COVID-19, CSF extraction and its subsequent analysis within the window period can show elevated levels of the viral RNA. Typically, we can note an increase in the lymphocytes and an additional surge in the proteins levels to more than 2000 pg/ml, which exceeds the normal by 1500 pg/ml [23]. Even so, it is not obligatory to find the RNA of SARS-CoV-2 in the CSF in all cases because some of the cases of encephalitis are indirectly caused due to the overall immune response against the virus that is not necessarily present in the CNS all the time. Moreover, especially if the patient is still experiencing general suspicious symptoms the real time-polymerase chain reaction assay from the nasopharyngeal swabs needs to be done in order to confirm that the patient had contracted the virus and that it is what is causing the person the systemic illness. However, when the patient displays specific neurological symptoms we need to use more specific and advanced techniques that can highlight the specific changes at the level of the CNS. New conducted researches are highlighting the role of fluorodeoxyglucose-positron emission tomography-scans (FDG-PET-scans) and CT-scans in the analysis of the affection of the nervous tissue by the inflammatory process against the virus. Cognitive performances can be checked and assessed using validated screening modalities that depend on the attentional abilities of the patients: Mini-Mental State Evaluation, Frontal Assessment Battery, praxis abilities. So, in patients who had seizures K-spindles can be detected on the electroencephalogram as well as on FDG-PET-scans showing hot spots, which indicate hypermetabolic foci [24]. Most of the imaging outcomes of the FDG-PET-scan around the 19th-23rd days of the viral infections show bilateral prefrontal and left-sided parieto-temporal hypometabolism and a slight hypermetabolism within the cerebellar vermis [23]. This clinical finding on the FDG-PET-scan is now a confluent finding consistent with most of COVID-19 patients displaying cognitive impairments. On later days of the infectious process (after a month and 10 days), FDG-PET-scans suggest different findings specifically hypometabolism within the bilateral prefrontal and associative posterior cortices, and hypermetabolism within the cerebellar vermis [23]. Brain FDG-PET imaging should be considered in patients with Covid-19 presenting with acute central nervous system impairment. Further studies with longitudinal FDG-PET imaging will be important to determine the pathophysiological bases of the pattern of

cortical hypometabolism and cerebellar hypermetabolism, and whether these abnormalities are due to functional inactivation rather than irreversible brain damage [23].

MRI images had been found to show hypodense foci in the temporal lobe, hippocampus and the lateral ventricles (figure 4), however, these findings do not seem to be so specific in diagnosing encephalitis specific to COVID-19 [24].

Treatment. Of a great significance while treating patients who have a severe systemic illness secondary to COVID-19, is to initiate the earliest possible and anti-inflammatory therapeutic to try and get the inflammatory cytokines under control in order to inhibit the damage that is imparted on the CNS by the cytokines storm. This anti-inflammatory therapy can be delivered through the use of corticosteroids. The importance of pulse therapy with corticosteroids was noted in the article by Delorme C. et al. [23], in which the administration of 2 mg/kg/day of corticosteroids for 3 days and then 1 mg/kg/day for 3 days had widely alleviated the symptoms within few days. For the treatment of seizures, the specific anti-epileptic regimen needs to be specific to the type of seizure that the patient has. When treating epilepsy in a given patient with SARS-CoV-2 infection, it is important to check the pharmacological interactions between antiepileptic drugs and the drugs used to treat COVID-19 in that subject.

The clinical case of the 24-year old patient [9] with meningoencephalitis, pneumonia and multiple epileptic seizures described earlier shows successful treatment including antibiotics (ceftriaxone, vancomycin), antiviral (acyclovir, then favipiravir) medicine, steroids and anticonvulsant (levetiracetam).

In addition, for the treatment of headaches the usage of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) can be given with a careful attention the history of present diseases, especially peptic ulcers, liver diseases, or kidney diseases, as well as any possible hypersensitivity reactions to NSAIDs as well as gabapentin nightly (300 to 900 milligrams) has looked helpful for these patients who have post-COVID-19 lingering headache. Also, in the case of strokes prophylaxis, may include the using of antihypertensive drugs, anticoagulants, platelet antiaggregants, heparin can be used in order to prevent blood clotting and the possibility of ischemic brain injuries. Last but not least, the need for vaccination is essential, which ensures that in case the patient gets sick, they will not get to the point where they require hospitalization and where an aggressive therapeutic regimen needs to be taken to treat the neurological manifestations and to alleviate the neurological symptoms. The exact treatment protocol of the neurological manifestations in COVID-19 is still very flexible

and it is prone to modifications in the upcoming future due to appear new knowledge about this illness.

COVID-19 Treatment Guideline (April 21, 2021) uses for medical control of mature patients. It bases on the disease severity. So, outpatients with mild to moderate course COVID-19 without at high risk progression this guideline recommends supportive care and symptomatic treatment. All measures should be directed to reduce the risk of virus transmission to others. In the case of high risk of an attack of disease Food and Drug Administration (FDA) recommends to use monoclonal antibodies such as bamlanivimab and etesevimab or casirivimab and imdevimab [28–29]. Antiviral drug remdesivir recommends for the treatment of COVID-19 by FDA too. This schema of treatment is used for in-patients who require additional oxygen [30–33]. Dexamethasone is recommended to improve survival in hospitalized patients who require oxygen support and artificial ventilation [34–37]. Additional assignment of tocilizumab, monoclonal antibody, to dexamethasone therapy usually use to get better survival of the patients with quick respiratory decompensation [38–39].

Conclusion. The neurological manifestations of COVID-19 are of a vast range and research is still ongoing to ensure a full understanding of all the possible pathways that can lead to the development of the various neurological symptoms. The neurological and psychological manifestations of COVID-19 are enormous mainly evolving due to the role of cytokines in targeting the BBB, and the subsequent activation of microglia and astrocytes resulting in the degeneration of the neuronal parenchyma. Research for more deliberate mechanisms of the various pathologies needs to expand in order to prevent the severe neuropsychological outcomes of SARS-CoV-2 infection such as stroke, encephalopathy, neuropathy, asthenic syndrome, taste and smell dysfunction and other.

Declaration of Conflicting Interests. The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

ЛІТЕРАТУРА

1. Structure analysis of the receptor binding of 2019-nCoV / Chen Y., Guo Y., Pan Y. та ін. // *Biochem Biophys Res Commun.* – 2020. – №525. – С. 135–140. <https://www.doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.02.071>
2. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. / Zhou P., Yang X. L., Wang X. G. та ін. // *Nature.* – 2020. – №579. – С. 270–273. <https://www.doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>
3. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses 2020; Weiss and Navas-Martin 2005.
4. Rothan H. A. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak / Rothan H. A., Byrareddy S. N. // *J Autoimmun.* – 2020. – №109. – С. 102433. <https://www.doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
5. Neurological and neuropsychological changes associated with SARS-CoV-2 infection: new observation, new mechanisms. Review / Haidar A., Jourdi H., Haj Hassan Z та ін. // *The Neuroscientist.* – 2021. – С. 20. <https://www.doi.org/10.1177/1073858420984106>
6. The spike glycoprotein of the new coronavirus 2019-nCoV contains a furin-like cleavage site absent in CoV of the same clade. / Coutard B., Valle C., de Lamballerie X. та ін. // *Antiviral Research.* – 2020. – №176. – С. 104742. <https://www.doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104742>
7. The coronavirus spike protein is a class I virus fusion protein: structural and functional characterization of the fusion core complex. / Bosch B. J., van der Zee R., de Haan C. A. та ін. // *J Virol.* – 2003. – №77(16). – С. 8801–8811.
8. Tectonic conformational changes of a coronavirus spike glycoprotein promote membrane fusion. / Walls A. C., Tortorici M. A., Snijdera J. та ін. // *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* – 2017. – №114(42). – С. 11157–11162.
9. A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-coronavirus-2. / Moriguchi T., Harii N., Goto J. та ін. // *Int J Infect Dis.* – 2020. – №94. – С. 55–58. <https://www.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.062>
10. Role of the renin-angiotensin system in kidney development and programming of adult blood pressure. / Almeida L. F., Tofteng S. S., Madsen K. та ін. // *Clin Sci (Lond).* – 2020. – №134(6). – С. 641–656. <https://www.doi.org/10.1042/CS20190765>
11. The anti-inflammatory potential of ACE2/angiotensin-(1-7)/Mas receptor axis: evidence from basic and clinical research. / Rodrigues Prestes T. R., Rocha N. P., Miranda A. S. та ін. // *Curr Drug Targets.* – 2017. – №18(11). – С. 1301–1313. <https://www.doi.org/10.2174/1389450117666160727142401>
12. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? / Zhao H., Shen D., Zhou H. та ін. // *Lancet Neurol.* – 2020. – №19(5). – С. 383–384. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30109-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30109-5)
13. Coronavirus Infections in Central Nervous System and Respiratory Tract Show Distinct Features in Hospitalized Children / Yuan Yuan Li, Haipeng Li, Ruyan Fan та ін. // *Intervirology.* – 2016. – №59. – С. 163–169. <https://doi.org/10.1159/000453066>
14. Coronavirus disease 2019 and stroke: clinical manifestations and pathophysiological insights. / Divani A. A., Andalib S., Di Napoli M. та ін. // *J Stroke Cerebrovasc Dis.* – 2020. – №29(8). – С. 104941. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104941>
15. Xinhua News Agency. 2020. Beijing hospital confirms nervous system infections by novel coronavirus.
16. Fitzgerald S. The spread of COVID-19: questions raised, some answered by neuroinfectious disease experts. / Fitzgerald S. // *Neurology Today.* March 12, 2020.
17. Psychiatric and neuropsychiatric syndromes and COVID-19 – Authors' reply. / Rogers J. P., Chesney E., Oliver D. [et al.]. // *Lancet Psychiatry.* – 2020. – №7(8). – С. 664–665. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30304-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30304-7)
18. COVID-19-associated acute hemorrhagic necrotizing encephalopathy: imaging features. / Poyiadji N., Shahin G., Noujaim D. [et al.]. // *Radiology.* – 2020. – №296(2). – E119–120. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020201187>
19. Stetka B. S. 2020. What neurologists can expect from COVID-19. *Medscape.*
20. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. / Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A. [et al.]. // *Lancet Psychiatry.* – 2020. – № 7(10). – С. 875–882. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X)
21. Influenza-like illness as a trigger for ischemic stroke. / Boehme A. K., Luna J., Kulick E. R. [et al.]. // *Ann Clin Transl Neurol.* – 2018. – № 5(4). – С. 456–463. <https://doi.org/10.1002/acn3.545>
22. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. / Lam M. H., Wing Y. K., Yu M. W. [et al.]. // *Arch Intern Med.* – 2009. – №169(22). – С. 2142–2147. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.384>

23. Neurosciences study group and COVID SMIT PSL study group. / Delorme C., Paccoud O., Kas S. [et al.]. // *Eur J Neurol.* – 2020. – №(12). – С. 2651-2657.
24. Neurological features of COVID-19 and their treatment: a review. / Orsucci D, Caldrazzo Ienco E., Nocita G. [et al.]. // *Drugs in Context.* – 2020. – №9. <https://doi.org/10.7573/dic.2020-5-1>
25. Mishchenko T., Mishchenko V. Неврологічні ускладнення у пацієнтів з COVID-19. / Mishchenko T., Mishchenko V. // *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* – 2021. – №16. – С. 23-33. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-03>
26. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. / Lodigiani C, Iapichino G, Carenzo L. [et al.] // *Thromb Res.* – 2020. – №191. – С. 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.04.024>.
27. COVID-19 related neuroimaging findings: a signal of thromboembolic complications and a strong prognostic marker of poor patient outcome. / Jain R, Young M, Dogra S, [et al.]. // *J Neurol Sci.* – 2020. – №414. – С. 116923. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116923>.
28. COVID-19: how to protect yourself & others [Електронний ресурс] // Centers for Disease Control and Prevention. – 2021. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>.
29. COVID-19: if you are sick or caring for someone [Електронний ресурс] // Centers for Disease Control and Prevention.. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/>.
30. Remdesivir for the treatment of COVID-19 – final report. / Beigel J. H., Tomashek K. M., Dodd L. E., [et al.]. // *N Engl J Med.* – 2020. – №383(19). – С. 1813-1826. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007764>
31. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. / Wang Y., Zhang D., Du G., [et al.]. // *Lancet.* – 2020. – №395(10236). – С. 1569-1578. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9)
32. Effect of remdesivir vs standard care on clinical status at 11 days in patients with moderate COVID-19: a randomized clinical trial. / Spinner C. D., Gottlieb R. L., Criner G. J., [et al.]. // *JAMA.* – 2020. – №324(11). С. 1048-1057. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.16349>
33. Remdesivir for 5 or 10 days in patients with severe COVID-19. / Goldman J. D., Lye D. C. B., Hui D. S., [et al.]. // *N Engl J Med.* – 2020. – №383(19). – С. 1827-1837. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2015301>
34. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 – preliminary report. / RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, [et al.]. // *N Engl J Med.* – 2020. – №384(8). – С. 693-704. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>
35. Methylprednisolone as adjunctive therapy for patients hospitalized with COVID-19 (Metcovid): a randomised, double-blind, Phase IIb, placebo-controlled trial. / Jeronimo C. M. P., Farias M. E. L., Val F. F. A., [et al.]. // *Clin Infect Dis.* – 2020. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1177>
36. Effect of dexamethasone on days alive and ventilator-free in patients with moderate or severe acute respiratory distress syndrome and COVID-19: the CoDEX randomized clinical trial. / Tomazini B. M., Maia I. S., Cavalcanti A. B., [et al.]. // *JAMA.* – 2020. – №324(13). – С. 1307-1316. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17021>
37. Effect of hydrocortisone on mortality and organ support in patients with severe COVID-19: the REMAP-CAP COVID-19 corticosteroid domain randomized clinical trial. / Angus D. C., Derde L., Al-Beidh F., [et al.]. // *JAMA.* – 2020. – №324(13). – С. 1317-1329. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17022>
38. Interleukin-6 receptor antagonists in critically ill patients with COVID-19. / Gordon A. C., Mouncey P. R., Al-Beidh F., [et al.]. // *N Engl J Med.* – 2021. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2100433>
39. Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): preliminary results of a randomised, controlled, open-label, platform trial. / Horby P. W., Pessoa-Amorim G., Peto L., [et al.]. // *medRxiv.* – 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.02.11.21249258>

REFERENCES

1. Chen Y., Guo Y., Pan Y. [et al.]. Structure analysis of the receptor binding of 2019-nCoV. *Biochem Biophys Res Commun.* 2020. No. 525(1), pp. 135–140. <https://www.doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.02.071>
2. Zhou P., Yang X. L., Wang X. G. [et al.]. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* 2020. No. 579(7798), pp. 270–273. <https://www.doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>
3. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses 2020; Weiss and Navas-Martin 2005.
4. Rothan H. A., Byrareddy S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020. No. 109, p. 102433. <https://www.doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
5. Haidar A., Jourdi H., Haj Hassan Z. [et al.]. Neurological and neuropsychological changes associated with SARS-CoV-2 infection: new observation, new mechanisms. *Review. The neuroscientist.* 2021, p. 20. <https://www.doi.org/10.1177/1073858420984106>
6. Coutard B., Valle C., de Lamballerie X. [et al.]. The spike glycoprotein of the new coronavirus 2019-nCoV contains a furin-like cleavage site absent in CoV of the same clade. *Antiviral Research.* 2020. No. 176, p. 104742. <https://www.doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104742>
7. Bosch B. J., van der Zee R., de Haan C. A. [et al.]. The coronavirus spike protein is a class I virus fusion protein: structural and functional characterization of the fusion core complex. *J Virol.* 2003. No. 77(16), pp. 8801–8811.
8. Walls A. C., Tortorici M. A., Snijder J. [et al.]. Tectonic conformational changes of a coronavirus spike glycoprotein promote membrane fusion. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 2017. No. 114(42), pp. 11157–11162.
9. Moriguchi T., Harii N., Goto J. [et al.]. A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-coronavirus-2. *Int J Infect Dis.* 2020. No. 94, pp. 55–58. <https://www.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.062>
10. Almeida L. F., Tofteng S. S., Madsen K. [et al.]. Role of the renin-angiotensin system in kidney development and programming of adult blood pressure. *Clin Sci (Lond).* 2020. No. 134(6), pp. 641–656. <https://www.doi.org/10.1042/CS20190765>
11. Rodrigues Prestes T. R., Rocha N. P., Miranda A. S. [et al.]. The anti-inflammatory potential of ACE2/angiotensin-(1-7)/Mas receptor axis: evidence from basic and clinical research. *Curr Drug Targets.* 2017. No. 18(11), pp. 1301–1313. <https://www.doi.org/10.2174/1389450117666160727142401>
12. Zhao H., Shen D., Zhou H. [et al.]. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? *Lancet Neurol.* 2020. No. 19(5), pp. 383–384. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30109-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30109-5)
13. Yuanyuan Li, Haipeng Li, Ruyan Fan [at et al.]. Coronavirus Infections in Central Nervous System and Respiratory Tract Show Distinct Features in Hospitalized Children // *Intervirology.* 2016. No. 59, pp. 163–169. <https://doi.org/10.1159/000453066>
14. Divani A. A., Andalib S., Di Napoli M. [et al.]. Coronavirus disease 2019 and stroke: clinical manifestations and pathophysiological insights. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2020. No. 29(8), p. 104941. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104941>
15. Xinhua News Agency. 2020. Beijing hospital confirms nervous system infections by novel coronavirus.
16. Fitzgerald S. 2020. The spread of COVID-19: questions raised, some answered by neuroinfectious disease experts. *Neurology Today.* 2020.
17. Rogers J. P., Chesney E., Oliver D. [et al.]. Psychiatric and neuropsychiatric syndromes and COVID-19 – Authors’ reply. *Lancet Psychiatry.* 2020. No. 7(8), pp. 664–665. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30304-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30304-7)

18. Poyiadji N., Shahin G., Noujaim D. [et al.]. COVID-19-associated acute hemorrhagic necrotizing encephalopathy: imaging features. *Radiology*. 2020. No. 296(2), pp. 119–120.
<https://doi.org/10.1148/radiol.2020201187>
19. Stetka B. S. 2020. What neurologists can expect from COVID-19. *Medscape*.
20. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A. [et al.]. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*. 2020. No. 7(10), pp. 875–882.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X)
21. Boehme A. K., Luna J., Kulick E. R. [et al.]. Influenza-like illness as a trigger for ischemic stroke. *Ann Clin Transl Neurol*. 2018. No. 5(4), pp. 456–463.
<https://doi.org/10.1002/acn3.545>
22. Lam M. H., Wing Y. K., Yu M. W. [et al.]. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Arch Intern Med* 2009. No. 169(22), pp. 2142–2147.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.384>
23. Delorme C., Paccoud O., Kas S. [et al.]. Neurosciences study group and COVID SMIT PSL study group *Eur J Neurol*. 2020. No. (12), pp. 2651–2657.
24. Orsucci D., Caldarazzo Ienco E., Nocita G. [et al.]. Neurological features of COVID-19 and their treatment: a review. *Drugs in Context* 2020. No. 9.
<https://doi.org/10.7573/dic.2020-5-1>
25. Mishchenko T., Mishchenko V. Neurological complications in patient with COVID-19. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*. 2021. No. 16, pp. 23–33. [In Ukr.].
<https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-03>
26. Lodigiani C., Iapichino G., Carenzo L, et al. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. *Thromb Res*. 2020. No. 191, pp. 9–14.
<https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.04.024>
27. Jain R, Young M, Dogra S, [et al.]. COVID-19 related neuroimaging findings: a signal of thromboembolic complications and a strong prognostic marker of poor patient outcome. *J Neuro Sci*. 2020. No. 414, p.116923
28. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19: how to protect yourself & others. 2021. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>.
29. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19: if you are sick or caring for someone. 2020. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/>.
30. Beigel J. H., Tomashek K. M., Dodd L. E., [et al.]. Remdesivir for the treatment of COVID-19 – final report. *N Engl J Med*. 2020. No. 383(19), pp. 1813–1826.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007764>
31. Wang Y., Zhang D., Du G., [et al.]. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet*. 2020. No. 395(10236), pp. 1569–1578.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9)
32. Spinner C. D., Gottlieb R. L., Criner G. J., [et al.]. Effect of remdesivir vs standard care on clinical status at 11 days in patients with moderate COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2020. No. 324(11), pp. 1048–1057.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.16349>
33. Goldman J. D., Lye D. C. B., Hui D. S., [et al.]. Remdesivir for 5 or 10 days in patients with severe COVID-19. *N Engl J Med*. 2020. No. 383(19), pp. 1827–1837.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2015301>
34. RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, [et al.]. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 – preliminary report. *N Engl J Med*. 2020. No. 384(8), pp. 693–704.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>
35. Jeronimo C. M. P., Farias M. E. L., Val F. F. A., [et al.]. Methylprednisolone as adjunctive therapy for patients hospitalized with COVID-19 (Metcovid): a randomised, double-blind, Phase IIb, placebo-controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2020.
<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1177>
36. Tomazini B. M., Maia I. S., Cavalcanti A. B., [et al.]. Effect of dexamethasone on days alive and ventilator-free in patients with moderate or severe acute respiratory distress syndrome and COVID-19: the CoDEX randomized clinical trial. *JAMA*. 2020. No. 324(13), pp. 1307–1316.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.17021>
37. Angus D. C., Derde L., Al-Beidh F., [et al.]. Effect of hydrocortisone on mortality and organ support in patients with severe COVID-19: the REMAP-CAP COVID-19 corticosteroid domain randomized clinical trial. *JAMA*. 2020. No. 324(13), pp. 1317–1329.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.17022>
38. Gordon A. C., Mouncey P. R., Al-Beidh F., [et al.]. Interleukin-6 receptor antagonists in critically ill patients with COVID-19. *N Engl J Med*. 2021.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2100433>
39. Horby P. W., Pessoa-Amorim G., Peto L., [et al.]. Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): preliminary results of a randomised, controlled, open-label, platform trial. *medRxiv*. 2021.
<https://doi.org/10.1101/2021.02.11.21249258>

ОГЛЯД ПАТОГЕНЕЗУ, КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ, ВИКЛИКАНИХ COVID-19

**Меркулова
Ольга Юріївна**

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи,
6, 61022, м. Харків, Україна
o.merkulova@karazin.ua
ORCID ID: 0000-0001-6880-0360

Насср С. Саїд*

nassrsaid5@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-8553-4332

У статті представлені дані літератури з численними дослідженнями пацієнтів з COVID-19. Наявна інформація допомагає пояснити природу і будову вірусу, шляхи його проникнення та розповсюдження в організмі людини, взаємодію з імунною, нервовою, ендокринною, судинною, м'язовою системами, а також патогенез, клініку, діагностику та лікування цього контингенту хворих. Через тропізм SARS-CoV-2 до людських клітин, специфічним для глікопротеїну S, цей вірус імітує рецептор людського ангіотензинперетворюючого ферменту 2 (АПФ-2), зливається з клітинами господаря і поширюється в організмі. Ренін-ангіотензин-

альдостеронової системи грає важливу роль в регуляції функцій кровоносних судин, серця, нирок. АПФ-2 впливає на запальні, фіброзні і імуномодулюючі механізми. Придушення цих захисних функцій через поширення SARS-CoV-2 в організмі людини призводить до прогресування серцево-судинних, ниркових і легеневих захворювань. Деякі автори описують непряме проникнення вірусу в паренхіму головного мозку з інфікованими Т-лімфоцитами, яке зазвичай супроводжується запальними реакціями з підвищенням специфічних цитокінів, таких як інтерлейкіни (ІЛ) — 6, ІЛ-8, фактор некрозу пухлини, моноцитарний хемотаксичний протеїн-1.

Особливостями зв'язування вірусу з клітинами людини є наявність нейротропних властивостей і здатність змінювати проникність гематоенцефалічного бар'єра (ГЕБ). Інші автори відзначають, що вірус проникає через ГЕБ безпосередньо через нюхоті нейрони і також структури, що оточують третій і четвертий шлуночки, і сприяє розвитку інфекції нервової системи. Він також може викликати внутрішньосудинне згортання і тромбоутворення, що призводить до різноманітних захворювань нервової системи. У зв'язку з цим важливим завданням неврологів є подальше вивчення впливу вірусу COVID-19 на нервову систему і запобігання виникненню його ускладнень.

Ключові слова: COVID-19, SARS-CoV-2, медіатори запалення, вірусні глікопротеїни, енцефаліт.

ОБЗОР ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОСОБЕННОСТЕЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ COVID-19

**Меркулова
Ольга Юрьевна**

*Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, площадь
Свободы, 6, 61022, г. Харьков, Украина
o.merkulova@karazin.ua
ORCID ID: 0000-0001-6880-0360

Насср С. Саид*

nassrsaid5@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-8553-4332

В статье представлены данные литературы по многочисленным исследованиям пациентов с COVID-19. Имеющаяся информация помогает объяснить природу и строение вируса, пути проникновения и распространения в организме человека, взаимодействие его с иммунной, нервной, эндокринной, сосудистой, мышечной системами, а так же патогенез, клинику, диагностику и лечение этого контингента больных. Из-за тропизма SARS-CoV-2 к человеческим клеткам, специфичным для гликопротеина S, этот вирус имитирует рецептор человеческого ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ-2), сливается с клетками хозяина и распространяется в организме. Ренин-ангиотензин-альдостероновая система играет важную роль в регуляции функций кровеносных сосудов, сердца, почек. АПФ-2 влияет на воспалительные, фиброзные и иммуномодулирующие механизмы. Подавление этих защитных функций из-за распространения SARS-CoV-2 в организме человека приводит к прогрессированию сердечно-сосудистых, почечных и легочных заболеваний. Некоторые авторы описывают косвенное проникновение вируса в паренхиму головного мозга с инфицированными Т-лимфоцитами, которое обычно сопровождается воспалительными реакциями с повышением специфических цитокинов, таких как интерлейкины (ИЛ) — 6, ИЛ-8, фактор некроза опухоли, моноцитарный хемотаксический протеин-1.

Особенностями связывания вируса с клетками человека являются наличие нейротропных свойств и способность изменять проницаемость гемато-энцефалического барьера (ГЭБ). Другие авторы отмечают, что вирус проникает через ГЭБ непосредственно через обонятельные нейроны и так же через структуры, окружающие третий и четвертый желудочки, что способствует развитию инфекций нервной системы. Он также может вызывать внутрисосудистое свертывание и тромбообразование, что приводит к различным заболеваниям нервной системы. В связи с этим важной задачей неврологов является дальнейшее изучение влияния вируса COVID-19 на нервную систему и предотвращение возникновения его осложнений.

Ключевые слова: COVID-19, SARS-CoV-2, медиаторы воспаления, вирусные гликопротеины, энцефалит.

DOI: 10.26565/2312-5675-2021-17-06

УДК: 616.895.1-616.895.6

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПАТОХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

О. О. Белов

Белов

Олександр Олександрович

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, вул. Пирогова,
56, 21018, м. Вінниця, Україна
oleksbelov@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-0156-0777

Проблема депресивних розладів є однією з найважливіших проблем сучасної психіатрії у зв'язку зі значною поширеністю і вагомими медичними та соціальними наслідками депресії, що зумовлює актуальність дослідження індивідуально-психологічних та патохарактерологічних особливостей хворих на депресивні розлади з перспективою подальшого використання даних цих досліджень для ранньої діагностики і профілактики депресій.

Мета дослідження: визначити індивідуально-психологічні та патохарактерологічні особливості хворих на депресивні розлади з урахуванням віку та статі пацієнтів.

Завдання дослідження: визначити структуру та дати кількісну оцінку виразності індивідуально-психологічних та патохарактерологічних характеристик, а також встановити їх зв'язок з виразністю афективної симптоматики у хворих на депресивні розлади у різних вікових групах та з урахуванням статі пацієнтів.

Методи: з використанням тесту Mini-Mult клініко-психологічно обстежено 107 чоловіків і 138 жінок, хворих на депресивні розлади.

Результати. Встановлено, що хворим на депресивні розлади притаманні стійкі характеристики дистимії (у чоловіків $84,1 \pm 4,6$ Т-балів, у жінок $81,3 \pm 1,9$ Т-балів, $p < 0,01$), тривожності (відповідно $78,8 \pm 9,5$ Т-балів і $83,7 \pm 8,3$ Т-балів, $p < 0,01$) у порівнянні з іпохондричними фіксаціями ($71,4 \pm 8,5$ Т-балів і $75,6 \pm 5,7$ Т-балів, $p < 0,01$), та помірні прояви ригідності, дисоціативних рис та психопатизації. Відмінності, пов'язані зі статтю, полягають у більшій виразності у чоловіків стійких дистимічних та ригідних рис, а у жінок – іпохондричних, тривожних рис та проявів афективної лабільності. Найбільш суттєво патохарактерологічні риси проявляються на початкових етапах захворювання, що виявляється найбільшими відмінностями у їх проявах між молодшою і середньою віковими групами, особливо щодо іпохондричних, дисоціативних, ригідних, шизоїдних характеристик і проявів психопатизації. Стійкі іпохондричні, дистимічні та афективно лабільні риси позитивно корелюють з виразністю депресії та тривоги, однак, цей зв'язок не є абсолютним і відображає складні клініко-патогенетичні і патопсихологічні закономірності формування особистісних змін при депресивних розладах.

Ключові слова: депресивні розлади, індивідуально-психологічні характеристики, патохарактерологічні риси, статеві відмінності.

Як цитувати: Белов О. О. Індивідуально-психологічні та патохарактерологічні особливості хворих на депресивні розлади // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. – №17. – С. 44–50. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-06>

In cites: Belov O. O. Individual-psychological and pathocarterological features of patients with depressive disorders. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021. No 17, pp. 44–50. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-06>

Вступ. Серед найбільш важливих і складних проблем сучасної психіатрії і клінічної психології особливе місце належить депресивним розладам. Їм притаманна значна ураженість популяції: точкова поширеність депресії становить 12,9%, однорічна 7,2%, і пожиттєва – 10,8% [1], а у деяких категорій населення поширеність великого депресивного розладу може сягати 20–40% [2] і навіть 66% [5, 6]. Депресивні розлади характеризуються високою коморбідністю з іншою патологією, більш низькою якістю життя, поліморфністю клінічної симптоматики, недостатньою соціальною підтримкою пацієнтів, підвищеним ризиком функціональних порушень, захворюваності і смертності, а також значними медичними витратами [3], а нездатність вирішити проблеми психічного здоров'я перешкоджає досягненню загальних цілей охорони здоров'я і ставить під загрозу соціальний та економічний розвиток країни [4]. Важливими напрямками досліджень депресивних розладів, що можуть надати інформацію про актуальні предиктори клінічної феноменології і аутодеструктивної поведінки пацієнтів, є вивчення особливостей перебігу депресій з урахуванням віку та статі пацієнтів [7, 8, 9, 10].

Серед факторів, асоційованих з ризиком розвитку депресії, важливе місце належить індивідуально-психологічним характеристикам пацієнтів. Зв'язок між особистісними розладами і клінічним ризиком розвитку психозу був показаний для різних вікових груп, а також для різних генезів депресії [11, 12, 13]. Водночас, етіопатогенетичні механізми депресивних розладів є складними і поліфакторними, і включають, крім індивідуально-психологічних, також нейробіологічні, соціально-демографічні чинники, а також соматичну і психічну коморбідність [14]. У зв'язку з цим важливе значення мають дослідження зв'язків індивідуально-психологічних характеристик і проявів афективної патології, а також кількісна оцінка вираженості цих зв'язків. Результати таких досліджень можуть бути покладені в основу розробки прогностичних, лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів при різних формах депресій.

Мета дослідження: визначити індивідуально-психологічні та патохарактерологічні особливості хворих на депресивні розлади з урахуванням віку та статі.

Матеріали та методи дослідження. З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було обстежено 245 хворих на депресивні розлади (107 чоловіків і 138 жінок), які зверталися за психіатричною допомогою до Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка, та за консультативно-лікувальною допомогою на кафедрі медичної психології та психіатрії Вінницького націо-

нального медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 2015–2019 років. Критерієм включення до дослідження було встановлення діагнозу депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10 (коди F 31.3, F 31.4, F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 33.0, F 33.1, F 33.2). Середній вік обстежених хворих склав $33,6 \pm 11,2$ років (медіана 33,0 років, інтерквартильний діапазон 22,0–42,0 років), чоловіків $34,2 \pm 11,1$ років (34,0 років, 23,0–42,0 років), жінок $33,2 \pm 11,4$ років (33,0 років, 22,0–41,0 років), $p > 0,05$. Середня тривалість захворювання на момент обстеження склала $5,0 \pm 5,6$ років (4,0 років; 0,0–8,0 років), чоловіків $5,7 \pm 5,8$ років (4,0 років, 0,0–9,0 років), жінок $4,5 \pm 5,4$ роки (2,0 років; 0,0–7,0 років), $p > 0,05$. Усі обстежені були розподілені нами на три групи в залежності від віку на момент обстеження: до 30 років (чисельністю 89 осіб), 30–44 роки (чисельністю 99 осіб), та 45 років і старші (чисельністю 57 осіб). Обстеження проведено з використанням тесту Mini-Mult [15]. Статистичний аналіз даних проводився з використанням ліцензійного пакету прикладних програм Statistica 13 (StatSoftInc., США). Оцінка характеру розподілу кількісних ознак проводилася за допомогою тесту Шапіро-Уїлка. Міжгруповий аналіз розбіжностей проводився за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні. Кореляційний аналіз виконано з використанням методу рангових кореляцій Спірмена. Прийнятним вважався рівень статистичної значущості розбіжностей та кореляцій понад 95% ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. У профілях особистості хворих насамперед знаходять відображення стійкі прояви афективної патології (табл. 1).

Як у чоловіків, так і у жінок у профілі домінують шкали депресії і психастенії; при цьому показники за шкалою депресії і у чоловіків, і у жінок перевищують рівень 80 Т-балів; за шкалою психастенії у жінок виявлено перевищення рівня 80 Т-балів, а у чоловіків – 75 Т-балів. Такі кількісні значення показників не лише суттєво перевищують нормативні (70 Т-балів), а й свідчать про виражене відхилення психічного стану індивіда від нормального та порушення адаптації (рівень понад 75 Т-балів). Перевищення межі норми у 70 Т-балів виявлено також за шкалою іпохондрії у чоловіків та у жінок. Показники за шкалами істерії та ригідності у чоловіків і жінок перебували в межах 60–70 Т-балів, а за шкалами психопатії та шизоїдії у жінок незначно (в межах 1 Т-балу) перевищували рівень 70 Т-балів. Значущі ($p < 0,01$) відмінності між чоловіками та жінками були виявлені за шкалами депресії і ригідності (показники вищі у чоловіків), та за шкалами іпохондрії, психопатії

тїї, психастенїї та шизоїдїї (показники вищі у жінок). Найнижчу позицію у профілях пацієнтів закономірно займає шкала гіпоманїї; кількісні значення показників за цією шкалою є низькими, відмінності між чоловіками та жінками відсутні ($p > 0,05$).

Певні закономірності щодо індивідуально-психологічних характеристик хворих на депресивні розлади були виявлені також при аналізі профілів окремих вікових груп (табл. 2).

Як видно з таблиці 2, загальною тенденцією є збільшення показників за клінічними шкалами тесту Mini-Mult з віком: мінімальні значення були виявлені у молодшій віковій групі, найвищі – у старшій (за винятком шкали психастенїї, де найбільші значення показників виявлені у середній віковій групі). При цьому статистично значущі розбіжності виявлені лише при порівнянні показників молодшої та середньої вікової групи, тоді як показники середньої і старшої вікової групи значуще не відрізнялися; ці закономірності були виявлені для іпохондрїї ($p < 0,01$), депресїї ($p < 0,05$), істерїї ($p < 0,01$), ригідності ($p < 0,01$) та шизоїдїї ($p < 0,01$). Показник за шкалою психастенїї є значуще ($p < 0,01$) вищим у середній віковій групі у порівнянні з молодшою. Значущі розбіжності при порівнянні показників між молодшою і старшою віковими групами виявлені щодо іпохондрїї ($p < 0,01$), депресїї ($p < 0,01$), істерїї ($p < 0,01$), психопатїї ($p < 0,05$), ригідності ($p < 0,01$) та шизоїдїї ($p < 0,01$).

Важливі дані одержані при аналізі кореляційних зв'язків між виразністю афективної (депресивної і тривожної) симптоматики, та індивідуально-психологічними характеристиками пацієнтів. Результати кореляційного аналізу наведено на рис. 1.

Найбільш тісні кореляції були виявлені між показниками за шкалою іпохондрїї тесту Mini-Mult та показниками за HDRS і HARS: $r_s = 0,640$ і $r_s = 0,642$ відповідно. Кореляційний зв'язок прямий (зростання показників за шкалою іпохондрїї супроводжується зростанням показників за HDRS і HARS), помірний, ближче до сильного (в межах 0,3 – 0,7). Помірний прямий кореляційний зв'язок виявлений також для показників HDRS та шкал депресїї ($r_s = 0,551$), істерїї ($r_s = 0,536$) та ригідності ($r_s = 0,300$); для показників HARS та шкал істерїї ($r_s = 0,461$) і депресїї ($r_s = 0,343$). Прямий слабкий кореляційний зв'язок виявлений для показників HDRS та шизоїдїї ($r_s = 0,204$) і психастенїї ($r_s = 0,141$); для показників HARS та шизоїдїї ($r_s = 0,271$), психастенїї ($r_s = 0,206$), ригідності ($r_s = 0,200$) і психопатїї ($r_s = 0,139$).

Виявлені закономірності у індивідуально-психологічних характеристиках хворих на депресивні розлади відображують насамперед формування стійких патоха-

рактерологічних рис особистості, зумовлених наявністю важкої хронічної рецидивуючої афективної патології. Високі показники патологічного рівня, що є індикаторами стійких депресивних та астенічних рис, відображують не лише ситуативні психопатологічні реакції на афективну патологію, а й певну особистісну предрисповищеність до загостреного переживання невдач, хвилювання, підвищеного почуття провини, надмірної самокритики, невпевненості у собі. У пацієнтів з вираженою депресією ці характеристики посилюються гіпоактивністю, відмовою від діяльності, пасивністю, а суттєва виразність іпохондричних проявів відображує психологічні реакції «занурення у хворобу», фіксації на неприємних психічних і соматичних відчуттях, формуючи специфічний патерн патохарактерологічних змін у хворих з хронічною депресією. Водночас, у хворих на депресію виявлені доволі виражені диссоціативні, психопатичні та ригідні прояви, які відображують афективну лабільність, важкість (або неможливість) контролю емоцій, наявність внутрішнього психологічного конфлікту і стабільність психопатологічних рис, що дає підстави говорити про наявність стійких патохарактерологічних рис, які формуються під впливом тривалого депресивного розладу.

Відмінності, пов'язані зі статтю пацієнтів, відображують, насамперед, більшу виразність депресивних і астенічних проявів у чоловіків, і тривожних та іпохондричних – у жінок. У чоловіків також виявлені більш високі показники ригідності, що можна розглядати і як елемент закономірних статеворольових психологічних відмінностей, так і як прояв паранояльної складової патопсихологічної картини депресивних розладів; це узгоджується з більшою виразністю депресивних проявів у чоловіків. У жінок виявлені більш виражені прояви афективної лабільності, тривожності та іпохондричних фіксацій, що узгоджується з більш високими рівнями тривоги та соматизації при депресивних розладах, виявлені у інших наших дослідженнях.

Щодо вікової динаміки індивідуально-психологічних характеристик хворих на депресивні розлади, то, на нашу думку, вона відображує закономірності формування патохарактерологічних рис під впливом стійкої афективної патології. Найбільш суттєві патохарактерологічні зміни відбуваються у перші роки захворювання, по мірі формування хронічної афективної патології, і в подальшому, хоча й загострюються, але динаміка їх сповільнюється. При цьому окремі особистісні і патохарактерологічні характеристики змінюються з віком різною мірою, що на нашу думку, зумовлено впливом індивідуальних відмінностей динаміки цих змін.

Таблиця 1

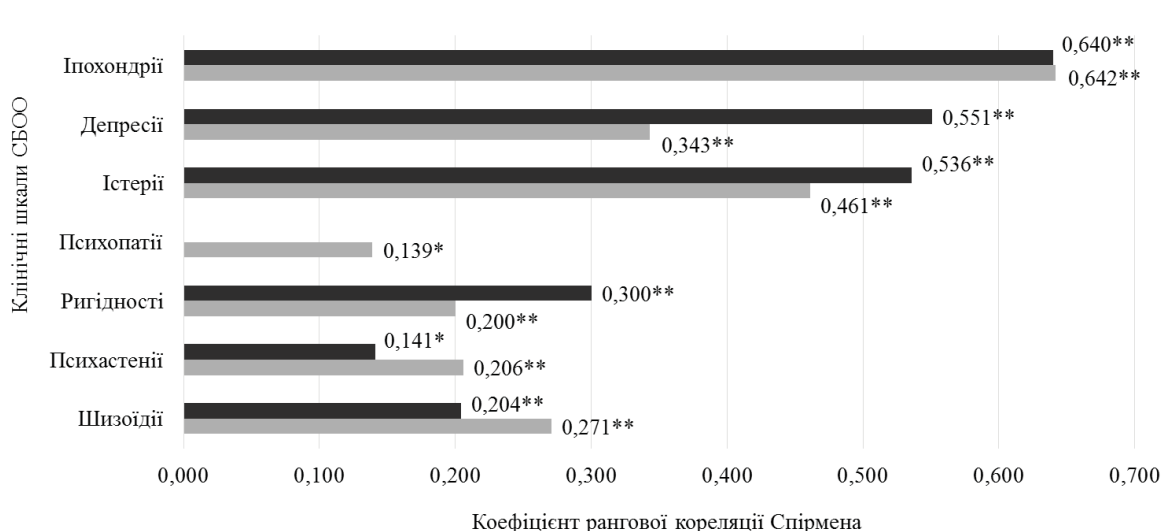
Показники за шкалами тесту Mini-Mult у чоловіків і жінок, хворих на депресивні розлади (у Т-балах)

Шкали тесту Mini-Mult	Значення показника, $M \pm m / Me$ (Q25-Q75), Т-бали			p
	Чоловіки, n=107	Жінки, n=138	Разом, n=245	
Брехні	40,4±4,1 / 38,0 (38,0–46,0)	40,0±5,1 / 37,0 (37,0–46,0)	40,2±4,7 / 38,0 (37,0–46,0)	0,000
Достовірності	58,3±7,5 / 58,0 (54,0–63,0)	62,2±8,7 / 64,0 (58,0–70,0)	60,5±8,4 / 58,0 (54,0–67,0)	0,000
Корекції	50,2±4,8 / 51,0 (48,0–54,0)	49,3±6,3 / 49,0 (43,0–55,0)	49,7±5,7 / 51,0 (47,0–54,0)	0,139
Іпохондрії	71,4±8,5 / 73,0 (66,0–76,0)	75,6±5,7 / 76,0 (72,0–79,0)	73,8±7,4 / 76,0 (69,0–79,0)	0,000
Депресії	84,1±4,6 / 84,0 (80,0–87,0)	81,3±1,9 / 80,0 (80,0–83,0)	82,5±3,6 / 83,0 (80,0–84,0)	0,000
Істерії	68,3±8,4 / 68,0 (65,0–75,0)	67,3±6,1 / 69,0 (63,0–72,0)	67,7±7,2 / 69,0 (63,0–72,0)	0,190
Психопатії	61,9±10,0 / 62,0 (53,0–72,0)	70,9±12,9 / 72,0 (62,0–83,0)	67,0±12,6 / 67,0 (57,0–76,0)	0,000
Ригідності	69,3±9,0 / 67,0 (61,0–73,0)	66,7±7,3 / 66,0 (61,0–71,0)	67,8±8,2 / 67,0 (61,0–73,0)	0,001
Психастенії	78,8±9,5 / 76,0 (72,0–88,0)	83,7±8,3 / 83,0 (79,0–88,0)	81,5±9,1 / 83,0 (76,0–88,0)	0,000
Шизоїдії	66,0±8,1 / 65,0 (62,0–72,0)	70,4±8,1 / 70,0 (66,0–77,0)	68,5±8,4 / 69,0 (62,0–73,0)	0,000
Гіпоманії	46,5±11,2 / 49,0 (36,0–55,0)	45,6±8,2 / 48,0 (43,0–48,0)	46,0±9,6 / 48,0 (42,0–53,0)	0,251

Таблиця 2

Показники за шкалами тесту Mini-Mult у хворих на депресивні розлади різних вікових груп (у Т-балах)

Шкали тесту Mini-Mult	Показник якості життя, $M \pm m / Me$ / (Q25 – Q75), Т-бали			Рівень статистичної значущості розбіжностей (p)		
	до 30 років, n=89	30-44 роки, n=97	45 років і старші, n=57	1-2	1-3	2-3
Брехні	40,8±5,3 / 38,0 (37,0–46,0)	39,7±4,4 / 38,0 (37,0–38,0)	40,1±4,1 / 38,0 (37,0–46,0)	0,336	0,500	0,860
Достовірності	59,8±7,6 / 58,0 (54,0–64,0)	60,6±8,7 / 58,0 (54,0–67,0)	61,6±9,3 / 58,0 (54,0–70,0)	0,743	0,279	0,489
Корекції	48,4±5,3 / 48,0 (45,0–51,0)	50,6±6,2 / 51,0 (47,0–55,0)	50,2±5,2 / 51,0 (47,0–54,0)	0,016	0,051	0,710
Іпохондрії	70,1±7,9 / 72,0 (66,0–76,0)	75,1±6,7 / 76,0 (72,0–79,0)	77,2±4,9 / 79,0 (76,0–79,0)	0,000	0,000	0,061
Депресії	81,6±4,3 / 80,0 (80,0–84,0)	82,7±3,1 / 83,0 (80,0–84,0)	83,8±2,9 / 83,0 (83,0–87,0)	0,026	0,000	0,074
Істерії	64,6±8,3 / 65,0 (60,0–72,0)	69,5±6,4 / 69,0 (66,0–72,0)	69,4±4,5 / 69,0 (68,0–72,0)	0,000	0,000	0,919
Психопатії	64,4±11,9 / 62,0 (57,0–72,0)	68,0±13,2 / 67,0 (58,0–78,0)	69,2±11,7 / 72,0 (62,0–78,0)	0,068	0,025	0,524
Ригідності	64,4±7,4 / 66,0 (61,0–71,0)	69,7±8,1 / 67,0 (66,0–73,0)	69,9±7,9 / 71,0 (66,0–76,0)	0,000	0,000	0,616
Психастенії	79,1±9,6 / 79,0 (74,0–84,0)	83,4±9,3 / 83,0 (76,0–92,0)	82,1±7,1 / 83,0 (76,0–88,0)	0,005	0,070	0,400
Шизоїдії	66,1±8,2 / 66,0 (62,0–70,0)	69,8±7,9 / 70,0 (65,0–73,0)	69,8±8,7 / 70,0 (65,0–77,0)	0,001	0,003	0,659
Гіпоманії	45,1±10,2 / 48,0 (38,0–53,0)	45,6±8,8 / 48,0 (42,0–49,0)	48,0±9,9 / 48,0 (42,0–53,0)	0,564	0,135	0,301



Примітка: * p<0,05; ** p<0,01

■ депресія ■ тривога

Рис. 1. Кореляційні зв'язки між показниками за клінічними шкалами тесту Mini-Mult та шкалами депресії і тривоги М. Hamilton (HDRS і HARS)

Виявлені кореляційні зв'язки між патохарактерологічними рисами та виразністю психопатологічних змін відображують взаємний вплив індивідуально-психологічної предрисповидності та стійких особистісних трансформацій під впливом хронічної афективної патології. Загалом, найбільш тісні зв'язки закономірно виявлені для іпохондричних, депресивних та афективно-лабільних характеристик. Водночас, кількісні значення коефіцієнтів кореляції є помірними, що може свідчити про більш складний, нелінійний і багатофакторний характер зв'язків виразності афективної патології та індивідуально-психологічних та патохарактерологічних змін при депресивних розладах.

Висновки. Проведене дослідження виявило певні закономірності індивідуально-психологічних та патохарактерологічних характеристик при депресивних розладах. Серед індивідуально-психологічних характеристик, асоційованих з депресивними розладами, переважають схильність до загостреного переживання невдач, хвилювання, підвищеного почуття провини, надмірної самокритики, невпевненості у собі, а патохарактерологічні зміни проявляються у стійкій дистимії та тривозі, іпохондричних фіксаціях, афективній лабільності та психопатизації. Відмінності, пов'язані зі статтю пацієнтів, полягають у більшій виразності у чоловіків стійких дистимічних та ригідних рис, а у жінок – іпохондричних, тривожних рис та проявів афективної ла-

більності. Найбільш суттєво патохарактерологічні риси проявляються на початкових етапах захворювання, що виявляється найбільшими відмінностями у їх проявах між молодшою і середньою віковими групами. Стійкі іпохондричні, дистимічні та афективно-лабільні риси позитивно корелюють з виразністю депресії та тривоги, однак, цей зв'язок не є абсолютним і відображує складні клініко-патогенетичні і патофізіологічні закономірності формування особистісних змін при депресивних розладах.

Виявлені особливості необхідно враховувати при розробці прогностичних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих на депресивні розлади.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці сучасних методів ранньої діагностики депресивних розладів, а також в удосконаленні існуючих лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів при різних формах депресій.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів, пов'язаних із матеріалами даної статті.

Джерелом фінансування цього дослідження є виключно особисті кошти автора. Фінансова підтримка цього дослідження з боку будь-яких фізичних або юридичних осіб відсутня.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lim G.Y., Tam W.W., Lu Y., Ho C.S., Zhang M.W., Ho R.C. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014 // *Sci Rep.* – 2018. – Vol. 8. – P. 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
2. Read J.R., Sharpe L., Modini M., Dear B.F. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis // *J Affect Disord.* – 2017. – Vol. 221. – P. 36-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>
3. Almeida S.S., Zizzi F.B., Cattaneo A., Comandini A., Dato G.D., Lubrano E., Pellicano C., Spallone V., Tongiani S., Torta R. Management and Treatment of Patients With Major Depressive Disorder and Chronic Diseases: A Multidisciplinary Approach // *Front Psychol.* – 2020. – Vol. 11. – P. 542444. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.542444>
4. Summergrad P. Investing in global mental health: the time for action is now // *Lancet Psychiatry.* – 2016. – Vol. 3(5). – P. 390-391. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30031-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30031-1)
5. Matcham F., Norton S., Scott D.L., Steer S., Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial // *Rheumatology (Oxford).* – 2016. – Vol. 55(2). – P. 268-278. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>
6. Fiest K.M., Hitchon C.A., Bernstein C.N., Peschken C.A., Walker J.R., Graff L.A., Zarychanski R., Abou-Setta A., Patten S.B., Sareen J., Bolton J., Marrie R.A. Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Depression and Anxiety in Persons With Rheumatoid Arthritis // *J Clin Rheumatol.* – 2017. – Vol. 23(8). – P. 425-434. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000489>
7. Choo C.C., Harris K.M., Ho R.C. Prediction of Lethality in Suicide Attempts: Gender Matters // *Omega (Westport).* – 2019. – Vol. 80(1). – P. 87-103. <https://doi.org/10.1177/0030222817725182>
8. Pokhrel N.B., Khadayat R., Tulachan P. Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study // *BMC Psychiatry.* – 2020. – Vol. 20(1). – P. 298. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02645-6>
9. Zhao L., Han G., Zhao Y., Jin Y., Ge T., Yang W., Cui R., Xu S., Li B. Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics // *Front Genet.* – 2020. – Vol. 11. – P. 562316. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>
10. Zhou J., Yuan X., Qi H., Liu R., Li Y., Huang H., Chen X., Wang G. Prevalence of depression and its correlative factors among female adolescents in China during the coronavirus disease 2019 outbreak // *Global Health.* – 2020. – Vol. 16. – P. 69. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00601-3>
11. Boldrini T., Tanzilli A., Di Cicilia G., Gualco I., Lingiardi V., Salcuni S., Tata M.C., Vicari S., Pontillo M. Personality Traits and Disorders in Adolescents at Clinical High Risk for Psychosis: Toward a Clinically Meaningful Diagnosis // *Front Psychiatry.* – 2020. – Vol. 11. – P. 562. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.562835>
12. Nikčević A.V., Marino C., Kolubinski D.C., Leach D., Spada M.M. Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic // *J Affect Disord.* – 2021. – Vol. 15(279). – P. 578-584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>
13. Prince E.J., Siegel D.J., Carroll C.P., Sher K.J., Bienvu O.J. A longitudinal study of personality traits, anxiety, and depressive disorders in young adults // *Anxiety Stress Coping.* – 2021. – Vol. 34(3). – P. 299-307. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1845431>

14. Gutiérrez-Rojas L., Porrás-Segovia A., Dunne H., Andrade-González N., Cervilla J.A. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review // *Braz J Psychiatry*. – 2020. – Vol. 42(6). – P. 657–672.

<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0650>

15. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // *Психологический журнал*. – 1981. – № 3. – С. 118–123.

REFERENCES

1. Lim G.Y., Tam W.W., Lu Y., Ho C.S., Zhang M.W., Ho R.C. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Sci Rep*. 2018. No. 8, pp. 2861.

<https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>

2. Read J.R., Sharpe L., Modini M., Dear B.F. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017. No. 221, pp. 36–46.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>

3. Almeida S.S., Zizzi F.B., Cattaneo A., Comandini A., Dato G.D., Lubrano E., Pellicano C., Spallone V., Tongiani S., Torta R. Management and Treatment of Patients With Major Depressive Disorder and Chronic Diseases: A Multidisciplinary Approach. *Front Psychol*. 2020. No. 11, p. 542444.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.542444>

4. Summergrad P. Investing in global mental health: the time for action is now. *Lancet Psychiatry*. 2016. No. 3(5), pp. 390–391.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30031-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30031-1)

5. Matcham F., Norton S., Scott D.L., Steer S., Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2016. No. 55(2), pp. 268–278.

<https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>

6. Fiest K.M., Hitchon C.A., Bernstein C.N., Peschken C.A., Walker J.R., Graff L.A., Zarychanski R., Abou-Setta A., Patten S.B., Sareen J., Bolton J., Marrie R.A. Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Depression and Anxiety in Persons With Rheumatoid Arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2017. No. 23(8), pp. 425–434.

<https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000489>

7. Choo C.C., Harris K.M., Ho R.C. Prediction of Lethality in Suicide Attempts: Gender Matters. *Omega (Westport)*. 2019. No. 80(1), pp. 87–103.

<https://doi.org/10.1177/0030222817725182>

8. Pokhrel N.B., Khadayat R., Tulachan P. Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020. No. 20(1), pp. 298.

<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02645-6>

9. Zhao L., Han G., Zhao Y., Jin Y., Ge T., Yang W., Cui R., Xu S., Li B. Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Front Genet*. 2020. No. 11, p. 562316.

<https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>

10. Zhou J., Yuan X., Qi H., Liu R., Li Y., Huang H., Chen X., Wang G. Prevalence of depression and its correlative factors among female adolescents in China during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Global Health*. 2020. No. 16, p. 69.

<https://doi.org/10.1186/s12992-020-00601-3>

11. Boldrini T., Tanzilli A., Di Ciglia G., Gualco I., Lingiardi V., Salcuni S., Tata M.C., Vicari S., Pontillo M. Personality Traits and Disorders in Adolescents at Clinical High Risk for Psychosis: Toward a Clinically Meaningful Diagnosis. *Front Psychiatry*. 2020. No. 11, p. 562.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.562835>

12. Nikčević A.V., Marino C., Kolubinski D.C., Leach D., Spada M.M. Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2021. No. 15(279), pp. 578–584.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>

13. Prince E.J., Siegel D.J., Carroll C.P., Sher K.J., Bienvenu O.J. A longitudinal study of personality traits, anxiety, and depressive disorders in young adults. *Anxiety Stress Coping*. 2021. No. 34(3), pp. 299–307.

<https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1845431>

14. Gutiérrez-Rojas L., Porrás-Segovia A., Dunne H., Andrade-González N., Cervilla J.A. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2020. No. 42(6), pp. 657–672.

<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0650>

15. Zajtsev V.P. Variant of psychological test Mini-Mult. *Psychological Journal*. 1981. No. 3, pp. 118–123. [in Russ.]

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Белов Александр
Александрович**

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, ул.
Пирогова, 56, 21018, г. Винница, Украина
oleksbelov@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-0156-0777

Проблема депрессивных расстройств является одной из важнейших проблем современной психиатрии в связи со значительной распространенностью и весомыми медицинскими и социальными последствиями депрессии, что обуславливает актуальность исследования индивидуально-психологических и патохарактерологических особенностей больных депрессивными расстройствами с перспективой дальнейшего использования данных этих исследований для ранней диагностики и профилактики депрессий.

Цель исследования: определить индивидуально-психологические и патохарактерологические особенности больных депрессивными расстройствами с учетом возраста и пола пациентов.

Задачи исследования: определить структуру и дать количественную оценку выраженности индивидуально-психологических и патохарактерологических характеристик, а также установить их связь с выраженностью аффективной симптоматики у больных депрессивными расстройствами в различных возрастных группах и с учетом пола.

Методи: с использованием теста Mini-Mult клинико-психологически обследовано 107 мужчин и 138 женщин, больных депрессивными расстройствами.

Результаты. Установлено, что для больных депрессивными расстройствами характерны устойчивые характеристики дистимии (у мужчин $84,1 \pm 4,6$ Т-баллов, у женщин $81,3 \pm 1,9$ Т-баллов, $p < 0,01$), тревожности (соответственно $78,8 \pm 9,5$ Т-баллов и $83,7 \pm 8,3$ Т-баллов, $p < 0,01$) в сочетании с ипохондрическими фиксациями ($71,4 \pm 8,5$ Т-баллов и $75,6 \pm 5,7$ Т-баллов, $p < 0,01$), и умеренные проявления ригидности, диссоциативных рис и психопатизации. Различия заключаются в большей выраженности у мужчин устойчивых дистимических и ригидных черт, а у женщин – ипохондрических, тревожных черт и проявлений аффективной лабильности. Наиболее существенно патохарактерологические черты проявляются на начальных этапах заболевания, о чем свидетельствуют наибольшие различия их характеристик между младшей и средней возрастными группами, особенно касательно ипохондрических, диссоциативных, ригидных, шизоидных черт и проявлений психопатизации. Устойчивые ипохондрические, дистимические и аффективно лабильные черты положительно коррелируют с выраженностью депрессии и тревоги, однако, эта связь не является абсолютной и отражает сложные клинико-патогенетические и патопсихологические закономерности формирования личностных изменений при депрессивных расстройствах.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, индивидуально-психологические характеристики, патохарактерологические черты, половые различия.

INDIVIDUAL-PSYCHOLOGICAL AND PATHOCARTEROLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

**Belov
Oleksandr Oleksandrovich**

National Pirogov Memorial Medical University, 56 Pirogova st., 21018, Vinnytsya, Ukraine
oleksbelov@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-0156-0777

The problem of depressive disorders is one of the most important problems of modern psychiatry due to the high prevalence and significant medical and social consequences of depression, which determines the relevance of the study of individual psychological and pathocharacterological characteristics of patients with depressive disorders for prevention of depression.

The aim of the study: to determine the individual psychological and pathocharacterological characteristics of patients with depressive disorders, taking into account age and sex of patients.

Objectives of the study: to determine the structure and quantify the severity of individual psychological and pathocharacterological characteristics, as well as to establish their relationship with the severity of affective symptoms in patients with depressive disorders in different age groups and taking into account sex of patients.

Methods: using Mini-Mult test clinically and psychologically examined 107 men and 138 women with depressive disorders.

Results. It was found that patients with depressive disorders have stable characteristics of dysthymia (84.1 ± 4.6 T-points in men, 81.3 ± 1.9 T-points in women, $p < 0.01$), anxiety (respectively 78.8 ± 9.5 T-points and 83.7 ± 8.3 T-points, $p < 0.01$) in combination with hypochondriac fixations (71.4 ± 8.5 T-points and 75.6 ± 5.7 T-points, $p < 0.01$), and moderate manifestations of rigidity, dissociative traits and psychopathy. Sex differences are more pronounced in men with persistent dysthymic and rigid traits, and in women – hypochondriac, anxious traits and manifestations of affective lability. The most significant pathocharacterological features are manifested in the initial stages of the disease, which is manifested by the greatest differences in their manifestations between younger and middle age groups, especially in relation to hypochondriac, dissociative, rigid, schizoid characteristics and manifestations of psychopathy. Persistent hypochondriac, dysthymic and affectively labile traits are positively correlated with the severity of depression and anxiety, however, this relationship is not absolute and reflects the complex clinical, pathogenetic and pathopsychological patterns of personality change in depressive disorders.

Keywords: depressive disorders, individual psychological characteristics, pathocharacterological features, sex differences.

[DOI: 10.26565/2312-5675-2021-17-07](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-07)

УДК 159.937:616.89:371.711

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА СУБ'ЄКТИВНОГО СПРИЙНЯТТЯ ЩАСТЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

О. С. Марута

**Марута
Оксана Сергіївна**

Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», вул. Академіка Павлова, 46, 61068, м. Харків, Україна
os_maruta150@ukr.net
ORCID ID: 0000-0002-6374-6278

Метою дослідження було вивчення психологічного здоров'я (ПЗ) та його взаємозв'язку з суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів з різними варіантами психічних розладів (ПР).

Комплекс методів дослідження включав методику «Індивідуальна модель психологічного здоров'я», «Семантичний диференціал щастя» (СДЩ) та методи статистичної обробки отриманих даних.

В дослідженні взяли участь 210 пацієнтів з ПР (70 – з органічними розладами, 70 – з депресивними розладами та 70 – з невротичними розладами).

Встановлено, що при всіх варіантах ПР визначався значно менший рівень реалізованості «Просоціального» вектору, який відображає наявність внутрішньої та соціальної узгодженості особистості.

При невротичних розладах, окрім «Просоціального», також значно менш реалізованими були «Стратегічний» та «Сімейний» вектори, що відображало значно нижчий рівень сімейного благополуччя, здатності до стратегічного планування, цілеспрямованого функціонування, наполегливості цих пацієнтів.

При депресивних розладах значно менш реалізованими також були «Стратегічний», «Інтелектуальний» та «Я» вектори, що визначають низьку реалізованість хворих цієї групи, передусім, в сферах «Я»-реалізації, — емоційної, інтелектуальної, соціальної і фізичної.

При органічних розладах серед компонентів ПЗ також менш реалізованим, порівняно з групою здорових, був «Інтелектуальний» вектор, що визначало низький рівень реалізованості пацієнтів в плані інтелектуального самовдосконалення, недостатню експресивність, кмітливість у вираженні себе та своїх здібностей.

Отримані дані свідчать, що суб'єктивне сприйняття щастя хворими на ПР пов'язане, передусім, зі «Стратегічним», «Просоціальним», «Сімейним», «Інтелектуальним» та «Я» векторами ПЗ. «Творчий», «Духовний» та «Гуманістичний» компоненти ПЗ не виявили взаємозв'язку з рівнем суб'єктивного сприйняття щастя у хворих на ПР.

Ключові слова: психологічне здоров'я, суб'єктивне сприйняття щастя, невротичні розлади, депресії, органічні розлади.

Як цитувати: Марута О. С. Психологічне здоров'я та суб'єктивного сприйняття щастя при психічних розладах // Психіатрія, неврологія та медична психологія. — 2021. — №17. — С. 51–60. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-07>

In cites: Maruta O. S. Psychological health and subjective perception of happiness in mental disorders. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021. No 17, pp. 51–60. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-07>

Вступ. Психічне здоров'я — складне і багатовимірне явище, що залежить від біологічних, психологічних і соціальних факторів, не зводиться лише до усунення хвороби та її безпосередньої профілактики, включає сприятливе фізичне, психічне та психологічне функціонування, розвиток людини як особистості та суб'єкта діяльності. Концепція психічного здоров'я підкреслює значимість ресурсів пацієнта, його можливостей контролювати власне життя і справлятися з життєвими труднощами. Проте в категоріальному плані в психіатричній, психологічній та психотерапевтичній науках концептуальний зміст поняття психічного здоров'я залишається остаточно не визначеним та непорядкованим [1-4].

На сьогодні в площині цього питання виокремлюються такі категорії, як психологічне здоров'я та суб'єктивне благополуччя. Аналіз цих категорій та їх співвідношення з суб'єктивним сприйняттям щастя в нормі та при психічній патології є дуже актуальною проблемою при аналізі ресурсів психічного здоров'я. Психологічне здоров'я (ПЗ) є сукупністю характеристик особистості, яка включає стресостійкість, соціальну адаптацію, самореалізацію, що підкреслюють індивідуальність людини [5-6].

Дослідники вважають, що ПЗ є феноменом, який складається з низки сфер, кожна з яких має різну частоту зустрічаємості, тобто займає різну частину загального ПЗ. Серед сфер можна виділити душевну рівновагу, просоціальну орієнтацію, фізичне благополуччя, гуманістичну позицію, прагнення бути собою, творче самовираження, сімейне благополуччя, духовність, орієнтацію на мету, інтелектуальне вдосконалення [7-8].

ПЗ особистості, на думку М.Г. Іванової, визначається як інтегральна характеристика стану особистості в процесі функціонування. Показники ПЗ взаємопов'язані з індивідуальною, інтелектуально-особистісними характеристиками. Різні типи ПЗ обумовлюються структурної та рівневої специфікою його показників [9].

В цьому зв'язку аналіз рівня ПЗ хворих на психічні розлади (ПР) та його співвідношення з концептом щастя дозволить більш глибоко та детально оцінити особистісну складову в суб'єктивному сприйнятті щастя в нормі та при психічній патології [10-11].

Метою дослідження було вивчення ПЗ та його взаємозв'язку з суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів з різними варіантами ПР.

Матеріали і методи дослідження.

В дослідженні взяли участь 210 пацієнтів з психічними розладами (ПР) (70 — з органічними розладами, 70 — з депресивними розладами та 70 — з невротич-

ними розладами). Вік пацієнтів коливався в межах 29-57 років (середній вік 46,3 роки), серед обстежених переважали жінки (66,2 %), особи з вищою освітою (57,1 %) та непрацюючі особи (55,2 %): (30,9 % — не працюють; 17,6 % — тимчасово не працюють; 6,6 % — на пенсії).

Групу порівняння склали 50 здорових досліджуваних (без ПР), які за віком, статтю, рівнем освіти, соціальним статусом не відрізнялися від пацієнтів з ПР.

Комплекс методів дослідження включав методику «Індивідуальна модель психологічного здоров'я», «Семантичний диференціал щастя» (СДЩ) та методи статистичної обробки отриманих даних.

Методика «Індивідуальна модель психологічного здоров'я» спрямована на вивчення індивідуальної моделі ПЗ та дозволяє проаналізувати широкий спектр його реалізації, включаючи духовну рівновагу, психосоціальну орієнтацію, фізичне благополуччя, гуманістичну позицію, прагнення бути собою, творче самовираження, сімейне благополуччя, духовність, орієнтацію на мету, інтелектуальне вдосконалення [8].

Методика складається з 86 тверджень, які розподілені за 8 шкалами методики. Остання шкала є сумарним показником ПЗ. Методика «Індивідуальна модель психологічного здоров'я» містить наступні шкали: 1. Стратегічний вектор (СтВ) — орієнтація на ціль; 2. Просоціальний вектор (ПВ) - прагнення бути собою; 3. Я-вектор (ЯВ) — фізичне благополуччя; 4. Творчий вектор (ТВ) — творче самовираження; 5. Духовний вектор (ДВ) — духовність / релігійність; 6. Інтелектуальний вектор (ІВ) — інтелектуальний розвиток і вдосконалення; 7. Сімейний вектор (СВ) — сімейне благополуччя; 8. Гуманістичний вектор (ГВ) — гуманістична позиція; 9. Психологічне здоров'я (ПЗ) - сумарний показник ПЗ.

Методика «Семантичний диференціал щастя» (СДЩ) базується на психосемантичному підході і близького до нього напрямку — клініко-семантичного аналізу, що поєднує клінічний і лінгвістичний підходи, застосовуються при дослідженні смислової сфери особистості, як в нормі, так і при патології, в тому числі, для глибокого аналізу якісних змін в афективної, когнітивної та мотиваційної сферах при пограничних, афективних і психотичних розладах [11].

Методика СДЩ містить 42 уніполярних шкали, які утворюють 6 факторів. На кожній шкалі представлені категорії, які є компонентами, що відносяться до поняття щастя, які випробуванням пропонується оцінити за десятибальною шкалою. Ділення шкали фіксують різні ступені даного якості об'єкта. Опитувальник складається з двох бланків, на першому виявляється потреба в

кожному з компонентів, а на другому — ступінь їх наявності в даний момент життя (потреба (СДЩп) і наявність (СДЩн)). Оцінка респондентами значення поняття за шкалами СДЩ дозволяє сформулювати семантичний простір суб'єктивного сприйняття щастя і побудувати карту їх взаємного розташування.

Унімодальне шкали формують 6 факторів суб'єктивного сприйняття щастя: емоційний (ЕМ), соціальний (СЦ), матеріальний (МТ), фізичний (ФЗ), динамічний (ДН) і екзистенційний (ЕК).

На першому етапі підраховуються бали за кожним з компонентів окремо на кожному бланку (СДЩп і СДЩн) відповідно до їх полярної оцінки. Далі обчислюється середня оцінка фактора, шляхом складання її складових і подальшим поділом на 7. При цьому підсумковий показник Σ СДЩ є сумою середніх оцінок 6 факторів. Фінальним етапом є розрахунок Δ СДЩ, який відображає різницю результату СДЩп і СДЩн. Δ СДЩ є основним критерієм рівня щастя, тому що незалежно від абсолютного значення Σ СДЩ, відображає ступінь задоволеності життям. Обчислення показника Δ по кожній шкалі дозволяє визначити можливі причини зниження рівня суб'єктивного сприйняття щастя, його високі значення вказують на актуально значущі сфери життя, які декомпенсовані в даний життєвий період.

Методика СДЩ є універсальним інструментом оцінки рівня суб'єктивного сприйняття щастя, що дозволяє оцінити не тільки афективну складову даного конструкту, а й використовувати загальносемантичне поле

цього поняття для конструювання комплексної картини об'єктивізації екзистенційної цілісності.

Для статистичної обробки даних застосовувались методи описової статистики (відсотки (%), середня арифметична (М), стандартна похибка середньої арифметичної (m)), методи встановлення достовірності відмінностей вибірок (t — критерій С'юдента, ф-Фішера), метод послідовного статистичного аналізу та метод кореляційного аналізу.

Статистична обробка даних здійснювалася з використанням програмного пакету Excel і SPSS for Windows, Standart Version 11.5, Copyright SPSS Inc., 2002 [12].

Після заповнення тесту «сирі» бали за кожною шкалою методики переводяться в стени, що дозволяє визначити вираженість кожного з векторів реалізації ПЗ.

Результати дослідження та їх обговорення.

Результати використання методики «Індивідуальна модель психологічного здоров'я» представлені на рисунку 1.

Отримані дані свідчать, що при психічній патології структура моделі ПЗ значно відрізнялась від групи порівняння (здорові). Майже за всіма представленими в методиці векторами рівень здоров'я хворих з психопатологією був нижчим. Загальний рівень власного ПЗ хворі з ПР оцінювали на рівні $4,95 \pm 0,42$ стенив, в групі здорових — $6,35 \pm 0,54$ стенив.

В більшості випадків рівень ПЗ хворих з ПР відповідав низьким або нижнім градаціям середньо-нормативного рівня, в той час коли в групі здорових переважали середні та середньо-високі нормативні показники.

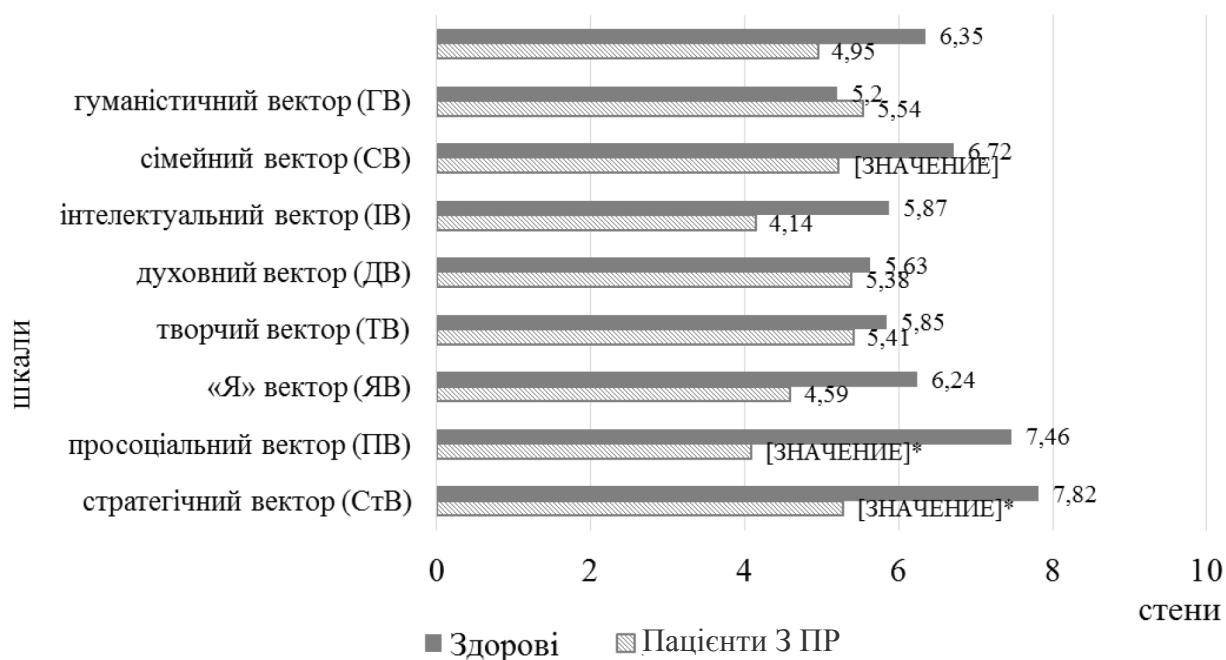


Рис. 1. Показники ПЗ у здорових та при ПР різного генезу

В індивідуальній моделі ПЗ осіб без ПР були достатньо реалізовані всі вектори психологічного здоров'я, серед яких найбільш реалізованими виявлялись «Стратегічний» ($7,82 \pm 0,75$ стенів) та «Просоціальний» ($7,46 \pm 0,68$ стенів), що відображали орієнтованість на ціль та прагнення бути собою.

Модель ПЗ хворих з ПР характеризувалась меншою виразністю представлених в методиці векторів, тобто нижчим рівнем їх реалізованості, відсутністю високих нормативних значень, зглаженістю та невиразністю її структурних особливостей. На найнижчому рівні в структурі індивідуальної моделі ПЗ хворих з ПР були реалізовані «Просоціальний» ($4,08 \pm 0,46$ стенів), «Інтелектуальний» ($4,14 \pm 0,39$ стенів) та «Я» ($4,59 \pm 0,44$ стенів) вектори. До того ж у хворих на ПР значення «Просоціального» та «Стратегічного» векторів були достовірно нижчими ($4,08 \pm 0,46$ та $5,27 \pm 0,54$ стенів), ніж у здорових осіб ($7,46 \pm 0,68$ та $7,82 \pm 0,75$ стенів, при $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,05$, відповідно).

Тобто, при відсутності психопатології індивідуальна модель ПЗ була багатомірною та різноспрямованою, в якій реалізовувались різні вектори життя людини з орієнтацією на стратегічне планування, вираженість прийнятих рішень, досягнення цілей, адекватне сприйняття самого себе, а також гармонійну залученість в соціальні процеси.

Хворі ж на ПР характеризувались низькою внутрішньою та соціальною узгодженістю особистості, невмінням конструктивно вирішувати міжособистісні та групові суперечності, низьким рівнем інтелектуальної експресивності, сміливості, врівноваженості та значно меншою здатністю до стратегічного планування, соціально-спрямованого функціонування та реалізації себе.

Загальний рівень ПЗ при різних варіантах ПР відображено на рисунку 2. Як видно з представлених даних, на найнижчому рівні власне ПЗ оцінювали хворі на депресивні розлади ($4,73 \pm 0,55$ стенів), рівень ПЗ при невротичних розладах складав $5,01 \pm 0,47$ стенів, при органічних – $5,12 \pm 0,51$ стенів, у здорових ці показники визначались на рівні $6,35 \pm 0,54$ стенів. Статистичних відмінностей за показниками загального рівня ПЗ визначено не було.

Результати аналізу структурних особливостей індивідуальної моделі ПЗ при різних варіантах ПР представлено на рисунках 3, 4, 5.

В структурі індивідуальної моделі ПЗ хворих на невротичні розлади реалізація майже за всіма представленими компонентами ПЗ була нижчою, ніж в групі здорових. Найменш реалізованими виявлялись «Духовний» ($4,23 \pm 0,42$ стенів), «Сімейний» ($4,31 \pm 0,37$ стенів) та «Просоціальний» ($4,32 \pm 0,48$ стенів) вектори, найбільш реалізованим, порівняно з іншими векторами був «Творчий» ($6,17 \pm 0,49$ стенів) вектор (рис. 3).

При порівнянні з групою здорових встановлено, що у хворих на невротичні розлади значно менш реалізованими були «Просоціальний», «Стратегічний» та «Сімейний» вектори ПЗ ($4,32 \pm 0,48$; $5,63 \pm 0,55$ та $4,31 \pm 0,37$ стенів, порівняно зі здоровими $7,46 \pm 0,68$; $7,82 \pm 0,75$ та $6,72 \pm 0,56$ стенів, при $p \leq 0,001$, $p \leq 0,05$, $p \leq 0,05$, відповідно).

Тобто, хворі на невротичні розлади характеризувались низькою внутрішньою та соціальною узгодженістю особистості, низькою чутливістю по відношенню до інших, зниженням рівня рефлексивності та емпатійності, а також, порівняно зі здоровими, були значно менш врівноважені, цілеспрямовані, впевнені у собі та своїх

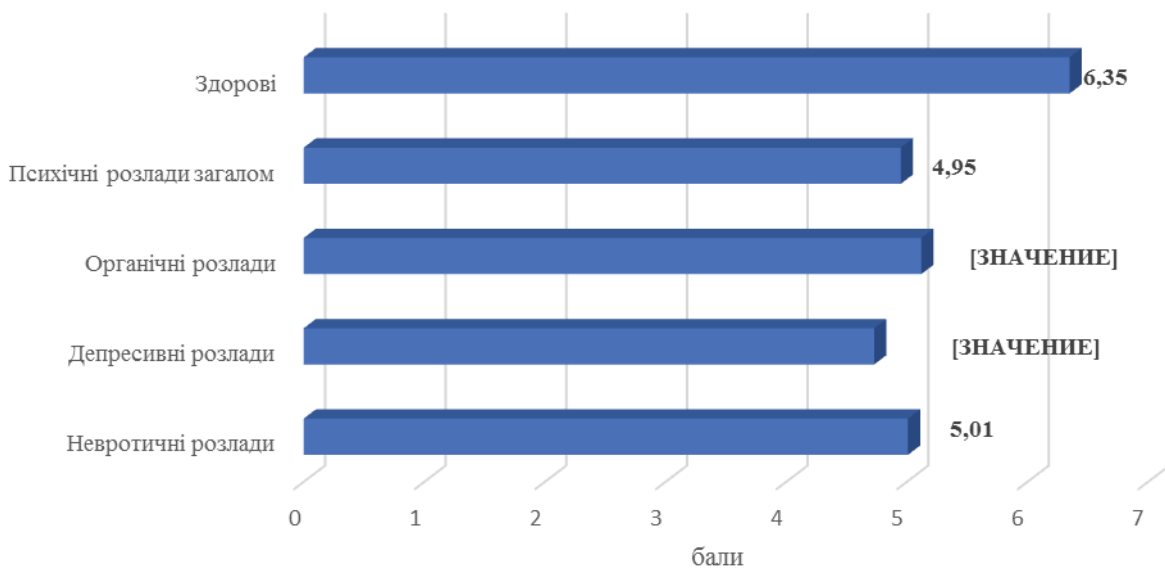


Рис. 2. Загальний рівень ПЗ у здорових та ПР різного ґенезу

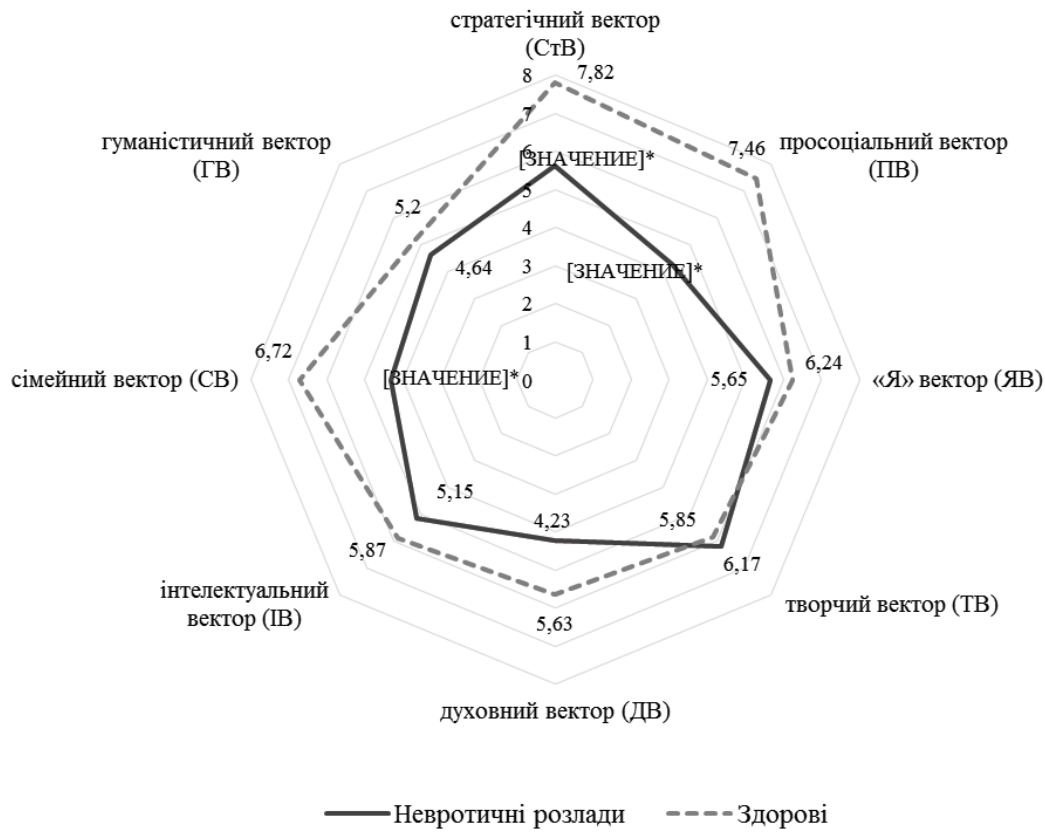


Рис. 3. Структура психологічного здоров'я у здорових та хворих на невротичні розлади

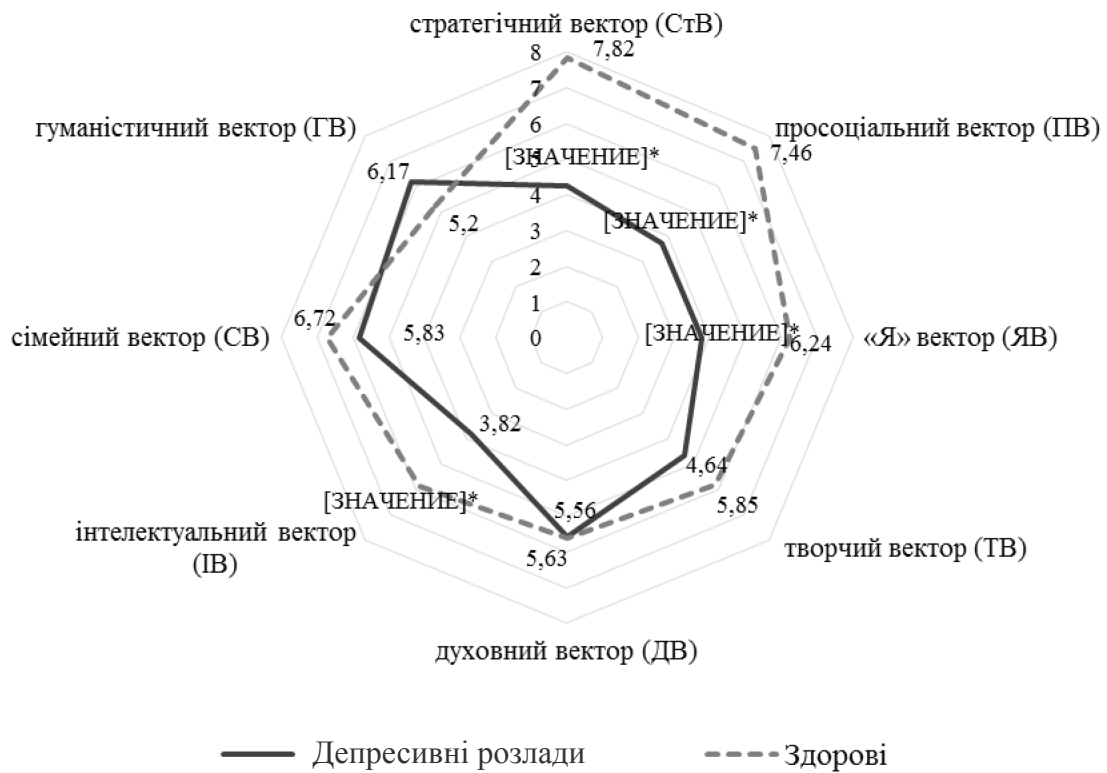


Рис. 4. Структура ПЗ у здорових та хворих на депресивні розлади

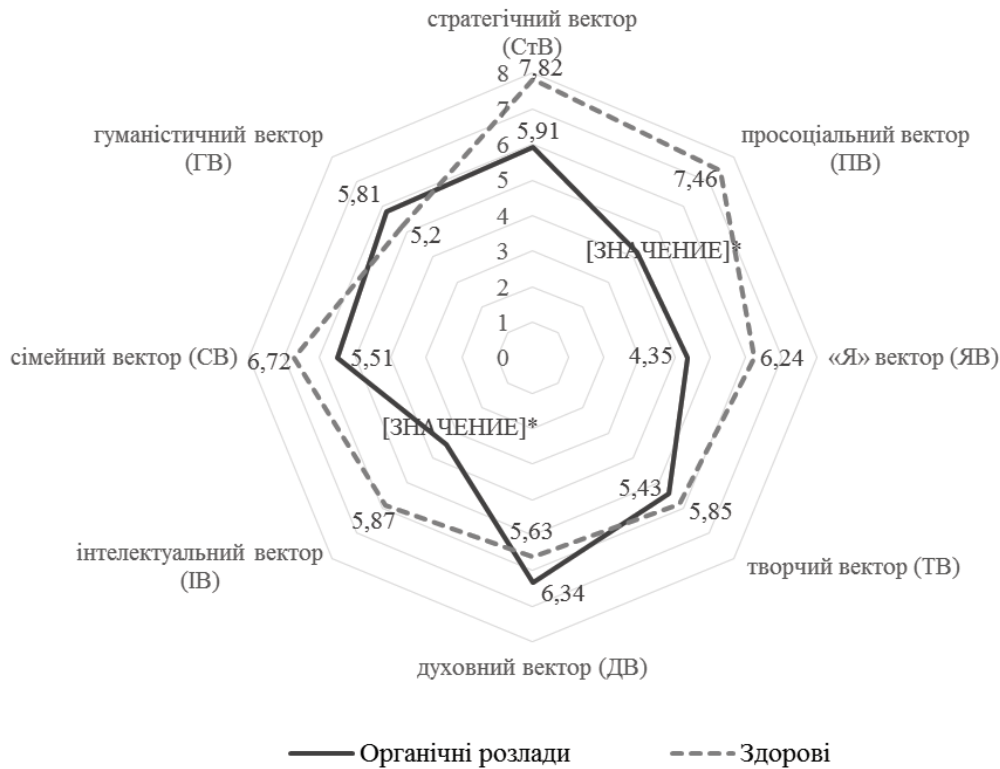


Рис. 5. Структура ПЗ у здорових та хворих на органічні розлади

силах, були менш здатними конструктивно взаємодіяти з іншими та приймати спільні рішення, орієнтуватись на інших та бути відвертими та безпосередніми в контактах та власній реалізації.

В структурі індивідуальної моделі ПЗ хворих на депресивні розлади найнижчі показники реалізованості виявлялись за «Я» вектором ($3,77 \pm 0,46$), «Просоціальним» ($3,75 \pm 0,51$) та «Інтелектуальним» ($3,82 \pm 0,44$) векторами. В якості найбільш реалізованих хворі цієї групи визначали «Гуманістичний» ($6,17 \pm 0,58$), «Сімейний» ($5,83 \pm 0,49$) та «Духовний» ($5,56 \pm 0,54$) вектори (рис. 4).

При порівнянні з групою здорових хворі на депресивні розлади виявляли достовірно нижчий рівень реалізованості за «Просоціальним», «Стратегічним», «Інтелектуальним» та «Я» векторами ($3,75 \pm 0,51$; $4,26 \pm 0,48$; $3,82 \pm 0,44$ та $3,77 \pm 0,46$ стенов, порівняно зі здоровими $7,46 \pm 0,68$; $7,82 \pm 0,75$; $5,87 \pm 0,61$ та $6,24 \pm 0,57$ стенов, при $p \leq 0,001$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$ та $p \leq 0,05$, відповідно).

Вищенаведене свідчить про низьку цілеспрямованість, недостатній рівень ціле – полагання, низьку реалізованість хворих на депресивні розлади, передусім, в сферах «Я»-реалізації, – емоційної, інтелектуальної, соціальної і фізичної. Тобто, цим хворим притаманний був низький рівень інтелектуального самовдоскона-

лення, повноти емоційних та поведінкових проявів особистості, відсутність опори на власну внутрішню сутність, невміння проявляти, приймати себе цілком, орієнтуватись на себе та власні почуття, справлятися зі своїми емоційними труднощами без шкоди для оточуючих, при більшій реалізованості духовно-гуманістичної та сімейної складової ПЗ.

При органічних розладах структурні особливості ПЗ характеризувались низькими показниками за «Інтелектуальним» ($3,46 \pm 0,40$) та «Просоціальним» ($4,16 \pm 0,51$) векторами, які, в свою чергу, були також достовірно нижчими, порівняно з групою здорових осіб ($5,87 \pm 0,61$ та $7,46 \pm 0,68$, при $p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$, відповідно). Найбільш реалізованими в структурі моделі ПЗ у хворих цієї групи були «Духовний» ($6,34 \pm 0,62$) та «Гуманістичний» ($5,81 \pm 0,58$) вектори.

Представлені дані свідчать про те, що хворі на органічні розлади характеризуються низьким рівнем реалізованості в плані інтелектуального самовдосконалення, недостатньою сміливістю, експресивністю, кмітливостю щодо власних проявів, вираження себе та своїх здібностей, низьким рівнем внутрішньої узгодженості особистості, низькою самооцінкою та неможливістю спиратись на себе (при більшій орієнтації на пошук опор в духовно-гуманістичних векторах, що відображають їх чутливість, поступливість, вразливість та релігійність).

Для визначення характеру та особливостей співвідношень між ПЗ та суб'єктивним сприйняттям щастя було проведено кореляційний аналіз показників структурних компонентів ПЗ з узагальненими показниками рівня щастя та їх окремими складовими (за даними методики СДЩ).

Згідно особливостей методики СДЩ суб'єктивний рівень щастя (ΔСДЩ) визначається як різниця між рівнем потреб в компонентах щастя (СДЩп) та рівнем їх наявності (СДЩн). Чим меншою є отримана різниця, тим вищим виявляється рівень щастя, і навпаки, при підвищенні показників ΔСДЩ визначається зниження рівня суб'єктивного сприйняття щастя. Тобто, показник ΔСДЩ відображає рівень невдоволеності життям, іншими словами має інверсний характер відносно рівня щастя: чим меншим виявляється ΔСДЩ, тим вищим є рівень щастя. В зв'язку з чим показники кореляції в представленій таблиці трактуються в зворотному порядку відносно рівня щастя, тобто зі знаком «-» визначаються як позитивні, зі знаком «+» – навпаки.

Нами отримані статистично достовірні кореляції між рівнем щастя (ΔСДЩ) та загальним рівнем ПЗ ($r = -0,41$), а також його окремими компонентами: «Просоціальним» ($r = -0,59$), «Сімейним» ($r = -0,38$) та «Я» ($r = -0,52$) векторами. Тобто, визначено, що суб'єктивне відчуття щастя хворих на ПР напряму корелює з відчуттям особистісної реалізованості (ПЗ), зокрема в сферах сімейного благополуччя (Сімейний

вектор), фізичного благополуччя (Я-вектор) та гармонійного особистісного залучення в соціальні процеси (Просоціальний вектор).

Стосовно рівня задоволення окремих компонентів суб'єктивного сприйняття щастя також були визначені достовірні зв'язки зі структурними компонентами ПЗ. Так, емоційний компонент щастя був пов'язаним з високим рівнем реалізованості «Я» вектору ($r = -0,53$), «Сімейного» вектору ($r = -0,58$) та загальним рівнем ПЗ ($r = -0,57$). Тобто, емоційний компонент щастя був напряму пов'язаним з рівнем ПЗ і, зокрема, фізичним та сімейним благополуччям.

Соціальний компонент в структурі щастя корелював з реалізованістю за «Стратегічним» ($r = -0,41$) та «Просоціальним» ($r = -0,61$) векторами, що відображало взаємозв'язок соціального компонента щастя з особистісною орієнтованістю на досягнення цілей, наполегливістю та гармонійним особистісним залученням в соціальні процеси без відмови від власних потреб та з адекватним врахуванням соціальних умов.

Матеріальний компонент щастя був пов'язаний з реалізованістю за «Стратегічним» вектором ($r = -0,46$), тобто з наполегливістю та цілеспрямованістю.

Фізичний компонент щастя корелював з реалізованістю за «Я» вектором ($r = -0,39$) та «Інтелектуальним» вектором ($r = -0,56$), тобто був пов'язаний з фізичним благополуччям, здатністю до самостійних рішень та інтелектуальним самовдосконаленням.

Таблиця 1

Кореляція рівня ПЗ та його структурних складових з показниками суб'єктивного рівня щастя у хворих на ПР

Рівень психологічного здоров'я та його структурні компоненти	Суб'єктивний рівень щастя						
	ΔСДЩ	ΔЕМ емоційний	ΔСЦ соціальний	ΔМТ матеріальний	ΔФЗ фізичний	ΔДН динамічний	ΔЕК екзистенційний
Стратегічний вектор (СтВ)	-0,31	-0,26	-0,41	-0,46	-0,21	-0,20	0,06
Просоціальний вектор (ПВ)	-0,59	-0,16	-0,61	-0,21	-0,28	0,17	0,08
«Я» вектор (ЯВ)	-0,52	-0,53	0,12	0,16	-0,39	0,16	-0,21
Творчий вектор (ТВ)	-0,16	0,11	-0,03	0,12	0,13	-0,05	-0,18
Духовний вектор (ДВ)	0,14	-0,05	0,03	0,11	-0,03	0,12	0,09
Інтелектуальний вектор (ІВ)	0,01	-0,21	-0,13	0,10	-0,56	-0,31	-0,09
Сімейний вектор (СВ)	-0,38	-0,58	-0,16	-0,09	-0,31	0,19	-0,11
Гуманістичний вектор (ГВ)	0,06	-0,14	0,03	-0,01	-0,15	-0,22	-0,26
Загальний рівень психологічного здоров'я (ПЗ)	-0,41	-0,57	-0,10	-0,06	-0,26	0,09	-0,06
Примітки: Значення подано у форматі « r - коефіцієнт кореляції » Рівень достовірності взаємозв'язків $p \leq 0,05$ виділено заливкою сірого кольору							

За динамічним та екзистенційним компонентами щастя значущих кореляційних зв'язків з рівнем ПЗ та його структурних компонентів визначено не було.

Загалом проведений аналіз особливостей структури ПЗ хворих на ПР дозволяє визначити, що при ПР структурні компоненти ПЗ є менш реалізованими та нерівномірно реалізованими, порівняно зі здоровими.

Висновки.

При всіх варіантах ПР визначався значно менший рівень реалізованості «Просоціального» вектору ПЗ, що відображає наявність внутрішньої та соціальної узгодженості особистості.

При невротичних розладах, окрім «Просоціального», також значно менш реалізованими були «Стратегічний» та «Сімейний» вектори, що свідчило про значно нижчий рівень сімейного благополуччя, здатності до стратегічного планування, цілеспрямованого функціонування, наполегливості цих пацієнтів.

При депресивних розладах значно менш реалізованими також були «Стратегічний», «Інтелектуальний» та «Я» вектори, що визначають низьку реалізованість хворих цієї групи, передусім, в сферах «Я»-реалізації, – емоційної, інтелектуальної, соціальної і фізичної та свідчить про низький рівень цілеспрямованості та стратегічного планування, інтелектуального самовдо-

сконалення, відсутність повноти емоційних та поведінкових проявів особистості, відсутність опори на власну внутрішню сутність, невміння проявляти себе цілком, орієнтуватись на себе та власні почуття у цієї категорії пацієнтів.

При органічних розладах серед компонентів ПЗ також менш реалізованим, порівняно з групою здорових, був «Інтелектуальний» вектор, що визначало низький рівень реалізованості пацієнтів в плані інтелектуального самовдосконалення, недостатню експресивність, кмітливість у вираженні себе та своїх здібностей.

У здорових осіб індивідуальна структура ПЗ була більш багатомірною та різноспрямованою, в якій реалізовувались різні вектори життя людини з орієнтацією на стратегічне планування, вираженість прийнятих рішень, досягнення цілей, адекватне сприйняття самого себе, а також гармонійну залученість в соціальні процеси.

Отримані дані свідчать, що суб'єктивне сприйняття щастя хворими на ПР пов'язане, передусім, зі «Стратегічним», «Просоціальним», «Сімейним», «Інтелектуальним» та «Я» векторами ПЗ. «Творчий», «Духовний» та «Гуманістичний» компоненти ПЗ не виявили взаємозв'язку з рівнем суб'єктивного сприйняття щастя у хворих на ПР.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисяк А.С. До проблеми психічного та психологічного здоров'я молоді. Збірник наукових праць // Психологічні науки. – 2013. – Том 2. Випуск 10 (91). – С. 46-51.
2. Савчин М.В. Психічна складова здоров'я людини // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». – 2017. – Випуск 6. – С. 93-97.
3. Формування мотивації та установок на збереження психічного та психологічного здоров'я сільської молоді: колективна монографія / кол.авт.; відп. Оред. Н.І. Зорій. – Чернівці: Книги – XXI, 2015. – 228 с.
4. Жданова І.В. Психічне здоров'я і професійна діяльність особистості / І.В.Жданова, І.В.Чорна // Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року). Львів: ЛьвДУВС, 2019. С. 92-99.
5. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.
6. Завгородня О.В. Психологічне здоров'я людини: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / О.В. Завгородня, Л.О. Курганская. – К.: Інформаційно-аналітичне агентство, 2008.
7. Коробка Л.М. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя https://www.researchgate.net/publication/340132581_Psihologicne_zdorov'a_ludini_v_konteksti_zdorovogo_sposobu_zitta
8. Козлов А.В. Методика діагностики психологічного здоров'я // Перспективи науки і освіти. 2014. № 6 (12). С. 110–117.
9. Иванова М.Г. Структурные, функциональные и динамические характеристики психологического здоровья личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Кемерово, 2010. – 24 с.
10. Марута О.С. Емоційний інтелект та його взаємозв'язок з суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів з психічними розладами // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. Вип. 16. – С. 50-57. <https://www.doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-06>
11. Марута О.С. Семантичний диференціал щастя (клініко-психологічні аспекти) / Медична психологія. – 2019. – Т. 14, № 2. – С. 27-31.
12. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. – К., 2006. – 556 с.

REFERENCES

1. Borysiuk A.S. To the problem of mental and psychological health of young people. Collection of scientific works. Psychological sciences. 2013. Vol. 2. No. 10 (91), pp. 46-51.
2. Savchin M.V. Mental component of human health. Scientific Bulletin of Kherson State University. Psychological Sciences Series. 2017. No 6, pp. 93-97.
3. Formation of motivation and attitudes to preserve the mental and psychological health of rural youth: a collective monograph / author; resp. Ored. NO. Zoriy. Chernivtsi: Books - XXI, 2015. 228 p.
4. Zhdanova I.V., Chorna I.V. Psychically healthy and professional skills of specialty. Psychically healthy characteristics of a crisis suspension: collection of theses of the All-Ukrainian Science and Practice Conference (18 June 2019). Lviv: LvDUVS, 2019, pp. 92-99.
5. Psychology of healthy people / Ed. I. J. Kotsan. Lutsk: RVV «Vezha» Volin. nat. un-tu im. Lesi Ukrainka, 2011. 430 p.
6. Zavgorodnyaya O.V., Kurgan L.O. Psychological human health: theoretical and applied aspects: monograph. K.: Information and analytical agency, 2008.

7. Korobka L.M. Psychologically healthy people in the context of a healthy way of life https://www.researchgate.net/publication/340132581_Psihologicne_zdorov'a_ludini_v_konteksti_zdorovogo_sposobu_zitta

8. Kozlov A.V. Methodology for the diagnosis of psychological health. Prospects for Science and Education. 2014. No. 6 (12), pp. 110-117.

9. Ivanova M.G. Structural, functional and dynamic characteristics of the psychological health of a person: abstract of Ph.D. dis. ... Cand. psychol. sciences. Kemerovo, 2010. 24 p.

10. Maruta O.S. Emotional intelligence and its relationship with the subjective perception of happiness in patients with mental disorders. Psychiatry, neurology and medical psychology. 2021. No. 16, pp. 50-57.

<https://www.doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-06>

11. Maruta O.S. Semantic differential of happiness (clinical and psychological aspects). Medical Psychology. 2019. Vol. 14. No. 2, pp. 27-31.

12. Antomonov M.Yu. Mathematical processing and analysis of biomedical data. K., 2006. 556 p.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ СЧАСТЬЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

**Марута
Оксана Сергеевна**

Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», ул. Академика Павлова, 46, 61068, г. Харьков, Украина
os_maruta150@ukr.net
ORCID ID: 0000-0002-6374-6278

Целью исследования было изучение психологического здоровья (ПЗ) и его взаимосвязи с субъективным восприятием счастья у пациентов с различными вариантами психических расстройств (ПР).

Комплекс методов исследования включал методику «Индивидуальная модель психологического здоровья», «Семантический дифференциал счастья» (СДШ) и методы статистической обработки полученных данных.

В исследовании приняли участие 210 пациентов с ПР (70 — с органическими расстройствами, 70 - с депрессивными расстройствами и 70 — с невротическими расстройствами).

Установлено, что при всех вариантах ПР определялся значительно меньший уровень реализуемости «Просоциального» вектора, который отражает наличие внутренней и социальной согласованности личности.

При невротических расстройствах, кроме «Просоциального», также значительно менее реализуемыми были «Стратегический» и «Семейный» векторы, что отражало значительно более низкий уровень семейного благополучия, способности к стратегическому планированию, целенаправленного функционирования, настойчивости этих пациентов.

При депрессивных расстройствах значительно менее реализуемыми также были «Стратегический», «Интеллектуальный» и «Я» векторы, определяющие низкую реализуемость больных этой группы, прежде всего, в сферах «Я»-Реализация, — эмоциональной, интеллектуальной, социальной и физической.

При органических расстройствах среди компонентов ПЗ также менее реализованным по сравнению с группой здоровых, был «Интеллектуальный» вектор, что отражало низкий уровень реализуемости пациентов в плане интеллектуального самосовершенствования, недостаточную экспрессивность, смекалку в выражении себя и своих способностей.

Полученные данные свидетельствуют, что субъективное восприятие счастья больными ПР связано, прежде всего, с «Стратегическим», «Просоциальным», «Семейным», «Интеллектуальным» и «Я» векторами ПЗ. «Творческий», «Духовный» и «Гуманистический» компоненты ПЗ не обнаружили взаимосвязи с уровнем субъективного восприятия счастья у больных ПР.

Ключевые слова: психологическое здоровье, субъективное восприятие счастья, невротические расстройства, депрессии, органические расстройства.

PSYCHOLOGICAL HEALTH AND SUBJECTIVE PERCEPTION OF HAPPINESS IN MENTAL DISORDERS

Oksana S. Maruta

State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Akademika Pavlova street, 46, 61068, Kharkiv, Ukraine
os_maruta150@ukr.net
ORCID ID: 0000-0002-6374-6278

The aim of the study was to study psychological health (PH) and its relationship with subjective perception of happiness in patients with various types of mental disorders (MD).

The set of research methods included the methodology "Individual model of psychological health", "Semantic differential of happiness" (SDH) and methods of statistical processing of the data obtained.

The study involved 210 patients with MD (70 with organic disorders, 70 with depressive disorders and 70 with neurotic disorders).

It was found that with all variants of MD, a significantly lower level of realizability of the "Prosocial" vector was determined, which reflects the presence of internal and social coherence of the individual.

In neurotic disorders, apart from Prosocial, the "Strategic" and "Family" vectors were also significantly less realizable, which reflected significantly lower levels of family well-being, the ability for strategic planning, purposeful functioning, and persistence of these patients.

In depressive disorders, the "Strategic", "Intellectual" and "I" vectors were also significantly less realizable, determining the low realizability of patients in this group, primarily in the spheres "I"-Realization, — emotional, intellectual, social and physical.

In organic disorders among the components of the PH, the "Intellectual" vector was also less realized in comparison with the healthy group;

The data obtained indicate that the subjective perception of happiness by patients with MD is associated primarily with the "Strategic", "Prosocial", "Family", "Intellectual" and "I" vectors of the PH. The "creative", "Spiritual" and "Humanistic" components of PH did not find a relationship with the level of subjective perception of happiness in patients with MD.

Key words: *psychological health, subjective perception of happiness, neurotic disorders, depression, organic disorders*

DOI: [10.26565/2312-5675-2021-17-08](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-08)

UDC 316.613.43:17.036.2

THE INFLUENCE OF THE DIMENSIONS OF PERFECTIONISM ON THE FORMATION OF EMOTIONAL MALADJUSTMENT

M. Savina, M. Malakhovetska

Maiia V. Savina

*V. N. Karazin Kharkiv National University; Svobody Square, 6, 61022, Kharkiv, Ukraine
m.savina@karazin.ua
ORCID ID: 0000-0002-1292-7482

Mariia O. Malakhovetska *

mmalakhovetska@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8066-4717

The growing complexity of the medical profession places increased demands on the future physician's adaptive capacity. The problem of the relationship of the affective spectrum disorders with such a dysfunctional personality trait as perfectionism is intensively discussed in clinical psychology. Medical students are in a more difficult position than others. It's related to their future profession requires a high level of training and also associated with a high responsibility for the lives and patient's health. High pace, intense workload, stress of life makes increased demands on the compensatory mechanisms of the medical student's psyche, failure of which leads to psychological and social conflicts.

The paper presents an empirical study of the severity of symptoms of depression, anxiety, and daily stress as the main components of emotional maladaptation, depending on the level of perfectionism in the medical student environment in conditions of increased psychological stress and pre-examination stress. Subjects with a low level of perfectionism are as emotionally prosperous as possible - they have no signs of depression in 89% of cases. In the group of subjects with a medium level of perfectionism, the number of respondents in whom there are no signs of depression decreases and the number with mild, moderate and high levels of depression increases. In the group with a high level of perfectionism, the number of people without signs of depression is half of the whole group, a sharp increase in the number of subjects with moderate and high levels of depression. The level of depression in all three groups is statistically significantly different from each other: the lowest in the group with a low level of perfectionism and the highest in the group with a high level of perfectionism ($p < 0.001$). Positive correlations between the general indicator of perfectionism, its separate parameters and indicators of depression, anxiety and daily stress in the studied groups are revealed.

The data obtained as a result of the study confirm the high level of emotional maladaptation of medical students. In the academic student medical environment, respondents with a pronounced level of perfectionism experience more high-intensity, daily stress (both in the interpersonal and academic spheres of student life) compared to respondents with moderate and low levels of perfectionism.

Key words: *emotional maladaptation, perfectionism, depression, anxiety, everyday stress.*

Як цитувати: Савіна М. В., Малаховецька М. О. The influence of the dimensions of perfectionism on the formation of emotional maladjustment // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. – №17. – С. 61–67. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-08>

In cites: Savina M. V., Malakhovetska M. O. The influence of the dimensions of perfectionism on the formation of emotional maladjustment. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021. No 17, pp. 61–67. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-17-08>

The problem of students' emotional maladaptation is attracting more and more attention of specialists in various fields of medicine and psychology [1-3].

This problem of maladaptation is most relevant for mental health of various population groups especially medical students during the education. The increasing complexity of medical professions places greater demands on the adaptive capabilities of future doctors. Compared to students from other universities, medical students are in a more difficult situation, since their future profession requires not only a sufficiently high level of training, but also is associated with a high responsibility for the life and health of patients. The complexity of medical work is also due to the requirements of the continuity of the process of professionalization, the implementation of various structured activities, and manipulations. High pace, intensive training loads, life stress make high demands on the compensatory mechanisms of the psyche of medical students, the breakdown of which leads to the emergence of psychological and social conflicts [4-6]

According to some epidemiological data, affective disorders in the student population reach 20-30% of all respondents. Currently, in clinical psychology, the problem of the relationship between affective spectrum disorders and such a dysfunctional personality trait as perfectionism is being actively debated. The results of studies of the relationship between various parameters of perfectionism and emotional maladaptation among students indicate that high standards of activity, the absence of a subjective right to make mistakes, polarized thinking, constant comparison of oneself with others leads to the emergence of competitive relationships, social isolation and a lack of support [7-10]. This, in turn, leads to the experience of negative emotions, constant stress, depression, suicidal intentions and maladaptive avoidance behavior [11-13].

These circumstances significantly update the study of the relationship of the dysfunctional personality trait of «perfectionism» with symptoms of emotional distress.

The purpose of the research is to study the severity of symptoms of emotional maladaptation (depression, anxiety, and everyday stress) among medical students depending on the level of perfectionism.

Materials and methods. An empirical study was carried out on a sample of 144 medical students. Among them, 68 boys and 76 girls aged 18 to 22 years. To diagnose personal characteristics, a perfectionism questionnaire was used (N. G. Garanyan and A. B. Holmogorova) [14]. For diagnosing emotional maladaptation: Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Inventory of College Student's Recent Life Experiences (R. Kohn, J. Lafreniere, H. Gurevich, ICSRLE). Processing of the obtained results was carried out using the statistical software package SPSS 12.

The results of the study. The assessment of the overall level of perfectionism was carried out through the N. G. Perfectionism Questionnaire. Garanyan and A.B. Kholmogorova, who reveals five aspects of it, integrated into the total value of the trait [5]. As the average values of the perfectionism index, the data of T. Yu. Yudeeva obtained on a sample of healthy people ($M = 47.7$; $SD = 13.7$). Indicators up to 33 points were considered low values of the severity of personality perfectional tendencies, medium values from 34 to 61 points, and high values over 62 points [5. S. 18].

As a result of the studies, all subjects were divided into 3 groups, respectively, with a low, medium and high level of perfectionism (Fig. 1.).

A comparative study of depression, anxiety and stress indicators was also conducted in students with various levels of perfectionism.

When comparing 3 groups in terms of depression, it was found that the group of subjects with a low level of perfectionism is as emotionally safe as possible (89% have no signs of depression). In the group of subjects with an average level of perfectionism, the number of emotionally successful subjects (without signs of depression) decreases and the number with mild, moderate, and high levels of depression increases. In the group of subjects with a high level of perfectionism, the number of people without signs of depression is half the entire group; the number of subjects with moderate and high rates of depression increases sharply. The level of depression in all three groups is statistically significantly different from each other: the lowest in the group with a low level of perfectionism and the highest in the group with a high level of perfectionism ($p < 0.001$) (Fig. 2).

In terms of anxiety, a similar trend can be traced. In the group with a low level of perfectionism, the number of emotionally successful subjects is almost half. In the group of subjects with an average level of perfectionism, their number decreases, respectively, the number of people with signs of anxiety increases. In a group with a high level, the number of emotionally disadvantaged reaches its maximum. The difference in the level of anxiety in the group with a low and a high perfectionism index reaches statistical significance ($p = 0.020$) (Fig. 3).

Thus, in the group with a high level of perfectionism, the prevalence of emotional disorders in the form of symptoms of depression and anxiety is higher (at the level of statistical significance) than in the group with an average and low level of perfectionism.

When comparing 3 groups according to indicators of the general level of stress, it is important to note that in no group were subjects with a low level of stress (0-45).

It was found that the group of subjects with a low level of perfectionism is as safe as possible. In the group of subjects with an average level of perfectionism, the number

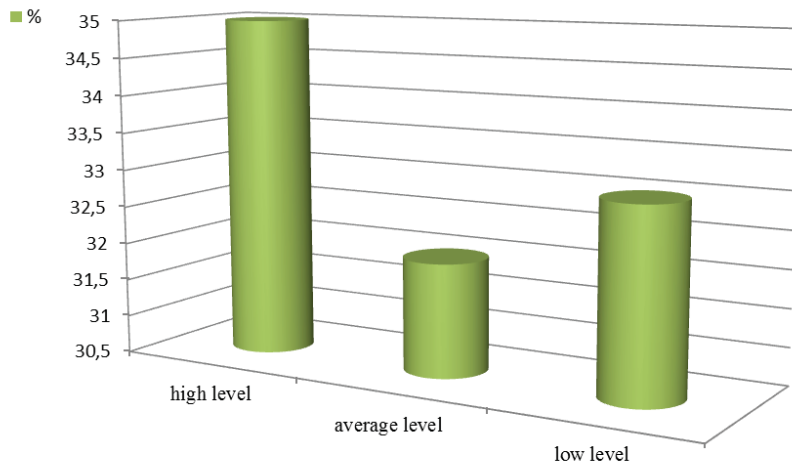


Fig. 1. Values of the general indicator of perfectionism in the experimental group

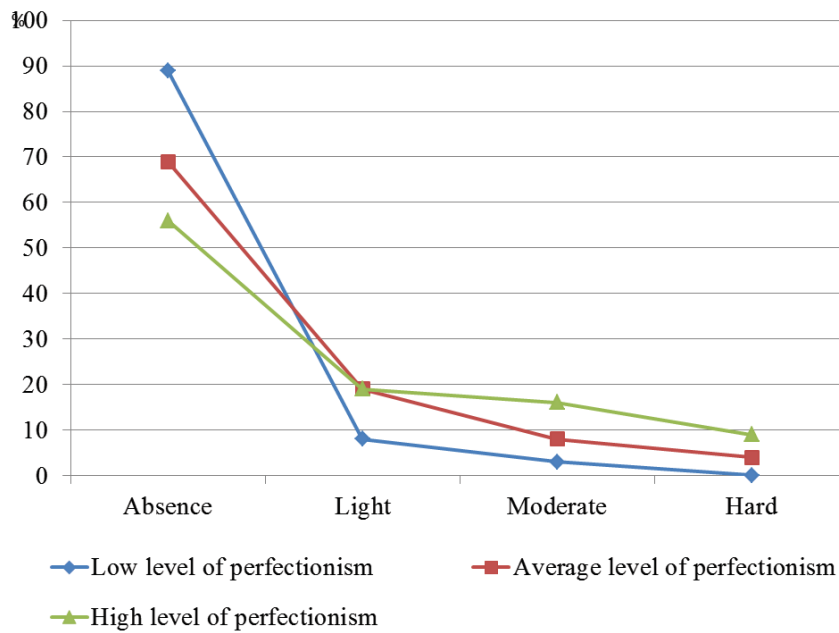


Fig. 2. Depression rates in subjects with different levels of perfectionism

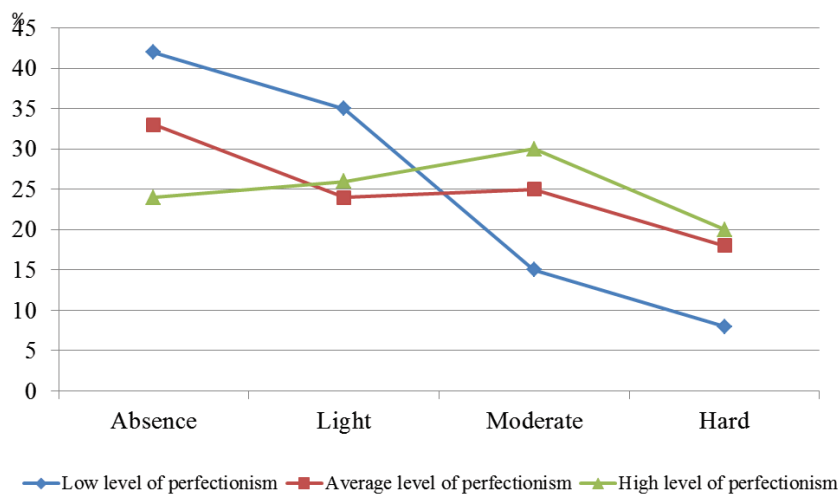


Fig. 3. Indicators of the level of anxiety in subjects with different levels of perfectionism

of students with an average level of stress increases. In the group of subjects with high perfectionism, the number of people with moderate stress decreases, and with an average and high level of stress increases (Fig. 4, 5).

In general, the average indicators of everyday stress are quite high among subjects (students) in all compared groups. They reach the maximum level in the group of subjects with a high level of perfectionism. Statistical analysis showed that students with high perfectionism had a significantly higher overall indicator of everyday stress compared with subjects with average perfectionism ($p < 0.001$) and subjects with low perfectionism ($p < 0.001$).

Subjects of the third group are also characterized by a significantly higher rate of interpersonal stress compared with subjects with average perfectionism ($p < 0.001$) and subjects with low perfectionism ($p < 0.001$).

In the academic field, subjects with high perfectionism experience significantly more intense stress than students with an average level of perfectionism ($p = 0.007$) and a low level ($p < 0.001$).

correlation analysis of the connection between perfectionism and such indicators of emotional maladaptation as anxiety, depression, and everyday stress (Fig. 6) was carried out.

As a result of the correlation analysis, numerous interconnections of individual parameters of perfectionism with symptoms of emotional maladaptation were established. So, the parameters "Perceiving others as delegating high expectations" and "Selecting information about failures and mistakes" correlate with all the symptoms of maladaptation: anxiety, depression and stress. The parameter "Excessive requirements for other people" correlates with stress indicators, both in the interpersonal and in the academic sphere. The parameters "High claims and requirements for oneself" and "High standards of activity" correlate with academic stress. And for the parameter "Polarized Thinking," no correlation with symptoms of emotional maladaptation was found. Beck's anxiety indicators correlate with perfectionism indicators such as Perception of Others as Delegating High Expectations and Selecting Information about Failures and

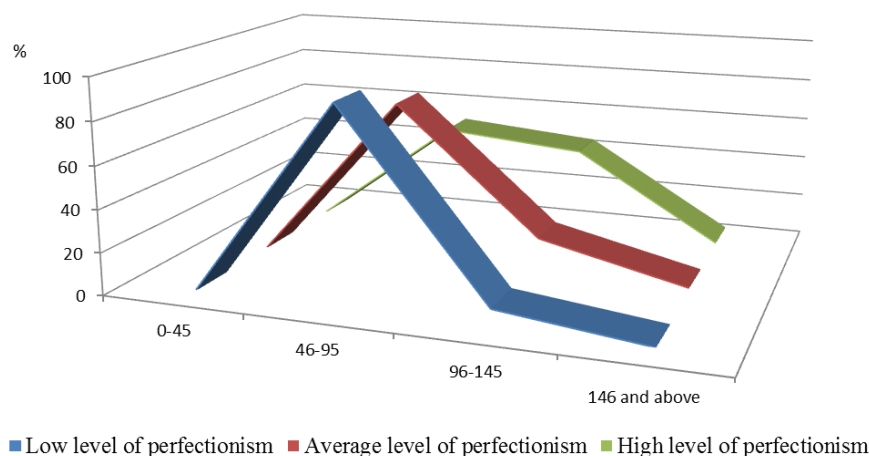


Fig. 4. Frequency indicators of stress in subjects with different levels of perfectionism

A

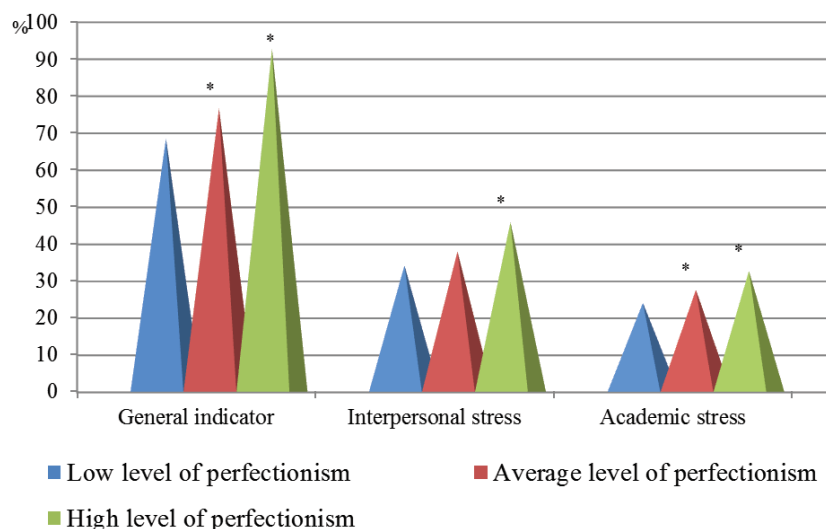


Fig. 5. Average values of daily stress in subjects with different levels of perfectionism

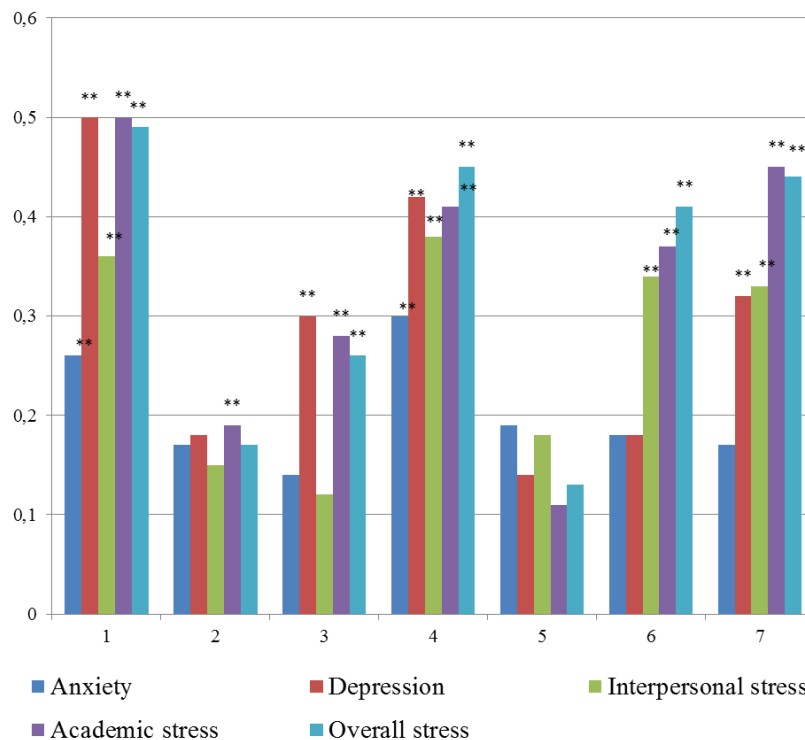


Fig. 6. Values of the correlation coefficient between indicators of anxiety, depression, stress and perfectionism

- | | |
|---|--|
| 1. Perception of others as delegating high expectations | 4. Selecting failure and error information |
| 2. High claims and self-demands | 5. Polarized thinking |
| 3. High performance standards | 6. Excessive requirements for other people |
| 7. General indicator | |

Errors. The indicators on the depression scale correlate with the general indicator for the perfectionism questionnaire, as well as with the factors "Perceiving others as delegating high expectations", "High standards of performance", "Selecting information about failures and mistakes".

The level of interpersonal stress correlates positively with the factors "Perceiving others as delegating high expectations", "Selecting information about failures and mistakes" and "Excessive requirements for other people", as well as with a general indicator of perfectionism. Indicators of academic stress are positively correlated with the factors "Perceiving others as delegating high expectations", "High standards of performance", "High claims and requirements for oneself", "Selecting information about failures and mistakes", "Excessive requirements for other people", and general indicator of perfectionism. The overall stress

indicator is positively correlated with factors such as "Perception of others as delegating high expectations", "High standards of performance", "Selecting information about failures and mistakes", "Excessive requirements for others", and a general indicator of perfectionism.

Conclusions. Medical students are characterized by a high level of emotional maladaptation, manifested in symptoms of depression, anxiety, and intense everyday stress. Students with a high level of perfectionism (a dysfunctional personality trait that assumes excessively high requirements for self and performance) demonstrate significantly higher rates of emotional maladaptation compared to students with a moderate and low level of perfectionism. Positive correlations between the general indicator of perfectionism, its individual parameters and indicators of depression, anxiety and everyday stress were revealed.

ЛІТЕРАТУРА

- (Mal)Adaptive Psychological Functioning of Students Utilizing University Counseling Services. / Biasi V., Cerutti R., Mallia L. та ін. // *Front Psychol.* – 2017. – №8. – С. 403. <https://www.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00403>
- Byrd, D. R. Individual, interpersonal, and institutional level factors associated with the mental health of college students / Byrd, D. R., McKinney, K. J. // *J. Am. Coll. Health.* – 2012. – №60. – С. 185–193. <https://www.doi.org/10.1080/07448481.2011.584334>
- Oostdam R. J. M. J. C. Maladaptive behavior in relation to the basic psychological needs of students in secondary education / Oostdam R. J. M. J. C., Koerhuis M. J. C., Fukkink R. G. // *European Journal of Psychology of Education.* – 2019. – №34. – С. <https://www.doi.org/601-619.10.1007/s10212-018-0397-6>
- Хаустов М. М. Систематизація чинників ризику формування станів дезадаптації у студентів в сучасних умовах / Хаустов М. М. // *Scientific journal «Science rise: medical science».* – 2017. – №10. – С. 44–48. <https://www.doi.org/10.15587/2519-4798.2017.113511>

5. Barnett D. A. Grounded Theory for Identifying Students with Emotional Disturbance: Promising Practices for Assessment, Intervention, and Service Delivery. / Barnett D. A. // *Contemporary School Psychology: Formerly «The California School Psychologist»*. – 2012. – № 16. – P. 21–31.

6. Sirota N. A. The Role of Emotional Schemas in Anxiety and Depression among Russian Medical Students. / Sirota N. A., Moskvchenko D. V., Yaltonsky V. M., Yaltonskaya A. V. // *Psychology in Russia: State of the Art*. – 2018. – Vol. 11(4). – P. 130–143.

<https://www.doi.org/10.11621/pir.2018.0409>

7. Гаранян Н. Г. Перфекціонізм, депресія і тривога / Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю. // *Московский психотерапевтический журнал*. – 2001. – № 4. – С. 18–48.

8. Лоца О. О. Перфекціонізм студентської молоді: рівень вираженості та представленість у буденній свідомості. / Лоца О. О. // *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія*. – 2014. – № 1. – С. 28–32.

9. Завада Т. Особливості взаємозв'язку перфекціонізму та самоактуалізації особистості. / Завада Т. // *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. – 2014. – Вип. 2. – С. 31–34.

10. Hewitt P.L., Dyck D.G. Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. / Hewitt P.L., Dyck D.G. // *Cognitive Therapy and Research*. – 1986. – № 10. – С. 137–142.

11. Hewitt P., Flett G. Perfectionism and stress process in psychopathology. / Hewitt P., Flett G. // *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington. – 2002. – P. 255–284.

<https://www.doi.org/10.1037/10458-011>

12. Hewitt P.L., Flett G.L. Dimensions of perfectionism, daily stress and depression: a test of specific vulnerability hypothesis. / Hewitt P., Flett G. // *Journal of abnormal psychology*. – 1993. – Vol. 102(1). – P. 58–65.

13. Hamilton T., Schweitzer, R. The cost of being perfect : perfectionism and suicide ideation in university students. / Hewitt P., Flett G. // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 34 (5). – P. 829–835.

<https://www.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x>

14. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Діагностика перфекціонізму та тривоголізму особистості : психологічний практикум. Кам'янець-Подільський : Медобори, 2018. 64 с.

REFERENCES

1. Biasi V., Cerutti R., Mallia L., Menozzi F. et al. (Mal)Adaptive Psychological Functioning of Students Utilizing University Counseling Services. *Front Psychol*. 2017. No. 8, p. 403.

<https://www.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00403>

2. Byrd, D. R., and McKinney, K. J. Individual, interpersonal, and institutional level factors associated with the mental health of college students. *J. Am. Coll. Health*. 2012. No. 60, pp. 185–193.

<https://www.doi.org/10.1080/07448481.2011.584334>

3. Oostdam R. J. M. J. C. Koerhuis M. J. C., Fukink R. G. Maladaptive behavior in relation to the basic psychological needs of students in secondary education. *European Journal of Psychology of Education*. 2019. No. 34, pp. 601–619.

<https://www.doi.org/10.1007/s10212-018-0397-6>

4. Haustov M. M. Sistematizaciya chinnikiv riziku formuvannya staniv dezadaptacii u studentiv v suchasnim umovah. *Scientific journal «Science rise: medical science»*. 2017. No. 10 (18), pp. 44–48. [in Ukr.]

<https://www.doi.org/10.15587/2519-4798.2017.113511>

5. Barnett D. A. Grounded Theory for Identifying Students with Emotional Disturbance: Promising Practices for Assessment, Intervention, and Service Delivery. *Contemporary School Psychology: Formerly «The California School Psychologist»*. 2012. No. 16, pp. 21–31.

6. Sirota N. A., Moskvchenko D. V., Yaltonsky V. M., Yaltonskaya A. V. The Role of Emotional Schemas in Anxiety and Depression among Russian Medical Students. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2018. Vol. 11(4), pp. 130–143.

<https://www.doi.org/10.11621/pir.2018.0409>

7. Garanyan N. G., Holmogorova A. B., YUdeeva T. YU. Perfekcionizm, depressiya i trevoga. *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2001. No. 4, pp. 18–48. [in Russ.]

8. Loza O. O. Perfekcionizm studentiv 'koi molodi: riven' virazhenosti ta predstavlenist' u budennij svidomosti. *Visnik Dnipropetrovs'kogo universitetu imeni Al'freda Nobelya. Seriya : Pedagogika i psihologiya*. 2014. No. 1, pp. 28–32. [in Ukr.]

9. Zavada T. Osoblivosti vzaemoz'v'язku perfekcionizmu ta samoaktualizacii osobistosti. *Visnik Kiivs'kogo nacional'nogo universitetu imeni Tarasa Shevchenka. Psihologiya*. 2014. No. 2, pp. 31–34.

10. Hewitt P.L., Dyck D.G. Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*. 1986. No. 10, pp. 137–142.

11. Hewitt P., Flett G. Perfectionism and stress process in psychopathology. *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, 2002, pp. 255–284.

<https://www.doi.org/10.1037/10458-011>

12. Hewitt P.L., Flett G.L. Dimensions of perfectionism, daily stress and depression: a test of specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*. – 1993. Vol. 102(1), pp. 58–65.

13. Hamilton T., Schweitzer, R. The cost of being perfect : perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 34 (5), pp. 829–835.

<https://www.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x>

14. Karamushka L. M., Bondarchuk O. I., Grubi T. V. Diagnostika perfekcionizmu ta trudogolizmu osobistosti : psihologichnij praktikum. Kam'yanec'-Podil's'kij : Medobori, 2018. 64 p. [in Ukr.]

ВПЛИВ РІВНІВ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ НА ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

**Савіна
Майя Василівна**

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи,
6, 61022, м. Харків, Україна

m.savina@karazin.ua
ORCID ID: 0000-0002-1292-7482

**Малаховецька
Марія Олександрівна***

mmalakhovetska@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8066-4717

Зростаюча складність медичних професій висуває підвищені вимоги до адаптаційних можливостей майбутніх лікарів. У клінічній психології інтенсивно дискутується проблема взаємозв'язку розладів афективного спектру з такою дисфункціональною особистісною рисою як перфекціонізм. Студенти медики в порівнянні зі студентами інших ВНЗ знаходяться в більш складному становищі, тому що їх майбутня професія вимагає не тільки досить високого рівня підготовки, але і пов'язана з високою відповідальністю за життя і здоров'я

пацієнтів. Високий темп, інтенсивні навчальні навантаження, напруженість життя пред'являють підвищені вимоги до компенсаторних механізмів психіки студентів медиків, зрив яких призводить до виникнення психологічних і соціальних конфліктів.

В роботі наведені дані емпіричного дослідження вивчення виразності симптомів депресії, тривоги, і повсякденного стресу, як основних складових емоційної дезадаптації, в залежності від рівня перфекціонізму в медичному студентському середовищі в умовах підвищених психологічних навантажень і передекзаменаційного стресу. Досліджувані з низьким рівнем перфекціонізму максимально емоційно благополучні — не мають ознак депресії в 89% випадків. У групі досліджуваних з середнім рівнем перфекціонізму число респондентів, в яких відсутні ознаки депресії знижується і збільшується число з легким, помірним і високим рівнем депресії. У групі з високим рівнем перфекціонізму число осіб без ознак депресії становить половину всієї групи, різко зростає число досліджуваних з помірним і високим показниками депресії. Рівень депресії у всіх трьох групах статистично достовірно відрізняється один від одного: найнижчий в групі з низьким рівнем перфекціонізму і найбільш високий в групі з високим рівнем перфекціонізму ($p < 0.001$). Виявлено позитивні кореляційні зв'язки між загальним показником перфекціонізму, окремими його параметрами і показниками депресії, тривоги і повсякденного стресу в досліджуваних групах.

Отримані в результаті дослідження дані підтверджують високий рівень емоційної дезадаптації студентів медиків. В академічному студентському медичному середовищі респонденти з вираженим рівнем перфекціонізму відчувають більш високоінтенсивний, щоденний стрес (як в інтерперсональній, так і в академічній сферах студентського життя) в порівнянні з респондентами з помірним і низьким рівнем перфекціонізму.

Ключові слова: емоційна дезадаптація, перфекціонізм, депресія, тривога, повсякденний стрес.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЕЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Савина
Майя Васильевна

*Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, площадь
Свободы, 6, 61022, г. Харьков, Украина
m.savina@karazin.ua
ORCID ID: 0000-0002-1292-7482

Малаховецкая
Мария Александровна*

mmalakhovetska@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8066-4717

Возрастающая сложность медицинских профессий пред'являет повышенные требования к адаптационным возможностям будущих врачей. В клинической психологии интенсивно дискутируется проблема взаимосвязи расстройств аффективного спектра с такой дисфункциональной личностной чертой как перфекционизм. Студенты медики по сравнению со студентами других ВУЗов находятся в более сложном положении, так как их будущая профессия требует не только достаточно высокого уровня подготовки, но и связана с высокой ответственностью за жизнь и здоровье пациентов. Высокий темп, интенсивные учебные нагрузки, напряженность жизни пред'являют повышенные требования к компенсаторным механизмам психики студентов медиков, срыв которых приводит к возникновению психологических и социальных конфликтов.

Представлены данные эмпирического исследования изучения выраженности симптомов депрессии, тревоги, и повседневного стресса, как основных составляющих эмоциональной дезадаптации, в зависимости от уровня перфекционизма в медицинской студенческой среде в условиях повышенных психологических нагрузок и передэкзаменационного стресса. Испытуемые с низким уровнем перфекционизма максимально эмоционально благополучны — не имеют признаков депрессии в 89 % случаев. В группе испытуемых со средним уровнем перфекционизма число респондентов не имеющих признаков депрессии снижается и увеличивается число с легким, умеренным и высоким уровнем депрессии. В группе испытуемых с высоким уровнем перфекционизма число лиц без признаков депрессии составляет половину всей группы, резко возрастает число испытуемых с умеренным и высоким показателями депрессии. Уровень депрессии во всех трех группах статистически достоверно отличается друг от друга: наиболее низкий в группе с низким уровнем перфекционизма и наиболее высокий в группе с высоким уровнем перфекционизма ($p < 0,001$). Вывявлены положительные корреляционные связи между общим показателем перфекционизма, отдельными его параметрами и показателями депрессии, тревоги и повседневного стресса в исследуемых группах.

Полученные в результате исследования данные подтверждают высокий уровень эмоциональной дезадаптации студентов медиков. В академической студенческой медицинской среде респонденты с выраженным уровнем перфекционизма испытывают более высокоинтенсивный, ежедневный стресс (как в интерперсональной, так и в академической сферах студенческой жизни) в сравнении с респондентами с умеренным и низким уровнем перфекционизма.

Ключевые слова: эмоциональная дезадаптация, перфекционизм, депрессия, тревога, повседневный стресс.

ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ ТА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

до міжнародного науковопрактичного журналу
«Психіатрія, неврологія та медична психологія»

Журнал «Психіатрія, неврологія та медична психологія» публікує оглядові статті, результати оригінальних та експериментальних досліджень, статті дискусійного характеру, короткі повідомлення, лекції, рецензії, випадки з клінічної практики, матеріали інформаційного характеру, роботи з питань викладання неврології, психіатрії та медичної психології та інші матеріали, присвячені актуальним проблемам неврології, психіатрії, наркології та медичної психології.

Редколегія журналу приймає до розгляду статті, які відповідають тематиці журналу та наведеним нижче вимогам.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Приймаються роботи, які не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

Обсяг оригінальних статей не повинен перевищувати 12 сторінок, лекцій та оглядів – 20, стислих повідомлень – 5, рецензій – 3 сторінок. Робота може бути написана українською або англійською мовами.

Статтю слід надсилати в редакцію у двох примірниках; один з них має бути підписаний усіма авторами (або одним з них, котрий бере на себе відповідальність та ставить підпис з припискою «погоджено зі всіма співавторами»).

СУПРОВІДНІ ДОКУМЕНТИ ТА ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Оригінальна робота має супроводжуватися офіційним направленням, завізованим підписом керівника та печаткою закладу, де виконано роботу, а для вітчизняних авторів також й експертним висновком, який дозволяє відкрити публікацію, та висновком комісії з біоетики закладу, де виконано роботу.

Статті дисертантів повинні мати візу наукового керівника.

До статей, виконаних за особистою ініціативою автора, необхідно додавати лист з проханням про публікацію.

Разом з текстом статті слід надавати (в електронному вигляді) відомості про автора/ авторів:

- прізвище, ім'я, по батькові (повністю);
- місце роботи та посада автора (повністю, без аббревіатур);
- науковий ступінь;
- наукове звання;
- номер контактного телефона (мобільний);
- e-mail; ORCIDiD;
- адреса для пересилання журналу.

ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ ТЕКСТУ

Ім'я файла створюється за прізвищем першого автора (стандарт набору – **Іванов.doc** або **Ivanov.doc**).

Текст набирається у текстовому редакторі Microsoft Word:

- формат сторінки – А4, орієнтація – книжкова;
- ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого – 1 см;

– шрифт Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал – 1,5;

– абзацний відступ – 1,25 см (використовується виключно клавіша Enter);

– вирівнювання тексту – по ширині сторінки;

– виділення тексту можливе напівжирним шрифтом або курсивом.

Не допускається:

– дублювання назви статті у назві файлу;

– створення абзацного відступу за допомогою клавиш Tab та пробіл;

– примусові (розставлені вручну) переноси;

– підкреслення, розрядка, застосування великих літер для виділення фрагментів тексту;

– застосування маркованих та нумерованих списків Microsoft Word (окрім списку літератури);

– заміна тире (–) знаком дефіса (-) й навпаки.

АНОТАЦІЯ ТА КЛЮЧОВІ СЛОВА

Обсяг анотації (без ключових слів) – 1800–2000 знаків без пробілів.

Анотація кожною мовою (українською, російською, англійською) повинна містити:

– назву статті;

– ініціали та прізвище автора/авторів (стандарт набору –

I. A. Петренко);

– офіційну назву закладу або організації (якщо автори працюють в різних організаціях, слід вказати усі назви та адреси, а нарядковими арабськими цифрами вказати відповідність закладів, де працює кожен автор);

– ключові слова (5–7 слів або словосполучень).

ТЕКСТ СТАТТІ

Матеріал статті викладається за схемою:

- індекс УДК (статті без УДК не розглядаються);
- назва статті;
- ініціали та прізвище автора/авторів (стандарт набору – I. A. Петренко);

- повна назва закладу, де виконано роботу з юридичною адресою (без абревіатур);
- ORCID авторів
- три анотації (українською, російською та англійською мовами);
- ключові слова;
- в експериментальних статтях та результатах оригінальних дослідженнях окремим рядком виділяють такі розділи:

- вступ;
- мета дослідження;
- матеріали та методи дослідження;
- результати дослідження та їх обговорення;
- висновки;
- література (список літератури мовою оригіналу).

У стислих повідомленнях та оглядових статтях зазначені розділи не виділяються, а наводиться лише список літератури.

Усі абревіатури пояснюються (окрім загальновідомих скорочень) при першій згадці у тексті.

У тексті статті посилання починаються з [1] та йдуть по наростанню та по порядку.

Посилання на літературу наводяться у квадратних дужках:

- при посиланні на два та більше джерел, які не йдуть один за одним, вони розділяються крапкою з комою (стандарт набору [2; 4; 9]);

- при зазначенні трьох та більше джерел, що йдуть один за одним, інтервал позначається тире (стандарт набору [2–5]).

При кожному згадуванні прізвища вченого слід вказувати посилання на його публікацію, яка має бути наявною у списку літератури.

Усі цитати мають закінчуватися посиланнями на джерела.

Усі статистичні дані повинні бути обґрунтовані посиланнями на джерела.

У статтях усі фізичні величини та одиниці слід наводити за міжнародною системою SI, терміни – згідно з міжнародною номенклатурою.

ТАБЛИЦІ ТА ІЛЮСТРАЦІЇ

(графіки, діаграми, схеми, фотографії)

Таблиці повинні бути побудовані у редакторах Microsoft Word, Microsoft Excel, бути компактними та мати відповідні змісту назви.

На всі таблиці та ілюстрації у тексті повинні бути посилання.

Ілюстрації та таблиці слід нумерувати арабськими цифрами (якщо їх кількість більше однієї) та розміщувати у тексті безпосередньо після абзацу, в якому згадуються.

У тексті статті не мають дублюватися дані, наведені у таблиці.

Рисунки не повинні дублювати таблиці.

Якщо графіки, діаграми, схеми створені не в Microsoft Word, вони надсилаються окремими файлами у тій програмі, в якій побудовані (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) з відповідним розширенням.

Схеми, графіки, діаграми повинні бути виконані у колірному режимі Grayscale (градації сірого). Використання кольорового ілюстративного матеріалу (окрім фотографій авторів) не дозволяється та в роботу не приймається.

Фотографії надсилаються окремими файлами у форматі .jpg (або .tiff) з розширенням 300 dpi.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Вказується після тексту статті, перед списком літератури. В обов'язковому порядку повинна бути декларована наявність або відсутність в авторів конфлікту інтересів (у таких випадках наводиться фраза «Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів»). Необхідно вказувати джерело фінансування — усі особи й організації, що надали фінансову підтримку дослідженню (у вигляді грантів, дарування або надання обладнання, реактивів, витратних матеріалів, ліків тощо), а також ті, хто брав іншу фінансову або особисту участь, що може призвести до конфлікту інтересів. Вказувати розмір фінансування не потрібно.

Подяки. Автори можуть висловити подяки людям і організаціям, які сприяли публікації статті в журналі, але не були її авторами.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Список літератури оформлюється відповідно до ДСТУ 8302:2015 та повинен містити роботи за останні 10 років. Публікації, датовані раніше, включаються у список лише за необхідності.

У список не включаються неопубліковані роботи.

У бібліографічному описі вказуються прізвище та ініціали автора/авторів, назва роботи, назва періодичного видання (якщо йдеться про статтю з журналу), місто та рік видання, том, випуск, сторінки.

В оригінальних роботах цитується не менше 5 й не більше 15 джерел, в наукових оглядах – до 30. Література в списку розміщується згідно з порядком посилання на неї у тексті статті. Повинна бути подана додаткова інформація про статті – DOI, PubMed ID тощо.

Нумерація першоджерел виконується лише з використанням функції «нумерований список» програми Microsoft Word. Кожне джерело слід поміщати з нового рядка під порядковим номером, що вказується в тексті статті арабськими цифрами у квадратних дужках. У списку всі роботи перераховуються в порядку цитування, а не в алфавітному порядку.

REFERENCES

Важливо! До статті також додається перелік літератури на латиниці (References) за стандартами National Library of Medicine (NLM) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7282/#A32680>

За правильність наведених у списку літератури даних відповідальність несуть автори.

Стаття повинна бути сумлінно відредагована й вивірена автором. Переконайтеся перед відправленням рукопису, що всі вказані інструкції виконані.

Редакція залишає за собою право рецензування, редакційної правки статей, а також відхилення робіт, які не відповідають вимогам редакції до публікацій; рукописи авторам не повертаються.

Статті та інші матеріали надсилаються за адресою: 61022 Україна, м. Харків, майдан Свободи, 6, к. 609а (кафедра клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна).

Електронний варіант надсилається на електронну пошту (e-mail: kokpenny54@gmail.com)

Додаткову інформацію можна отримати на сайті журналу <https://periodicals.karazin.ua/pnmp> або за телефоном 057-705-11-71, 057-725-58-40.

RULES FOR SUBMITTING PAPERS

to the International scientific and practical journal
«Psychiatry, neurology and medical psychology»

The International scientific and practical journal «Psychiatry, neurology and medical psychology» publishes review articles, results of original and experimental studies, articles of discussion nature, short messages, lectures, reviews, cases from clinical practice, information materials, papers on teaching neurology, psychiatry and medical psychology, and other materials devoted to current issues of neurology, psychiatry, narcology and medical psychology.

The editorial board of the magazine accepts articles that meet the magazine's topics and the following requirements.

GENERAL REQUIREMENTS

Works that have not been published or given for publishing before are accepted.

The volume of original articles should not overpass 12 pages, lectures and reviews - 20, short reports - 5, reviews - 3 pages. The work can be written in Ukrainian or English.

Copies of the paper should be sent to the editorial office ; one of them should be signed by all authors (or one of them, who takes responsibility and signs with the statement "agreed with all co-authors").

SUPPORTING DOCUMENTS AND INFORMATION ABOUT THE AUTORS

An original work should be followed by an official direction with a signature of a head and a seal of the institution where the work was performed. For the national authors it should be also followed by a conclusion of an expert that allows a general publication, and by a conclusion of a bioethics commission of the institution where the work was performed.

Dissertation papers must have a visa of a scientific supervisor.

A letter with request for the publication should be added to articles performed at the initiative of the author.

- surname, name, patronymic (full);
- place of work and position of the author (completely, without abbreviations);
- academic degree;
- Academic rank;
- contact telephone number (mobile);
- e-mail; ORCID ID;
- address for sending the journal.

TECHNICAL RULES FOR TEXT FORMATTING

The filename is created at the basis of the first author's name (example – Ivanov.doc.)

The text is typed in the text editor Microsoft Word:

- page format - A4, orientation - portrait;
- width of margins: left, top and bottom 2 cm, right - 1 cm;
- font Times New Roman, size 14, line interval - 1.5;

- paragraph indentation - 1.25 cm (only the Enter button is used);
- Text alignment – according to the page width;
- text may be highlighted by bold or italic fonts.

IT IS NOT ALLOWED:

- to duplicate the name of the article in the file name;
- to create a paragraph indentation with the Tab and space bar;
- to force (manually arrange) transfers;
- to use underlining, spacing, capitalization to highlight text fragments;
- to use marked and numbered lists of Microsoft Word (except list of references);
- to replace the dash (-) with a hyphen (-) and vice versa.

ANNOTATION AND KEY WORDS

Annotation volume (excluding key words) 1800-2000 characters without spaces.

The annotation in each language (Ukrainian, Russian, English) should contain:

- a title of the article;
- initials and surnames of an author / authors (example – I. A. Petrenko);
- the official name of the institution or organization (if the authors work in different organizations, all names and addresses should be indicated and respectively the institutions where each author works are also should be indicated with superlinear Arabic numerals);
- keywords (5-7 words or phrases).

Text of the article.

Article material is presented by the scheme:

- UDC index (articles without UDC are not considered);
- a title of the article;
- initials and surnames of an author / authors (example – I. A. Petrenko);
- the full name of the institution where the work was performed with the legal address (without abbreviations);
- ORCID authors
- three annotations (in Ukrainian, Russian and English);
- keywords;

• in the experimental articles and in the results of the original research, the following paragraphs are distinguished by a separate line:

- introduction;
- aim of the research;
- materials and methods of the research;
- the research results and their discussion;
- conclusions;
- references (list of references in the language of original).

In short messages and review articles, these paragraphs are not highlighted, the list of references is provided only.

All abbreviations are explained (except for commonly known abbreviations) when first mentioned in the text.

In the text of the article, the links are opened with [1] and go ascending and in order.

References are given in the square brackets:

- when referring to two or more sources which do not follow each other, they should be separated by a semicolon (example [2; 4; 9]);
- for three or more consecutive sources, the interval is indicated by a dash (example [2–5]).

At each mention of the name of a scientist, a reference to his or her publication, which must be available in the list of references, should be included.

All quotations should end with references to sources.

All statistics should be grounded with references to sources.

In the articles, all physical quantities and units should be given in accordance with the international SI system, terms should be given in accordance with the international nomenclature.

Tables and figures (graphs, charts, diagrams, photos)

The tables should be performed in Microsoft Word, Microsoft Excel, be compact, and have the relevant to the content titles. All tables and illustrations should have references in the text.

Illustrations and tables should be numbered in the Arabic numerals (if more than one) and placed in the text immediately after the period in which they are mentioned. In the text of the article the data given in the table should not be duplicated. Drawings should not duplicate tables.

If graphics, diagrams and schemes are not created in Microsoft Word, they are sent in separate files in the program in which they are performed with the appropriate extension.

Schemes, graphics and diagrams should be performed in Grayscale color mode (gray gradations). The usage of colored viewing materials (except photographs of authors) is not permitted and accepted.

The photos are sent as individual files and in the .jpg (or .tiff) format with a 300 dpi extension.

Additional information

Indicated after the text of the article and before the list of references. The presence or absence of the conflict of interests of authors should be obligatory proclaimed (in such cases the phrase "The authors declare about the absence of the conflict of interests" is given). The source of funding should be indicated, i.e. all persons and organizations that have provided financial support to the research (in the form of grants, donations or the provision of equipment, reagents, supplies, medicines, etc.), as well as those who have taken other financial or personal part that may lead to the conflict of interest. It's not necessary to specify the amount of funding.

Acknowledgements. Authors can express their acknowledgements to people and organizations which contributed to the publication of the article but were not the authors.

LIST OF REFERENCES

The list of references is performed in accordance with DSTU 8302:2015 and should contain the works of the last 10 years. Previously dated publications are included only when it is necessary.

Unpublished works are not included in the list.

In the bibliographical description, the initials of the author / authors, the title of the work, the title of the periodical (if it is a magazine article), the city and year of publication, volume, issue, and pages should be indicated.

In original works no less than 5 and no more than 15 sources are quoted. In scientific reviews – up to 30. The literature in the list is placed according to the order of reference in the article. Additional information about articles – DOI, PubMed ID, etc. should be provided.

Source numbering is performed only with the usage of Microsoft Word "numbered list" function. Each source should be placed in a new line with the ordinal number. In the text of an article it is indicated by the Arabic numerals in the square brackets. In the list, all works are enumerated in the order of citation, but not in alphabetical order.

Important! The article also includes a list of references in Latin characters according to NLM standards: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7282/#A32680>

Authors are responsible for the accuracy of the data in the list of references.

The article should be carefully edited and verified by an author. Make sure that you have followed all the instructions before sending the manuscript.

The editors' board reserves the right to review and edit articles as well as refuse the works that do not meet the requirements of editorial publications. Manuscripts are not returned.

Articles and other materials should be sent to the address: 61022 Ukraine, Kharkiv, Svoboda Square, 6, room. 609a, Department of Clinical neurology, Psychiatry and Narcology, V.N. Karazin Kharkiv National University.

The electronic version is sent to the e-mail address: kokpenny54@gmail.com

Additional information is available on the website of the journal: <https://periodicals.karazin.ua/pnmp> or by telephone number 057-705-11-71, 057-725-58-40.

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ И ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

в международный научнопрактический журнал

«Психиатрия, неврология и медицинская психология»

В международном научно-практическом журнале «Психиатрия, неврология и медицинская психология» публикуются проблемные статьи, результаты оригинальных и экспериментальных исследований, статьи обзорного, дискуссионного и информационного характера, а также краткие сообщения, лекции, рецензии, случаи из практики, материалы информационного характера, работы по вопросам преподавания неврологии, психиатрии и медицинской психологии и другие материалы, посвященные актуальным проблемам неврологии, психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Редакционная коллегия журнала принимает к рассмотрению статьи, которые соответствуют тематике журнала и приведенным ниже требованиям.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Принимаются работы, которые не публиковались и не подавались к печати ранее.

Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, лекций и обзоров – 20, кратких сообщений – 5, рецензий – 3 страниц.

Работа может быть написана на украинском или английском языках.

Статья присылается в редакцию в двух экземплярах; один из них должен быть подписан всеми авторами (или одним из них, который берет на себя ответственность и ставит подпись с припиской «согласовано со всеми соавторами»).

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Работа сопровождается официальным направлением, заверенным подписью руководителя и печатью учреждения, где выполнена работа, а для отечественных авторов также экспертным заключением, позволяющим открытую публикацию, и заключением комиссии по биоэтике учреждения, где выполнена работа.

Статьи диссертантов должны иметь визу научного руководителя.

К статьям, выполненным по личной инициативе автора, должно прилагаться письмо с просьбой о публикации.

Вместе с текстом статьи (в электронном виде) подаются сведения об авторе/авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
- место работы и должность автора (полностью, без аббревиатур);
- научная степень;
- ученое звание;
- номер контактного телефона (мобильный);
- e-mail; ORCIDiD;
- адрес для пересылки журнала.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕКСТА

Имя файла создается по фамилии первого автора (иванов.doc или ivanov.doc).

Текст набирается в текстовом редакторе Microsoft Word:

- формат страницы – А4, ориентация – книжная;
- ширина полей: левого, верхнего и нижнего по 2 см, правого – 1 см;
- шрифт Times New Roman, кегль 14, межстрочный интервал – 1,5;
- абзацный отступ – 1,25 см (используется только клавиша Enter);
- выравнивание текста – по ширине страницы;
- выделение фрагментов текста возможно полужирным шрифтом или курсивом.

Не допускается:

- дублирование названия статьи в названии файла;
- создание абзацного отступа с помощью клавиш Tab и пробел;
- принудительные (расставленные вручную) переносы;
- подчеркивание, разрядка, использование прописных букв для выделения фрагментов текста;
- использование маркированных и нумерованных списков Microsoft Word (кроме списка литературы);
- замена тире (–) знаком дефиса (-) и наоборот.

АННОТАЦИЯ И КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Объем аннотации (без ключевых слов) – 1800–2000 знаков без пробелов.

Аннотация на каждом языке (украинский, русский, английский) должна включать:

- название статьи;
- инициалы и фамилию автора/авторов (стандарт набора – **И. А. Петренко**);

– официальное название учреждения или организации (если авторы работают в разных организациях, необходимо привести все названия и адреса, а надстрочными арабскими цифрами обозначить соответствие учреждений, где работают авторы);

- ключевые слова (5–7 слов или словосочетаний).

ТЕКСТ СТАТЬИ

Материал статьи излагается по схеме:

- индекс УДК (статьи без УДК не рассматриваются);

- название статьи;
- инициалы и фамилия автора/авторов (стандарт набора – И. А. Петренко);
- полное название учреждения, где выполнена работа (без аббревиатур);
- три аннотации (на украинском, русском и английском языках);
- ключевые слова;
- в экспериментальных статьях и результатах оригинальных исследований отдельной строкой выделяются разделы:

- введение;
- цель и задачи исследования;
- материалы и методы исследования;
- результаты исследования и их обсуждение;
- выводы;
- литература (список литературы на языке оригинала).

В кратких сообщениях и обзорных статьях указанные разделы не выделяются, а приводится только список литературы.

Все аббревиатуры должны быть раскрыты (кроме общепринятых сокращений) при первом упоминании в тексте.

В тексте статьи ссылки начинаются с [1] и следуют по нарастающей и по порядку.

Ссылки на литературу приводятся в квадратных скобках:

– при ссылке на два и более источников, не следующих друг за другом, они разделяются точкой с запятой (стандарт набора [2; 4; 9]);

– при упоминании трех и более источников, следующих друг за другом подряд, интервал обозначается знаком тире (стандарт набора [2–5]).

При каждом упоминании фамилии ученого необходима ссылка на его публикацию, которая должна быть включена в список литературы.

Все цитаты должны заканчиваться ссылками на источники.

Все статистические данные должны быть подкреплены ссылками на источники.

Все физические величины и единицы следует приводить по международной системе SI, термины – согласно международной номенклатуре.

ТАБЛИЦЫ И ИЛЛЮСТРАЦИИ

(графики, диаграммы, схемы, фотографии)

Все таблицы должны быть построены в редакторе Microsoft Word, быть компактными и иметь соответствующие содержанию названия. На все таблицы и иллюстрации в тексте должны быть ссылки.

Иллюстрации и таблицы нумеруются арабскими цифрами (если их количество более одной) и размещаются в тексте непосредственно после абзаца, в котором упоминаются.

В тексте статьи не должны дублироваться данные, которые приведены в таблице.

Рисунки не должны дублировать таблицы.

Если графики, диаграммы, схемы построены не в Microsoft Word, то они присылаются отдельными файлами в той программе,

в которой построены (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) с соответствующим расширением.

Схемы, графики, диаграммы должны быть выполнены в цветовом режиме Grayscale (градации серого). Использование цветного иллюстративного материала не допускается и не принимается (кроме фотографий авторов).

Фотографии присылаются отдельными файлами в формате .jpg (или .tiff) с разрешением 300 dpi.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Указывается после текста статьи, перед списком литературы. В обязательном порядке должно быть декларировано наличие или отсутствие у авторов конфликта интересов (в таких случаях приводится фраза «Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов»). Необходимо указывать источник финансирования – все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку исследованию (в виде грантов, дарений или предоставление оборудования, реактивов, расходных материалов, лекарств и т.п.), а также те, кто принимал другую финансовую или личное участие, что может привести к конфликту интересов. Указывать размер финансирования не требуется.

Благодарности. Авторы могут выразить благодарности людям и организациям, которые способствовали публикации статьи в журнале, но не были ее авторами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Список литературы оформляется в соответствии с ДСТУ 8302:2015 и должен содержать работы за последние 10 лет. Более ранние публикации включаются в список только в случае необходимости.

В список не включаются неопубликованные работы.

В библиографическом описании указываются фамилия и инициалы автора/авторов, название работы, издательство, место и год издания, том, выпуск, страницы.

В оригинальных работах цитируется не менее 5 и не более 15 источников, а в научных обзорах – до 30 источников.

Должна быть представлена дополнительная информация о статье – DOI, PubMed ID и т. д.

Нумерация первоисточников выполняется только с использованием функции «нумерованный список» программы Microsoft Word. Каждый источник следует помещать с новой строки под порядковым номером, указывается в тексте статьи арабскими цифрами в квадратных скобках. В списке все работы перечисляются в порядке цитирования, а не в алфавитном порядке.

REFERENCES

Важно! К статье также прилагается перечень литературы на латинице (References) по стандартам National Library of Medicine (NLM): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7282/#A32680>

За правильность приведенных в списке литературы данных несут ответственность авторы.

Статья должна быть добросовестно отредактирована и выверена автором. Убедитесь перед отправкой рукописи, что все указанные инструкции выполнены.

Редакция оставляет за собой право рецензирования, редакционной правки статей, а также отклонения работ, которые не соответствуют требованиям редакции к публикациям; рукописи авторам не возвращаются.

Статьи и другие материалы отправляются по адресу: 61022 Украина, г. Харьков, площадь Свободы, 6, к. 609а, кафедра клинической неврологии, психиатрии и наркологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина.

Электронный вариант отправляется по электронной почте e-mail: kokpenny54@gmail.com

Дополнительную информацию можно получить на сайте журнала: <https://periodicals.karazin.ua/pnmp>.

или по телефону 057-705-11-71, 057-725-58-40.

Наукове видання

ПСИХІАТРІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Міжнародний науково-практичний журнал

Випуск 17

Українською, російською та англійською мовами

Підписано до друку 30.06.2021. Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 9,1. Наклад 100 пр.

Видавець і виготовлювач
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна.
61022, Харків, майдан Свободи, 4,
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.09

Видавництво ХНУ імені В.Н. Каразіна
Тел. 705-24-32