

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна

ПСИХІАТРІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Міжнародний науково-практичний журнал

Випуск 22

Заснований 2014 року

Харків – 2023

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE

PSYCHIATRY, NEUROLOGY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

International Scientific and Practical Journal

Issue 22

Founded in 2014

Kharkiv – 2023

ЗМІСТ

ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ

<i>Д.В. Штриголь, Н.Г. Міхановська, О.Л. Луценко</i> Вплив домашнього насильства на ментальне здоров'я та психосоціальне функціонування дітей та підлітків: закордонний досвід діагностики	6
<i>М.В. Маркова, М.М. Чемерис</i> Трихологічна проблематика на перетині дерматології і психіатрії: аналіз можливостей та шляхів розвитку	14

НЕВРОЛОГІЯ

<i>В.М. Міщенко, О.В. Дмитрієва, І.В. Здесенко, М.О. Легка</i> Когнітивні розлади у пацієнтів з цереброваскулярними порушеннями, які перенесли COVID-19	21
<i>Н.О. Некрасова, М.В. Скобенко</i> Патофізіологічні особливості механізмів когнітивної функції та їх взаємозв'язки з емоційним станом у студентів медичного університету	30
<i>А.М. Строкань, В.В. Бідний, В.В. Марцінів, О.В. Клименко, О.Л. Ібрагімова, В.О. Стукалін, А.М. Хоменко, Ю.Ю. Гармаш, І.С. Левченко, А.П. Попик, А.В. Олійник, М.А. Трофімов</i> Комплексний підхід до лікування гострого больового синдрому у військових з фантомним болем на госпітальному етапі	36

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<i>Г.В. Скребцова</i> Аналіз психосоціальної складової континууму психологічної адаптації-деадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози	43
<i>І.І. Черненко, Ю.Ю. Фоменко</i> Динаміка розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в учасників бойових дій після отриманої бойової черепно-мозкової травми	54

CONTENT

PSYCHIATRY, NARCOLOGY

<i>D.V. Shtryhol, N.G. Mikhanovska, O.L. Lutsenko</i> The impact of domestic violence on the mental health and psychosocial functioning of children and adolescents: abroad experience of diagnostics	6
<i>M.V. Markova, M.M. Chemerys</i> Trichological problems at the intersection of dermatology and psychiatry: analysis of opportunities and ways of development	14

NEUROLOGY

<i>V. N. Mishchenko, O.V. Dmytriieva, I.V. Zdesenko, M.A. Lehka</i> Cognitive disorders of patients with cerebrovascular disorders who suffered from COVID-19	21
<i>N.O. Nekrasova, M.V. Skobenko</i> Pathophysiological features of the mechanisms of cognitive function and their relationship with the emotional state in medical university students	30
<i>A.M. Strokan, V.V. Bidny, V.V. Martsyniv, O.V. Klymenko, O.L. Ibrahimova, V.O. Stukalin, A.M. Khomenko, Iu. Harmash, I. S. Levchenko, A.P. Popyk, A.V. Oliinyk, M.A. Trofimov</i> An integrated approach to the treatment of acute pain syndrome in military personnel with phantom pain at the hospital stage	36

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>H.V. Skrebtsova</i> Analysis of the psychosocial component continuum of psychological adaptation-disadaptation in patients with a dermatological profile with different levels of vital threat	43
<i>I.I. Chernenko, Yu.Yu. Fomenko</i> Dynamics of the development of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat participants after combat brain injury	54

[DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-01](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-01)

УДК 613.86-053.2:343.615-055.5/.7]:616-07(1-87)

ВПЛИВ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: ЗАКОРДОННИЙ ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ

Д. В. Штриголь, Н. Г. Міхановська, О. Л. Луценко

**Штриголь
Діана Вячеславівна**

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
E-mail: d.shtrygol@karazin.ua
ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-7346-2677>

**Міхановська
Наталія Геннадіївна**

доктор медичних наук, професор кафедри гігієни та соціальної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, провідний науковий співробітник відділення психіатрії ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»
E-mail: n.mikhanovska@karazin.ua
ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-7154-1179>

**Луценко
Олена Львівна**

доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри прикладної психології факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна
E-mail: olena.lutsenko@karazin.ua
ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-9922-9523>

Анотація. В статті представлено огляд зарубіжного досвіду професійного моніторингу дітей, що піддаються домашньому насильству, який характеризується структурованістю підходів та широким використанням коротких скринінгових тестів-опитувальників для усіх утягнутих сторін – дітей, батьків, вчителів, медичних сестер, педіатрів, спеціалістів з ментального здоров'я. Для діагностики надаються інструменти, рекомендовані міжнародним співтовариством фахівців в сфері охорони ментального здоров'я дітей та підлітків. Існують готові тестові батареї для всебічної регулярної оцінки прогресу терапії, що оцінюють показники психічного здоров'я та клінічних порушень для підлітків віком 11–18 років та базуються на інформації з боку підлітків, вихователів і клініцистів. Вони доречні для використання як інструменти скринінгу та (або) для моніторингу змін симптомів з плином часу, оцінюють результат терапії, фокусуються на лікувальних процесах, наприклад, терапевтичному альянсі, очікуванні від лікування.

Особливої уваги в огляді приділяється методиці, що дає глобальну оцінку психіки, а саме методика «Перелік дитячих симптомів» М. Джеллінека та М. Мерфі з колегами («PediatricSymptomChecklist», версії PSC та Y-PSC), яка успішно використовується для скринінгу психосоціальних проблем дітей. Цей інструмент має декілька суттєвих переваг – він широкого спектру дії, а саме спрямований на різноманітні симптоми психосоціальних порушень дитини: депресивність, тривожність, страхи, розлад поведінки тощо); він дуже легкий та економічний з точки зору виконання та адміністрування, чітко відрізняє дітей, які вже потребують додаткової уваги та допомоги фахівців психолого-психіатричного профілів та може використовуватися для оцінки динаміки стану і ефективності допомоги. Він відповідає теоретичній моделі Т. М. Ахенбаха і виявляє порушення психіки дитини за обома шляхами – інтерналізацією та екстерналізацією. Цей інструмент достатньо активно застосовується у сучасній науці та клінічній практиці, надає важливі результати під час дослідження психологічних проблем дітей, які пережили домашнє або інші види насильства, мають посттравматичний стресовий розлад, пережили переміщення з зон військових конфліктів.

Ключові слова. *Діти, підлітки, домашнє насильство, ментальне здоров'я, психосоціальне функціонування, скринінг.*

Як цитувати: Д.В. Штриголь, Н.Г. Міхановська, О.Л. Луценко Вплив домашнього насильства на ментальне здоров'я та психосоціальне функціонування дітей та підлітків: закордонний досвід діагностики // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – No22. – С. 6–13. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-01

In cites: D.V. Shtryhol, N.G. Mikhanovska, O.L. Lutsenko The impact of domestic violence on the mental health and psychosocial functioning of children and adolescents: abroad experience of diagnostics. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 6–13. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-01>

© Штриголь Д. В., Міхановська Н. Г., Луценко О. Л., 2023



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0.

Вступ. Насильство за своїми наслідками належить до одних з найважчих психічних травм, що визначає важливість вивчення впливу насильства на особистість дитини. Своєчасна діагностика наслідків насильства є необхідною умовою психо-соціальних інтервенцій, тому так необхідні адекватні методики дослідження психологічних особливостей дітей, які пережили травматичні події.

Під час виявлення наслідків домашнього насильства використовується весь арсенал методів діагностики: метод спостереження (спостереження за соматичним станом дитини, поведінкою, грою, навчанням, процесом творчості та стосунками), метод бесіди або інтерв'ю з дитиною та батьками чи родичами дитини, та метод тестування.

Найбільш структурованими, тобто чіткими та економічними з точки зору проведення, обробки та інтерпретації результатів, є психологічні тести. Жодний з методів не є ідеальним, вони усі мають власні переваги та обмеження, тому найкраще використовувати комплекс методів. Їх кількість і порядок пред'явлення визначається специфікою тих випадків, з якими має справу фахівець. Оптимальним для такого психодіагностичного комплексу буде поєднання інтерв'ю, проєктивних тестів та особистісних опитувальників, на що спрямований подальший аналіз закордонного досвіду.

Мета роботи: визначити сучасні підходи до діагностики впливу домашнього насильства на ментальне здоров'я дітей та підлітків.

Зарубіжний досвід професійного моніторингу дітей, що піддаються домашньому насильству, характеризується, на нашу думку, структурованістю підходів (що виражається в організації спеціальних сайтів, електронних бібліотек, різноманітних профільних організацій, імплементованих в школи та амбулаторії систем оцінювання) та широким використанням коротких скринінгових тестів-опитувальників для усіх утягнутих сторін – дітей, батьків, вчителів, медичних сестер, педіатрів тощо. Загалом, скринінг – це «систематичний процес, при якому велика кількість безсимптомних індивідів тестується на наявність особливої риси» [1]. Під скринінгом мається на увазі, що він є короткою та економічно ефективною процедурою, яка зазвичай не призводить до діагнозу, а скоріше виявляє групу дітей, які потребують або не потребують негайної уваги або подальшої оцінки. Оцінка або діагностична оцінка, навпаки, призначена для підтвердження або виключення конкретної психічної проблеми для осіб, що, як очікується, мають певний тип розладу [2].

Міжнародне суспільство для попередження насильства над дітьми та нехтування дітьми (International Society For The Prevention Of Child Abuse & Neglect) про-

понує систему з трьох опитувальників (батьківська і дитяча версії – ICAST-P та ICAST-C та ретроспективна версія для молоді – ICAST-R) для вимірювання ступеню поганого поводження з дітьми, що базується на законах про права дитини, є надійним і валідним інструментом, який використовується у багатьох країнах, легко перекладається і чутливий до особливостей культури [3]. Проте для отримання даного інструменту і його адаптації потрібно бути членом суспільства.

Приклад пунктів опитувальника для батьків ICAST-P, який складається з 36 питань:

«Всі дорослі використовують певні дисциплінарні методи, щоб навчити дітей правильній поведінці або вирішити проблему поведінки. Я буду читати різні методи, які можуть бути використані, і я хочу, щоб ви сказали мені, як часто ви або, якщо це можливо, ваш чоловік (дружина) використовували це з (*називається ім'я дитини*) за останній рік:

- Пояснювали, чому щось не так;
- Трясли його (ii);
- Били його або її по сідницях предметом, таким як палка, віник, хворостина або ремінь;
- Загрожували йому (їй) кинути або залишити його» [4].

Автори посилаючись на багаторічний досвід використання ICAST-C в безпосередніх опитуваннях дітей виявили, що діти розуміють і виявляють більше подій, пов'язаних з насильством на їх адресу, ніж їх батьки; і що дитячий психологічний добробут найкраще прогнозується звітом самих дітей [4].

Досвід авторів з використання ретроспективного звіту ICAST-R, коли вже повнолітня молода людина відповідає на питання щодо минулого домашнього насильства, показав, що вимога офіційного погодження на опитування ускладнює згоду на дослідження, що молоді дорослі люди можуть дати інформативний ретроспективний звіт, і що молодь більш старшого віку може мати краще розуміння того, що є неприйнятним стосовно виховання дітей [4].

Використовуються аналоги методу бесіди (аналіз наративу), хоча і в більш стандартизованій, ніж звичайна бесіда формі, наприклад, «Шкала Рівня Порушень – Наративний опис дитячих порушень – Домашня та Шкільна версії» – «Impairment Rating Scale» (Narrative Description of Child's Impairment – Home and School Versions). Цей метод вимагає від батьків і вчителів описати первинну проблему дитини і те, як ця проблема впливає на стосунки з однолітками, відносини з батьками та вчителем, академічний прогрес, самооцінку та загальне функціонування сім'ї та класу [5].

Дуже інформативними є огляди англomовних психологічних методик для оцінювання дітей шкільного віку «відкритого доступу», тобто доступних для використання або адаптації не на комерційній основі, які розміщуються та оновлюються у бібліотеці систем скринінгу та оцінювання SHAPE Центру шкільного психічного здоров'я факультету медицини Університету штату Меріленд, США. Ця електронна бібліотека містить описи та усі необхідні матеріали методик для використання у школах для оцінювання психічного здоров'я дітей, які можна обрати відповідно до мети оцінювання, віку, мови та інших параметрів [5].

Методики у таких оглядах класифіковані на декілька категорій:

1) *методики глобальної оцінки* (такі, що надають загальну картину психологічного стану дитини), зокрема, Youth Top Problems (YTP), Brief Problem Checklist (BPC), Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Pediatric Symptom Checklist (PSC and Y-PSC), Columbia Impairment Scale (CIS)

2) *специфічні методики для виявлення клінічних проблем*, наприклад, методики для виявлення порушень поведінки (Parent/Teacher Disruptive Behavior Disorder Rating Scale (DBD-RS), NICHQ Vanderbilt Assessment Scales (ADHD), Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory (CADBI) Screener), депресії (Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC), Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS), Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)), розладів настрою (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) for Children, Child Mania Rating Scale – Parent Version (CMRS-P), Child Dissociative Checklist (CDC)), тривоги та страхів (Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), Self-Report for Childhood Anxiety Related Disorders (SCARED), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Penn State Worry Questionnaire for Children (PSWQ-C), Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)), травми (Childhood PTSD Symptom Scale (CPSS), Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI-C), Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS), Trauma Exposure Checklist and PTSD Screener), зловживання психоактивними речовинами (CAGE Interviewing Technique (CAGE), CRAFFT), аутистичних розладів (Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC), PDD Assessment Scale), харчових порушень (Children's Eating Attitudes Test (ChEAT), Eating Attitudes Test – 26 (EAT-26), Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS));

3) інструменти для вимірювання навчальних проблем, зокрема, Інструмент шкільної залученості (Student Engagement Instrument, (SEI)) [5].

Ще більш широкі огляди методик оцінки поведінки та психосоціального функціонування дітей, які включають крім скринінгових тестів і стандартизовані інтерв'ю, алгоритми оцінювання та інструменти допомоги, публікуються в загальнодоступних у мережі Інтернет посібниках для фахівців первинної медичної допомоги [6]. Вони містять огляди методик за такими категоріями: психосоціальна змінна, назва інструменту та його опис, кількість пунктів та формат методики, вікова група досліджуваних, психометричні властивості інструменту, адміністрування та час оцінювання, потреба у кваліфікації (тренінгу) для фахівця, мова та культурна адаптація (на яких мовах цей інструмент доступний), ціна (або її відсутність) та розробник інструменту. Змінні, для вимірювання яких призначені методики, включають: моніторинг психічного здоров'я та спостереження, загальні психосоціальні скринінгові тести, вживання психоактивних речовин, оцінка батьків (родини), травма, глобальне функціонування, суїцидальна оцінка, оцінка поведінки, рейтингові шкали для оцінки навчання та дефіциту уваги з гіперактивністю.

Перелік найбільш популярних на заході стандартизованих скринінгових методик для оцінки психосоціального функціонування дітей включає такі: «Опитувальник здоров'я пацієнта» (Patient Health Questionnaires, PHQ), «Шкала депресії Бека» (Beck Depression Inventory, BDI), «Опитувальник дитячої депресії» (Child Depression Inventory, CDI), Короткий опитувальник настрою та почуттів (Short Mood and Feelings Questionnaire, SMFQ), «Опитувальники Яскраве Майбутнє» (Bright Futures Questionnaires), «Методичні рекомендації для підліткової превентивної служби» (Guidelines for Adolescent Preventive Services, GAPS), «Перелік дитячих симптомів» (Pediatric Symptom Checklists (PSC)), «Опитувальник сильних сторін та труднощів» (Strengths and Difficulties Questionnaire), «Вік та стадія – соціально-емоційний опитувальник» (Ages and Stages Questionnaire-Social Emotional, ASQ-SE), «Шкала дитячої тривожності Спенса» (Spence Children's Anxiety Scale), «Підліткова шкала депресії Кутчера» (Kutcher Adolescent Depression Scale, KADS), «Шкала – Центр для епідеміологічних досліджень депресії» (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D), «Схема Колумбійського діагностичного інтерв'ю» (Columbia Diagnostic Interview Schedule, DISC), «Колумбійська шкала порушень» (Columbia Impairment Scale, CIS), «Колумбійська оцінка підліткового оздоровлення» (Columbia Adolescent Wellness Assessment, CAWA), «Шкала глобального оцінювання дітей» (Children's Global Assessment Scale, CGAS), «Оцінка ризику та захисних чинників» (HEADSSS Assessment: Risk and Protective Factors),

скринінговий тест для оцінки вживання психоактивних речовин (CRAFFT), шкала оцінки суїцидального ризику (SAD-PERSONS), скринінговий тест дитячих тривожних розладів (SCARED), та Шкали Вандербілта для оцінки синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (NICHQ Vanderbilt Assessment Scale) [7-10].

Важливим аспектом дослідження дітей, що пережили насильство, є виявлення дисоціативних симптомів (дереалізація, деперсоналізація, дисоціація, амнезія, трансові стани, різкі та екстремальні зміни настрою і поведінки, галюцинації), оскільки тяжка травма може викликати такі розлади [11]. Для їх діагностики використовуються інструменти, рекомендовані Міжнародним товариством вивчення травми та дисоціації (The International Society for the Study of Trauma and Dissociation) та Міжнародним товариством вивчення дисоціації (The International Society for the Study of Dissociation), а саме: «Контрольний список симптомів дисоціації у дітей» (Child Dissociative Checklists, CDC, Putnam, 1993), «Контрольний список поведінки дитини» (Child Behavior Checklists, CBCL, Achenbach, 1992), «Шкала підліткового дисоціативного досвіду» (Adolescent Dissociative Experience Scale, ADES, Armstrong, 1997), «Багатовимірний підлітковий опитувальний дисоціації» (Adolescent Multi-Dimensional Inventory of Dissociation v.6.0, Dell, 2006), «Шкала дитячого дисоціативного досвіду та Опитувальник посттравматичних симптомів» (Children's Dissociative Experiences Scale & Posttraumatic Symptom Inventory, CDES-PSI, Stolbach, 1997), «Шкала зміни сприйняття для дітей» (Children's Perceptual Alteration Scale, CPAS, Evers-Szostak & Sanders, 1992), «Контрольний список симптомів травми для дітей» (Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC, Briere, 1996), «Структуроване клінічне інтерв'ю для дисоціативних розладів DSM» (Structural Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders, SCID-D, Steinburg, 1994) [11].

Імовірно, найбільш детальний огляд методик, спеціально присвячених дітям, що пережили насильство, міститься у посібнику «Вимірювання дитячої та підліткової травматизації: огляд» [12], виданому Інститутом досліджень, підтримки та тренінгу дітей та сімей Вищої школи соціальної служби Університету Фордхема, США (Children and Families Institute for Research, Support and Training Fordham University Graduate School of Social Service). У ньому описано 35 діагностичних інструментів з авторством та роком видання, цільовою групою, метою тесту, описом змісту та способу обчислення результатів, психометричними властивостями та контактною інформацією для того, щоб можна було отримати методик. Інструменти розділені на такі категорії, як

1) загальні вимірювання як наявності насильства, так і симптомів порушень (наприклад, «Шкала мого найгіршого досвіду» – My Worst Experience Scale); 2) опитувальники історії травматизації (наприклад, «Бланк історії віктимізації» – History of Victimization Form); 3) інструменти вимірювання впливу травми (наприклад, «Шкала дитячої реакції на травматичні події» – Child Reaction to Traumatic Events Scale) та 4) вимірювання симптомів ПТСР, дисоціації та політравматизації (наприклад, «Оцінка страху сексуального насильства» – Sexual Abuse Fear Evaluation).

Деякі з розповсюджених методик мають лише версії для батьків та вчителів, як більшість опитувальників порушень поведінки, оскільки діти часто не можуть усвідомити порушення власної поведінки або не визнають їх (як із вживанням психоактивних речовин). Також батьківські (лікарські, вчительські) версії преважують серед методик, розрахованих на дітей раннього віку – молодше 10-11 років. Що молодше потенційний контингент – то коротше методики, наприклад, методики оцінки депресії для дітей від 6 років починаються з 9 пунктів та можуть включати до 20 пунктів.

Деякі методики дозволяють простежувати лише прогрес терапії, але не є інструментами початкової одноразової оцінки, як «Короткий перелік проблем» (Brief Problem Checklist, BPC), яка в усіх інших аспектах є дуже гарним інструментом: має батьківську та дитячу версії, включає всього 15 пунктів для оцінки інтерналізації (екстерналізації) поведінки для дітей від 7 років до підліткового віку.

Існують готові тестові батареї для всебічної регулярної оцінки прогресу терапії, як «Пібодська Батарея Прогресу Терапії» (Peabody Treatment Progress Battery, РТРВ), яка містить 11 тестів, що оцінюють показники психічного здоров'я та клінічних порушень для підлітків віком 11–18 років. РТРВ збирає інформацію від підлітків, вихователів і клініцистів. Всі заходи, пов'язані з РТРВ, доречні для використання як інструменти скринінгу та (або) для моніторингу змін симптомів з плином часу. Всі методики в рамках РТРВ є короткими (2–26 пунктів) і можуть бути проведені протягом п'яти–восьми хвилин. Перші шість методик оцінюють результат терапії, тимчасом як останні п'ять методик фокусуються на лікувальних процесах, наприклад, терапевтичному альянсі, очікуваннях від лікування [5].

Широко відомою і популярною у світі є методика «Сильні сторони та труднощі» (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ) [13]. Дана методика містить від 33 до 42 пунктів залежно від версії, які утворюють шкали емоційності, поведінки, гіперактивності, проблем з од-

нолітками; сума цих шкал утворює загальний показник за тестом. Вона має версії для оцінки дітей 4–10 років (для батьків та вчителів) та підлітків 11–17 років (для підлітків, батьків та вчителів). За її допомогою може виявлятися початковий рівень психосоціального стану дитини та простежуватися динаміка через 6 місяців. Для її адміністрування потрібний певний досвід. Вона адаптована українською мовою (автори адаптації Л. Підлісецька, І. Грішаєва, І. Марценковський, І. Марценковська, Я. Бикшаєва).

Цікаво, що вивчення потенційного ризику насильства для дітей іноді починається ще з вивчення вагітних жінок медичними сестрами, що їх відвідують, оскільки певні категорії матерів (неповнолітні, такі, що зловживають психоактивними речовинами, без чоловіка, з низьким соціально-економічним статусом тощо) є групами ризику для майбутнього нехтування або насильства над дітьми. Для виявлення таких матерів використовують клінічне спостереження, опитувальники для самих вагітних та для медичних працівників, наприклад, «Кемпський опитувальник сімейного стресу» (Kemp Family Stress Inventory, KFI), «Гавайський скринінговий інструмент індикаторів ризику» (Hawaii Risk Indicators Screening Tool) та опитувальник «Потенціал насильства над дитиною» (Child Abuse Potential Inventory, CAP) [14].

Оскільки заздалегідь невідомо, які саме аспекти психіки будуть пошкодженими у певної дитини, ми намагалися знайти методику, що дає глобальну оцінку психіки. В межах цієї логіки нашу увагу привернула методика «Перелік дитячих симптомів» М. Джеллінека та М. Мерфі з колегами («Pediatric Symptom Checklist», версії PSC та Y-PSC), яка успішно використовується у світі з 1988 року (перші апробації почалися ще 1979 року) для скринінгу психосоціальних проблем [15–17]. Розроблена малюнкова версія PSC, яка за виглядом нагадує комікс [18].

Цей інструмент має декілька суттєвих переваг – він широкого спектру дії, а саме спрямований на різноманітні симптоми психосоціальних порушень дитини (а не на якийсь один: депресивність або тривожність, або страхи, або дисоціацію, або розлад поведінки тощо); він дуже легкий та економічний з точки зору виконання та адміністрування (потребує лише 3–5 хвилин для виконання та стільки ж для обробки); він чітко відрізняє дітей, які вже потребують додаткової уваги та допомоги фахівців психолого-психіатричного профілів, та може використовуватися для оцінки динаміки стану і ефективності допомоги. Крім того, концептуально він відповідає теоретичній моделі Т. М. Ахенбаха і

виявляє порушення психіки дитини за обома шляхами – інтерналізацією та екстерналізацією – внаслідок несприятливих умов розвитку. «Золотим стандартом» діагностики інтерналізації та екстерналізації поведінки є тест самого Т. М. Ахенбаха «Перелік дитячої поведінки» (Child Behavior Checklist, CBCL) [19], але він потребує набагато більшого часу для виконання та обробки, більш складного обчислення та надається на платній основі, на відміну від PSC та Y-PSC, які є тестами відкритого доступу. За якістю (точністю, дискримінативністю) результатів PSC дуже близький до CBCL – в окремих аспектах він поступається CBCL, а в деяких навіть перевищує його [20].

Цей інструмент достатньо активно застосовується у сучасній науці та клінічній практиці. Зокрема, ми отримали 650 результатів (статей) на запит “Pediatric Symptom Checklist” у наукометричній базі Web of Science від 14.01.2019 р. Кількість опублікованих досліджень із даним тестом по всьому світу постійно зростає з моменту його розробки.

І що було особливо важливо, PSC та Y-PSC надають важливі результати під час дослідження психологічних проблем дітей, які пережили домашнє або інші види насильства, мають посттравматичний стресовий розлад, пережили переміщення з зон військових конфліктів [21–26]. Хоча автори розробили цю методику для дітей 4–16 років, вона успішно використовується і для підлітків до 18 років [27].

Ми запросили та отримали дозвіл від авторів (М. Джеллінека та М. Мерфі) на адаптацію опитувальника PSC та Y-PSC в Україні [28] та використали його комплексній моделі діагностики наслідків домашнього насильства [29, 30].

Висновки.

Особливостями зарубіжного досвіду професійного моніторингу дітей, що піддаються домашньому насильству, характеризується широким використанням коротких скринінгових тестів-опитувальників для усіх утягнутих сторін – дітей, батьків, вчителів, медичних сестер, педіатрів тощо.

Для глобальної оцінки психіки та визначення її ушкоджених аспектів було адаптовано та валідизовано опитувальник «Перелік дитячих симптомів» М. Джеллінека та М. Мерфі з колегами («Pediatric Symptom Checklist», версії PSC та Y-PSC), який широко й успішно застосовується у світі для скринінгу психосоціальної дисфункції дітей. Адаптований опитувальник (як батьківська, так і підліткова версії) показав гарні психометричні властивості та інформативність.

Важливою перевагою даної методики для виявлення впливу домашнього насильства на психіку дітей є те, що в ній не згадується про сімейне насильство, травматичні події, поганий стиль виховання і т.п., а вона

спрямована на реєстрацію симптомів проблем психічного здоров'я дитини у вигляді дуже простих коротких тверджень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Bergman, D. (2004). *Screening for behavioral developmental problems: Issues, obstacles, and opportunities for change*. Retrieved from <http://www.nashp.org>
- McCrae, J. S., & Brown, S. M. (2017). Systematic Review of Social-Emotional Screening Instruments for Young Children in Child Welfare. *Research on Social Work Practice, 1*, 1–22. DOI: 10.1177/1049731516686691
- Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Dunne, M. P., Jain, D., Péturs, H. R., Ramirez, C., Volkova, E., Deb, S., Lidchi, V., Muhammad, T., & Isaeva O. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multinational pilot testing. *Child Abuse and Neglect, 33*(11), 833–841. DOI:10.1016/j.chiabu.2009.09.004.
- Runyan, D. (n.d.). *ISPCAN Child Abuse Screening Tools. The ICAST Instruments*. Retrieved from https://international.uiowa.edu/sites/international.uiowa.edu/files/file_uploads/runyan.pdf
- Summary-of-Free-Assessment-Measures*. (2015). Retrieved from <http://soundsupportsk12.com/wp-content/uploads/2014/08/Summary-of-Free-Assessment-Measures-And-Google-Doc-Link-to-Measures-Saved.pdf>
- Pediatric Provider Toolkit* (2017). Retrieved from <https://19zoo424iy3o1k9aew2gw2ir-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/06/PDF-41-2017-Pediatric-Provider-Tool-Kit.pdf>
- Beidas, R. S., Stewart, R. E., Walsh, L., Lucas, S., Downey, M. M., Jackson, K., Fernandez, T., & Mandell, D. S. (2015). Free, brief, and validated: Standardized instruments for low-resource mental health settings. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(1), 5–19. DOI:10.1016/j.cbpra.2014.02.002.
- Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., & and Wolpert, M. (2014). Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: a review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8*, 1–14. Retrieved from <http://www.capmh.com/content/8/1/14>
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Slattery, M. J., Burk, L. R., Boyce, W. T., Woodward, H. R., & Kupfer, D. J. (2009). Screening for Childhood Mental Health Problems: Outcomes and Early Identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(5), 562–570. DOI:10.1111/j.1469-7610.2008.02015.x.
- McEvers, S. E. (2017). *Adolescent Mental Health in Primary Care: A Needs Assessment for Improving Practice*. (Dissertation of Doctor of Nursing Practice). The University of Arizona, Tucson. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10150/624513>
- Child Dissociative Checklist*. (n.d.) Retrieved from https://secure.ce-credit.com/articles/102019/Session_2_Provided-Articles-1of2.pdf
- Strand, V. C., Pasquale, L. E., & Sarmiento, T. L. (2005). Child and Adolescent Trauma Measures: A Review. *Children and Families Institute for Research, Support and Training Fordham University Graduate School of Social Service*. Retrieved from https://ncwwi.org/files/Evidence_Based_and_Trauma-Informed_Practice/Child-and-Adolescent-Trauma-Measures_A-Review-with-Measures.pdf
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry, 3rd ed.* Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Nygren, P., Nelson, H. D., & Klein J. (2004). Screening Children for Family Violence: A Review of the Evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine, 2*(2), 161–169.
- Al-Ayed, I. H., & Al-Haider, F. A. (2008). Screening for Psychosocial Problems in Children Attending the Pediatric Clinic at King Khalid University Hospital (KKUH) in Riyadh (KSA). *Journal of Family & Community Medicine, 15*(1), 21–26.
- Chaffin, M., Campbell, C., Whitworth, D. N., Gillaspay, S. R., Bard, D., Bonner, B. L., & Wolraich, M. L. (2017). Accuracy of a Pediatric Behavioral Health Screener to Detect Untreated Behavioral Health Problems in Primary Care Settings. *Clinical Pediatrics, 56*(5) 427–434. DOI: 10.1177/0009922816678412
- Gall, G., Pagano, M. E., Desmond, M. S., Perrin, J. M., & Murphy, J. M. (2000). Utility of psychosocial screening at a school-based health center. *Journal of School Health, 70*(7), 292–298. DOI:10.1111/j.1746-1561.2000.tb07254.x
- Leiner, M. A., Piertas, H., Perez, H., & Jimenez, P. (2010). Sensitivity and Specificity of the Pictorial Pediatric Symptom Checklist for psychosocial problem detection in a Mexican sample. *Revista de Investigacion Clinica, 62*(6), 560–567.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(8), 647–656. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.05.012.
- Spencer, A. E., Plasencia, N., Sun, Y., Lucke, C., Haile, H., Cronin, R., Faraone, S. V., Jellinek, M., Murphy, J. M., & Biederman, J. (2018). Screening for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidities in a Diverse, Urban Primary Care Setting. *Clinical Pediatrics, 57*(12), 1442–1452. DOI:10.1177/0009922818787329
- Aranda, M. M. C., Middleton, L. S., Flake, M. E., & Davis, B. E. (2011). Psychosocial Screening in Children With Wartime-Deployed Parents. *Military Medicine, 176*(4), 402–407.
- Eom, E., Restaino, S., Perkins, A. M., Neveln, N., & Harrington, J. W. (2015). Sexual Harassment in Middle and High School Children and Effects on Physical and Mental Health. *Clinical Pediatrics, 54*(5) 430–438. DOI:10.1177/0009922814553430
- Klassen, B. J., Porcerelli, J. H., Sklar, E. R., & Markova, T. (2013). Pediatric Symptom Checklist Ratings by Mothers with a Recent History of Intimate Partner Violence: A Primary Care Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. DOI 10.1007/s10880-012-9354-8
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Ardis L. Olson, A. L., Forehand, R., Massari, C., Jones, D., Gaffney, C. A. & Zens, M. S. (2007). Harsh Discipline and Child Problem Behaviors: The Roles of Positive Parenting and Gender. *Journal of Family Violence, 22*, 187–196. DOI: 10.1007/s10896-007-9070-6
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M. Tu, W., Elliott, M. N., & Fink, A. (2003). A Mental Health Intervention for Schoolchildren Exposed to Violence. *JAMA, 290*(5), 603–611.
- Steinbaum, D. P., Chemtob, C., Boscarino, J. A., & Laraque, D. (2008). Use of a Psychosocial Screen to Detect Children With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: An Exploratory Study. *Ambulatory Pediatrics, 8*(1), 32–35.
- Montano, Z., Mahrer, N. E., Nager, A. L., Claudius, I. & Gold, J. I. (2011). Assessing Psychosocial Impairment in the Pediatric Emergency Department: Child/Caregiver Concordance. *Journal of Child and Family Studies, 20*, 473–477. DOI:10.1007/s10826-010-9414-3
- Луценко, О., Штриголь, Д., Міхановська, Н. (2022). Результати української адаптації контрольного списку дитячих симптомів з дітьми, які зазнали насильства. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія», (73), 7–16. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2022-73-01>
- Міхановська Н.Г., Штриголь Д.В., Луценко О.Л. Удосконалення діагностики наслідків домашнього насильства у дітей з використанням напівструктурованого інтерв'ю / Психіатрія, неврологія та медична психологія. – Вип. 11, 2019 – С. 73–82.
- Міхановська Н. Г., Штриголь Д. В., Луценко О. Л., Куратченко І. Є. Психодіагностичний комплекс для оцінки наслідків домашнього насильства у дітей: методичний посібник // Київ: ПП «КП» УкрСіч», 2019. – 80 с.

Стаття надійшла до редакції 15.09.2023

Стаття рекомендована до друку 20.10.2023

REFERENCES

- Bergman, D. (2004). *Screening for behavioral developmental problems: Issues, obstacles, and opportunities for change*. Retrieved from <http://www.nashp.org>
- McCrae, J. S., & Brown, S. M. (2017). Systematic Review of Social-Emotional Screening Instruments for Young Children in Child Welfare. *Research on Social Work Practice, 1*, 1-22. DOI: 10.1177/1049731516686691
- Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Dunne, M. P., Jain, D., Péturs, H. R., Ramirez, C., Volkova, E., Deb, S., Lidchi, V., Muhammad, T., & Isaeva O. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abuse and Neglect, 33*(11), 833-841. DOI:10.1016/j.chiabu.2009.09.004.
- Runyan, D. (n.d.). *ISPCAN Child Abuse Screening Tools. The ICAST Instruments*. Retrieved from https://international.uiowa.edu/sites/international.uiowa.edu/files/file_uploads/runyan.pdf
- Summary-of-Free-Assessment-Measures. (2015). Retrieved from <http://soundsupportsk12.com/wp-content/uploads/2014/08/Summary-of-Free-Assessment-Measures-And-Google-Doc-Link-to-Measures-Saved.pdf>
- Pediatric Provider Toolkit (2017). Retrieved from <https://19zoo424iy3o1k9aew2gw2ir-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/06/PDF-41-2017-Pediatric-Provider-Tool-Kit-.pdf>
- Beidas, R. S., Stewart, R. E., Walsh, L., Lucas, S., Downey, M. M., Jackson, K., Fernandez, T., & Mandell, D. S. (2015). Free, brief, and validated: Standardized instruments for low-resource mental health settings. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(1), 5-19. DOI:10.1016/j.cbpra.2014.02.002.
- Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., & Wolpert, M. (2014). Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: a review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8*, 1-14. Retrieved from <http://www.capmh.com/content/8/1/14>
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Slattery, M. J., Burk, L. R., Boyce, W. T., Woodward, H. R., & Kupfer, D. J. (2009). Screening for Childhood Mental Health Problems: Outcomes and Early Identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(5), 562-570. DOI:10.1111/j.1469-7610.2008.02015.x.
- McEvers, S. E. (2017). *Adolescent Mental Health in Primary Care: A Needs Assessment for Improving Practice*. (Dissertation of Doctor of Nursing Practice). The University of Arizona, Tucson. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10150/624513>
- Child Dissociative Checklist. (n.d.) Retrieved from https://secure.ce-credit.com/articles/102019/Session_2_Provided-Articles-1of2.pdf
- Strand, V. C., Pasquale, L. E., & Sarmiento, T. L. (2005). Child and Adolescent Trauma Measures: A Review. *Children and Families Institute for Research, Support and Training Fordham University Graduate School of Social Service*. Retrieved from https://ncwwi.org/files/Evidence_Based_and_Trauma-Informed_Practice/Child-and-Adolescent-Trauma-Measures_A-Review-with-Measures.pdf
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry, 3rd ed*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Nygren, P., Nelson, H. D., & Klein J. (2004). Screening Children for Family Violence: A Review of the Evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine, 2*(2), 161-169.
- Al-Ayed, I. H., & Al-Haider, F. A. (2008). Screening for Psychosocial Problems in Children Attending the Pediatric Clinic at King Khalid University Hospital (KKUH) in Riyadh (KSA). *Journal of Family & Community Medicine, 15*(1), 21-26.
- Chaffin, M., Campbell, C., Whitworth, D. N., Gillaspay, S. R., Bard, D., Bonner, B. L., & Wolraich, M. L. (2017). Accuracy of a Pediatric Behavioral Health Screener to Detect Untreated Behavioral Health Problems in Primary Care Settings. *Clinical Pediatrics, 56*(5) 427-434. DOI: 10.1177/0009922816678412
- The article was received by the editors 15.09.2023
The article is recommended for printing 20.10.2023
- Gall, G., Pagano, M. E., Desmond, M. S., Perrin, J. M., & Murphy, J. M. (2000). Utility of psychosocial screening at a school-based health center. *Journal of School Health, 70*(7), 292-298. DOI:10.1111/j.1746-1561.2000.tb07254.x
- Leiner, M. A., Piertas, H., Perez, H., & Jimenez, P. (2010). Sensitivity and Specificity of the Pictorial Pediatric Symptom Checklist for psychosocial problem detection in a Mexican sample. *Revista de Investigacion Clinica, 62*(6), 560-567.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(8), 647-656. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.05.012.
- Spencer, A. E., Plasencia, N., Sun, Y., Lucke, C., Haile, H., Cronin, R., Faraone, S. V., Jellinek, M., Murphy, J. M., & Biederman, J. (2018). Screening for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidities in a Diverse, Urban Primary Care Setting. *Clinical Pediatrics, 57*(12), 1442-1452. DOI:10.1177/0009922818787329
- Aranda, M. M. C., Middleton, L. S., Flake, M. E., & Davis, B. E. (2011). Psychosocial Screening in Children With Wartime-Deployed Parents. *Military Medicine, 176*(4), 402-407.
- Eom, E., Restaino, S., Perkins, A. M., Neveln, N., & Harrington, J. W. (2015). Sexual Harassment in Middle and High School Children and Effects on Physical and Mental Health. *Clinical Pediatrics, 54*(5) 430-438. DOI:10.1177/0009922814553430
- Klassen, B. J., Porcerelli, J. H., Sklar, E. R., & Markova, T. (2013). Pediatric Symptom Checklist Ratings by Mothers with a Recent History of Intimate Partner Violence: A Primary Care Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10*. DOI: 10.1007/s10880-012-9354-8
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Ardis L. Olson, A. L., Forehand, R., Massari, C., Jones, D., Gaffney, C. A. & Zens, M. S. (2007). Harsh Discipline and Child Problem Behaviors: The Roles of Positive Parenting and Gender. *Journal of Family Violence, 22*, 187-196. DOI: 10.1007/s10896-007-9070-6
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M, Tu, W., Elliott, M. N., & Fink, A. (2003). A Mental Health Intervention for Schoolchildren Exposed to Violence. *JAMA, 290*(5), 603-611.
- Steinbaum, D. P., Chemtob, C., Boscarino, J. A., & Laraque, D. (2008). Use of a Psychosocial Screen to Detect Children With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: An Exploratory Study. *Ambulatory Pediatrics, 8*(1), 32-35.
- Montano, Z., Mahrer, N. E., Nager, A. L., Claudius, I. & Gold, J. I. (2011). Assessing Psychosocial Impairment in the Pediatric Emergency Department: Child/Caregiver Concordance. *Journal of Child and Family Studies, 20*, 473-477. DOI:10.1007/s10826-010-9414-3
- Lutsenko, O., Shtrygol', D., Mikhanovskaya, N. (2022). Rezul'taty ukrainskoy adaptatsii kontrol'nogo spiska detskikh simptomov s det'mi, podvergshimisya nasiliyu. Vestnik Khar'kovskogo natsional'nogo universiteta imeni V. N. Karazina. Seriya «Psikhologiya», (73), 7-16 [in ukr]. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2022-73-01>
- Mikhanovskaya N.G., Shtrygol'D.V., Lutsenko O.L. Sovershenstvovaniye diagnostiki posledstviy domashnego nasiliya u detey s ispol'zovaniyem polustrukturirovannogo interv'yuu/Psikhiatriya, nevrologiya i meditsinskaya psikhologiya. – Vyp. 11, 2019 – S. 73-82 [in ukr].
- Mikhanovskaya N. G., Shtrygol' D. V., Lutsenko A. L., Kuratchenko I. Ye. Psikhodiagnosticheskiy kompleks dlya otsenki posledstviy domashnego nasiliya u detey: metodicheskoye posobiye //Kiyev: CHP «KP» UkrSich», 2019. – 80 c [in ukr].

THE IMPACT OF DOMESTIC VIOLENCE ON THE MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: ABROAD EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS

- Shtryhol Diana (D. V.)** Ph.D., Associate Professor of Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of V.N. Karazin Kharkiv National University,
E-mail: d.shtrygol@karazin.ua
ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-7346-2677>
- Mikhanovska Natalia (N. G.)** Doctor of Science (Medicine), Professor of Hygiene and Social Medicine Department of V.N. Karazin Kharkiv National University, Leading Researcher at the Department of Psychiatry, State Institution "Institute for Children and Adolescents Health Care at the National Academy of Medical Sciences of Ukraine",
E-mail: n.mikhanovska@karazin.ua
ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-7154-1179>
- Lutsenko Olena (O. L.)** Doctor of Science (Psychology), Professor of Applied Psychology Department of School of Psychology of V.N. Karazin Kharkiv National University,
E-mail: olena.lutsenko@karazin.ua
ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-9922-9523>
-

Abstract. The article presents an overview of the foreign experience of professional monitoring of children exposed to domestic violence, which is characterized by structured approaches and the wide use of short screening tests-questionnaires for all involved parties - children, parents, teachers, nurses, pediatricians, and mental health specialists. For diagnosis, tools recommended by the international community of specialists in the field of mental health protection of children and adolescents are provided. There are ready-made test batteries for comprehensive routine assessment of treatment progress that assess indicators of mental health and clinical disorders for adolescents aged 11–18 years and are based on information from adolescents, caregivers and clinicians. They are appropriate for use as screening tools and/or to monitor changes in symptoms over time, assess the outcome of therapy, focus on treatment processes, for example, the therapeutic alliance, treatment expectations.

The review pays special attention to a method that gives a global assessment of the psyche, namely the "Pediatric Symptom Checklist" method by M. Jellinek and M. Murphy and colleagues (PSC and Y-PSC versions), which is successfully used to screen for psychosocial problems children. This tool has several significant advantages - it has a wide range of action, namely targeting various symptoms of a child's psychosocial disorders (and not just one: depression or anxiety, or fears, or dissociation, or behavior disorder, etc.); it is very easy and economical in terms of implementation and administration (it takes only 3-5 minutes to execute and the same to process); it clearly distinguishes children who already need additional attention and help from specialists in psychological and psychiatric profiles, and can be used to assess the dynamics of the condition and the effectiveness of assistance. In addition, it conceptually corresponds to the theoretical model of T. M. Achenbach and reveals a violation of the child's psyche in both ways - internalization and externalization - as a result of adverse developmental conditions. This tool is quite actively used in modern science and clinical practice, it provides important results during the study of psychological problems of children who have experienced domestic or other types of violence, have post-traumatic stress disorder, and experienced displacement from military conflict zones.

Key words: *Children, adolescents, domestic violence, mental health, psychosocial functioning, screening.*

[DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-02](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-02)

УДК 616.891:616-052:615.851

ТРИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМАТИКА НА ПЕРЕТИНІ ДЕРМАТОЛОГІЇ І ПСИХІАТРІЇ: АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТЕЙ ТА ШЛЯХІВ РОЗВИТКУ

М. В. Маркова, М. М. Чемерис

**Маркова
Мар'яна Владиславівна**

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету, Харків, Україна
markova.md.professor@gmail.com;
<http://orcid.org/0000-0003-0726-4925>

**Чемерис
Мар'яна Мирославівна**

кандидат медичних наук, Медичний центр «Новодерм», м. Львів, Україна
chemerysmaryanamd@gmail.com;
<https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>

Останніми десятиліттями значного розвитку в світі зазнає новий перспективний напрямок інтеграції психосоматичної медицини та психіатрії/медичної психології, що зосереджений на вивченні взаємодії між психікою та шкірою – психодерматологія. Серед актуальних психодерматологічних проблем особлива увага приділяється особливостям психоемоційної сфери при різних видах alopecij, бо, навіть в світлі соціокультуральних особливостей, у більшості суспільств волосся є важливою складовою привабливості, а його патологія може мати серйозні психологічні й, навіть, психіатричні, наслідки.

Аналіз стану проблеми в даній сфері довів, що наявність alopecij є потужним фактором, що справляє негативний вплив на психічний стан та якість життя пацієнта. Наявність alopecij асоційована з підвищеними рівнями депресії і тривожності, а також з гіршим соціальним функціонуванням та нижчою якістю життя.

Це вимагає додаткових досліджень і розробки персоналізованих лікувально-реабілітаційних заходів для нівелювання негативних психіатричних наслідків alopecij.

Ключові слова: психодерматологія, alopecія, порушення психічного здоров'я, зниження соціального функціонування, погіршення якості життя.

Як цитувати: М.В. Маркова, М.М. Чемерис Трихологічна проблематика на перетині дерматології і психіатрії: аналіз можливостей та шляхів розвитку // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – №22. – С. 14–20. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-02

In cites: M.V. Markova, M.M. Chemerys Trichological problems at the intersection of dermatology and psychiatry: analysis of opportunities and ways of development. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 14–20. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-02>

Вступ. Трихологічна проблематика, насамперед, алопеція – одна з найпоширеніших косметологічних, дерматологічних і естетичних проблем. За даними Piraccini B.M., Alessandrini A. (2014), лише одним з видів нерубцізованої алопеції (андрогенетичною) вражено до 80% чоловіків і 50% жінок [1]. Причиною алопеції можуть бути різноманітні захворювання (залізодефіцитна анемія, патологія щитовидної залози, червоний плоский лишак, дискоїдний червоний вовчак, склеродермія, муцинозна алопеція, псевдопеллада Брока, абсцедуючий підривний фолікуліт та ін.), травми, інтоксикації, психоемоційні стреси, психічні розлади тощо.

Останніми десятиліттями значного розвитку в світі зазнає новий перспективний напрямок інтеграції психосоматичної медицини та психіатрії/медичної психології, що зосереджений на вивченні взаємодії між психікою та шкірою – психодерматологія (Маркова М.В. та ін., 2019 [2]). Серед актуальних психодерматологічних проблем особлива увага приділяється особливостям психоемоційної сфери при різних видах алопецій, бо, навіть в світлі соціокультуральних особливостей, у більшості суспільств волосся є важливою складовою привабливості, а його патологія може мати серйозні психологічні й, навіть, психіатричні, наслідки.

Виклад результатів дослідження. Kranz D. et al. (2019) наголошують, що у сучасному європейському суспільстві голова зі здоровим, густим волоссям є ключовим компонентом ідеального образу тіла, а ті, хто страждає від випадіння волосся, відчувають втрату соціальної привабливості, оскільки люди часто співвідносять фізичну привабливість незнайомої людини із соціально бажаними рисами [3].

Williamson D. et al. (2001) наголошують, що втрата волосся може значно зменшити задоволення образом власного тіла [4]. Втрата волосся змушує людину почувати себе старшою за свій вік і відчувати страх відторгнення при пошуку партнера для близьких відносин (Cartwright T. et al, 2009) [5].

Слід зазначити, що ці побоювання є небезпідставними: у дослідженні Lee H.J. et al. (2002), яке оцінювало сприйняття облісіння у суспільстві, було виявлено, що понад 90% респондентів сприймали лисіючих чоловіків як старших і менш привабливих, ніж нелисіючих, вважали їх менш успішними у знайомствах і шлюбі, а близько половини респондентів були схильні наділяти чоловіків з облісінням негативними психологічними рисами, такими, як менша впевненість у собі, нижчий рівень інтелекту та слабкість [6].

У сучасних дослідженнях (Davey L. et al., 2019 [7]; Aldhouse N.V.J. et al., 2020 [8]) було показано, що у пошу-

ках боротьби з облісіннями пацієнти змушені вдаватися до некомфортних процедур, таких, як протезування волосся, різні методи маскування лисини, застосування косметики тощо; це викликає у них страх бути викритими, що є додатковим психологічним тиском.

Dhami L. (2021) зазначає, що волосся є надзвичайно важливою частиною самоідентифікації або «образу тіла»; психологічна концепція образу тіла стосується думок, почуттів, сприйняття та поведінкових змін, пов'язаних із фізичним виглядом [9]. При цьому наголошується, що попри надзвичайну поширеність, алопеція має серйозний негативний вплив на психіку людини, спричиняючи психологічні страждання і пов'язані з ними роздуми, включаючи зміни самосвідомості, збентеження, розчарування та ревності. Тому знання психологічних аспектів алопеції необхідне усім клініцистам, які стикаються з пацієнтами з втратою волосся, а не лише психологам чи психіатрам [9].

Aukerman E.L., Jafferany M. (2023) наголошують, що негативний психосоціальний вплив випадіння волосся часто ігнорується через доброякісну з медичної точки зору природу андрогенетичної алопеції, однак, у суспільстві, яке надає великого значення волосся та асоціює його з привабливістю, відсутність волосся може мати згубні психологічні наслідки. Автори звертають увагу на те, що алопеція є значним психосоціальним стресом у житті пацієнтів і погіршує їх якість життя за багатьма показниками, і доходять висновку про підвищену потребу у лікуванні психосоціальних супутніх захворювань, пов'язаних з андрогенетичною алопецією; при цьому пацієнти з випадінням волосся, які звертаються до дерматологічних клінік, потребують також психологічної підтримки і допомоги [10].

Вже у перших дослідженнях психологічних аспектів алопеції, що розпочалися у 1990-х роках, було переконливо доведено негативний вплив втрати волосся на психічну сферу. Так, за даними Cash T.F. et al. (1992, 1993), понад 25% чоловіків з андрогенетичною алопецією вважали втрату волосся сильним емоційним стресом, а 65% – помірним або близьким до помірному, тоді як серед жінок питома вага тих, хто був сильно або дуже сильно засмучений випадінням волосся, склала 70% [11, 12]. При цьому жінкам, які страждали від випадіння волосся, були притаманні нижча самооцінка та гірша якість життя у порівнянні з контрольною групою, а у чоловіків з сильним випадінням волосся були виявлені когнітивні порушення і поведінкова дезадаптація [12]. Спектр негативних психологічних реакцій, асоційованих з алопецією, виявився надзвичайно широким і включав страх, почуття власної непривабливості, вищу соціаль-

ну тривожність, нижчу самооцінку, почуття безнадії, дисморфофобічні прояви і меншу задоволеність життям, причому у жінок негативні психологічні прояви алопеції були виражені значно більше, ніж у чоловіків [11, 12].

У подальших дослідженнях Schmidt S. et al. (2001) було показано, що помітна втрата волосся пов'язана з погіршенням функціонування, порушенням емоційної регуляції, зменшенням впевненості у собі та почуттям стигматизації, причому при алопеції порушення в афективній сфері та функціонування сягають того ж рівня, що й у пацієнтів з atopічним дерматитом і псоріазом [13].

Samacho F.M. et al. (2002) було виявлено, що депресія частіше супроводжує алопецію у жінок (55% проти 3%), а тривога і агресивність частіше спостерігаються у чоловіків (78% проти 41% і 22% проти 4% відповідно) [14].

Сучасні дослідження також підтверджують негативний вплив облісіння на психологічну сферу.

Gupta S. et al. (2019) проаналізували результати обстеження понад 14 тисяч чоловіків, виявили значний негативний вплив алопеції на якість життя, причому найбільш постраждалою сферою виявилися особистісні стосунки [15].

Titeca G. et al. (2020), спираючись на дані великого багатоцентрового дослідження, яке включало 3635 дерматологічних пацієнтів і 1359 осіб контрольної групи з 13 європейських країн, повідомляють про гірші соціально-демографічні характеристики, рівень стресу у пацієнтів з алопецією, більший вплив захворювань волосся на якість життя, тривогу та депресію у цих пацієнтів. Хворі з проблемами волосся мали нижчий рівень освіти, ніж здорові особи (43% проти 28%), більшу кількість стресових життєвих подій протягом останніх 6 місяців (41% проти 31%), гірший показник якості життя (5,8 проти 2,5), що дозволило авторам зробити висновок, що пацієнти із захворюваннями волосся більш тривожні, депресивні та мають нижчу якість життя [16].

У дослідженні Mesinkovska N. et al. (2020) 85% пацієнтів з гніздовою алопецією заявили, що справлятися з втратою волосся є для них щоденними викликом, а у 47% опитаних було виявлено наявність тривоги та (або) депресії [17].

Marahatta S. et al. (2020) вивчили особливості психологічного реагування при гніздовій алопеції. Автори повідомляють про те, що серед 75 опитаних пацієнтів поширеність депресії та тривоги становила 66,7% і 73,3% із середнім балом депресії і тривоги за шкалою Бека, який дорівнював 5. З усіх пацієнтів з депресією у 82,0% виявлено легку, і у 18,0% помірну депресію; ви-

падків важкої депресії не виявлено. Аналогічно, 89,0% пацієнтів з гніздовою алопецією мали тривогу легкого ступеня, а 11,0% – помірного, жодного випадку сильної тривоги не було виявлено. Автори доходять висновку, що тривога та депресія є поширеними психологічними проблемами у пацієнтів із гніздовою алопецією, і наголошують, що через прямий вплив афективних порушень на результат лікування дерматологи, які надають медичну допомогу таким пацієнтам, повинні знати про це, і своєчасно рекомендувати їм звернення до психіатра для корекції психічних порушень [18].

У мета-аналізі Huang C. et al. (2021) був підтверджений значний зв'язок між андрогенною алопецією та помірним погіршенням якості життя та емоційним реагуванням, пов'язаним зі здоров'ям [19].

Zac R.I. et al. (2021) виявили у жінок з дифузним центральним витонченням волосся суттєвий вплив втрати волосся на якість життя та соціальне функціонування, а також на поведінку пацієнток [20].

Torales J. et al. (2022), проаналізувавши дані досліджень щодо гніздової алопеції з 1980 по 2021 рік, виявили у ряді повідомлень інформацію про високий рівень коморбідності між алопецією та психічними розладами, що свідчить про участь стресу і психологічних факторів як у розвитку, так і в загостренні захворювання [21]. Аналогічні дані були отримані Toussi A. et al. (2021), які за даними систематичного огляду літератури понад 70 досліджень встановили, що частота емоційних симптомів і коморбідних психічних розладів була стабільно підвищеною у пацієнтів з алопецією порівняно з пацієнтами без неї [22].

Велике популяційне дослідження Tzur Bitan D. et al. (2022) дозволило авторам прийти до висновку, що за наявності зв'язку гніздової алопеції з психічними розладами, масштаб і природа цього зв'язку залишаються не встановленими. Порівняння 41055 пацієнтів з гніздовою алопецією з такою ж кількістю здорових осіб, спільномірних за віком, статтю та соціально-економічним статусом, дозволило виявити значущий позитивний зв'язок алопеції з тривогою і депресією (при цьому тривога не залежала від статі, а депресія була більшою мірою притаманна жінкам) і негативний – з шизофренією, тоді як біполярний афективний розлад і алопеція виявилися не пов'язаними між собою [23].

Популяційне дослідження, проведене у Великій Британії Macbeth A.E. et al. (2022) яким було охоплено 5435 пацієнтів з гніздовою алопецією, які зверталися за первинною медичною допомогою і 21740 осіб контрольної групи, дослідило соціально-демографічні характеристики, психіатричні та соціальні наслідки і

якість життя пацієнтів. Дослідженням було виявлено, що усі основні розлади психічного здоров'я були більш поширеними серед пацієнтів з алопецією: рекурентний депресивний розлад (12,3%), депресивний епізод (19,4%), тривожний розлад (16,6%), порівняно з контрольною групою: відповідно 8,6%, 14,7% і 9,0%, причому ця закономірність зберігалася для всіх соціально-демографічних підгруп. Більшою серед пацієнтів з алопецією виявилася також питома вага осіб, які мали одночасно депресію і тривогу порівняно з відповідними контрольними групами: рекурентний депресивний розлад і тривожний розлад – 7,0% проти 4,8%; депресивний епізод і тривожний розлад – відповідно 10,2% проти 7,3%. Водночас, розлади адаптації, агорафобія, самопошкодження і спроби суїциду і парасуїциду значуще не відрізнялися у пацієнтів з алопецією та осіб контрольної групи. Було виявлено, що через 2 роки після встановлення діагнозу алопеції у 3,5% пацієнтів було діагностовано новий рекурентний депресивний розлад, у 3,1% депресивний епізод, і у 3,6% тривожний розлад; діапазон скоригованого співвідношення ризиків склав 1,30–1,38. Загалом, у 1,1% пацієнтів виникли як тривога, так і депресія (депресивний епізод або рекурентний депресивний розлад) протягом 2 років, порівняно з 0,6% у контрольній групі. Усі зазначені психічні розлади були більш поширені серед людей похилого віку та жінок. Алопеція також була пов'язана зі збільшенням призначення антидепресантів людям з психічними розладами. Ці результати дозволяють зробити висновок, що люди з діагнозом гніздової алопеції частіше мають депресивні і тривожні розлади в анамнезі, а також на 30–38% вищий ризик виникнення нового депресивного або тривожного розладу; їм також з більшою ймовірністю призначатимуть психофармакологічне лікування. Автори підкреслюють, що їхні дані підтверджують результати інших досліджень, які виявили двосторонній зв'язок між великим депресивним розладом і алопецією, і наголошують, що науково-обґрунтовані програми лікування психічного здоров'я вкрай необхідні для виявлення тих пацієнтів з алопецією, хто відчуває психологічний дистрес, і потребує підтримки. У цьому ж дослідженні було виявлено, що пацієнти з гніздовою алопецією виявили також більш суттєві порушення соціального функціонування. Так, безробіття та необхідність брати відпустки на роботі частіше зустрічалися у людей із гніздовою алопецією, ніж у контрольній групі: пацієнти з алопецією частіше ставали безробітними протягом року після встановлення діагнозу (1,3% випадків проти 0,6% у контрольній групі, співвідношення ризиків 1,82), і одержували довідки про відпустку

(13,0% протягом року після встановлення діагнозу проти 7,9%, співвідношення ризиків 1,56) [24].

Попри те, що традиційно ступінь психологічного впливу алопеції визначалася масштабами втрати волосся, ряд робіт демонструють нелінійний характер зв'язків між цими факторами. Так, Schmidt et al. (2001) виявили, що психологічні і дезадаптивні порушення залежать не лише від ступеню втрати волосся, а й від індивідуальних рис особистості та пов'язаних з ними моделей копінг-поведінки [13]. Ці результати доповнюються даними Senna M. et al. (2022), які встановили, що суб'єктивне уявлення пацієнта про масштаби облісіння є більш суттєвим фактором зниження якості життя, ніж об'єктивний ступінь втрати волосся, оцінений лікарем [25].

У дослідженні Gelhorn H.L. et al. (2022) було оцінено якість життя 1327 респондентів в залежності від ступеню втрати волосся. Пацієнти з алопецією продемонстрували найбільший вплив втрати волосся на суб'єктивні (емоційні) сфери та сфери стосунків, і менший вплив на об'єктивні ознаки та дерматологічні симптоми. При цьому було не лише виявлено негативний вплив алопеції на емоційний стан та стосунки з оточуючими, а й встановлено нелінійний зв'язок між ступенем втрати волосся на голові і виразністю емоційного стресу і погіршення якості життя: респонденти з втратою волосся від 21% до 49%, та від 50% до 94% відчували більший вплив облісіння на їх життя порівняно з тими, у кого було втрачено від 95% до 100% волосся на голові [26].

З цими даними узгоджуються результати дослідження Mesinkovska N. et al. (2023), які вивчали співвідношення тривоги і депресії, стресу, негативного впливу хвороби, стигматизацію і якість життя, та ступеню алопеції. У цьому дослідженні було встановлено, що загалом пацієнти з алопецією виявляли негативний психологічний вплив, емоційне навантаження та погану якість життя через алопецію, і пацієнти з більш серйозною втратою волосся зазвичай мали довшу тривалість симптомів алопеції. Однак, пацієнти, у яких втрата волосся була в межах 21–94% повідомили про більший психологічний вплив і гіршу якість життя, ніж ті, у кого спостерігалася повна втрата волосся (понад 95%). Автори дійшли висновку, що пацієнти з втратою волосся відчувають емоційний тягар, негативне самосприйняття та стигматизацію, але вплив алопеції є нелінійним, і не залежить виключно від ступеню облісіння, при цьому менший вплив облісіння на психоемоційну сферу та якість життя серед учасників з повною втратою волосся може означати, що вони адаптувалися до життя з алопецією [27].

King B.A. et al. наголошують, що важкість алопеції як захворювання слід оцінювати не одномірно, а комплексно, враховуючи ступінь ураження волосся, тривалість і характер прогресування захворювання, відповідь на терапію, а також психосоціальний вплив втрати волосся [28, 29].

Надзвичайно важливу роль у зменшенні психічного тягаря втрати волосся відіграє обізнаність лікаря з проблемами у психоемоційній сфері пацієнта та вміння допомогти йому з ними впоратися. Dharmi L. (2021) наголошує, що при консультуванні пацієнтів з випадінням волосся важливо дати пацієнту зрозуміти, що:

- не кожен тип випадіння волосся піддається лікуванню;

- медичне лікування зможе або не зможе частково відновити втрату волосся, але, швидше за все, призупинить подальше випадання волосся;

- лікування може зайняти певний час, інколи до декількох місяців, перш ніж пацієнт зможе побачити його результат;

- кожен пацієнт потребує індивідуального лікування, і жодна лінія лікування не буде ефективна для всіх, навіть для двох пацієнтів із подібним типом випадіння волосся;

- інколи випадіння волосся є стійким і може вимагати спробувати декілька різних способів, включаючи операцію з пересадки волосся, перш ніж вдасться знайти той, який буде ефективним саме у цього пацієнта;

- пацієнти з раннім випадінням волосся, які лікуються за допомогою трансплантації волосся, потребуватимуть більш тривалого лікування, щоб запобігти випаданню волосся, і, швидше за все, знадобляться кілька сеансів протягом певного періоду часу, щоб зупинити пов'язану з віком втрату волосся у разі її прогресування;

- навіть після успішної трансплантації волосся повний ріст може зайняти значний час, від 6 місяців до 1 року, і протягом цього часу пацієнту може знадобитися використання маскувальних засобів;

- у пацієнтів з прогресуючою втратою волосся і обмеженим донорським волоссям може виникнути потреба використовувати допоміжні маскувальні засоби одночасно з трансплантацією волосся;

- у пацієнтів з важкою формою втрати волосся та недостатньою ділянкою донорського волосся єдиним засобом буде пластр для волосся чи перука, або йому доведеться повністю поголити голову [9].

Kim A.B. et al. (2022) встановили, що пацієнти з коморбідними депресивними розладами мали нижчий рівень задоволеності лікуванням, ніж ті, хто не мав проблем з психічним здоров'ям; для таких пацієнтів був рекомендований індивідуальний підхід до спілкування. На думку авторів, краще розуміння ставлення пацієнта до різних варіантів лікування та увага до стилю консультації клініцистів є важливими факторами для підвищення рівня задоволеності пацієнтів лікуванням [30].

У більшості досліджень наголошується на необхідності продовження та активізації досліджень психологічних і психіатричних наслідків алопеції.

Macbeth A.E. et al. (2022) вважають, що потрібні подальші дослідження, щоб з'ясувати, чи зменшує лікування алопеції (як медичне втручання, так і лікування, що передбачає зміну зовнішнього вигляду, наприклад, через перуки та татування) психічний/психологічний тягар, пов'язаний із захворюванням. Також потребує більш глибокого вивчення можливий двосторонній характер зв'язку між алопецією та поширеними розладами психічного здоров'я, і оцінка того, чи може активне лікування алопеції покращити довгострокові наслідки для психічного здоров'я. Збільшення тягаря коморбідних психічних розладів у пацієнтів з алопецією у первинній медичній допомозі вказує на необхідність для лікарів загальної практики та дерматологів регулярно визначати ступінь психологічного дистресу під час огляду пацієнтів з алопецією, та враховувати лікування психічних розладів разом із дерматологічними аспектами захворювання. Автори також наголошують на необхідності подальших досліджень для розробки та перевірки психотерапії та втручань для використання при алопеції. Слід також визначитися щодо оптимального місця розташування центрів надання психологічної допомоги (у окремих психологічних чи психодерматологічних службах або у дерматологічних закладах) [24].

Висновок. Таким чином, наявність алопеції є потужним фактором, що справляє негативний вплив на психічний стан та якість життя пацієнта. Наявність алопеції асоційована з підвищеними рівнями депресії і тривожності, а також з гіршим соціальним функціонуванням та нижчою якістю життя. Це вимагає додаткових досліджень і розробки персоналізованих лікувально-реабілітаційних заходів для нівелювання негативних психіатричних наслідків алопеції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Piraccini B.M., Alessandrini A. Androgenetic alopecia // *G Ital Dermatol Venerol*. 2014. 149(1). 15–24. PMID: 24566563.
2. Психодерматологія. Медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дерматологічній практиці / Колективна моногра-

фія за загальною редакцією проф. М.В. Маркової, д.мед.н. І.Р. Мухаровської. – Харків: Друкарня «Мадри», 2019. 277 с.

3. Kranz D., Nadarevic L., Erdfelder E. Bald and Bad? // *Exp Psychol*. 2019. 66(5). 331–345. doi: 10.1027/1618-3169/a000457.

4. Williamson D., Gonzalez M., Finlay A.Y. The effect of hair loss on quality of life // *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2001. 15(2). 137-139. doi: 10.1046/j.1468-3083.2001.00229.x.
5. Cartwright T., Edean N., Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia // *The British Journal of Dermatology.* 2009. 160(5). 1034-1039. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.09014.x.
6. Lee H.J., Ha S.J., Kim D., Kim H.O., Kim J.W. Perception of men with androgenetic alopecia by women and nonbalding men in Korea: how the nonbald regard the bald // *Int J Dermatol.* 2002. 41(12). 867-869. doi: 10.1046/j.1365-4362.2002.01446.x.
7. Davey L, Clarke V, Jenkinson E. Living with alopecia areata: an online qualitative survey study // *Br J Dermatol.* 2019. 180(6). 1377-1389. doi: 10.1111/bjd.17463.
8. Aldhouse N.V.J., Kitchen H., Knight S. et al. You lose your hair, what's the big deal? I was so embarrassed, I was so self-conscious, I was so depressed: a qualitative interview study to understand the psychosocial burden of alopecia areata // *J Patient Rep Outcomes.* 2020. 4(1). 76. doi: 10.1186/s41687-020-00240-7.
9. Dhama L. Psychology of Hair Loss Patients and Importance of Counseling // *Indian J Plast Surg.* 2021. 54(4). 411-415. doi: 10.1055/s-0041-1741037.
10. Aukerman E.L., Jafferany M. The psychological consequences of androgenetic alopecia: A systematic review // *J Cosmet Dermatol.* 2023. 22(1). 89-95. doi: 10.1111/jocd.14983.
11. Cash T.F. The psychological effects of androgenetic alopecia in men // *J Am Acad Dermatol.* 1992. 26. 926-931. doi: 10.1016/0190-9622(92)70134-2.
12. Cash T.F., Price V.H., Savin R.C. Psychological effects of androgenetic alopecia on women: comparisons with balding men and with female control subjects // *J Am Acad Dermatol.* 1993. 29. 568. doi: 10.1016/0190-9622(93)70223-g.
13. Schmidt S., Fischer T.W., Chren M.M., Strauss B.M., Elsner P. Strategies of coping and quality of life in women with alopecia // *Br J Dermatol.* 2001. 144(5). 1038-1043. doi: 10.1046/j.1365-2133.2001.04195.x.
14. Camacho F.M., García-Hernández M. Psychological features of androgenetic alopecia // *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2002. 16(5). 476-480. doi: 10.1046/j.1468-3083.2002.00475.x.
15. Gupta S., Goyal I., Mahendra A. Quality of life assessment in patients with androgenetic alopecia // *Int J Trichology.* 2019. 11(4). 147-152. doi: 10.4103/ijt.ijt_6_19.
16. Titeca G., Goudetsidis L., Francq B. et al. The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica: a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries // *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2020. 34(2). 406-411. doi: 10.1111/jdv.15927.
17. Mesinkovska N., King B., Mirmirani P., Ko J., Cassella J. Burden of illness in alopecia areata: a cross-sectional online survey study // *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2020. 20(1). S62-S68. doi: 10.1016/j.jisp.2020.05.007.
18. Marahatta S., Agrawal S., Adhikari B.R. Psychological Impact of Alopecia Acreata // *Dermatol Res Pract.* 2020. 24. 8879343. doi: 10.1155/2020/8879343.
19. Huang C., Fu Y., Chi C. Health-related quality of life, depression, and self-esteem in patients with androgenetic alopecia: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Dermatol.* 2021. 157(8). 963-970. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.2196.
20. Zac R.I., da Costa A. Patient satisfaction and quality of life among adult women with androgenetic alopecia using 5% topical minoxidil // *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021. 14(5). 26-30. PMID: 34188746; PMCID: PMC8211325.
21. Torales J., Castaldelli-Maia J.M., Ventriglio A. et al. Alopecia areata: A psychodermatological perspective // *J Cosmet Dermatol.* 2022. 21(6). 2318-2323. doi: 10.1111/jocd.14416.
22. Toussi A., Barton V.R., Le S.T., Agbai O.N., Kiuru M. Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: a systematic review // *J Am Acad Dermatol.* 2021. 85(1). 162-175. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.047.
23. Tzur Bitan D., Berzin D., Kridin K., Cohen A. The association between alopecia areata and anxiety, depression, schizophrenia, and bipolar disorder: a population-based study // *Arch Dermatol Res.* 2022. 314(5). 463-468. doi: 10.1007/s00403-021-02247-6.
24. Macbeth A.E., Holmes S., Harries M. et al. The associated burden of mental health conditions in alopecia areata: a population-based study in UK primary care // *Br J Dermatol.* 2022. 187. 73-81. doi: 10.1111/bjd.21055
25. Senna M., Ko J., Glashofer M. et al. Predictors of quality of life in patients with alopecia areata // *J Invest Dermatol.* 2022. doi: 10.1016/j.jid.2022.02.019.
26. Gelhorn H.L., Cutts K., Edson-Heredia E. et al. The relationship between patient-reported severity of hair loss and health-related quality of life and treatment patterns among patients with alopecia areata // *Dermatol Ther.* 2022. 12(4). 989-997. doi: 10.1007/s13555-022-00702-4.
27. Mesinkovska N., Craiglow B., Ball S.G., Morrow P., Smith S.G., Pierce E., Shapiro J. The Invisible Impact of a Visible Disease: Psychosocial Impact of Alopecia Acreata // *Dermatol Ther (Heidelb).* 2023. 13(7). 1503-1515. doi: 10.1007/s13555-023-00941-z.
28. King B.A., Senna M.M., Ohyama M. et al. Defining severity in alopecia areata: current perspectives and a multidimensional framework // *Dermatol Ther.* 2022. 12(4). 825-834. doi: 10.1007/s13555-022-00711-3.
29. King B.A., Mesinkovska N.A., Craiglow B. et al. Development of the alopecia areata scale for clinical use: results of an academic-industry collaborative effort // *J Am Acad Dermatol.* 2022. 86(2). 359-364. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.043.
30. Kim A.B., Cheng B.T., Hassan S. Association of mental health outcomes and lower patient satisfaction among adults with alopecia: A cross-sectional population-based study // *JAAD Int.* 2022. 8. 82-88.

Стаття надійшла до редакції 20.09.2023

Стаття рекомендована до друку 20.10.2023

REFERENCES

- Piraccini B.M., Alessandrini A. Androgenetic alopecia // *G Ital Dermatol Venerol.* 2014. 149(1). 15-24. PMID: 24566563.
- Psihodermatologiya. Mediko-psihologichni aspekti dii psihosocial'nogo stresu v klinichnij i esteticnij dermatologichnij praktici / Kolektivna monografiya za zagal'noyu redakciyu prof. M.V. Markovoï, d.med.n. I.R. Muharovs'koï. – Harkiv: Drukarnya «Madri», 2019. 277 s.
- Kranz D., Nadarevic L., Erdfelder E. Bald and Bad? // *Exp Psychol.* 2019. 66(5). 331-345. doi: 10.1027/1618-3169/a000457.
- Williamson D., Gonzalez M., Finlay A.Y. The effect of hair loss on quality of life // *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2001. 15(2). 137-139. doi: 10.1046/j.1468-3083.2001.00229.x.
- Cartwright T., Edean N., Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia // *The British Journal of Dermatology.* 2009. 160(5). 1034-1039. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.09014.x.
- Lee H.J., Ha S.J., Kim D., Kim H.O., Kim J.W. Perception of men with androgenetic alopecia by women and nonbalding men in Korea: how the nonbald regard the bald // *Int J Dermatol.* 2002. 41(12). 867-869. doi: 10.1046/j.1365-4362.2002.01446.x.
- Davey L, Clarke V, Jenkinson E. Living with alopecia areata: an online qualitative survey study // *Br J Dermatol.* 2019. 180(6). 1377-1389. doi: 10.1111/bjd.17463.
- Aldhouse N.V.J., Kitchen H., Knight S. et al. You lose your hair, what's the big deal? I was so embarrassed, I was so self-conscious, I was so depressed: a qualitative interview study to understand the psychosocial burden of alopecia areata // *J Patient Rep Outcomes.* 2020. 4(1). 76. doi: 10.1186/s41687-020-00240-7.
- Dhama L. Psychology of Hair Loss Patients and Importance of Counseling // *Indian J Plast Surg.* 2021. 54(4). 411-415. doi: 10.1055/s-0041-1741037.
- Aukerman E.L., Jafferany M. The psychological consequences of androgenetic alopecia: A systematic review // *J Cosmet Dermatol.* 2023. 22(1). 89-95. doi: 10.1111/jocd.14983.
- Cash T.F. The psychological effects of androgenetic alopecia in men // *J Am Acad Dermatol.* 1992. 26. 926-931. doi: 10.1016/0190-9622(92)70134-2.
- Cash T.F., Price V.H., Savin R.C. Psychological effects of androgenetic alopecia on women: comparisons with balding men and with female control subjects // *J Am Acad Dermatol.* 1993. 29. 568. doi: 10.1016/0190-9622(93)70223-g.

Schmidt S., Fischer T.W., Chren M.M., Strauss B.M., Elsner P. Strategies of coping and quality of life in women with alopecia // *Br J Dermatol*. 2001. 144(5). 1038-1043. doi: 10.1046/j.1365-2133.2001.04195.x.

Camacho F.M., García-Hernández M. Psychological features of androgenetic alopecia // *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2002. 16(5). 476-480. doi: 10.1046/j.1468-3083.2002.00475.x.

Gupta S., Goyal I., Mahendra A. Quality of life assessment in patients with androgenetic alopecia // *Int J Trichology*. 2019. 11(4). 147-152. doi: 10.4103/ijt.ijt_6_19.

Titeca G., Goudetsidis L., Francq B. et al. The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica: a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020. 34(2). 406-411. doi: 10.1111/jdv.15927.

Mesinkovska N., King B., Mirmirani P., Ko J., Cassella J. Burden of illness in alopecia areata: a cross-sectional online survey study // *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2020. 20(1). S62-S68. doi: 10.1016/j.jispp.2020.05.007.

Marahatta S., Agrawal S., Adhikari B.R. Psychological Impact of Alopecia Areata // *Dermatol Res Pract*. 2020. 24. 8879343. doi: 10.1155/2020/8879343.

Huang C., Fu Y., Chi C. Health-related quality of life, depression, and self-esteem in patients with androgenetic alopecia: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Dermatol*. 2021. 157(8). 963-970.

doi: 10.1001/jamadermatol.2021.2196.

Zac R.I., da Costa A. Patient satisfaction and quality of life among adult women with androgenetic alopecia using 5% topical minoxidil // *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021. 14(5). 26-30. PMID: 34188746; PMCID: PMC8211325.

Torales J., Castaldelli-Maia J.M., Ventriglio A. et al. Alopecia areata: A psychodermatological perspective // *J Cosmet Dermatol*. 2022. 21(6). 2318-2323. doi: 10.1111/jocd.14416.

The article was received by the editors 20.09.2023

The article is recommended for printing 20.10.2023

Toussi A., Barton V.R., Le S.T., Agbai O.N., Kiuru M. Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: a systematic review // *J Am Acad Dermatol*. 2021. 85(1). 162-175. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.047.

Tzur Bitan D., Berzin D., Kridin K., Cohen A. The association between alopecia areata and anxiety, depression, schizophrenia, and bipolar disorder: a population-based study // *Arch Dermatol Res*. 2022. 314(5). 463-468. doi: 10.1007/s00403-021-02247-6.

Macbeth A.E., Holmes S., Harries M. et al. The associated burden of mental health conditions in alopecia areata: a population-based study in UK primary care // *Br J Dermatol*. 2022. 187. 73-81. doi: 10.1111/bjd.21055

Senna M., Ko J., Glashofer M. et al. Predictors of quality of life in patients with alopecia areata // *J Invest Dermatol*. 2022. doi: 10.1016/j.jid.2022.02.019.

Gelhorn H.L., Cutts K., Edson-Heredia E. et al. The relationship between patient-reported severity of hair loss and health-related quality of life and treatment patterns among patients with alopecia areata // *Dermatol Ther*. 2022. 12(4). 989-997. doi: 10.1007/s13555-022-00702-4.

Mesinkovska N., Craiglow B., Ball S.G., Morrow P., Smith S.G., Pierce E., Shapiro J. The Invisible Impact of a Visible Disease: Psychosocial Impact of Alopecia Areata // *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023. 13(7). 1503-1515. doi: 10.1007/s13555-023-00941-z.

King B.A., Senna M.M., Ohshima M. et al. Defining severity in alopecia areata: current perspectives and a multidimensional framework // *Dermatol Ther*. 2022. 12(4). 825-834. doi: 10.1007/s13555-022-00711-3.

King B.A., Mesinkovska N.A., Craiglow B. et al. Development of the alopecia areata scale for clinical use: results of an academic-industry collaborative effort // *J Am Acad Dermatol*. 2022. 86(2). 359-364. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.043.

Kim A.B., Cheng B.T., Hassan S. Association of mental health outcomes and lower patient satisfaction among adults with alopecia: A cross-sectional population-based study // *JAAD Int*. 2022. 8. 82-88.

TRICHOLOGICAL PROBLEMS AT THE INTERSECTION OF DERMATOLOGY AND PSYCHIATRY: ANALYSIS OF OPPORTUNITIES AND WAYS OF DEVELOPMENT

Markova Marianna

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

E-mail: markova.md.professor@gmail.com;

ORCID ID <http://orcid.org/0000-0003-0726-4925>

Chemerys Maryana

MD, PhD, "Novoderm" Medical Center, Lviv, Ukraine.

E-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com;

ORCID ID <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>

In recent decades of significant development in the world, a new perspective direction of integration of psychosomatic medicine and psychiatry/medical psychology, which is focused on the study of interaction between psyche and skin, is psychodermatology. Among topical psychodermatological problems, special attention is paid to the peculiarities of the psycho-emotional sphere in different types of alopecia, because, even in the light of socio-cultural features, in most societies, hair is an important component of attractiveness, and its pathology can have serious psychological and even psychiatric.

Analysis of the state of the problem in this field has proved that the presence of alopecia is a powerful factor that has a negative impact on the mental state and quality of life of the patient. The presence of alopecia is associated with high levels of depression and anxiety, as well as with worse social functioning and lower quality of life.

This requires additional research and development of personalized therapeutic and rehabilitation measures for eliminate the negative psychiatric consequences of alopecia.

Keywords: *psychodermatology, alopecia, mental health disorders, reduction of social functioning, deterioration of quality of life.*

DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-03

УДК 616.9-009:616.831-052

КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19

В. М. Міщенко, О. В. Дмитрієва, І. В. Здесенко, М. О. Легка

**Міщенко
Владислав Миколайович**

¹Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068, завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації;
²Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 4, м. Харків, Україна, 61022, доктор медичних наук, професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології,
e-mail: 1976mv@ukr.net,
ORCID ID: 0000-0003-0429-8572

**Дмитрієва
Олена Вікторівна¹**

провідний науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації, кандидат медичних наук,
e-mail: dmitrietva.h@gmail.com,
ORCID ID: 0009-0006-5595-1390

**Здесенко
Ірина Володимирівна¹**

провідний науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації, кандидат медичних наук,
e-mail: zdesenkoiv@gmail.com,
ORCID ID: 0000-0001-8811-2004

**Легка
Марія Олександрівна¹**

молодший науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації,
e-mail: lehka_mariia@meta.ua,
ORCID ID: 0009-0000-0184-9324

Метою дослідження було вивчення особливостей когнітивних функцій у хворих з хронічними цереброваскулярними порушеннями, які перенесли COVID-19. Встановлено, що у всіх пацієнтів з ЦВЗ, які одужали від COVID-19, виявляються помірні та виражені когнітивні порушення. Відмічається більша вираженість когнітивного дефіциту у даних пацієнтів у порівнянні з групою пацієнтів, які не мали COVID-19 в анамнезі. Особливо виражені порушення у пацієнтів з цереброваскулярною патологією, які перенесли COVID-19, стосувалися уваги, швидкості обробки інформації, короткотривалої робочої пам'яті, у той час як відстрочена пам'ять і розпізнавальна пам'ять страждали значно менше. У дослідженні було продемонстровано більшу чутливість шкали MoCA щодо виявлення когнітивних порушень у пацієнтів з цереброваскулярною патологією, які перенесли COVID-19. Більшість пацієнтів мали когнітивні порушення протягом 6 місяців після перенесеного COVID-19, що свідчить про необхідність довготривалого моніторингу й своєчасного лікування цих пацієнтів.

Ключові слова: COVID-19, когнітивні порушення, цереброваскулярна патологія.

Як цитувати: В.М. Міщенко, О.В. Дмитрієва, І.В. Здесенко, М.О. Легка Когнітивні розлади у пацієнтів з цереброваскулярними порушеннями, які перенесли COVID-19 // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – №22. – С. 21–29. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-03

In cites: V. N. Mishchenko, O.V. Dmytriieva, I.V. Zdesenko, M.A. Lehka Cognitive disorders of patients with cerebrovascular disorders who suffered from COVID-19. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 21–29. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-03>

© Міщенко В. М., Дмитрієва О. В., Здесенко І. В., Легка М. О., 2023



This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Пандемія COVID-19 справила надзвичайно потужний вплив на систему охорони здоров'я в усьому світі, результатом чого стали мільйони смертей від коронавірусної хвороби [1]. Відомо, що когнітивний дефіцит виникає досить часто і має постійний інвалідизуючий характер у пацієнтів, які перенесли тяжкі критичні захворювання [2]. Останнім часом у літературі з'являється все більше інформації щодо наявності у пацієнтів, які перенесли COVID-19, когнітивних розладів, поширення яких досягає 80 %. Когнітивні порушення (КП) поряд з психічними й психосоціальними розладами є поширеним ускладненням COVID-19 [3]. Різні фактори, пов'язані із захворюванням і його лікуванням, можуть сприяти виникненню когнітивного дефіциту. До них належать гіпоксія, штучна вентиляція легенів, седація, делірій, цереброваскулярні події і запалення [4–7].

Для розуміння нейропатогенезу COVID-19 велике значення має визначення шляхів вірусної нейроінвазії, що включають трансинаптичний перенос через інфіковані нейрони, потрапляння через нюховий нерв, зараження ендотелію судин або міграцію лейкоцитів через гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ) [8]. Існує два можливі механізми поширення SARS-CoV-2 через ГЕБ. Перший механізм полягає в зараженні й транспортуванні через ендотеліальні клітини судин. Другий механізм — це зараження лейкоцитів, які проходять через ГЕБ, його називають механізмом троянського коня [9;10]. Він добре описаний при ВІЛ, коли заражені імунні клітини переходять із крові через ГЕБ і заражують центральну нервову систему (ЦНС) [11]. Системне запалення, що характеризує COVID-19, імовірно, збільшує проникність ГЕБ, тим самим дозволяючи інфікованим імунним клітинам, цитокінам і вірусу проникати в ЦНС [12].

Висока вірулентність SARS-CoV-2 може бути обумовлена значною спорідненістю вірусного білка S1 до рецепторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) 2 на клітинах господаря [13; 14]. Наявність рецептора АПФ-2 у тканинах визначає вірусний клітинний тропізм у людей, у яких АПФ-2 експресується в епітелії дихальних шляхів, клітинах нирок, тонкому кишківнику, паренхімі легенів та ендотелії судин у всьому тілі та широко — в ЦНС (нейронах, астроцитах і олігодендроцитах). Експресія рецепторів АПФ-2 у високій концентрації також відбувається в чорній субстанції, шлуночках, середній скроневій звивині, задній поясній звивині й нюховій цибуліні [15].

Інтерналізація або розщеплення мембранозв'язаного АПФ-2 після зв'язування й потрапляння клітин вірусу SARS-CoV-2 призводить до дисфункції судин, запаленню, окиснювальному стресу і травмі ЦНС при

COVID-19 [13], що може спричиняти хронічну втрату функцій ураженої тканини мозку й відігравати роль у генезі нервово-психічних симптомів при COVID-19, а також індукувати нейродегенерацію [16].

В дослідженнях попередніх років *in vivo* на тваринних моделях за умов гіпоекспресії АПФ-2 продемонстровано погіршення пам'яті й когнітивних функцій, а також посилений синтез реактивних форм кисню й одночасне зменшення продукції нейротрофічного фактора мозку [17; 18].

Отже, запропоновано ще один можливий механізм патогенезу інфекції SARS-CoV-2, пов'язаний зі зв'язуванням вірусу з АПФ-2, що супроводжується зниженням регуляції експресії цього рецептора й змінами динамічного балансу між двома рукавами ренін-ангіотензинової системи (РАС): АПФ/Ang II/AT1R із прозапальною активністю й АПФ-2/Ang-1-7/MasR із протизапальними властивостями. Спираючись на ці докази, висунули гіпотезу, що процес інвазії SARS-CoV-2 у ЦНС може пояснити виникнення або загострення деяких типових нервово-психічних розладів у людей похилого віку, порівнянно із порушеннями при хворобі Альцгеймера. Саме при таких станах, як хвороба Альцгеймера, судинні когнітивні порушення й когнітивні порушення після інсульту, вісь АПФ/Ang II/AT1R переважає, збільшуючи й прискорюючи розвиток когнітивних розладів [13; 19– 21]. Крім того, особи з АРОЕ ε4 також мають найнижчу активність АПФ-2, що підвищує ризик розвитку COVID-19 у них [22].

Отже, COVID-19, імовірно, залишить несподівану спадщину довгострокових неврологічних ускладнень у значної кількості пацієнтів, які вижили. Спостереження за станом когнітивних функцій пацієнтів з COVID-19 буде важливим, особливо для тих пацієнтів, у яких розвиваються цереброваскулярні й неврологічні ускладнення під час гострої хвороби.

Дані останніх досліджень вказують на важливу роль цитокинового шторму й запалення з підвищенням рівня С-реактивного білка (СРБ) у розвитку клінічних проявів у пацієнтів із COVID-19 [23]. Встановлено, що активація запалення нерозривно пов'язана з когнітивною дисфункцією [24]. Крім того, більш високі рівні запалення виявлено у людей похилого віку з гіршими показниками когнітивних функцій [25], що узгоджується з даними щодо значного взаємозв'язку між концентрацією СРБ і довготривалим когнітивним зниженням у великій вибірці пацієнтів [26]. Виявлено суттєву кореляцію між тривалими змінами функції уваги й рівнями СРБ у пацієнтів з COVID-19 при їх надходженні до стаціонару [27]. У літературі є дані щодо наявності вірогідної кореляції рівнів СРБ із порушенням вербальної швидкості й ви-

конавчою дисфункцією, здатністю підтримувати увагу [28–30].

У літературі на сьогодні з'являється все більше даних щодо стану когнітивних функцій у пацієнтів, які перенесли COVID-19, у різні періоди захворювання залежно від його тяжкості, виду вентиляційної терапії, віку пацієнтів. У дослідженнях попередніх років проаналізовано стан когнітивних функцій у пацієнтів, які мали гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС) і перебували на штучній вентиляції легенів (ШВЛ). Виявлено, що від 70 до 100 % тих, хто пережив ГРДС, мають когнітивні порушення (КП) при виписці з лікарні, що включають порушення уваги, швидкості обробки інформації, пам'яті й виконавчих функцій [31; 32]. Низький рівень PaO_2 асоціювався з довготривалими КП, особливо у сферах виконавчих функцій і при виконанні психомоторних завдань [33]. Вираженість КП при тяжкому COVID-19 не корелювала з тривалістю ШВЛ і перебування у відділенні інтенсивної терапії, а отже, і тяжкістю гострого захворювання, як і при ГРДС іншої етіології [34]. Однак виникнення делірію у пацієнтів з COVID-19 в гострій фазі захворювання пов'язують з формуванням надалі більш значних когнітивних розладів. Відповідно до даних літератури, структурні пошкодження, такі як ішемічні або гіпоксемічні ураження гіпокампа, ураження базальних гангліїв або мозочка, а також атрофія мозку (зокрема, гіпокампа) або порушення функціональних зв'язків, що часто трапляються в тих, хто пережив ГРДС, можуть сприяти виникненню когнітивної дисфункції [35].

У дослідженні F. Alemanno та співавт. проведено оцінку стану когнітивних функцій пацієнтів у підгострому періоді захворювання, при цьому було враховано різні методи вентиляційної терапії і вік пацієнтів, які в гострому періоді COVID-19 лікувались у відділенні інтенсивної терапії [1]. Отримані в цьому дослідженні дані показали, що близько 80 % пацієнтів у підгострій фазі захворювання мали когнітивний дефіцит з порушенням зорово-просторового праксису й виконавчих функцій, коротко- і довготривалої пам'яті, абстрактного мислення, просторової орієнтації, близько 40 % пацієнтів страждали від легкої і середньої тяжкості депресії, при цьому тяжкість когнітивного дефіциту в пацієнтів корелювала з віком. Між групами, що отримували різну вентиляційну терапію, спостерігалася певна різниця щодо вираженості когнітивного дефіциту. Отримані дані вказують на те, що пацієнти, які отримали найагресивнішу вентиляцію із седацією, мали краще збережені когнітивні функції в підгострій фазі захворювання, що може бути зумовлено різницею в обсязі кисню, отриманого під час госпіталізації. Автори також припуска-

ють, що седація могла позбавити таких пацієнтів стресу, який могла спричинити тяжка хвороба [1]. Відомо, що гострий і хронічний стрес пов'язані з активацією механізмів запалення й посиленою обробкою негативної інформації. Обидва явища передбачають розвиток симптомів депресії, які, у свою чергу, посилюють реакцію на запальний і когнітивний стрес [36]. Однак слід відзначити також, що пацієнти, яким була надана найбільш інвазивна допомога з боку органів дихання, також були наймолодшими. Автори визнають, що вік при цьому виступає чинником ризику розвитку нейропсихологічних порушень, пов'язаних з COVID-19 [1].

На сьогодні залишається незрозумілим, як довго зберігаються когнітивні порушення після COVID-19. У той же час виявлено, що госпіталізовані пацієнти з іншими респіраторними захворюваннями страждають від когнітивних розладів протягом декількох років [31]. Відповідно до даних H. Zhou та співавт., когнітивні порушення виявляються навіть у пацієнтів, які одужали від COVID-19, і, можливо, можуть бути пов'язані із запальними процесами, що лежать в їх основі [27]. Наявність тривалих когнітивних змін у пацієнтів після COVID-19 може бути пояснена «синдромом довготривалого COVID», що стосується тих пацієнтів, які все ще страждають від різних симптомів тижнями чи місяцями після закінчення захворювання [39–41]. Однак необхідні подальші дослідження для оцінки довгострокового впливу SARS-CoV-2 на когнітивні функції у пацієнтів з COVID-19.

Miskowiak K.W. та співавт. зазначають, що когнітивні порушення у пацієнтів з COVID-19 були пов'язані зі ступенем тривалої легеневої дисфункції і респіраторними симптомами, а також з рівнем D-димеру під час гострої хвороби, що свідчить про потенційний зв'язок КП з обмеженою доставкою кисню до мозку. У даному дослідженні когнітивні порушення і пов'язане з ними зниження якості життя асоціювалися з вищим рівнем тривоги й депресії, а також порушенням функціонування на роботі, яке виявлене в більшій половині пацієнтів через чотири місяці після виписки з лікарні, що вказує на нагальну потребу в систематичному скринінгу когнітивного функціонування й лікування пацієнтів зі стійкими когнітивними порушеннями після COVID-19 [42].

Цілком імовірно, що виявлений зв'язок між когнітивними порушеннями, тривожністю й депресією має двонаправлений характер: виражені когнітивні порушення посилюють тяжкість тривоги й депресії через труднощі з подоланням когнітивних проблем у повсякденному житті; водночас виражені симптоми тривоги й депресії погіршують результати когнітивних

тестів. Саме тому слід приділяти увагу як когнітивним, так і емоційним розладам після важкого перебігу COVID-19. Зокрема, лікування, що покращує стан когнітивних функцій, може також сприяти стійкості пацієнтів до стресу і, отже, покращанню стану їх психічного здоров'я після госпіталізації з приводу COVID-19 [43].

Отже, КП є поширеними ускладненнями COVID-19, у виникненні яких відіграють роль численні фактори, а також супутня соматична та неврологічна патологія. Враховуючи високу поширеність у популяції цереброваскулярних захворювань, які є фактором ризику судинної деменції, цікавить вивчення стану когнітивних функцій у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями (ЦВЗ), які перенесли COVID-19, вибрання чутливих, адекватних методик когнітивного тестування, що сприятиме кращому моніторингу результатів функціонального відновлення цих хворих. Розуміння патогенетичних аспектів, що лежать в основі розвитку КП у пацієнтів з ЦВЗ, які перенесли COVID-19, видається надзвичайно важливим для призначення адекватної їх корекції.

Мета дослідження. Вивчення особливостей когнітивних функцій у пацієнтів з цереброваскулярними порушеннями, які перенесли COVID-19.

Завдання дослідження:

Вивчити стан когнітивних функцій у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями, які перенесли COVID-19.

Провести оцінку методів когнітивного тестування, що сприятиме кращому моніторингу результатів функціонального відновлення цих пацієнтів.

Матеріал та методи дослідження.

У дослідження увійшли 60 пацієнтів з хронічними порушеннями мозкового кровообігу (ХПМК) віком від 45 до 85 років (у середньому $53,1 \pm 9,8$ роки), які перебували на лікуванні в неврологічному відділенні ДУ «ІНПН НАМН України» та амбулаторному лікуванні. Залежно від наявності перенесеного COVID-19 (протягом останніх 6 місяців) пацієнти були розподілені на дві групи: основну (з COVID-19 в анамнезі, $n = 30$) та контрольну (без COVID-19 в анамнезі, $n = 30$). Групи були рівнозначні за віком, статтю, рівнем освіти.

Клінічний діагноз у всіх випадках формулювався як дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) атеросклеротичної, гіпертонічної, частіше змішаної етіології. В основній групі ДЕ II стадії діагностовано у 21 пацієнта, III стадії — у 9. У контрольній групі ДЕ II стадії діагностовано у 20 пацієнтів, III стадії — у 10 пацієнтів. Діагноз встановлювався на підставі вивчення скарг пацієнтів, даних анамнезу життя та хвороби, неврологічного та соматичного статусу, даних нейровізуалізації (комп'ютерної та маг-

нітно-резонансної томографії головного мозку), а також даних ультразвукового дослідження судин головного мозку.

Пацієнтам проводили загальні лабораторні тести (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, ліпідограма), інструментальні дослідження (комп'ютерна та/або магнітно-резонансна томографія головного мозку (МРТ)). За даними МРТ головного мозку у більшості пацієнтів виявляли численні вогнища лейкоареозу перивентрикулярно і в субкортикальних відділах обох півкуль головного мозку, в окремих випадках спостерігали численні та/або поодинокі лакунарні вогнища, що були розташовані у стратегічних для когнітивних функцій відділах головного мозку: у глибинних відділах білої речовини, у лобній та скроневій частках.

Тривалість АГ у пацієнтів, що спостерігалися, становила від 6 до 23 років. У всіх пацієнтів під час проведення ЕКГ відзначалися ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка. За даними ультразвукового дуплексного сканування сонних артерій на ший спостерігалася ознака атеросклеротичного ураження судин (комплекс інтима-медіа був потовщений, була наявність атеросклеротичних бляшок у просвіті судин).

Для вирішення поставлених завдань дослідження в роботі було застосовано такі методи обстеження: клініко-неврологічний; психодіагностичний (коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination — MMSE); Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій (The Montreal Cognitive Assessment (MoCA); методику 10 слів, таблиці Шульте, тест заучування парних взаємопов'язаних слів (The Paired Associates Learning Test-PALT)).

З метою оцінки ступеня когнітивних порушень використовували шкалу MMSE, що складається з ряду субтестів, які дозволяють швидко й ефективно оцінити орієнтування в часі, місці, стан короточасної, довгочасної пам'яті, функцію мови, гнозису, праксису [44]. Сума балів за субтестами становить загальний бал MMSE. Результат отримували шляхом сумації балів за кожним із пунктів шкали. Максимальний показник — 30 балів. За даними MMSE, 29—30 балів оцінювали як відсутність порушення когнітивних функцій, 27—28 балів — легкі, 24—26 балів — помірні когнітивні порушення, 20—23 бали — початкова стадія деменції, < 20 — більш виражені стадії деменції.

Оскільки шкала MMSE може мати обмежену чутливість щодо діагностики когнітивних порушень судинного генезу (насамперед довільно-регуляторних розладів), для найповнішого виявлення всього спектра ког-

нітивних дисфункцій ми використовували також шкалу МоСА. Шкала застосовується з метою експрес-оцінки стану когнітивних функцій та дозволяє визначити порушення зорово-конструктивних функцій, пам'яті, уваги, обчислювальних операцій, мови, виконавчих функцій, абстрактного мислення та орієнтовки. Результатом є загальна сума балів за кожним з субтестів шкали. Максимально можлива кількість балів становить 30 балів; 26 та більше балів відповідає нормативному показнику.

Стан когнітивних функцій хворих додатково оцінювали з використанням ряду сучасних нейропсихологічних тестів: методика заучування 10 слів, яка дозволяла дослідити процеси пам'яті (запам'ятовування, збереження і відтворення інформації). Стимулюючий матеріал - 10 слів, не пов'язаних між собою за змістом і емоційно нейтральних. Параметри для оцінювання: обсяг безпосереднього відтворення - кількість слів, відтворених після 1-го пред'явлення (норма - 7 ± 2 слова); обсяг відстроченого відтворення (довготривалої пам'яті) - кількість слів, відтворених через 50-60 хв.

Для оцінки темпу сенсомоторних реакцій, розумової працездатності, об'єму активної уваги пацієнтів використовували таблиці Шульте. Стимульним матеріалом є 5 чорно-білих таблиць, де розташовано числа від 1 до 25. Середній час виконання завдання за однією таблицею в нормі складає 30-40 сек. Пропуск чисел, помилковий показ цифр свідчить про недостатність концентрації уваги, а зниження темпу та зростання кількості помилок під кінець дослідження - про зниження та виснаження рівня розумової працездатності.

З метою дослідження негайної та відстроченої розпізнавальної пам'яті на вербальні стимули застосовували Тест заучування парних взаємопов'язаних слів (The Paired Associates Learning Test-PALT). Обстежуваному для запам'ятовування пропонували 10 груп парних асоціацій. Після перевірки запам'ятовування кожної групи слів влаштовували перерву на 2 хв., а після пред'явлення п'яти груп - на 30 хв. Зіставлення отриманих результатів у одного і того ж пацієнта при дослідженні проби на запам'ятовування дозволяє судити про збереження механічної і логічної (сислової пам'яті), порівняти показники безпосереднього і опосередкованого запам'ятовування.

Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням методів варіаційної статистики та прикладної програми Statistica. Достовірність відмінностей між середніми значеннями визначали за критерієм Ст'юдента. Імовірність одержаних результатів оцінювали на рівні значущості не менше 95 % ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення.

Всі обстежені нами пацієнти скаржилися на головний біль, запаморочення, шум у вухах, голові, хиткість при ході, слабкість у нижніх кінцівках, оніміння дистальних відділів кінцівок, зниження пам'яті, порушення концентрації уваги, зниження фону настрою, підвищену знервованість, порушення нічного сну, загальну слабкість. У неврологічному статусі у пацієнтів виявлено: ослаблену конвергенцію очних яблук, виражені субкортикальні рефлекси, ознаки пірамідної та екстрапірамідної недостатності, патологічні рефлекси згинальної та розгинальної групи, координаторні та чутливі порушення.

Стан когнітивних функцій у пацієнтів з хронічними порушеннями мозкового кровообігу, які перенесли COVID-19, та пацієнтів контрольної групи було оцінено за допомогою шкал MMSE та МоСА.

Аналіз результатів обстеження пацієнтів з допомогою шкали MMSE (табл. 1) показав наступне. У всіх пацієнтів виявлялося зниження показників, що відображають стан функції орієнтування у місці і в часі, сприйняття та пам'яті. Типовими були труднощі під час повторення складної фрази. Більш ніж у 60 % пацієнтів серійний відлік виявився порушеним. Третина пацієнтів при виконанні цього завдання припускала значну кількість помилок, але при вказівці на них прагнула їх виправити.

Як видно з таблиці, у структурі порушень когнітивних функцій за даними шкали MMSE домінували порушення пам'яті, орієнтування, перцептивно-гностичної сфери. У пацієнтів, які мали в анамнезі COVID-19, відзначалося достовірне погіршення усіх показників за шкалою MMSE (орієнтування, пам'яті, рахункових операцій, перцептивно-гностичної сфери). Так, якщо загальний показник когнітивної продуктивності за шкалою MMSE у пацієнтів основної групи становив $23,5 \pm 0,6$ бали, то у пацієнтів контрольної - $25,8 \pm 0,9$ бали. Таким чином, загальний показник когнітивної продуктивності був на 2,3 бали нижче у пацієнтів, які перенесли COVID-19.

Результати вивчення когнітивних функцій за шкалою МоСА наведено у таблиці 2.

Як видно із таблиці, у пацієнтів після перенесеного COVID-19 спостерігалось достовірне погіршення усіх показників за шкалою МоСА (оптико-просторової діяльності, пам'яті, уваги, мови, абстрактного мислення, орієнтування). Середній бал у пацієнтів з перенесеним COVID-19 в анамнезі становив $20,1 \pm 0,5$ бали, у пацієнтів контрольної групи відповідно $23,4 \pm 0,9$ бали.

Стан когнітивних функцій пацієнтів додатково оцінювали також з використанням ряду сучасних нейропсихологічних тестів: методики заучування 10 слів, яка дозволяла дослідити процеси пам'яті (запам'ятовування,

збереження і відтворення інформації); таблиць Шульте, які призначені для оцінки темпу сенсомоторних реакцій, розумової працездатності, об'єму активної уваги.

З метою дослідження негайної та відстроченої розпізнавальної пам'яті на вербальні стимули застосовували тест заучування парних взаємопов'язаних слів (The Paired Associates Learning Test-PALT), який дозволяє судити про збереження механічної і логічної (сислової пам'яті), порівняти показники безпосереднього і опосередкованого запам'ятовування. Результати проведених досліджень наведено в таблиці 3.

Отримані результати свідчать, що помірні та виражені когнітивні порушення виявляються у всіх пацієнтів з ЦВЗ, які одужали від COVID-19. Відмічається більша вираженість когнітивного дефіциту у даних пацієнтів

в порівнянні з контрольною групою. Когнітивні порушення у пацієнтів з цереброваскулярною патологією, які перенесли COVID-19, включали в першу чергу порушення уваги, швидкості обробки інформації, короткотривалої пам'яті й виконавчих функцій, у той же час як відстрочена і розпізнавальна пам'ять страждали значно менше. Отже, дані щодо когнітивних порушень, асоційованих з COVID-19, вказують в першу чергу на порушення уваги й виконавчих функцій, що виявляються частіше, ніж виражені розлади пам'яті.

Відмінності, що спостерігаються між показниками MMSE і MoCA, можуть бути пов'язані з більшою чутливістю шкали MoCA щодо виявлення незначних змін у когнітивному функціонуванні. У дослідженні було продемонстровано більш низьку чутливість MMSE щодо

Таблиця 1

Показники продуктивності когнітивних функцій за даними шкали MMSE у пацієнтів основної та контрольної групи

Показник (у балах)	Контрольна група, n=30	Основна група, n=30	p
Орієнтування (макс.10)	8,1±0,2	7,3±0,2	0,006*
Пам'ять (макс. 6)	5,8±0,6	4,5±0,1	0,037*
Рахункові операції (макс. 5)	4,9 ±0,1	4,3±0,2	0,009*
Перцептивно-гносична сфера (макс. 9)	7,0±0,1	7,7±0,3	0,031*
Загальний показник (макс.30)	25,8±0,9	23,5±0,6	0,038*

Примітка: p – достовірність відмінностей відповідно критерію Ст'юдента; *- статистично значущі відмінності при рівні значущості p<0,05.

Таблиця 2

Результати вивчення когнітивних функцій за шкалою MoCA у пацієнтів основної та контрольної групи

Показник (у балах)	Контрольна група, n=30	Основна група, n=30	p
Оптико-просто-рова діяльність, виконавчі функції	3,80±0,12	3,40±0,16	0.050*
Називання предметів	2,8±0,1	2,1±0,3	0,03*
Увага	4,7±0,3	3,9±0,2	0,03*
Річ	1,80±0,12	1,40±0,14	0,034*
Абстрактне мишлення	4,70±0,15	4,10±0,19	0,016*
Орієнтування	5,60±0,05	5,20±0,13	0,006*
Сума балів	23,4±0,9	20,1±0,5	0,002*

Примітка: p – достовірність відмінностей відповідно критерію Ст'юдента; *- статистично значущі відмінності при рівні значущості p<0,05.

Таблиця 3

Результати нейропсихологічних тестів у пацієнтів основної та контрольної групи

Тест	Основна група, n=30	Контрольна група, n=30
Методика 10 слів, слова	28,50 ± 6,40	37,50 ± 4,98*
Таблиці Шульте, секунди	303,50 ± 24,04	249,60 ± 57,45*
PALT (негайна пам'ять), слова	22,50 ± 5,67	25,70 ± 2,91*
PALT (відстрочена пам'ять), слова	46,80 ± 12,86	50,10 ± 11,02

Примітка:* — вірогідність відмінності показників між групами (p< 0,001).

виявлення когнітивних порушень у пацієнтів з цереброваскулярною патологією, які перенесли COVID-19. Таким чином, впровадження чутливих інструментів когнітивного тестування, таких як MoCA, може допомогти краще оцінити когнітивні функції пацієнтів і, як наслідок, забезпечити кращий догляд і моніторинг результатів функціонального відновлення пацієнтів на COVID-19.

Той факт, що більшість пацієнтів все ще мали когнітивні порушення протягом 6 місяців після перенесеного COVID-19, свідчить про необхідність довготривалого моніторингу й своєчасного лікування цих пацієнтів.

На сьогодні залишається незрозумілим, як довго зберігаються когнітивні порушення після COVID-19 у пацієнтів з цереброваскулярною патологією. Тому необхідні подальші дослідження для оцінки довгострокового впливу SARS-CoV-2 на когнітивні функції в пацієнтів з ЦВЗ, які одужали від COVID-19. Запланована подальша оцінка когнітивних функцій обстежених пацієнтів після перенесеного COVID-19, що дасть можливість краще зрозуміти, чи відбувається відновлення когнітивних функцій з плином часу або когнітивні порушення мають стійкий характер. У будь-якому випадку це вказує на нагальну потребу в систематичному скринінгу когнітивного функціонування пацієнтів з цереброваскулярною патологією, які мають когнітивні порушення після COVID-19 та розробці раціональної лікувальної тактики з включенням нейропсихологічної підтримки, когнітивного тренування.

Висновки.

1. Отримані результати свідчать, що у всіх пацієнтів з ЦВЗ, які одужали від COVID-19, виявляються помірні та

виражені когнітивні порушення. Відмічається більша вираженість когнітивного дефіциту у даних пацієнтів у порівнянні з групою пацієнтів, які не мали COVID-19 в анамнезі. Загальний показник когнітивної продуктивності за шкалою MMSE у пацієнтів основної групи становив $23,5 \pm 0,6$ бали, у пацієнтів контрольної – $25,8 \pm 0,9$ бали. За шкалою MoCA середній бал у пацієнтів з COVID-19 в анамнезі становив $20,1 \pm 0,5$ бали, у пацієнтів контрольної групи відповідно $23,4 \pm 0,9$ бали. Особливо виражені порушення у пацієнтів з цереброваскулярною патологією, які перенесли COVID-19, стосувалися уваги, швидкості обробки інформації, короткотривалої робочої пам'яті, у той час як відстрочена пам'ять і розпізнавальна пам'ять страждали значно менше.

2. У дослідженні було продемонстровано більш низьку чутливість шкали MMSE щодо виявлення когнітивних порушень у пацієнтів з цереброваскулярною патологією, які перенесли COVID-19. У той же час впровадження чутливих інструментів когнітивного тестування, таких як шкала MoCA, може допомогти краще оцінити когнітивні функції пацієнтів і, як наслідок, забезпечити кращий догляд і моніторинг результатів функціонального відновлення пацієнтів на COVID-19.

3. Той факт, що більшість пацієнтів все ще мали когнітивні порушення протягом 6 місяців після перенесеного COVID-19, свідчить про необхідність довготривалого моніторингу й своєчасного лікування цих пацієнтів, що повинно включати також нейропсихологічну підтримку й когнітивні тренування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ / REFERENCES

1. Alemanno F., Houdayer E., Parma A. et al. COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience. *PLoS ONE*. 2021. 16(2). e0246590. doi.org/10.1371/journal.pone.0246590
2. Girard T.D., Thompson J.L., Pandharipande P.P. et al. Clinical phenotypes of delirium during critical illness and severity of subsequent long-term cognitive impairment: a prospective cohort study. *Lancet Respir. Med.* 2018. 6(3). P. 213-22. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30062-6. PMID: 29508705; PMCID: PMC6709878.
3. Ellul M.A., Benjamin L., Singh B. et al. Neurological associations of COVID-19. *Lancet Neurol.* 2020 Sep;19(9):767-83. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30221-0. Epub.2020 Jul 2.
4. Boulay C., Fafi-Kremer S., Castelain V. et al. Delirium and encephalopathy in severe COVID-19: a cohort analysis of ICU patients. *Crit. Care.* 2020. 24(1). P. 491. doi: 10.1186/s13054-020-03200-1. PMID: 32771053; PMCID: PMC7414289.
5. 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. 7(10). P. 875-882. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X.
6. Romero-Sánchez C., Diaz-Maroto I., Fernández-Díaz E. et al. Neurologic manifestations in hospitalized patients with COVID-19: the ALBACOVID registry. *The ALBACOVID registry. Neurology.* 2020. 95(8). e1060-e1070. doi: 10.1212/WNL.00000000000009937.
7. Beach S.R., Praschan N.C., Hogan C. et al. Delirium in COVID-19: A case series and exploration of potential mechanisms for central nervous system involvement. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2020. 65. P. 47-53. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.05.008. 2020. 65. 47-53.
8. Zubair A.S., McAlpine L.S., Gardin T. et al. Neuropathogenesis and Neurologic Manifestations of the Coronaviruses in the Age of Coronavirus Disease 2019: A Review. *JAMA Neurol.* 2020. 77(8). P. 101801027. doi:10.1001/jamaneurol.2020.2065.
9. Bohmwald K., Gálvez N.M.S., Ríos M., Kalergis A.M. Neurologic alterations due to respiratory virus infections. *Front. Cell. Neurosci.* 2018. 12(386). P. 386. doi:10.3389/fncel.2018.00386.
10. Desforgues M., Le Coupanec A., Brison E., Meessen-Pinard M., Talbot P.J. Neuroinvasive and neurotropic human respiratory coronaviruses: potential neurovirulent agents in humans. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2014. 807. P. 75-96. doi:10.1007/978-81-322-1777-06.
11. Kim W.-K., Corey S., Alvarez X., Williams K. Monocyte/macrophage traffic in HIV and SIV encephalitis. *J. Leukoc. Biol.* 2003. 74(5). P. 650-656. doi:10.1189/jlb.0503207.
12. Sankowski R., Mader S., Valdés-Ferrer S.I. Systemic inflammation and the brain: novel roles of genetic, molecular, and environmental cues as drivers of neurodegeneration. *Front. Cell. Neurosci.* 2015. 9(28). P. 28. doi:10.3389/fncel.2015.00028.

13. Panariello F., Cellini L., Speciani M., De Ronchi D., Atti A.R. How Does SARS-CoV-2 Affect the Central Nervous System? A Wor-king Hypothesis. *Front. Psychiatry*. 2020. 11. P. 582345. doi: 10.3389/fpsy.2020.582345.
14. Hoffmann M., Kleine-Weber H., Schroeder S. et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell*. 2020. 181(2). P. 271-280. doi:10.1016/j.cell.2020.02.052.
15. Chen R., Wang K., Yu J. et al. The Spatial and Cell-Type Distribution of SARS-CoV-2 Receptor ACE2 in the Human and Mouse Brains. *Front Neurol*. 2021. 11. P. 573095. doi: 10.3389/fneur.2020.573095.
16. Shang J., Wan Y., Luo C. et al. Cell entry mechanisms of SARS-CoV-2. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2020. 117. P. 11727-34. doi: 10.1073/pnas.2003138117.
17. Lazaroni T.L.N., Raslan A.C.S., Fontes W.R.P. et al. Angiotensin-(1-7)/Mas axis integrity is required for the expression of object recognition memory. *Neurobiol. Learn. Mem.* 2012. 97. P. 113-23. doi: 10.1016/j.nlm.2011.10.003.
18. Wang X.-L., Iwanami J., Min L.-J. et al. Deficiency of angiotensin-converting enzyme 2 causes deterioration of cognitive function. *NPJ Aging Mech. Dis.* 2016. 2. P. 16024. doi: 10.1038/npjamd.2016.24.
19. Kehoe P.G., Hibbs E., Palmer L.E., Miners J.S. Angiotensin-III is Increased in Alzheimer's Disease in Association with Amyloid- β and Tau Pathology. *J. Alzheimers Dis.* 2017. 58(1). P. 203-214. doi: 10.3233/JAD-161265. PMID: 28387670.
20. Miners J.S., Ashby E., Van Helmond Z. et al. Angiotensin-converting enzyme (ACE) levels and activity in Alzheimer's disease, and relationship of perivascular ACE-1 to cerebral amyloid angio-pathy. *Neuropathol. Appl. Neurobiol.* 2008. 34(2). P. 181-93. doi: 10.1111/j.1365-2990.2007.00885.x.
21. Miners S., Ashby E., Baig S. et al. Angiotensin-converting enzyme levels and activity in Alzheimer's disease: differences in brain and CSF ACE and association with ACE1 genotypes. *Am. J. Transl. Res.* 2009. 1(2). P. 163-77. PMID: 19956428.
22. Miners S., Kehoe P.G., Love S. Cognitive impact of COVID-19: looking beyond the short term. *Alzheimers Res. Ther.* 2020. 12(1). P. 170. doi: 10.1186/s13195-020-00744-w.
23. Huang C., Wang Y., Li X. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [published correction appears in *Lancet*. 2020 Jan 3]. *Lancet*. 2020. 395(10223). P. 497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
24. Chakrabarty T., Torres I.J., Bond D.J., Yatham L.N. Inflammatory cytokines and cognitive functioning in early-stage bipolar I disorder. *J. Affect. Disord.* 2019. 245. P. 679-685. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.018.
25. Duarte P.O., Duarte M.G.F., Pelichek A., Pfrimer K., Ferrioli E., Moriguti J.C., Lima N.K.C. Cardiovascular risk factors and inflammatory activity among centenarians with and without dementia. *Aging Clin. Exp. Res.* 2017. 29(3). P. 411-417. doi: 10.1007/s40520-016-0603-9.
26. Zheng F., Xie W. High-sensitivity C-reactive protein and cognitive decline: the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychol. Med.* 2018. 48(8). P. 1381-1389. doi: 10.1017/S0033291717003130.
27. Zhou H., Lu S., Chen J. et al. The landscape of cognitive function in recovered COVID-19 patients. *J. Psychiatr. Res.* 2020. 129. P. 98-102. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.06.022.
28. Vintimilla R., Hall J., Johnson L., O'Bryant S. The relationship of CRP and cognition in cognitively normal older Mexican Americans: A cross-sectional study of the HABLE cohort. *Medicine (Baltimore)*. 2019. 98(19). e15605. doi:10.1097/MD.00000000000015605.
29. Han H.B., Lee K.E., Choi J.H. Functional Dissociation of θ Oscillations in the Frontal and Visual Cortices and Their Long-Range Network during Sustained Attention. *eNeuro*. 2019. 6(6). ENEURO.0248-19.2019. doi:10.1523/ENEURO.0248-19.2019.
30. Mitko A., Rothlein D., Poole V. et al. Individual differences in sustained attention are associated with cortical thickness. *Hum. Brain Mapp.* 2019. 40(11). P. 3243-3253. doi:10.1002/hbm.24594.
31. Sasannejad C., Ely E.W., Lahiri S. Long-term cognitive impairment after acute respiratory distress syndrome: a review of clinical impact and pathophysiological mechanisms. *Crit. Care Lond. Engl.* 2019. 23. 352. doi:10.1186/s13054-019-2626-z.
32. Wilcox M.E., Brummel N.E., Archer K. et al. Cognitive dysfunction in ICU patients: risk factors, predictors, and rehabilitation interventions. *Crit. Care Med.* 2013. 41. S81-98. doi:10.1097/CCM.0b013e3182a16946.
33. Mikkelsen M.E., Christie J.D., Lanken P.N. et al. The adult respiratory distress syndrome cognitive outcomes study: long-term neuropsychological function in survivors of acute lung injury. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2012. 185. P. 1307-1315. doi:10.1164/rccm.201111-2025OC.
34. Beaud V., Cottaz-Herbette S., Dunet V. et al. Pattern of cognitive deficits in severe COVID-19. *J. Neurol Neurosurg. Psychiatry*. 2021. 92. P. 67-568. doi: 10.1136/jnnp-2020-325173.
35. Hopkins R.O., Weaver L.K., Collingridge D. et al. Two-year cognitive, emotional, and quality-of-life outcomes in acute respiratory distress syndrome. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005. 171(4). P. 340-7. doi: 10.1164/rccm.200406-7630C.
36. Helms J., Kremer S., Merdji H. et al. Delirium and encephalopathy in severe COVID-19: a cohort analysis of ICU patients. *Crit. Care*. 2020. 24(1). P. 491. doi: 10.1186/s13054-020-03200-1.
37. Hopkins R.O., Gale S.D., Weaver L.K. Brain atrophy and cognitive impairment in survivors of Acute Respiratory Distress Syndrome. *Brain Inj.* 2006. 20(3). P. 263-71. doi: 10.1080/02699050500488199.
38. Maydych V. The Interplay Between Stress, Inflammation, and Emotional Attention: Relevance for Depression. *Front Neurosci.* 2019. 13. P. 384. doi: 10.3389/fnins.2019.00384.
39. Carfi A., Bernabei R., Landi F. Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020. 324(6). P. 603-605. doi: 10.1001/jama.2020.12603.
40. Garrigues E., Janvier P., Kherabi Y. et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J. Infect.* 2020. 81. e4-e6. doi:10.1016/j.jinf.2020.08.029.
41. Mahase E. Long covid could be four different syndromes, review suggests. *BMJ*. 2020. 371. m3981. doi: 10.1136/bmj.m3981.
42. Miskowiak K.W., Johnsen S., Sattler S.M. et al. Cognitive impairments four months after COVID-19 hospital discharge: Pattern, severity and association with illness variables. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2021. 46. P. 39-48. doi: 10.1016/j.euroneuro.2021.03.019.
43. Vinkers C.H., van Amelsvoort T., Bisson J.I. et al. Stress resilience during the coronavirus pandemic. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2020. 35. P. 12-16. doi: 10.1016/j.euroneuro.2020.05.003.
44. Folstein M., Folstein S., McHugh P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.* - 1975. - Vol. 12. - P. 189-198.

COGNITIVE DISORDERS OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISORDERS WHO SUFFERED FROM COVID-19

Mischenko Vladyslav

¹State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Akademika Pavlova, 46, Kharkiv, Ukraine, 61068, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, a Head of the Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation

²Kharkiv National University be V. N. Karazin, sq. Svobody, 4, Kharkiv, Ukraine, 61022

e-mail: 1976mv@ukr.net,

ORCID ID: 0000-0003-0429-8572

Dmytriieva Olena¹

MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation;

e-mail: dmitrieva.h@gmail.com,

ORCID ID: 0009-0006-5595-1390

Zdesenko Iryna¹

MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation;

e-mail: zdesenkoiv@gmail.com,

ORCID ID: 0000-0001-8811-2004

Lehka Mariia¹

junior researcher of the Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation,

e-mail: lehka_mariia@meta.ua,

ORCID ID: 0009-0000-0184-9324

The purpose of the research was to study the features of cognitive functions in COVID-19 patients with chronic cerebrovascular disorders. It has been discovered, that by all patients, who have recovered from COVID-19, moderate and severe cognitive impairments were identified. In this group of patients a significant progression of cognitive deficit was noted in compared to the group of patients without COVID-19. The main forms of disorders in COVID-19 patients with cerebrovascular pathology, were violations of attention and decreasing of information processing speed, and disorders of short-term working memory, instead long-term memory and recognition memory suffered much less. Our research demonstrated better sensitivity of the MoCA scale for detecting cognitive impairment in COVID-19 patients with cerebrovascular pathology. The majority of patients had cognitive impairment within 6 months after recovery from COVID-19, what indicated the necessity for long-term monitoring and timely treatment of these patients.

Key words: COVID-19, cognitive disorders, cerebrovascular pathology.

[DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-04](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-04)

УДК: 378.22.159.922

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕХАНІЗМІВ КОГНІТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ З ЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Н. О. Некрасова, М. В. Скобенко

Скобенко
Марія Володимирівна

¹Харківський національний медичний університет, проспект Науки, 4, Харків,
Харківська область, 61000
mariya.skobenko@gmail.com
ORCID ID: 0009-0009-9936-0105

Некрасова
Наталія Олександрівна¹

limka.nno@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-0900-4441

Актуальність: когнітивні процеси у нашому житті грають величезну роль. Розуміння механізмів мислення: сприйняття та обробки інформації, підґрунтя прийняття рішень допомагає нам в багатьох напрямках сучасного життя. А саме, в оптимізації навчання, бо знання про когнітивні процеси допомагають вдосконалювати методи навчання та освітні програми, дозволяючи зробити їх більш ефективними і результативними, в розумінні патогенезу захворювань, в покращенні пам'яті та креативності і найголовніше в формуванні психологічного благополуччя. Дослідження когнітивних процесів допомагають покращити наше розуміння психологічного благополуччя і добробуту. Воно дозволяє нам зрозуміти, які фактори впливають на наше мислення, емоції та поведінку.

Впливаючи на когнітивні процеси, можливо покращити результати навчання, враховуючи емоційний стан студентів під час процесу навчання. Відомо, що у рекламі та маркетингу широко використовують залучення емоційної складової з метою впливу на свідомі і підсвідомі механізми мислення.

Отже, розуміння впливу позитивних емоцій на пам'ять може допомогти психологам та консультантам при розробці більш ефективних стратегій для допомоги людям з патологічними станами.

Мета: систематизація та актуалізація даних щодо впливу позитивних та негативних емоцій, депривації сну на процеси запам'ятовування. Також за мету ми взяли вивчення впливу емоційного спектру на процеси пам'яті у студентів Харківського національного медичного університету.

Висновки: Вивчення патофізіологічних особливостей механізмів когнітивної функції та їх взаємозв'язки з емоційним станом впливу позитивних і негативних емоцій на процеси запам'ятовування є важливою темою, оскільки емоції впливають на нашу пам'ять та інші когнітивні процеси. За результатами проведеного опитування серед студентів Харківського національного медичного університету, кращі результати в запам'ятовуванні студенти отримують якщо інформація цікава, якщо є винагорода та немає знецінення мети, якщо при вивченні студенти відчувають позитивні емоції. Отримані знання можуть мати практичне значення в освіті, психологічній практиці, рекламі, маркетингу та багатьох інших галузях.

Ключові слова: гіпокамп, орбітофронтальна кора, поясна звивина, консолідація пам'яті, когнітивні домени, емоційний фон, кодування, неокортекс, мигдалевидне тіло.

Як цитувати: Н.О. Некрасова, М.В. Скобенко Патофізіологічні особливості механізмів когнітивної функції та їх взаємозв'язки з емоційним станом у студентів медичного університету // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – №22. – С. 30–35. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-04

In cites: N.O. Nekrasova, M.V. Skobenko Pathophysiological features of the mechanisms of cognitive function and their relationship with the emotional state in medical university students. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 30–35. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-04>

Пам'ять — важлива когнітивна здібність, що сприяє розвитку та прогресу як суспільства в цілому так і окремих людей. Головні структури які відповідають за формування пам'яті — гіпокамп, неокортекс, поясна звивина, мигдалевидне тіло. Протягом шкільного а потім студентського життя людина стискається з різними життєвими ситуаціями, відчуває то позитивні емоції та піднесений стан, то відчуває негативні емоції аж до емоційного виснаження та депресії. Відомо, що пік когнітивної активності мозку припадає на віковий період 16-25 років, саме в цей вік людина частіше отримує свою майбутню кваліфікацію тому саме в цей період важливо запам'ятовувати більше інформації. При впливі різних емоційних чинників активуються різні структури головного мозку, також змінюються процеси запам'ятовування. Вивчення впливу позитивних, негативних емоцій, мотивації та якості сну на пам'ять допоможе сформувати кращу стратегію навчання та індивідуального розвитку.

Відомо, що неокортекс забезпечує раціональне мислення людини, яке засноване на логічних висновках, але також існує емоційний мозок (інтелект), який характеризується ірраціональними, імпульсивними складовими [1], у той же час емоції формуються в лімбічній системі, бурхлива емоція може брати контроль, модулювати або спотворювати раціональне мислення. Враховуючи, що існують наступні основні когнітивні домени: виконавче функціонування, увага, навчання і пам'ять, тому емоції різного характеру, як позитивні так негативні, можуть впливати на результативність кожного когнітивного домену. Дана робота присвячена вивченню впливу позитивних, негативних емоцій на один з основних когнітивних доменів — пам'ять.

За результатами опитування, 57 респондентів відмітили краще засвоєння інформації якщо після вивчення протягом не більш 3 годин був достатньої кількості та якості сон, 47 респондентів відмічають краще запам'ятовування інформації якщо прикрашають своє робоче місце ароматичними свічками, красивими зошитами або ручками, що покращує настрій та мотивацію до вивчення, 74 респонденти коли чують деякі пісні, відчувають запах або бачать будь що пов'язане з подією з минулого, миттєво згадують цю подію та відчувають різні емоції щодо цього спогаду, 70 респондентів відмічають пряму залежність між психічним станом та якістю запам'ятовування, 75 респондентів краще всього запам'ятали дисципліну, яку чи цікаво розповідали, чи мотивували, чи заохочували гарними балами, чи просто було цікаво.

Основні структури лімбічної системи, які розглядаються в контексті впливу на процеси запам'ято-

вування — передня та задня поясна кора, мигдалеподібне тіло, гіпокамп та орбітофронтальна кора. Мигдалеподібне тіло — парна структура лімбічної системи що локалізується в скроневих долях головного мозку. Зорові чи слухові сигнали спочатку передаються на таламус, а з таламусу прямують до неокортексу для подальшої обробки. Але Джозеф Леду у своїх дослідженнях виявив, що від таламусу відходить додатковий шлях передачі імпульсів саме до мигдалеподібних тіл [3]. Цей шлях є екстремим механізмом швидкого реагування що дозволяє мигдалеподібному тілу отримувати сигнали від органів чуттів і реагувати швидше ніж в неокортексі сформується детальний обгрунтований план дії. Джозеф Леду та інші науковці притримуються думки що в формуванні пам'яті гіпокамп та мигдалеподібне тіло пов'язані між собою. Гіпокамп відповідає за консолідацію а також чітке запам'ятовування контексту, змісту але без емоційної складової. Мигдалеподібно тіло ж доповнює зафіксовані гіпокампом факти емоційним забарвленням інформації. Леду описував цей процес такою фразою «Гіпокамп є незамінним, коли йдеться про те, щоб упізнати обличчя своєї сестри. Проте сама мигдалина додає, що сестра тобі зовсім не подобається». Емоційний спогад краще запам'ятовується саме через процеси що виникають в організмі людини через стресову ситуацію або навпаки ситуацію в стані підвищеного настрою, ейфорії. Сильний емоційний чинник викликає нейрохімічні процеси, епінефрин та норепінефрин крім підготовки всього тіла до екстремної ситуації також активують рецептори блукаючого нерва. Аферентація направлена до мигдалеподібного тіла. Вона активує нейрони мигдалини, а мигдалина стимулює інші структури мозку запам'ятати цю подію. Дві системи запам'ятовування — одна пов'язана з сухими фактичними даними та за це відповідає гіпокамп, інша — пам'ять на емоційно забарвлені події, в еволюції це допомогало, бо наявність яскравих спогадів щодо загрозованих подій або подій що приносили задоволення покращували та іноді спасали життя. Науковці вивчали вплив емоцій на пам'ять досліджуючи активацію мозку під час тесту читання (RST) [1].

Серед обстежених студентів рівень особистісної тривожності знаходився в межах (52-63) балів, ситуативна тривожність сягала (54-65) балів, і розцінювалась як «висока». Враховуючи, що підвищення рівня тривожності за шкалою Спілбергера може свідчити про наявність різних факторів певних ситуацій та подій або завдань, які людина вважає надмірно складними або страшними, досить тривалий час наявності яких призводить до порушення фізіологічних функцій, наприклад, недо-

сипання, яке, в свою чергу, призводить до збільшення рівня тривожності.

У RST негативних емоцій (negative RST) були використані у роботах Маркіо Осака Кена Яої та інш. з Департаменту гуманітарних наук Університету Осаки, речення з негативним емоційним забарвленням, але слова, що треба було запам'ятати були нейтральні. У RST позитивних емоцій (negative RST) речення викликали позитивні емоції, цільові слова для запам'ятовування були нейтральні. Спостереження було виконано з використанням фМРТ. Префронтальна кора відповідає за формування робочої пам'яті [2]. Нейтральні та речення з позитивним емоційним забарвленням викликали активацію даної структури [1]. Нейрони мигдалеподібного тіла активуються на різні емоційно забарвлені події, слова, образи [3;4;5].

У дослідженні науковців з Департаменту гуманітарних наук Університету Осаки було виявлено, що під час тесту з негативними реченнями була активація правого мигдалеподібного тіла з залученням уваги читача. Одна з причин активації мигдалеподібного тіла саме в тому, що ця структура перешкоджає переходу негативної інформації у довготривалу епізодичну пам'ять. Але після дезактивації правого мигдалеподібного тіла активувалась парагіпокампальна звивина та відбувалась передача негативних емоцій. У той самий час, чорна субстанція пов'язана з дофаміновою системою, з позитивними емоціями, задоволенням та мотивацією [6]. Під час читання позитивних речень була виявлена активація даної структури. Це покращення може відображати підвищену чутливість дофамінергічної системи, яка потім може позитивно модулювати робочу пам'ять. Структури що відповідають за формування робочої пам'яті включають префронтальну кору, а також дорсолатеральну префронтальну кору та передню поясну кору [7;8;9].

При читанні позитивних речень була виявлена активація дорсолатеральної префронтальної кори що вірогідно було пов'язане з збільшенням уваги через збільшене вивільнення дофаміну чорною субстанцією. Мигдалеподібне тіло та парагіпокампальна звивина активуються у відповідь на сумний настрій. Значна активація мигдалеподібного тіла сприяє зменшенню уваги, що може погіршити якість навчання.

Передня поясна кора головного мозку (ACC) — структура лімбічної системи що пов'язана з орбітофронтальною корою та мигдалеподібним тілом з деякими скроневими ділянками кори головного мозку, залученими до пам'яті, включаючи парагіпокампову звивину (яка забезпечує через енторинальну кору міст до гіпо-

кампу) зв'язок пов'язаний з системою винагороди та обробкою емоцій [10].

Враховуючи, що орбітофронтальна кора — структура входу сенсорних сигналів (смакових, нюхових, зорових, слухових та соматосенсорних), на підставі отриманої інформації формується цінність стимулу, оцінюється очікувана винагорода або покарання [11], через наявні зв'язки між орбітофронтальною корою та передньою поясною звивиною остання отримує інформацію щодо цінності, очікуваної винагороди або покарання. Також передня поясна кора має зв'язки з моторною зоною середнього пояса, ці структури пов'язують дії з результатом, діють як єдина система що прагне діяти якщо процес підкріплений винагородою, уникає покарання та знецінення мети [12]. Ця система враховує отримані результати, після аналізу структура буде погано виконувати свої функції, якщо при обробці вхідних сигналів буде виявлено, що мета дії була знецінена або очікувані результати не співпадають з реальністю. Поясна кора також має зв'язок між сховищем пам'яті гіпокампу. Оскільки передня поясна кора пов'язує винагороду з діями, вона бере участь у емоціях; а задня поясна кора має виходи до системи гіпокампу, вона також бере участь у механізмах пам'яті.

Вчені вказують, що емоції впливають на різні когнітивні процеси, включаючи навчання та пам'ять [13;14]. Мигдалеподібне тіло спеціалізується на введенні та обробці емоцій, тоді як гіпокамп необхідний для декларативної або епізодичної пам'яті. Саме під час емоційних реакцій ці дві області мозку взаємодіють, щоб перевести емоцію в певний результат.

Важливу роль в запам'ятовуванні емоційно релевантної інформації грає гіпокамп. Ця структура, як відділ лімбічної системи локалізується в медіальній скроневій частці, тому пацієнти з ураженням гіпокампу страждають на амнезію, їм важко згадувати старі спогади або формувати нові [13]. Нейрони гіпокампу розташовані поруч з мигдалиною, цей відділ лімбічної системи може модулювати нейронні схеми, що лежать в основі процесів пам'яті емоційно значущої інформації. Мигдалина є центральною для обробки явних емоційних спогадів через її взаємодію з формуванням пам'яті гіпокампу. Емоційно релевантна інформація може модулювати пам'ять на всіх етапах запам'ятовування (кодування, консолідація, пошук інформації) [14;15;16]. Сприйняття та увага зосереджені на емоційно релевантній інформації, що може призвести до переважного кодування емоційної інформації. Вхідні емоційні стимули активують увагу та подовжують процеси концентрації, що покращує процеси запам'ятовування на етапі коду-

вання. Після кодування інформація консолідується, спогади в цей період можуть зазнати модифікації або руйнування. В залежності від превалювання змін під час консолідації в гіпокампі спогади можуть посилюватись, ослаблюватись, зникати або спотворюватись. Емоція може модулювати цей процес консолідації: сильна емоційна реакція викликає фізіологічне збудження, за допомогою якого мигдалеподібне тіло може модулювати активацію гіпокампа, що призводить до збільшення специфічних слідів пам'яті. Через цей механізм емоційно ревалента інформація через посилення консолідації краще зберігається та подальше відтворюється [16].

Процеси пам'яті знаходяться під безпосереднім впливом сну, а саме, його якості та кількості [17;18] Сон — періодичний фізіологічний стан, що характеризується сповільненим функціонуванням організму, розслабленням м'язів, слабкою реакцією на зовнішні подразники. Сон відіграє важливу роль у підтримці нейронних ланцюгів, передачі сигналів і допомагає підтримувати загальне здоров'я та благополуччя. Відомо, що депривація сну (SD) порушує циркадіанну фізіологію та негативно впливає на мозок і поведінкові функції [18]. Необхідно зазначити, що в залежності від мозкових хвиль та активності нейронів виділяють декілька типів сну, сон із швидкими рухами очей (REM) і сон без швидкої фази. Виділяють також стадії сну, які чергуються в різні часові періоди впродовж ночі. Перша стадія швидкого сну характеризується поступовим переходом до сну, але цей стан ще буде поверхневим та нестабільним, цей період починається зі зниження дихання та рухів очей, зниження активності м'язів. Друга стадія без швидкої фази сну це проміжний період між поверхневим та глибоким періодом сну, ця стадія характеризується брадикардією, гіпотермією та зниженням дихальних рухів. Надалі знижується м'язова напруга та активність аж до повного розслаблення. Третя стадія без швидкої стадії сну (NREM-сон) відбувається в перший період ночі, цей період вкрай важливий для функціонального відновлення ресурсів організму. Саме ця фаза характеризується найнижчим показником пульсу та дихання впродовж всієї ночі.

Швидкий сон (REM-сон) характеризується змішаною частотою активності мозкових хвиль, але хвилі подібні до мозкових хвиль під час неспання. Спостерігається також швидкий рух очей з закритими повіками (назва періоду сну саме через рух очей - rapid eyes movement), тахіпное, значення артеріального тиску та пульсу майже сягають значень цих показників під час неспання.

Депривація сну впливає на процеси запам'ятовування, на раціональне мислення, увагу.

Нами було зазначено, що пам'ять характеризується 3 послідовними процесами: кодування, консолідація, вилучення. Депривація сну негативно впливає на консолідацію пам'яті. Під час періодів нешвидкого руху очей (NREM-сон) і швидкого руху очей (REM-сон) відбувається модифікація інформації, збереження та перехід в довготривале сховище ключових спогадів та важливої інформації, тобто відбувається етап консолідації пам'яті. Депривація сну також впливає на гіпокамп. При запам'ятовуванні також відбувається експресія різних генів/білків. Недостатня кількість та/або якість сну порушує процеси консолідації в гіпокампі через вплив сигнальні механізми, які регулюють процеси транскрипції та трансляції які залучені до пам'яті [17;18;19;20]. Депривація сну негативно впливає на такі когнітивні домени як має негативний вплив на такі когнітивні функції, як увага, навчання, формування пам'яті [17].

Емоційний стан безперечно впливає на основні когнітивні домени. Нейрони мигдалеподібного тіла та парагіпокампальної звивини активуються у відповідь на негативні емоції. Значна активація мигдалеподібного тіла сприяє зменшенню уваги що може негативно вплинути на якість запам'ятовування. Передня поясна кора має зв'язки з моторною зоною середнього пояса, ці структури пов'язують дії з результатом, діють як єдина система що прагне діяти якщо процес підкріплений винагородою, уникає покарання та знецінення мети. Оскільки передня поясна кора пов'язує винагороду з діями, вона бере участь у емоціях; а оскільки задня поясна кора має виходи до системи гіпокампу, вона бере участь у пам'яті.

Висновки

Вивчення патофізіологічних особливостей механізмів когнітивної функції та їх взаємозв'язки з емоційним станом впливу позитивних і негативних емоцій на процеси запам'ятовування є важливою темою, оскільки емоції впливають на нашу пам'ять та інші когнітивні процеси. За результатами проведеного опитування серед студентів Харківського національного медичного університету, кращі результати в запам'ятовуванні студенти отримують якщо інформація цікава, якщо є винагорода та немає знецінення мети, якщо при вивченні студенти відчують позитивні емоції.

Отримані знання можуть мати практичне значення в освіті, психологічній практиці, рекламі, маркетингу та багатьох інших галузях.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ / REFERENCES

1. Osaka M, Yaoi K, Minamoto T, Osaka N. When do negative and positive emotions modulate working memory performance? *Sci Rep.* 2013;3:1375. doi: 10.1038/srep01375. PMID: 23459220; PMCID: PMC3587882.
2. Osaka M. & Osaka N. Neural bases of focusing attention in working memory: An fMRI study based on individual differences. in *The cognitive neuroscience of working memory* (ed. Osaka N., Osaka N., Logie R. H., & D'Esposito M.) 99–118 (Oxford University Press, Oxford, 2007). [Google Scholar]
3. Gläscher J. & Adolphs R. Processing of the arousal of subliminal and supra-liminal emotional stimuli by the human amygdala. *J. Neurosci.* **23**, 10274–10282 (2003). [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
4. Isenberg N. et al. Linguistic threat activates the human amygdala. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* **96**, 10456–10459 (1999). [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
5. Morris J. S. et al. A neuromodulatory role for the human amygdala in processing emotional facial expressions. *Brain* 121 (Pt 1), 47–57 (1998). [PubMed] [Google Scholar]
6. Kensinger E. A. & Corkin S. Memory enhancement for emotional words: are emotional words more vividly remembered than neutral words? *Mem. Cognit.* **31**, 1169–1180 (2003). [PubMed] [Google Scholar]
7. Osaka M., Komori M., Morishita M. & Osaka N. Neural bases of focusing attention in working memory: an fMRI study based on group differences. *Cogn. Affect. Behav. Neurosci.* **7**, 130–139 (2007). [PubMed] [Google Scholar]
8. Osaka M. & Osaka N. Neural bases of focusing attention in working memory: An fMRI study based on individual differences. in *The cognitive neuroscience of working memory* (ed. Osaka N., Osaka N., Logie R. H., & D'Esposito M.) 99–118 (Oxford University Press, Oxford, 2007). [Google Scholar]
9. Osaka N. et al. The neural basis of executive function in working memory: an fMRI study based on individual differences. *Neuroimage* **21**, 623–631 (2004). [PubMed] [Google Scholar]
10. Rolls ET. The cingulate cortex and limbic systems for emotion, action, and memory. *Brain Struct Funct.* 2019 Dec;224(9):3001-3018. doi: 10.1007/s00429-019-01945-2. Epub 2019 Aug 26. PMID: 31451898; PMCID: PMC6875144.
11. Rolls ET. The orbitofrontal cortex and reward. *Cereb Cortex.* 2000;10(3):284-294. doi:10.1093/cercor/10.3.284
12. Rushworth MF, Kolling N, Sallet J, Mars RB. Valuation and decision-making in frontal cortex: one or many serial or parallel systems?. *Curr Opin Neurobiol.* 2012;22(6):946-955. doi:10.1016/j.conb.2012.04.011
13. Zola-Morgan S, Squire LR, Amaral DG. Human amnesia and the medial temporal region: enduring memory impairment following a bilateral lesion limited to field CA1 of the hippocampus. *J Neurosci.* 1986;6(10):2950–67.
14. Dolcos F, LaBar KS, Cabeza R. Interaction between the amygdala and the medial temporal lobe memory system predicts better memory for emotional events. *Neuron.* 2004;42(5):855–63.
15. Phelps EA. Human emotion and memory: Interactions of the amygdala and hippocampal complex. *Curr Opin Neurobiol.* 2004;14(2):198–202.
16. Phelps EA, Sharot T. How (and why) emotion enhances the subjective sense of recollection. *Curr Dir Psychol Sci.* 2008;17(2):147–52.
17. Igaz L. M., Bekinschtein P., Vianna M. R., Izquierdo I., Medina J. H. Gene expression during memory formation. *Neurotoxicity Research.* 2004;6(3):189–203. doi: 10.1007/bf03033221. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
18. Igaz L. M., Vianna M. R., Medina J. H., Izquierdo I. Two time periods of hippocampal mRNA synthesis are required for memory consolidation of fear-motivated learning. *The Journal of Neuroscience.* 2002;22(15):6781–6789. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
19. McDermott C. M., LaHoste G. J., Chen C., Musto A., Bazan N. G., Magee J. C. Sleep deprivation causes behavioral, synaptic, and membrane excitability alterations in hippocampal neurons. *The Journal of Neuroscience.* 2003;23(29):9687–9695. doi: 10.1523/JNEUROSCI.23-29-09687.2003. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
20. Ruskin D. N., Liu C., Dunn K. E., Bazan N. G., LaHoste G. J. Sleep deprivation impairs hippocampus-mediated contextual learning but not amygdala-mediated cued learning in rats. *European Journal of Neuroscience.* 2004;19(11):3121–3124. doi: 10.1111/j.0953-816X.2004.03426.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
21. Havekes R., Vecsey C. G., Abel T. The impact of sleep deprivation on neuronal and glial signaling pathways important for memory and synaptic plasticity. *Cellular Signalling.* 2012;24(6):1251–1260. doi: 10.1016/j.cellsig.2012.02.010. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Стаття надійшла до редакції / The article was received by the editors 18.09.2023
Стаття рекомендована до друку / The article is recommended for printing 20.10.2023

PATHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF THE MECHANISMS OF COGNITIVE FUNCTION AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE EMOTIONAL STATE IN MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

**Skobenko
Maria Volodymyrivna**

Kharkiv National Medical University, Nauky Avenue, 4, Kharkiv, Kharkiv region, 61000
mariya.skobenko@gmail.com
ORCID ID: 0009-0009-9936-0105

**Nekrasova
Natalia Oleksandrivna**

limka.nno@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-0900-4441

Relevance: cognitive processes play an important role in our lives. Intelligent mechanisms of thought: processing and processing information to make decisions helps us in many areas of everyday life. And in the optimization process, knowledge about cognitive processes helps to thoroughly develop methods for initiating and illuminating programs, allowing them to become more effective and efficient, in the normal pathogenesis of illness, in memory and creativity and the key to developing psychological well-being: A study of cognitive processes help to improve our understanding of psychological well-being and kindness. It allows us to understand what factors influence our thoughts, emotions and behavior. By focusing on cognitive processes, it is possible to improve the results of learning, healing and the emotional state of students during the learning process. It appears that advertising and marketing widely rely on the influence of the emotional warehouse with the help of information and mental mechanisms.

Therefore, the infusion of positive emotions into memory can help psychologists and consultants develop more effective strategies for helping people with pathological conditions.

Systematization and updating of data due to the influx of positive and negative emotions, sleep deprivation during the memory process. We also took into account the infusion of the emotional spectrum into the memory process among students of the Kharkiv National Medical University.

Conclusions: Varying the pathophysiological features of the mechanisms of cognitive function and their relationship with the emotional state, the influx of positive and negative emotions on the process of memorizing an important topic, how emotions flow into our memory and other cognitive processes. Following the results of the conducted research among students of the Kharkiv National Medical University, the best results in the remembered students will be noted as information from the city, as there is a wine city, and there is no significant marking, as when trained and students feel positive emotions. This knowledge can be of practical importance in education, psychological practice, advertising, marketing and many other matters.

Key words: *hippocampus, orbitofrontal cortex, cingulate, memory consolidation, cognitive domains, emotional background, encoding, neocortex, amygdala.*

DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-05

УДК 617.58-77 616-001.3: 616.718-089

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ВІЙСЬКОВИХ З ФАНТОМНИМ БОЛЕМ НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

А. М. Строкань, В. В. Бідний, В. В. Марцинів, О. В. Клименко, О. Л. Ібрагімова, В. О. Стукалін, А. М. Хоменко,
Ю. Ю. Гармаш, І. С. Левченко, А. П. Попик, А. В. Олійник, М. А. Трофімов

**Строкань
Андрій Миколайович**

¹ Клінічна лікарня «Феофанія» ДУС, вул. Академіка Заболотного, 21, м. Київ, Україна, заступник головного лікаря з медичної частини,
e-mail: FeofaniaCH@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4544-7143

**Бідний
Валентин Валерійович¹**

заступник головного лікаря з медичних питань,
e-mail: bvv@feofaniya.org,

**Марцинів
Володимир Володимирович¹**

керівник Центру анестезіології та інтенсивної терапії,
e-mail: FeofaniaCH@gmail.com

**Клименко
Олександр Віталійович¹**

к.мед.н., доцент, керівник Центру гострої неврології та лікування болю,
e-mail: dr-klymenko-ua@ukr.net

**Стукалін
Владислав Олександрович¹**

лікар фізичної та реабілітаційної медицини, керівник Центру відновної медицини,
e-mail: FeofaniaCH@gmail.com

**Ібрагімова
Олена Леонідівна¹**

к. мед. н., доцент, керівник Центру науки, організації контролю якості та безпеки медичної діяльності,
e-mail: e.l.ibragimova7@gmail.com,
ORCID: 0000-0001-8080-2166

**Хоменко
Андрій Миколайович¹**

лікар-анестезіолог Центру анестезіології та інтенсивної терапії,
e-mail: FeofaniaCH@gmail.com

**Гармаш
Юлія Юліївна¹**

лікар-невролог Центру гострої неврології та лікування болю,
e-mail: harmashnevrolog@ukr.net

**Левченко
Ірина Сергіївна¹**

лікар-невролог Центру гострої неврології та лікування болю,
e-mail: Dr.levchenkoiryna@gmail.com

**Попик
Анастасія Петрівна¹**

лікар фізичної та реабілітаційної медицини Центру відновної медицини,
e-mail: 3786065@ukr.net

**Олійник
Андрій Володимирович¹**

лікар-інтерн невролог Центру гострої неврології та лікування болю,
e-mail: uchihaeyes103@gmail.com

**Трофімов
Микола Андрійович¹**

лікар-інтерн невролог Інсультного центру,
e-mail: nicktrofimovlive2@gmail.com

Резюме. Беручи до уваги війну російської федерації проти України, актуалізувалася проблема адекватного знеболення пацієнтів з фантомним болем, особливо на госпітальному етапі. Ефективне знеболення таких пацієнтів дає змогу покращити якість їх життя тому має значне соціально-економічне значення.

Мета роботи. Дослідити результати лікування фантомного болю у військових на госпітальному етапі та розробити підґрунт для протоколу по лікуванню гострого фантомного больового синдрому в таких пацієнтів.

Матеріали і методи. Кількість пацієнтів-військових, які перебували на лікуванні в КЛ «Феофанія» та брали участь в дослідженні не розголошується, оскільки будь-які втрати військових є військовою таємницею. Кількість досліджуваних з фантомними болями склала 35,7 % від загальної кількості поранених пацієнтів-військових. Інтенсивність болю оцінювалася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), шкали нейропатичного болю (the s-lanss pain score) та шкали для оцінки фантомного болю Limb deficiency and phantom limb questionnaire. Депресія та тривога у пацієнтів оцінювалися за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (The hospital anxiety and depression scale, HADS), PHQ9. Оцінка якості сну проводилася за допомогою Пітсбургського індексу якості сну (PSQI). Лікування пацієнтів було відповідно до локального протоколу КЛ «Феофанія».

Результати. Дані шкал оцінки інтенсивності болю у пацієнтів-військових з фантомними болями до та після лікування на етапі клінічних лікарень показали, зменшення інтенсивності болю у 94 % пацієнтів, покращення сну у 92 % пацієнтів та зниження тривоги та депресії у 81 % пацієнтів.

Висновки. Виходячи з даних шкал, можна зробити висновок, що саме комбінований підхід до лікування фантомного болю у військових на етапі клінічних лікарень дає змогу покращити якість життя військових, а в окремих випадках позбавити таких пацієнтів від гострого больового синдрому, тим самим профілактично розвинути хронічного больового синдрому. Розроблений протокол лікування фантомного болю може бути рекомендований для використання в інших медичних закладах України.

Ключові слова: *постампутаційний (фантомний) біль, мінно-вибухова травма, госпітальний етап, протокол лікування болю / больового синдрому.*

Як цитувати: А.М. Строкань, В.В. Бідний, В.В. Марцінів, О.В. Клименко, О.Л. Ібрагімова, В.О. Стукалін, А.М. Хоменко, Ю.Ю. Гармаш, І. С. Левченко, А. П. Попик, А.В. Олійник, М.А. Трофімов Комплексний підхід до лікування гострого больового синдрому у військових з фантомним болем на госпітальному етапі // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – No22. – С. 36–42. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-05

In cites: A.M. Strokany, V.V. Bidny, V.V. Martyniv, O.V. Klymenko, O.L. Ibrahimova, V.O. Stukalin, A.M. Khomenko, Iu. Harmash, I. S. Levchenko, A.P. Popyk, A.V. Oliinyk, M.A. Trofimov An integrated approach to the treatment of acute pain syndrome in military personnel with phantom pain at the hospital stage. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 36–42. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-05>

Вступ. Знеболення військових з фантомними болями є однією з головних проблем клінічних лікарень сьогодення в Україні, оскільки кількість таких пацієнтів зростає, протоколи для ефективного лікування гострого больового синдрому на етапі клінічних лікарень не досконалі, а пацієнти, що потрапляють на стаціонарне лікування не завжди отримують адекватне знеболення на попередніх етапах лікування, про що свідчать висновки зі статті наших колег з Національного військово-медичного клінічного центру «Головного військово-медичного клінічного госпіталю»^[1]. Головною проблемою, за результатами наших досліджень, є неможливість повністю усунути больовий синдром використанням лише одного з методів знеболення, оскільки навіть комбіновані методи не завжди повністю знеболюють пацієнтів, що може призвести до хронізації болю.

Згідно офіційних даних Міністерства оборони України кількість поранених з моменту початку АТО станом на 2017 рік вже становила більше 9000 осіб, серед яких 40% - з ампутаціями, 75% з яких - відчувають фантомні болі^[2]. За даними International Association for the Study of Pain (IASP): Більшість пацієнтів з ампутацією (до 80%) після операції страждають від фантомного болю в кінцівках^[5]. Також є наступні свідчення: Відсоток людей, які страждають від фантомного болю після ампутації кінцівки, досить високий: в перші 10 днів біль спостері-

гають приблизно у 72 % людей, через півроку – у 65%, а близько 60 % людей скаржаться на біль і відсутній кінцівці і через 5–10 років^[3]. Статистичні дані цих досліджень свідчать про актуальність проблеми. Для початку потрібно розібратися з визначеннями видів болю.

Згідно визначення Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP): Біль – це неприємне фізичне та емоційне відчуття, пов'язане з фактичним або можливим ушкодженням тканин, або яке описується в рамках такого ушкодження^[6].

Хронічний біль був визнаний як біль, який зберігається після нормального часу загоєння і, отже, не має функції гострого попередження фізіологічної ноцицепції. Зазвичай біль вважається хронічною, якщо вона триває або повторюється більше 3-6 місяців. Запропонована класифікація хронічного болю для МКХ-11 визначає 7 категорій хронічного болю^{[7], [8]}:

1. Хронічний первинний біль
2. Хронічний раковий біль
3. Хронічний посттравматичний біль
4. Хронічний невропатичний біль
5. Хронічний головний біль та орофасціальний біль
6. Хронічний вісцеральний біль
7. Хронічний м'язево-скелетний біль

Узгодженого визначення «Фантомного болю» немає, але під цим терміном розуміють явище, яке описують

як відчуття, якого зазнає особа стосовно кінцівки чи органу, що фізично не належить до тіла. Вперше саму концепцію наявності болю біль в органі чи кінцівці, якої немає описав Амбруаз Паре – французький військовий хірург XVI ст.

Термін «Фантомний біль» слід відокремлювати від болю в куксі (або ж залишковий біль у куксі – ЗБК), що означає біль в залишковій частині кінцівки, яка була ампутувана. В свою чергу ЗБК має інший перебіг та прогноз. На відміну від фантомного болю, ЗБК з часом та загоєнням післяопераційної рани поступово зменшується, в той час, як фантомні болі можуть залишатися доволі інтенсивними навіть після повного загоєння рани.

Враховуючи відсутність єдиної теорії розвитку фантомного больового синдрому та існування декількох обґрунтованих концепцій, пошук ідеального протоколу лікування все ще триває, що і обумовило проведення нашого дослідження. Раніше вважалося, що фантомний біль – це в першу чергу психіатричне захворювання. Проте наразі більшість дослідників схиляється, що в процесі формування фантомного больового синдрому беруть участь одразу декілька механізмів, такі як: периферичний механізм та центральні механізми.

Розглянемо детальніше периферичний механізм^[17]. При перерізанні периферичних нервів на місці їх ушкодження утворюються невриноми, в яких відбувається надмірна експресія натрієвих каналів, що призводить до надмірної збудливості самої невриноми та появи спонтанних розрядів.

Центральних механізмів^[18] є два: зміни на рівні спинного мозку та на рівні головного мозку, а точніше кори.

Зміни в спинному мозку призводять до центральної сенсibiliзації (підвищена активність нейронів, розширення рецептивного поля нейронів, підвищена збудливість інших областей) та зниження гальмівних механізмів, що в сумі може призводити до виникнення фантомного болю.

Без змін не обходиться також кора великих півкуль головного мозку. На цьому рівні відбувається реорганізація, під час якої ті ділянки кори, які раніше були представниками ампутованої кінцівки захоплюються сусідніми репрезентативними зонами, як в соматосенсорній частині так і в моторній. Підтверджують таку гіпотезу також візуалізаційні дослідження^[19], які відмічають кореляцію між ступенем ураження (реорганізації) соматосенсорної кори та інтенсивністю фантомного болю.

Виявлено багато факторів, що впливають на виникнення та інтенсивність фантомного болю, такі як: місце

ампутації або наявність передампутаційного болю, час після ампутації, біль в куксі. Деякі дослідження вказують на те, що фантомний біль частіше виникає в ампутуваних верхніх кінцівках^[15]. Також дослідження показують, що частота виникнення постампутаційного болю у відсутній кінцівці не залежить від статі, проте жінки більш схильні до катастрофізації виниклої ситуації^[16], тому деякі автори виділяють жіночу стать, як фактор ризику фантомного болю^[17]. Нам важко підтвердити чи заперечити такі дані, оскільки, жінки не брали участі в нашому дослідженні. Проте, ми помітили у цивільних пацієнтів деяку різницю в сприйнятті болю між представниками більш північних та більш південних країн. Так громадяни північних країн легше сприймали та переносили больовий синдром, на відміну від громадян, країни яких розташовані ближче до екватору. На нашу думку це заслуговує на окреме дослідження.

Мета роботи. Дослідити результати лікування фантомного болю у військових на етапі лікування у клінічних лікарнях та розробити основу для протоколу по лікуванню гострого фантомного больового синдрому в таких пацієнтів.

Матеріали і методи. Дослідження виконано на базі Клінічної лікарні (КЛ) «Феофанія» Державного управління справами (ДУС). В дослідженні були залучені поранені військові ЗСУ в період 2022-2023 р.р., які брали участь в бойових діях у війні російської федерації проти України. Загальна кількість досліджуваних з фантомним болем буда достатньою для проведення статистичної обробки даних. Досліджувалися пацієнти різних вікових категорій від 18 років до 50 років. Всі пацієнти з фантомними болями були чоловіками.

Серед пацієнтів, які надходили на стаціонарне лікування, 94,3 % відчували високу інтенсивність болю, що відповідала в 7±2 балам за ВАШ. Ці дані свідчать про не достатній рівень знеболення при транспортуванні пацієнтів та/або на попередніх етапах лікування.

Депресивні та тривожні настрої, які оцінювалися за шкалами PHQ9 та HADS при поступленні, визначалися у 74±4,2 % пацієнтів.

У 84± 4,9% пацієнтів, за результатами шкали PSQI, була знижена якість сну.

В якості знеболення були застосовані такі методи:

1. Фармакологічний;
2. Регіонарні, епідуральні анестезії та блокади;
3. Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС).

Також для ефективного зниження больового синдрому необхідно було забезпечити повноцінний сон та психологічну підтримку пацієнтів, що буде більш детально розглянуто нижче.

З метою зниження нейропатичного болю, всім пацієнтам-військовим був призначений Прегабалін або Габапентин. Дози препарату були підібрані індивідуально для кожного пацієнта, в залежності від наявності скарг та інтенсивності болю. Прийом препаратів починали з 75-150 мг Прегабаліну або 300-600 мг Габапентину та поступово (через кожні 3-5 днів) збільшували дозу на 75 мг або 300 мг відповідно. Середніми дозами прегабаліну була 450 мг на добу, Габапентину 1800 мг на добу. При відсутності ефекту Прегабаліну 300 мг на добу проводили зменшення дози та поступово переводили хворого на Габапентин, і навпаки.

Для посилення ефекту Прегабаліну та Габапентину, та зменшення їх мінімальної терапевтичної дози, що відповідно зменшує кількість побічних реакцій, використовувався Дулоксетин. Така комбінація вже доводила свою ефективність в українських та закордонних дослідженнях^{[9], [4]}. Дози Дулоксетину не перевищували 60 мг один раз на день. Використання Дулоксетину допомогло досягнути бажаного результату у 74,4 % пацієнтів.

Слід також відзначити, що використання високих доз наркотичних анальгетиків та/або їх тривалого прийому на попередніх етапах лікування зменшувало ефект від Прегабаліну та Габапентину на етапі лікування в клінічній лікарні протягом 7-14 діб, у зв'язку з чим доводилося тримати пацієнтів на високих дозах Прегабаліну (по 300 мг двічі на день) або Габапентину (по 900 мг тричі на день) в комбінації з Дулоксетином в дозі 60 мг один раз на день та регіонарними блокадами. При цьому середній бал болю за ВАШ пацієнти оцінювали в 5,6 балів.

Пацієнтам, які скаржилися на порушення якості сну назначався Канабісон, який покращував сон у 62,3 % пацієнтів. Іншим пацієнтам, яким Канабісон допомагав погано, або взагалі не допомагав, додатково назначався Феназепам з метою седації та покращення сну, в дозі 0,0005 мг один раз на ніч.

Епідуральні та периферичні блокади зарекомендували себе, як ефективний метод лікування больових синдромів в тому числі в лікуванні фантомного болю, тому звісно, ми не могли пройти повз цієї методики^{[11], [12], [14]}. Використовувалися як разові блокади так і пролонговані з встановленням катетерів та використанням помп з Бупівокаїном.

Як і в деяких інших дослідженнях^[12] пролонговані блокади з використанням катетерів та помп показали гарні результати в лікуванні фантомного болю, але оскільки деякі інші дослідження^[13] показують не ефективність епідуральних та периферичних блоkad в плані профілактики фантомного болю в довготривалій пер-

спективі, то інші види знеболення, що розглядаються в цій статті не відмінялися при проведенні блоkad.

Всім військовим надавалася психологічна підтримка. Депресивні та/або тривожні настрої на момент потрапляння пацієнтів в клінічну лікарню спостерігалися, як писалося раніше, у 74 %. Після проведеного лікування цей відсоток пацієнтів зменшився до 21 %.

З усіма військовими, які скаржилися на фантомний біль проводили свою роботу фізичні реабілітологи. Оскільки фантомний біль пов'язаний із деаферентацією та, як відомо, й із корковою реорганізацією соматосенсорної системи не останнє місце в цих протоколах займає транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС)^[10].

ТМС за технологією «FMF» («Focused Magnetic Field» - фокусоване магнітне поле) застосовували у 20 пацієнтів з ампутаціями верхніх та нижніх кінцівок, що мали фантомний біль різного ступеню інтенсивності. «FMF» дозволило досягти збільшення інтенсивності впливу електромагнітного поля у бік пацієнтів та суттєво зменшити інтенсивність цього поля на медичний персонал.

Сеанси проводились 5 днів на тиждень (з понеділка по п'ятницю) протягом 2-3тижнів. Враховуючи існування двох типів невропатичного болю (ампутаційний больовий синдром, що виникає в проєкції куки ампутованої кінцівки, та фантомна кінцівка – суб'єктивне відчуття існування кінцівки після її ампутації, що виникає в результаті конфлікту інформації отриманої зоровим аналізатором та пропріоцептивною пам'яттю, та супроводжується невгамовним больовим синдромом) застосовувалось поєднання різних методик накладання аплікатора на первинну моторну кору (dextra/sinistra, thalamus), протилежну ампутованої кінцівки та на культу та/або суглоби ураженої кінцівки), що допомогло досягти значного успіху в комплексному лікуванні фантомного болю та зменшенні його інтенсивності.

Використовувалась ТМС з технічними характеристиками: інтенсивність імпульсного магнітного поля до 125 мТ (1250 Gauss); частота 1 Гц; форма - прямокутні подовжені імпульси; імпульс: 10 мс, пауза: 20 мс, повтор: 1.

Оцінка результативності проводилась шляхом вимірювання інтенсивності болю на початковому рівні, після кожного сеансу та після закінчення 2-3-тижневої схеми лікування з використанням ВАШ. Більшість з опитуваних пацієнтів (13 з 20 – 65%) відмітили значне зменшення больового синдрому (ВАШ 5-8 на початковому рівні та ВАШ 3-4 після закінчення схеми лікування) або його майже повне зникнення (4 з 20 – 20%) (ВАШ 5-8 на початковому рівні та ВАШ 0-2 після закінчення схеми лікування), тоді як лише невелика частина досліджува-

них (3 з 20 – 15%) не відмітили ніяких змін. В той же час лише 1 пацієнт з 20 (10%) відмітив появу ускладнень (підвищену дратівливість).

Дані результати показують, що ТМС кори головного мозку демонструє високу ефективність при лікуванні фантомного болю та мінімальну частоту появи ускладнень, що підтверджує доцільність застосування транскраніальної магнітної стимуляції у комплексному лікуванні фантомного болю, що виникає у пацієнтів з ампутуваними кінцівками.

Висновки.

Комплексний підхід в наданні кваліфікованої медичної допомоги пацієнтам-військовослужбовцям

після отриманих поранень різного ступеня тяжкості, що призвели до травматичних ампутацій кінцівок та розвитку фантомного болю, дозволяє значно підвищити ефективність проведеного лікування та покращити якість життя, прискорює реабілітацію таких пацієнтів. Виступає в ролі профілактики розвитку хронічного больового синдрому. Локальний протокол «Лікування фантомного болю у військових» клінічної лікарні «Феофанія» може бути запроваджений в інших лікувальних закладах, госпіталях та реабілітаційних центрах для військових на території України.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лікування болю у пацієнтів з мінно-вибуховими пораненнями на етапі лікування у військово-медичних клінічних центрах. Ю.Л. Кучин, В.Р. Горшко, Буковинський медичний вісник. 2022
2. Актуальні питання медичної допомоги в умовах війни на сході України, цивільних умовах. Психологічна реабілітація. XV науково-практична конференція. Вінниця – 2017 р.
3. Фантомний біль – одна з основних проблем перенесеної ампутації. О. І. Пінчук, С. О. Коноваленко.
4. Порівняння ефективності монотерапії дулоксетином і прегабаліном та їх комбінації у пацієнтів із діабетичною периферичною невропатією. Олена Коробка. Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія» № 4 (59) 2021 р.
5. Clinical updates on phantom limb pain. Erlenwein, Joachim; Diers, Martin; Ernst, Jennifer; Schulz, Friederike; Petzke, Frank
6. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. Joel Katz, PhD, Brittany N Rosenbloom, MSc, and Samantha Fashler.
7. A classification of chronic pain for ICD-11. Rolf-Detlef Treede, Winfried Rief, Antonia Barke, Qasim Aziz, Michael I. Bennett, Rafael Benoliel, Milton Cohen, Stefan Evers, Nanna B. Finnerup, Michael B. First, Maria Adele Giamberardino, Stein Kaasa, Eva Kosek, Patricia Lavand'homme, Michael Nicholas, Serge Perrot, Joachim Scholz, Stephan Schug, Blair H. Smith Peter Svensson, Johan W.S. Vlaeyen and Shuu-Jiun Wang
8. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. Joachim Scholz, Nanna B Finnerup, Nadine Attal, Qasim Aziz, Ralf Baron, Michael I Bennett, Rafael Benoliel, Milton Cohen, Giorgio Cruccu, Karen D Davis, Stefan Evers, Michael First, Maria Adele Giamberardino, Per Hansson, Stein Kaasa, Beatrice Korwisi, Eva Kosek, Patricia Lavand'homme, Michael Nicholas, Turo Nurmikko, Serge Perrot, Srinivasa N Raja, Andrew S C Rice, Michael C Rowbotham, Stephan Schug, David M Simpson, Blair H Smith, Peter Svensson, Johan W S Vlaeyen, Shuu-Jiun Wang, Antonia Barke, Winfried Rief, Rolf-Detlef Treede; Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG)

Стаття надійшла до редакції 15.09.2023

Стаття рекомендована до друку 20.10.2023

9. Duloxetine and pregabalin: high-dose monotherapy or their combination? The «COMBO-DN study»—a multinational, randomized, double-blind, parallel-group study in patients with diabetic peripheral neuropathic pain. Solomon Tesfaye, Stefan Wilhelm, Alberto Lledo, Alexander Schacht, Thomas Tölle, Didier Bouhassira, Giorgio Cruccu, Vladimir Skljarevski, Rainer Freynhagen.
10. Analgesic Effects of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation at Different Stimulus Parameters for Neuropathic Pain: A Randomized Study. Nobuhiko Mori, PT, MHS1,2 ; Koichi Hosomi, MD, PhD1,2 ; Asaya Nishi, MD2; Satoru Oshino, MD, PhD2; Haruhiko Kishima, MD, PhD2; Youichi Saitoh, MD, PhD
11. Lumbar Sympathetic Plexus Block as a Treatment for Postamputation Pain: Methodology for a Randomized Controlled Trial. Zachary L McCormick, Andrew Hendrix, David Dayanim, Bryan Clay, Amy Kirsling, Norman Harden.
12. Can neural blocks prevent phantom limb pain? Battista Borghi, Marco D'Addabbo, Raffaele Borghi.
13. Effects of anesthesia on pain after lower-limb amputation. Bill Y Ong, Amarjit Arneja, Edmund W Ong.
14. Continuous peripheral nerve blocks: a review of the published evidence. Brian M Ilfeld.
15. A cross-sectional study of post-amputation pain in upper and lower limb amputees, experience of a tertiary referral amputee clinic. Judith H Davidson, Kok E Khor, Lorraine E Jones.
16. Sex Differences in Pain and Psychological Functioning in Persons with Limb Loss. Adam T. Hirsh, Tiara M. Dillworth, Dawn M. Ehde, and Mark P. Jensen.
17. Phantom Limb Pain: Mechanisms and Treatment Approaches. Bishnu Subedi and George T. Grossberg.
18. Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? Herta Flor, Lone Nikolajsen, Troels Staehelin Jensen.
19. Chronic motor cortex stimulation for phantom limb pain: a functional magnetic resonance imaging study: technical case report. Franck-Emmanuel Roux, Danielle Ibarrola, Yves Lazorthes, Isabelle Berry.

REFERENCES

- Treatment of pain in patients with mine-blast wounds at the stage of treatment in military medical clinical centers. Yu.L. Kuchyn, V.R. Horoshko, Bukovinian Medical Bulletin. 2022 [in ukr]
- Topical issues of medical care in the conditions of war in eastern Ukraine, civilian conditions. Psychological rehabilitation. XV Scientific and Practical Conference. Vinnytsia – 2017. [in ukr]
- Phantom pain is one of the main problems of amputation. O. I. Pinchuk, S. O. Konovalenko. [in ukr]
- Comparison of the efficacy of duloxetine and pregabalin monotherapy and their combination in patients with diabetic peripheral neuropathy. Elena Korobka. Thematic

- issue «Neurology, Psychiatry, Psychotherapy» № 4 (59) 2021 p. [in ukr]
- Clinical updates on phantom limb pain. Erlenwein, Joachim; Diers, Martin; Ernst, Jennifer; Schulz, Friederike; Petzke, Frank
- Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. Joel Katz, PhD, Brittany N Rosenbloom, MSc, and Samantha Fashler.
- A classification of chronic pain for ICD-11. Rolf-Detlef Treede, Winfried Rief, Antonia Barke, Qasim Aziz, Michael I. Bennett, Rafael Benoliel, Milton Cohen, Stefan Evers, Nanna B. Finnerup, Michael B. First, Maria Adele Giamberardino, Stein Kaasa, Eva Kosek, Patricia Lavand'homme, Michael Nicholas, Serge Perrot, Joachim Scholz, Stephan Schug, Blair H. Smith Peter Svensson, Johan W.S. Vlaeyen and Shuu-Jiun Wang

The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. Joachim Scholz, Nanna B Finnerup, Nadine Attal, Qasim Aziz, Ralf Baron, Michael I Bennett, Rafael Benoliel, Milton Cohen, Giorgio Cruccu, Karen D Davis, Stefan Evers, Michael First, Maria Adele Giamberardino, Per Hansson, Stein Kaasa, Beatrice Korwisi, Eva Kosek, Patricia Lavand'homme, Michael Nicholas, Turo Nurmikko, Serge Perrot, Srinivasa N Raja, Andrew S C Rice, Michael C Rowbotham, Stephan Schug, David M Simpson, Blair H Smith, Peter Svensson, Johan W SVlaeyen, Shuu-Jiun Wang, Antonia Barke, Winfried Rief, Rolf-Detlef Treede; Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG)

Duloxetine and pregabalin: high-dose monotherapy or their combination? The «COMBO-DN study»—a multinational, randomized, double-blind, parallel-group study in patients with diabetic peripheral neuropathic pain. Solomon Tesfaye, Stefan Wilhelm, Alberto Lledo, Alexander Schacht, Thomas Tölle, Didier Bouhassira, Giorgio Cruccu, Vladimir Skljarevski, Rainer Freynhagen.

Analgesic Effects of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation at Different Stimulus Parameters for Neuropathic Pain: A Randomized Study. Nobuhiko Mori, PT, MHS1,2 ; Koichi Hosomi, MD, PhD1,2 ; Asaya Nishi, MD2; Satoru Oshino, MD, PhD2; Haruhiko Kishima, MD, PhD2; Youichi Saitoh, MD, PhD

Lumbar Sympathetic Plexus Block as a Treatment for Postamputation Pain: Methodology for a Randomized Controlled Trial. Zachary L McCormick, Andrew Hendrix, David Dayanim, Bryan Clay, Amy Kirsling, Norman Harden.

The article was received by the editors 15.09.2023

The article is recommended for printing 20.10.2023

Can neural blocks prevent phantom limb pain? Battista Borghi, Marco D'Addabbo, Raffaele Borghi.

Effects of anesthesia on pain after lower-limb amputation. Bill Y Ong, Amarjit Arneja, Edmund W Ong.

Continuous peripheral nerve blocks: a review of the published evidence. Brian M Ilfeld.

A cross-sectional study of post-amputation pain in upper and lower limb amputees, experience of a tertiary referral amputee clinic. Judith H Davidson, Kok E Khor, Lorraine E Jones.

Sex Differences in Pain and Psychological Functioning in Persons with Limb Loss. Adam T. Hirsh, Tiara M. Dillworth, Dawn M. Ehde, and Mark P. Jensen.

Phantom Limb Pain: Mechanisms and Treatment Approaches. Bishnu Subedi and George T. Grossberg.

Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? Herta Flor, Lone Nikolajsen, Troels Staehelin Jensen.

Chronic motor cortex stimulation for phantom limb pain: a functional magnetic resonance imaging study: technical case report. Franck-Emmanuel Roux, Danielle Ibarrola, Yves Lazorthes, Isabelle Berry.

AN INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF ACUTE PAIN SYNDROME IN MILITARY PERSONNEL WITH PHANTOM PAIN AT THE HOSPITAL STAGE

Strokan Andriy

¹«Feofania» Clinical Hospital of the State Administration of Affairs, Ukraine, Kyiv, st. Academician Zabolotny, 21, Deputy Chief Physician of the Medical Department, e-mail: FeofaniaCH@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4544-7143

Bidny Valentyn¹

Deputy Chief Physician for Medical Affairs, e-mail: bvv@feofaniya.org,

Martsyniv Volodymyr¹

Head of the Center for Anesthesiology and Intensive Care, e-mail: FeofaniaCH@gmail.com

Klymenko Oleksandr¹

MD, PhD, chef of Center of acute neurology and pain medicine, e-mail: dr-klymenko-ua@ukr.net

Stukalin Vladislav¹

Doctor of Physical and Rehabilitation Medicine, Head of the Center for Rehabilitation Medicine, e-mail: FeofaniaCH@gmail.com

Ibrahimova Olena¹

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Science Center, the organization of quality control and safety of medical activity, e-mail: e.l.ibragimova7@gmail.com,
ORCID: 0000-0001-8080-2166

Khomenko Andriy¹

Anesthesiologist of the Center for Anesthesiology and Intensive Care, e-mail: FeofaniaCH@gmail.com

Harmash Iuliia¹

Neurologist at the Center for Acute Neurology and Pain Management, e-mail: harmashnevrolog@ukr.net

- Levchenko Iryna**¹ Neurologist of Center of acute neurology and pain medicine,
e-mail: Dr.levchenkoiryna@gmail.com
- Popyk Anastaniia**¹ doctor of physical and rehabilitation medicine at the Centre for Rehabilitation Medicine,
e-mail: 3786065@ukr.net
- Oliinyk Andrii**¹ Neurologist of Center of acute neurology and pain medicine,
e-mail: uchihaeyes103@gmail.com
- Trofimov Mykola**¹ Neurologist of Stroke Center,
e-mail: nicktrofimovlive2@gmail.com
-

Resume. Taking into account the war of the Russian Federation against Ukraine, the problem of adequate pain relief for patients with phantom pain has become relevant, especially at the hospital stage. Effective pain relief for such patients improves their quality of life, so it is of significant socio-economic importance.

Objective. To investigate the results of treatment of phantom pain in military personnel at the hospital stage and to develop the basis for a protocol for the treatment of acute phantom pain syndrome in such patients.

Materials and methods. The number of military patients who were treated at the Feofaniya Clinical Hospital and participated in the study is not disclosed, as any military losses are a military secret. The number of subjects with phantom pain was 35.7% of the total number of wounded military patients. The intensity of pain was assessed using the visual analogue scale (VAS), the neuropathic pain scale (the s-lanss pain score) and the phantom pain scale Limb deficiency and phantom limb questionnaire. Depression and anxiety in patients were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), PHQ9. Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Patients were treated according to the local protocol of Feofania Clinical Hospital.

Results. The data of pain intensity scales in military patients with phantom pain before and after treatment at the stage of clinical hospitals showed a decrease in pain intensity in 94 % of patients, improvement in sleep in 92 % of patients and reduction in anxiety and depression in 81 % of patients.

Conclusions. Based on these scales, it can be concluded that it is the combined approach to the treatment of phantom pain in the military at the stage of clinical hospitals that can improve the quality of life of military personnel, and in some cases relieve such patients from acute pain, thereby preventing the development of chronic pain syndrome. The developed protocol for the treatment of phantom pain can be recommended for use in other medical institutions in Ukraine.

Key words: *post-amputation (phantom) pain, mine-blast trauma, hospital stage, pain/pain syndrome treatment protocol.*

[DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-06](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-06)

УДК 616.8-009:616.89-052

АНАЛІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ СКЛАДОВОЇ КОНТИНУУМУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ-ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ РІЗНИМ РІВНЕМ ВІТАЛЬНОЇ ЗАГРОЗИ

Г. В. Скребцова

Скребцова
Ганна Віталіївна

аспірант заочної форми навчання кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ;
skrebtsova79@gmail.com;
<https://orcid.org/0009-0002-0151-4444>

Мета: дослідити стан психосоціального функціонування як складової континууму психологічна адаптація – дезадаптація у хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози, для розробки, в подальшому, персоналізованих програм психокорекції для даної категорії хворих.

Контингент і методи дослідження. На підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів біомедичної етики та деонтології, нами було обстежено 120 хворих дерматологічного профілю, які перебували на лікуванні у трьох філіях клініки «Dr. Zapolska Clinic» протягом 2020-2021 років, а саме: 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себорейний кератоз L82, кандилома A63.0, ангиоми D18.0, порушення пігментації L80), та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу (меланома C43, базаліома C44, карцинома шкіри D04).

Результати. Як за інтегральними показниками так і за окремими характеристиками соціально-психологічної адаптації/дезадаптації, ми виявили загальний тренд первинного значення браку адаптаційних ресурсів та вторинного – нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології, у формуванні станів психологічної дезадаптації, що проявляється як в клініко-психологічній площині, так і в сфері психосоціального функціонування.

Ці дані також узгоджуються з результатами вивчення якості життя (ЯЖ) обстежених: загальна тенденція асоційованості рівню ЯЖ та наявності ознак психологічної дезадаптації (ПДА), була підтверджена як для інтегральних критеріїв оцінки ЯЖ, так і для 8-ми з 10-ти оцінювальних параметрів ЯЖ (нозоспецифічними виявились рівні фізичного благополуччя та працездатності, на відміну від усіх інших параметрів).

Дослідження підтвердило наші припущення щодо відсутності прямого взаємозв'язку між нозоспецифічністю та вітальністю дерматологічного захворювання і станом психосоціального функціонування індивіда, особливо в контексті адаптивності та її ресурсної бази. Отримані результати стосовно того, що дерматологічні хворі без клінічних ознак психологічної дезадаптації, незалежно від нозологічної приналежності основного захворювання, мають достатній ресурс адаптивності та задіяють його в сфері соціально-психологічної взаємодії, є для нас передбачуваними, але такими, що потребували наукового обґрунтування та доведення.

Питання первинності/вторинності станів ресурсної бази та адаптивності на клініко-психологічному та психосоціальному рівнях є такими, що потребують подальшого вивчення. Ми припускаємо, що мова йде про механізми взаємовпливів біологічної предиспозиції та психологічних й психосоціальних факторів, мозаїчне поєднання яких визначає ресурсні можливості індивіда щодо конструктивного прийняття факту наявності дерматологічного захворювання і вибудови адекватної стратегії її опанування, незалежно від ступеню вітальності хвороби.

Висновок. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних і психопрофілактичних заходів у пацієнтів з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози.

Ключові слова: психодерматологія, рівень вітальної загрози, психологічна дезадаптація, психосоціальне функціонування.

Як цитувати: Г.В. Скребцова Аналіз психосоціальної складової континууму психологічної адаптації-дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – №22. – С. 43–53. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-06

In cites: H.V. Skrebtsova Analysis of the psychosocial component continuum of psychological adaptation-disadaptation in patients with a dermatological profile with different levels of vital threat. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 43–53. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-06

© Скребцова Г. В., 2023



This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Вступ. Переважна більшість практикуючих лікарів-дерматологів відзначає вагомий роль психоемоційних факторів у розвитку та перебігу шкірної патології [1-3]. Прояви психічних зрушень та зв'язок психоемоційного стану та тілесних проявів при дерматологічних захворюваннях настільки значний, що на теперішній час в світі сформувався новий тренд та інтегративний напрям – психодерматологія [4-6].

Психодерматологія займається вивченням дії психічних факторів на виникнення і перебіг дерматозів, психологічними та психосоматичними змінами, пов'язаними з наявністю шкірних захворювань та їх лікуванням, оцінкою поширеності та структури психічних розладів при шкірній патології, їх психотерапією та психофармакотерапією [4, 7-10].

Найбільш визнаною класифікацією психодерматологічних розладів є система Koo and Lee [11]:

1) психофізіологічні розлади: проріаз, atopічний дерматит, екскоріаційні акне, гіпергідроз, кропивниця, простий герпес, себорейний дерматит, афтоз, рожеві вугрі, свербіння;

2) психічні розлади з дерматологічними симптомами: артефактний дерматит, дерматозійне маячення, трихотиломанія, obsесивно-компульсивний розлад, фобії, дисморфофобія, розлади харчової поведінки, невротичні екскоріації, психогенне свербіння;

3) дерматологічні розлади з психіатричними симптомами: aloпеція, вітіліго, генералізований псоріаз, екзема, іхтіозоформні синдроми, ринофіма, альбінізм;

4) змішані стани: шкірні сенсорні синдроми – глосодинія, вульводинія, хронічний свербіж голови; психогенна пурпура, псевдопсиходерматологічна хвороба, суїцид у дерматологічних пацієнтів.

На нашу думку, в цій класифікації окремий пункт повинен бути виділений для онкодерматологічних хвороб (меланома, карцинома шкіри, базаліома або плоскоклітинний рак голови та шиї), у випадку яких хворий опиняється під дією як мінімум двох потужних стресогенних чинників – вітальних екзистенційних переживань та психологічного й соціального дискомфорту від зовнішніх проявів хвороби – що формує порочне коло патологічних взаємовпливів, накладає відбиток на стан психічного здоров'я хворого та сприяє розвитку станів психологічної дезадаптації [12].

Мета роботи: дослідити стан психосоціального функціонування як складової континууму психологічної адаптації – дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози, для розробки, в подальшому, персоналізованих програм психокорекції для даної категорії хворих.

Контингент і методи дослідження. На засадах принципів біомедичної етики та деонтології, нами було обстежено 120 хворих дерматологічного профілю, які перебували на лікуванні у трьох філіях клініки «Dr. Zapolska Clinic» протягом 2020-2021 років, а саме: 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себорейний кератоз L82, кандиломи A63.0, ангіоми D18.0, порушення пігментації L80), та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу (меланома C43, базаліома C44, карцинома шкіри D04).

Розподіл на групи дослідження проводився з використанням тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча, оцінку психосоціального функціонування здійснювали за допомогою опитувальника соціально-психологічної адаптації К.Роджерса – Р.Даймонд, та методики оцінки якості життя І. Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути.

Результати дослідження та їх обговорення.

Відсутність ознак ПДА була встановлена у 50 осіб (41,7% загальної вибірки, з них 27 (45,0%) пацієнтів з невітальними дерматологічними захворюваннями, 23 (38,3%) особи – з вітальними).

Окремі ознаки ПДА, тобто, кінцево недосформовані симптоми дезадаптації, виявлені у 21 (17,5%) хворих (усі з групи невітальних дерматологічних захворювань, 35,0%).

Сформована дезадаптація була діагностована у 29 (24,1%) пацієнтів (з них 12 (20,0%) осіб з невітальними захворюваннями і 17 (28,3%) з вітальними захворюваннями), для яких були характерні високий рівень невротизації та психоемоційної напруженості.

Виражена клінічно окреслена психопатологічна симптоматика, яка досягала не тільки синдромологічної, а й нозологічної оформленості, була притаманна 20 (16,7%) обстеженим (усі з вітальними захворюваннями, 33,3% з групи).

Таким чином, розподіл обстежених на групи дослідження відбувався на основі двох критеріїв: нозологічного і клініко-психологічного. Отже, в кожній нозологічній групі було виділено по дві підгрупи (з ознаками ПДА та без ознак ПДА), що призвело до формування 4 клінічних груп:

1) з невітальними дерматологічними захворюваннями без ознак ПДА (група 1 – Г1), чисельністю 27 (45,0%) осіб;

2) з невітальними дерматологічними захворюваннями з ознаками ПДА (група 2 – Г2), чисельністю 33 (55,0%) особи;

3) з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу без ознак ПДА (група 3 – Г3), чисельністю 23 (38,3%) особи;

4) з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу з ознаками ПДА (група 4 – Г4), чисельністю 37 (61,7%) осіб.

Порівняння показників проводилося всередині однієї нозологічної групи (Г1 з Г2, Г3 з Г4) та між підгрупами з однаковим ступенем ПДА (Г1 з Г3 та Г2 з Г4).

Вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації у пацієнтів з різними варіантами дерматологічних захворювань дало можливість встановити важливі закономірності. Кількісні значення показників за базовими шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond наведено у табл. 1.

Як видно з даних табл. 1, показники адаптивності у пацієнтів Г1 є найвищими серед усіх досліджених груп: $85,81 \pm 10,48$ балів, при цьому кількісне значення показника у цій групі перебуває у межах норми (68-136 балів). Натомість, у пацієнтів Г2 значення показника адаптивності виявилось дещо нижчим за норму: $65,58 \pm 14,37$ балів ($p < 0,01$), а пацієнтів у Г3 – вищим порівняно з Г2, але нижчим порівняно з Г1: $79,43 \pm 13,13$ балів, що також у межах норми, тоді як у пацієнтів Г4 показник був найнижчим з усіх досліджених груп: $43,97 \pm 18,72$ балів, що суттєво нижче норми. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх досліджених груп.

Відповідно, показник дезадаптивності у пацієнтів Г1 виявився найнижчим з усіх груп, і був на нижній межі

норми: $67,93 \pm 27,10$ балів, у пацієнтів Г2 – близьким до верхньої межі норми: $128,12 \pm 28,45$ балів, у пацієнтів Г3 – вищим, ніж у Г1, і нижчим, ніж у Г2: $108,57 \pm 3,13$ балів, що також у межах норми, і у пацієнтів Г2 – найвищим серед усіх груп, і вищим за норму: $152,30 \pm 6,15$ балів (рис. 1). Розбіжності статистично значущі при порівнянні усіх груп.

Показники брехливості у пацієнтів усіх досліджених груп виявилися низькими, і значуще не відрізнялися при різних варіантах дерматологічних захворювань: у Г1 середнє значення показника брехливості ні склало $8,89 \pm 3,52$ балів, у Г2 – $9,03 \pm 4,28$ балів, у Г3 – $10,00 \pm 4,39$ балів, у Г4 – $10,49 \pm 5,14$ балів, показника брехливості так – відповідно $12,44 \pm 2,12$ балів, $13,48 \pm 2,79$ балів, $13,52 \pm 3,04$ балів та $12,86 \pm 3,56$ балів (рис. 2).

Показник прийняття себе у пацієнтів Г1 відповідав нормі (22-42 бали): $22,93 \pm 2,56$ балів, у пацієнтів Г2 був нижчим за норму: у $12,06 \pm 5,17$ балів, а у пацієнтів Г3 близьким до показника у Г1, у межах норми: $22,04 \pm 5,03$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим серед усіх груп, нижчим за норму: $10,65 \pm 6,68$ балів (рис. 3). Статистично значущі розбіжності виявлено при порівнянні груп Г1 і Г2, та Г3 і Г4.

Показник неприйняття себе у пацієнтів Г1 виявився низьким: $13,67 \pm 3,26$ балів (нормативне значення 14-28 балів), у пацієнтів решти груп значення показника було в межах норми, але у пацієнтів Г2 вище, ніж

Таблиця 1

Показники за базовими шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями з різним ступенем дезадаптації

Показник	Показник, $M \pm m$, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1-Г2	Г1-Г3	Г3-Г4	Г2-Г4
Адаптивність	$85,81 \pm 10,48$	$65,58 \pm 14,37$	$79,43 \pm 13,13$	$43,97 \pm 18,72$	0,000	0,027	0,000	0,000
Дезадаптивність	$67,93 \pm 27,10$	$128,12 \pm 28,45$	$108,57 \pm 3,13$	$152,30 \pm 6,15$	0,000	0,000	0,000	0,000
Брехливість ні	$8,89 \pm 3,52$	$9,03 \pm 4,28$	$10,00 \pm 4,39$	$10,49 \pm 5,14$	0,988	0,423	0,598	0,116
Брехливість так	$12,44 \pm 2,12$	$13,48 \pm 2,79$	$13,52 \pm 3,04$	$12,86 \pm 3,56$	0,034	0,060	0,496	0,511
Прийняття себе	$22,93 \pm 2,56$	$12,06 \pm 5,17$	$22,04 \pm 5,03$	$10,65 \pm 6,68$	0,000	0,272	0,000	0,136
Неприйняття себе	$13,67 \pm 3,26$	$23,97 \pm 5,30$	$17,52 \pm 3,07$	$24,78 \pm 3,18$	0,000	0,001	0,000	0,439
Прийняття інших	$18,04 \pm 2,39$	$15,00 \pm 3,46$	$20,09 \pm 3,68$	$11,57 \pm 4,13$	0,001	0,011	0,000	0,001
Неприйняття інших	$12,70 \pm 7,99$	$26,39 \pm 7,64$	$24,52 \pm 3,80$	$30,46 \pm 3,29$	0,000	0,000	0,000	0,016
Емоційний комфорт	$18,37 \pm 4,39$	$17,52 \pm 4,40$	$18,35 \pm 3,59$	$8,65 \pm 5,09$	0,396	0,907	0,000	0,000
Емоційний дискомфорт	$18,33 \pm 6,75$	$26,00 \pm 5,27$	$21,26 \pm 2,60$	$33,76 \pm 2,24$	0,000	0,052	0,000	0,000
Внутрішній контроль	$35,93 \pm 10,22$	$34,73 \pm 7,27$	$38,04 \pm 5,30$	$30,95 \pm 8,40$	0,727	0,218	0,000	0,028
Зовнішній контроль	$21,04 \pm 12,56$	$31,12 \pm 8,81$	$27,17 \pm 4,76$	$36,57 \pm 5,35$	0,003	0,330	0,000	0,005
Домінування	$2,96 \pm 2,85$	$3,18 \pm 2,59$	$2,57 \pm 2,21$	$2,68 \pm 2,26$	0,522	0,929	0,963	0,539
Ведомість	$9,37 \pm 4,75$	$18,67 \pm 5,76$	$20,91 \pm 3,22$	$27,11 \pm 2,81$	0,000	0,000	0,000	0,000
Ескапізм	$8,41 \pm 4,50$	$18,61 \pm 5,36$	$19,26 \pm 3,00$	$20,89 \pm 2,87$	0,000	0,000	0,050	0,111

у Г3 ($23,97 \pm 5,30$ балів проти $17,52 \pm 3,07$ балів відповідно), а у пацієнтів Г4 показник неприйняття себе був найвищим серед усіх груп: $24,78 \pm 3,18$ балів (рис. 3). Розбіжності значущі при порівнянні груп Г1 і Г2, Г1 і Г3, та Г3 і Г4.

Щодо показника прийняття інших виявлено дещо інші закономірності. Показники у пацієнтів перших трьох груп перебували у межах норми (12-24 бали), при цьому найвищі показники були виявлені у пацієнтів Г3: $20,09 \pm 3,68$ балів, дещо нижчі – у пацієнтів Г1: $18,04 \pm 2,39$ балів, і ще нижчі – у пацієнтів Г2: $15,00 \pm 3,46$ балів. У пацієнтів Г4 показник прийняття інших виявилися нижчими за норму: $11,57 \pm 4,13$ балів, і найнижчими серед усіх досліджених груп (рис. 4). Розбіжності при порівнянні показників між усіма групами статистично значущі.

Натомість, показник неприйняття інших у пацієнтів Г1 були найнижчими: $12,70 \pm 7,99$ балів, і були низькими (нормативне значення 14-28 балів), у пацієнтів Г2 – близькими до верхньої межі норми: $26,39 \pm 7,64$ балів, а у пацієнтів Г3 – нижчими, ніж у пацієнтів Г2, але суттєво вищими, ніж у пацієнтів Г1: $24,52 \pm 3,80$ балів. У пацієнтів Г4 показник неприйняття інших перевищував норму і був найвищим серед усіх груп: $30,46 \pm 3,29$ балів (рис. 4). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою всіх груп.

Показники емоційного комфорту у пацієнтів Г1, Г2 і Г3 був у межах норми (14-28 балів) і складав відповідно $18,37 \pm 4,39$ балів, $17,52 \pm 4,40$ балів та $18,35 \pm 3,59$ балів, при цьому найнижче значення показника було виявлено у пацієнтів Г2, а у пацієнтів Г1 і Г3 показник був практично однаковим. У пацієнтів Г4 показник емоційного комфорту виявився нижчим за норму: $8,65 \pm 5,09$ балів (рис. 5). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г3 і Г4, та Г2 і Г4.

Показник емоційний дискомфорт у пацієнтів Г1 був найнижчим: $18,33 \pm 6,75$ балів, у пацієнтів Г2 – суттєво вищим, близьким до верхньої межі норми (14-28 балів): $26,00 \pm 5,27$ балів, у пацієнтів Г3 показник займав проміжне положення між Г1 і Г2: $21,26 \pm 2,60$ балів, а у пацієнтів Г4 – вищим за норму: $33,76 \pm 2,24$ балів (рис. 5). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г3 і Г4, та Г2 і Г4.

Показник внутрішнього контролю у пацієнтів всіх обстежених груп перебували у межах норми (26-52 бали), при цьому кількісне значення показника у пацієнтів Г1 склало $35,93 \pm 10,22$ балів, у пацієнтів Г2 – $34,73 \pm 7,27$ балів, у пацієнтів Г3 – $38,04 \pm 5,30$ балів, у пацієнтів Г4 – $30,95 \pm 8,40$ балів (рис. 6). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г2 і Г3, та Г2 і Г4.

Показник зовнішнього контролю у пацієнтів Г1 був найнижчим серед усіх досліджених груп (18-36 балів): $21,04 \pm 12,56$ балів, у пацієнтів Г2 – значно нижчим: $31,12 \pm 8,81$ балів, у пацієнтів Г3 – меншим, ніж у Г2, але більшим, ніж у Г1: $27,17 \pm 4,76$ балів, а у пацієнтів Г4 незначно вищим за верхню межу норми: $36,57 \pm 5,35$ балів (рис. 6). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г3 і Г4, та Г2 і Г4.

Показники домінування у всіх обстежених групах виявилися низькими: у Г1 $2,96 \pm 2,85$ балів, у Г2 – $3,18 \pm 2,59$ балів, у Г3 – $2,57 \pm 2,21$ балів, у Г4 – $2,68 \pm 2,26$ балів (рис. 7). При цьому розбіжності у показниках при порівнянні між собою різних груп були статистично не значущими.

Показники введомості у пацієнтів Г1 були низькими: $9,37 \pm 4,75$ балів, у пацієнтів Г2 і Г3 – у межах норми (12-24 бали): $18,67 \pm 5,76$ балів та $20,91 \pm 3,22$ балів відповідно, а у пацієнтів Г4 – вище норми: $27,11 \pm 2,81$ балів (рис. 7). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою всіх груп.

Аналогічно, показник ескапізму (втечі від реальності) у пацієнтів Г1 також виявився низьким: $8,41 \pm 4,50$ балів, у пацієнтів Г2 – $18,61 \pm 5,36$ балів, у пацієнтів Г3 – $19,26 \pm 3,00$ балів, що в межах норми (10-20 балів), а у пацієнтів Г4 – незначно вищим за норму: $20,89 \pm 2,87$ балів (рис. 7). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, та Г1 і Г3.

Аналіз інтегральних показників шкали соціально-психологічної адаптації дозволив виявити наступну загальну закономірність: найвищий рівень показників соціально-психологічної адаптації був притаманний пацієнтам Г1, гірший – пацієнтам Г3, ще гірший – пацієнтам Г2, і найгірший – пацієнтам Г4 (табл. 2).

Так, показник адаптації у пацієнтів Г1 склав $57,43 \pm 11,78$ балів, у пацієнтів Г2 – відповідно $34,34 \pm 7,98$ балів, у пацієнтів Г3 – $42,00 \pm 3,79$ балів, у пацієнтів Г4 – $21,73 \pm 7,08$ балів; показник самоприйняття – відповідно $51,76 \pm 8,20$ балів, $23,85 \pm 8,50$ балів, $43,90 \pm 7,38$ балів та $20,02 \pm 9,54$ балів (рис. 8); показник прийняття інших – $66,74 \pm 17,92$ балів, $41,45 \pm 9,01$ балів, $49,43 \pm 4,24$ балів та $30,34 \pm 7,97$ балів; показник емоційного комфорту – відповідно $51,07 \pm 13,13$ балів, $40,33 \pm 9,13$ балів (рис. 9), $46,11 \pm 6,04$ та $19,38 \pm 9,57$ балів; показник інтернальності – відповідно $59,38 \pm 12,67$ балів, $45,07 \pm 5,60$ балів, $50,20 \pm 5,36$ балів та $37,29 \pm 5,56$ балів (рис. 10).

Щодо прагнення до домінування, то пацієнтам Г1 було притаманне найвище значення показника серед усіх обстежених груп: $33,19 \pm 25,07$ балів, у пацієнтів Г2 показник був нижчим: $22,86 \pm 15,88$ балів, у пацієнтів

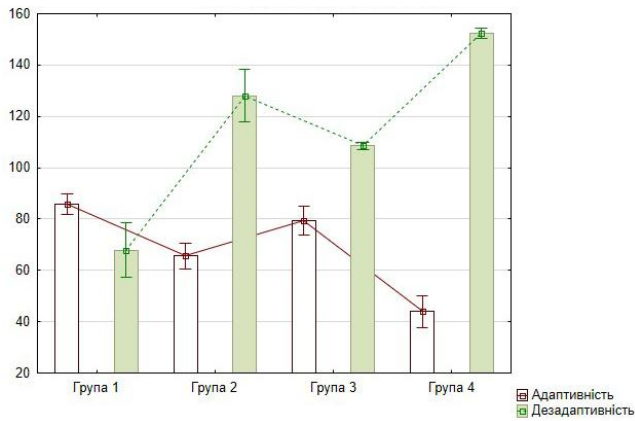


Рис. 1. Середні значення показників адаптивності та дезадаптивності (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

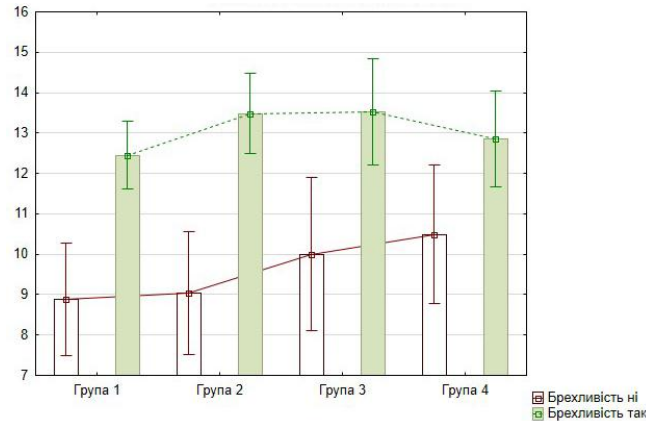


Рис. 2. Середні значення показників брехливості (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

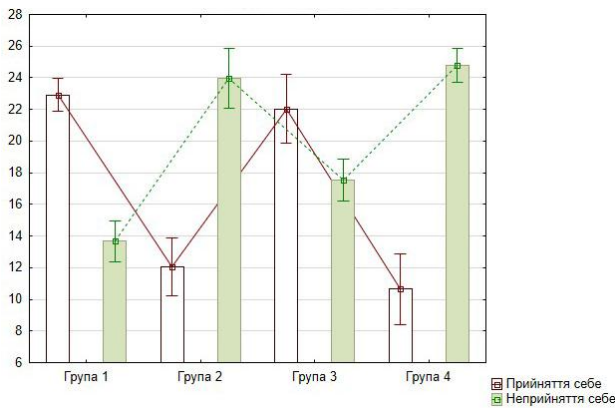


Рис. 3. Середні значення показників прийняття себе та неприйняття себе (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

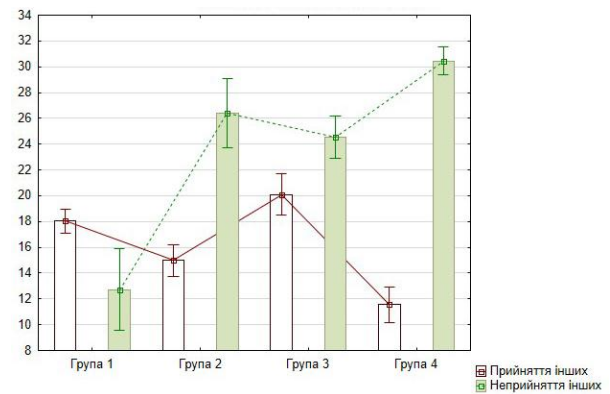


Рис. 4. Середні значення показників прийняття інших та неприйняття інших (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Таблиця 2

Показники за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями з різним ступенем дезадаптації

Показник	Показник, M±m, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1-Г2	Г1-Г3	Г3-Г4	Г2-Г4
Адаптація	57,43±11,78	34,34±7,98	42,00±3,79	21,73±7,08	0,000	0,000	0,000	0,000
Самоприйняття	51,76±8,20	23,85±8,50	43,90±7,38	20,02±9,54	0,000	0,006	0,000	0,044
Прийняття інших	66,74±17,92	41,45±9,01	49,43±4,24	30,34±7,97	0,000	0,000	0,000	0,000
Емоційний комфорт	51,07±13,13	40,33±9,13	46,11±6,04	19,38±9,57	0,001	0,073	0,000	0,000
Інтернальність	59,38±12,67	45,07±5,60	50,20±5,36	37,29±5,56	0,000	0,010	0,000	0,000
Прагнення до домінування	33,19±25,07	22,86±15,88	17,70±11,33	15,10±10,85	0,071	0,068	0,322	0,035

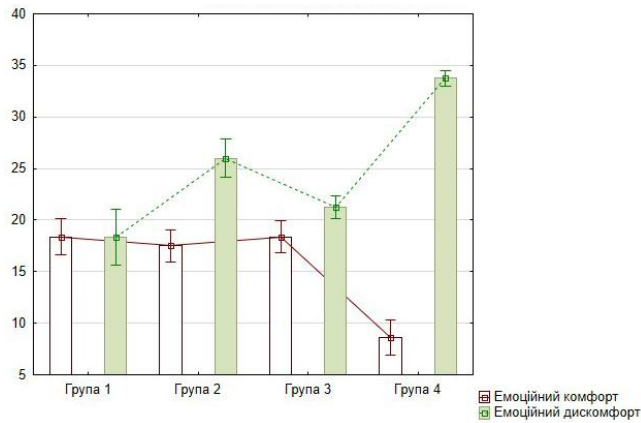


Рис. 5. Середні значення показників емоційного комфорту та емоційного дискомфорту (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

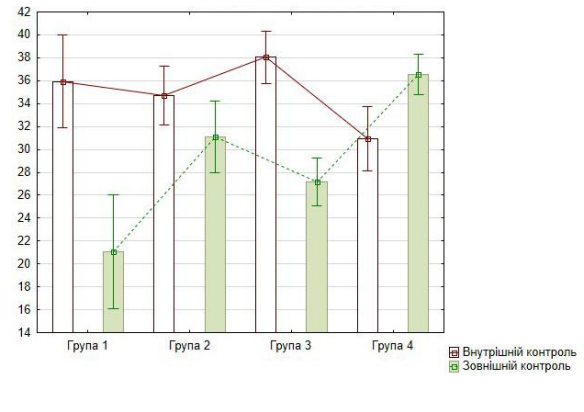


Рис. 6. Середні значення показників внутрішнього контролю і зовнішнього контролю (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

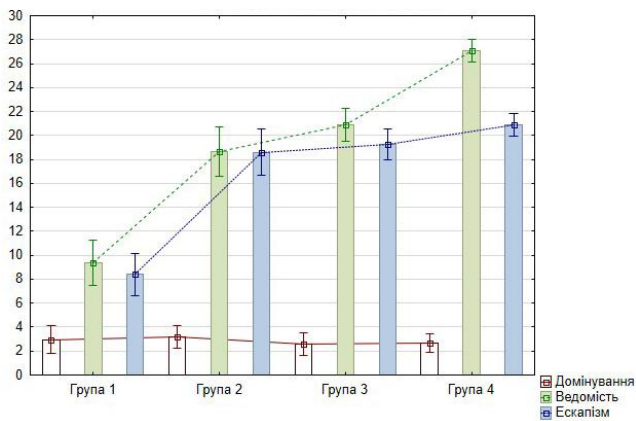


Рис. 7. Середні значення показників домінування, ведомості та ескапізму (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

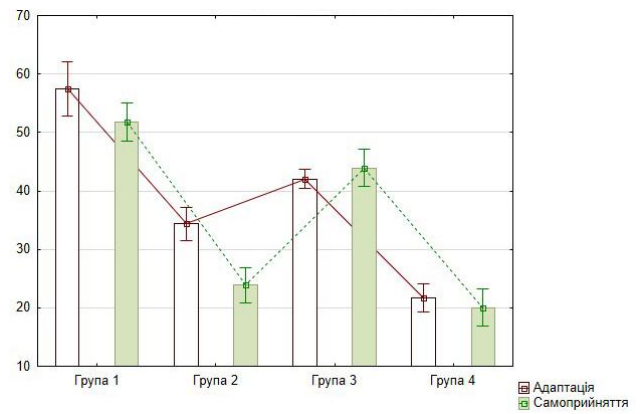


Рис. 8. Середні значення показників адаптації та самоприйняття (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

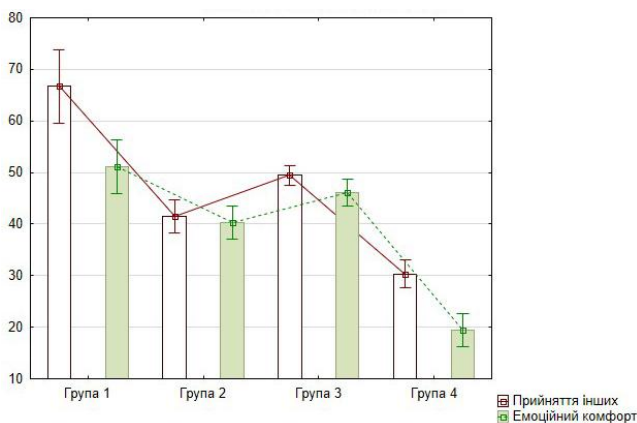


Рис. 9. Середні значення показників прийняття інших та емоційного комфорту (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

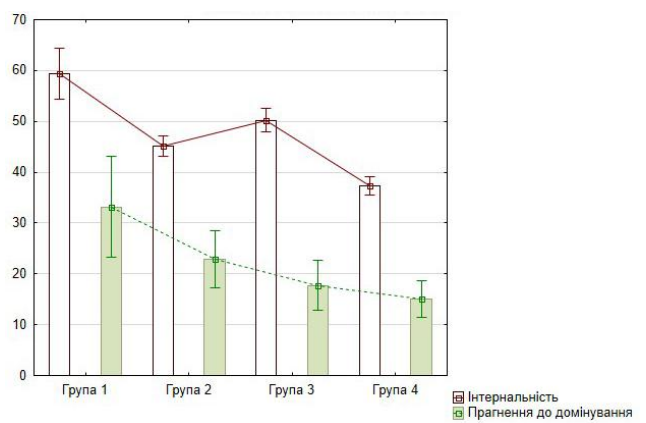


Рис. 10. Середні значення показників інтернальності та прагнення до домінування (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

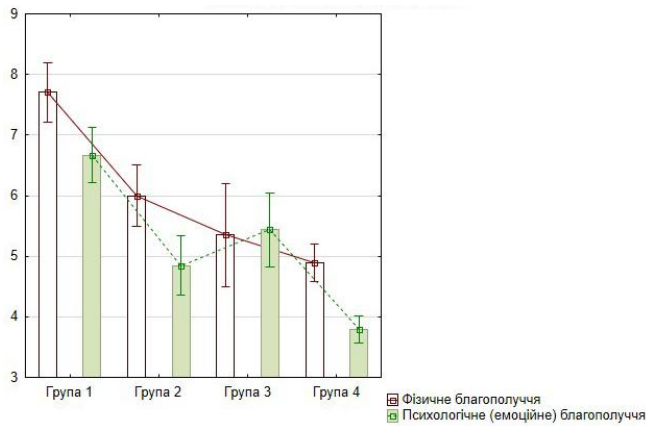


Рис. 11. Середні значення показників фізичного благополуччя та психологічного (емоційного) благополуччя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

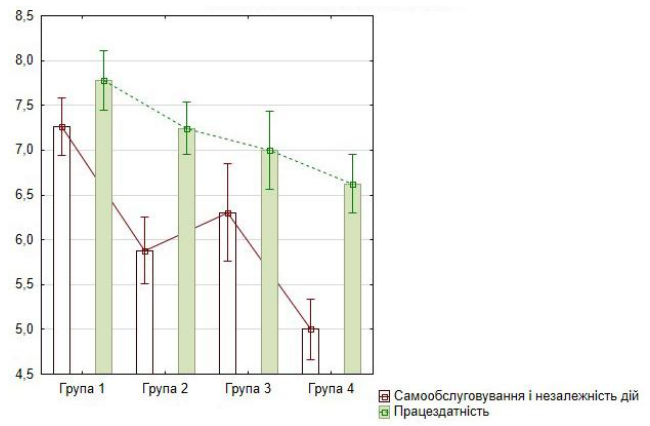


Рис. 12. Середні значення показників самообслуговування і незалежності дій та працездатності (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

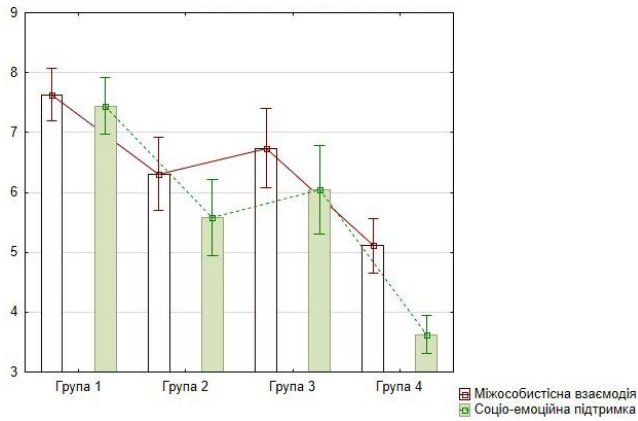


Рис. 13. Середні значення показників міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

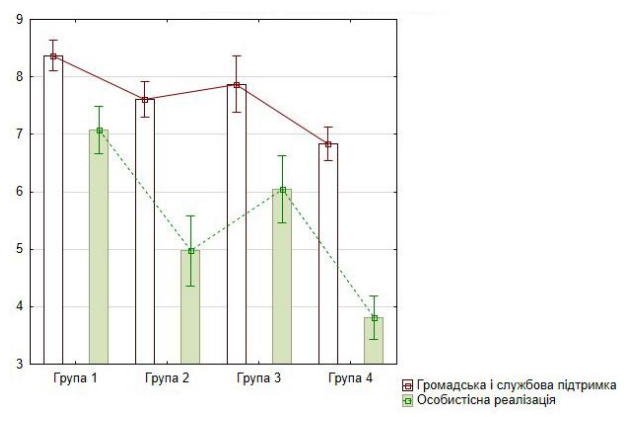


Рис. 14. Середні значення показників громадської і службової підтримки та особистісної реалізації (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

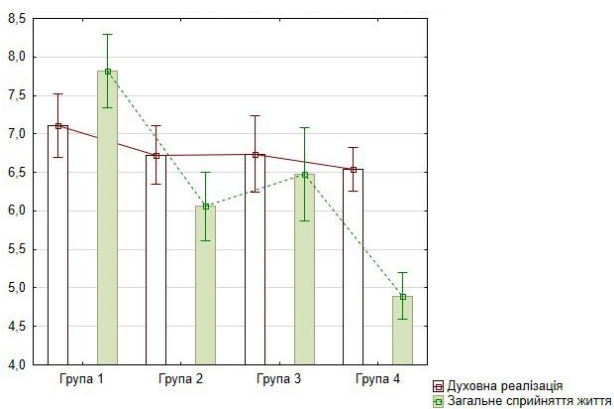


Рис. 15. Середні значення показників духовної реалізації та загального сприйняття життя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

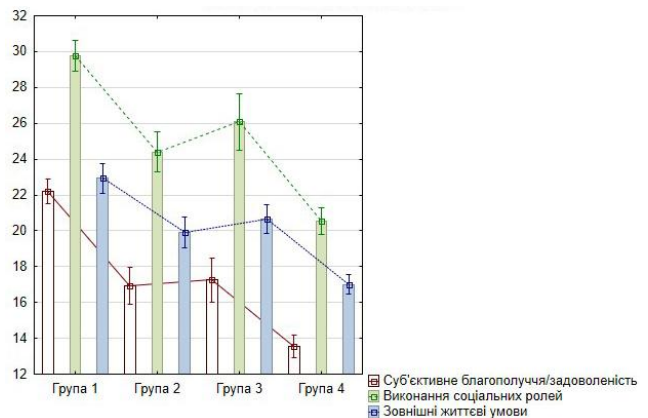


Рис. 16. Середні значення показників суб'єктивного благополуччя (задоволеності), виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Г3 – ще нижчим: $17,70 \pm 11,33$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим: $15,10 \pm 10,85$ балів (рис. 10).

Наступним кроком нами було досліджено особливості якості життя (ЯЖ) у різних сферах у дерматологічних пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології та психологічної дезадаптації. При цьому були виявлені важливі закономірності (табл. 3).

Показник у сфері фізичного благополуччя найбільшою мірою залежав від виду дерматологічної патології, і у пацієнтів Г1 був найвищим, і доволі високим: $7,70 \pm 1,23$ балів, у пацієнтів Г2 – нижчим: $6,00 \pm 1,41$ балів, у пацієнтів Г3 – ще нижчим: $5,35 \pm 1,97$ балів, і у пацієнтів Г4 – найнижчим: $4,89 \pm 0,94$ балів (рис. 11). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г1 і Г3, а також Г2 і Г4.

Натомість, показник у сфері психологічного (емоційного) благополуччя більшою мірою залежав від стану психологічної адаптації. У пацієнтів Г1 показник у цій сфері був найвищим, і при цьому гіршим порівняно зі сферою фізичного благополуччя: $6,67 \pm 1,14$ балів, у пацієнтів Г2 – значуще нижчим: $4,85 \pm 1,37$ балів, у пацієнтів Г3 – вищим, ніж у пацієнтів Г2, але значуще нижчим, ніж у пацієнтів Г1: $5,43 \pm 1,41$ балів, а у пацієнтів Г4 –

найнижчим: $3,78 \pm 0,67$ балів (рис. 11). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп.

Аналогічні закономірності були виявлені для сфери самообслуговування і незалежності дій. Найвище значення показника було притаманне пацієнтам Г1: $7,26 \pm 0,81$ балів, у пацієнтів Г2 воно було істотно нижчим: $5,88 \pm 1,05$ балів, у пацієнтів Г3 більшим, ніж у Г2, але нижчим, ніж у Г1: $6,30 \pm 1,26$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим серед усіх груп: $5,00 \pm 1,03$ балів (рис. 12). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп.

Щодо сфери працездатності, то показники тут більшою мірою залежали від варіанту дерматологічної патології, хоча відмінності між групами були менш суттєвими. Найвищий показник був виявлений у пацієнтів Г1: $7,78 \pm 0,85$ балів, дещо менший – у пацієнтів Г2: $7,24 \pm 0,83$ балів, ще менший – у пацієнтів Г3: $7,00 \pm 1,00$ балів, і найменший – у пацієнтів Г4: $6,62 \pm 0,98$ балів (рис. 12). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г1 і Г3, та Г2 і Г4.

У сферах міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки показники ЯЖ більшою мірою залежали від ступеню психологічної дезадаптації. Так, у

Таблиця 3

Показники якості життя за методикою оцінки якості життя I. Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями з різним ступенем дезадаптації

Показник	Показник, М±m, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1-Г2	Г1-Г3	Г3-Г4	Г2-Г4
Фізичне благополуччя	7,70±1,23	6,00±1,41	5,35±1,97	4,89±0,94	0,000	0,000	0,534	0,002
Психологічне (емоційне) благополуччя	6,67±1,14	4,85±1,37	5,43±1,41	3,78±0,67	0,000	0,001	0,000	0,000
Самообслуговування і незалежність дій	7,26±0,81	5,88±1,05	6,30±1,26	5,00±1,03	0,000	0,004	0,000	0,001
Працездатність	7,78±0,85	7,24±0,83	7,00±1,00	6,62±0,98	0,013	0,005	0,174	0,008
Міжособистісна взаємодія	7,63±1,11	6,30±1,72	6,74±1,54	5,11±1,35	0,001	0,060	0,000	0,002
Соціо-емоційна підтримка	7,44±1,19	5,58±1,79	6,04±1,72	3,62±0,95	0,000	0,003	0,000	0,000
Громадська і службова підтримка	8,37±0,69	7,61±0,86	7,87±1,14	6,84±0,87	0,001	0,154	0,001	0,001
Особистісна реалізація	7,07±1,04	4,97±1,70	6,04±1,36	3,81±1,13	0,000	0,008	0,000	0,002
Духовна реалізація	7,11±1,05	6,73±1,07	6,74±1,14	6,54±0,87	0,221	0,303	0,462	0,404
Загальне сприйняття життя	7,81±1,21	6,06±1,25	6,48±1,41	4,89±0,91	0,000	0,001	0,000	0,000
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	22,19±1,75	16,91±2,90	17,26±2,85	13,57±1,86	0,000	0,000	0,000	0,000
Виконання соціальних ролей	29,74±2,18	24,39±3,14	26,09±3,65	20,54±2,21	0,000	0,000	0,000	0,000
Зовнішні життєві умови	22,93±2,06	19,91±2,36	20,65±1,90	17,00±1,65	0,000	0,000	0,000	0,000
Показник якості життя	7,49±0,33	6,12±0,65	6,40±0,57	5,11±0,32	0,000	0,000	0,000	0,000

сфері міжособистісної взаємодії середнє значення показника у пацієнтів Г1 склало $7,63 \pm 1,11$ балів, у пацієнтів Г2 – $6,30 \pm 1,72$ балів, у пацієнтів Г3 – $6,74 \pm 1,54$ балів, у пацієнтів Г4 – $5,11 \pm 1,35$ балів, у сфері соціо-емоційної підтримки – відповідно $7,44 \pm 1,19$ балів, $5,58 \pm 1,79$ балів, $6,04 \pm 1,72$ балів та $3,62 \pm 0,95$ балів (рис. 13).

У сфері громадської і службової підтримки обстежені пацієнти виявили високі показники ЯЖ (рис. 14), при цьому найвищі показники були виявлені у пацієнтів з відсутністю ознак психологічної дезадаптації. Так, показник за цією сферою у пацієнтів Г1 склав $8,37 \pm 0,69$ балів, у пацієнтів Г2 – $7,61 \pm 0,86$ балів, у пацієнтів Г3 – $7,87 \pm 1,14$ балів, і у пацієнтів Г4 – $6,84 \pm 0,87$ балів.

Сфера особистісної реалізації виявилася ще більш залежною від наявності ознак психологічної дезадаптації: у пацієнтів з її відсутністю показники були значуще більшими, а у пацієнтів з наявністю дезадаптації – значуще меншими. Так, показник у пацієнтів Г1 склав $7,07 \pm 1,04$ балів, у пацієнтів Г2 – $4,97 \pm 1,70$ балів, у пацієнтів Г3 – $6,04 \pm 1,36$ балів, у пацієнтів Г4 – $3,81 \pm 1,13$ балів (рис. 14).

Показники у сфері духовної реалізації у обстежених пацієнтів були доволі високими, і значуще не відрізнялися у різних групах: у Г1 середнє значення показника склало $7,11 \pm 1,05$ балів, у Г2 – $6,73 \pm 1,07$ балів, у Г3 – $6,74 \pm 1,14$ балів, у Г4 – $6,54 \pm 0,87$ балів (рис. 15).

Натомість, показник загального сприйняття життя значуще відрізнявся при порівнянні усіх груп, і був найвищим у пацієнтів Г1: $7,81 \pm 1,21$ балів, меншим у пацієнтів Г3 – $6,48 \pm 1,41$ балів, ще меншим – у пацієнтів Г2 – $6,06 \pm 1,25$ балів, і найменшим – у пацієнтів Г4: $4,89 \pm 0,91$ балів (рис. 15).

При аналізі інтегральних показників ЯЖ було виявлено чітку закономірність до більш високих показників ЯЖ у пацієнтів з відсутністю ознак ПДА, незалежно від варіанту дерматологічної патології, в усіх інтегральних сферах ЯЖ.

Так, у сфері суб'єктивного благополуччя/задоволеності у пацієнтів Г1 середнє значення показника склало $22,19 \pm 1,75$ балів, у пацієнтів Г2 – $16,91 \pm 2,90$ балів, у пацієнтів Г3 – $17,26 \pm 2,85$ балів, у пацієнтів Г4 – $13,57 \pm 1,86$ балів; у сфері виконання соціальних ролей – відповідно $29,74 \pm 2,18$ балів, $24,39 \pm 3,14$ балів, $26,09 \pm 3,65$ балів та $20,54 \pm 2,21$ балів; у сфері зовнішніх життєвих умов – відповідно $22,93 \pm 2,06$ балів, $19,91 \pm 2,36$ балів, $20,65 \pm 1,90$ балів та $17,00 \pm 1,65$ балів (рис. 16).

Значення інтегрального показника ЯЖ у пацієнтів з відсутністю ознак психологічної дезадаптації виявилося

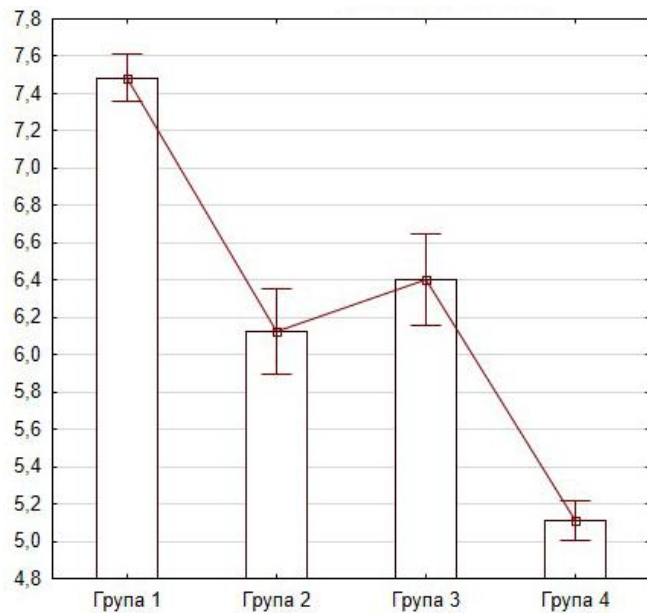


Рис. 17. Середні значення показника якості життя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

значуще вищим, ніж у пацієнтів з ознаками дезадаптації, а у пацієнтів з невітальними дерматологічними захворюваннями – вищим, ніж у пацієнтів з вітальними. Так, середнє значення інтегрального показника ЯЖ у пацієнтів Г1 склало $7,49 \pm 0,33$ балів, у пацієнтів Г2 – $6,12 \pm 0,65$ балів, у пацієнтів Г3 – $6,40 \pm 0,57$ балів, у пацієнтів Г4 – $5,11 \pm 0,32$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою всіх досліджених груп.

Висновки

Як за інтегральними показниками так і за окремими характеристиками соціально-психологічної адаптації/дезадаптації, ми виявили загальний тренд первинного значення браку адаптаційних ресурсів та вторинного – нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології, у формуванні станів психологічної дезадаптації, що проявляється як в клініко-психологічній площині [12], так і в сфері психосоціального функціонування.

Ці дані також узгоджуються з результатами вивчення ЯЖ обстежених: загальна тенденція асоційованості рівню ЯЖ та наявності ознак ПДА, була підтверджена як для інтегральних критеріїв оцінки ЯЖ, так і для 8-ми з 10-ти оцінювальних параметрів ЯЖ (нозоспецифічними виявились рівні фізичного благополуччя та працездатності, на відміну від усіх інших параметрів).

Дослідження підтвердило наші припущення щодо відсутності прямого взаємозв'язку між нозоспецифічністю та вітальністю дерматологічного захворювання і станом психосоціального функціонування індивіда, особливо в контексті адаптивності та її ресурсної бази.

Отримані результати стосовно того, що дерматологічні хворі без клінічних ознак психологічної дезадаптації, незалежно від нозологічної приналежності основного захворювання, мають достатній ресурс адаптивності та задіяють його в сфері соціально-психологічної взаємодії, є для нас передбачуваними, але такими, що потребували наукового обґрунтування та доведення.

Питання первинності/вторинності станів ресурсної бази та адаптивності на клініко-психологічному та психосоціальному рівнях є такими, що потребують подальшого вивчення. Ми припускаємо, що мова йде про

механізми взаємовпливів біологічної предрисповищеності та психологічних й психосоціальних факторів, мозаїчне поєднання яких визначає ресурсні можливості індивіда щодо конструктивного прийняття факту наявності дерматологічного захворювання і вибудови адекватної стратегії її опанування, незалежно від ступеню вітальності хвороби.

Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних і психопрофілактичних заходів у пацієнтів з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Senra M. S., Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis // Br. J. Dermatol. 2014. Vol. 170. P. 38 – 43.
2. Marshall C., Taylor R., Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 30 – 34.
3. Foggini E., Cuddy L., Young H. Psychosocial morbidity in skin disease // Br J Hosp Med (Lond). 2017. Vol. 2, Is. 78(6). P. 82-86.
4. Психодерматологія: медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дерматологічній практиці / За заг. редакцією проф. М.В.Маркової. Харків : «Друкарня Мадрид», 2019. 277 с. ISBN 978-617-7845-85-9.
5. Fava G. A., Guidi J., Sonino N. The Psychosomatic Practice // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 9 – 13.
6. Jafferany M., Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 35 – 37.
7. França K., Castillo D. E., Rocca M. G., Lotti T., Wollina U., Fioranelli M. Psychoneurocutaneous medicine: past, present and future // Wien Med Wochenschr. 2017. Vol.14. P. 214 – 217.

Стаття надійшла до редакції 20.09.2023

Стаття рекомендована до друку 20.10.2023

8. Honeyman J. F. Psychoneuroimmunology and the Skin // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23. Is. 96(217). P. 38-46.
9. Coneo A. M. C., Thompson A. R., Lavda A. The influence of optimism, social support, and anxiety on aggression in a sample of dermatology patients: an analysis of cross-sectional data // British Journal of Dermatology. 2017. Vol. 176(5). P. 1187-1194.
10. Dehghani F., Dehghani F., Kafaie P., Taghizadeh M. R. Alexithymia in different dermatologic patients // Asian J Psychiatr. 2017. Vol. 25. P. 42-45.
11. Koo J. Y., Lee C. S. General approach to evaluating psychodermatological disorders // Psychocutaneous Medicine. – NY: MarcelDekker, 2003. P. 1 – 29.
12. Маркова М.В., Скребцова Г.В. Особливості клінічної складової континууму психологічної адаптації-дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2023. № 2. С. 130-141.
<http://doi.org/10.15407/internalmed2023.02.130>

REFERENCES

1. Senra M. S., Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis // Br. J. Dermatol. 2014. Vol. 170. P. 38 – 43.
2. Marshall C., Taylor R., Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 30 – 34.
3. Foggini E., Cuddy L., Young H. Psychosocial morbidity in skin disease // Br J Hosp Med (Lond). 2017. Vol. 2, Is. 78(6). P. 82-86.
4. Pshodermatologiya: mediko-psihologichni aspekti dii psihosocial'nogo stresu v klinichnij i estetchnij dermatologichnij praktiki / Za zag. redakcieyu prof. M.V. Markovoї. Harkiv : «Drukarnya Madrid», 2019. 277 s. [in ukr]
ISBN 978-617-7845-85-9.
5. Fava G. A., Guidi J., Sonino N. The Psychosomatic Practice // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 9 – 13.
6. Jafferany M., Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 35 – 37.
7. França K., Castillo D. E., Rocca M. G., Lotti T., Wollina U., Fioranelli M. Psychoneurocutaneous medicine: past, present and future // Wien Med Wochenschr. 2017. Vol.14. P. 214 – 217.

The article was received by the editors 20.09.2023

The article is recommended for printing 20.10.2023

1. Honeyman J. F. Psychoneuroimmunology and the Skin // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23. Is. 96(217). P. 38-46.
2. Coneo A. M. C., Thompson A. R., Lavda A. The influence of optimism, social support, and anxiety on aggression in a sample of dermatology patients: an analysis of cross-sectional data // British Journal of Dermatology. 2017. Vol. 176(5). P. 1187-1194.
3. Dehghani F., Dehghani F., Kafaie P., Taghizadeh M. R. Alexithymia in different dermatologic patients // Asian J Psychiatr. 2017. Vol. 25. P. 42-45.
4. Koo J. Y., Lee C. S. General approach to evaluating psychodermatological disorders // Psychocutaneous Medicine. – NY: MarcelDekker, 2003. P. 1 – 29.
5. Markova M.V., Skrebtsova G.V. Osoblivosti klinichnoi skladovoi kontinuumu psihologichnoi adaptacii-dezadaptacii u hvorih dermatologichnogo profilju z riznim vitalnoi zagrozi // Skhidnoevropejs'kij zhurnal vnutrishnoi ta simejnoi medicini. 2023. № 2. S. 130-141 [in ukr].
<http://doi.org/10.15407/internalmed2023.02.130>

ANALYSIS OF THE PSYCHOSOCIAL COMPONENT CONTINUUM OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION-DISADAPTATION IN PATIENTS WITH A DERMATOLOGICAL PROFILE WITH DIFFERENT LEVELS OF VITAL THREAT

Skrebtsova Hanna

postgraduate student of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
skrebtsova79@gmail.com;
<https://orcid.org/0009-0002-0151-4444>

Purpose: to investigate the state of psychosocial functioning as a component of the continuum of psychological adaptation - maladaptation in patients with a dermatological profile with diseases of various levels of vital threat, to develop, in the future, personalized psychocorrection programs for this category of patients.

Contingent and research methods. On the basis of informed consent, in compliance with the principles of biomedical ethics and deontology, we examined 120 dermatological patients who were treated in three branches of the clinic "Dr. Zapolska Clinic" during 2020-2021, namely: 60 patients with non-vital dermatological diseases (seborrheic keratosis L82, condylomas A63.0, angiomas D18.0, pigmentation disorders L80), and 60 patients with dermatological diseases posing a vital threat (melanoma C43, basal cell carcinoma C44, skin carcinoma D04).

The results. Both by integral indicators and by separate characteristics of socio-psychological adaptation/maladaptation, we found a general trend of the primary importance of the lack of adaptive resources and the secondary – nospecificity features of dermatological pathology, in the formation of states of psychological maladaptation, which is manifested both in the clinical and psychological plane, and in the field of psychosocial functioning.

These data are also consistent with the results of the study of the quality of life (QoL) of the examinees: the general trend of association between the level of QoL and the presence of signs of psychological maladjustment (PMA) was confirmed both for the integral criteria for the assessment of QoL and for 8 out of 10 evaluation parameters of QoL (levels of physical well-being and work capacity turned out to be nospecificity, in contrast to all other parameters).

The study confirmed our assumptions regarding the absence of a direct relationship between nospecificity and vitality of a dermatological disease and the state of psychosocial functioning of an individual, especially in the context of adaptability and its resource base. The obtained results regarding the fact that dermatological patients without clinical signs of psychological maladjustment, regardless of the nosological affiliation of the main disease, have a sufficient resource of adaptability and use it in the field of social-psychological interaction, are predictable for us, but such that required scientific justification and proof.

The issues of primary/secondary states of the resource base and adaptability at the clinical-psychological and psychosocial levels require further study. We assume that we are talking about the mechanisms of mutual influence of biological predisposition and psychological and psychosocial factors, the mosaic combination of which determines the resource capabilities of the individual regarding the constructive acceptance of the fact of the presence of a dermatological disease and the development of an adequate strategy for its mastery, regardless of the degree of vitality of the disease.

Conclusion. The identified regularities should be considered when developing treatment-rehabilitation and psycho-prophylactic measures in patients with dermatological pathology with different levels of vital threat.

Key words: *psychodermatology, vital threat level, psychological maladaptation, psychosocial functioning.*

[DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-07](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-07)

УДК 616-001-085.82-058.65

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПІСЛЯ ОТРИМАНОЇ БОЙОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

І. І. Черненко, Ю. Ю. Фоменко

**Черненко
Інна Іванівна**

Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 4,
м. Харків, Україна,
cher.innushta@gmail.com
ORCID ID: 0000-0003-4239-862X

**Фоменко
Юлія Юріївна**

Комунальне неприбуткове підприємство Харківської обласної ради
«Обласний госпіталь ветеранів війни», вул. Врубеля, 42А, м. Харків, Україна,
generalova07@ukr.net

Актуальність. Участь в бойових діях дуже впливає на всіх учасників і є причиною виникнення у них різноманітних не тільки неврологічних, а й психічних та психологічних розладів. За офіційними даними, під час бойових дій гине менше військовослужбовців, ніж ветеранів війни після її закінчення, внаслідок впливу на них психічних травм. В структурі психічної патології в учасників бойових дій значне місце посідають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) – відстрочені затяжні реакції на екстремальні події, не пов'язані з органічними ушкодженнями головного мозку, що спостерігаються протягом тривалого періоду й можуть викликати суттєві зміни особистості й поведінки.

Метою дослідження стало визначення чинників, що травмують психіку учасників бойових дій під час тривалого перебування в специфічному стані «бойового стресу», що під час бою впливає позитивно, а після його закінчення – як правило, негативно.

Матеріали та методи. На базі КНП ХОР «ОГВВ», на неврологічних ліжках, були обстежені та проліковані ветерани та учасники бойових дій в зоні проведення АТО-ООС з 2014р. по 2021р. Для проведення дослідження, хворі були розподілені на групи в залежності від важкості отриманої бойової травми, репрезентативні за віком та статтю.

I група - 100 чоловіків (25-45 років) з легкою ЗЧМТ (струс головного мозку), II група - 100 чоловіків, (25-45 років) з ЗЧМТ середнього ступеня тяжкості (контузія головного мозку в поєднанні з акубаротравмою), III група - 80 чоловіків (25-45 років) з тяжкою ЧМТ (забій та здавлення головного мозку, формування внутрішньочерепних гематом, САК).

Психологічні заходи, які використовують в роботі психологи госпіталю:

1. Індивідуально робота: консультації, психоедукація, психотерапія, психокорекція, корекція поведінки, усвідомлення та асиміляція нового досвіду, тілесно-орієнтована терапія (TRE, ТТТ, Брейнспоттінг, Soma-system, синхронізація роботи півкуль головного мозку, стабілізація емоційного стану), арт-терапія, психодіагностика, постіндукція, рефреймінг (корекція установок); формування навичок контролю стану, дихальні вправи, формування навичок саморефлексії.

2. Групова робота: групова психотерапія (тільки з ветеранами і тільки в малих групах), групова тілесно-орієнтована терапія та групова арт-терапія.

Висновки: Можна говорити про те, що медико-соціальні та соціально-економічні наслідки від дії стресорів, обумовлених нестабільною суспільно-політичною ситуацією та проведенням АТО-ООС, поширюються як на окремих осіб, так і на все населення нашої країни. Найбільш гостро страждають від цих процесів ветерани та учасники бойових дій та їх оточення (родина, друзі, колеги по роботі тощо). На державному рівні діє низка нормативно-правових актів, що сприяють соціальній адаптації цих категорій населення та наданню їм медико-психологічної допомоги. Організаційна структура закладів та спеціалістів, що надають медичну та психологічну допомогу учасникам бойових дій та членам їх сімей, представлена центрами реабілітації учасників АТО-ООС, штатними психологами в закладах охорони здоров'я та різноманітними волонтерськими та громадськими організаціями, до питань соціальної адаптації додатково залучені державні соціальні служби

Ключові слова: бойова черепно-мозкова травма, зона проведення АТО-ООС, післятравматичний стресовий розлад, методи психологічної допомоги.

Як цитувати: І.І. Черненко, Ю.Ю. Фоменко Динаміка розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в учасників бойових дій після отриманої бойової черепно-мозкової травми // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – №22. – С. 54–63. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-07

In cites: I.I. Chernenko, Yu.Yu. Fomenko Dynamics of the development of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat participants after combat brain injury. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 54–63. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-07

© Черненко І. І., Фоменко Ю. Ю., 2023



This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Актуальність. Участь в бойових діях дуже впливає на всіх учасників і є причиною виникнення у них різноманітних не тільки неврологічних, а й психічних та психологічних розладів [4,7,9]. За офіційними даними, під час бойових дій гине менше військовослужбовців, ніж ветеранів війни після її закінчення, внаслідок впливу на них психічних травм.

В структурі психічної патології в учасників бойових дій значне місце посідають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) – відстрочені затяжні реакції на екстремальні події, не пов'язані з органічними ушкодженнями головного мозку, що спостерігаються протягом тривалого періоду й можуть викликати суттєві зміни особистості й поведінки [1,3,8].

Метою дослідження стало визначення чинників, що травмують психіку учасників бойових дій під час тривалого перебування в специфічному стані «бойового стресу», що під час бою впливає позитивно, а після його закінчення – як правило, негативно.

Необхідно зазначити, що всі психічні розлади, включаючи ПТСР, мають схожу динаміку розвитку: від реакції на подію до появи хворобливого стану [1,5]. Розвиток психічних розладів в людини, що пережила екстремальну подію, відбувається за типовою схемою:

1) Період очікування, якщо подія могла бути передбачуваною. Для цього періоду характерними є тривога, ажитація, спроба уникнути переживання загрози шляхом підтримання піднесеного настрою або перемикання уваги.

2) Гострий період, що має декілька стадій:

– заціпеніння, що супроводжується мимовільними й несвідомими діями;

– стадія шоку, яка супроводжується відчуттями страху, відчаю, запаморочення, спраги, виникненням «тунельних» станів або надмірної мобілізації;

– стадія психофізіологічної демобілізації супроводжується усвідомленням події, що сталася, очікуванням її повторного впливу, погіршенням самопочуття, моральності поведінки, розгубленістю, депресивними реакціями;

– стадію розв'язку характеризує поступовою стабілізацією самопочуття й настрою зі збереженням почуття втоми й зниженого емоційного фону, а згодом – появою в постраждалого бажання виговоритися;

– на стадії відновлення у постраждалого активізується спілкування, емоційність, поліпшується самопочуття, сон.

3) період, що настає через місяць після події. Характеризується станом фрустрації, порушенням сну, психосоматичними розладами.

4) хронічний період, що триває від 6 місяців до декількох десятирок років й характеризується фіксацією в пам'яті постраждалого пережитих подій, наростанням симптомів патології особистості.

В клінічній картині ПТСР можна виділити три основні групи симптомів: повторне переживання, уникнення, підвищена збудливість.

Симптомами повторного переживання є спогади, образи чи думки про травматичному подію, сновидіння, які відтворюють її образи, переживання інтенсивних почуттів, підвищена фізіологічна реактивність, що виявляються під час впливу зовнішніх або внутрішніх стимулів, які символізують або нагадують будь-який аспект травматичної події [3,7,10]

Симптомами уникнення є реакції ступору у відповідь на стимули, що асоціюються з подією й виявляються в прагненні уникати будь-яких думок, почуттів, розмов про неї, видів діяльності, місць або людей, які можуть викликати негативні спогади, зниженні інтересу до видів діяльності, які раніше були значущими, відчутті відстороненості або відчуженості від інших людей, виснаженні афективної сфери, втрачання життєвої перспективи.

Симптоми підвищеної збудливості виявляються в порушенні сну, підвищеній дратівливості й спалахах гніву без особливих причин, порушенні концентрації уваги та пам'яті, недостатній увазі до небезпеки, неадекватності реакцій на будь-які загрози тощо [1,3,6]

Проблеми діагностування ПТСР полягають в тому, що зверненню постраждалого по допомогу заважає його страх бути визнаним «божевільним» або опинитися на обліку у психіатра. Всім пацієнтам доцільно роз'яснювати, що їх страждання не є божевіллям, а навпаки, нормальною реакцією на стресові події. По-друге, встановлення діагнозу ПТСР передбачає визначення конкретних симптомів, що передбачає матеріальну допомогу постраждалому за втрату здоров'я. Діагноз, який не відповідає клінічним критеріям, може бути не підтвердженим. Крім того, для підтвердження діагнозу необхідні достовірні докази того, що психічна травма була дійсно отримана на військовій службі, що не завжди може бути підтверджено документально.

Терапія при клінічних формах ПТСР може тривати роками, з перервами на періоди ремісії, іноді – також на роки та повторними курсами у разі загострень. Загострення можуть бути найрізноманітнішими: від звичайних депресивних епізодів, що провокуються життєвими розчаруваннями і невдачами, до кримінальних, включаючи вбивства і спроби самогубства. Природно, що і суспільство, і лікарі зацікавлені в досягненні більш три-

валої ремісії. Для цього потрібне кадрове забезпечення та достатнє фінансування для проведення адекватного лікування [2]. Можливість одужання від ПТСР більшість дослідників заперечує, так само як і хронічний перебіг, що призводить до стійких змін особистості [3,7,11].

Отже, більшість постраждалих потребує як мінімум підтримуючої терапії. Проте психотерапевтам завжди доцільно особливо підкреслювати можливість спонтанного одужання, навіть якщо воно відбуватиметься з певними характерологічними змінами. Безумовно, найкращим середовищем для одужання є сім'я постраждалого, якщо вона має для цього достатній потенціал.

Матеріали та методи. На базі КНП ХОР «ОГВВ», на неврологічних ліжках, були обстежені та проліковані ветерани та учасники бойових дій в зоні проведення АТО-ООС з 2014р. по 2021р. Для проведення дослідження, хворі були розподілені на групи в залежності від важкості отриманої бойової травми, репрезентативні за віком та статтю.

I група - 100 чоловіків (25-45 років) з легкою ЗЧМТ (струс головного мозку), II група -100 чоловіків, (25-45 років) з ЗЧМТ середнього ступеня тяжкості (контузія головного мозку в поєднанні з акубаротравмою), III група - 80 чоловіків (25-45 років) з тяжкою ЧМТ (забій та здавлення головного мозку, формування внутрішньочерепних гематом, САК).

В кожній із цих груп, хворі виказували скарги на:

- головний біль, дзвін/шум в голові, зникнення периферичного зору, проблеми з мовленням, запаморочення/втрата свідомості (I група – 84,6%, II група – 95%, III група – 93,8%)

- шум/дзвін у вухах, зниження слуху, хиткість та невпевненість під час ходи, сторонні звуки (I група – 35%, II група – 67,45%, III група – 60%)

- дратують запахи, яскраве освітлення, різкі шуми, тіло реагує на будь-який подразник по "законах бою", підвищений рівень тривоги (I група – 38,4%, II група – 70%, III група – 84,6%);

- розлад сну (важко засинати; часті прокидання серед ночі; сни, які повторюються; сни, в яких людина продовжує воювати; відсутність почуття відновлення, навіть якщо людина спала достатньо) – I група – 86,2%, II група – 80%, III група – 92,3%

- розлад адаптації (важко налагоджувати соціальні контакти, важко спілкуватися з рідними, друзями), почуття провини того, хто вижив, панічні атаки, дратівливість, нестриманість, сентиментальність («непрохані сльози»), які важко контролювати, загострене почуття справедливості, флешбеки (I група – 74,1%, II група – 79%, III група – 92,8%)

- порушення пам'яті та концентрації уваги (I група – 56%, II група – 68,3%, III група – 88,1%);

- втома, виснаження, відсутність енергії, відсутність апетиту, статева дисфункція, проблеми в особистих стосунках (I група – 36%, II група – 45,7%, III група – 60%);

- алко/наркозалежність (зі слів самих пацієнтів!!!) (I група – 18%, II група – 26%, III група – 35,2%)

- наслідки перебування в полоні (тортури, катування, каліцтво) – I група – 3%, II група – 3,75%, III група – 1,8%

- суїцидальні думки, самоушкоджуюча поведінка (I група – 5,7%, II група – 8%, III група – 7,2%).

Обговорення.

Всі хворі були обстежені та отримували лікування (медикаментозне, фізіотерапевтичне) за уніфікованими протоколами надання медичної допомоги з черепно-мозковою травмою. Додаткового, пацієнти були оглянуті іншими спеціалістами за необхідності (терапевт, офтальмолог, отоларинголог, хірург, ортопед-травматолог). 98,7% хворих була надана консультація госпітального психолога, проведені індивідуальні бесіди та групові заняття, а за бажанням та згодою хворого - огляд психіатра (24,6%) та психотерапевта (76%).

Особливості роботи психолога в лікарняному закладі суттєво відрізняються від роботи в реабілітаційних центрах, санаторно-курортних закладах, чи підприємствах. А робота психолога в госпіталі з комбатантами - це взагалі окремий вид роботи. Зазвичай, пацієнти потрапляють на лікування в достатньо важкому стані. Їм необхідно надати термінову медичну допомогу, деякі з них потребують оперативного втручання, дехто не може пересуватися самостійно [5,6]. Переважно це пацієнти після мінно-вибухових травм, контузій, акубаротравм, з множинними осколковими пораненнями, травмами хребта та кінцівок, з тяжкими, а іноді, і з занедбанними хронічними хворобами через «ненормальні» для людського організму умови життя та діяльності.

Крім того, стан людини обтяжується важким емоційним фоном. Крім переживання фізичного болю, пацієнти переживають цілий спектр негативних емоцій та почуттів. Почуття провини, токсичний сором, біль від втрати побратимів, безсилля, недовіра до цивільних людей, які їх оточують, агресія, гіперконтроль, підвищений рівень тривоги. Їм важко контактувати не тільки з лікарями та психологами, а навіть один з одним.

Специфіка діяльності психолога полягає, по-перше, в тому, що пацієнти, які лікуються в госпіталі, перебувають на лікуванні 10-15 днів. За цей час психолог може забезпечити людині максимум 3-4 індивідуальні

консультації, тож глибоке опрацювання травматичного досвіду пацієнта стає неможливим. Крім того, далеко не всі пацієнти мають об'єктивне уявлення про діяльність психолога. Досить часто доводиться розповідати пацієнтам, чим відрізняється робота психолога від роботи психіатра або медичного психотерапевта. Майже постійно має місце тотальна недовіра комбатантів на кшталт: "... Ти же не воювала, що ти можеш про це знати. ...". Тож, перша зустріч з пацієнтом - це завжди достатньо непроста робота на встановлення контакту та довіри.

Але найважче в роботі психолога в госпіталі - це відсутність наявного запиту від пацієнта. Людина, яка раніше не мала такого досвіду спілкування з психологом, дуже часто знецінює як роботу фахівця, так і власний негативний емоційний стан. Щодо останнього - психічний стан пацієнта буває настільки важким, що людина починає несвідомо його оберігати. Це як відкрита рана, до якої не хочеться підпускати навіть лікаря, бо будь-яке доторкання до неї спричиняє жахливий біль. І тоді пацієнт її захищає, а фахівець чує у свій бік: "... Психолог мені не потрібен. У мене все добре. ...!" І тут не можна сперечатися, бо будь-яке заперечення викликає агресію та ще більший супротив. Тож маємо погоджуватись, кажучи магічну фразу: «... в душу ніколи не лізу. ...», та починати питати про те, чи нормально він спить, чи не турбують сни, які повторюються, чи не змінився апетит, розповідаю, де і яким чином я можу допомогти...

Чому треба питати, а не давати купу опитувальників на депресію, чи ПТСР - бо це ще одна відмінність роботи психолога в госпіталі від роботи в інших закладах. Опитувальники, майже у всіх наших пацієнтів викликають шалений супротив. І це не дивно. Поранені кінцівки, постійний головний біль внаслідок множинних контузій та ЧМТ, погіршення зору, шум в голові... Людині важко сидіти, важко читати, важко думати, важко концентрувати увагу. Тож психолог, який вимагає вчитуватися у дрібний шрифт опитувальників, які набридлі в армії і які з точки зору більшості комбатантів не мають жодного сенсу, тільки дратує комбатанта та змушує переживати, чи не дійде ця інформація до штабу.

Групова робота можлива, але знову таки, через обмаль часу, мова не іде про психотерапевтичні групи, в яких потрібно створити безпечні умови для кожного учасника. Група не може бути закритою, з постійним складом людей, які беруть участь у груповій роботі. Досить ефективною показала себе групова робота у тілесно-орієнтованій психотерапії [10,11].

Психологічні заходи, які використовують в роботі психологи госпіталю:

1. Індивідуальна робота: консультації, психоедукація, психотерапія, психокорекція, корекція поведінки, усвідомлення та асиміляція нового досвіду, тілесно-орієнтована терапія (TRE, TTT, Брейнспоттінг, Soma-system, синхронізація роботи півкуль головного мозку, стабілізація емоційного стану), арт-терапія, психодіагностика, постіндукція, рефреймінг (корекція установок);, формування навичок контролю стану, дихальні вправи, формування навичок саморефлексії.

2. Групова робота: групова психотерапія (тільки з ветеранами і тільки в малих групах), групова тілесно-орієнтована терапія та групова арт-терапія.

Контузії та черепно-мозкові травми - це, звичайно, медична проблема, але після того, як медики стабілізували стан пацієнта починається робота психолога. Пропонуємо комбатантам вправи на синхронізацію півкуль головного мозку, які допомагають досить швидко відновити нейронні зв'язки, які були пошкоджені внаслідок травматизації мозку.

Це вправи на дворукість, кольоровий текст, таблиці Шульте. Також пропонуємо частіше задіяти неробочу руку у простих діях (наприклад, тримати зубну щітку лівою рукою, якщо людина правша). Це досить прості вправи, які можливо постійно урізноманітнювати та вдосконалювати. Можна підключати до них скоромовки, вправи на розвиток рівноваги, рухи очима, тощо. Це досить ефективний спосіб відновлення та покращення розумових та когнітивних здібностей [8].

Пацієнти, які регулярно робили ці вправи відзначали значні покращення пам'яті та концентрації уваги, відновлення функцій дрібної моторики, та, навіть, поліпшення зору. На жаль, немає можливості провести дослідження через брак часу та відсутність зворотного зв'язку.

Панічні атаки.

Ті пацієнти, які пережили напад панічних атак, в єдиний голос кажуть, що це найгірше, що траплялося з ними в житті. А такі напади можуть часто повторюватися та дуже сильно дошкуляти людині. Їх починають боятися. Людина уникає зайвий раз виходити з дому, відмовляє собі в задоволеннях подорожувати, спілкуватися з друзями, боїться лишатися наодинці. Напади стаються зненацька. Їх важко контролювати. Після них, людина відчуває себе кволюю, спустошеною, енергійно виснаженою.

Позбавитися таких нападів панічних атак можна за допомогою гештальт-терапії з підключенням КПП-технік. Але це досить тривалий процес, він потребує часу та системної роботи з психотерапевтом. На жаль, в госпіталі немає часу опрацювати глибинні дитячі психотравми, які запустили цю програму. Тому треба навчити

пацієнтів контролювати панічні атаки. Спочатку проводимо психоедукацію, метою якої, є донести до людини, що явище це хоч і неприємне, але воно не несе жодних загроз для життя [11,12]. Більш того – це є захисний механізм психіки, який сформувався після пережитої, частіше за все у несвідомому дитячому віці, психотравми, і жодна людина ще не померла від нападу панічної атаки. Головна мета психоедукації – це знизити рівень тривоги, та замотивувати на психотерапію. Це не проста задача, адже майже постійно спостерігаю у таких пацієнтів вторинну вигоду від симптому («... я не можу через це працювати, служити, налагоджувати особисті стосунки...»).

Далі треба навчити пацієнта простому алгоритму дій, який має застосувати при первинних ознаках панічної атаки:

- випити води (вона має бути завжди у доступі);
- прийняти позу впевненої людини (вона у кожного своя, і мозок через таку позу починає вважати, що він все контролює);
- дихальні вправи (видих через ніс має бути довшим за вдих через рот);
- переконати себе, що тут та зараз я в безпеці (озирнутися навколо, впевнитись, що загрози відсутні); повторювати як мантру: “Я в безпеці. Я все контролюю”, уникаючи частки “ні”;
- перемкнути праву емоційну напівкулю на ліву раціональну (від сотні віднімаємо три, взяти будь-яке чотиризначне число та рахувати в зворотному порядку, порахувати предмети навколо зеленого кольору...);
- слідкуємо за диханням, п’ємо воду невеликими ковтками;
- ТТТ (доки не піде тривога).

Всі ці дії потрібно запам’ятати та робити дуже швидко. Тож потрібно тренування. Надалі, як тільки буде можливість, пропонувати хворому звернутися до гештальт-психотерапевта з метою опрацювання травматичного досвіду.

Розлад адаптації.

До війни людина звикає дуже швидко. В умовах постійної загрози життю інстинкти самозбереження та виживання вмикаються майже миттєво. Людина звикає контролювати все навколо, власне тіло, людей, які його оточують. Психіка загострена на виявлення та знешкодження небезпеки. Воїн, який через поранення або хворобу опинився в тиловому госпіталі, продовжує жити по “законах бою”. Його психіка продовжує сприймати навколишнє середовище як небезпечне, через що з’являються неконтрольовані тілесні реакції. Будь-який гучний звук кидає тіло на підлогу, очі комбатанта без якоїсь необхідності слідкують за всім, що рухається,

людина не може довіряти іншим, бо вони не перевірені боєм [1,3,]. Їх дратують чужі голоси, запахи, незвичне освітлення, звуки. Вони дезорієнтовані та через це стривожені, агресивні, та пригнічені. Такий самий стан ми спостерігали і у ветеранів АТО.

Задача психолога це виявити подальшу долю комбатанта та діяти, виходячи з цього. Якщо людина повинна повертатися на війну після лікування, то з цим точно нічого не потрібно робити, крім роботи на ресурс, підтримки, співчуття та психоедукації на тему, чому так відбувається.

Пояснювати персоналу та іншим людям, які оточують воїна про особливий стан людини, яка пережила активні військові дії. І порушувати цей стан категорично заборонено. Бо саме він рятує воїна від загибелі та надає йому можливість виконувати бойові задачі. Якщо мова іде про ветерана, то це буде тривала системна робота в групах та індивідуальна. Краще в реабілітаційних центрах, але і в госпіталі можна працювати в межах тілесно-орієнтованої психотерапії, та арт-терапії, якщо мова іде про групову роботу.

Симптоматика післятравматичного стресового розладу (ПТСР)

Лікувати ПТСР будуть лікарі-психіатри, але працюють з окремими симптомами саме психологи. Зазвичай це флешбеки, сні, які повторюються, почуття провини того хто вижив, неконтрольована агресія та інші емоції.

На базі КНП ХОР «ОГВВ» з 2015р. по 2021р. ми маємо цікавий досвід з опрацюванням травматичних спогадів. В звичайних умовах людина, яка отримала будь-яку інформацію, має час відреагувати емоційно, обдумати, проаналізувати, зробити висновки і, таким чином, отримана інформація стає часткою життєвого досвіду.

На війні людина отримує дуже багато стресової інформації, яку мозок не встигає усвідомити, проаналізувати та обробити. Там на це немає часу. Тіло реагує скоріше ніж мозок думає, і тоді неопрацьована інформація стає часткою підсвідомого. Та як тільки людина потрапляє в більш-менш безпечне місце, ця інформація починає пробиватися через спогади, сні, флешбеки. У неї є досить певна мета: вона має бути опрацьованою.

Головна задача психіки – зберегти життя людини за будь-яку ціну. Там, в умовах життєвої небезпеки людина якось вижила, але вона і сама не зрозуміла як. Психіка з усіх сил намагається дати зрозуміти своєму господареві, що про це варто подумати. Бо, якщо така ситуація трапиться знову, то людина може і не вижити. Життєвого досвіду, що робити у такому разі, у неї немає.

На жаль, дуже часто такі спогади бувають настільки болісними, що людина відштовхує їх. Вона намагається

забути про те, що пережила, заганняючи цю інформацію знов у підсвідоме. І коли такої інформації дуже багато, психіка намагається розвантажити себе хоча б через емоції. З'являються агресія, та неконтрольовані сльози, на які мені дуже часто жаліються як діючи військові, так і ветерани.

З особистих спостережень: семеро різних людей після боїв за Маріуполь та Бахмут розповідали один і той самий сон. Їм снився окоп, в якому вони відстрілювалися від постійно ворога, який постійно атакував. Уві сні в кожного з них закінчувалися набої. Люди прокидалися в холодному поті, а перед очима ще деякий час стояла ця жахлива картина. Всі вони пережили це в реальному житті. Як вони вижили, пояснити не могли. Так і казали "Пощастило", "Доля така", "Бог зберіг".

Психолог пропонувала їм пригадати цю подію та подумати, що б вони могли зробити для себе, щоб вижити без втручання "Долі". Вимагала від них чіткий план дій: "Що я буду робити, щоб вижити, якщо це трапиться знову?". Звичайно, по ходу складання "плану" доводилося працювати з емоціями, з почуттям провини, з безсиллям пацієнта.

Звичайно, надавався додатково ресурс та зміщення акцентів за потреби. Всі комбатанти давали різні відповіді. Кожен рятував себе по-своєму: хтось казав, що буде брати замість їжі зайві автоматні ріжки (все одно там не до їжі); хтось говорив, що перед тим, як зайти в окоп продумає шляхи відходу; хтось дійшов висновку, що останній ріжок відстрілювати не стане, а залишить його саме для відходу; але після того, як людина чітко усвідомлювала, що вона буде робити, якщо потрапить знову в той самий окоп — сні переставали снитися.

Почуття провини. «... Це несправедливо! Вони - молодші, кращі, розумніші... за мене. Вони мали жити, а не я!...». Досить непогано працює КПТ-вправа - пиріг провини. Треба попросити комбатанта уявити свою провину у вигляді пирога. Далі просимо подумати, хто ще винен в загибелі побратимів та пропонуємо розділити цей пиріг по справедливості. Зазвичай, собі залишається зовсім маленький шматок і людині стає легше.

Набагато гірша ситуація з командирами, які відправляли своїх людей на смерть, а потім ще й змушені були доповідати про смерть бійців їх рідним. В такому разі треба підключати раціоналізацію як захисний механізм психіки. "... Так, у тебе така робота. Ти не можеш ходити на всі бойові завдання сам..." Нагадати, за що саме воїни віддали своє життя, і що він також, як і вони, може загинути. Проводимо опрацювання безсилля - найбільш важку та руйнівну емоцію для воїна, та і взагалі для чоловіка.

Порушення сну.

Треба розуміти, що сон військового досить сильно відрізняється від сну цивільної людини. В умовах постійної небезпеки для життя людина не може дозволити собі сон немовляти. Психіка, яка загострена на пошук та виявлення небезпеки, не дозволяє розслабити тіло та не дозволяє вимикати мозок на тривалий час. Саме через це військовий прокидається по декілька разів за ніч. Це норма. Це та сама професійна навичка, яка рятує життя в умовах постійних бойових дій. Те саме можна сказати і про чутливість сну. Крім того комбатанти скаржаться на сні, в яких вони постійно воюють. І це теж норма. Адже уві сні мозок обробляє інформацію, яку людина отримала вдень.

Такої стресової інформації на війні занадто багато і мозок не встигає проаналізувати та усвідомити те, що сталося. Звертати увагу потрібно на сні, які повторюються. Вважаємо за норму і скарги пацієнтів на те, що навіть після тривалого сну вони не відчують себе відновленими. На наш погляд, справа в гормонах (адреналін, норадреналін, кортизол), які організм активно виділяє в режимі постійного стресу. Саме вони забезпечують людині велику кількість енергії, але, як тільки людина потрапляє в більш-менш безпечне місце, ці гормони перестають вироблятися в великій, вже звичній для організму кількості.

Астенічний синдром або дефіцит енергії.

Найбільшу проблему склали скарги пацієнтів на важкість засинання. Не беручи до уваги больовий синдром після операцій або внаслідок поранень, бо це є об'єктивні причини. Гірше те, що людина не може розслабити своє тіло. У військових тіло майже постійно перебуває в стані «звір перед стрибком». Це теж не дивно, адже в умовах постійної небезпеки людина повинна швидко відреагувати на будь-яку загрозу. Це теж професійна навичка, завдяки якій людина виживає. Та заснути в такому стані дуже важко. Перенапружені м'язи не розслабляються навіть уві сні (про це свідчить скрегіт зубів, який досить часто можна спостерігати у військових, які перебували в зоні активних бойових дій). Крім напруженого тіла спати заважають і нав'язливі думки, яких дуже непросто позбавитись. Тут на допомогу психологам приходять тілесно-орієнтована психотерапія.

МЕТОДИКИ ПСИХОТЕРАПІЇ

TRE (Trauma Releasing Exercises)

Це комплекс вправ, який допомагає тілу позбавитись хронічної м'язової та психічної напруги через тремор. Цей метод призначений для допомоги людям знімати стрес, або напругу, отримані внаслідок тяжких

гострих життєвих обставинах, які травмують психіку. TRE-вправи були з успіхом впроваджені та використано в психотерапевтичних цілях в понад 40 країнах світу [11,12].

Автор методу Девід Берселі, багато працював у «гарячих» точках світу. Його спостереження стали основою методу. Працюючи з військовослужбовцями в Ізраїлі, Ємені, Палестині, Лівані та інших районах бойових дій, він довів, що за допомогою простих вправ можна повністю позбутися стресу, привести організм у стан рівноваги та гармонії. Пізніше ця методологія лягла в основу TRE програми, основна мета якої – безпечно та ефективно позбавляти організм накопиченої напруги та відновлювати природний баланс. Тремор – це природна реакція організму.

Прості вправи, розроблені Д. Берселем [10], спрямовані на ініціацію м'язового тремору. Вібрація сприяє розслабленню глибоких м'язів, хронічно чи залишково напружених внаслідок травми. Також TRE допомагає ліквідувати дисбаланс між парасимпатичною та симпатичною нервовою системою, який є причиною фізіологічних та психологічних дисфункцій в організмі людини, що пережила травму. Внаслідок тремору може знижуватися активність мигдалеподібного тіла, що призводить до поступового стирання вмісту травми в нейронних мережах пам'яті.

У багатьох країнах світу TRE також застосовується для профілактики та звільнення від стресу співробітниками внутрішніх органів та спецслужб, поліції, рятувальників, пожежниками, медиками.



Малюнок 1. Техніка простукування травми

Користь та ефекти TRE (тільки при регулярному використанні):

- зниження почуття занепокоєння та тривоги;
- зменшення (зникнення) симптомів ПТСР (посттравматичного стресового розладу);
- підвищення енергії та витривалості;
- зниження стресу на роботі;
- поліпшення сну;
- розвиток емоційної стійкості;
- зменшення м'язових болів та болів у спині;
- звільнення від проявів старих травм;
- зменшення проявів хронічних захворювань.

Методика проста, доступна навіть літнім людям, майже не має протипоказань (вагітність та важкі психічні розлади), не вимагає якогось складного обладнання, а головне – її легко засвоїти та користуватися нею самостійно. Дуже добре працює саме з військовими. Далеко не всі вони готові розповідати про свої психотравми, тож методи КПТ, гештальт-терапії або інших класичних шкіл не з кожним можна застосовувати.

TTT (Trauma Tapping Tecniques), — простукування.

Метод простукування бере свій початок у 80 роках, і перша його версія називалася «терапія в полі думки» або техніка американського психолога доктора Роджера Каллагана (TFT) [6,11,12]. Це проста техніка, яка не має негативних побічних явищ, і яку може використовувати кожна людина будь-де. Вона використовується для позбавлення будь-якого виду емоційної напруги у нашому розумі та тілі. Поєднує в собі сучасну психологію та принципи акупунктури — давньої китайської системи зцілення, і допомагає звільнитися від стресу та емоційного конфлікту будь-якого виду.

Суть техніки: простукувати кінчиками пальців певні точки акупунктури, які розташовані на тілі. Мета TFT: шляхом стимулювання певних точок відновити нормальне функціонування емоційної системи. Завдяки цій техніці можна значно знизити рівень головного болю, поліпшити якість сну, розслабити тіло, стабілізувати емоційний стан. За допомогою ТТТ знижався рівень тривоги, вирівнювалося дихання, розслаблялось тіло, відходили нав'язливі думки і людина могла спати).

Техніка працює з будь-яким видом емоційного стресу – це тривога, страхи, провина, всі види залежностей, що обмежують переконання, які не дають людям створити успішне життя, а також – фізичний біль та хвороби (малюнок 1).

Brainspotsng.

Потужний, цілеспрямований метод лікування, який працює шляхом виявлення, обробки та вивільнення

основних нейрофізіологічних джерел емоційного болю та/або тілесного болю, травм, дисоціацій та безлічі інших складних симптомів. Ця методологія досить цікава, оскільки перебуває на стику психології та неврології.

В основі методу – взаємозв'язок певного положення очей, набутого при переживанні неприємних подій у минулому, з вегетативними реакціями, що мимоволі виражаються: почервоніннями шкіри, підвищеною пітливістю, непосидючістю, чханням і т.д.

Девід Гранд зауважив, що під час роботи з пацієнтом слід визначити координаційне становище, у якому сигнали виявлялися найбільш інтенсивно, і просив ненадовго фокусувати погляд у цих точках. Таким чином, у мозок надходить сигнал про необхідність відновити та «вилікувати» пошкоджені нейрони, які, по суті, і є тим самим «шрамом». Після таких вправ окоруховий акт ставав плавним. Це свідчило, що психотравма або сильний стрес, глибоко перероблена на емоційному, загально- та нейрофізіологічному рівнях, а «мозкова пляма» ліквідована разом із наслідками прихованих переживань; вони більше не зможуть шкодити здоров'ю та щасливому перебігу життя. Всього за кілька сеансів фахівець звільняє пацієнта від душевного болю шляхом м'якого, глибокого і безпечного опрацювання проблемних ситуацій, що відбулися раніше.

Арт-терапія

Психокорекційні заняття, побудовані із використанням методів арт-терапії (індивідуальні та групові), дають змогу учасникам АТО-ООС дистанціюватися від травматичних переживань, зафіксованих переважно у невербальних образах, шляхом їх об'єктивізації і зображення у візуальних, пластичних образах, дати вихід внутрішнім конфліктам, сильним емоціям, інтерпретувати витіснені переживання, сприяють усвідомленню власного відчуття і почуття [7,9,11].

Це можливість не тільки творчо самовиразитися, але й більше пізнати себе, виразити свій внутрішній світ через творчість: кольором, рухами, формою, пластикою тощо. Поєднання вербальної і невербальної експресії сприяє переробці та переосмисленню травматичного досвіду. Арт-терапія не вимагає від учасників особливих здібностей або художніх навичок, а тому не має обмежень у використанні. Потрібно зазначити, що в процесі творчого самовираження можливий вибуховий вихід сильних емоцій, що вимагає від психолога особливої підготовки. Завдяки використанню методу арт-терапії «вмикаються в роботу» два основні механізми психокорекційного впливу:

– реконструювання конфліктної травмуючої ситуації в особливій символічній формі та її вирішення шляхом переструктурування на основі креативних здібностей;

– зміна дії афекту від негативного до позитивного завдяки природі естетичної реакції.

Методами арт-терапії є малювання, ліплення, моделювання з папером, деревом, камінням, музика. У арт-терапії можна використовувати різноманітні техніки. Однією із технік у зображувальній терапії є техніка малювання кола. За правилами виконання даної техніки людина повинна спочатку накреслити коло, і, почавши з центру, заповнити зображенням увесь його внутрішній простір, а також центр кола. Після завершення малювання учасники називають свою роботу, описують пов'язані з малюнком та творчим процесом власні почуття або асоціації. Тобто, створюючи «мандалу» (коло), людина зображає свій внутрішній світ, передає актуальний внутрішній стан та шукає відповіді на екзистенціальні питання: «Хто я? Де я?». Це сприяє вивільненню внутрішнього напруження, переосмисленню і переоцінці ситуації, чим досягається найсильніший психотерапевтичний ефект.

Можна також використовувати техніку виконання малюнків на вільну тему шляхом нанесення фарби на аркуш паперу і розмазування її як заманеться, а також подальший аналіз виконаних робіт (обрання назви, опис своїх почуттів або асоціацій, пов'язаних з малюнком та процесом його творення). Дану техніку найкраще використовувати у роботі з тими, хто стверджує, що не вміє малювати або придумувати сюжет малюнка. У арт-терапії знайшла своє втілення ідея використання середньовічних атрибутів – герба і гасла роду.

Відрізняється від малюнка колаж (з фр. «наклеювання»), що є технічним прийомом в образотворчому мистецтві (наклеювання на яку-небудь основу матеріалів різних кольорів та фактури). Людина має можливість виразити свої думки, реалізувати ідеї та наділена свободою у виборі техніки виконання (вирізання ножицями, рвання чи складання паперу, вибір зображень, склеювання частин тощо). Колаж можна виконувати на різні теми: «Мої мрії», «Моя сім'я», «Я в майбутньому» тощо. Після створення колажу автори презентують їх перед групою, коментуючи втілену ідею, а решта учасників висловлюють своє емоційне ставлення до представленої роботи.

Висновки: Можна говорити про те, що медико-соціальні та соціально-економічні наслідки від дії стресорів, обумовлених нестабільною суспільно-політичною ситуацією та проведенням АТО-ООС, поширюються як на окремих осіб, так і на все населення нашої країни. Найбільш гостро страждають від цих процесів ветерани та учасники бойових дій та їх оточення (родина, друзі, колеги по роботі тощо). На державному рівні діє низка

нормативно-правових актів, що сприяють соціальній адаптації цих категорій населення та наданню їм медико-психологічної допомоги. Організаційна структура закладів та спеціалістів, що надають медичну та психологічну допомогу учасникам бойових дій та членам їх сімей, представлена центрами реабілітації учасників АТО-ООС, штатними психологами в закладах охорони здоров'я та різноманітними волонтерськими та громадськими організаціями, до питань соціальної адап-

тації додатково залучені державні соціальні служби. Проте для підвищення ефективності психосоціальної допомоги в подальшій адаптації в соціумі ветеранам та учасникам бойових дій та досягнення максимального медичного, соціального та економічного ефекту від використання виділених державою коштів необхідно запровадити адресний підхід в реформуванні соціальних та медичних послуг, забезпечення орієнтації на потреби пацієнта з урахуванням його життєвих обставин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Буряк О.О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О.О. Буряк, М.І. Гіневський, Г.Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. - 2015. - Вип. 2(43). - С. 176-181.
2. Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників анти-терористичної операції [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://dsvv.gov.ua/aktualni-pytannya/rozyasnennya-sluzhby-sotsialna-ta-profesijna-adaptatsiya-uchasnykivato.html>
3. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції [Електронний ресурс] / М.М. Матяш, Л.І. Худенко // Український медичний часопис. — 2014. — № 6(104).
4. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілашчук. — Чернівці: Технодрук, 2014. - 133 с.
5. Росінський Г.С. До проблеми порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників антитерористичної операції / Г.С. Росінський // Психосоціальна реабілітація постраждалих і перемещених із зони АТО на базі центра психосоціальної реабілітації дітей і підлітків «Фельдман Екопарк»: мат-лы научно-практ. конф. (12–13 октября 2016 г.). — Харьков, 2016. — С. 58-59.
6. Шестопалова Л.Ф. Дослідження особливостей постстресового реагування у військовослужбовців, які перебували в зоні АТО / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова, О.О. Бородавко // Психосоціальна реабілітація постра-

- давших і перемещених із зони АТО на базі центра психосоціальної реабілітації дітей і підлітків «Фельдман Екопарк»: мат-лы научно-практ. конф. (12–13 октября 2016 г.). — Харьков, 2016. — С. 67-69.
7. Черненко І.І., Чухно І.А. Сучасні методи психологічної терапії хворих із посттравматичними стресовими розладами в контексті їх медико-соціального значення / І.І. Черненко, І.А. Чухно // Международный неврологический журнал. — 2017. — № 5 (91). — С. 112-115.
8. Черненко І.І., Чухно І.А. Методи психологічної терапії хворих із посттравматичними стресовими розладами в контексті їх медико-соціального значення / І.І. Черненко, І.А. Чухно // Международный неврологический журнал. — 2017. — № 6 (92). — С. 127-131.
9. Черненко І.І., Чухно І.А. Медико-соціальні наслідки перенесеної бойової черепно-мозкової травми / І.І. Черненко, І.А. Чухно // International Journal of Innovative Technologies in Social Science. — 2018. — 1(5) February. — С. 26-29.
10. Geller, S. & Porges, S. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 24, No. 3, 178–192
11. Grand, D. (2014), Brainspotting, Kirzharten: VAK. Grunwald, M. (2014). Reden reicht nicht, in: Bohne M. et al. Reden reicht nicht?!, Heidelberg 2016: Carl Auer Verlag, S. 48-60
12. Herold A. (2015), Neurogenic Tremor through TRE Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises according to D. Berclini in the treatment of post-traumatic stress disorder, in: Psychological Counseling and Psychotherapy, vol, 2, issue 1-2, Kharkiv National University, Ukraine, 76-84

Стаття надійшла до редакції 20.09.2023

Стаття рекомендована до друку 20.10.2023

REFERENCES

- Buryak O.O. Viijs'kovij sindrom «ATO»: aktual'nist' ta shlyahi virishennya na derzhavnomu rivni / O.O. Buryak, M.I. Ginevs'kij, G.L. Katerusha // Zbirnik naukovih prac' Harkivs'kogo universitetu Povitryanih Sil. - 2015. - Vip. 2(43). - S. 176-181 [in ukr].
- Derzhavna sluzhba Ukraini u spravah veteraniv vijni ta uchasnivik antiteroristichnoji operacii [Elektronnij resurs]. — Rezhim dostupu: <http://dsvv.gov.ua/aktualni-pytannya/rozyasnennya-sluzhby-sotsialna-ta-profesijna-adaptatsiya-uchasnykivato.html> [in ukr]
- Matyash M.M. Ukrain's'kij sindrom: osoblivosti posttravmatichnogo stresovogo rozladu v uchasnivik antiteroristichnoji operacii [Elektronnij resurs] / M.M. Matyash, L.I. Hudenko // Ukrain's'kij medichnij chasopis. — 2014. — № 6(104) [in ukr]
- Profilaktika posttravmatichnih stresovih rozladiv: psihologichni aspekti. Metodichnij posibnik / Upor.: D.D. Romanov's'ka, O.V. Ilashchuk. — Chernivci: Tekhnodruk, 2014. - 133 s. [in ukr]
- Rosins'kij G.S. Do problemi porushennya zdorov'ya sim'i demobilizovanih vijs'kovosluzhbovciv - uchasnivik antiteroristichnoji operacii / G.S. Rosins'kij // Psihosocial'naya reabilitacija postradavshih i peremeshchennyh iz zony ATO na baze

- centra psihosocial'noj reabilitacii detej i podrostkov «Fel'dman Ekopark»: mat-ly nauchno-prakt. konf. (12–13 oktyabrya 2016 g.). - Kharkiv, 2016. - S. 58-59. [in ukr]
- Shestopalova L.F. Doslidzhennya osoblivostej poststresovogo reaguvannya u vijs'kovosluzhbovciv, yakij перебували в зоні АТО / L.F. Shestopalova, V.A. Kozhevnikova, O.O. Borodavko // Psihosocial'naya reabilitacija postradavshih i peremeshchennyh iz zony ATO na baze centra psihosocial'noj reabilitacii detej i podrostkov «Fel'dman Ekopark»: mat-ly nauchno-prakt. konf. (12–13 oktyabrya 2016 g.). - Kharkiv, 2016. - S. 67-69. [in ukr]
- Chernenko I.I., Chukhno I.A. Suchasni metodi psihologichnoji terapii hvorih iz posttravmatichnimi stresovimi rozladami v konteksti ih mediko-social'nogo znachennya / I.I. Chernenko, I.A. Chukhno // Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal. — 2017. — № 5 (91). — S. 112-115. [in ukr]
- Chernenko I.I., Chukhno I.A. Metodi psihologichnoji terapii hvorih iz posttravmatichnimi stresovimi rozladami v konteksti ih mediko-social'nogo znachennya / I.I. Chernenko, I.A. Chukhno // Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal. — 2017. — № 6 (92). — S. 127-131. [in ukr]

Chernenko I.I., Chukhno I.A. Mediko-social'ni naslidki perenesenoї bojovoї cherepno-mozkovoї travmi / I.I. Chernenko, I.A. Chukhno // International Journal of Innovative Technologies in Social Science. – 2018. – 1(5) February. – S. 26-29. [in ukr]

Geller, S. & Porges, S. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 24, No. 3, 178–192

The article was received by the editors 20.09.2023

The article is recommended for printing 20.10.2023

Grand, D. (2014). *Brainspotting*, Kirchzarten: VAK. Grunwald, M. (2014). *Reden reicht nicht*, in: Bohne M. et al. *Reden reicht nicht?!*, Heidelberg 2016: Carl Auer Verlag, S. 48-60

Herold A. (2015). Neurogenic Tremor through TRE Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises according to D. Bercei in the treatment of post-traumatic stress disorder, in: *Psychological Counseling and Psychotherapy*, vol. 2, issue 1-2, Kharkiv National University, Ukraine, 76-84

DYNAMICS OF THE DEVELOPMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) IN COMBAT PARTICIPANTS AFTER COMBAT BRAIN INJURY

Chernenko Inna

V. N. Karazin's Kharkiv National University, sq. Svobody, 4, Kharkiv, Ukraine, 61022

cher.innushta@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-4239-862X

Fomenko Yuliia

Communal non-commercial enterprise of the Kharkiv Regional Council "Regional Hospital of War Veterans", str. Vrubelya, 42A, Kharkiv, Ukraine

generalova07@ukr.net

Topicality. Participation in hostilities strongly affects all participants and is the cause of various not only neurological, but also mental and psychological disorders. According to official data, fewer servicemen die during hostilities than veterans of the war after its end due to the effects of mental trauma. Post-traumatic stress disorders occupy a significant place in the structure of mental pathology of combatants - delayed long-term reactions to extreme events not associated with organic brain damage are observed over a long period of time and can cause significant changes in personality and behavior.

The purpose of the study was to determine the factors that traumatize the psyche of combatants during a long stay in a specific state of «combat stress», which has a positive effect during the battle, and after its end, as a rule, negatively.

Materials and methods. Veterans and participants in hostilities in the ATO-OSO- zone were examined and treated on the department of neurological at the base of the Regional hospital for war veterans, Kharkiv from 2014 to 2021. To conduct the study, patients were divided into groups depending on the severity of the disease. received combat wound, representative by age and sex.

Group I - 100 men (25-45 years old) with mild TBI (brain concussion), Group II - 100 men (25-45 years old) with TBI of medium severity (brain contusion combined with acubarotrauma), Group III - 80 men (25-45 years old) with severe TBI (contusion and compression of the brain, formation of intracranial hematomas).

Psychological measures used by hospital psychologists in their work:

1. Individual work: consultations, psychoeducation, psychotherapy, psychocorrection, behavior correction, awareness and assimilation of new experience, body-oriented therapy (TRE, TTT, Brainspotting, Soma-system, synchronization of cerebral hemispheres, stabilization of emotional state), art. therapy, psychodiagnostics, post-induction, reframing (correction of attitudes); formation of state control skills, breathing exercises, formation of self-reflection skills.

2. Group work: group psychotherapy (only with veterans and only in small groups), group body-oriented therapy and group art therapy.

Conclusions. It can be said that the medical, social and socio-economic consequences of stress factors caused by the unstable socio-political situation and the conduct of anti-terrorist operations are spread both to individuals and to the entire population of our country. Veterans and combatants and their entourage (family, friends, work colleagues, etc.) suffer the most from these processes. At the state level, there are a number of regulatory and legal acts that contribute to the social adaptation of these categories of the population and the provision of medical and psychological assistance to them. The organizational structure of institutions and specialists who provide medical and psychological assistance to combatants and members of their families is represented by rehabilitation centers for ATO-OSO participants, full-time psychologists of health care institutions, various volunteer and public organizations; state bodies are additionally involved in issues of social adaptation of social services.

Key words: *combat craniocerebral injury, ATO-OSO zone, post-traumatic stress disorder, methods of psychological assistance.*

ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ ТА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

до міжнародного науково-практичного 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.

Наукове видання

ПСИХІАТРІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Міжнародний науково-практичний журнал

Випуск 22

Українською та англійською мовами

Підписано до друку 27.12.2023. Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 7,11. 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