

ISSN 2411-166X (Online)

ISSN 2312-5675 (Print)



ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені В. Н. КАРАЗИНА  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени В. Н. КАРАЗИНА  
V. N. KARAZIN KHARKIV NATIONAL UNIVERSITY

**Психіатрія, неврологія та медична психологія**  
**Психиатрия, неврология и медицинская психология**  
**Psychiatry, Neurology and Medical Psychology**

Міжнародний  
науково-практичний журнал

**№ 10**

Заснований 2014 р.

Харків  
2018

## ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:

**В. І. Пономарьов** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

**Є. Г. Дубенко** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Заслужений діяч науки України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна – відповідальний редактор

**О. С. Кочарян** (Україна) – д.психол.н., професор, академік АНВО України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**М. І. Яблучанський** (Україна) – д.мед.н., професор, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**В. А. Абрамов** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

**І. О. Бабюк** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, дійсний член Нью-Йоркської АН, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

**В. С. Бітенський** (Україна) – д.мед.н., професор, член-кор. НАМН України

**С. К. Євтушенко** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Заслужений діяч науки і техніки України, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

**С. Д. Максименко** (Україна) – д.психол.н., професор, академік АНВО України, академік НАПН України, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

**К. В. Аймедов** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Одеський національний медичний університет МОЗ України

**М. О. Бохан** (Росія) – д.мед.н., професор, член-кор. РАМН, Заслужений діяч науки РФ, НДІ психічного здоров'я СВ РАМН, Томський державний університет

**В. А. Вербенко** (Україна) – д.мед.н., професор, Державний медичний університет імені С. І. Георгієвського

**С. Ф. Глузман** (Україна) – Асоціація психіатрів України, Українсько-американське бюро захисту прав людини, Міжнародний медичний реабілітаційний центр для жертв війни та тоталітарних режимів

**І. А. Григорова** (Україна) – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, академік УАН, Харківський національний медичний університет

**М. Дабковський** (Польща) – MD, PhD, Університет Миколи Коперника

**Р. О. Євстегнеєв** (Білорусь) – д.мед.н., професор, Білоруська психіатрична асоціація, Білоруська медична академія післядипломної освіти

**О. Ф. Іванова** (Україна) – д.психол.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**В. М. Краснов** (Росія) – д.мед.н., професор, ФГБУ «Московський науково-дослідний інститут психіатрії» МОЗ Росії, ГБОУ ВПО «Російський національний дослідницький медичний університет ім. М. І. Пирогова»

**Н. І. Кривоконь** (Україна) – д.психол.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**І. В. Кряж** – д.психол.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Т. А. Літовченко** (Україна) – д.мед.н., професор, Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

**Н. Г. Михановська** (Україна) – д.м.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**В. Д. Мішиєв** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України

**О. Г. Морозова** (Україна) – д.мед.н., професор, Харківська медична академія післядипломної освіти

**М. Мусалек** (Австрія) – MD, Інститут соціальної естетики і психічного здоров'я, Університет імені Зігмунда Фрейда

**А. О. Наку** (Молдова) – д.мед.н., професор, Державний університет медицини та фармації імені М. Тестеміану

**Б. В. Михайлов** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Харківська медична академія післядипломної освіти

**О. К. Напрєєнко** (Україна) – д.мед.н., професор, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України

**І. Я. Пінчук** (Україна) – д.мед.н., Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**І. К. Сосін** (Україна) – д.мед.н., професор, Заслужений винахідник України, Харківська медична академія післядипломної освіти

**С. І. Табачников** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**О. С. Чабан** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**А. П. Чуприк** (Україна) – д.мед.н., професор, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України

**С. І. Шкробот** (Україна) – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, Тернопільський державний медичний університет імені І. Горбачевського

**Л. М. Юр'єва** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України та Української АН, Дніпровська державна медична академія

**М. М. Одинак** (Росія) – д.мед.н., професор, член-кор. РАМН, Заслужений лікар РФ, ФДБВОУ ВПО «Військово-медична академія імені С. М. Кірова» МО РФ

**Ю. В. Попов** (Росія) – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки РФ, Санкт-Петербурзький психоневрологічний НДІ імені В. М. Бехтерева

**В. Ф. Простомолотов** (Україна) – д.мед.н., професор, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

**Р. Пташек** (Чехія) – PhD, Карлів університет

**Н. Г. Пшук** (Україна) – д.мед.н., професор, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**О. А. Ревенко** (Україна) – д.мед.н., Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**С. В. Римша** (Україна) – д.мед.н., професор, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**В. З. Ротшильд-Варібрус** (Україна) – к.мед.н., Ротшильдівська академія наук

**О. І. Сердюк** (Україна) – д.мед.н., професор, Харківська медична академія післядипломної освіти

**О. А. Скоромець** (Росія) – д.мед.н., професор, академік ЕА АМН, член-кор. РАМН, Перший Санкт-Петербурзький державний медичний університет імені акад. І. П. Павлова

**А. М. Скрипніков** (Україна) – д.мед.н., професор, Українська медична стоматологічна академія

**М. Л. Смульсон** (Україна) – д.психол.н., професор, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

**О. О. Фільц** (Україна) – д.мед.н., професор, Національний медичний університет імені Д. Галицького

**М. Фріцше** (Швейцарія) – PhD, Клініка внутрішньої медицини

**В. Хабрат** (Польща) – PhD, Інститут психіатрії та неврології Республіки Польща

**Х. Херрман** (Австралія) – MD, Мельбурнський університет

**Т. В. Чернобровкіна** (Росія) – д.мед.н., професор, Інститут підвищення кваліфікації МОЗ РФ, Російський державний медичний університет

**В. В. Чугунов** (Україна) – д.мед.н., професор, Запорізький державний медичний університет

**В. К. Шамрей** (Росія) – д.мед.н., професор, ФДБВОУ ВПО «Військово-медична академія імені С. М. Кірова» МО РФ

Затверджено до друку рішенням  
Вченої ради Харківського національного  
університету імені В. Н. Каразіна  
(протокол №12 від 26.11.2018).

Статті пройшли внутрішнє  
та зовнішнє рецензування.

Свідчення про державну реєстрацію  
КВ № 20696 – 10496Р від 17.04.2014.

### Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України:

- у галузі психологічних наук (Наказ МОН України № 747 від 13.07.2015);
- у галузі медичних наук (Наказ МОН України № 515 від 16.05.2016).

### Журнал представлено у таких наукометричних базах та пошукових системах:

- Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського;
- Наукова періодика Каразинського університету;
- РИНЦ.

### Адреса редакції:

Харківський національний університет імені  
В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, кімн. 605,  
м. Харків, 61022, Україна.  
Тел.: +38 057 705 11 71.

E-mail: journal@psychiatry-neurology.org;  
www.psychiatry-neurology.org.

© Харківський національний університет  
імені В. Н. Каразіна,  
оформлення, 2017.

## EDITOR-IN-CHIEF:

**V. I. Ponomaryov** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University

## EDITORIAL BOARD:

**E. G. Dubenko** (Ukraine) – MD, Professor, Honored Worker of Science of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University – executive editor

**A. S. Kocharyan** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine)

**N. I. Yabluchanskiy** (Ukraine) – MD, Professor, V. N. Karazin Kharkiv National University

**V. A. Abramov** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Donetsk National Medical University

**I. A. Babyuk** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Member of the New York Academy of Sciences, Donetsk National Medical University

**V. S. Bitenskiy** (Ukraine) – MD, Professor, corresponding member of NAMS of Ukraine

**O. S. Chaban** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine

**A. P. Chuprikov** (Ukraine) – MD, Professor, P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine

**S. K. Evtushenko** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Donetsk National Medical University

**S. D. Maksimenko** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Academician of NAES of Ukraine, G.S. Kostyuk Institute of Psychology, NAPS of Ukraine

**B. V. Mikhaylov** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**A. K. Napreenko** (Ukraine) – MD, Professor, O. O. Bogomolets National Medical University

**I. Y. Pinchuk** (Ukraine) – MD, Professor, Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine

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

**I. K. Sosin** (Ukraine) – MD, Professor, Honored inventor of Ukraine, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**S. I. Tabachnikov** – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine, Ukraine)

**L. N. Yuryeva** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, State Establishment “Dnipro Medical Academy”

## ADVISORY EDITORIAL BOARD:

**C. V. Aymedov** (Ukraine) – MD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Odesa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine

**N. A. Bokhan** (Russia) – MD, Professor, corresponding member of RAMS, Honored Worker of Science of RF, Research Institute of Mental Health SB RAMS, Tomsk State University

**V. Chabrat** – PhD, Institute of Psychiatry and Neurology, Poland)

**T. V. Chernobrovkina** (Russia) – MD, Professor, Institute for Advanced Studies of Health Ministry, Russian State Medical University

**V. V. Chugunov** (Ukraine) – MD, Professor, Zaporozhye State Medical University

**M. Dabkowski** (Poland) – MD, PhD, Nicolaus Copernicus University

**R. A. Evstegneev** (Belarus) – MD, Professor, Belarusian Psychiatric Association, Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

**A. O. Filts** (Ukraine) – MD, Professor, D. Galitsky National Medical University

**M. Fritzsche** (Switzerland) – PhD, Practice of Internal Medicine

**S. F. Gluzman** (Ukraine) – Association of Psychiatrists of Ukraine, Ukrainian-American Human Rights Bureau, Medical Rehabilitation Center for the Victims of Wars and Totalitarian Regimes

**I. A. Grigорова** (Ukraine) – MD, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Academician of UAS, V. N. Karazin Kharkiv National University

**H. Herrman** (Australia) – MD, The University of Melbourne

**O. F. Ivanova** (Ukraine) – MD, V. N. Karazin Kharkiv National University

**V. N. Krasnov** (Russia) – MD, Professor, FSBO “Moscow Research Institute of Psychiatry” Russian Ministry of Health, Pirogov Russian National Research Medical University, RNRMU)

**I. V. Kryazh** (Ukraine) – MD, V. N. Karazin Kharkiv National University

**N. I. Kryvokon** (Ukraine) – MD, Professor, V. N. Karazin Kharkiv National University

**T. A. Litovchenko** (Ukraine) – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**N. G. Mikhanovskaya** (Ukraine) – MD, V. N. Karazin Kharkiv National University

**V. D. Mishiev** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine

**O. G. Morozova** (Ukraine) – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**M. Musalek** (Austria) – MD, Institute Social Aesthetics and Mental health, Sigmund Freud University

**A. A. Naku** (Moldova) – MD, Professor, N. Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy

**M. M. Odinak** (Russia) – MD, Professor, Corresponding Member of the RAMS, Honorary Doctor of Russia, S. M. Kirov Military Medical Academy

**Y. V. Popov** (Russia) – MD, Professor, Honored Worker of Science of RF, V. M. Bekhterev St. Petersburg Neuropsychiatric Research Institute

**V. F. Prostomolotov** (Ukraine) – MD, Professor, I. I. Mechnikov Odesa National University

**N. G. Pshuk** (Ukraine) – MD, Professor, N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University

**R. Ptacek** (Czech) – PhD, Charles University

**A. A. Revenok** (Ukraine) – MD, Professor, Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry, Ministry of Health of Ukraine

**S. V. Rimsha** (Ukraine) – MD, Professor, N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University

**V. Z. Rothschild-Varibus** (Ukraine) – PhD, Rothschild Academy of Sciences

**A. I. Serdyuk** (Ukraine) – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**V. K. Shamrey** (Russia) – MD, Professor, S. M. Kirov Military Medical Academy

**A. A. Skoromets** (Russia) – MD, Professor, Academician of the Academy of Medical Sciences, Corresponding Member RAMS, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

**A. N. Skripnikov** (Ukraine) – MD, Professor, Ukrainian Medical Stomatological Academy

**M. L. Smulson** (Ukraine) – MD, Professor, G. S. Kostyuk Institute of Psychology, NAPS of Ukraine

**V. A. Verbenko** (Ukraine) – MD, Professor, S. I. Georgievsky Crimea State Medical University

Approved for print by the decision of the Academic Council of V. N. Karazin Kharkiv National University (protocol #12 from 26.11.2018).

All articles have been reviewed. Certificate of state registration KB № 20696–10496P from 17.04.2014.

### The magazine is in the list of scientific specialized publications of Ukraine:

– in the field of psychological sciences (the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine № 747 from 13.07.2015);

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

– V.I. Vernadsky National Library of Ukraine  
– Scientific Periodicals of Karazin University  
– Russian Index of Scientific Citation

### Editorial board address:

V. N. Karazin Kharkiv National University, Svobody Sq., 6, Room 605, Kharkiv, 61022, Ukraine. Tel: +38 057 705 11 71.

E-mail: journal@psychiatry-neurology.org; www.psychiatry-neurology.org.

© V. N. Karazin Kharkiv National University, design, 2017.

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

**В. И. Пономарёв** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина)

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Е. Г. Дубенко** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Заслуженный деятель науки Украины, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина — ответственный редактор

**А. С. Кочарян** (Украина) — д.психол.н., профессор, академик АНВО Украины, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Н. И. Яблучанский** (Украина) — д.мед.н., профессор, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**В. А. Абрамов** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

**И. А. Бабюк** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, действительный член Нью-Йоркской АН, Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

**В. С. Битенский** (Украина) — д.мед.н., профессор, член-корр. НАМН Украины

**С. К. Евтушенко** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Заслуженный деятель науки и техники Украины, Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

**С. Д. Максименко** (Украина) — д.психол.н., профессор, академик АНВО Украины, академик НАПН Украины, Институт психологии имени Г. С. Костюка НАПН Украины

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**К. В. Аймедов** (Украина) — д.м.н., профессор, академик АНВО Украины, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

**Н. А. Бохан** (Россия) — д.мед.н., профессор, член-корр. РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, НИИ психического здоровья СО РАМН, Томский государственный университет

**В. А. Вербенко** (Украина) — д.мед.н., профессор (Государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского)

**С. Ф. Глузман** (Украина) — Ассоциация психиатров Украины, Украинско-американское бюро защиты прав человека, Международный медицинский реабилитационный центр для жертв войны и тоталитарных режимов

**И. А. Григорова** (Украина) — д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины, академик УАН, Харьковский национальный медицинский университет

**М. Дабковский** (Польша) — MD, PhD (Университет Николая Коперника)

**Р. А. Евстегаев** (Беларусь) — д.мед.н., профессор, Белорусская психиатрическая ассоциация, Белорусская медицинская академия последипломного образования

**О. Ф. Иванова** (Украина) — д.психол.н., Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**В. Н. Краснов** (Россия) — д.мед.н., профессор, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ России, ФГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова»

**Н. И. Кривоконь** (Украина) — д.психол.н., Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**И. В. Кряж** (Украина) — д.психол.н., Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Т. А. Литовченко** — д.мед.н., профессор, Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

**Н. Г. Михановская** (Украина) — д.м.н. (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина)

**В. Д. Мишиев** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины

**О. Г. Морозова** (Украина) — д.мед.н., профессор, Харьковская медицинская академия последипломного образования

**М. Мусалек** (Австрия) — MD, Институт социальной эстетики и психического здоровья, Университет имени Зигмунда Фрейда

**А. А. Наку** (Молдова) — д.мед.н., профессор, Государственный университет медицины и фармации имени Н. Тестемицану

**Б. В. Михайлов** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Харьковская медицинская академия последипломного образования

**А. К. Напреенко** (Украина) — д.мед.н., профессор, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины

**И. Я. Пинчук** (Украина) — д.мед.н., Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

**И. К. Сосин** (Украина) — д.мед.н., профессор, Заслуженный изобретатель Украины, Харьковская медицинская академия последипломного образования

**С. И. Табачников** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

**О. С. Чабан** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины (Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины)

**А. П. Чуприков** (Украина) — д.мед.н., профессор, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины

**С. И. Шкробот** (Украина) — д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины, Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Горбачевского

**Л. Н. Юрьева** (Украина) — д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Днепропетровская государственная медицинская академия

**М. М. Одинак** (Россия) — д.мед.н., профессор, член-корр. РАМН, Заслуженный врач РФ, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ

**Ю. В. Попов** (Россия) — д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Санкт-Петербургский психоневрологический НИИ им. В. М. Бехтерева

**В. Ф. Простомолотов** (Украина) — д.мед.н., профессор, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

**Р. Пташек** (Чехия) — PhD, Карлов университет

**Н. Г. Пшук** (Украина) — д.мед.н., профессор, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

**А. А. Ревенок** (Украина) — д.мед.н., профессор, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

**С. В. Римша** (Украина) — д.мед.н., профессор, Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

**В. З. Ротшильд-Варибрус** (Украина) — к.мед.н., Ротшильдская академия наук

**А. И. Сердюк** (Украина) — д.мед.н., профессор, Харьковская медицинская академия последипломного образования

**А. А. Скоромец** (Россия) — д.мед.н., профессор, академик ЕА АМН, член-корр. РАМН, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова

**А. Н. Скрипников** (Украина) — д.мед.н., профессор, Украинская медицинская стоматологическая академия

**М. Л. Смутьков** (Украина) — д.психол.н., профессор, Институт психологии имени Г. С. Костюка НАПН Украины

**А. О. Фильц** (Украина) — д.мед.н., профессор, Национальный медицинский университет имени Д. Галицкого

**М. Фрише** (Швейцария) — PhD, Клиника внутренней медицины

**В. Хабрат** (Польша) — PhD, Институт психиатрии и неврологии Республики Польша

**Х. Херрман** (Австралия) — MD, Мельбурнский университет

**Т. В. Чернобровкина** (Россия) — д.мед.н., профессор, Институт повышения квалификации МЗ РФ, Российский государственный медицинский университет

**В. В. Чугунов** (Украина) — д.мед.н., профессор, Запорожский государственный медицинский университет

**В. К. Шамрей** (Россия) — д.мед.н., профессор, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ

### Адрес редакции:

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, площадь Свободы, 6, комн. 605, г. Харьков, 61022, Украина.  
Тел.: +38 057 705 11 71.

E-mail: journal@psychiatry-neurology.org;  
www.psychiatry-neurology.org

© Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, оформление, 2017.

Утверждено к печати решением Ученого совета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина (протокол №12 від 26.11.2018)

Все статьи прошли внутреннее и внешнее рецензирование.

Свидетельство государственной регистрации КВ № 20696–10496Р от 17.04.2014.

### Журнал включен в перечень научных специализированных изданий Украины:

- в области психологических наук (приказ МОН Украины № 747 от 13.07.2015);
- в области медицинских наук (приказ МОН Украины № 515 от 16.05.2016).

### Журнал представлен в следующих наукометрических базах и поисковых системах:

- Национальная библиотека Украины имени В. И. Вернадского;
- Научная периодика Каразинского университета;
- РИНЦ.

## ЗМІСТ

### ПСИХІАТРІЯ

---

- 7 **КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ДЕЗАДАПТАЦІЙНОГО ПІСЛЯБОЙОВОГО СИНДРОМУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УКРАЇНИ У СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ».**  
Данілевська Н.В.
- 13 **СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ОСІБ ІЗ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОЮ ОБТЯЖЕНІСТЮ».**  
Казаков В. Є.

### НЕВРОЛОГІЯ

---

- 18 **ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ КОГНІТИВНОЇ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕР НА ТЛІ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ПРОЦЕСІ ВІДНОВЛЕННЯ СВІДОМОСТІ .**  
О.В. Кулик, О.Ф. Майданник
- 24 **ДИНАМІКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ З ВЕРТЕБРАЛЬНО–БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ПАТОБІОМЕХАНІЧНИМИ ЗМІНАМИ ОПОРНО–РУХОВОГО АПАРАТУ НА ТЛІ КОМПЛЕКСНОЇ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ.**  
Морозова О. Г., Ярошевський О. А., Логвіненко Г. В
- 31 **КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З МІГРЕННЮ БЕЗ АУРИ ТА ХРОНІЧНОЮ МІГРЕННЮ.**  
Романенко Ю.І., Григорова І.А., Романенко І.Ю., Романенко І.В.
- 38 **АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП.**  
Сухоносова О.Ю.

### НАРКОЛОГІЯ

---

- 44 **СПЕЦИФІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, РІЗНИМ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ТА РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ**  
Гапонов К. Д.

### МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

---

- 54 **ОСОБЛИВОСТІ ФРУСТРАЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ**  
Адбрыхімов Р. А.
- 62 **МЕХАНІЗМИ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ (МЕНТАЛЬНИХ) ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА**  
Бабалян В. О.



- 72 ПАТЕРНИ КОПІНГА ЩОДО НОЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОЕНДОКРИННИМ СИНДРОМОМ.  
Ищук В.В.
- 77 ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ТА МЕЖОВИМИ РОЗЛАДАМИ  
Кнігавко О.В.
- 87 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМБАТАНТІВ ТА ЇХ ДРУЖИН З РІЗНИМ СТАНОМ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПОДРУЖНИМИ СТОСУНКАМИ.  
Маркова М.В., Росінський Г. С.
- 97 ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ АДАПТАЦІЇ ТА МОТИВАЦІЇ ДО УЧБОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.  
Пономарьов В.І., Вовк В.І., Сукачова О.М., Міщенко О.М., Суворова-Григорович Г.О., Черненко М.Є., Волошина Д.М.
- 102 ПСИХОСОМАТИЧНІ КОРЕЛЯТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ.  
Сидоренко О. О.
- 108 ПОВЕДІНКОВІ ПАТЕРНИ В ҐЕНЕЗІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ МОЛОДІЖНИХ СУБКУЛЬТУР ПІДЛІТКОВО-ЮНАЦЬКОГО ВІКУ.  
Челахова А. С.
- 118 ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОЛОГІЇ .  
Яворська Т. П.

## **ТЕРАПІЯ**

---

- 125 ДО ПИТАННЯ ПРО АРХІТЕКТУРУ СИСТЕМ ПСИХОТЕРАПІЇ  
Курило В. О.
- 130 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

# КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ДЕЗАДАПТАЦІЙНОГО ПІСЛЯБОЙОВОГО СИНДРОМУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УКРАЇНИ У СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ

Н. В. Данілевська

Данілевська Наталя Володимирівна

Запорізький державний медичний університет МОЗ України, вул. Сєдова, 31, м. Запоріжжя, 69035, Україна  
e-mail: ddl@ukr.net; ORCID: 0000-0002-7854-9007

## Анотація.

Метою дослідження стало встановлення клінічних особливостей соціально-дезадапційного післябойового синдрому як одного з психопатологічних станів, асоційованих з участю у бойових діях. Задля реалізації поставленої мети, було обстежено 482 військовослужбовців України, які брали участь в АТО/ООС та звернулися за психіатричною допомогою. У рамках дослідження використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичні методи дослідження. В процесі дослідження було встановлено, що 15% військовослужбовців об'єднувала наявність певної групи симптомів, які за їх клініко-психопатологічним континуумом та етіо-динамічними особливостями стало можливим об'єднати в єдиний синдром, який отримав назву «соціально-дезадапційний післябойовий синдром». При даному синдромі превалюють експлозивність, лабільність емоцій та настрою, дисфоричність, емоційне напруження, конфліктність, неконформність, егоцентризм, підвищене відчуття справедливості, які виникали через деякий час після повернення комбатанта з зони бойових дій. Дослідження встановило, що за своїм дебютом даний синдром можна було б віднести до групи розладів відстроченої реакції на стрес, втім, це не дозволяє встановити той факт, що основним етіологічним чинником патологічного стану є дезадаптація у соціальному середовищі, яка викликана відчуженням та дисгармонійним сприйняттям цивільного побуту та асоційованого з ним інформаційного простору особою, яка стикнулася з реаліями бойової обстановки та виробила адаптаційні механізми до неї. Ще одним етіологічним компонентом даного синдрому є збережене, після перебування в зоні бойових дій, емоційне напруження, яке впливає на сприйняття оточення. Не останньою етіологічною складовою соціально-дезадапційного післябойового синдрому є інформаційний компонент «гібридної війни» та його наслідки, відображені у вербально-поведінкових практиках цивільного населення. Нівелювання соціально-дезадапційного післябойового синдрому відбувалося самостійно, одразу при поверненні до зони бойових дій або, у разі тривалого часу перебування у цивільному середовищі, вкрай повільно та за умов лікування. Виділення та встановлення клінічних особливостей соціально-дезадапційного післябойового синдрому дозволяє розширити уявлення про психопатологічні стани з групи бойової психічної травми; втім, даний психопатологічний стан потребує подальшого аналізу та дослідження.

## Ключові слова:

соціально-дезадапційний післябойовий синдром, бойова психічна травма, комбатанти, військовослужбовці України, бойові дії, АТО, ООС.

## CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND DYNAMIC FEATURES OF SOCIALLY-DISADAPTATIVE POST-COMBAT SYNDROME IN THE MILITARY PERSONNEL OF UKRAINE IN MODERN REALITIES

### Abstract.

The aim of the study was to establish the clinical features of the Socially-Disadaptative Post-Combat syndrome as one of the psychopathological states associated with participation in hostilities. To achieve this aim, 482 Ukrainian military personnel who took part in the anti-terrorist operation / Joint Force Operation and requested psychiatric assistance had examined. As part of the study, clinical, anamnestic, psychopathological, psychodiagnostic, follow-up, statistical research methods had used. In the course of the study, it was found that 15% of servicemen combined the presence of a certain group of symptoms, which, due to their clinical-psychopathological continuum, etiology and dynamics features, became possible to combine into a single syndrome, called the "Socially-Disadaptative Post-Combat syndrome". With this syndrome, the explosiveness, the lability of emotions and moods, dysphoria, emotional stress, conflict, non-conformal, egocentrism, an increased sense of justice, which arose some time after the

return of the combatant from the combat zone, prevail. The study found that the debut of this syndrome could be attributed to the group of delayed stress response disorders, but this does not allow the following fact: the main etiological factor of the pathological condition is maladjustment in the social environment, which is caused by alienation and disharmonious perception of civilian life and its associated information space of a person who is faced with the realities of the combat situation and has developed adaptation mechanisms to it. Another etiological component of this syndrome is the emotional stress that has remained after being in a combat zone, which affects the perception of the environment. Not the last etiological component of the Socially-Disadaptative Post-Combat syndrome is the informational component of the "hybrid war" and its consequences, reflected in the verbal and behavioral practices of the civilian population. The elimination of the Socially-Disadaptative Post-Combat syndrome took place on its own immediately upon the return of servicemen to the combat zone or, in the case of a long period of stay of servicemen in a civilian environment, extremely slowly and in the conditions of treatment. The identification and establishment of the clinical features of the Socially-Disadaptative Post-Combat syndrome has expanded the understanding of the psychopathological states from the Combat stress reaction group; however, this psychopathological condition requires further analysis and research.

**Key words:** Socially-Disadaptative Post-Combat syndrome, Combat stress reaction, combatants, Ukrainian military, combat operations, anti-terrorist operation, Joint Forces Operation.

### КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ДЕЗАДАПТАЦИОННОГО ПОСЛЕБОВОГО СИНДРОМА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ УКРАИНЫ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ.

**Анотація.** Целью исследования стало установление клинических особенностей социально-дезадапционного послебоевого синдрома как одного из психопатологических состояний, ассоциированных с участием в боевых действиях. Для реализации поставленной цели были обследованы 482 военнослужащих Украины, которые принимали участие в АТО/ООС и обратились за психиатрической помощью. В рамках исследования применяли клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, психодиагностический, катamnестический, статистические методы исследования. В ходе исследования было установлено, что 15% военнослужащих объединяло наличие определенной группы симптомов, которые по их клинико-психопатологическому континууму и этио-динамическим особенностям, стало возможным объединить в единый синдром, получивший название «социально-дезадапционный послебоевой синдром». При данном синдроме преобладают эксплозивность, лабильность эмоций и настроения, дисфоричность, эмоциональное напряжение, конфликтность, неконформность, эгоцентризм, повышенное чувство справедливости, которые возникали через некоторое время после возвращения комбатанта из зоны боевых действий. Исследование установило, что по своему дебюту, данный синдром можно было бы отнести к группе расстройств отсроченной реакции на стресс, впрочем, это не позволяет установить тот факт, что основным этиологическим фактором патологического состояния является дезадаптация в социальной среде, которая вызвана отчуждением и дисгармоничным восприятием гражданского быта и ассоциированного с ним информационного пространства лицом, столкнувшимся с реалиями боевой обстановки и выработавшим адаптационные механизмы к ней. Еще одним этиологическим компонентом данного синдрома является сохранившееся после пребывания в зоне боевых действий эмоциональное напряжение, которое влияет на восприятие окружающего. Не последней этиологической составляющей социально-дезадапционного послебоевого синдрома является информационный компонент «гибридной войны» и его последствия, отраженные в вербально-поведенческих практиках гражданского населения. Нивелирование социально-дезадапционного послебоевого синдрома происходило самостоятельно, сразу при возвращении в зону боевых действий или, в случае длительного времени пребывания в гражданской среде, крайне медленно и в условиях лечения. Выделение и установление клинических особенностей социально-дезадапционного послебоевого синдрома позволило расширить представление о психопатологических состояниях из группы боевой психической травмы; впрочем, данное психопатологическое состояние требует дальнейшего анализа и исследования.

**Ключові слова:** соціально-дезадапційний післябоевий синдром, бойова психічна травма, комбатанти, військовослужбовці України, бойові дії, АТО, ООС.



Актуальність дослідження. З початком залучення військовослужбовців до участі в Антитерористичній операції/Операції об'єднаних сил (АТО/ООС) на території України, проблема асоційованих із бойовими діями психічних порушень, набула підвищеної актуальності для українського суспільства та медичної галузі [1, 2].

В першій половині ХХ сторіччя, переважно з часу залучення військового контингенту США до війни у В'єтнамі, дослідники звернули увагу на те, що у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, виникала психопатологічна симптоматика, яка не укладалася в чинні, на той час, критерії відомих психічних захворювань. Одне з таких порушень, у наступному, було внесено до американського Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) та Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) під назвою «Посттравматичний стресовий розлад». Втім, ним не вичерпуються всі психопатологічні прояви нозологічного і синдромологічного рівня, групою ризику виникнення, яких виступають переважно особи, які були залучені до участі у бойових діях. Означені психопатологічні порушення, у даний час, об'єднані у поняття бойової психічної травми (combat stress reaction) [3 – 7].

Незаперечно, що кожний воєнний конфлікт, внаслідок наявності притаманного лише йому комплексу психотравмуючих чинників та їх специфічного поєднання, не лише накладає певний відбиток на існуючі психічні розлади, асоційовані із бойовими діями, призводячи до модифікації їх клінічної картини, але й провокує виникнення нових, до того не спостережуваних психічних порушень.

Бойові дії в Україні не відповідають класичним закономірностям ведення війни та відрізняються неконвенційним, гібридним характером зі значною часткою компоненту «інформаційної війни» як одного з засобів впливу на об'єкт агресії, що очікувано накладає певний відбиток на, спричинені участю у бойових діях, психічні порушення у комбатантів [1, 8, 9].

Так, вже відстежено, що ПТСР у військовослужбовців України має певні відмінності від класичного опису розладу [10 – 12]. Втім, інші специфічні психопатологічні прояви, асоційовані з участю в АТО/ООС залишаються недослідженими.

Мета дослідження – встановити клінічні особливості соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому як одного з психопатологічних станів, асоційованих з участю у бойових діях.

Матеріали дослідження. На базі Запорізького військового госпіталю та кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України, з дотриманням принципів біоетики та деонтології та за умов усвідомленої інформованої згоди, було обстежено 482 військовослужбовці України, які брали участь в АТО/ООС та звернулися за психіатричною допомогою.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. За результатами дослідження було встановлено, що у 73 військовослужбовців (15,15%) наявна психопатологічна симптоматика відрізнялась своєю взаємоподібністю і могла бути об'єднана за сталістю, ізольованістю і схожістю клінічної картини в одну групу психопатологічних симптомів, яка за своєю структурою, не була ідентичною класичним психопатологічним синдромам або психічним розладам.

Структурним наповненням досліджуваного психопатологічного стану у всіх випадках виступали: експлозивність, лабільність емоцій та настрою, дисфоричність, емоційне напруження, конфліктність, неконформність, егоцентризм, підвищене відчуття справедливості, які призводили до соціальної та/або особистісної дезадаптації комбатантів.

То ж, доцільно було об'єднати дану групу симптомів у окремий психопатологічний синдром, який отримав назву «соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром».

Порушення сну у вигляді труднощів засинання, «поверхневого сну», частих нічних прокидань, скорочення добової тривалості сну, неприємних сновидінь діагностувалися у 69 військовослужбовців (94,52%), у яких виявлявся соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром; втім, етіологічно не всі випадки дисомнії можна було однозначно пов'язати з досліджуваним станом.

Соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром відрізнявся специфічним початком розвитку: після повернення військовослужбовців із зони АТО/ООС на тлі зіткнення з цивільним побутом та розширення соціальних

контактів із цивільними особами.

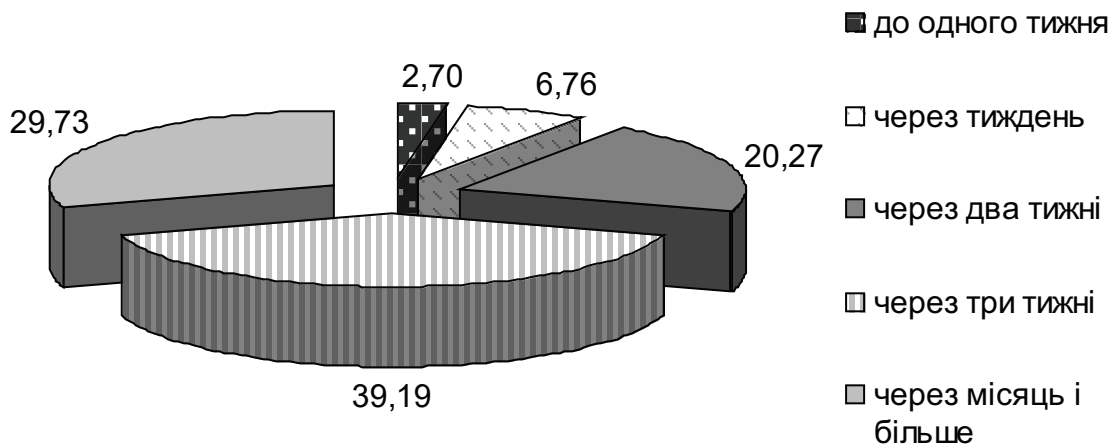
У більшості випадках, симптоми соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому поєднувалися з мимовільним порівнянням комбатантами окремих компонентів побуту та міжособистісної взаємодії у цивільному середовищі з наявними у зоні АТО/ООС з наданням переваги останнім (38 осіб – 52,05%) або бажанням повернутися до зони АТО/ООС, як більш психологічно комфортного середовища у контексті міжособистісної взаємодії (25 осіб – 34,25%).

Згідно з клініко-анамнестичного дослідження, перші прояви соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому у 2 осіб (2,70%) дебютували в перші дні після повернення комбатантів із зони бойових дій, у 5 осіб (6,76%) – через тиждень, у 15 осіб (20,27%) – через два тижні, у 29 осіб (39,19%) – через три тижні, у 22 осіб (29,73%) – через місяць і більше (рис. 1).

Втім, відсутність вищеописаного ізольованого континууму психопатологічної симптоматики у військовослужбовців, які безпосередньо не залучалися до участі в бойових діях під час перебування у зоні АТО/ООС, дозволяє віднести досліджуваний психопатологічний стан до групи розладів, асоційованих із участю в бойових діях.

Більш глибоке дослідження з залученням психодинамічного компоненту дозволило встановити наступні, основні етіологічні чинники соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому:

– розвиток стану психологічної дезадаптації у соціальному середовищі, яка викликана відчуженням та дисгармонійним сприйняттям цивільного побуту та асоційованого з ним інформаційного простору особою, яка стикнулася з реаліями бойової обстановки та виробила адаптаційні механізми до неї;



**Рис. 1.** Час дебюту соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому після повернення комбатантів із зони АТО/ООС (%)

Таким чином, більша частота дебюту соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому припадала на проміжок часу від трьох до чотирьох тижнів після повернення із зони АТО/ООС.

За своїм дебютом, досліджуваний синдром, можна було б віднести до групи розладів відстроченої реакції на стрес, втім, це не дозволяє встановити той факт, що всі військовослужбовці з проявами соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому, пов'язували погіршення психологічного самопочуття виключно з позабойовими факторами та чинниками, наявними поза зоною АТО/ООС.

– збережене, після перебування в зоні бойових дій, емоційне напруження, яке впливає на психоемоційне сприйняття оточення та відповідь на нього. Провокаційні чинники, які за звичайних умов є «підпороговими», сприймаються більш гостро, до рівня психотравмуючих;

– різкий, прірвоподібний контраст побутового та інформаційного простору й життєдіяльності, вербально-поведінкових практик, світосприйняття громадян України у зоні АТО/ООС та не залучених до бойових дій областей, у рамках однієї країни, що є психологічно не очікуваним або неприйнятним комбатантами;

– зміна ціннісних орієнтирів – під впливом досвіду перебування в умовах бойових дій – на дисгармонійні реалії цивільного соціального простору;

– втрата відчуття емоційно-психологічної єдності у взаємостосунках із цивільними, в тому числі з кола сім'ї та друзів, внаслідок надбання принципово відмінного життєвого досвіду, зміни самосприйняття та світогляду – часто обох сторін соціальної взаємодії, – що негативно позначається на міжособистісній/внутрішньосімейній адаптації;

– надцінне сприйняття власної особистості та здобутого життєвого досвіду, підґрунтям яких виступає перенапруження інстинкту самозбереження під час участі в бойових діях, із підсвідомим очікуванням персонально спрямованого перемодифікування вербально-поведінкових та соціальних практик на мікро- й макросоціальному рівні, та розвитком фрустраційно обумовленої дезадаптації за умов його відсутності;

– втрата здатності до конформності та сприймання власних поглядів й умовисновків як єдино вірних, – під впливом активації адаптаційного механізму внаслідок участі в бойових діях, – без критичного їх переосмислення, що вступає в розбіжність з позабойовими реаліями;

– невідповідність підсвідомо або свідомо очікуваних/омріяних реалій власного життя після повернення з зони АТО/ООС, наявним та тлі зниженої здатності до адаптації або психологічної неготовності до їх сприйняття;

– інформаційний компонент «гібридної війни» та його наслідки, відображені у вербально-поведінкових практиках цивільного населення, які є психологічно неприйнятними для комбатантів, які брали участь в бойових діях у зоні АТО/ООС.

Згідно катанестичного дослідження, соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром нівелюється самостійно одразу після повернення до зони бойових дій; у разі тривалого часу перебування комбатанта в цивільному середовищі, соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром нівелюється вкрай повільно та потребує лікування, внаслідок здатності призводити до значного порушення соціальної, внутрішньосімейної та особистісної дезадаптації.

## Висновки.

1. Відмічено існування ізольованої групи симптомів, які за їх клініко-психопатологічним континуумом та етіо-динамічними особливостями стало можливим об'єднати в єдиний синдром, який отримав назву «соціально-дезадаптаційний післябойовий синдром».

2. Діагностовано наявність соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому у 15% військовослужбовців, які брали участь в АТО/ООС та звернулися за психіатричною допомогою.

3. Встановлена структура соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому, яка включає такі прояви: експлозивність, лабільність емоцій та настрою, дисфоричність, емоційне напруження, конфліктність, неконформність, егоцентризм, підвищене відчуття справедливості, які виникали через деякий час після повернення комбатанта з зони бойових дій.

4. Виділено основні етіологічні чинники соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому, до яких належать: відчуження та дисгармонійне сприйняття цивільного побуту та асоційованого з ним інформаційного простору; збережене, після перебування в зоні бойових дій, емоційне напруження; психологічно неочікуваний або неприйнятний прірвоподібний контраст побутового та інформаційного континуумів у рамках однієї країни; зміна ціннісних орієнтирів на дисгармонійні реалії цивільного соціального простору; втрата відчуття емоційно-психологічної єдності у міжособистісних стосунках із цивільними; надцінне сприйняття власної особистості та здобутого життєвого досвіду; розвиток фрустраційно обумовленої дезадаптації; втрата здатності до конформності та сприймання власних поглядів й умовисновків як єдино вірних; невідповідність наявних реалій власного життя після повернення з зони АТО/ООС підсвідомо або свідомо очікуваним/омріяним; вплив інформаційного компонента «гібридної війни».

5. Виділення та встановлення клінічних особливостей соціально-дезадаптаційного післябойового синдрому, дозволило розширити уявлення про психопатологічні прояви з групи бойової психічної травми; втім, даний психопатологічний стан потребує подальшого аналізу та дослідження з метою покращення його діагностики та лікування.

**Література**

1. Богомолець О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолець / Національна програма охорони психічного здоров'я. Важливі кроки на шляху перетворення. – Київ, Нейроньюс, 2017. – С.105–112.
2. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова). – Київ-Харків, 2015 – 72 с.
3. Shen Y. C. Time-varying associations of suicide with deployments, mental health conditions, and stressful life events among current and former US military personnel: a retrospective multivariate analysis / Y. C. Shen, J. M. Cunha, T. V. Williams // *Lancet Psychiatry*. – 2016. – №3(11). – P.1039-1048.
4. Trautmann S. Prevalence and severity of mental disorders in military personnel: a standardised comparison with civilians / S. Trautmann, L. Goodwin, M. Höfler, F. Jacobi, J. Strehle, P. Zimmermann, H. U. Wittchen // *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* – 2017. – №26(2). – P.199–208.
5. Andreasen N. C. Posttraumatic stress disorder: a history and a critique // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2010. – №1208. – P. 67–71.
6. Andreasen N. C. *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. New York: Oxford University Press. 2004. – 386 p.
7. *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*. Field Manual No. 6-22.5. Headquarters, Department of the Army, Washington, DC, 2009. – 100 p.
8. Горбулін В. «Гібридна війна» як ключовий інструмент російської геостратегії реваншу / В. Горбулін // *Дзеркало тижня – Україна*. – 2015. – №2. – С. 3.
9. Марута Н. О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання / Н. О. Марута, М. В. Маркова // *Український вісник психоневрології*. – 2015. – Т. 23, вип. 3. – С. 21–28.
10. Данілевська Н. В. Сучасні особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців ЗСУ / Н. В. Данілевська // *Медицинская психология*. – 2018. – №3 – С. 64–66.
11. Матяш М. М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції / М. М. Матяш, Л. І. Худенко // *Український медичний часопис*. – 2014. – № 6 (104). – С. 124–127.
12. Стаднік І. В. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасниками зони антитерористичної операції (АТО) / І. В. Стаднік, М. І. Мушкевич // *Збірник наукових праць РДГУ*. – 2015. – Вип. 4. – С. 244–248.

---

**Данилевская Наталья Владимировна** - Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины, ул. Седова, 31, г. Запорожье, 69035, Украина

**Danilevska Natalia V.** - Zaporizhzhya State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, street Sedova, 31, Zaporizhzhya, 69035, Ukraine

e-mail: ddl@ukr.net; ORCID: 0000-0002-7854-9007

---



УДК 616.892/.893-02:616.9]-008-07

# СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ОСІБ ІЗ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОЮ ОБТЯЖЕНІСТЮ

Казаков В. Є.

Казаков Віталій Євгенович

КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР, Орхівське шосе, 10-а,  
м. Запоріжжя; 69600, Україна  
e-mail: v.kazakov@i.ua; ORCID: 0000-0002-3070-432X

## Анотація.

З метою встановлення психопатологічних особливостей психічної відповіді на інфекційну патологію у хворих із екзогенно-органічної обтяженістю в анамнезі та розуміння синдромотаксису при коморбідній залученості даних реєстрів ураження психіки нами було обстежено 144 хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (гострий риніт, гострий синусит, гострий фарингіт, гострий ларингіт, гострий тонзиліт) – J00-J06 та гострі респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів (бронхіт) – J20 за МКХ-10. Хворі були розділені на дві групи згідно екзогенно-органічної обтяженості за анамнестичними даними. До групи дослідження увійшли 44 хворих на вищезначену інфекційну патологію, які у минулому перенесли черепно-мозкову травму. До групи порівняння увійшли 100 хворих на вищезначену інфекційну патологію, які не мали екзогенно-органічної обтяженості за анамнестичними відомостями. В рамках дослідження використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний методи дослідження. Проведене дослідження продемонструвало якісну та кількісну відмінність психопатологічної симптоматики у хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі та без неї. Стало можливим виділити п'ять типів відповіді психіки у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів: астено-депресивний, астено-дефіцитарний, експлозивно-дисфоричний, експлозивно-демонстративний, експлозивно-іпохондричний. Превалюючими виступали типи із експлозивним аранжуванням, що було достовірно відмінним від осіб без екзогенно-органічної обтяженості. Виявлені особливості дозволяють розширити уявлення про синдромотаксис при психопатологічній коморбідності інфекційного та екзогенно-органічного генезу, поліпшити якість диференційної діагностики та встановити точки психокорекційного впливу.

## Ключові слова:

інфекційна патологія, гострі респіраторні інфекції, екзогенно-органічний реєстр, черепно-мозкова травма, синдромотаксис, психопатологія.

## СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА У ЛИЦ С ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ОТЯЖЕННОСТЬЮ

### Аннотация.

С целью установления психопатологических особенностей психического ответа на инфекционную патологию у больных с экзогенно-органической отяженностью в анамнезе и понимания синдромотаксиса при коморбидной вовлеченности данных регистров поражения психики нами были обследованы 144 больных острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей (острый ринит, острый синусит, острый фарингит, острый ларингит, острый тонзиллит) – J00-J06 и острыми респираторными инфекциями нижних дыхательных путей (бронхит) – J20 по МКБ-10. Больные были разделены на две группы согласно экзогенно-органической отяженности по анамнестическим данным. В группу исследования вошли 44 больных с вышеуказанной инфекционной патологией, которые в прошлом перенесли черепно-мозговую травму. В группу сравнения вошли 100 больных с вышеуказанной инфекционной патологией, которые не имели экзогенно-органической отяженности по анамнестическим сведениям. В рамках исследования применялись клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, катамнестический, статистический методы исследования. Проведенное исследование показало качественное и количественное отличие психопатологической симптоматики у больных острыми респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей у больных с экзогенно-органической отяженностью в анамнезе и без неё.



Стало возможным выделить пять типов ответа психики у больных с экзогенно-органической отягощенностью в анамнезе с острыми респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей: астено-депрессивный, астено-дефицитарный, эксплозивно-дисфорический, эксплозивно-демонстративный, эксплозивно-ипохондрический. Превалирующими типами выступали типы пациентов с эксплозивной аранжировкой, что было достоверно отличающимся от лиц без экзогенно-органической отягощенности. Выявленные особенности позволяют расширить представление о синдромотаксисе при психопатологической коморбидности инфекционного и экзогенно-органического генеза, улучшить качество дифференциальной диагностики и установить точки психокоррекционного влияния.

**Ключевые слова:** инфекционная патология, острые респираторные инфекции, экзогенно-органический регистр, черепно-мозговая травма, синдромотаксис, психопатология.

## STRUCTURAL AND DYNAMIC FEATURES OF PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS OF INFECTIOUS GENESIS IN INDIVIDUALS WITH EXOGENOUS-ORGANIC BURDEN

### Abstract.

. In order to establish the psychopathological features of the mental response to an infectious pathology in patients with exogenous-organic complications in the history and understanding of syndromotaxis with comorbid involvement of these registers of mental damage, we examined 144 patients with acute respiratory infections of the upper respiratory tract (acute rhinitis, acute sinusitis, acute pharyngitis, acute laryngitis, acute tonsillitis) - J00-J06 and acute respiratory infections of the lower respiratory tract (bronchitis) - J20 according to ICD-10. Patients were divided into two groups according to exogenous-organic burden according to anamnestic data. The study group included 44 patients with the above infectious pathology, who in the past suffered a traumatic brain injury. The comparison group included 100 patients with the above infectious diseases, who did not have exogenous-organic burden according to anamnestic information. In the study, clinical, anamnestic, psychopathological, psychodiagnostic, follow-up, statistical research methods were used. The study showed a qualitative and quantitative difference in psychopathological symptoms in patients with acute respiratory infections of the upper and lower respiratory tract and with an exogenous-organic burden in history and without it. It became possible to distinguish five types of psyche responses in patients with exogenous-organic burden in the anamnesis with acute respiratory infections of the upper and lower respiratory tract: astheno-depressive, astheno-deficient, explosive-dysphoric, explosive-demonstrative, explosive-hypochondriac. The prevailing types were with an explosive arrangement, which was significantly different from those without exogenous-organic burden. The revealed features allow us to expand the understanding of syndromotaxis in the psychopathological comorbidity of infectious and exogenous-organic genesis, improve the quality of differential diagnosis and establish the points of psychocorrective influence.

### Key words:

infectious pathology, acute respiratory infections, exogenous-organic registry, traumatic brain injury, syndromotaxis, psychopathology

### Актуальність дослідження.

Різноміжстрів психопатологічні розлади, внаслідок коморбідної патології екзогенно-органічного та інфекційного генезу, представляють одну з найбільш значущих проблем сучасної медицини [1, 2].

Питання про відстрочені наслідки нейротравматизму, які представляють собою тло для психопатології іншого генезу, до теперішнього часу залишається дискусійним. То ж, в осіб із черепно-мозковою травмою в анамнезі можна очікувати зміну психопатологічного континууму при інших захворюваннях, в тому числі інфекційного генезу, внаслідок психопатологічних нашарувань, обумовлених коморбідністю [3].

Причинно-наслідкові зв'язки між патологією екзогенно-органічного (церебротравматичного) генезу і психічними порушеннями, які спостерігаються при ній, складні і залежать від широкого спектру факторів, в тому числі, впли-

ву коморбідних розладів, перш за все екзогенно-інтоксикаційного (інфекційного) генезу [4].

У пацієнтів із травматичним ураженням головного мозку часом дуже важко провести чіткий діагностичний паралелізм із травматичною етіологією, що додатково підкреслює ймовірність головуючого впливу ко- та мультиморбідної патології, в тому числі такої розповсюдженої, як екзогенно-інтоксикаційна (інфекційна), і навпаки, психопатологічні розлади, які супроводжують інфекційну патологію в осіб із травматичним ураженням головного мозку в анамнезі, можуть бути обумовлені не стільки інфекційним захворюванням, скільки органічним тлом або їх поєднанням [5, 6].

В цьому контексті постає питання про необхідність виключення або доведення мультиморбідних впливів на виникнення психопатологічних розладів у осіб із церебротравматичною патологією в анамнезі, що захворіли на такі розповсюджені хвороби, як респираторні ін-

фекції та встановлення основних точок медичного впливу на таку психопатологічну симптоматику з метою попередження її виникнення або зменшення виразності.

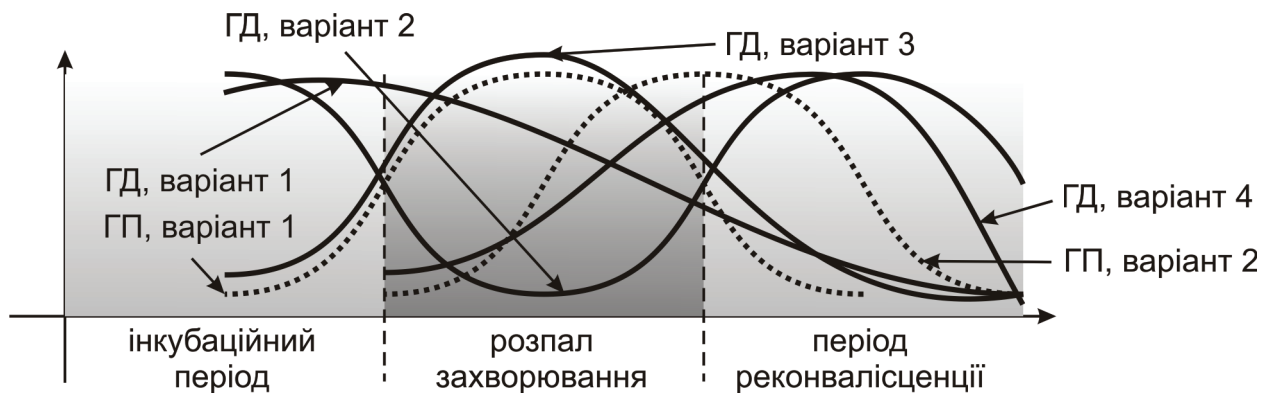
**Мета дослідження** – встановлення психопатологічної особливості психічної відповіді на інфекційну патологію у хворих із екзогенно-органічної обтяженістю в анамнезі.

#### Матеріали дослідження.

Із дотримання принципів медичної етики та деонтології, нами було обстежено 144 хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (гострий риніт, гострий синусит, гострий фарингіт, гострий ларингіт, гострий тонзиліт) – J00-J06 та гострі респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів (бронхіт) – J20 за МКХ-10.

ривання: психопатологічні прояви могли виникати гостро вже в інкубаційному періоді (9 осіб – 20,5%) (варіант 1), мати параболічний вигляд із спадом проявів у період розпалу інфекційного захворювання (15 осіб – 34,1%) (варіант 2), або набувати максимальної виразності на піку інфекційного захворювання (17 осіб – 38,6%) (варіант 3), рідше, у період реконвалісценції (3 осіб – 6,8%) (варіант 4).

Тоді як в ГП психопатологічні прояви мали місце лише в 62,0%, виявлялися переважно у період розпалу інфекційного захворювання та в періоді реконвалісценції і за своєю динамікою умовно мали вигляд перевернутої параболи із піком у період розпалу захворювання (варіант 1) або на початку періоду реконвалісценції (варіант 2), що достовірно відрізнялося від ГД ( $p < 0,01$ ) (мал. 1).



**Мал. 1.** Динаміка психопатологічних проявів, асоційованих із інфекційним захворюванням, у досліджуваних контингентів.

Згідно екзогенно-органічної обтяженості, встановленої за анамнестичними даними, хворі були розділені на дві групи. До групи дослідження (ГД) увійшли 44 хворих на інфекційну патологію, які у минулому перенесли черепно-мозкову травму; середній вік у групі склав  $49,2 \pm 2,4$  років. До групи порівняння (ГП) увійшли 100 хворих на інфекційну патологію, які не мали екзогенно-органічної обтяженості за анамнестичними відомостями; середній вік у групі становив  $46,8 \pm 2,6$  років.

**Методи дослідження:** клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний методи дослідження

#### Результати дослідження.

Дослідження дозволило встановити, що у всіх хворих з ГД психопатологічна симптоматика, асоційована із інфекційним захворюванням, виявлялася на всіх його етапах, починаючи з інкубаційного періоду і закінчуючи тривалим періодом реконвалісценції, при цьому виразність психопатологічної симптоматики за своєю динамікою не корелювала із періодом інфекційного захво-

уже з інкубаційного періоду інфекційного захворювання та до закінчення періоду реконвалісценції майже у всіх хворих ГД (42 осіб – 95,5%) екзацербувалися патоперсоналогічні риси; у більшості випадках (31 особа – 70,5%) – у бік епілептоїдних та емоційно нестійких: конфліктності, невірноваженості, характерними були егоцентризм та злопам'ятність.

Тоді як в осіб з ГП персоналогічно обумовлено вербальні та невербальні патерни поведінки або не змінювалися (59%), або набували істероїдних (11 осіб – 11,0%), залежних (14 осіб – 14,0%) чи інфантильних рис (16 осіб – 16,0%), що достовірно відрізнялося від ГД ( $p < 0,01$ ).

Тоді як для ГП домінуючими психопатологічними порушеннями були астеничні з ухилом в гіпостенію, для ГД був характерним більш широкий діапазон психопатологічних проявів ( $p < 0,01$ ).

Для хворих ГД, окрім астеничної симптоматики, у більшості випадках у період протікання інфекційного захворювання характерною була втрата контролю над емоціями, більш виразна ніж в ГП, що у 33 осіб (75,0%) проявлялося у експлозивності, лабільності емоцій та

настрою переважно у сторону дисфоричності, нетриманні афекту, що достовірно відрізнялося від ГП ( $p < 0,01$ ). У 5 хворих (11,4%) на протилежність дисфорії виявлялися депресивні симптоми.

У 6 хворих (13,6%) клінічно значуще зворотно загострювалися органічно обумовлені дефіцитарні прояви у вигляді порушення зосередження уваги, зниження показників короткотривалої та довготривалої пам'яті, труднощів осмислення, погіршення розумової діяльності, психастенії, що достовірно відрізнялося від ГП ( $p < 0,01$ ).

Континуум психопатологічних порушень, виникши на тлі інфекційного захворювання у осіб із екзогенно-органічною обтяженістю, дозволив нам дослідити синдромотаксис психопатологічної симптоматики різнорегістрової приналежності – інфекційного та екзогенно-органічного, що знайшло відображення у виділених нами п'яти типах відповіді психіки у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів:

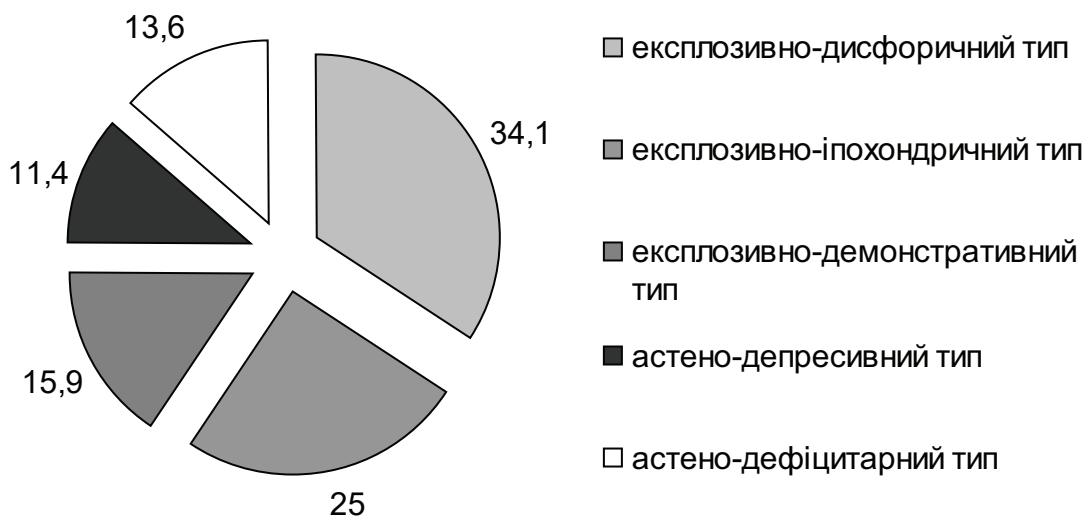
– експлозивно-дисфоричний тип (15 осіб – 34,1%) проявлявся виразним порушенням емоційної сфери у бік емоційного напруження, субдисфоричного настрою та дисфорич-

сонал, на погляд хворих, мало приділяють увагу стану їх здоров'я, недостатньо піклуються, що виступало додатковим стимулом для роздратованості, спрямованої на оточуючих, дисфоричного відтінку настрою;

– експлозивно-демонстративний тип (7 осіб – 15,9%), який відзначався поєднанням симптоматики порушення емоційної сфери із загостренням демонстративних рис особистості, агравацією соматичних проявів інфекційного захворювання та диссоціативними симптомами; дисфоричні прояви були значно слабшими за попередній тип, домінували лабільність емоцій, нетримання афекту, спалахи якого закінчувалися маніпулятивною поведінкою;

– астено-депресивний тип (5 осіб – 11,4%), переважними проявами якого були зниження настрою від гіпотимії до депресії на тлі помірно вираженої астеничної симптоматики у вигляді загальної слабкості, швидкої втомлюваності, зниженні вольових якостей та спонукань;

– астено-дефіцитарний тип (6 осіб – 13,6%) характеризувався поєднанням астеничної симптоматики різного супеню виразності та зворотнього когнітивно-амнестичного та вольового дефіциту, гіпобулії, психастенії (мал. 2).



**Мал. 2.** Розподіл типів відповіді психіки у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів (%).

них реакцій, експлозивності, конфліктості, невдоволеності; симптоми астенії при даному типі були виражені слабо;

– експлозивно-іпохондричний тип (11 осіб – 25,0%), характерним для якого була поява стану емоційної нестійкості, виразних симптомів гіперстезії з гіперболізованим переїманням хворими станом свого здоров'я, наданням окремим соматичним симптомам значення більш важкого захворювання, невдоволення тим, що близькі та медичний пер-

Як можна судити з наведеного розподілу, превалюючими виступали типи із експлозивним аранжуванням, що було достовірно відмінним від ГП ( $p < 0,01$ ).

У більшості хворих з ГД (34 особи – 77,3%) на висоті гіпертермії мали місце порушення сну у вигляді яскравих калейдоскопічних сновидінь «втомлюючого» або «неприємного» характеру, що у хворих ГП відзначалося лише у 18% випадків.

В клінічній картині інфекційного захво-

рювання у хворих ГД виявлялися психотичні симптоми: суб- та деліріозні (4 осіб – 9,1%), суб- та кататонічні (2 осіб – 4,5%), маячно-подібні та маячні стани (4 осіб – 9,1%), судомні напади (1 особа – 2,3%). При цьому суб- і деліріозні та судомні напади відзначалися на висоті гіпертермії, тоді як кататонічні та маячні стани – при нормальній або субфебрильній температурі тіла.

Симптоматика психотичного та субпсихотичного рівня в ГП не зустрічалася.

То ж, виходячи з кількісного та якісного наповнення психопатологічного континуума в ГД, у більшості випадках психокорекційні впливи доцільно спрямовувати на стабілізацію емоційної сфери, та поєднувати їх із медикаментозною терапією, спрямованою не лише на лікування основного – інфекційного захворювання, а й на недопущення екзацербачії когнітивно-амнетичного дефіциту та розвитку психотичної симптоматики.

**Результати дослідження.** В результаті дослідження було встановлено відмінність клінічної картини психопатологічної симптоматики у хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів, виниклої на екзогенно-органічному тлі та без нього.

Досліджено відмінність динаміки психопатологічної симптоматики у хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів, виниклої на екзогенно-органічному тлі та без нього, яка проявлялася у

більшій варіативності відносно періоду інфекційного захворювання в ГД, порівняно з ГП.

Для ГД, на відміну від ГП достовірно характерними були: більша частота виникнення та різноманітність психопатологічної симптоматики; домінування порушень емоційної сфери у вигляді втрати хворими контролю над емоціями, дисфоричності, а також минущі дефіцитарні симптоми; загострення патоперсоналогічних рис особистості, в більшості випадках у бік епілептоїдних та емоційно нестійких, наявність симптоматики психотичного та субпсихотичного рівнів у період інфекційного захворювання.

Досліджено синдромотаксис психопатологічної симптоматики у хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів, виниклої на екзогенно-органічному тлі та без нього, який знайшов своє відображення у виділених нами п'яти типах відповіді психіки у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів: астено-депресивний, астено-дефіцитарний, експлозивно-дисфоричний, експлозивно-демонстративний, експлозивно-іпохондричний.

Виявлені особливості дозволяють розширити уявлення про період виникнення, динаміку, клінічне наповнення психопатологічних порушень та її синдромотаксис при коморбідності інфекційного та екзогенно-органічного генезу, поліпшити якість диференційної діагностики та встановити точки психокорекційного впливу.

## Література

1. Azouvi P. Neuropsychology of traumatic brain injury: An expert overview / P. Azouvi, A. Arnould, E. Dromer, C. Vallat-Azouvi // *Rev Neurol. (Paris)*. 2017. – №173(7-8). – P. 461–472.
2. Hale A. C. Traumatic Brain Injury in the General Population: Incidence, Mental Health Comorbidity, and Functional Impact / A. C. Hale, K. M. Bohnert, R. Grekin, R. K. Sripada // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2019. – №207(1). – P. 38–42.
3. Eshel I. Rehabilitation of Cognitive Dysfunction Following Traumatic Brain Injury / I. Eshel, A. O. Bowles, M. R. Ray // *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.* – 2019. – №30(1). – P. 189–206.
4. Orlovska S. Association of Streptococcal Throat Infection With Mental Disorders: Testing Key Aspects of the PANDAS Hypothesis in a Nationwide Study / S. Orlovska, C. H. Vestergaard, B. H. Bech, M. Nordentoft, M. Vestergaard, M. E. Benros // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – №74(7). – P. 740-746.
5. Antón Jiménez M. Disorders associated with mild cognitive impairment. Risk factors and predictors / M. Antón Jiménez, J. L. González Guerrero // *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* – 2017. – №1. – P. 20–23.
6. Brainstorm Consortium. Analysis of shared heritability in common disorders of the brain / Brainstorm Consortium, V. Anttila, B. Bulik-Sullivan, H. K. Finucane et al. // *Science*. – 2018. – №360(6395). pii: eaap8757. doi: 10.1126/science.aap8757.

## References

1. Azouvi P, Arnould A., Dromer E., Vallat-Azouvi C. Neuropsychology of traumatic brain injury: An expert overview. *Rev Neurol. (Paris)*. 2017, no. 173(7-8), p. 461-472.

**Казаків Виталій Євгенєвич** - КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС; Ореховое шоссе, 10-а, г. Запорожье, 69600, Украина

**Kazakov Vitaly E.** - MI «Regional Clinical Psychiatric Hospital» ZRC; Orikhiv highway, 10-a, Zaporizhzhya, 69600, Ukraine

e-mail: v.kazakov@i.ua; ORCID: 0000-0002-3070-432X



УДК: 616.8-009.83.004.67: 616.89-008.15: 616.831-001-036.17: 616.8-85: 615.83/84

# ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ КОГНІТИВНОЇ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕР НА ТЛІ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ПРОЦЕСІ ВІДНОВЛЕННЯ СВІДОМОСТІ

Кулик О.В., Майданник О. Ф.

Кулик Олександр Васильович<sup>1</sup> e-mail: a.kulyk@nodus.ua; ORCID: 0000-0002-7389-3888Майданник Олена Федорівна<sup>1</sup> e-mail: o.maydannik@nodus.ua; ORCID: 0000-0001-7514-578X<sup>1</sup>Науково-практичний центр нейрореабілітації «Нодус», вул. Героїв УПА, 7-а; Київська обл., м. Бровари, 07400, Україна

## Анотація.

Психоемоційні та когнітивні порушення є важливою складовою відновлення свідомості хворих із тяжкими ураженнями головного мозку. Адекватність та своєчасність психокорегуючих методів у процесі відновлення вищих психічних функцій відіграють важливу роль.

У роботі викладені результати відновлювального лікування 220 хворих із посткоматозними тривалими порушеннями свідомості в результаті черепно-мозкової травми на стадіях реінтеграції свідомості, з них: 138 - на стадії сплутаної свідомості, 72 - на стадії дисмнестичного синдрому. Нейропсихіатрична реабілітація проводилась з використанням наступних методик: когнітивна реабілітація, когнітивно-поведінкова терапія (психологічна реабілітація психотерапевтичними методиками), нейросенсорна та нейродинамічна корекція (психостимулотерапія), психофармакотерапія.

У результаті нейропсихіатричної реабілітації у всіх пацієнтів відбулася різної вираженості позитивна динаміка свідомості, причому у 46 з них свідомість відновилася повністю, і лише 14 пацієнтів залишились на стадії дисмнестичного синдрому, але при цьому стали максимально соціально інтегровані. При аналізі ефективності методик показано, що в процесі нейрореабілітації психоневрологічна корекція повинна мати комплексний підхід, а методики охоплювати вплив на хід відновлення пацієнта від реінтеграції базових рефлексів до корекції міжпівкулевої взаємодії, кінестатичного праксиса та когнітивної сфери. На кожній зі стадій відновлення свідомості важливим є використання адекватної психофармакокорекції у залежності від клінічних проявів та динаміки психоемоційних реакцій.

Таким чином, у результаті дослідження підтверджена важливість комплексного підходу до психоневрологічної корекції на всіх етапах процесу нейрореабілітації та використання адекватної психофармакокорекції на кожній зі стадій відновлення свідомості у залежності від клінічних проявів, основних синдромів та динаміки психоемоційних реакцій. Виявлена залежність швидкості та якості відновлення свідомості від особливостей перебігу психічних процесів.

## Ключові слова:

черепно-мозкова травма, посткоматозні порушення свідомості, нейропсихологічна реабілітація, реінтеграція свідомості.

## Аннотация.

Психоемоциональные и когнитивные нарушения являются составной частью восстановления сознания больных с тяжелыми поражениями головного мозга. Адекватность и своевременность психокорректирующих методов в процессе восстановления высших психических функций играют важную роль.

В работе изложены результаты восстановительного лечения 220 больных с посткоматозными длительными нарушениями сознания в результате черепно-мозговой травмы на стадиях реинтеграции сознания, из них: 138 - на стадии спутаного сознания, 72 - на стадии дисмнестического синдрома. Нейропсихиатрическая реабилитация проводилась с использованием следующих методик: когнитивная реабилитация, когнитивно-поведенческая терапия (психологическая реабилитация психотерапевтическими методиками), нейросенсорная и нейродинамическая коррекция (психостимулотерапия), психофармакотерапия.

В результате нейропсихиатрической реабилитации у всех пациентов проявлялась позитивная динамика сознания различной выраженности, при этом у 46 из них сознание восстановилось полностью, и только 14 пациентов остановились на стадии дисмнестического синдрома, но, несмотря на это, стали максимально социально интегрированы. При анализе эффективности методик показано, что в процессе нейрореабилитации психоневрологическая коррекция должна иметь комплексный подход, а методики охватывать влияние на процесс восстановления пациента от реинтеграции



базових рефлексів до корекції міжполушарного взаємодія, кінестетического праксиса і когнітивної сфери. На кожній із стадій відновлення свідомості важним є використання адекватної психофармакокорекції в залежності від клінічних проявів і динаміки психоемоціональних реакцій. Таким чином, в результаті дослідження підтверджено важливість комплексного підходу до психоневрологічної корекції на всіх етапах процесу нейрореабілітації і використання адекватної психофармакокорекції на кожній із стадій відновлення свідомості в залежності від клінічних проявів, основних синдромів і динаміки психоемоціональних реакцій. Обнаружена залежність швидкості і якості відновлення свідомості від особливостей течія психічних процесів.

**Ключевые слова** черепно-мозгова травма, посткоматозні порушення свідомості, нейропсихологічна реабілітація, реінтеграція свідомості

**Abstract .**

Psychoemotional and cognitive impairments are an integral part of the recovery of consciousness of patients with severe brain lesions. The adequacy and timeliness of psycho-correcting methods in the process of restoring higher mental functions play an important role. The paper presents the results of rehabilitation treatment of 220 patients with post-comatose long-term impairment of consciousness as a result of traumatic brain injury at the stages of reintegration of consciousness, of which - 138 at the stage of confusion, 72 - at the stage of dysmnesic syndrome. Neuropsychiatric rehabilitation was carried out using the following techniques: cognitive rehabilitation, cognitive-behavioral therapy (psychological rehabilitation with psychotherapeutic techniques); neuro-sensory and neurodynamic correction (psychostimulation); psychopharmacotherapy. As a result of neuropsychiatric rehabilitation, all patients showed positive dynamics of consciousness of varying severity, and in 46 of them, consciousness regained completely, and only 14 patients stopped at the stage of dysmnesic syndrome, but at the same time became as socially integrated as possible.

When analyzing the effectiveness of the methods, it was shown that in the process of neurorehabilitation the neuropsychiatric correction should have an integrated approach, and the methods cover the influence on the patient's recovery process from the reintegration of basic reflexes to the correction of hemispheric interaction, kinesthetic praxis and cognitive cognitive sphere. At each of the stages of restoration of consciousness, it is important to use adequate psychopharmacocorrection depending on the clinical manifestations and dynamics of psycho-emotional reactions.

Thus, as a result of the study, the importance of an integrated approach to psychoneurological correction at all stages of the neurorehabilitation process and the use of adequate psycho-pharmacotherapy at each of the stages of recovery of consciousness, depending on the clinical manifestations, major syndromes and the dynamics of psycho-emotional reactions, was confirmed. The dependence of the speed and quality of the recovery of consciousness on the peculiarities of mental processes has been revealed.

**Key words:** traumatic brain injury, post-coma disorders of consciousness, neuropsychological rehabilitation, reintegration of consciousness.

**Вступ**

Проблема відновлення свідомості після тяжких уражень головного мозку в сучасному науковому світі розробляється не тільки медиками, але й педагогами, психологами, біологами, фізиками та іншими науковцями [1]. Можна назвати таких сучасних авторів як А. Закрепіна (педагогіка) [7], Ю. Мікадзе та Є. Фуфаєва (нейропсихологія) [18], Ж. Семенова (нейрохірургія) [16], Є. Кондратьєва (неврологія) [10], О. Зайцев (нейропсихіатрія) [6], С. Царенко (реаніматологія) [5]. Э. Голберг (нейробиологія) [3]. Тим не менш, не дивлячись на актуальність проблеми, в клінічній психології вищевказана тема висвітлена недостатньо, а робіт з теоретичним обґрунтуванням практичного досвіду психолога дуже мало [1].

У реабілітації при різноманітності підходів та методів увага різних спеціалістів прикута

переважно до діагностики різних станів свідомості, а не до роботи з ними. Метою ж лікаря, при роботі з даною категорією хворих, є повернення пацієнту колишнього його контролю, довільності, можливості мовної відповіді [1].

Оцінка відновлення свідомості дорослих пацієнтів при ураженнях головного мозку різної етіології за шкалою Доброхотової Т.А., Зайцева О.С. [4, 6] вводить розширену градацію стану свідомості з обліком проявів психічної активності пацієнта від «глибокого сну» до ясної свідомості.

Свідомість пацієнтів, відновлюючись після тяжкої черепно-мозкової травми (ЧМТ), проходить через так звані «змінні стани свідомості» (ЗСС) (Altered States of Consciousness (ASC) [1. Ревонсуо Анті [15] виділив у процесі

відновлення свідомості характерну ознаку – системні зміни зв'язку змісту безпосередніх переживань зі світом. При тяжких ураженнях головного мозку описують також глибокі ЗСС, які характеризуються руйнуванням сприйняття власної схеми тіла (деформацією тілесної структури – порушення «анатомічних співвідношень»), порушенням внутрішнього та зовнішнього хронотопу, сприйняття часу, глибокими змінами в перцептивних процесах, відсутністю або мінімалізацією довільної уваги, відсутністю будь-якої цілеспрямованої активності, порушенням особистості до рівня індивідуума (особистість, а тим більше, індивідуальність, зникають з діалогів з іншими) [1, 16, 15, 2].

Складність процесу реабілітації таких пацієнтів визначається порушенням комунікацій, що робить складною акцентуацію завдань на кожному етапі відновлення. Дослідники підтверджують, що у хворих із тяжкими ураженнями головного мозку відзначається розпад цілісного процесу діяльності на окремі дії, не пов'язані однією метою [1]. Потреби таких пацієнтів «опускаються» до рівня вітальних (по А. Маслоу), а мотивація практично відсутня [12]. Клінічний досвід авторів також свідчить, що відновлення свідомості після тяжких травм головного мозку потребує активного міжособового діалогу хворого як із близькими йому людьми, так і з усіма спеціалістами реабілітаційної команди [1].

При тяжких ураженнях головного мозку велика увага приділяється психічним розладам, які ускладнюють процес реабілітації в цілому. Психічні розлади при ЧМТ виявляються майже у всіх хворих, причому спектр цих розладів достатньо широкий – від порушень свідомості до легких астеничних станів. Крім того, можливий розвиток продуктивних психічних розладів, а також дефіцитарних порушень. Психопатологічні симптоми при ЧМТ виявляються одразу, а в подальшому відзначається частковий або повний їх регрес [4]. Синдроми реінтеграції (дезінтеграції) свідомості включають розлади, які виникають після оглушення чи стопору в результаті ЧМТ і починаються зі сплутаності свідомості. Синдроми сплутаності свідомості, в свою чергу, є станами, що зумовлені випадінням різних психічних процесів (мовна сплутаність при випадінні мови, амнестична сплутаність при випадінні запам'ятовування подій, що відбуваються), або, навпаки, появою продуктивної симптоматики – рухового неспокою, конфабляцій, тощо [4].

Саме з цієї причини поряд із виразністю фізичних порушень виразні психопатологічні прояви мають вагомий вплив на процес нейрореабілітації та на його динаміку. Тому на сьогоднішній день важливою є комплексна нейрореабілітація з мультидисциплінарним підходом, що й визначає актуальність даного дослідження.

**Мета дослідження** - вивчення динаміки когнітивної та психоемоційної сфер у хворих при відновленні свідомості після тяжкої черепно-мозкової травми та визначення ефективності психокоригуючих методик у реабілітаційному маршруті.

#### **Пацієнти та методи дослідження**

Під нашим спостереженням знаходилися 220 хворих на стадіях реінтеграції свідомості: з них - 138 на стадії сплутаної свідомості (6 стадія), які визначально перебували в 6А стадії, а в подальшому – 112 осіб у 6Б і 93 у 6В стадіях), а також перехідних синдромів посткоматозної свідомості – стадії дисмнестичного синдрому (7 стадія), з них: в 7А стадії – 72 випадки, у 7Б стадії – 56 випадків) (за класифікацією Доброхотової Т.А., [4]).

Нейропсихіатрична реабілітація проводилась з використанням наступних методик: когнітивна реабілітація, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) (психологічна реабілітація психотерапевтичними методиками), нейро-сенсорна та нейродинамічна корекція (психостимулотерапія), психофармакотерапія (у залежності від провідного синдрому під час відновлення свідомості) [4, 17]. На тлі КПТ використовувалися додаткові методи: музикотерапія, «контактна іграшка», що відіграло суттєву роль у процесі реінтеграції свідомості.

Використовувалася нейросенсорна корекція, в тому числі нейросенсорна стимуляція [20] (Wilbarger protocol), а також нейровізуалізація, які були направлені на відновлення зон сприйняття, диференціації подразників, розмежування реакцій на сенсорний вплив. Прийоми та вправи пасивної нейродинамічної корекції, кінестатичного праксису, психогімнастики дозволяють покращити внутрішньопівкулеву та міжпівкулеву інтеграцію [11].

Нами були використані сеанси нейропсихологічної корекції з додатковим використанням Busy board (бізіборда), який мав на меті декілька напрямків психо-коригуючого впливу [19]: адаптивний (знайомство та адаптація до системи; виявлення основних напрямків для подальшої корекції), когнітивно-поведінковий, сугестивний (настроювання пацієнта на роботу; вироблення початкових стереотипів), нейросенсорний (пошук та встановлення основних варіантів впливу на сенсорну систему пацієнта), сенсорно-моторний (встановлення та корекція взаємозв'язків у роботі нервової системи для подальшого вироблення фізіологічних рефлекторних процесів), психомоторний (встановлення механізмів психофізіологічного рівня для корекції та покращення подальшого психомоторного розвитку пацієнта). Саме завдяки таким заняттям стала клінічно доведеною особлива чутливість наших пацієнтів на стадії посткоматозного відновлення свідомості.

Одно з занять на бізіборді з пацієнтами на стадіях синдрому сплутаної свідомості представлено на мал.1.



**Мал.1.** Сеанс нейропсихологічної корекції (робота на Busy board )  
фото 1 – спостереження №131; фото 2 – спостереження №194

Найважливішими моментами психоневрологічної корекції були переходи з однієї стадії реінтеграції свідомості в іншу з випадінням різних психічних функцій, що змінювалися. Наприклад, у стадії 6А (сплутаність свідомості з аспонтанністю) хворий при наявності дезорієнтації та пасивності тим не менш піддавався стимулюючому впливу корекції, тому програма корекції при переході в стадію 6Б (мовнорухова сплутаність свідомості) повинна бути змінена. Під час стадії Б важливим є дозоване навантаження для попередження надмірного збудження та підтримки адекватних психічних реакцій з метою подальшого відновлення психічних функцій та плавного переходу до наступної стадії 6В (анестична сплутаність свідомості). Перебування хворого в стадії 6В потребувало додаткового вербального та сугестивного впливу лікаря, виходячи з того, що головною особливістю стадії 6В є відсутність у хворого знань відносно явищ та образів усіх модальностей відносно до просторової та часової належності подій [9].

У нашому дослідженні для моторного та сенсорного перенавчання згідно відомих теорій [22] використовувалися кінезіологічні вправи, ерготерапія, логопедичні заняття (мал.2).

Для покращення дрібної моторики шляхом механізму посилення процесів нейроінтеграції обох півкуль головного мозку - дзеркалотерапія [14, 23, 21].

#### **Результати дослідження**

За результатами нейропсихологічного тестування пацієнтів груп, що досліджувалися, були сформульовані головні клінічні завдання у відповідності з прийнятими рекомендаціями [9]:

- Формування елементарного аферентного зв'язку.
- Активізація генералізованих відповідей мимовільного характеру.
- Упорядкування відповідей у залежності від систематизації подразників.
- Активізація сенсомоторної координації з

подальшим закріпленням.

- Збільшення частоти та об'єму орієнтовних реакцій внаслідок емоційно-позитивних взаємодій.

- Формування чітких перцептивних дій та комплексів (цікавість до оточення).

- Побутова адаптація та відновлення соціально-побутових навичок.

У процесі дослідження виявлено залежність швидкості та якості відновлення свідомості від особливостей перебігу психічних процесів та пластичності нервової системи до отримання травми: сімейного анамнезу, поведінкових реакцій, характерологічних особливостей та акцентуацій особистості, емоційно-вольового резерву та реактивності, інтелекту, професійного розвитку, когнітивного потенціалу, рівня диференціації особистості. Внаслідок щоденних занять із пацієнтами впродовж усього періоду синдромів сплутаної свідомості вдалося досягнути об'єктивного покращення в психічній діяльності кожного з них. Найбільш вражаючі результати були досягнуті пацієнтами, що перейшли до стадії перехідних синдромів, або, хоча б, до стадії 6В. На базі досягнутих кожним пацієнтом результатів в подальшому будувалися більш складні психічні конструкції, а також розвивалися вищі коркові функції: утримання уваги, зменшення латентного часу відповіді на звернення та рефрактерного періоду реакції на виконання завдань або інструкцій, стабілізація диференційованих реакцій на подразник у залежності від його властивостей та тривалості впливу; ускладнення мотивації та закріплення ініціативи для виконання цілеспрямованих рухів; посилення комунікативної взаємодії на підставі приросту критики та волі; розширення спектра навичок пізнавальної та психомоторної діяльності.

Аналіз індивідуальних програм реабілітації (ІПР) та їх результатів показав, що не існує суттєвої різниці та принципово нових задач при реабілітації поміж пацієнтами на стадіях 6А, 6Б, 6В. Відмінності були лише стосовно мето-





**Мал. 2.** Спостереження №125. Логопедичне заняття, логопедичний масаж язика.

дик логопедичної допомоги та психоневрологічної корекції. Важливим, з нашої точки зору, виявився той факт, що хворі, які в рамках своїх груп мали практично однакові фізичні здібності, соціальні навички, схожий за основними показниками неврологічний статус, відрізнялися за результатами відновлення інтелектуально-мнестичних) функцій. Тому при переході від стадії до стадії синдромів реінтеграції свідомості, на перший план виступили заняття, які були направлені на покращення мови та вищих коркових функцій. Нами було зафіксовано, що відновлення психічної діяльності було швидшим, ніж будь-яких нових кінетичних чи локомоторних навичок. Під час сеансів нейропсихологічної корекції на стадіях 7А та 7Б продовжувався зменшуватися рівень неврологічного дефіциту, покращуватися психічний статус та навички самообслуговування та соціально-побутової активності.

При проведенні методу дзеркалотерапії на перших сеансах у пацієнтів з'являлися побічні ефекти у вигляді запаморочення, втрати різкості зору, головного болю, внаслідок чого у хворих зростав негативізм та супротив. Це вимагало від медичного персоналу терпіння, пацієнти потребували частих перерв на відпочинок, але системність занять дозволила через 7-10 занять досягти продуктивності та уваги до поставлених завдань. Об'єктивно підтверджені результати від даних занять з'явилися у 57 (81,43%;  $NB=70$ ) хворих не раніше, ніж через 40 занять (приблизно 35 годин), а у інших хворих залишились на рівні суб'єктивних відчуттів.

Слід відзначити, що в рамках нашого до-

слідження 46 пацієнтів відновилися до повної свідомості. Процес еволюції психічної діяльності у нашому дослідженні в 10 випадках обмежився стадією 7Б, хоча об'єктивний потенціал та діагностичні показники говорили про високий ступінь вірогідності досягти рівня ясної свідомості. І дійсно, 7 пацієнтів із цих 10, які залишились на стадії 7Б, після завершення цього дослідження в строк близько 6 місяців, повернулись до повноцінного життя. Інші 10 пацієнтів протягом року продовжували перебувати на стадії 7Б. 14 пацієнтів, залишившись на стадії 7А, продовжили лікування за місцем проживання без суттєвих змін дисмнестичного синдрому, але при цьому були максимально соціально інтегровані.

Щодо фармакотерапії у представленого контингенту хворих - найкращі результати були отримані при призначенні селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СЗОЗС) та препаратів з антипсихотичним (нейролептичним) впливом для корекції полярних виявів та патологічних психотичних реакцій.

На підставі отриманих нами показників під час динамічного спостереження можна говорити про важливість використання психофармакокорекції на кожній зі стадій відновлення свідомості у залежності від клінічних проявів. Ця терапія була особливо важливою в момент переходу з однієї стадії до іншої з огляду на вплив деяких патопсихологічних синдромів на можливість проведення занять та процедур, що робило неможливим засвоєння програми реабілітації.

Таким чином, ґрунтуючись на результатах

дослідження, при реабілітації пацієнтів після тяжкої ЧМТ слід акцентувати увагу на великому прогностичному значенні комбінації методик, особливо в момент переходу від сплутаної свідомості з аспонтанністю до мовно-рухової сплутаності та амнестичної сплутаності. При цьому, чіткої суттєвої кореляції між відновленням психічних функцій та рухової активності не визначалося, оскільки реінтеграція свідомості проходила відповідно до індивідуальних особливостей та реактивного сприйняття кожним хворим кінезіологічних методик. Динаміка відновлення вказувала на резерв вищих психічних процесів у кожного пацієнта.

### Висновки

1. Виявлена залежність швидкості та якості відновлення свідомості від особливостей перебігу психічних процесів.

2. На кожній зі стадій відновлення свідомості важливим є використання адекватної психофармакокорекції у залежності від клінічних проявів та динаміки психоемоційних реакцій.

3. Підтверджена важливість комплексного підходу до психоневрологічної корекції на всіх етапах процесу нейрореабілітації

### Литература

1. Быкова В.И., Бойко А.Ю., Лукьянов В.И., Харьковский А.Н. Теория и практика восстановления поврежденного мозга. Клинический антропоцентризм. // Интерактивная наука. №12, 2017. С. 16-22.
2. Быкова В.И. Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга / В.И. Быкова, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева // Консультативная психология и психотерапия. – М., 2015. – Т.23. – №3. – С. 9-31.
3. Голберг Э. Парадокс мудрости. Научное опровержение «старческого слабоумия». – М.: Поколение, 2007. – С. 374.
4. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. – М.: Издательство БИНОМ. – 2006. – Сю 165-176.
5. Зайцев О.С. Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний) / О.С. Зайцев, С.В. Царенко. – М.: Литасс, 2012. – С. 120.
6. Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – С. 336.
7. Закрепина А.В. Педагогические технологии в комплексной реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. – М.: Парадигма, 2012. – С. 302.
8. Захаров В.В. "Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения" - Consilium medicum. Т.№13, №2, с.82-90.
9. Клинические рекомендации "Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация пациентов, находящихся в сниженном состоянии сознания после повреждения головного мозга". / Москва, - 2014, С.20-21, 25-27.
10. Кондратьева Е.А. Вегетативное состояние (Этиология, патогенез, диагностика и лечение): Монография / Е.А. Кондратьева, И.В. Яковенко. – СПб.: ФГБУ «РНХИ им. Проф. А.А. Поленова» Минздрава России, 2014. – С. 361.
11. Курс лекцій з діагностики та корекції порушень розвитку у дітей на основі новітніх brain connection methods./Київ, - 2018.
12. 12. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Евразия, 1999. – С. 77-105.
13. 13. Матеріали лекцій Joseph E. Maio, Ph.D. "Evidence-based treatment of PTSD". - Київ, 2017
14. 14. Назарова М.А., Пирадов М.А. "Зеркальная терапия в нейрореабилитации". - ФБГНУ "Научный центр неврологии", Москва.- Регулярные выпуски «РМЖ» №22 от 15.10.2014, с. 1563
15. 15. Ревонсуо Антти. Психология сознания // Перевод: А. Стативка, З.С. Замчук. Серия «Мастера психологии». – СПб.: Питер, 2013. – С. – 336.
16. 16. Семенова Ж.Б. Этапы оказания помощи детям с черепно-мозговой травмой. Задачи нейрохирурга // Неврология и нейрохирургия детского возраста. – 2012. – №2-3. – С.105-112.
17. 17. "Уніфікований клінічний протокол "Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія" затверджений наказом МОЗ України №1003 від 25.12.2014р.
18. 18. Фуфадзе Е.В. Значение фактора произвольности на разных этапах восстановления сознания у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Нейропсихологический подход // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, 78. – 2014. - №1. – С. 50-56.
19. 19. Таран І. В., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи / Таран І. В., Валюшко Ю. // Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації : матеріали VI Всеукр. наук.-метод. конф. – Херсон, 2016. – С. 292 – 298.
20. 20. A.Jean Ayres, Ph.D. "Sensory integration and the child" / L.A.,- 2005.- пер. "Теревинф"-2009
21. 21. Andreas Rothgangel, Susy Braun, Luc de Witte, Anna Beurskens, Rob Smeets "Mirror Therapy: Practical protocol for patients with phantom limb pain" / March, 2015. P. 5-16.
22. 22. Carr J., Sheferd R.A. Motor Learning Programme for Stroke. – 2-nd ed. – Heinemann, 1982.
23. 23. Rothgangel A.S., Braun S.M. "Mirror Therapy: Practical protocol for stroke rehabilitation.", 2013

**Кулик Александр Васильевич<sup>1</sup>**

**Kulyk Olexander<sup>2</sup>**

e-mail: a.kulyk@nodus.ua; ORCID: 0000-0002-7389-3888

**Майданик Елена Федоровна<sup>1</sup>**

**Maydannik Olena<sup>2</sup>**

e-mail: o.maydannik@nodus.ua; ORCID: 0000-0001-7514-578X

<sup>1</sup>Научно-практический центр нейрореабилитации «Нодус», ул. Героев УПА, 7-а, Киевская обл., г. Бровары, 07400, Украина

<sup>2</sup>Neurological and Neurosurgical Rehabilitation Research Centre; Heroyiv UPA, 7-a, Kyiv region, Brovary, 07400, Ukraine



УДК 616.711:616.13]–02:[616.7–092:612.76]–085.85–053.81:364.2–781.3

# ДИНАМІКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ З ВЕРТЕБРАЛЬНО–БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ПАТОБІОМЕХАНІЧНИМИ ЗМІНАМИ ОПОРНО–РУХОВОГО АПАРАТУ НА ТЛІ КОМПЛЕКСНОЇ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

Морозова О. Г., Ярошевський О. А., Логвіненко Г. В.

Морозова Ольга Григорівна<sup>1</sup>

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0002-3088-624X

Ярошевський Олександр Анатолійович<sup>1</sup>

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0002-2720-9985

Логвіненко Ганна Вікторівна<sup>1</sup>

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0001-5138-754

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти; вул. Амосова, 54, м. Харків, 61176, Україна

## THE DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE IN YOUNG PATIENTS WITH VERTEBROBASILAR INSUFFICIENCY AND PATHOBIOMECHANICAL CHANGES IN THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AGAINST THE BACKGROUND OF COMPLEX NON-DRUG THERAPY

### Abstract.

The main reason for the development of dysgenic disorders in the vertebrobasilar system in young people is pathobiomechanical changes in the cervical spine and myofascial pain syndrome of the cervico-brachial localization. The aim of the study was to study the dynamics of life quality in young patients with VBI, biomechanical disorders of the cervical spine and myofascial pain syndrome of the neck and shoulder localization on the background of complex non-drug therapy (biomechanical correction of the musculoskeletal system, medical exercises, acupuncture and the dry needling). 83 patients (mean age – 37,4 ± 4,8 years) with clinical manifestations of VBI on the background of pathobiomechanical changes of the cervical spine and myofascial pain syndrome of the neck-brachial localization were investigated. They were divided into 2 groups depending on the chosen treatment strategy: 1 group - 42 patients, in the treatment of which were used complex non-drug therapy, 2 group - 41 patients, in the treatment of which were used drug therapy (nicergoline 30 mg / day, meloxicam 15 mg / day). The control group consisted of 20 healthy individuals (37 ± 3,7 years). Evaluation of the severity of VBI according to the VBI scale, vertebro-neurological examination with the calculation of the muscle syndrome index, pain syndrome assessment (VAS), affective disorders (HADS), quality of life (MOS SF-36) in the dynamics - before the start of therapy, at 11 and on the 31st day after the start of therapy. The results of evaluating QOL using the MOS SF-36 questionnaire in young patients with VBI on the background of pathobiomechanical changes in the musculoskeletal system showed a significant decrease in all indicators of the questionnaire scales, which is associated with the presence of clinical manifestations of VBI in these patients, as well as painful, musculo-tonic syndrome of neck and shoulder localization and affective disorders.

The use of complex non-drug therapy in the treatment of these patients, aimed at the biomechanical correction of the musculoskeletal system and the elimination of myofascial pain of neck and shoulder localization, has contributed to a more effective regression of manifestations of VBI, affective disorders, pain and musculo-tonic syndrome, leading to a significant increase in all indicators of QOL and had advantages over traditional treatment with the use of vasoactive drugs and non-steroidal anti-inflammatory drugs.

### Key words:

vertebrobasilar insufficiency, pathobiomechanical changes, myofascial pain, quality of life.

## ДИНАМІКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРАЛЬНО–БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПАТОБІОМЕХАНИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ОПОРНО–ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ.

### Аннотация.

Основной причиной развития дисгенических нарушений в ВБС у лиц молодого возраста являются патобиомеханические изменения шейного отдела позвоночника (ШОП) и миофасциальный болевой синдром (МФБС) шейно–плечевой локализации. Целью исследования стало изучение динамики качества жизни (КЖ) у молодых пациентов с вертебрально–базиллярной недостаточностью (ВБН), биомеханическими нарушениями ШОП и МФБС шейно–плечевой локализации на фоне комплексной немедикаментозной терапии (биомеханической коррекции опорно–двигательного аппарата, лечебных упражнений, акупурессуры и введения сухой иглы в триггерные точки). Обследовано 83 пациента (средний возраст – 37,4 ± 4,8 лет) с клиническими проявлениями ВСН на фоне патобиомеханических изменений ШОП и МФБС шей

но-плечевої локалізації, которые были разделены на 2 группы в зависимости от выбранной лечебной стратегии: 1 группа – 42 пациента, в лечении которых использовали комплексную немедикаментозную терапию, 2 группа – 41 пациент, в лечении которых использовали медикаментозную терапию (ницерголин 30 мг / сут, мелоксикам 15 мг / сут). Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых лиц ( $37 \pm 3,7$  лет). Проведены оценка выраженности ВБН по шкале ВБН, вертебро-неврологическое обследование с вычислением индекса мышечного синдрома (ИМС), оценка болевого синдрома (ВАШ), аффективных нарушений (HADS), качества жизни (MOS SF-36) в динамике – до начала терапии, на 11-е и на 31-е сутки после начала терапии. Результаты оценки КЖ по опроснику MOS SF-36 у молодых пациентов с ВБН на фоне патобиомеханических изменений опорно-двигательной системы продемонстрировали существенное ее снижение по всем показателям шкал опросника, что связано с наличием у данных пациентов клинических проявлений ВБН, а также – болевого, мышечно-тонического синдрома шейно-плечевої локалізації и аффективных расстройств. Применение в лечении данных пациентов комплексной немедикаментозной терапии, направленной на биомеханическую коррекцию опорно-двигательной системы и устранение МФБС шейно-плечевої локалізації способствовало более эффективному регрессу проявлений ВБН, аффективных расстройств, болевого и мышечно-тонического синдрома шейно-плечевої локалізації, приводя к достоверному повышению всех показателей КЖ и имела преимущества перед традиционным лечением с применением вазоактивных препаратов и нестероидных противовоспалительных средств.

**Ключевые слова:** вертебрально-базиллярная недостаточность, патобиомеханические изменения, миофасциальная боль, качество жизни.

### ДИНАМІКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ З ВЕРТЕБРАЛЬНО–БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ПАТОБІОМЕХАНІЧНИМИ ЗМІНАМИ ОПОРНО–РУХОВОГО АПАРАТУ НА ТЛІ КОМПЛЕКСНОЇ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

#### Анотація

Основною причиною розвитку дисгемічних порушень у ВБС у осіб молодого віку є патобиомеханічні зміни шийного відділу хребта (ШВХ) і міофасціальний больовий синдром (МФБС) шийно-плечевої локалізації. Метою дослідження стало вивчення динаміки якості життя (ЯЖ) у молодих пацієнтів з вертебрально-базиллярною недостатністю (ВБН), біомеханічними порушеннями ШВХ і МФБС шийно-плечевої локалізації на тлі комплексної немедикаментозної терапії (біомеханічної корекції опорно-рухового апарату, лікувальних вправ, акупресури і введенням сухої голки у тригерні точки). Обстежено 83 пацієнта (середній вік –  $37,4 \pm 4,8$  років) з клінічними проявами ВБН на тлі патобиомеханічних змін ШВХ і МФБС шийно-плечевої локалізації, які були розділені на 2 групи у залежності від обраної лікувальної стратегії: 1 група – 42 пацієнта, у лікуванні яких використовували комплексну немедикаментозну терапію, 2 група – 41 пацієнт, у лікуванні яких використовували медикаментозну терапію (ніцерголін 30 мг/добу, мелоксикам 15 мг/добу). Контрольна група складалася із 20 практично здорових осіб ( $37 \pm 3,7$  років). Проведені оцінка виразності ВБН за шкалою ВБН, вертебро-неврологічне обстеження з обчисленням індексу м'язового синдрому (ИМС), оцінка больового синдрому (ВАШ), аффективних порушень (HADS), якості життя (MOS SF-36) у динаміці – до початку терапії, на 11-ту та на 31-ту добу після початку терапії. Результати оцінки ЯЖ за опитувальником MOS SF-36 у молодих пацієнтів з ВБН на тлі патобиомеханічних змін опорно-рухової системи продемонстрували суттєве її зниження за всіма показниками шкал опитувальника, що пов'язане із наявністю у зазначених хворих клінічних проявів ВБН, а також – больового, м'язово-тонічного синдрому шийно-плечевої локалізації і аффективних розладів. Застосування у лікуванні зазначених хворих комплексної немедикаментозної терапії, спрямованої на біомеханічну корекцію опорно-рухової системи і усунення МФБС шийно-плечевої локалізації сприяло більш ефективному регресу проявів ВБН, аффективних розладів, больового і м'язово-тонічного синдрому шийно-плечевої локалізації, призводячи до достовірного підвищення всіх показників ЯЖ та мала переваги перед традиційним лікуванням із застосуванням вазоактивних препаратів і нестероїдних протизапальних засобів.

#### Ключові слова

вертебрально-базиллярна недостатність, патобиомеханічні зміни, міофасціальний біль, якість життя.

Актуальною медико-соціальною проблемою сьогодення є хронічні порушення мозкового кровообігу, наслідком яких є розвиток когнітивної недостатності та судинної деменції. Провідне місце в їх структурі належить патології вертебрально-базиллярної системи (ВБС), яка є причиною поступового зростання у хворих неврологічних, когнітивних і психічних розладів [1–3].

Домінування патології ВБС серед інших причин розвитку ЦВЗ зумовлено анатомічними особливостями хребтової артерії (ХА), серед яких варто виділити проходження ХА у рухливому

кістковому каналі, утвореному поперечними відростками шийних хребців, а також – її тісний взаємозв'язок із навколо хребтовими шийними м'язами, що створює умови для компресії ХА, іритатії її нервового сплетіння і розвитку гемодинамічних порушень у ВБС [4–8]. На сьогоднішній день є доведеним зв'язок гемодинамічних порушень у ВБС з патобиомеханічними змінами хребта і міофасціальним больовим синдромом (МФБС), що розвивається на їх тлі. Зазначений механізм розвитку дисгемій у ВБС є особливо актуальним серед осіб молодого віку, що пов'язано із тривалими ста-

тичними навантаженнями на шийний відділ хребта (ШВХ) під час роботи за комп'ютером, користування електронними гаджетами, тощо [9].

Розвиток вертебрально–базилярної недостатності (ВБН) у осіб молодого віку, що виникає на тлі патобіомеханічних змін ШВХ і МФБС, неминуче впливає на якість життя (ЯЖ), яка (за визначенням ВООЗ) є інтегральною характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, заснованою на його суб'єктивному сприйнятті. ЯЖ пацієнта є динамічним показником, який змінюється у залежності від стану хворого, тому її визначення можна використовувати з метою оцінки ефективності проведеного лікування, оскільки вона характеризує суб'єктивну оцінку пацієнтом свого стану, незалежну від точки зору лікаря [10].

**Метою** проведеного дослідження стало вивчення динаміки ЯЖ у пацієнтів молодого віку з ВБН, біомеханічними порушеннями ШВХ і МФБС шийно–плечової локалізації на тлі комплексної немедикаментозної терапії.

**Матеріали і методи.** Обстежено 83 пацієнти (42 жінки та 41 чоловіка) віком від 18 до 44 років з клінічними проявами ВБН на тлі патобіомеханічних змін ШВХ і МФБС шийно–плечової локалізації. Середній вік хворих склав  $37,4 \pm 4,8$  років. Тривалість захворювання у всіх пацієнтів перевищувала 3 місяці.

Критерії включення у дослідження: наявність клінічно та доплерографічно підтвердженої ВБН на тлі патобіомеханічних змін ШВХ і МФБС шийно–плечової локалізації, вік хворих від 18 до 44 років.

Критерії виключення з дослідження: аномалії розвитку ХА, аномалії краніовертебральної зони, атеросклеротичні ураження ХА, ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарду або мозковий інсульт в анамнезі, тяжкі серцеві аритмії, серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, системні захворювання з'єднувальної тканини, ревматизм, васкуліти, порушення згортання крові, цукровий діабет, травми ШВХ в анамнезі, онкопатологія, вагітність.

Перед початком дослідження всі хворі отримали повну інформацію щодо участі в ньому та підписали інформовану згоду, що відповідає міжнародним етичним вимогам до проведення медичних досліджень за участю людини.

Для виконання мети дослідження всі хворі були розподілені на 2 групи у залежності від застосованої лікувальної методики. До 1 групи увійшли 42 пацієнти (21-жінки, 21-чоловіки), у лікуванні яких використовували комплексну немедикаментозну терапію – мануальну терапію, спрямовану на усунення біомеханічних

порушень хребта, симетризацію тіла у тривимірному просторі і усунення МФБС шийно–плечової локалізації, яку доповнювали акупресурою і введенням сухої голки (dry needling) у тригерні точки (ТТ), а також – лікувальними вправами, метою яких було закріплення досягнутих під час мануального лікування результатів. Лікувальні сеанси проводили через день, 5 сеансів на курс лікування.

До 2 групи увійшов 41 пацієнт (21 жінка, 20 чоловіків), в лікуванні яких застосовували стандартну медикаментозну терапію ВБН (прийом вазоактивних препаратів – ніцерголін у дозі 30 мг на добу протягом 1 місяця) і больового синдрому (мелоксикам 15 мг на добу протягом 5–7 діб). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб віком від 18 до 44 років (середній вік –  $37 \pm 3,7$  років). Групи були співставні за віком і статтю.

**Методи дослідження.** Всі пацієнти були обстежені у відповідності зі спеціально розробленим протоколом, який включав в себе: клініко–неврологічне дослідження з оцінкою виразності ВБН за шкалою В. Hoffenberth (1990); вертеброневрологічне обстеження (візуальну оцінку порушень статичної і динамічної опорно–рухового апарату, мануальну діагностику м'язово–тонічних синдромів з обчисленням індексу м'язового синдрому (ІМС) за методикою І. Г. Саліхова зі співавт. (1987)); оцінку больового синдрому у шийно–плечовому регіоні з використанням візуально–аналогової шкали (ВАШ); оцінку тривоги і депресії за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Якість життя оцінювали, використовуючи опитувальник MOS SF–36 (Medical Outcomes Study–Short Form). Дослідження проводили у динаміці – до початку терапії, на 11–ту та на 31–у добу після початку терапії. Статистичну обробку результатів, отриманих у ході дослідження, проводили за допомогою програми STATISTICA (StatSoft Inc., США). Результати вважали статистично значущими за умови  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження і їх обговорення.**

Основними скаргами пацієнтів обох досліджуваних груп були: головний біль, запаморочення системного та несистемного характеру, яке виникало під час рухів голови, відчуття нестійкості під час ходьби, шум у вухах, порушення зору у вигляді нечіткості зору, порушення пам'яті, уваги, підвищена стомлюваність, низька толерантність до фізичних і емоційних навантажень, тривожність, біль і відчуття скутості у ШВХ і надпліччях, обмеження обсягу активних рухів у ШВХ. Загальна оцінка за шкалою В. Hoffenberth (1990) у 1 групі складала  $17,21 \pm 1,34$  бали, у 2 групі –  $17,19 \pm 1,46$  балів, що відповідає середньому ступеню проявів ВБН. Відмінності між групами не були статистично значущими

( $p=0,19$ ). В групі контролю прояви ВБН були відсутні.

Мануальне дослідження виявило в обох групах гіпертонус і активні ТТ у нижніх косих м'язах голови, великих і малих прямих м'язах голови, ремінному м'язі, верхніх і середніх порціях трапецієподібного м'язу, в грудинно-ключично-соскоподібних та передніх драбинчастих м'язах. Середні показники ІМС у пацієнтів 1 групи становили  $17,2 \pm 2,03$  бали, 2 групи –  $16,9 \pm 1,96$  балів, що відповідає тяжкому ступеню м'язового синдрому. Відмінності між двома групами не були статистично значущими ( $p=0,085$ ). У 8/40 % осіб контрольної групи мануальне дослідження виявило наявність латентних ТТ у великих і малих прямих м'язах голови, ремінному м'язі, верхніх і середніх порціях трапецієподібного м'язу. Значення ІМС у контрольній групі складало  $2,7 \pm 1,31$  балів, що відповідає легкому ступеню м'язового синдрому ( $p < 0,05$ ).

Середня оцінка больового синдрому у шийно-плечовому регіоні за шкалою ВАШ становила у 1 групі  $69,7 \pm 11,6$  балів, у 2 групі –  $69,3 \pm 11,4$  балів.

Статистично значущих відмінностей в інтенсивності больового синдрому між групами не було ( $p=0,091$ ). Оцінка за шкалою HADS виявила наявність виразних тривожних розладів і субклінічної депресії в обох досліджуваних групах та відсутність афективних розладів у осіб контрольної групи (табл. 1).

Розвиток афективних розладів у пацієнтів обох досліджуваних груп пов'язаний, на нашу думку, із наявністю у них хронічного больового і м'язово-тонічного синдромів.

Дослідження ЯЖ за опитувальником MOS SF–36 до початку терапії продемонструвало зниження ЯЖ в обох досліджуваних групах за всіма показниками шкал опитувальника порівняно з контролем, що було пов'язане із наявністю у хворих больового синдрому шийно-плечової локалізації, проявів ВБН, зниженої толерантності до фізичних і емоційних навантажень, афективних розладів (табл. 2). Відмінності між двома досліджуваними групами не були статистично значущими ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 1.

Оцінка психоемоційного статусу за шкалою HADS в досліджуваних групах і контролі до початку лікування

Показники	1 група (n=42)	2 група (n=41)	Контроль (n=20)
Субшкала тривоги	$15,6 \pm 1,53$ *	$15,3 \pm 1,47$ **	$2,8 \pm 0,41$
Субшкала депресії	$8,4 \pm 1,14$ *	$8,2 \pm 1,12$ **	$2,4 \pm 0,23$

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно з контролем, \*\* –  $p > 0,05$  порівняно з першою групою

Таблиця 2.

Оцінка якості життя за опитувальником MOS SF–36 до початку лікування

Субшкала	1 група (n=42)	2 група (n=41)	Контроль (n=20)
Фізичне функціонування (PF)	$49,18 \pm 3,41$ '	$49,23 \pm 3,62$ '	$97,1 \pm 3,29$
Вплив фізичного стану на рольове функціонування (RP)	$58,4 \pm 4,46$ '	$58,61 \pm 4,51$ '	$95,22 \pm 3,11$
Інтенсивність болю (BP)	$24,18 \pm 4,77$ '	$24,3 \pm 4,55$ '	$94,37 \pm 3,52$
Загальне здоров'я (GH)	$20,9 \pm 3,81$ '	$21,1 \pm 3,69$ '	$95,1 \pm 6,4$
Життєздатність (VT)	$21,81 \pm 4,15$ '	$21,9 \pm 4,3$ '	$93,8 \pm 5,76$
Соціальне функціонування (SF)	$31,15 \pm 3,6$ '	$31,2 \pm 3,71$ '	$94,6 \pm 4,98$
Вплив емоційного стану на рольове функціонування (RE)	$22,3 \pm 4,54$ '	$22,6 \pm 4,61$ '	$93,6 \pm 4,87$
Самооцінка психічного здоров'я (MH)	$32,12 \pm 5,61$ '	$32,26 \pm 5,23$ '	$94,21 \pm 5,18$

Примітка: ' –  $p < 0,05$  порівняно з контролем



В результаті проведеного лікування в обох досліджуваних групах спостерігалася позитивна динаміка. Суб'єктивно пацієнти обох досліджуваних груп відмічали зменшення інтенсивності больового синдрому шийно–плечової локалізації, зменшення інтенсивності цефалгічного, вестибуло–атактичного і астеничного синдрому. Оцінка ВБН за шкалою В. Hoffenberth (1990), проведена на 11–ту та 31–у добу від початку терапії, продемонструвала зменшення проявів ВБН в обох досліджуваних групах, більш значуще у пацієнтів 1 групи (табл. 3).

Візуальна оцінка порушень статичної і ди-

на, та клінічно проявилася більш значимим регресом проявів ВБН порівняно із пацієнтами 2 групи. У пацієнтів 2 групи зберігався гіпертонус і значна кількість активних ТТ у м'язах шийно–плечової локалізації. Динаміка ІМС і виразності больового синдрому за ВАШ на тлі лікування наведені у таблиці 4.

Як видно з таблиці 4, у пацієнтів 1 групи на тлі проведеного комплексного немедикаментозного лікування спостерігався значний регрес м'язового і больового синдромів шийно–плечової локалізації порівняно з пацієнтами 2 групи ( $p < 0,05$ ). Крім того, звертає на себе увагу збільшення інтенсивності бо-

Таблиця 3

Оцінка ВБН за шкалою В. Hoffenberth (1990) після проведеної терапії

	До початку лікування	На 11–ту добу	На 31–у добу
1 група (n=42)	17,21±1,34 '	5,3±1,12 "	5,2±1,07 "
2 група (n=41)	17,19±1,46 '	14,9±1,33 "	9,6±1,14 "

Примітка: ' –  $p > 0,05$ , " –  $p < 0,05$

Таблиця 4.

Динаміка оцінки ІМС і ВАШ на тлі лікування

Показники	1 група (n=42)			2 група (n=41)			Контроль (n=20)
	До лікування	11 доба	31 доба	До лікування	11 доба	31 доба	
ІМС, бали	17,2±2,03	3,6±1,1	3,74±1,2	16,9±1,96	16,4±1,7	16,96±1,89	2,7±1,31
ВАШ, мм	69,7±11,6	3,1±0,6	3,4±0,4	69,3±11,4	4,6±1,1	69,1±12,3	0

наміки виявила покращення статичного і динамічного стереотипів у пацієнтів 1 групи, у лікуванні яких застосовувалася біомеханічна корекція. Наслідком формування оптимальної статичної і динамічної у зазначених хворих став значний регрес м'язового гіпертонусу і зменшення кількості активних ТТ у м'язах шийно–плечового регіону, що, вочевидь, призвело до усунення рефлекторного і компресійного впливу на ХА і її нервово сплетін-

льового синдрому у пацієнтів 2 групи на 31 добу після початку лікування, що пояснюється припиненням прийому «Мелоксикаму» і збереженням у зазначених хворих патобіомеханічних змін ШВХ і м'язово–тонічного синдрому шийно–плечової локалізації.

Динаміка психоемоційного статусу пацієнтів досліджуваних груп за шкалою HADS на тлі проведеного лікування наведена у таблиці 5.

Таблиця 5

Динаміка психоемоційного статусу пацієнтів досліджуваних груп за шкалою HADS на тлі проведеного лікування

Показники	1 група (n=42)			2 група (n=41)			Контроль (n=20)
	До лікування	11 доба	31 доба	До лікування	11 доба	31 доба	
Субшкала тривоги	15,6±1,53	8,2±1,15	4,9±1,2	15,3±1,47	8,9±1,1	15,1±1,6	2,8±0,41
Субшкала депресії	8,4±1,14	7,4±0,97	4,1±1,4	8,2±1,12	7,8±1,3	8,4±1,7	2,4±0,23

Як видно з наведеної таблиці, на 11 добу в обох досліджуваних групах спостерігалось зменшення виразності афективних розладів за двома субшкалами шкали HADS, що можна пояснити зменшенням у пацієнтів обох груп виразності больового синдрому шийно–плечової локалізації. Звертає на себе увагу посилення виразності тривоги і депресію у пацієнтів 2 групи на 31 добу після початку лікування, що пов'язано, вочевидь, із посиленням інтенсив-

но–плечової локалізації після закінчення прийому «Мелоксикаму» та посиленням внаслідок цього виразності афективних порушень.

#### Висновки.

1. Результати оцінки ЯЖ за опитувальником MOS SF–36 у молодих пацієнтів з ВБН на тлі патобіомеханічних змін опорно–рухової системи продемонстрували суттєве її зниження за всіма показниками шкали опитувальника, що пов'язане з наявністю у зазначених хворих клінічних

Таблиця 6.

Динаміка оцінки якості життя за MOS SF–36 на тлі лікування

Субшкала	1 група (n=42)	2 група (n=41)
На 11-ту добу		
Фізичне функціонування (PF)	92,4±3,15	88,6±3,44
Вплив фізичного стану на рольове функціонування (RP)	88,9±3,67	84,6±3,23
Інтенсивність болю (BP)	88,98±3,71	86,7±3,11
Загальне здоров'я (GH)	83,6±3,19	79,4±3,43
Життєздатність (VT)	87,8±3,42	82,4±3,7
Соціальне функціонування (SF)	91,4±3,2	80,17±3,6
Вплив емоційного стану на рольове функціонування (RE)	89,7±3,53	86,4±3,19
Самооцінка психічного здоров'я (MH)	89,4±3,76	86,1±3,71
На 31-у добу		
Фізичне функціонування (PF)	92,6±3,24	70,3±3,18
Вплив фізичного стану на рольове функціонування (RP)	89,1±3,11	69,4±3,27
Інтенсивність болю (BP)	92,3±3,42	27,9±2,9
Загальне здоров'я (GH)	83,6±3,19	69,2±2,18
Життєздатність (VT)	87,8±3,42	66,11±3,25
Соціальне функціонування (SF)	91,4±3,2	67,8±3,41
Вплив емоційного стану на рольове функціонування (RE)	89,7±3,53	54,9±3,19
Самооцінка психічного здоров'я (MH)	90,1±3,12	52,6±3,2

ності больового синдрому після закінчення прийому «Мелоксикаму». Відмінності між групами були статистично значущими ( $p < 0,05$ ).

Аналіз опитувальника MOS SF–36 на 11 і 31 добу після лікування продемонстрував покращення ЯЖ за рахунок фізичного і психічного компонентів здоров'я, більш виразне у пацієнтів 1 групи ( $p < 0,05$ ), що пояснюється більшим регресом у них проявів ВБН, больового синдрому та афективних розладів (таблиця 6).

Негативна динаміка показників ЯЖ у пацієнтів 2 групи, що спостерігалася на 31 добу після початку терапії, зумовлена екзацербациєю у зазначених хворих больового синдрому ший-

проявів ВБН, а також – больового, м'язово–тонічного синдрому шийно–плечової локалізації і афективних розладів.

2. Застосування у лікуванні зазначених хворих комплексної немедикаментозної терапії, спрямованої на біомеханічну корекцію опорно–рухової системи і усунення МФБС шийно–плечової локалізації сприяє більш ефективному регресу проявів ВБН, афективних розладів, больового і м'язово–тонічного синдрому шийно–плечової локалізації, призводячи до достовірного підвищення всіх показників ЯЖ та має переваги перед традиційним лікуванням із застосуванням вазоактивних препаратів і нестероїдних протизапальних засобів.

**Перелік літератури:**

1. Мищенко Т. С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Т. С. Мищенко // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25. Вип. 1 (90). – С. 22–24.
2. Зозуля І. С. Інсульт: стратегія і тактика надання медичної допомоги / І. С. Зозуля, В. І. Цымбалюк, А. І. Зозуля // Український медичний часопис. – 2012. – № 5 (91). – С. 36–39.
3. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. // Lancet. – 2017. – № 390. – P. 1211–1259.
4. Влияние вертеброгенной компрессии позвоночной артерии на гемодинамические параметры сосудов головы и шеи / Р. Е. Калинин, И. В. Андреева, И. А. Сучков [и др.]. – М.: "ГЭОТАР - Медиа", 2015. – 168 с.
5. Новосельцев С. В. Вертебрально-базиллярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии / С. В. Новосельцев. – С.–П. : Фолиант, 2007. – 208 с.
6. Ситель А. Б. Влияние дегенеративно-дистрофических процессов в шейном отделе позвоночника на нарушения гемодинамики в вертебрально-базиллярной системе / А. Б. Ситель, К. О. Кузьминов, М. А. Бахтадзе // Мануальная терапия. – 2010. – № 1. – С. 10–21.
7. Некрасова Н. А. Изучение некоторых показателей метаболизма у пациентов молодого возраста со спондилогенной вертебрально-базиллярной недостаточностью / Н. А. Некрасова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2015. – № 2 (50). – С. 73–75.
8. Ярошевский А. А. Эффективность комплексной терапии нарушения церебральной гемодинамики в вертебрально-базиллярной системе артерий при миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации / А. А. Ярошевский. // Международный неврологический журнал. – 2014. – С. 52–59.
9. Ярошевский А. А. Биомеханические аспекты миофасциальных синдромов шейно-плечевой локализации / А. А. Ярошевский // Український морфологічний альманах. – 2013. – № 2 (64). – С. 73 – 76.
10. Александров А. В. Использование показателей качества жизни при разработке модели персонализированной реабилитации больных с воспалительными заболеваниями суставов / А. В. Александров, И. В. Черкашина, Н. В. Александрова // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 4. – С. 161-162.

**Морозова Ольга Григорьевна** - Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 54, г. Харьков, 61176, Украина

**Morozova Olga G.** - Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Amosova st., 54, Kharkiv, 61176, Ukraine

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0002-3088-624X

**Ярошевский Александр Анатольевич** - Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 54, г. Харьков, Education, Amosova st., 54, Kharkiv, 61176, Украина

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0002-2720-9985

**Логвиненко Анна Викторовна** - Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 54, г. Харьков, 61176, Amosova st., 54, Kharkiv, 61176, Украина

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0001-5138-7549

## КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З МІГРЕННЮ БЕЗ АУРИ ТА ХРОНІЧНОЮ МІГРЕННЮ

Романенко Ю.І., Григорова І.А., Романенко В.І., Романенко І.Ю., Романенко І.В.

**Романенко Юрій Ігорович** аспірант кафедри неврології, психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Луганська область, Україна; e-mail: romanenko.yuri@gmail.com, ORCID 0000-0002-5193-4810.

**Григорова Ірина Анатоліївна** д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №1 Харківського національного медичного, м. Харків, Україна; e-mail: grygorova\_i@ukr.net, ORCID 0000-0002-2644-9880.

**Романенко Володимир Ігорович** к.мед.н., Інститут сімейної медицини, консультант - невролог, м. Київ, Україна; e-mail: vladimir.romanenko@pain.in.ua, ORCID 0000-0002-0014-9660.

**Романенко Ірина Юріївна** к.мед.н., доцент, провідний науковий співробітник відділу репродуктивної медицини та хірургії Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м Київ, Україна; e-mail: iryna.roman2017@gmail.com, ORCID 0000-0002-0604-0156.

**Романенко Ігор Володимирович** д.мед.н., професор кафедри неврології, психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Луганська область, Україна; e-mail: romanenko.igor@gmail.com; ORCID 0000-0001-5724-8064

### КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З МІГРЕННЮ БЕЗ АУРИ ТА ХРОНІЧНОЮ МІГРЕННЮ.

#### Резюме.

Мігрень є другою за частотою (після головного болю) напруги та займає третє місце серед всіх хвороб, які призводять до втрати працездатності серед чоловіків і жінок у віці до 50 років.

Метою роботи було вивчення поширеності та вираженості проявів тривоги, депресії, вегетативних та диссомнічних порушень у пацієнтів з мігренню без аури та хронічною мігренню.

Матеріал та методи. Було обстежено 31 пацієнта з діагнозами мігрень без аури (МБА) (група I, n = 20) та хронічна мігрень (ХМ) (група II, n = 11). Контрольну групу склали 30 здорових випробуваних. Проведено клініко-неврологічне обстеження, експериментально-психологічні методи включали тест Спілбергера, тест Бека, опитувальник для визначення вегетативних порушень, анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну.

Результати. У пацієнтів з МБА та ХМ переважали високі рівні реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривоги, депресії, вегетативних розладів та порушень сну, в порівнянні зі здоровими випробуваними. У хворих з ХМ, в порівнянні з пацієнтами з МБА, частіше зустрічалися високі рівні РТ (в 1,62 рази), ОТ (в 1,26 рази), суб'єктивні ознаки депресивного настрою (в 1,21 рази), порушення сну (в 1,36 разів), що може розглядатися як фактор хронізації ГБ. В обох клінічних групах виявлені статистично значущі позитивні кореляції між показником депресії Бека та показником ОТ, у пацієнтів з МБА наявний негативний кореляційний зв'язок між показником якості сну та показником вегетативної дисфункції і показником депресії Бека.

Висновки. Для пацієнтів з МБА та ХМ характерні достовірно більш високі показники РТ та ОТ, депресії, більш виражені ознаки вегетативної дисфункції та розлади сну в порівнянні зі здоровими випробуваними. Виявлені психовегетативні розлади частіше зустрічаються та більш виражені у хворих з ХМ в порівнянні з пацієнтами з МБА. Визначення психовегетативного стану у представленій категорії пацієнтів дозволить індивідуалізувати підхід до ведення та своєчасно розробити в разі потреби корегуючі та реабілітаційні заходи, які будуть запобігати хронізації ГБ та сприяти підвищенню якості життя.

**Ключові слова:** мігрень, тривога, депресія, вегетативні розлади, диссомнічні порушення.



## CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH MIGRAINE WITHOUT AURA AND CHRONIC MIGRAINE

### Abstract

Migraine is the second most common after a tension-type headache and ranks third among all diseases that lead to a loss of performance among men and women under the age of 50 years.

The aim of the work was to study the prevalence and severity of manifestations of anxiety, depression, autonomic and dissonic disorders in patients with migraine without aura and chronic migraine.

**Material and methods.** A total of 31 patients with diagnoses of migraine without aura (MwA) (group I, n = 20) and chronic migraine (CM) (group II, n = 11) were examined. The control group consisted of 30 healthy subjects. A clinical and neurological examination was carried out, experimental psychological methods included the Spielberger State and Trait Anxiety Inventory, Beck's Depression Inventory, a questionnaire for determining autonomic disorders, a questionnaire for scoring the subjective characteristics of sleep.

**Results.** Patients with MwA and CM were characterized by significantly higher rates of state (SA) and trait (TA) anxiety, depression, more expressed signs of autonomic dysfunction and sleep disorders compared to healthy subjects. Patients with CM had significantly higher rates of SA (1.62 times), TA (1.26 times), subjective signs of depressive mood (1.21 times), sleep disorders (1.36 times) compared to patients with MwA, which can be considered as a factor in the chronicity of HA. In both clinical groups, statistically significant positive correlations were found between the Beck depression indicator and the TA indicator; in patients with MwA, there is a negative correlation between the sleep quality indicator and the autonomic dysfunction index and the Beck depression indicator.

**Conclusions.** For patients with MwA and CM were characterized significantly higher indices of SA and TA, depression, more pronounced signs of autonomic disorders and sleep disorders compared to healthy subjects. Detected psycho-vegetative disorders are more common and more pronounced in patients with CM compared to patients with MwA. Determining the psycho-autonomic state in this category of patients will allow us to individualize the approach to management and promptly develop treatment and rehabilitation modalities, if necessary, that will prevent the chronicity of HA and help to improve the quality of life.

### Key words:

migraine, anxiety, depression, autonomic disorders, sleep disorders.

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ БЕЗ АУРЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ.

### Резюме

Мигрень является второй по частоте (после головной боли) напряжением и занимает третье место среди всех болезней, которые приводят к потере работоспособности среди мужчин и женщин в возрасте до 50 лет.

Целью работы было изучение распространенности и выраженности проявлений тревоги, депрессии, вегетативных и диссомнических нарушений у пациентов с мигренью без ауры и хронической мигренью.

**Материал и методы.** Было обследовано 31 пациента с диагнозами мигрень без ауры (МБА) (группа I, n = 20) и хроническая мигрень (ХМ) (группа II, n = 11). Контрольную группу составили 30 здоровых испытуемых. Проведено клинико-неврологическое обследование, экспериментально-психологические методы включали тест Спилбергера, тест Бека, опросник для определения вегетативных нарушений, анкету балльной оценки субъективных характеристик сна.

**Результаты.** У пациентов с МБА и ХМ преобладали высокие уровни реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревоги, депрессии, вегетативных расстройств и нарушений сна, по сравнению со здоровыми испытуемыми. У больных с ХМ, по сравнению с пациентами с МБА, чаще встречались высокие уровни РТ (в 1,62 раза), ЛТ (в 1,26 раза), субъективные признаки депрессивного настроения (в 1,21 раза), нарушения сна (в 1,36 раз), что может рассматриваться как фактор хронизации ГБ. В обеих клинических группах выявлены статистически значимые положительные корреляции между показателем депрессии Бека и показателем ЛТ, у пациентов с МБА имеется отрицательная корреляционная связь между показателем качества сна и показателем вегетативной дисфункции, и показателем депрессии Бека.

**Выводы.** Для пациентов с МБА и ХМ характерны достоверно более высокие показатели РТ и ЛТ, депрессии, более выраженные признаки вегетативной дисфункции и расстройства сна по сравнению со здоровыми испытуемыми. Обнаруженные психо-вегетативные расстройства чаще встречаются и более выражены у больных с ХМ по сравнению с пациентами с МБА. Определение психо-вегетативного состояния у данной категории пациентов позволит индивидуализировать подход к ведению и своевременно разработать в случае необходимости корректирующие и реабилитационные мероприятия, которые будут предотвращать хронизацию ГБ и способствовать повышению качества жизни.

**Ключевые слова:** мигрень, тревога, депрессия, вегетативные расстройства, диссомнические нарушения.

Мігренозний головний біль (ГБ) займає третє місце серед всіх хвороб, які призводять до втрати працездатності як серед чоловіків, так і серед жінок у віці до 50 років [1-3]. Мігрень (М) - первинна епізодична форма ГБ, що проявляється інтенсивним, частіше одностороннім, нападаподібним ГБ, а також різним поєднанням неврологічних, шлунково-кишкових і вегетативних проявів.

ВООЗ включила М в список 19 захворювань, які найбільшою мірою порушують соціальну адаптацію пацієнтів [4].

М є другою за частотою (після головного болю) напруги, її поширеність коливається у жінок від 11 % до 25 % , у чоловіків - від 4 % до 10 %; зазвичай вперше проявляється у віці від 10 до 20 років. У віці 35-45 років частота та інтенсивність мігренозних нападів досягають максимуму, після 55-60 років у більшості хворих М припиняється. Тривалість нападу у дорослих зазвичай коливається від 3-4 годин до 3 діб і в середньому становить 20 годин [2;5].

Якість життя пацієнтів з ГБ залежить не тільки від частоти та інтенсивності епізодів ГБ, але й від інших порушень, які дуже часто асоційовані з ними. За даними Odegard S.S, у пацієнтів з М порушення сну зустрічаються у п'ять разів частіше [6]. У декількох дослідженнях показано, що посилення частоти та інтенсивності ГБ знаходиться у чіткому взаємозв'язку із порушеннями сну та поведінки [7-9].

Психічними розладами, найбільш часто присутніми при головному болю, є тривога й депресія [10-13]. У пацієнтів з М цей зв'язок був показаний в різних епідеміологічних і проспективних дослідженнях [14-17]. Пацієнти з поєднанням тривожних розладів і глибокої депресії більш схильні до розвитку мігрені в порівнянні з тими, у кого присутня тільки депресія або тільки тривога [18-19].

Мета дослідження – вивчити поширеність та вираженість проявів тривоги, депресії, вегетативних та диссомнічних порушень у пацієнтів з мігреною без аури та хронічною мігреною.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 31 пацієнта (11 чоловіків, 20 жінок, середній вік  $Me (Q1-Q3) = 49,00 (40,00-52,00)$  роки) з діагнозами мігрень без аури (МБА) (група I,  $n = 20$ ) та хронічна мігрень (ХМ) (група II,  $n = 11$ ). Критеріями включення були підписання інформованої згоди на участь у дослідженні, наявність ГБ, який відповідає критеріям М відповідно до Міжнародної класифікації головного болю (МКГБ-3), відсутність важкої соматичної патології, зловживання медикаментами. До групи здорових випробовуваних увійшло 30 осіб (15 (50%) чоловіків і 15 (50%) жінок), які за минулий рік відмічали не більше 1 епізода ГБ та не жалілися на біль у шиї, а також не зверталися за медичною допомогою впродовж минулого року.

Клініко-неврологічне обстеження проводилося по класичній схемі історії хвороби і включало в себе збір скарг та анамнезу, з уточненням локалізації та характеру болю, його тривалості, наявності провокуючих та полегшуючих біль факторів, результатів попереднього лікування та оцінки ступеню його успішності, а також вивчалась можливість зв'язку ГБ із зловживанням лікарськими засобами. Дослідження неврологічного статусу виконувалось за стандартною методикою для виявлення наявності симптомів ураження центральної нервової системи, які могли б свідчити про вторинний характер ГБ.

Експериментально-психологічні методи включали:

- тест Спілбергера, адаптований Ю.Л. Ханіним, який складається з 40 питань, що дозволяють окремо оцінити реактивну (РТ) і особистісну (ОТ) тривогу. Результат менше 30 балів відповідає низькому рівню тривоги, 31-44 бали – середньому рівню і більше 45 балів – високому рівню тривоги [20];

- тест Бека, що складається з 2 частин - когнітивно-афективної субшкали і субшкали соматичних проявів депресії, що включають в себе 13 і 8 питань відповідно, і дозволяють визначити наявність і ступінь вираженості депресії у досліджуваного. Нормальне значення дорівнює від 0 до 9 балів, м'який ступінь депресії – 10-15 балів, помірний ступінь – 16-19 балів, сильний ступінь – 20-29 балів, вкрай виражена депресія – 30 балів і вище [21];

- опитувальник для визначення вегетативних порушень, який складається з 11 питань. Сума балів більше 15 свідчить про наявність вегетативних розладів [22];

- анкета бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, яка складається з 6 питань, що визначають різні характеристики сну. Кожне з цих питань оцінюється за п'ятибальною шкалою. В нормі у пацієнта без порушень сну повинно бути більш, ніж 22 бали, сума балів менше 19 свідчить про виражені диссомнічні розлади [23];

Статистична обробка даних проводилася з використанням програми «SPSS 17.0» і «Microsoft Excel for Windows» (2013). Оцінювалися достовірні відмінності за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні для незалежних вибірок, проводився аналіз рангових кореляцій за Спірменом. Дані представлялися у вигляді  $Me (Q1-Q3)$ , де  $Me$  - медіана,  $Q1$  - 25-й квартиль,  $Q3$  - 75-й квартиль. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез приймали рівним 0,05.

Результати та обговорення

Психометричні показники в групах пацієнтів з клінічними проявами МБА, ХМ та здоровими випробовуваними представлені в таблиці 1.

Таблиця 1.

**Психометричні показники пацієнтів клінічних груп та здорових випробовуваних**

Показник	Група I (n = 20) Me (Q1–Q3)	Група II (n = 11) Me (Q1–Q3)	Здорові випробовувані (n = 30) Me (Q1–Q3)
Реактивна тривога, бали	43,50 (41,25–53,25)*	49,00 (42,00–53,00)**	29,50 (27,00–34,25)
Особистісна тривога, бали	49,00 (43,00–52,75)*	50 (47,00–56,00)**	32,50 (30,00–37,00)
Рівень депресії, бали	7,50 (3,00–18,25)*	9,00 (8,00–19,00)**	0,0 (0,0–2,00)
Якість сну, бали	20,00 (19,00–21,75)*	20,00 (18,00–22,00)**	25,00 (23,00–26,00)
Вегетативні порушення, бали	29,50 (18,00–42,75)*	32,00 (24,00–37,00)**	7,00 (6,00–13,25)

Примітка: рівень істотності відмінності –  $P = 0,001$  при порівнянні пацієнтів відповідних груп:

\* – при порівнянні пацієнтів групи I та здорових випробовуваних;

\*\* – при порівнянні пацієнтів групи II та здорових випробовуваних.

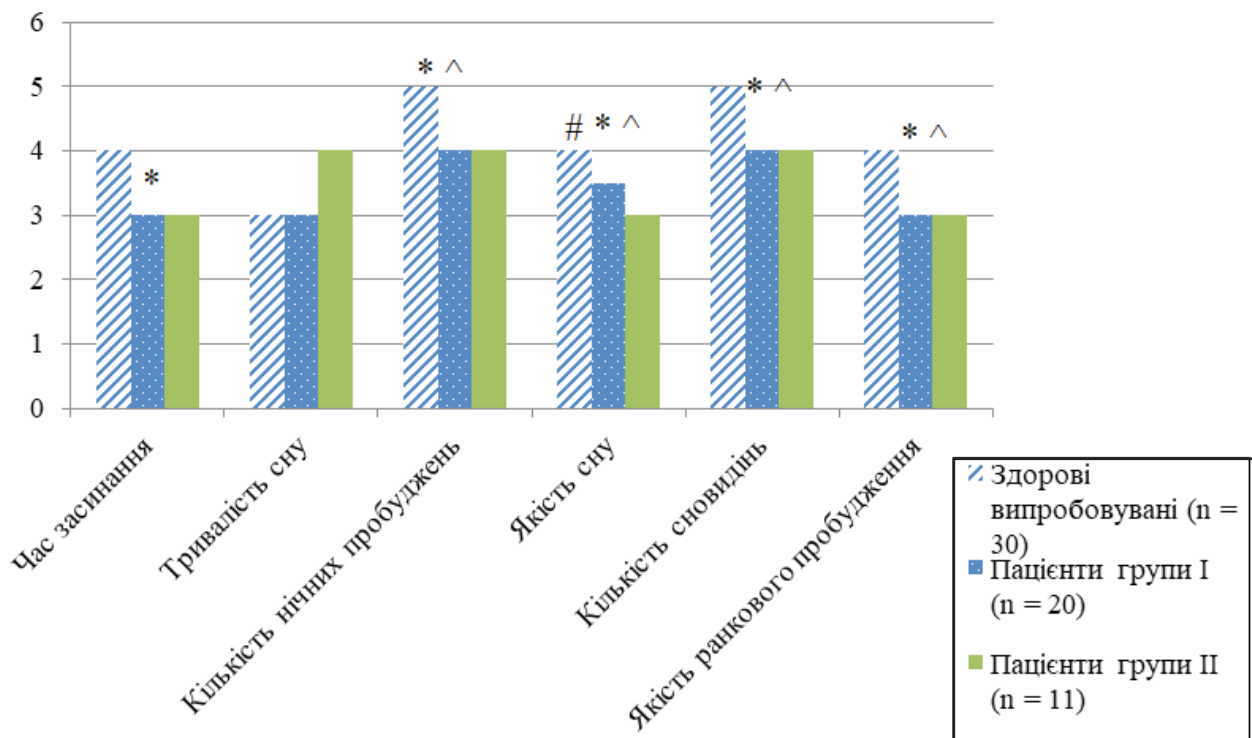
Показник реактивної тривожності у пацієнтів групи I склав Me (Q1–Q3) = 43,50 (41,25–53,25), особистісної тривожності – Me (Q1–Q3) = 49,00 (43,00–52,75) балів. При цьому помірний рівень РТ мав місце у 10 (50,0%) осіб, високий – у 9 (45,0%); низький – у 1 (5,0%) пацієнта; помірний рівень ОТ був виявлений у 6 (30,0%) осіб, високий – у 13 (65,0%), низький рівень – у 1 (5,0%) пацієнта. В групі II показники РТ та ОТ склали відповідно Me (Q1–Q3) = 49,00 (42,00–53,00) і 50 (47,00–56,00) балів, помірний рівень РТ мав місце у 3 (27,27%) осіб, високий – у 8 (72,73%) хворих, низький – не зареєстровано, помірний рівень ОТ був у 2 (18,18%) осіб, високий – у 9 (81,82%), низький – не зареєстровано. Показники РТ та ОТ в групах I і II були достовірно вище ( $P < 0,001$ ), ніж аналогічні показники здорових досліджуваних (РТ – Me (Q1–Q3) = 29,5 (27–34,25), ОТ – Me (Q1–Q3) = 32,5 (30–37) балів).

Показник депресії за опитувальником Бека у пацієнтів групи I склав Me (Q1–Q3) = 7,50 (3,00–18,25), в групі II – Me (Q1–Q3) = 9,00 (8,00–19,00) балів, що достовірно ( $P = 0,001$ ) вище даних контрольної групи – Me (Q1–Q3) = 0 (0–2,0) балів. В групі I нормальні значення мали 11 (55,0%) осіб, м'який ступінь депресії відмічено у 3 (15,0%), помірний – у 2 (10,0%), сильний – у 4 (20,0%) пацієнтів. В групі II нормальні значення показника мали 5 (45,46%) осіб, м'який ступінь депресії – 2 (18,18%), помірний – 2 (18,18%), сильний – 2 (18,18%)

пацієнтів.

Показник якості сну у пацієнтів групи I склав Me (Q1–Q3) = 20 (19–21,75), в групі II – Me (Q1–Q3) = 20,00 (18,00–22,00) і достовірно ( $P = 0,001$ ) перевищував дані контрольної групи – Me (Q1–Q3) = 25 (23–26) балів. Порушення сну мали місце у 4 (20,00%) досліджуваних групи I і 3 (27,27%) осіб групи II, в контрольній групі – не зареєстровані. Прикордонні розлади сну мали місце у 11 (55%) і 4 (36,37%) пацієнтів відповідно. Не відмічали порушень сну 5 (25,00%) і 4 (36,37%) досліджуваних відповідно, а також всі обстежені контрольної групи. Розлади сну були представлені труднощами з засинанням (Me (Q1–Q3) в групі I склала 3,00 (3,00–4,00), в групі II – 3,00 (3,00–3,00), в контрольній групі – 4,00 (3,75– 5,00) бали), зміненою тривалістю сну (показники склали 3,00 (3,00–3,75), 4,00 (3,00–4,00) і 3,00 (3,00–4,00) бали відповідно), переривчастим сном, нічними пробудженнями (4,00 (3,00–4,00), 4,00 (3,00–4,00) і 5,00 (4,00–5,00) балів відповідно), незадовільною якістю сну (3,50 (3,00–4,00), 3,00 (3,00–3,00) і 4,00 (4,00–4,00) балів відповідно), сновидіннями, що турбують (4,00 (3,00–4,75), 4,00 (3,00–4,00) і 5,00 (4,00–5,00) балів відповідно) та зниженою якістю ранкового пробудження (3,00 (3,00–3,75), 3,00 (3,00–4,00) і 4,00 (4,00–4,00) балів відповідно). Характеристика якості сну в групі пацієнтів I і II у порівнянні з групою здорових випробовуваних представлена на мал.1.

Мал. 4.2.1. Характеристики порушень сну у пацієнтів груп I і II у порівнянні з групою здорових випробовуваних.



Примітка: рівень істотності відмінності при порівнянні пацієнтів відповідних груп:

\* – при порівнянні пацієнтів групи I та здорових випробовуваних ( $P = 0,001$ );

^ – при порівнянні пацієнтів групи II та здорових випробовуваних ( $P = 0,001$ );

# – при порівнянні пацієнтів групи I та II ( $P < 0,05$ ).

Зміни параметрів сну у пацієнтів групи I і II достовірно відрізнялись в сторону погіршення в порівнянні з групою практично здорових випробовуваних, крім показників тривалості сну ( $P$  в групі I = 0,116, в групі II = 0,375). Параметри сну груп пацієнтів I і II статистично значуще між собою не відрізнялися, крім показника якості сну, який був гірше у пацієнтів з ХМ ( $P = 0,045$ ).

Показник вегетативних розладів в групі I склав  $Me (Q1-Q3) = 29,50 (18,00-42,75)$ , в групі II –  $32,00 (24,00-37,00)$  бали, що достовірно ( $P = 0,001$ ) перевищувало аналогічні дані здорових випробовуваних  $Me (Q1-Q3) = 7,00 (6,00-13,25)$  балів. У 17 (85%) осіб групи I та 10 (90,91%) пацієнтів групи II виявлено ознаки вегетативної дисфункції, в той час як в групі практично здорових випробовуваних – тільки у 5 (16,67%) обстежених відзначені незначні вегетативні розлади.

В групі I було виявлено статистично значущу кореляцію за Спірменом між показником депресії Бека та показником ОТ ( $r = 0,494$ ,  $p = 0,027$ ), показником вегетативної дисфункції ( $r = 0,63$ ,  $p = 0,003$ ); негативний кореляційний зв'язок зафіксовано між показником

якості сну та показником вегетативної дисфункції ( $r = -0,493$ ,  $p = 0,031$ ), показником депресії Бека ( $r = -0,484$ ,  $p = 0,027$ ); між показником вегетативної дисфункції та показником засипання ( $r = -0,589$ ,  $p = 0,006$ ), показником якості ранкового пробудження ( $r = -0,503$ ,  $p = 0,024$ ).

В групі II виявлено статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки за Спірменом: між показником РТ та показником вегетативної дисфункції ( $r = 0,695$ ,  $p = 0,038$ ), між показником ОТ та показником депресії Бека ( $r = 0,803$ ,  $p = 0,009$ ).

Резюмуючи, можна сказати, що в психологічному портреті пацієнтів з МБА та ХМ переважали високі рівні РТ та ОТ, депресії, порушення сну, вегетативні розлади в порівнянні зі здоровими випробовуваними. У хворих з ХМ, в порівнянні з пацієнтами з МБА, частіше зустрічалися високі рівні РТ (в 1,62 рази), ОТ (в 1,26 рази), суб'єктивні ознаки депресивного настрою (в 1,21 рази), порушення сну (в 1,36 разів), що може розглядатися як фактор хронізації ГБ.

В обох клінічних групах виявлено статистично значущі позитивні кореляції між по-



казником депресії Бека та показником ОТ, у пацієнтів з МБА наявний негативний кореляційний зв'язок між показником якості сну та показником вегетативної дисфункції і показником депресії Бека.

### Висновки

Для пацієнтів з МБА та ХМ характерні достовірно більш високі показники РТ та ОТ, депресії, більш виражені ознаки вегетативної дисфункції та розлади сну в порівнянні зі

здоровими випробуваними. Виявлені психо-вегетативні розлади частіше зустрічаються та більш виражені у хворих з ХМ в порівнянні з пацієнтами з МБА.

Визначення психо вегетативного стану у даної категорії пацієнтів дозволить індивідуалізувати підхід до ведення та своєчасно розробити в разі потреби корегуючі та реабілітаційні заходи, які будуть запобігати хронізації ГБ та сприяти підвищенню якості життя.

### Література

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *The Lancet*. – Vol. 390(10100). – P.1211-1259.
2. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // *Cephalalgia*. – 2018. – Vol. 38(1) – P.1–211.
3. Saylor D, Steiner TJ. The Global Burden of Headache / D. Saylor, T.J. Steiner // *Semin Neurol*. – 2018. – Vol. 38, № 2. – P.182-190. doi: 10.1055/s-0038-1646946. Epub 2018 May 23.
4. World Health Organization (WHO). Headache disorders. WHO fact sheet 277. Updated April 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/> Accessed February 21, 2018.
5. Осипова В.В. Первичные головные боли / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. - М.: Пагри-Принт, 2007. – 58 с.
6. Odegard S.S. Associations between sleep disturbance and primary headaches: the third Nord-Trøndelag Health Study / S.S. Odegard, M. Engstrom, T. Sand [et al.] // *J. Headache Pain*. – 2010. – Vol. 11, № 3. – P. 197-206.
7. Palacios-Ceña M. The association of headache frequency with pain interference and the burden of disease is mediated by depression and sleep quality, but not anxiety, in chronic tension type headache / M Palacios-Ceña, JJ Fernández-Muñoz, M Castaldo [et al.] // *J Headache Pain*. – 2017. – Vol. 18, № 1. – P. 19. doi: 10.1186/s10194-017-0730-5.
8. Boardman H.F. Psychological, sleep, lifestyle, and comorbid associations with headache / H.F. Boardman, E. Thomas, D.S. Millson, P.R. Croft // *Headache*. – 2005. – Vol. 45, № 6. – P. 657-669.
9. Lin YK. Associations Between Sleep Quality and Migraine Frequency: A Cross-Sectional Case-Control Study / YK Lin, GY Lin, JT Lee [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2016. - Vol. 95, № 17. – e3554. doi: 10.1097/MD.0000000000003554.
10. Llop SM. Increased prevalence of depression and anxiety in patients with migraine and interictal photophobia / SMLlop, JE Frandsen, KBDigre [et al.] // *J Headache Pain*. – 2016. - Vol. 17. – P. 34. doi: 10.1186/s10194-016-0629-6.
11. Bensenor I.M. Headache complaints associated with psychiatric comorbidity in a population-based sample / Bensenor, L.F. Tofoli, L. Andrade // *Braz J Med Biol Res*. – 2003. – Vol. 36. – P. 1425-32.
12. Cao M. Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study / M. Cao, S. Zhang, K. Wang // *Psychopathology*. – 2002. – Vol. 35. – P. 254-8.
13. Esme Fuller-Thompson. Untangling the Associations Between Migraine, Pain, and Anxiety / Fuller-Thompson Esme, Jayanthikumar Janany, Agbeyaka K. Senyo // *Headache*. – 2017. - Vol. 57, № 3. – P. 375 – 390.
14. Peres MFP. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research / MFP Peres, JPP Mercante, JPP Tobo PR [et al.] // *J Headache Pain*. – 2017. - Vol. 18, № 1. – P. 37. doi: 10.1186/s10194-017-0742-1.
15. Breslau N. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis / N. Breslau, R.B. Lipton, W.F. Stewart // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60. – P. 1308-12.
16. Mongini F. Personality traits, depression and migraine in women. A longitudinal study / F. Mongini, R. Keller, A. Deregibus // *Cephalalgia*. – 2003. – Vol. 23. – P. 186-92.
17. Leistad R.B. Stress induced pain and muscle activity in patients with migraine and tension-type headache / R.B. Leistad, T. Sand, R.H. Westgaard et al // *Cephalalgia*. – 2006. – Vol. 26 (1). – P. 64–73. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00997.x.
18. Colman Ian. Migraine Headache and Risk of Self-harm and Suicide / Ian Colman, Mila Kingsbury, Jitender Sareen et al // *Headache*. – 2016. – Vol. 56, №1. – P. 132 – 140.
19. Merikangas K.R. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults / K.R. Merikangas, J. Angst, H. Isler // *Arch Gen Psychiatry*. – 1990. – Vol. 47. – P. 849-53.
20. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте // *Вопр. психологии*. - 1978. – №6. – С.72-75.
21. Beck A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 1961. – Vol. 4. – P. 561–571.
22. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / под редакцией А.М.Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
23. Вейн А.М. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение. / А.М. Вейн, Т.С. Елигулашвили, М.Г. Полуэктов. – М.: Эйдос Медиа, 2002. – 310 с.

## References

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *The Lancet*. – Vol. 390, (10100). – P.1211-1259.
2. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // *Cephalalgia*. – 2018. – Vol. 38(1) – P.1–211.
3. World Health Organization (WHO). Headache disorders. WHO fact sheet 277. Updated April 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/> Accessed February 21, 2018.
4. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // *Cephalalgia*. – 2018. – Vol. 38 (1) – P.1–211.
5. Osipova V.V., Tabeeva G.R. Primary headaches: diagnosis, clinic, therapy: a practical guide / Osipova V.V., Tabeeva G.R. – M.: Medical Information Agency, 2014. – 336 p.
6. Odegard S.S. Associations between sleep disturbance and primary headaches: the third Nord-Trøndelag Health Study / S.S. Odegard, M. Engstrom, T. Sand [et al.] // *J. Headache Pain*. – 2010. – Vol. 11, № 3. – P. 197-206.
7. Palacios-Ceña M. The association of headache frequency with pain interference and the burden of disease is mediated by depression and sleep quality, but not anxiety, in chronic tension type headache / M Palacios-Ceña, JJ Fernández-Muñoz, M Castaldo [et al.] // *J Headache Pain*. – 2017. – Vol. 18, № 1. – P. 19. doi: 10.1186/s10194-017-0730-5.
8. Boardman H.F. Psychological, sleep, lifestyle, and comorbid associations with headache / H.F. Boardman, E. Thomas, D.S. Millson, P.R. Croft // *Headache*. – 2005. – Vol. 45, № 6. – P. 657-669.
9. Lin YK. Associations Between Sleep Quality and Migraine Frequency: A Cross-Sectional Case-Control Study / YK Lin, GY Lin, JT Lee [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2016. – Vol. 95, № 17. – e3554. doi: 10.1097/MD.0000000000003554.
10. Llop SM. Increased prevalence of depression and anxiety in patients with migraine and interictal photophobia / SMLlop, JE Frandsen, KBDigre [et al.] // *J Headache Pain*. – 2016. – Vol. 17. – P. 34. doi: 10.1186/s10194-016-0629-6.
11. Bensenor I.M. Headache complaints associated with itropsychiatric comorbidity in a population-based sample / Bensenor, L.F. Tofoli, L. Andrade // *Braz J Med Biol Res*. – 2003. – Vol. 36. – P. 1425-32.
12. Cao M. Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study / M. Cao, S. Zhang, K. Wang // *Psychopathology*. – 2002. – Vol. 35. – P. 254-8.
13. Esme Fuller-Thompson. Untangling the Associations Between Migraine, Pain, and Anxiety / Fuller-Thompson Esme, Jayanthikumar Janany, Agbeyaka K. Senyo // *Headache*. – 2017. – Vol. 57, № 3. – P. 375 – 390.
14. Peres MFP. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research / MFP Peres, JPP Mercante, JPP Tobo PR [et al.] // *J Headache Pain*. – 2017. – Vol. 18, № 1. – P. 37. doi: 10.1186/s10194-017-0742-1.
15. Breslau N. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis / N. Breslau, R.B. Lipton, W.F. Stewart // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60. – P. 1308-12.
16. Mongini F. Personality traits, depression and migraine in women. A longitudinal study / F. Mongini, R. Keller, A. Deregibus // *Cephalalgia*. – 2003. – Vol. 23. – P. 186-92.
17. Leistad R.B. Stress induced pain and muscle activity in patients with migraine and tension-type headache / R.B. Leistad, T. Sand, R.H. Westgaard et al // *Cephalalgia*. – 2006. – Vol. 26 (1). – P. 64–73. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00997.x.
18. Colman Ian. Migraine Headache and Risk of Self-harm and Suicide / Ian Colman, Mila Kingsbury, Jitender Sareen et al // *Headache*. – 2016. – Vol. 56 (1). – P. 132 – 140.
19. Merikangas K.R. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults / K.R. Merikangas, J. Angst, H. Isler // *Arch Gen Psychiatry*. – 1990. – Vol. 47. – P. 849-53.
20. Khanin Yu.L. Study of anxiety in sports // *Psychology issues*. – 1978. – № 6. – P. 72-75.
21. Beck A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 1961. – Vol. 4. – P. 561–571.
22. Autonomic disorders. Clinic, diagnosis, treatment / edited by A.M. Wayne. M.: Medical Information Agency, 2003. – 752 c.
23. Wayne AM, Eligulashvili TS, Poluektov M.G. Sleep apnea syndrome and other sleep disorders associated with sleep: clinic, diagnosis, treatment. M.: Eidos Media, 2002. – 310 c.

**Романенко Юрий Игоревич** - аспирант кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Луганская область, Украина

e-mail: romanenko.yuri@gmail.com, ORCID 0000-0002-5193-4810.

**Romanenko Yuriy Igorovich** - Postgraduate Student of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology of the Lugansk State Medical University, Rubizhne, Lugansk region, Ukraine

**Григорова Ирина Анатольевна** - д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии №1 Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина

e-mail: grygorova\_i@ukr.net, ORCID 0000-0002-2644-9880.

**Grigороva Iryna Anatoliyivna** - MD, PhD, Professor, Head of the Department of Neurology No. 1, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**Романенко Владимир Игоревич** - к.мед.н., Институт семейной медицины, консультант - невролог, г. Киев, Украина

e-mail: vladimir.romanenko@pain.in.ua, ORCID 0000-0002-0014-9660

**Romanenko Volodymyr Igorovich** - PhD in Medicine, Family Medicine Institute, Consultant - Neurologist, Kyiv, Ukraine

**Романенко Ирина Юрьевна** - к.мед.н., доцент, ведущий научный сотрудник отдела репродуктивной медицины и хирургии Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев, Украина

e-mail: iryna.roman2017@gmail.com, ORCID 0000-0002-0604-0156

**Romanenko Iryna Yuriivna** - PhD in Medicine, Associate Professor, leading researcher of the Department of Reproductive Medicine and Surgery of the Ukrainian Scientific and Practical Center for Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Романенко Игорь Владимирович** - д.мед.н., профессор кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Луганская область, Украина

e-mail: romanenko.igor@gmail.com; ORCID 0000-0001-5724-8064

**Romanenko Igor Volodymyrovich** - MD, PhD, Professor of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology of the Lugansk State Medical University, Rubizhne, Lugansk region, Ukraine

# АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Сухоносова О. Ю.

Сухоносова Ольга Юріївна (Україна), канд. мед. наук, доцент кафедри неврології та дитячої неврології, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, вул. Амосова, 58, м.Харків, 61176; e-mail: vladol2017a@gmail.com , тел.0675764852

## AN ALGORITHM OF DIAGNOSTICS OF PHARMACORESISTANT EPILEPSY IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS

### Summary

WHO estimates that seizures persist in 30% of patients with epilepsy, despite treatment with antiepileptic drugs. In this regard, one of the main tasks is to find the reasons for the formation of pharmacoresistance, leading to neurological deficit and cognitive impairment. To create a diagnostic algorithm for pharmacoresistant epilepsy, we examined 256 children aged 1 day to 18 years who had uncontrollable seizures. All patients were divided into 3 groups: the first group - children of neonatal age - up to 1 month of life, the second group - children of early age from 1 month to 5 years, the third group - children over 5 years. All patients underwent anamnestic, clinical, neurophysiological (EEG, EEG-video monitoring), neurovisualization (NSG, high-field MRI in the "Epilepsy" mode), laboratory research methods.

It has been shown that in the neonatal period, metabolic parameters, acid-base blood balance, bacteriological and virological studies, including cerebrospinal fluid, are of significant importance. In young children, when there is a high risk of the formation of epileptic encephalopathy, increased attention is directed to a medical genetic examination with a molecular genetic study. In non-removable epileptic seizures in older children, a significant place is given to etiological factors, in case of structural epilepsy to localization and size of the focus and complex somatic examination with an assessment of the cytochrome P450 system and immunological status. The revealed patterns of the formation of pharmacological resistance influence the choice of treatment tactics.

### Key words:

children of different age groups, epilepsy, pharmacoresistance.

## АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВОЗРАСТНИХ ГРУП

### Аннотация.

По оценкам ВОЗ у 30% пациентов с эпилепсией сохраняются приступы, несмотря на лечение противоэpileптическими препаратами. В этой связи одной из главных задач является поиск причин формирования фармакорезистентности, приводящей к неврологическому дефициту и когнитивным нарушениям. Для создания диагностического алгоритма фармакорезистентных эпилепсий нами было обследовано 256 детей в возрасте от 1 дня до 18 лет, которые имели неконтролируемые приступы. Все больные были разделены на 3 группы: первая группа - дети neonatalного возраста - до 1 месяца жизни, вторая группа - дети раннего возраста от 1 месяца до 5 лет, третья группа - дети старше 5 лет. Всем пациентам в динамике было проведено анамнестическое, клиническое, нейрофизиологическое (ЭЭГ, ЭЭГ-видеомониторинг), нейровизуализационные (НСГ, высокопольная МРТ в режиме «Эпилепсия»), лабораторные методы исследования.

Показано, что в neonatalный период весомое значение имеют метаболические показатели, кислотно-основное равновесие крови, бактериологические и вирусологические исследования, в том числе спинно-мозговой жидкости. У детей раннего возраста, когда отмечается высокий риск формирования эпилептических энцефалопатий, повышенное внимание направлено на медико-генетическое обследование с молекулярно-генетическим исследованием. При некурабельных эпилептических припадках у детей старшего возраста существенное место уделяется этиологическим факторам, при структурных эпилепсиях локализации, и размеру очага, и комплексному соматическому обследованию с оценкой системы цитохрома P450 и иммунологического статуса. Выявленные закономерности формирования фармакорезистентности влияют на выбор тактики лечения.

**Ключевые слова:** дети разных возрастных групп, эпилепсия, фармакорезистентность.

## АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

### Анотація.

За оцінками ВООЗ у 30% пацієнтів з епілепсією зберігаються напади, незважаючи на лікування протиепілептичними препаратами. У зв'язку з цим одним з головних завдань є пошук причин формування фармакорезистентності, що призводить до неврологічного дефіциту і когнітивних порушень. Для створення діагностичного алгоритму фармакорезистентної епілепсії нами було обстежено 256 дітей у віці від 1 дня до 18 років, які мали неконтрольовані напади. Усіх хворих було розподілено на 3 групи: 1-а група - діти неонатального віку – до 1 місяця життя, 2-а група – діти раннього віку - від 1 місяця до 5 років, 3-я група – діти з 5 років. Всім пацієнтам в динаміці було проведено анамнестичне, клінічне, нейрофізіологічне (ЕЕГ, ЕЕГ-відеомоніторинг), нейровізуалізаційне (НСГ, високопольна МРТ в режимі «Епілепсія»), лабораторні методи дослідження.

Показано, що в неонатальний період вагоме значення мають метаболічні показники, кислотно-основний стан крові, бактеріологічні та вірусологічні дослідження, в тому числі спинно-мозкової рідини. У дітей раннього віку, коли відзначається високий ризик формування епілептичних енцефалопатій, підвищену увагу направлено на медико-генетичне обстеження з молекулярно-генетичним дослідженням. При некурабельних епілептичних випадках у дітей старшого віку значне місце приділяється етіологічним факторам, при структурних епілепсіях локалізації, та розміру вогнища, і комплексному соматичному обстеженню з оцінкою системи Р450 і імунологічного статусу. Виявлені закономірності формування фармакорезистентності впливають на вибір тактики лікування.

### Ключові слова:

діти різних вікових груп, епілепсія, фармакорезистентність.

### Вступ

Епілепсія є одним з найпоширеніших захворювань нервової системи. У країнах Європи поширеність дитячої епілепсії складає 4,5-5,0 на 1000 дитячого населення. В Україні щорічно понад 2 тисячам дітей вперше встановлюється діагноз епілепсії [1,2]. За оцінками ВООЗ у 30% пацієнтів з епілепсією зберігаються напади, незважаючи на лікування протиепілептичними препаратами [3-5]. Відповідно до загальноновизнаних критеріїв при резистентності тривалість активного перебігу захворювання повинна бути не менше двох років, протягом яких застосування двох і більше доречних, призначених в адекватній дозі і добре переносимими лікарськими засобами в режимах монотерапія - монотерапія, монотерапія - комбінація, не мало ефекту. Враховується також частота (більше 12 в рік) і тяжкість нападів, хоча цей критерій не є жорстким і вимагає індивідуального підходу. У разі епілептичних енцефалопатій дитячого віку (персистуючі неонатальні судоми, синдром Отахара, синдром Веста, тощо) визнання резистентності має проводитись в найкоротші терміни після встановлення діагнозу, так як 2-річне очікування призведе до формування постійного когнітивного дефіциту, який збережеться навіть після застосування будь-якого методу лікування [6-8].

Тому останнім часом в епілептіології все більше уваги приділяється проблемі неконтрольованих нападів, при наявності яких не завжди можна стверджувати про справжню фармакорезистентну епілепсію. Умовна резистентність – це оборотний процес, при якому частина пацієнтів може досягти повного контролю нападів. У зв'язку з цим одним з головних завдань є пошук адекватних методів діагностики, обсяг яких дозволив би призначити лікування й запобігти формуванню несприятливого типу перебігу епілепсії [4,5].

### Мета дослідження

Визначення необхідного обсягу обстеження дітей з неконтрольованими нападами, які допомагають виявити клінічні і параклінічні

дані, важливі для більш глибокого розуміння патофізіологічних механізмів, внаслідок яких формується фармакорезистентність та створення алгоритму діагностики фармакорезистентної епілепсії у дітей.

### Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 256 дітей у віці від 1 дня до 18 років, які мали неконтрольовані напади. Усіх хворих було розподілено на 3 групи: 1-а група - діти неонатального віку – доношені новонароджені до 28 дня життя від народження і до 44-го тижня гестації у дітей, народжених раніше терміну, 2-а група – діти раннього віку від 1 місяця до 5 років, 3-я група – діти з 5 до 18 років. Всім пацієнтам в динаміці було проведено ретельне анамнестичне, клінічне, нейрофізіологічне (електроенцефалографія (ЕЕГ), ЕЕГ з відео моніторингом, електрокардіографія ЕКГ), нейровізуалізаційне (нейросонографія (НСГ), високопольна ядерно-магнітна резонансна томографія (Я-МРТ) в режимі «Епілепсія»), лабораторні методи дослідження. Для встановлення статистичної достовірності результатів одержані дані були математично оброблені за допомогою параметричних та непараметричних методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

У першу групу - діти неонатального віку – доношені новонароджені до 28 дня життя від народження і до 44-го тижня гестації у дітей, народжених раніше терміну - увійшли 52 дитини (20,3%). Дослідження перинатального анамнезу пацієнтів, дозволили визначити фактори, які могли мати значення в формуванні неонатальних судом (НС): відхилення в перебігу вагітності у матерів в 46,8% випадків. Більшість дітей народилися від II та III вагітностей (61%). У 23,6% випадків були зафіксовані різного виду патологічні зміни перебігу пологів. Передчасні пологи відбулися у 18%. З них - діти, які народилися з низькою та екстремально низькою масою тіла – 24%.

За етіологічним чинником неонатальні судоми були розподілені наступним чином: структурні порушення ЦНС внаслідок важ-



ких гіпоксично-ішемічних уражень ЦНС, внутрішньочерепних пологових травм, внутрішньочерепних крововиливів, вроджених вад розвитку - 67%, вроджені та набуті інфекції - 10%, метаболічні порушення 5%, генетичні захворювання 4%, не уточнено - 8%, змішана група - 6%.

За характером неонатальних судом найбільш несприятливий перебіг мали моторні автоматизми (5%) та тонічні напади (22%), також поєднання 2-х та більше типів судом (14%) та трансформація судом (19%) пацієнтів.

Значущими критеріями несприятливого прогнозу є наявність таких змін на ЕЕГ, як епілептиформна активність та уповільнення фонової активності. Спостереження в динаміці показало, що такі патологічні зміни зберігалися в подальшому. За допомогою ЕЕГ-відеомоніторингу вдалося ідентифікувати 31% судом.

У 18% дітей, які перенесли неонатальні судоми, епілепсія розвинулась ще у неонатальному періоді.

Усім хворим у неонатальному періоді було проведено ретельне сомато-неврологічне обстеження, ЕЕГ, ЕЕГ з відеомоніторингом, НСГ, ЯМРТ головного мозку, лабораторні методи дослідження із контролем метаболічних показників, генетичне тестування, бактеріологічне та вірусологічне дослідження, консультації інших спеціалістів, але вагоме значення мають метаболічні показники, кислотно-основний стан крові, бактеріологічні та вірусологічні дослідження, в тому числі спинномозкової рідини.

У другу групу – діти раннього віку від 1 місяця до 5 років - увійшло 107 дітей (41,7%).

Етіологія епілептичних нападів у дітей цієї групи встановлена наступна: структурні порушення ЦНС внаслідок перинатальних уражень ЦНС – 21%, вроджені вади розвитку - 24%, черепно-мозкова травма (ЧМТ) – 6%, інфекції - 16%, вроджені метаболічні порушення 8%, генетичні захворювання 7%, не уточнено - 9%, змішана група - 7%. У 21% пацієнтів було діагностовано епілептичну енцефалопатію.

За характером нападів найбільш несприятливий перебіг мали інфантільні спазми (19%) та фокальні напади із вторинною генералізацією (31%), також поєднання 2-х та більше типів судом (18%) та трансформація судом (24%) пацієнтів.

Значущими критеріями несприятливого прогнозу є наявність таких змін на ЕЕГ, як гіпсаритмія та патерн «спалах – пригнічення». Спостереження в динаміці показали, що такі патологічні зміни в подальшому можуть трансформуватися в уповільнення фонової активності.

Звертає на себе увагу той факт, що у дітей раннього віку відзначається високий ризик формування епілептичних енцефалопатій, тому підвищену увагу направлено на медико-генетичне обстеження з молекулярно-генетичним дослідженням.

Третю групу склали 97 дітей (38%). у віці від 5 до 18 років, з неконтрольованими епілептичними нападами, в яких є верифікований діагноз епілепсії та які дійсно приймають

ПЕП у максимальній для сприйняття дозі.

У пацієнтів цієї групи діагностовано наступні етіологічні чинники епілепсії: структурні порушення ЦНС внаслідок перинатальних уражень ЦНС – 14%, вроджені вади розвитку (частіше дизгенезії) - 18%, черепно-мозкова травма (ЧМТ) – 11%, інфекції - 18%, вроджені метаболічні порушення - 4%, генетичні захворювання - 11%, не уточнено - 9%, змішана група - 7%. Треба відзначити, що у дітей цієї групи в формуванні фармакорезистентності при структурних епілепсіях значне місце посідає визначення локалізації та розміру вогнища. Так найбільш «епілептогенними» є скронева (53%), задньолобова (21%) та тім'яна (14%) локалізація та мультифокальні вогнища (12%).

За характером нападів найбільш несприятливий перебіг мали фокальні напади із вторинною генералізацією (41%), тонічні і міоклонічні напади (16%), також поєднання 2-х та більш типів судом (18%) та трансформація судом (16%) пацієнтів.

Значущими критеріями несприятливого прогнозу є наявність таких змін на ЕЕГ, як осередкова епіактивність в поєднанні з дифузійної повільної активністю, продовжена мультифокальна або білатерально-синхронна спайкова активність, аномальна фонова активність.

У дітей старше 5 років достовірно частіше зустрічаються імунологічні епілепсії, які супроводжуються аутоімунними станами (лімбічні енцефаліти, NMDA-енцефаліти, синдром Расмуссена та ін.). Тому при уточненні причин фармакорезистентності обов'язковим є дослідження імунологічного статусу.

При розгляді причин формування резистентності епілепсії до лікування слід пам'ятати про генетичні фактори, що впливають на ефективність ПЕП. В генетичних порушеннях, які можна коригувати шляхом врахування взаємодії з різними ПЕП, мають значення гени, що кодують ферменти системи цитохрому P450. Генами цієї системи, які відповідають за метаболізм ПЕП, є: CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4, CYP2D6 [13,16].

Згідно з результатами досліджень у 25% пацієнтів з фармакорезистентною епілепсією визначається зниження активності генів, що кодують систему цитохрому P450.

Враховуючи усе вищевикладене, алгоритм діагностики причин виникнення фармакорезистентності може бути представлено наступним чином:

1. Особливості збору анамнезу: деталізація обставин виникнення та клінічної картини нападів, динаміки симптомів окремого нападу та захворювання в цілому. Особливу увагу приділяють віку виникнення перших нападів та наявності провокуючих факторів.

2. Анамнез життя.

3. Сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних).

4. Фізикальне обстеження пацієнта для пошуку екстрацеребральної патології, що могла призвести до виникнення нападів.

5. Оцінка неврологічного статусу для виявлення інтрацеребральних причин нападів.

6. Лабораторні методи обстеження:

- Загальний аналіз крові (гемоглобін, ге-

матокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, згортання крові).

- Загальний аналіз сечі.
- Біохімічний аналіз крові (з визначенням рівня електролітів, глюкози, АСТ, АЛТ, білірубину, креатиніну, лужної фосфатази, сечовини, білку).
- Газовий склад крові.
- Імунограма крові. Концентрація основних прозапальних (ФНП- $\alpha$ , ІЛ-1, ІЛ-6) і проти-запальних (ІЛ-8, ІЛ-10) цитокінів у сироватці крові.
- ПЦР крові та ліквору до найбільш поширених вірусів.
- Бакпосів крові та ліквору.
- Метаболічний скринінг, включаючи люмбальну пункцію.
- Визначення концентрацій ПЕП у крові.

7.Електроенцефалографія.  
ЕЕГ повинна виконуватися щонайменше у відповідності до мінімальних вимог ILAE та IFCN, 2003:

- а) не менше ніж 12 каналів запису одночасно,
- б) розміщення електродів за системою 10-20,
- в) наявність додаткових каналів для моніторингу ЕКГ, дихання, міограми, руху очей,
- г) аналіз не менше ніж 20 хвилин якісного запису фонові ЕЕГ,
- д) можливість проведення функціональних навантажень - гіпервентиляції, фотостимуляції, звукової стимуляції з паралельною реєстрацією ЕЕГ.

Моніторингові методи електроенцефа-

лографії - стаціонарний або амбулаторний ЕЕГ-моніторинг, поєднаний ЕКГ-ЕЕГ-моніторинг.

8.Нейровізуалізація (нейросонографія, магнітно-резонансна томографія на апараті з напругою магнітного поля не менше 1,5 Т в режимі «Епілепсія» з використанням аксіальних і коронарних зрізів перпендикулярно осей скроневої області і гіпокампу), МРТ-спект-рографія, ПЕТ [9]

9.ЕКГ - з метою діагностики значущих порушень ритму серця у 12 відведеннях.

10.Огляд очного дна. Огляд очного дна проводиться для виявлення офтальмологічних ознак інтрацеребральної патології.

11.Отоневрологічне обстеження.

За показаннями:

- Ультразвукова транскраніальна доплерографія судин голови та шиї.

- Консультації інших фахівців (психіатр (показана при наявності у пацієнта психічних розладів), нейрохірург, кардіолог, ендокринолог, отоларинголог, психолог та інші).

- Генетичне обстеження і консультація генетика.

В одних випадках дефект одного гена є причиною певного епілептичного синдрому, в інших - дефекти різних генів можуть призвести до розвитку одного й того ж епілептичного синдрому. Часом одна генетична аномалія може викликати різні типи нападів у різних пацієнтів, у той час як в інших випадках багато генів залучаються до клінічних проявів епілепсії у окремого індивіда



Мал. 1. Сучасний алгоритм молекулярно-генетичної діагностики

Якщо є підозра на генетично детермінований резистентний епілептичний синдром, то проводять:

1. Визначення найбільш частих мутацій, характерних для конкретного синдрому.

2. Повногеномне секвенування.

Для більшої доступності і практичності частіше застосовується «панельне» секвенування - секвенування певної кількості генів, які дозволяють діагностувати конкретну патологію в диференціальному ряду захворювань (Мал.1).

Наприклад: панель ранньої дитячої епілептичної енцефалопатії. У неї входить секвенування 43 генів.

3. Якщо немає конкретного синдрому - дослідження панелей на мутації іонних каналів і рецептори нейротрансмітерів.

Генетичні чинники, що впливають на ефективність ПЕП:

- Гени, що кодуєть транспорт ПЕП

- Гени, що кодуєть ферменти метаболізму препаратів (кодуєть ферменти системи цитохрому P450, що відповідають за метаболізм ПЕП: CYP2c9 \* 2; CYP2c9 \* 3; CYP2c19 \* 1; CYP2c19 \* 2; CYP3A4)

- Гени, що кодуєть мішені дії ПЕП [10,11]

З усіх перерахованих методів обстеження в кожний віковий період їх діагностичне значення є різним. Це зумовлено станом пацієнта, етіологічним чинником епілепсії, діагностичними можливостями і часом, необхідним для отримання результатів обстеження.

Висновки

Таким чином, поряд із комплексним обстеженням у неонатальний період вагоме значення мають метаболічні показники, кислотно-основний стан крові, бактеріологічні та вірусологічні дослідження, в тому числі спинномозкової рідини. У дітей раннього віку, коли відзначається високий ризик формування епілептичних енцефалопатій, підвищену увагу направлено на медико-генетичне обстеження з молекулярно-генетичним дослідженням. При неконтрольованих епілептичних нападах у дітей старшого віку значне місце приділяється етіологічним факторам, при структурних епілепсіях - локалізації та розміру осередка і комплексному соматичному обстеженню з оцінкою системи P450 і імунологічного статусу. Виявлені патологічні особливості формування фармакорезистентності впливають на вибір тактики лікування.

### Література

1. Мар'єнко Л.Б., Літовченко Т.А. Дубенко А.Є. Нові класифікації епілепсії та епілептичних нападів (ILAE,2017): шляхи впровадження в Україні. //Міжнародний неврологічний журнал.-2017.-№7(93).-С.89-96
- 2.Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ et al. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. Nov 3 2009
- 3.Shah S, Nagarajan L, Palumbo L, Walsh P, Silberstein J, Cannell P, Ghosh S.Paediatric new-onset seizure clinic in Australia: Experience and lessons learnt. *J Paediatr Child Health*. 2018 Nov 8. doi: 10.1111/jpc.14290.
4. Литовченко Т.А. Резистентные эпилепсии: причины и методы лечения // *Нейронews*. — 2010. — № 5. — С. 21-26.
- 5.Fisher et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 2014; 55:475-82.
6. Berquin P. et al. Treatment of childhood refractory epilepsy // *Arch. Pediatr*. — 2012. — V. 19(1). — P. 3-8.
7. Dahlin M., Wide K., Ohman I. Age and comedication pharmacokinetics in children // *Pediatric Neurol*. — 2010. — V. 43(4). — P. 231-235.
- 8.Petelin Gadze Z. Epilepsy in Children – clinical and social aspects. In: TechInTech Publisher; 2011
- 9.Shah MN, Nguyen RD, Pao LP, Zhu L, CreveCoeur TS, Mitra A, Smyth MD.Role of resting state MRI temporal latency in refractory pediatric extratemporal epilepsy lateralization. *J Magn Reson Imaging*. 2018 Oct 22. doi: 10.1002/jmri.26320.
10. Танцура Л.Н., Коляда А.К., Пилипец Е.Ю., Третьяков Д.В., Танцура Е.А.. Роль фармакогенетического тестирования в преодолении фармакорезистентности эпилепсий // *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. — 2017. — Том 17, Випуск 2 (58). — С. 190-194.
11. Jain P, Andrade D, Donner E, Dyment D, Prasad AN, Goobie S, Boycott K, Lines M, Snead OC. Development of Criteria for Epilepsy Genetic Testing in Ontario, Canada. *Can J Neurol Sci*. 2018 Nov 13:1-7. doi: 10.1017/cjn.2018.341.

## References

1. Mar'enko L.B., Litovchenko T.A. Dubenko A.E. Novi klasifikacii epilepsii ta epileptichnix napadiv (ILAE,2017): shlyaxi vprovadzhennya v Ukraïni [New classifications of epics and epileptic seizures (ILAE, 2017): harnessed in Ukraine] Mizhnarodnij nevrologichnij zhurnal [International Neurological Journal],2017, no.7(93),, pp.89-96. (In Ukr.)
- 2.Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ et al. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. Nov 3 2009
- 3.Shah S, Nagarajan L, Palumbo L, Walsh P, Silberstein J, Cannell P, Ghosh S.Paediatric new-onset seizure clinic in Australia: Experience and lessons learnt. *J Paediatr Child Health*. 2018 Nov 8. doi: 10.1111/jpc.14290.
4. Litovchenko T.A. Rezistentnye epilepsii: prichiny i metody lecheniya [Resistant epilepsy: causes and methods of treatment] *NejroNews [NeuroNews]*, 2010, no. 5(24), pp. 21-26. (In Russ.)
- 5.Fisher et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 2014; 55:475-82.
6. Berquin P. et al. Treatment of childhood refractory epilepsy // *Arch. Pediatr.* — 2012. — V. 19(1). — P. 3-8.
7. Dahlin M., Wide K., Ohman I. Age and comedication pharmacokinetics in children // *Pediatric Neurol.* — 2010. — V. 43(4). — P. 231-235.
- 8.Petelin Gadze Z. Epilepsy in Children – clinical and social aspects. In: TechInTech Publisher; 2011
- 9.Shah MN, Nguyen RD, Pao LP, Zhu L, CreveCoeur TS, Mitra A, Smyth MD.Role of resting state MRI temporal latency in refractory pediatric extratemporal epilepsy lateralization. *J Magn Reson Imaging*. 2018 Oct 22. doi: 10.1002/jmri.26320.
10. Tancura L.N., Kolyada A.K., Pilipec E.Yu., Tretyakov D.V., Tancura E.A.. Rol farmakogeneticheskogo testirovaniya v preodolenii farmakorezistentnosti epilepsij [The role of pharmacogenetic testing in overcoming the pharmacological resistance of epilepsy] *Visnik VDNZU «Ukraïnska medichna stomatologichna akademiya» [News of the VDZU “Ukrainian medical dentistry academy”]*, 2017, vol. 17, no. 2 (58), pp. 190-194. (In Russ.)
11. Jain P, Andrade D, Donner E, Dyment D, Prasad AN, Goobie S, Boycott K, Lines M, Snead OC. Development of Criteria for Epilepsy Genetic Testing in Ontario, Canada. *Can J Neurol Sci*. 2018 Nov 13:1-7. doi: 10.1017/cjn.2018.341.

Sukhonosova Olga Yuriivna (Ukraine), MD, PhD, Associate Professor of Department of Neurology and Child Neurology, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, 58, Amosov Street, Kharkiv, 61176; e-mail: vladol2017a@gmail.com

Сухоносова Ольга Юрьевна (Украина) – канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и детской неврологии, Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176; e-mail: vladol2017a@gmail.com



# СПЕЦИФІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, РІЗНИМ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ТА РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

Гапонов К. Д.

©Гапонов Костянтин Дмитрович (Україна) – к.мед.н., головний лікар КНПХОР «Обласний наркологічний диспансер», м. Харків; вул. Очаківська, 15, 61045; доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, 58вул. Амосова, 61176; e-mail:kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2835-1027>.

## СПЕЦИФІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, РІЗНИМ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ТА РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

### Анотація.

Для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжливої дії стресу на специфіку психопатологічних проявів у осіб, залежних від алкоголю, в ході роботи було проведено аналіз особливостей вираженості і клінічної варіативності психопатологічної симптоматики у осіб із різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу. Встановлено, що вираженість симптомів алкогольної залежності (АЗ) прямо корелює з виразністю проявів депресії, міжособистісної сенситивності, обсесивно-компульсивної і параноїдальної симптоматики, фобічної тривожності, психотизму і соматизації, що, в свою чергу, має тісний зв'язок з рівнем психосоціального стресу. У комбатантів достовірно збільшення виразності психопатологічної симптоматики зі зростанням рівню психосоціального стресу, і, відповідно, тяжкості АЗ, спостерігається за ознаками депресії й обсесивно-компульсивного реагування, соматизації, міжособистісної сенситивності та психотизму. Зменшення вираженості психопатологічних проявів при зростанні стресового навантаження зафіксовано за проявами ворожості. Ріст виразності параноїдальності відбувається у випадках легкого або тяжкого стресу, зі зменшенням при помірному рівні психосоціального стресу. У переселенців з АЗ встановлена достовірна тенденція збільшення виразності проявів депресії, міжособистісної сенситивності, параноїдальності і психотизму при збільшенні рівня випробуваного стресу. Для місцевих мешканців з АЗ характерною є закономірність збільшення вираженості усіх досліджених психопатологічних проявів паралельно зі зростанням важкості психосоціального стресу. Серед осіб з АЗ з відповідним рівнем психосоціального стресу вираженість обсесивно-компульсивних симптомів, проявів міжособистісної сенситивності і фобічної тривожності є більшою у комбатантів і переселенців; ворожості і параноїдальності – у комбатантів; депресії – у переселенців. Отримані дані дозволяють стверджувати, що важливим фактором, що визначає особливості вираженості і різноманітності психопатологічної симптоматики у осіб з АЗ, є вираженість патологічного впливу психотравмуючого досвіду і рівень випробуваного психосоціального стресу.

**Ключові слова:** алкогольна залежність, психосоціальний стрес, психопатологічна симптоматика.

## СПЕЦИФІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, РІЗНИМ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ТА РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

### Summary

In order to understand the ways of modification of existing therapeutic and rehabilitation strategies taking into account the confounding stressaction on the specificity of psychopathological manifestations in persons with alcohol dependence, an analysis of

the peculiarities of the severity and clinical variability of psychopathological symptoms in persons with different psychotraumatic experiences and levels of psychosocial stress was conducted. It was established that the severity of the symptoms of alcohol dependence directly correlates with the expressiveness of manifestations of depression, interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive and paranoid symptoms, phobic anxiety, psychoticism and somatization, which, in its turn, has a close interdependence with the level of psychosocial stress. In combatants, a significant increase in the severity of psychopathological symptoms with an increase in the level of psychosocial stress, and, accordingly, the severity of alcohol dependence, is observed on the basis of depression and obsessive-compulsive response, somatization, interpersonal sensitivity and psychoticism. Reducing severity of psychopathological manifestations with increasing stress was recorded as manifestations of hostility. The growth of expressiveness of paranoiality occurs in cases of mild or severe stress, with a decrease at a moderate level of psychosocial stress. In displaced persons with alcohol dependence, there is a reliable tendency to increasing the expressiveness of manifestations of depression, interpersonal sensitivity, paranoiality and psychoticism with an increase in the level of stress. For the local inhabitants with alcohol dependence, the regularity of increase of expressiveness of all investigated psychopathological manifestations combining with increase of severity of psychosocial stress is characteristic. Among persons with alcohol dependence with the corresponding level of psychosocial stress, the severity of obsessive-compulsive symptoms, manifestations of interpersonal sensitivity and phobic anxiety is greater among combatants and displaced persons; hostility and paranoiality - in combatants; depression - in displaced persons. The obtained data allow to state that an important factor determining the peculiarities of the severity and variety of psychopathological symptoms in persons with alcohol dependence is the severity of the pathological influence of the psychotraumatic experience and the level of psychosocial stress.

**Key words:**

alcohol dependence, psychosocial stress, psychopathological symptoms.

**СПЕЦИФИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, РАЗНЫМ ПСИХОТРАВМАТИЧЕСКИМ ОПЫТОМ И УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА****Аннотация.**

Для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетом отягчающего действия стресса на специфику психопатологических проявлений у лиц, зависимых от алкоголя, в ходе работы был проведен анализ особенностей выраженности и клинической вариативности психопатологической симптоматики у лиц с различным психотравмирующим опытом и уровнем психосоциального стресса. Установлено, что выраженность симптомов алкогольной зависимости (АЗ) прямо коррелирует с выраженностью проявлений депрессии, межличностной чувствительности, обсессивно-компульсивной и паранойальной симптоматики, фобической тревожности, психотизма и соматизации, что, в свою очередь, имеет тесную связь с уровнем психосоциального стресса. Увеличение выраженности психопатологических симптомов с ростом уровня психосоциального стресса, и, соответственно, тяжести АЗ, у комбатантов наблюдается по депрессии и обсессивно-компульсивному реагированию, соматизации, межличностной чувствительности и психотизму. Уменьшение выраженности психопатологических проявлений при росте стрессовой нагрузки зафиксировано по проявлениям враждебности. Рост паранойальности происходит в случаях легкого или тяжелого стресса, с уменьшением при умеренном уровне психосоциального стресса. У переселенцев с АЗ установлена тенденция увеличения выраженности проявлений депрессии, межличностной чувствительности, паранойальности и психотизма при увеличении уровня испытываемого стресса. Для местных жителей с АЗ характерным является увеличение выраженности всех исследованных психопатологических проявлений параллельно с ростом тяжести психосоциального стресса. Среди лиц с АЗ с соответствующим уровнем психосоциального стресса выраженность обсессивно-компульсивных симптомов, проявлений межличностной чувствительности и фобической тревожности является большей у комбатантов и переселенцев; враждебности и паранойальности – у комбатантов; депрессии – у переселенцев. Полученные данные позволяют утверждать, что важным фактором, определяющим особенности выраженности и разнообразия психопатологической симптоматики у лиц с АЗ, является выраженность патологического влияния психотравмирующего опыта и уровень испытываемого психосоциального стресса. Выявленные закономерности должны учитываться при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий лиц, страдающих АЗ.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, психосоциальный стресс, психопатологическая симптоматика.

За даними ВООЗ, шкідливе вживання алкоголю є причинним фактором більш, ніж 200 порушень здоров'я, пов'язаних з хворобами і травмами. В усьому світі в результаті шкідливого вживання алкоголю щороку відбувається 3 мільйони смертей, що становить 5,3% всіх випадків смерті. [1]. На жаль, за результатами міжнародного дослідження 195 країн за період 1990 – 2016 років, за показником смертності від алкоголю Україна займає 9-те місце у світі, а кількість смертей, асоційованих зі вживанням алкоголю, становить 1,3% від їх загальної кількості [2].

Розповсюдженість алкогольної залежності (АЗ) являє собою віддзеркалення суспільно-політичних процесів, що відбуваються зараз в країні. Насамперед, йдеться про фактори, пов'язані з дією надсильних стресорів – таких, як політична та економічна нестабільність та бойові дії на Сході України [3–5].

Взаємозв'язок між наявністю стресового навантаження та вживанням алкоголю підтверджений великою кількістю досліджень зі значною доказовою базою і визнається усіма науковими школами та напрямками: результати епідеміологічних, генетичних, біохімічних, нейрофізіологічних, клінічних та ін. досліджень переконливо свідчать про його наявність [6, 7].

Між тим, не зважаючи на очевидну необхідність, накопичення цих знань не призвело поки що до розуміння того, яким чином, використовуючи нові знання, вплинути на зменшення шкоди від вживання алкоголю та ефективність лікування АЗ у осіб, що переживають надзначний стрес. Враховуючи системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами мають базуватися на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні й реабілітаційні стратегії повинні бути суттєво модифіковані з урахуванням вектору дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Мета роботи – визначити специфіку психопатологічної симптоматики у осіб, залежних від алкоголю, з різним рівнем психосоціального стресу та психотравматичного досвіду, для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу та коморбідних психопатологічних феноменів на формування й перебіг АЗ.

Контингент і методи дослідження.

Дослідження було здійснено на базі КНП-ХОР «Обласний наркологічний диспансер» протягом 2014 – 2018 рр., де, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології, було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України в якості учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил; 89 вимушено переміщених осіб з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської області; та 116 осіб – мешканців м. Харкова і Харківської області, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Дослідження проводилось за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного й статистичного методів. Діагностику АЗ здійснювали за дослідницькими діагностичними критеріями МКХ-10. Вираженість психосоціального стресу оцінювали за однойменною шкалою Л. Рідера [8] й шкалою психологічного стресу Lemyr-Tessier-Fillion в адаптації Н.Є. Водопьянкової (PSM-25) [9]. Тяжкість реагування на наявний психотравматичний досвід визначали за шкалою оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) М. Горвіца в адаптації Н. В. Тарабріної [10]. Оцінку специфіки психопатологічної симптоматики проводили з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики SymptomCheck List-90-Revised – SCL-90-R в адаптації Н.В. Тарабріної [10]. Статистичний аналіз розбіжностей виконано з використанням непараметричного критерію Манна-Уїтні, а аналіз кореляцій – за допомогою непараметричного методу рангових кореляцій Спірмена.

Результати дослідження та їх обговорення.

За показниками випробуваного психосоціального стресу обстежені були розподілені на три групи: у разі, якщо показник за шкалою Л. Рідера складав до 0,99 балів, обстежуваний відносився до групи з низьким рівнем стресу – 35 осіб; у разі, якщо показник перебував в межах 1,00 – 1,99 балів, обстежуваний відносився до групи з середнім (помірним) рівнем стресу – 84 особи; у разі, якщо показник перевищував 1,99 балів – до групи з важким рівнем стресу – 193 особи. Таким чином, у кожній з соціальних категорій: комбатанти (К) – переселенці (П) – місцеві мешканці (М) – було виділено по три групи в залежності від

рівню психосоціального стресу.

Серед комбатантів виявлено 2 (1,9%) особи з низьким рівнем стресу (К1), 29 (27,1%) осіб з помірним (К2) і 76 (71,0%) осіб – з високим (К3) (загальний середній показник вираженості психосоціального стресу серед комбатантів становив  $2,24 \pm 0,63$  балів).

Між переселенців 9 (10,1%) осіб мали низький рівень стресового реагування (П1), 22 (24,7%) особи – помірний (П2), 58 (65,2%) осіб – високий його рівень (П3) (загальний середній показник вираженості психосоціального стресу серед переселенців –  $2,03 \pm 0,72$  балів).

У місцевих в 24 (20,7%) випадках реєструвався низький рівень стресу (М1), в 33 (28,4%) – помірний (М2) і 59 (50,9%) випадках – високий його рівень (М3) (загальний середній показник вираженості психосоціального стресу серед місцевих мешканців –  $1,68 \pm 0,78$  балів).

Середній показник вираженості психосоціального стресу у осіб з легким його рівнем склав  $0,62 \pm 0,21$  балів, помірним –  $1,39 \pm 0,30$  балів, тяжким –  $2,47 \pm 0,38$  балів (розбіжності при порівнянні середньої вираженості психосоціального стресу в даних групах були статистично значущими,  $p < 0,01$ ). Загалом, вираженість психосоціального стресу була найбільшою у комбатантів, дещо меншою – у вимушено переміщених осіб, а найменшою – у місцевих мешканців; розбіжності були статистично значущі при порівнянні груп комбатантів і місцевих, переселенців і місцевих ( $p < 0,01$ ) [ХНУ-ГКД].

Схожа тенденція була виявлена стосовно вразливості до психологічного стресу (методика PSM-25): у комбатантів середня його вираженість становила  $151,62 \pm 25,82$  балів, у переселенців –  $143,56 \pm 31,20$  балів, місцевих мешканців –  $131,09 \pm 36,04$  балів (розбіжності при порівнянні комбатантів і переселенців  $p > 0,05$ , комбатантів і місцевих  $p < 0,01$ , переселенців і місцевих  $p < 0,01$ ). Середній показник в групі осіб з легким рівнем реагування на психосоціальний стрес був  $72,46 \pm 9,37$  балів, помірним реагуванням –  $123,30 \pm 19,97$  балів, важким –  $162,25 \pm 9,43$  балів (розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою,  $p < 0,01$ ).

Аналіз результатів дослідження оцінки впливу травматичної події на психічний стан респондентів, дозволив нам зробити наступні висновки. З одного боку, абсолютно

очікувано, середня вираженість впливу психотравматичного досвіду була вищою у комбатантів ( $52,83 \pm 22,12$  балів), ніж у переселенців ( $47,67 \pm 22,02$  балів), а у останніх – вищою, ніж у місцевих мешканців ( $40,06 \pm 17,75$  балів) (розбіжності достовірні при порівнянні показників комбатантів та/або переселенців з місцевими мешканцями – комбатанти vs місцеві  $p < 0,01$ ; переселенці vs місцеві  $p < 0,05$ ; розбіжності між показниками комбатантів і переселенців не достовірні  $p > 0,05$ ). Між тим, середня вираженість посттравматичного реагування у осіб з легким рівнем психосоціального стресу становила  $23,23 \pm 0,65$  балів (верхні значення діапазону низької вираженості), помірним –  $28,61 \pm 3,86$  (нижні значення діапазону помірної вираженості), важким –  $58,69 \pm 18,28$  балів (діапазон високої вираженості), при цьому розбіжності були статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою ( $p < 0,01$ ). Таким чином, бачимо, що серед представників різних контингентів, в тому числі, з наявністю психотравматичного досвіду «за умовчанням» (комбатанти та/або переселенці), не дивлячись на пережиті травматичні події, існує значна кількість осіб з низькою або незначною вираженістю патологічного посттравматичного стресу. Сила патологічного впливу травматичної події обумовлена виразністю стресового реагування на неї, що асоційовано з вираженістю випробуваного психосоціального стресу.

Вираженість клінічних проявів АЗ також виявилась неоднорідною серед обстежених, а була асоційована з рівнем психосоціального стресу: усереднені показники AUDIT у осіб з легким стресом виявились  $15,17 \pm 2,32$  балів, з помірним реагуванням на стрес –  $21,53 \pm 1,99$  бали, важким –  $31,51 \pm 6,35$  балів (розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою  $p < 0,01$ ). Середня вираженість АЗ серед комбатантів становила  $30,43 \pm 7,31$  балів, переселенців –  $28,60 \pm 7,78$  балів, місцевих мешканців –  $25,43 \pm 8,19$  балів (розбіжності статистично значущі при порівнянні комбатантів і місцевих  $p < 0,01$ , переселенців і місцевих  $p < 0,01$ ).

У результаті дослідження специфіки психопатологічної симптоматики у респондентів з АЗ та з різним рівнем психосоціального стресу, були виявлені важливі закономірності. Результати вивчення вираженості психопатологічної симптоматики у комбатантів, хворих на АЗ, представлено в табл. 1.



Таблиця 1.

**Показники вираженості психопатологічної симптоматики у комбатантів з АЗ та різним рівнем психосоціального стресу**

Показник	Рівень психосоціального стресу			p 1-2	p 1-3	p 2-3
	K1	K2	K3			
Соматизація	0,45±0,07	0,58±0,46	0,78±0,55	>0,05	<0,05	<0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	0,25±0,21	0,57±0,31	0,81±0,36	>0,05	<0,05	<0,05
Міжособистісна чутливість	0,25±0,07	0,42±0,17	0,63±0,32	>0,05	<0,05	<0,05
Депресія	0,40±0,14	0,57±0,10	0,73±0,09	>0,05	<0,05	<0,05
Тривожність	0,35±0,07	0,61±0,54	0,73±0,71	>0,05	>0,05	>0,05
Ворожість	0,80±0,71	0,47±0,40	0,39±0,52	>0,05	>0,05	>0,05
Фобічна тривожність	0,20±0,14	0,28±0,21	0,38±0,34	>0,05	>0,05	>0,05
Параноїдальні симптоми	0,60±0,14	0,51±0,16	0,62±0,18	>0,05	>0,05	<0,01
Психотизм	0,20±0,14	0,32±0,22	0,40±0,14	>0,05	<0,05	<0,05
Додаткові симптоми	1,15±0,21	1,44±0,51	1,66±0,43	>0,05	<0,05	<0,05
Індекс GSI	0,45±0,07	0,57±0,21	0,71±0,26	>0,05	<0,05	<0,05
Індекс PSI	27,50±2,12	26,48±7,19	30,00±8,52	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс PDSI	1,40±0,10	1,90±0,27	2,11±0,28	<0,05	<0,05	<0,05

Як видно з таблиці, загальною закономірністю є збільшення виразності психопатологічної симптоматики по мірі зростання тяжкості психосоціального стресу. Так, показник соматизації у хворих групи K1 склав 0,45±0,07 балів, у групі K2 – 0,58±0,46 балів, у групі K3 – 0,78±0,55 балів; показник обсесивно-компульсивних розладів – відповідно 0,25±0,21 балів, 0,57±0,31 балів та 0,81±0,36 балів; міжособистісної чутливості – відповідно 0,25±0,07 балів, 0,42±0,17 балів та 0,63±0,32 балів; депресії – відповідно 0,40±0,14 балів, 0,57±0,10 балів та 0,73±0,09 балів; тривожності – відповідно 0,35±0,07 балів, 0,61±0,54 балів та 0,73±0,71 балів; фобічної тривожності – відповідно 0,20±0,14 балів, 0,28±0,21 балів та 0,38±0,34 балів; та психотизму – відповідно 0,20±0,14 балів, 0,32±0,22 балів та 0,40±0,14 балів. Найбільш суттєво відмінності між групами з різним рівнем психосоціального стресу серед комбатантів були виражені для депресії, обсесивно-компульсивної симптоматики, дещо менше – для соматизації, міжособистісної чутливості та психотизму. Дещо інші закономірності у цій групі виявлені для ворожості: найвищі її показники виявлені у групі K1 з найменшим рівнем психосоціального стресу (0,80±0,71 балів), дещо менші – у групі з помірним рівнем психосоціального стресу (0,47±0,40 балів), і найменші – у групі з високим рівнем психосоціального стресу (0,39±0,52 балів). На наш погляд, такі закономірності можуть бути пов'язані з наростанням ознак астенизації по мірі збіль-

шення важкості та тривалості стресу та АЗ. Ще більш складні закономірності виявлені для параноїдальної симптоматики: найбільш високі показники її виявлені у групі з тяжким (K3) – 0,62±0,18 балів та легким (K1) – 0,60±0,14 балів, а найнижчі – в групі з помірним стресом (K2) – 0,51±0,16 балів.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GeneralSymptomaticallyIndex – GSI) зростав зі збільшенням тяжкості психосоціального стресу: у групі K1 він склав 0,45±0,07 балів, у групі K2 – 0,57±0,21 балів, у групі K3 – 0,71±0,26 балів. Індекс загальної кількості симптомів (PositiveSymptomaticallyIndex – PSI) був найвищим у групі K3 (30,00±8,52 балів), дещо меншим – у групі K2 (27,50±2,12 балів), і найменшим – у групі K1 (26,48±7,19 балів). Значущі (p<0,05) розбіжності між групами виявлені для індексу вираженості симптоматичного дистресу (PositiveDistressSymptomaticallyIndex – PDSI), при цьому виявлено тенденцію до збільшення вираженості дистресу по мірі зростання тяжкості психосоціального стресу: у групі K1 показник склав 1,40±0,10 балів, у групі K2 – 1,90±0,27 балів, у групі K3 – 2,11±0,28 балів.

У вимушених переселенців зберігалися ті ж загальні тенденції до збільшення показників вираженості психопатологічної симптоматики паралельно зі зростанням тяжкості психосоціального стресу; ці закономірності виявлені для всіх психопатологічних симптомів (табл. 2).

Таблиця 2

## Показники вираженості психопатологічної симптоматики у вимушених переселенців з АЗ та різним рівнем психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу			р 1-2	р 1-3	р 2-3
	П1	П2	П3			
Соматизація	0,53±0,31	0,59±0,29	0,95±0,72	>0,05	>0,05	>0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	0,49±0,26	0,67±0,36	0,77±0,37	>0,05	>0,05	>0,05
Міжособистісна чутливість	0,38±0,27	0,53±0,25	0,86±0,22	>0,05	<0,01	<0,01
Депресія	0,39±0,08	0,55±0,07	0,72±0,08	<0,01	<0,01	<0,01
Тривожність	0,37±0,44	0,51±0,44	0,72±0,55	>0,05	>0,05	>0,05
Ворожість	0,20±0,21	0,33±0,48	0,55±0,63	>0,05	>0,05	>0,05
Фобічна тривожність	0,30±0,15	0,40±0,21	0,57±0,45	>0,05	>0,05	>0,05
Параноїдальні симптоми	0,23±0,05	0,26±0,19	0,37±0,17	>0,05	<0,01	>0,05
Психотизм	0,21±0,16	0,33±0,18	0,34±0,15	>0,05	<0,05	>0,05
Додаткові симптоми	1,01±0,21	1,46±0,41	1,71±0,48	<0,01	<0,01	>0,05
Індекс GSI	0,40±0,12	0,57±0,12	0,76±0,28	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	23,22±5,70	28,77±4,47	31,26±8,40	<0,05	<0,01	>0,05
Індекс PDSI	1,59±0,15	1,78±0,20	2,14±0,25	<0,05	<0,01	<0,01

Як видно з таблиці, переселенцям, хворим на АЗ, з низьким ступенем психосоціального стресу, були притаманні найнижчі кількісні значення показників, з найвищим ступенем психосоціального стресу – найвищі показники, а показники у групі з помірним ступенем психосоціального стресу займали проміжне місце. Так, показник соматизації у групі П1 склав 0,53±0,31 балів, у групі П2 – 0,59±0,29 балів, у групі П3 – 0,95±0,72 балів; обсесивно-компульсивної симптоматики – відповідно 0,49±0,26 балів, 0,67±0,36 балів та 0,77±0,37 балів; міжособистісної чутливості – відповідно 0,38±0,27 балів, 0,53±0,25 балів та 0,86±0,22 балів; депресії – відповідно 0,39±0,08 балів, 0,55±0,07 балів та 0,72±0,08 балів; тривожності – відповідно 0,37±0,44 балів, 0,51±0,44 балів та 0,72±0,55 балів; ворожості – відповідно 0,20±0,21 балів, 0,33±0,48 балів та 0,55±0,63 балів; фобічної тривожності – відповідно 0,30±0,15 балів, 0,40±0,21 балів та 0,57±0,45 балів; параноїдальної симптоматики – відповідно 0,23±0,05 балів, 0,26±0,19 балів та 0,37±0,17 балів; психотизму – відповідно 0,21±0,16 балів, 0,33±0,18 балів та 0,34±0,15 балів. Найбільш чітко ці відмінності виражені для депресії, дещо менше – для міжособистісної чутливості, параноїдальної симптоматики та психотизму.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GSI) у переселенців значуще ( $p<0,05$ ) зростає зі збільшенням тяжкості психосоціального стресу: у групі П1 він склав 0,40±0,12 балів, у групі П2 – 0,57±0,12 балів, у групі П3 – 0,76±0,28 балів. Індекс виявлення симптоматики (PSI) значуще відрізнявся у групах П1 (23,22±5,70 балів) та П2 (28,77±4,47 балів), і не значуще – між групами П2 і П3 (31,26±8,40 балів). Значущі ( $p<0,05$ ) розбіжності між групами виявлені для індексу вираженості дистресу (PDSI), при цьому вираженість дистресу зростала по мірі зростання тяжкості психосоціального стресу: у групі П1 показник склав 1,59±0,15 балів, у групі П2 – 1,78±0,20 балів, у групі П3 – 2,14±0,25 балів.

Найбільшою мірою закономірності щодо збільшення показника вираженості психопатологічної симптоматики паралельно зі зростанням важкості психосоціального стресу були виражені у групі місцевих мешканців (табл. 3). На наш погляд, це може бути пов'язане з суттєво більшою важкістю психосоціального стресу в групах комбатантів та переселенців, та більш складним характером реагування на стрес у цих групах, що зумовлює більш складні закономірності, особливо в групі комбатантів.

Таблиця 3

Показники вираженості психопатологічної симптоматики у вимушених переселенців з АЗ та різним рівнем психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу			р 1-2	р 1-3	р 2-3
	M1	M2	M3			
Соматизація	0,31±0,20	0,45±0,32	0,69±0,48	>0,05	<0,01	<0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	0,17±0,14	0,47±0,31	0,64±0,25	<0,01	<0,01	<0,01
Міжособистісна чутливість	0,23±0,15	0,49±0,23	0,59±0,36	<0,01	<0,01	>0,05
Депресія	0,43±0,08	0,56±0,09	0,75±0,08	<0,01	<0,01	<0,01
Тривожність	0,23±0,27	0,43±0,37	0,62±0,46	<0,05	<0,01	>0,05
Ворожість	0,16±0,23	0,41±0,36	0,53±0,51	<0,01	<0,01	>0,05
Фобічна тривожність	0,16±0,12	0,23±0,29	0,41±0,44	>0,05	<0,05	<0,05
Параноїдальні симптоми	0,15±0,12	0,27±0,16	0,28±0,19	<0,01	<0,01	>0,05
Психотизм	0,24±0,09	0,29±0,10	0,32±0,14	>0,05	<0,01	>0,05
Додаткові симптоми	0,91±0,26	1,44±0,41	1,85±0,53	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс GSI	0,30±0,08	0,50±0,16	0,67±0,21	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	16,92±3,28	22,52±5,36	27,19±6,69	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PDSI	1,60±0,16	1,97±0,23	2,17±0,24	<0,01	<0,01	<0,01

Як видно з таблиці, практично за всіма психопатологічними симптомами виявлялися статистично значущі розбіжності у показниках між групами з легким, помірним та тяжким психосоціальним стресом. Так, середнє значення показника соматизації у групі M1 склало 0,31±0,20 балів, у групі M2 – 0,45±0,32 балів, а у групі M3 – 0,69±0,48 балів; обсесивно-компульсивної симптоматики – відповідно 0,17±0,14 балів, 0,47±0,31 балів та 0,64±0,25 балів; міжособистісної чутливості – відповідно 0,23±0,15 балів, 0,49±0,23 балів та 0,59±0,36 балів; депресії – відповідно 0,43±0,08 балів, 0,56±0,09 балів та 0,75±0,08 балів; тривожності – відповідно 0,23±0,27 балів, 0,43±0,37 балів та 0,62±0,46 балів; ворожості – відповідно 0,16±0,23 балів, 0,41±0,36 балів та 0,53±0,51 балів; фобічної тривожності – відповідно 0,16±0,12 балів, 0,23±0,29 балів та 0,41±0,44 балів; параноїдальної симптоматики – відповідно 0,15±0,12

балів, 0,27±0,16 балів та 0,28±0,19 балів; психотизму – відповідно 0,24±0,09 балів, 0,29±0,10 балів та 0,32±0,14 балів.

Інтегральні показники у цій групі виявили чітку тенденцію до збільшення по мірі зростання важкості психосоціального стресу. Так, загальний індекс (GSI) у групі M1 склав 0,30±0,08 балів, у групі M2 – 0,50±0,16 балів, у групі M3 – 0,67±0,21 балів; індекс виявлення симптоматики (PSI) – відповідно 16,92±3,28 балів, 22,52±5,36 балів та 27,19±6,69 балів; індекс вираженості дистресу (PDSI) – відповідно 1,60±0,16 балів, 1,97±0,23 балів та 2,17±0,24 балів.

Нами також проаналізовано розбіжності між показниками психопатологічної симптоматики у комбатантів, переселенців та місцевих мешканців за кожним зі ступенів психосоціального стресу – легким, помірним та тяжким. Результати статистичного аналізу розбіжностей наведено у табл. 4.

Таблиця 2

**Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні показників вираженості психопатологічної симптоматики при попарному порівнянні хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу**

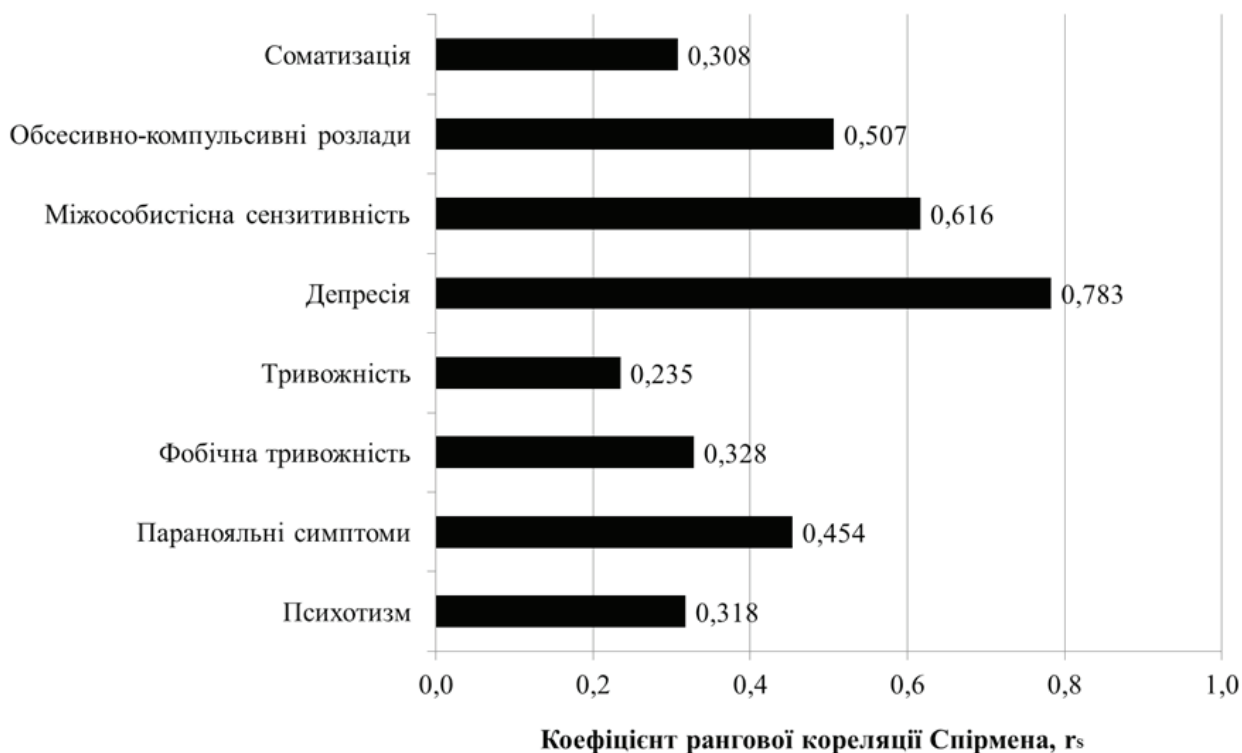
Показник	Рівень психосоціального стресу								
	легкий			помірний			тяжкий		
	К1 та П1	К1 та М1	П1 та М1	К2 та П2	К2 та М2	П2 та М2	К3 та П3	К3 та М3	П3 та М3
Соматизація	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05
Міжособистісна чутливість	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Депресія	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Тривожність	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Ворожість	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
Фобічна тривожність	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05
Параноїдальні симптоми	<0,05	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05
Психотизм	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
Додаткові симптоми	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс GSI	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс PSI	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05
Індекс PDSI	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05

Як видно з таблиці, у переселенців з легким та помірним, а у комбатантів з важким ступенями психосоціального стресу виявлено значуще більший рівень обсесивно-компульсивної симптоматики, порівняно з місцевими мешканцями; у комбатантів та переселенців з тяжким ступенем стресу виявлено значуще більші показники за міжособистісною чутливістю; у переселенців та місцевих мешканців з важким стресом – за депресією; у комбатантів з помірним та важким стресом – з переселенцями та місцевими мешканцями за ворожістю; у переселенців з легким ступенем стресу – з місцевими мешканцями, у комбатантів і переселенців з помірним та важким ступенями стресу – з місцевими мешканцями за фобічною тривожністю; у комбатантів з легким та помірним ступенями стресу – з переселенцями, а з тяжким стресом – між усіма групами за пара-

ноїдальною симптоматикою; у комбатантів з важким стресом – з переселенцями та місцевими мешканцями за психотизмом. У комбатантів з легким стресом також значуще більшим порівняно з місцевими мешканцями було значення загального індексу тяжкості симптомів (GSI); у комбатантів та переселенців з легким та помірним стресом, а також у переселенців з важким стресом у порівнянні з місцевими мешканцями – індекс загальної кількості симптоматики (PSI); у переселенців з помірним стресом у порівнянні з місцевими мешканцями – індекс вираженості симптоматичного дистресу (PDSI).

Нами було також проаналізовано кореляційні зв'язки між напруженістю аддиктивного статусу за алкоголем на підставі даних AUDIT-тесту та показниками вираженості психопатологічної симптоматики. Результати кореляційного аналізу наведено на мал. 1.





Мал. 1. Кореляційні зв'язки між вираженістю АЗ заданими AUDIT-тесту та показниками психопатологічної симптоматики (наведено значущі ( $p < 0,05$  і менше) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена)

Як видно з малюнку, найбільш сильний зв'язок (коефіцієнт кореляції понад 0,7) був виявлений між вираженістю АЗ та проявами депресії ( $r_s = 0,783$ ); кореляційний зв'язок помірної сили (коефіцієнти кореляції в межах 0,3-0,7) виявлені для міжособистісної сензитивності ( $r_s = 0,616$ ), обсесивно-компульсивної симптоматики ( $r_s = 0,507$ ), параноїдальної симптоматики ( $r_s = 0,454$ ), фобічної тривожності ( $r_s = 0,328$ ), психотизму ( $r_s = 0,318$ ) та соматизації ( $r_s = 0,308$ ); слабкий кореляційний зв'язок – для тривожності ( $r_s = 0,235$ ). В цілому значущий кореляційний зв'язок виявлений для 8 з 9 шкал психопатологічної симптоматики.

#### Висновки.

Особи з алкогольною залежністю характеризуються наявністю палітри психопатологічної симптоматики різної виразності і клінічної варіативності, що співвідносяться з рівнем випробуваного особами психосоціального стресу та патологічного реагування на пережиті травматичні події.

Вираженість симптомів АЗ прямо корелює з виразністю проявів депресії, міжособистісної сензитивності, обсесивно-компульсив-

ної і параноїдальної симптоматики, фобічної тривожності, психотизму і соматизації, що, в свою чергу, має тісний зв'язок з рівнем психосоціального стресу.

У комбатантів достовірно збільшення виразності психопатологічної симптоматики зі зростанням рівню психосоціального стресу, і, відповідно, тяжкості АЗ, спостерігається за ознаками депресії й обсесивно-компульсивного реагування, соматизації, міжособистісної сензитивності та психотизму. Зменшення вираженості психопатологічних проявів при зростанні стресового навантаження зафіксовано за проявами ворожості. Ріст виразності параноїдальності відбувається у випадках легкого або важкого стресу, зі зменшенням при помірному рівні психосоціального стресу.

У переселенців з АЗ встановлена достовірна тенденція збільшення виразності проявів депресії, міжособистісної сензитивності, параноїдальності і психотизму при збільшенні рівня випробуваного стресу.

Для місцевих мешканців з АЗ характерною є закономірність збільшення вираженості усіх досліджених психопатологічних проявів

паралельно зі зростанням важкості психосоціального стресу.

Серед осіб з АЗ з відповідним рівнем психосоціального стресу вираженість обсе-сивно-компульсивних симптомів, проявів міжособистісної сенситивності і фобічної тривожності є більшою у комбатантів і переселенців; ворожості і параної дальності – у комбатантів; депресії – у переселенців.

Порівняно з місцевими мешканцями, у комбатантів з легким і помірним рівнем стресового реагування достовірно більшими є загальний індекс тяжкості та психопатологічної симптоматики (GSI) та кількість наявних

симптомів (PSI), а у переселенців – кількості психопатологічних симптомів (PSI) і індекс вираженості симптоматичного дистресу (PDSI).

Таким чином, важливим фактором, що визначає особливості вираженості і різноманітності психопатологічної симптоматики у осіб з АЗ, є вираженість патологічного впливу психотравматичного досвіду та рівень випробуваного психосоціального стресу. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів осіб, що страждають на АЗ.

### Література.

1. Alcohol: Keyfacts // <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> 21 September 2018
2. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *Lancet Psychiatry*. 2018 Nov 1. pii: S2215-0366(18)30337-7. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
3. Денисенко М.М., Лакинський Р.В., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів // *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40-44.
4. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Явдак І.О., Малюта Л.В. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 68-71.
5. Markova M. V., Gaponov K. D. Post-stress disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences // *WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016*, 29.03 – 01.04.2016. *Book of Abstracts*. – Munich, Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, 2016. P. 30 – 31.
6. Гапонов К.Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти // *Український вісник психоневрології*. – 2016. – Том 24, вип. 4 (89). С. 54 – 60.
7. Гапонов К.Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 104-109.
8. Гапонов К.Д., Сосін І.К., Гончарова О.Ю., Маркова М.В. Спосіб діагностики клінічної специфіки і прогнозу перебігу алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу // *Інформаційний лист МОЗ України № 249-2018*. 4 с.
9. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии и посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

©Kostiantyn Gaponov(Ukraine)– MD, PhD (candidate of medical sciences), Chief Doctor of the Regional Clinical Hospital "Regional Narcological Dispensary", Ochakivska street, 15, Kharkiv, 61045; an Associate Professor of the of the Narcology Department at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; Amosova St., 58, 61176; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>.

© Гапонов Константин Дмитриевич (Украина) – к.мед.н., главный врач КНПХОР «Областной наркологический диспансер», г. Харьков, ул. Очаковская, 15, 61045; доцент кафедры наркологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины; 58 ул. Амосова, г. Харьков, 61176; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>.

УДК 616.895:613.67:616-05::617.7-001.4

# ОСОБЛИВОСТІ ФРУСТРАЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ

Адбрыхімов Р. А.

@ Ростислав Адганович Адбрыхімов (Україна) – к.мед.н., лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті, пр. Повітрофлотський, 9, м. Київ, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>.

## ОСОБЛИВОСТІ ФРУСТРАЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ

### Анотація.

При дослідженні фрустраційних реакцій і стресостійкості в учасників бойових дій, з травмою очей і частковою втратою зору на тлі клінічних проявів посттравматичного синдрому (54 людини), встановлені достовірні відмінності між учасниками бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому без травми (46 людей) і групою пацієнтів, які мали побутову травму органів зору з частковою його втратою (59 людей). Комбатанти демонстрували екстрапунітивний напрям реагування й потребово-наполегливий тип реакції. На другому місці в них – его-захисний тип реакції. Відзначається наявність депресивних, астеничних й агресивних варіантів реагування. У групі з відсутністю травми екстрапунітивний напрям спостерігався частіше. При побутовому характері ушкоджень ці показники були значно нижчі й наближалися до рівня стандартних. В учасників бойових дій спостерігалися різні рівні зниження стресостійкості, залежно від методики, й низькі – при побутовій травмі. Порівняння наявності й актуальності фруструючих і стресових факторів показало їхню більшу частоту й значущість у комбатантів із травмою й без такої. Таким чином, в учасників бойових дій при травмі очей, з частковою втратою зору й без такої, та клінічних проявах посттравматичного синдрому спостерігаються односпрямовані й більш виражені при травмі очей, зміни. При побутовій травмі вони значно нижче. Це свідчить про значну роль клінічних проявів посттравматичного синдрому у виникненні порушень психічної сфери. Це говорить про ймовірне включення в дію способів психологічного захисту особистості й адаптацію до наявності стресу-фрустрації.

### Ключові слова:

клінічні прояви посттравматичного синдрому, фрустрація, стрес, травма ока, бойові дії.

## ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННОГО РЕАГИРОВАНИЯ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ

### Аннотация.

При исследовании фрустрационных реакций и стрессоустойчивости у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения, на фоне клинических проявлений посттравматического синдрома (54 человека), установлены достоверные различия, между принимавшими участие в боевых действиях, с клиническими проявлениями посттравматического синдрома без травмы (46 человек) и группой пациентов, имеющих бытовую травму органов зрения с частичной его утратой (59 человек). Комбатанты демонстрировали экстрапунитивное направление реагирования и необходимо-упорствующий тип реакции. На втором месте у них – эго-защитный тип реакции. Отмечается наличие депрессивных, астенических и агрессивных вариантов реагирования. В группе с отсутствием травмы экстрапунитивное направление наблюдалось чаще. При бытовом характере повреждений эти показатели были значительно ниже и приближались к уровню стандартных. У участников боевых действий наблюдались различные уровни снижения стрессоустойчивости, в зависимости от методики, и низкая – при бытовой травме. Сравнение наличия и актуальности фрустрирующих и стрессорных факторов показало их большую частоту и значимость у комбатантов с травмой и без таковой. Таким образом, у участников

боевых действий, при травме глаз с частичной потерей зрения и без таковой, так же клинических проявлений посттравматического синдрома наблюдаются односторонние и более выраженные, при травме глаз, изменения. При бытовой травме они значительно ниже. Это свидетельствует о значительной роли клинических проявлений посттравматического синдрома в возникновении нарушений психической сферы. Это говорит о вероятном включении в действие способов психологической защиты личности и адаптации к наличию стресса-фрустрации.

**Ключові слова:** клинические проявления посттравматического синдрома, фрустрация, стресс, травма глаза, боевые действия.

#### PECULIARITIES OF FROSTING RESPONSE IN PARTICIPANTS OF MARTIAL ACTIONS WITH CLINICAL MANIFESTATIONS OF POST-TRAUMATIC SYNDROME AND PARTIAL LOSS OF VISION

**Annotation.**

In the study of frustration reactions and stress tolerance in combatants with eye trauma and partial loss of vision against the background of clinical manifestations of post-traumatic syndrome (54 people), significant differences were found between those who took part in combat actions from clinical manifestations of post-traumatic syndrome without injury (46 people) and a group of patients having a domestic injury of the organs of vision with partial loss of it (59 people). Combatants demonstrated an extrapunitive response direction and a necessary-recalcitrant type of reaction. In second place is their ego-defensive type of reaction. The presence of depressive, asthenic and aggressive response options. In the group with no injury, extrapunitive direction was observed more often. In the domestic character of damage, these indicators were significantly lower and approached the standard level. Participants in hostilities experienced varying levels of stress tolerance, depending on the methodology, and low levels in the case of domestic trauma. Comparison of the presence and relevance of frustrating and stressful factors showed their greater frequency and significance among combatants with and without injury. Thus, participants in combat operations with an eye injury with partial loss of vision and without it and the clinical manifestations of the post-traumatic syndrome are unidirectional and more pronounced with eye injury changes. With a domestic injury, they are much lower. This indicates the significant role of clinical manifestations of post-traumatic syndrome in the occurrence of mental disorders. This suggests the possibility of including in the action methods of psychological protection of the individual and adaptation to the presence of stress-frustration.

**Key words:**

clinical manifestations of post-traumatic syndrome, frustration, stress, eye injury, fighting.

Вступ. Збереження очей і зору військово-вслужбовців, які беруть участь у бойових діях надзвичайно важливе завдання. Хоча ділянка очей невелика і не перевищує 0,1% загальної поверхні тіла людини, під час Операції визволення Іраку «Непохитна свобода», травми ока американських військових становили 6% випадків поранення у бойових умовах [1]. У військовослужбовців з Великої Британії з січня 2005 року по грудень 2009 року ураження очей відзначали у 10% випадків, 27% з яких, призвели до повної, а 17% – часткової втрати зору [2]. Питома вага ушкоджень очей в АТО станом на кінець 2015 року становила 2,4% [1, 3].

У ситуації часткової втрати зору травматичної генези внаслідок участі в бойових діях, спостерігається індукція, як мінімум двох потужних стресогенних чинників, що накладає відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого: психічної дезадаптації та проявів посттравматичного стресового реагування внаслідок участі у бойових

діях, і бойової травми ока з можливими наслідками щодо зниження або втрати зору на травмованому оці [4]. Враховуючи зазначене, на нашу думку, існує потреба в розробці спеціалізованих високотаргентних підходів до медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичної генези, бо неврахування будь-якого з двох зазначених чинників психопатогенезу призводить до неефективності реабілітаційної роботи з даним контингентом.

Метою даної роботи було визначення особливостей фрустраційного реагування в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору на тлі проявів посттравматичного синдрому, для визначення надалі мішеней медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Контингент і методи дослідження. За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики й деонтології протягом 2014–2018 рр. було обстежено 100 учас-



ників бойових дій (УБД). З них 54 – УБД з травмою очей та частковою втратою зору на тлі клінічних проявів посттравматичного синдрому; 46 – УБД з клінічними проявами посттравматичного синдрому (КППТС). Вік обстежених складав 20–53 рр. Задля порівняння, в дослідження було включено 59 чоловіків з частковою втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Таким чином, всього в дослідженні взяли участь 159 осіб. В дослідженні не брали участі кандидати з наявністю клінічно окреслених та встановлених офіційно (в лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які могли передувати або супроводжувати травму очей. Крім того, не брали участі особи, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманію.

Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічного діагностичного інтерв'ю – СКІД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) [5], клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) [6], опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [7] та проведено консультацію психіатра.

На основі отриманих даних, у 100 обстежених було діагностовано виражені клінічні прояви посттравматичного синдрому, з них 54 особи були УБДЧВЗ, а 46 – просто брали участь у бойових діях. Встановлені клінічні прояви посттравматичного розладу, за своєю повнотою були близькі, але повністю не відповідали діагностичним

критеріям клінічно окресленого ПТСР, тому їх було схарактеризовано, як «прояви посттравматичного синдрому». У тих, хто отримав побутову травму, клінічно окреслених ознак психопатології психіатром не було встановлено. Дослідження психічного стану проводилось на 6–7 місяці після оперативного втручання, в осіб з травматичним ураженням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації у комбатантів.

Дані результати були покладені в основу при формуванні груп дослідження. Отже, було сформовано 3 групи:

- основна група (ОГ) – 54 учасники з травмою очей та частковою втратою зору, внаслідок участі у бойових діях з клінічними проявами посттравматичного синдрому;

- група порівняння 1 (ГП1) – 46 учасників бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому;

- група порівняння 2 (ГП2) – 59 чоловіків з частковою втратою зору, внаслідок побутової травми.

Критеріями виключення кандидатів з груп дослідження були: наявність клінічно окреслених та встановлених офіційно (в лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які могли передувати, або супроводжувати травму очей. Крім того, в дослідженні не брали участі кандидати, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманію.

Розподіл обстежених на групи дослідження представлено у табл. 1.

Таблиця 1

**Показники вираженості психопатологічної симптоматики у вимушених переселенців з АЗ та різним рівнем психосоціального стресу**

Діагноз	Травма очей з частковою втратою зору в учасників бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому	Учасники бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому	Травма очей з частковою втратою зору (побутового характеру)
група	ОГ	ГП1	ГП2
кількість	54	46	59

Крім клініко-діагностичного дослідження, учасники проходили психодіагностичне обстеження. Для цього були застосовані: тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (дорослий варіант) у модифікації П. В. Тарабріної [8]; методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге [9]; тест «Аналіз стиля життя» (Бостонський тест на стресостійкість) [10]. Результати дослідження оброблялись статистичними методами.

Результати дослідження та їх обговорення.

Для характеристики реакції обстежуваних на фруструючі обставини проводилось обстеження за тестом фрустраційних реакцій Розенцвейга (дорослий варіант) [8]. Також було проаналізовано різноманітні життєві обставини, які на думку пацієнтів, своїм виникненням та існуванням викликали в них стан стресової реакції. Відповідно, було проаналізовано параметри стресостійкості учасників та порівняно їх з характером фрустраційних реакцій.

Під час дослідження фрустраційних реакцій, в обстежуваних було виявлено наявність значних відмінностей між групами (табл. 2). В усіх пацієнтів, у порівнянні з нормативними показниками, встановлено достовірно високі рівні екстрапунітивного (Е) напрямку реакцій. Рівень частоти, найвищий в ОГ, знижувався відповідно ГП1 > ГП2. Тобто зафіксовано реакцію, спрямовану на оточення, коли актуальною для осо-

бистості є зовнішня причина фрустрації. Пацієнтами підкреслюється зовнішня причина та важкість фрустраційної ситуації, її самостійність та незалежність від пацієнта. Важливо, що самі хворі часто вимагають розв'язання проблеми від навколишніх.

Інтрапунітивний напрям реакцій (І) в усіх групах значно нижчий нормативного показника. Встановлено вірогідно нижчий рівень в ОГ при відсутності достовірної різниці між ГП1 і ГП2. Цей напрям реакції пов'язаний з почуттям провини, сумлінням, докорами совісті. Реакція спрямована на саму особистість, з подальшим звинуваченням себе у виникненні фрустрації, прийняттям на себе провини, а також відповідальності за виправлення становища. Часто, особистість вважає ситуацію сприятливою для себе та не обговорює її.

Імпунітивний напрям реакції (М) достовірно найбільш низький в учасників ОГ та ГП1, що свідчить про найменш вірогідний спосіб реагування. Учасники майже ніколи не вважають фруструючу ситуацію чимось незначним без наявності винуватців у її виникненні, на відміну від учасників ГП2. Вони не мають надій, що проблема вирішиться сама по собі. У ГП1 частота напрямку (М) не різниться від ОГ, але рідше, ніж у ГП2. При цьому, в ГП2 проявляється тенденція до вищих показників, порівняно з нормативними. Це означає, що явище посттравматичного синдрому зменшує звинувачувальну спрямованість реагування при пораненні.

Таблиця 2

## Характеристика фрустраційних реакцій

Групи дослідження	Категорії						
	Напрямок реакції			Тип реакції			GCR
	Е	І	М	О-Д	Е-Д	Н-Р	
ОГ	86,28±2,14 p***	6,25±1,73 p***	7,23±1,42 p***	25,38±2,27 p**	54,31±2,40 p**	20,16±2,01 p**	31,53
ГП1	72,48±2,39 p*** p <sub>1</sub> ** p <sub>2</sub> ***	18,25±1,72 p** p <sub>1</sub> *	9,08±2,01 p <sub>2</sub> **	16,51±1,89 p*** p <sub>1</sub> **	33,61±2,05 p <sub>1</sub> **	48,73±2,33 p*** p <sub>1</sub> **	40,34±2,23 p <sub>1</sub> ** p <sub>2</sub> *
ГП2	59,32±2,28 p** p <sub>1</sub> ***	12,64±1,63 p*** p <sub>1</sub> *	28,04±1,94 p <sub>1</sub> ***	19,08±1,68 p*** p <sub>1</sub> *	32,46±2,06 p <sub>1</sub> **	48,46±2,25 p*** p <sub>1</sub> **	53,38 p <sub>1</sub> ***
Нормативні показники	49,00	26,00	24,50	33,00	37,00	28,50	-

Примітки:

Достовірність: p – між ОГ, ГП1, ГП2 і нормативними показниками; p<sub>1</sub> – між ОГ і ГП1, ГП2; p<sub>2</sub> – між ГП1 і ГП2.

Ступінь вірогідності: \* – <0,05; \*\* – <0,01; \*\*\* – <0,001.

А у випадку побутової травми, фруструюча ситуація розглядається, як щось незначне та неминуче, що з часом мине само по собі. І, звичайно, як виправдання, так і звинувачення у виникненні становища відсутні. Зате є наявність спроби уникнути звинувачень себе та навколишніх, сприйняти ситуацію як компроміс (табл. 2).

Перешкоджаюче-домінантний тип фрустраційної реакції (O–D) достовірно рідше зустрічається в усіх групах, у порівнянні з нормативними показниками. Але в ОГ його рівень достовірно вище, ніж в інших. Цей тип проявляється фіксацією уваги особистості на перепонах, незалежно від їхньої спрямованості й характеристик.

Самозахисний тип реакції (E–D) достовірно частіше виявлявся в ОГ та на тлі нижчого рівня у ГП1 і ГП2. При цьому, в ГП1 і ГП2 простежується тенденція до зменшення нижче норми, а в ОГ – значно вище. Такий тип реагування зводиться до захисту свого «Я», демонструється ворожість та агресивність до оточення, заперечується або ігнорується провина пацієнта у виникненні фрустрації, провина перекладається на оточення.

Потребово-наполегливий тип фрустраційної реакції (N–P) в ГП1 і ГП2 виявлено достовірно частіше, ніж за нормативними показниками. При цьому, в ОГ цей тип зустрічався достовірно менше. Таке реагування проявляється в постійній потребі знайти конструктивне рішення фруструючої ситуації, за допомогою навколишніх або з надією на те, що з часом становище зміниться само по собі. Наявність травми

на тлі явищ посттравматичного синдрому, мабуть блокує такий тип реакції, можливо на тлі низької довіри до оточення.

Ступінь соціальної адаптації (GCR) достовірно найбільш виражений в ГП2 і найменш – в ОГ.

Аналіз фрустраційного реагування тісно переплітається з питаннями стресового стану. Це пов'язано з тим, що фрустраційні чинники досить часто є стресовими. З іншого боку, останні не завжди викликають стан фрустрації. У зв'язку з цим, нами, при обстеженні учасників, проведено опитування на наявність таких чинників з оцінкою актуальності, вагомості кожного від 0 до 6 балів. Групові показники наведені в табл. 3.

В учасників ОГ майже за всіма аналізованими, під час опитування параметрами, встановлено високий рівень їх присутності в учасників групи та рівень стресової значущості, що свідчить про наявність в учасників високого рівня стресу. Рівні виявлення та їх значущість в групі ОГ та ГП1 майже по всіх показниках вищі, ніж у ГП2. Виключенням були ті фактори, які втратили свою актуальність у зв'язку з отриманням травми очей, але весь спектр факторів зберігався. Це дозволило стверджувати, що явища посттравматичного синдрому – як самостійні прояви, так і на тлі пошкодження очей – зберігалися. Травма посилювала стресову значущість явищ посттравматичного синдрому, нівелюючи ті, які у посттравматичний період втратили свою актуальність або відійшли у фонове звучання на тлі погіршення або втрати зору.

Таблиця 3

Суб'єктивні чинники фрустрації в учасників дослідження

Чинники фрустрації	Групи дослідження					
	ОГ		ГП1		ГП2	
	кількість в групі (%)	значущість	кількість в групі (%)	значущість	кількість в групі (%)	значущість
Питання соціального захисту	94,56	5,60	74,32	5,30	23,73	2,40
Фінансові питання	100,00	5,50	100,00	5,20	93,22	4,40
Побутові негаразди	79,59	3,20	66,47	3,60	47,46	1,30
Медичне обслуговування	100,00	5,80	62,18	4,70	23,73	2,10
Ставлення суспільства до особистості	94,56	5,20	74,32	5,00	25,42	1,80

Ставлення влади до особистості	96,38	5,60	74,32	5,10	20,34	1,90
Ставлення друзів до особистості	85,71	3,60	54,17	3,80	37,29	1,60
Взаємовідносини у сім'ї	89,80	5,10	62,18	4,90	45,76	2,80
Взаємини з дружиною	89,80	5,20	62,18	4,20	27,12	2,10
Взаємостосунки з друзями	48,74	2,40	48,63	2,50	18,64	1,40
Робота	94,58	5,80	74,32	5,60	67,80	4,60
Заробітна плата, пенсія	94,58	5,80	84,53	5,80	76,27	4,70
Взаємостосунки з співробітниками	34,69	3,20	48,63	3,60	20,34	2,10
Відпочинок та вільний час	34,69	2,50	35,73	1,80	16,95	1,60
Відношення з навколишніми	69,39	5,20	74,32	5,10	20,34	1,80
Зв'язки з органами влади, суспільними організаціями	85,71	4,40	74,32	4,60	15,25	2,60
Відношення до політичного та соціального життя	85,71	5,40	84,15	5,10	18,64	1,80
Перспективи майбутнього в житті особистості	100,00	5,80	74,32	5,50	37,29	4,30
Ставлення до втрати зору	100,00	6,00	–	–	100,00	6,00

На відміну від вказаних груп, учасники ГП2 демонстрували значно меншу кількість аналізованих чинників та низьку їх актуальність. Коло актуальних факторів звужувалося до наслідків травми та подальших змін життєвого шляху. Таким чином, за умови травми очей, явища посттравматичного синдрому залишаються, при цьому чітко простежується тенденція до посилення проявів та їх вибірковості відповідно до наслідків пошкодження. Актуальність її більш виражена, що, ймовірно, визначається соціальним статусом УБД.

Слід зазначити, що стресовий характер виявлених факторів не завжди відповідав їх фрустраційним властивостям. Тож, рівень стресового стану особистості не завжди є результатом наявності у неї фрустраційних чинників, а фрустрація не завжди призводить до стресового реагування.

Обстеження за рівнем стресостійкості, за допомогою тесту «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість) [10], показало високі її рівні в балах в учасників ОГ і ГП1 (ОГ –  $73,53 \pm 3,41$ ; ГП1 –  $64,18 \pm 3,26$ ). Це свідчить про наявність великої/помітної/др. вразливості до

стресу, особливо серед учасників із травмою очей. За умови побутової травми, стресостійкість значно вища (ГП2 –  $36,84 \pm 3,16$ ). Тож, можна стверджувати, що явища посттравматичного синдрому значно знижує стресостійкість, а травма очей посилює цей процес.

У порівнянні з показниками стресостійкості й соціальної адаптації Холмса-Раге [9] було виявлено деякі особливості. Так, в ОГ та ГП1 стресостійкість виявилася значно більшою, ніж можна було очікувати. В учасників ОГ вона склала  $327,00 \pm 11,00$  балів, а в ГП1 –  $305,00 \pm 12,00$ . Водночас, учасники ГП2 показали  $235,00 \pm 13,00$ . Ці розбіжності пояснюються змістовним наповненням проведеного тесту, коли суть питання досить віддалена від дійсного стану оточення особистості та подій з його участю. Відповідно, учасники ГП2 знаходились в адекватних обставинах, тож і результати відповідали стану опитуваного.

Аналіз суб'єктивних факторів фрустрації та стресу пацієнтів показав, що в учасників бойових дій за умови явищ посттравматичного синдрому, кількість та актуальність цих факторів значно більші, ніж при побутовому характері травми.



Ті фактори, що були актуальні для учасників бойових дій, не є значущими для мирних жителів. Вірогідно, це пов'язано з тим, що учасники бойових дій, стикаючись з новими гранями та сферами буття і засвоюючи нові життєві принципи та стереотипи, в процесі реадaptaції формують нові риси характеру, що змінюють їх сприйняття оточення та життєві цінності. За наявності досить значної травми з частковою втратою зору, явища посттравматичного синдрому зберігаються та доповнюються новими проявами відповідно до травми. У порівнянні з побутовим характером ушкодження, їх кількість та спектр значно менші. Слід зазначити, що взаємодія стресу (2-й рівень психологічного захисту за Розенцвейгом) та фрустрацією (3-й рівень) на рівні чинників, ймовірніше, залежить від оточення особистості та життєвих обставин.

Характер фрустраційного реагування у комбатантів чітко демонстрував екстрапунітивний тип спрямованості, який посилювався травмою очей. Вірогідно, це пов'язане з більшим набором варіантів оцінки можливостей та потреб особистості, при явищах посттравматичного синдрому в умовах бойових дій та мирного життя. Потребово-наполегливий тип реагування на фрустрацію у комбатантів, особливо за наявності бойової травми очей, зміщується у бік самозахисного типу реакції. Це пояснюється декількома причинами. Явища посттравматичного синдрому призводять до спроби особистості відійти від пасивності у розв'язанні фрустраційних обставин (можливості, досвід, компетентність). Крім того, постійна напруга явищ посттравматичного синдрому, посилена проявами й наслідками травми, призводить до виснаження особистості та схильності до депресивного реагування, на тлі якого з'являється амбівалентність реагування. Не залежно від наявності травми очей, починають фігурувати прояви агресії, ворожості, особливо при емоційних обставинах. На формування реагування такого типу впливає й громадська роль захисника, який постраждав. Таким чином, явища посттравматичного синдрому не тільки є

фоном для розвитку реакції особистості на травму, але й модифікує її відповідно до обставин життя – як особистого, так і навколишніх, а також суспільства загалом. Можливо, це пов'язано з початком розвитку невротичних вкраплень та самих складових посттравматичного синдрому.

Відповідно до проведених досліджень, рівень стресостійкості у комбатантів досить суперечливий. Вірогідно, це пов'язано з формулюванням питань тестів та з обставинами, в яких знаходились учасники. З іншого боку, важливими є фактори психологічного захисту особистості, які спроможні деактуалізувати фрустраційні збудники, відповідно їх актуальності та адаптувати до стресу залежно від життєвих обставин. Це стає очевидним, за умови виникнення травми, наявність якої значно змінює акценти та актуальність цих чинників.

Досліджені питання фрустрації та особливості реагування особистості є вкрай важливими та значущими для розуміння джерел та механізмів формування розладів, визначення мішеней та способів корекції порушень, а також розробки та проведення психокорекційних заходів.

#### **Висновки.**

1. В учасників бойових дій, з бойовою травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ посттравматичного синдрому, серед фрустраційних реакцій переважають екстрапунітивний напрям та потребова-наполегливий і самозахисний типи реагування.

2. Ступінь соціальної адаптивності (GCR), найбільшою мірою порушений в комбатантів з бойовою травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ посттравматичного синдрому, а менш за все – при травмі очей побутового характеру, що підтверджують дані тесту соціальної адаптації Холмса-Раге.

3. Способи фрустраційного реагування в учасників бойових дій, при явищах посттравматичного синдрому без травми очей, зберігають свої особливості при поєднанні з бойовою травмою очей.

4. Суб'єктивні чинники фрустрації та стресу за кількістю, змістом та актуальністю залежать від обставин та життєвого оточення особистості.

## Література

1. Трихліб В. І., Дуда О. К., Майданюк В. П., Ткачук С. І. Структура бойової травми залежно від характеру уражувальних факторів під час деяких сучасних локальних війн, військових конфліктів (огляд літератури) // Сімейна медицина. 2015. № 4 (60). С. 63 – 70.
2. Breeze J. Surface wound mapping of battlefield occulo-facial injury / J. Breeze, LS Allanson–Bailey, NC Hunt et al. // *Injury*. 2012. Vol. 43 (11). P. 1856–60.
3. Жупан Б. Б. Удосконалення організації спеціалізованої офтальмологічної допомоги в ході медичного забезпечення антитерористичної операції // Проблеми військової охорони здоров'я. 2016. Вип. 47. С. 11–15.
4. Абдрахімов Р. А. Фрустраційні реакції в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2018. № 9. С. 72 – 77.
5. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях – М.: Изд-во Эксмо. 2005. – 960 с.
6. Тарабрина Н. В.. Практикум з психології посттравматичного стресу. (Серія «Практикум з психології»). СПб.: Пітер., 2001. – 272 с.
7. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – С. 208–225.
8. Тест Розенцвейга. Методика рисуночної фрустрації (модифікація Н. В. Тарабриной) / Діагностика емоційно-нравственного розвитку. Ред. и сост. Дерманова И. Б. – СПб., 2002. С.150-172.
9. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Райха (Holmes T., Rahe R., 1967) // Д. Я. Райгородский. Практическая психодиагностика. – Самара: БАХРАМ, 2000. – 672 с.
10. Щербатых Ю. В. Психология стресса/ Ю. В.Щербатых. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 304 с.

@ Ростислав Адганович Абдрахимов (Украина) – к.мед.н., врач-офтальмолог Киевской клинической больницы № 2 на железнодорожном транспорте, пр. Воздухофлотский, 9, г. Киев, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>

@ Rostislav Abdriakhimov (Ukraine) – MD, PhD, The Kiev clinical hospital № 2 on a railway transportation, Povitroflotskyi avenue, 9, Kyiv, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>

УДК 616.895:613.67:616-05::617.7-001.4

# МЕХАНІЗМИ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ (МЕНТАЛЬНИХ) ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

Бабалян В. О.

**Бабалян Володимир Олександрович**

Харківська медична академія післядипломної освіти; вул. Амосова, 54, м. Харків, 61176, Україна  
e-mail: babalyanvladimir@gmail.com; ORCID 0000-0003-4149-2542

## МЕХАНІЗМИ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ (МЕНТАЛЬНИХ) ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

### Анотація.

у статті визначено основні механізми корекції когнітивних (ментальних) порушень у хворих похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегна (ППВС) і наявними когнітивними розладами (КР) та емоційними порушеннями (ЕП) тривожно-депресивного спектру.

За допомогою модифікованої ішемічної шкали Хачінського (Modified Hachinski Ischemic Scale; Hachinski et al.) вивчено етіологічні характеристики наявних когнітивних порушень (КП) (судинного чи іншого генезу) у лікованих пацієнтів та за допомогою Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE) і батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (Frontal Assessment Battery – FAB) відзначено ступінь порушення, можливі ділянки ураження головного мозку та динаміку змін КР під дією медикаментозного корегування КП та ЕП.

Згідно з отриманими при дослідженні результатами констатовано, що в результаті проведеної корекції КР та ЕП тривожно-депресивного спектру у хворих з ППВС та проявами КП та ЕП у групі пацієнтів, які отримували медикаментозну корекцію КР та ЕП (КРа) відбулося покращання когнітивних здібностей; зменшення об'єктивних проявів порушень пам'яті чи/або тих чи інших когнітивних функцій, значне покращання повсякденної активності з деяким відновленням існуючих розладів складних видів діяльності та зниження проявів дементивних порушень. При цьому, психологічні зміни, що відбувалися під дією емоційних «стрес-травмуючих» впливів (хірургічне лікування) значно нівелювалися, що характеризувалося зниженням загальної підвищеної вразливості пацієнтів, їх уразливості та дратівливості, значним зменшенням «афективної» концентрації уваги на своїй хворобі та необхідності хірургічного втручання тощо. Серед них відзначалося значне підвищення настрою та загального емоційного фону (у порівнянні з періодом надходження до стаціонару), поява оптимістичної спрямованості, зниження (чи повна відсутність) ознак тривоги, остраху й ажитації.

Серед хворих групи КРб, навпаки, відзначалося погіршення наявних КР та ЕП, підвищення загальної вразливості та дратівливості, «афективної» концентрації уваги на своїй проблемі, у деяких – короточасна психотична втрата ауто- та ало-психічної орієнтації, поява суїцидальних думок та аутоагресивних проявів. Також погіршився загальний емоційний фон, значно погіршився настрій, відзначалася песимістична спрямованість емоційного фону, невдоволеність оточуючими подіями та особами; посилювалися прояви тривоги, остраху та ажитації.

### Ключові слова:

когнітивні розлади, емоційні розлади, переломи проксимального відділу стегна, психопатологічні прояви.

## МЕХАНИЗМЫ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ (МЕНТАЛЬНЫХ) НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

### Аннотация.

в статье определены основные механизмы коррекции когнитивных (ментальных) нарушений у больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра (ППЛБ) и имеющимися когнитивными расстройствами (КР) и эмоциональными нарушениями (ЭН) тревожно-депрессивного спектра.

С помощью модифицированной ишемической шкалы Хачинского (Modified Hachinski Ischemic Scale; Hachinski et al.) изучены этиологические характеристики имеющихся

когнитивных нарушений (КП) (сосудистого или иного генеза) у пролеченных пациентов и с помощью шкалы оценки состояния когнитивных функций (MMSE) и батареи тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), отмечено степень нарушения, возможные участки поражения головного мозга и динамику изменений КП под действием медикаментозной коррективы КН и ЭН.

Согласно полученным, при исследовании результатам, констатировано, что в результате проведенной коррекции КП и ЭП тревожно-депрессивного спектра у больных с ППОБ и проявлениями КН и ЭП в группе пациентов, получавших медикаментозную коррекцию КН и ЭН (КРа) происходило улучшение когнитивных способностей; уменьшение объективных проявлений нарушений памяти и/или тех или иных когнитивных функций, значительное улучшение повседневной активности, с некоторым восстановлением существующих расстройств сложных видов деятельности и снижение проявлений дементивных нарушений. При этом, психологические изменения, которые происходили под действием эмоциональных «стресс-травмирующих» воздействий (хирургическое лечение) значительно нивелировались, что характеризовалось снижением общей повышенной уязвимости пациентов, их уязвимости и раздражительности, значительным уменьшением «аффективной» концентрации внимания на своей болезни и необходимости хирургического вмешательства и тому подобное. Среди них отмечалось значительное повышение настроения и общего эмоционального фона (по сравнению с периодом поступления в стационар), появление оптимистичной направленности, снижение (или полное отсутствие) признаков тревоги, страха и ажитации.

Среди больных группы РУб, наоборот, отмечалось ухудшение имеющихся КН и ЭН, повышение общей уязвимости и раздражительности, «аффективной» концентрации внимания на своей проблеме, у некоторых – кратковременная психотическая потеря ауто- и ало-психической ориентации, появление суицидальных мыслей и аутоагрессивных проявлений. Также, ухудшался общий эмоциональный фон, настроение, отмечалась пессимистическая направленность эмоционального фона, неудовлетворенность окружающими событиями и личностями; усиливались проявления тревоги, страха и ажитации.

**Ключевые слова:** когнитивные расстройства, эмоциональные расстройства, переломы проксимального отдела бедра, психопатологические проявления.

## MECHANISMS OF CORRECTION OF COGNITIVE (MENTAL) DISTURBANCES IN PATIENTS OF PRAYER AND AGE AGE WITH TRANSLATIONS OF THE PROXIMAL DEPARTMENT OF STEEN

### **Abstract:**

The article defines the main mechanisms for correction of cognitive (mental) disorders in elderly and senile patients with fractures of the proximal thigh (FPT) and existing cognitive disorders (CD) and emotional disturbances (ED) of anxiety and depression spectrum.

The aetiological characteristics of existing cognitive impairment (CI) (vascular or other genesis) in treated patients with the help of the Modified Hachinski Ischemic Scale (Hachinski et al.) Were studied using the MMSE and the battery of tests for Frontal Assessment Battery (FAB) assesses the degree of disturbance, possible areas of brain damage, and the dynamics of changes in CI through the effect of medicated correction of CI and ED.

According to the results obtained in the study, it was ascertained that as a result of the correction of CD and ED of anxiety-depressive spectrum in patients with FPT and manifestations of CD and ED in the group of patients who received medication correction of CI and ED (CDa) improved cognitive abilities; reduction of objective manifestations of memory impairment and/or certain cognitive functions, significant improvement of daily activity with some restoration of existing disorders of complex activities and reduction of manifestations of dementia violations. At the same time, the psychological changes that occurred under the influence of emotional «stress-traumatic» influences (surgical treatment) were significantly leveled, which was characterized by a decrease in the overall increased vulnerability of patients, their vulnerability and irritability, a significant decrease in the «affective» concentration of attention on their illness and the need for surgical interference, etc. Among them there was a significant increase in the mood and overall emotional background (compared with the period of admission to the hospital), the emergence of optimistic orientation, decrease (or complete absence) of signs of anxiety and fear and agitation.

On the other hand, among the patients in the CDb, there was a deterioration of the existing CD and ED, increased general vulnerability and irritability, «affective» concentration of attention on their problem, in some – short-term psychotic loss of the auto-and alo-mental



orientation, the appearance of suicidal thoughts and auto-aggressive manifestations. Also, the overall emotional background deteriorated, the mood was much worse, pessimistic orientation of the emotional background, dissatisfaction with surrounding events and individuals were observed; increased manifestations of anxiety and fear and agitation.

**Key words:**

cognitive disorders, emotional disorders, fractures of the proximal thigh, psychopathological manifestations.

Як відзначають світові науковці, під впливом значних стресогенних чинників відзначається значне посилення проявів КР. Одним з таких стресових факторів є необхідність хірургічного лікування та тривалого пост-хірургічного реабілітаційного відновлення. Цілою низкою світових досліджень було встановлено, що унаслідок хірургічного лікування ППВС виявляється висока летальність та значні соціальні проблеми, що значно обмежують повсякденне, активне, повноцінне життя таких хворих та значно знижують їх якість життя. Так, в результаті хірургічного лікування ППВС, летальність в перші 6–12 міс. знаходиться на рівні 12–24% [1]; за перший рік – 21,5–40,0% [2]. Відзначається, також, пряма залежність рівнів летальності при лікуванні ППВС та вікових характеристик пацієнтів [3]. Окрім цього, навіть після повного одужання приблизно половина лікованих хворих відзначаються значними фізичними обмеженнями – 78,0% з них протягом першого року, та 65,0% протягом двох років мають необхідність в сторонній допомозі; 20,0%–50,0% пацієнтів у результаті лікування ППВС набувають інвалідності [4, 5].

З огляду на необхідність дотримання довготривалого ліжкового періоду при проведенні лікування ППВС у цих хворих, значний реабілітаційний післяопераційний період, старечий і похилий вік оперованих хворих, високий відсоток наявних у цих пацієнтів КР та ЕР проблематика ППВС виступає у ролі однієї зі значно небезпечних для життя хворих травм [6]. Унаслідок стресового впливу у пацієнтів хірургічного профілю відбуваються різноманітні психологічні зміни, що відзначаються появою підвищеної вразливості та дратівливості, наявністю «афективної» концентрації уваги на своїй проблемі, у деяких випадках – ауто- чи ало-психічною дезорієнтацією, появою суїцидальних думок та проявами агресивної поведінки до навколишніх чи аутоагресивними діями. При цьому, дані порушення супроводжуються значним зниженням настрою, проявами тривоги, остраху та агітації.

Вищезазначені психопатологічні зміни, в особливості характерні для пацієнтів похи-

лого та старечого віку з ППВС, що і визначає необхідність більш поглибленого дослідження питання медикаментозного корегування психологічних порушень, що розвиваються під впливом хірургічного лікування ППВС. Наявні у пацієнтів КР або ЕР при хірургічному лікуванні, особливо в осіб похилого та старечого віку, потребують спеціальної медикаментозної корекції, як КП, так і ЕР при проведенні доопераційної підготовки та в ранньому післяопераційному періоді [7].

Враховуючи вищевказане, нами було досліджено 24 пацієнти, які потребували хірургічного лікування ППВС та мали ті чи інші прояви КР та/або ЕР тривожно-депресивного характеру. Наявність КР та/або тривожно-депресивних порушень вивчалися нами на момент надходження в ХМКМЛ № 17, напередодні проведення хірургічного втручання та в післяопераційному періоді за допомогою цілої низки шкал та психодіагностичних методів.

Так, на момент надходження, нами за допомогою Шкали оцінки стану КФ (MMSE) проводилося виявлення (скринінг) наявних можливих КР та ступінь порушення. Потім, серед пацієнтів з КР, за допомогою модифікованої ішемічної шкали Хачінського (Modified Hachinski Ischemic Scale; Hachinski et al.) вивчалися етіологічні характеристики наявних КП (судинного чи іншого генезу) та за допомогою батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (Frontal Assessment Battery – FAB) відзначалися також ступінь порушення та можливі ділянки ураження головного мозку.

Нами, задля профілактики розвитку яскравої психопатологічної симптоматики у пацієнтів з КП на тлі хірургічного лікування ППВС, було застосовано медикаментозне корегування КР.

Для встановлення ефективності фармакологічної корекції КП та ЕР при лікуванні ППВС, серед лікованих пацієнтів (n = 24) за принципом сліпого конверта, було виокремлено дві підгрупи: перша підгрупа – з коригуванням КР та ЕР при лікуванні ППВС (КР<sub>а</sub>) та друга підгрупа – без коригування КП та ЕР (КР<sub>б</sub>), по 12 осіб кожна (табл. 1).

Таблиця 1

**Розподіл хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних порушень за механізмами терапевтичного втручання (абс, %)**

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	Чоловіки	Жінки	В цілому
1	КРа	4 (16,67%)	8 (33,33)	<b>12 (50,00%)</b>
2	КРб	5 (20,83%)	7 (29,17%)	<b>12 (50,00%)</b>
3	Усього:	<b>9 (37,50%)</b>	<b>15 (62,50%)</b>	<b>24 (100,0%)</b>

Так, в першу підгрупу (КРа; n = 12) увійшло 4 чоловіки (16,67%) та 8 жінок (33,33%); другу підгрупу (КРб; n = 12) сформували 5 осіб чоловічої статі (20,83%) та 7 (29,17%) – жіночої.

На початку нашого дослідження за допомогою модифікованої ішемічної шкали Хачінського (Modified Hachinski Ischemic Scale; Hachinski et al.) ми вивчили етіологічні моменти наявних у пацієнтів КП (судинні чи інші) – табл. 2.

Отримані в результаті дані, використовувалися нами для встановлення необхідного рівня проведення допоміжних методів дослідження та для призначення відповідних адекватних медикаментозних засобів.

Так, було встановлено, що більшість лікованих пацієнтів з ППВС та КР й ЕП мала судинну етіологію розвитку КП (7–18 балів за модифікованою ішемічною шкалою Хачінського) – 19 хворих (79,17%). Серед них, більша частина були особи жіночої статі (12 – 50,00%) у порівнянні з чоловіками (7 – 29,17%). В підгрупах досліджених пацієнтів з судинною етіологією розвитку КР було майже однаково (КРа – 10 осіб (41,67%) та КРб – 9 (37,50%)). Серед хворих з судинною етіологією КП, в обох досліджуваних групах, переважали жінки (КРа – 7 жінок (29,17%) та КРб – 5 (20,83%)), порівняно з хворими чоловічої статі (КРа – 3 (12,50%) та КРб – 4 (16,67%)).

Таблиця 2

**Результати модифікованої ішемічної шкали Хачінського хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень (абс, %)**

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	0-3 бали			4-7 балів			7-18 балів			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРа	1 (4,17%)	-	1 (4,17%)	-	1 (4,17%)	1 (4,17%)	3 (12,50%)	7 (29,17%)	10 (41,67%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	1 (4,17%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	-	1 (4,17%)	1 (4,17%)	4 (16,67%)	5 (20,83%)	9 (37,50%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	2 (8,33%)	1 (4,17%)	3 (12,50%)	-	2 (8,33%)	2 (8,33%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)	19 (79,17%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)

Слід відзначити, що пацієнтів, які ймовірно не мали судинної етіології розвитку КП або мали КР унаслідок атрофічних процесів, нараховувалася незначна кількість (відповідно 2 (8,33%) та 3 (12,50%) особи).

З огляду на підтвердження переваги судинної причини розвитку КП у обстежених, подальше терапевтичне корегування КР та ЕП відбувалося з використанням відповідних фармакологічних груп препаратів.

На сучасному етапі терапевтичної корекції КП використовують препарати, що надають вплив на церебральні нейротрансмітерні системи. Вибір препаратів залежить від глибини та вираженості КР. При тяжких порушеннях (дементивного характеру) рекомендують препарати, що надають вплив на ацетилхолінергічну та глутаматергічну системи. Легкі та помірні КР корегуються дофамінергічними та норадренергічними препаратами [8].

Одночасно з проведенням відповідної корекції гомеостазу та гемодинамікою у хворих при лікуванні ППВС, призначався курс внутрішньовенного 10-добового крапельного введення Цераксону по 1000 мг/добу, Ак-

товегіну 1000 мг/добу та Мілдронату 500 мг/добу, з подальшим переходом на пероральне приймання препаратів протягом 1-го місяця з тим же добовим дозуванням. Порівняння результатів нейропсихологічних досліджень пацієнтів до та після лікування протягом 1-го місяця, констатувало вірогідне покращання за усіма шкальними показниками MMSE та FAB. Слід відзначити, що найкращі результати були отримані в групах з легкими та помірними КП.

Так, за результатами Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE), хворі з ППВС та КП й ЕП мали прояви дементивних порушень різного ступеня тяжкості (табл. 3). Відзначено, що переважна більшість обстежених мала легкі дементивні прояви (11 хворих; 45,83%) порівняно з пацієнтами з помірною (7 хворих; 29,17%) та тяжкою (6 осіб; 25,00%) деменцією. У всіх групах обстежених переважали особи жіночої статі порівняно з чоловіками (відповідно: 7 (29,17%) та 4 (16,67%) хворих – легка деменція; 4 (16,67%) і 3 (12,50%) пацієнти – помірна деменція та 4 (16,67%) й 2 (8,33%) – тяжка деменція).

Таблиця 3

**Результати Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE) у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень при надходженні до клініки (абс, %)**

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	КП відсутні			Переддементивні КП			Легка деменція			Помірна деменція			Тяжка деменція			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРa	-	-	-	-	-	-	2 (8,33%)	3 (12,50%)	5 (20,83%)	2 (8,33%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	-	3 (12,50%)	3 (12,50%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	-	-	-	-	-	-	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	3 (12,50%)	2 (8,33%)	1 (4,17%)	3 (12,50%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	-	-	-	-	-	-	4 (16,67%)	7 (29,17%)	11 (45,83%)	3 (12,50%)	4 (16,67%)	7 (29,17%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)

Пацієнти першої та другої підгруп (КРа та КРб) з легкою, помірною та тяжкою деменцією розподілилися майже порівну. Так, хворих з легкими дементивними проявами нараховувалося 5 осіб (20,83%) в підгрупі КРа (2 чоловіки; 8,33% та 3; 12,50% жінки), а в другій підгрупі (КРб) – 6 хворих (2 чоловіки; 8,33% та 4 жінки; 16,67%). Пацієнтів, які мали ознаки помірної деменції в підгрупах КРа та КРб було відповідно 4 (16,67%) й 3 (12,50%) особи (група КРа по 2 чоловіка та жінки – 8,33% та група КРб 1 чоловік (4,17%) і 2 жінки (8,33%)). Хворих підгруп КРа та КРб, які мали тяжкі дементивні прояви відповідно нараховувалося по 3 особи (12,50%): в першій підгрупі усі жінки (3; 12,50%), в другій – 2 чоловіки (8,33%) та 1 жінка (4,17%).

Згідно з отриманими даними батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (FAB), усі хворі з ППВС та різноманітними КР й ЕП відзначалися наявністю легких дементивних порушень (від 12 до 16 балів) та деменцією лобного типу (менш ніж 11 балів) (табл. 4).

Так, більшість лікованих хворих з ППВС та проявами КР й ЕП мали деменцію лобного типу (13 пацієнтів – 54,17%), серед яких більша частина хворих була жіночої статі (8 – 33,33%) порівняно з чоловіками (5 – 20,83%). Хворих з наявними легкими дементивними порушеннями нараховувалося 11 осіб (45,83%) – 7 жінок (29,17%) та 4 чоловіки (16,67%). При цьому, слід відзначити, що хворих у групах КРа та КРб, які мали прояви легких дементивних порушень та деменції лобного типу було майже однаково. Так, пацієнтів з легкими дементивними порушеннями у першій групі (КРа) було 5 осіб – 20,83% (2 чоловіки – 8,33% та 3 жінки – 12,50%), а у другій (КРб) – 6 хворих (25,00%) – 2 чоловіки – 8,33% та 4 жінки – 16,67%. А лікованих з деменцією лобного типу відзначалося у групі КРа 7 – 29,17% (2 чоловіки – 8,33% та 5 жінок – 20,83%), а у групі КРб – 6 (25,00%) – по 3 чоловіки та жінки (по 12,50%).

Унаслідок проведеного хірургічного лікування та корекції КР й ЕП тривожно-депресивного спектру у хворих з ППВС та проявами КР й ЕП у групі пацієнтів, які отримували медикаментозну корекцію КР й ЕП (КРа), відбувалося покращання когнітивних здібностей; зменшення об'єктивних проявів порушень пам'яті чи/або тих чи інших

Таблиця 4

**Результати батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (FAB) у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень при надходженні до клініки (абс, %)**

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	17-18 балів			12-16 балів			≤ 11 балів			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРа	-	-	-	2 (8,33%)	3 (12,50%)	5 (20,83%)	2 (8,33%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	-	-	-	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	3 (12,50%)	3 (12,50%)	6 (25,00%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	-	-	-	4 (16,67%)	7 (29,17%)	11 (45,83%)	5 (20,83%)	8 (33,33%)	13 (54,17%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)



КФ, що цілковито підтверджено проведеним нейропсихологічним тестуванням на момент надходження до клініки та при проведенні хірургічного лікування. В даній групі пацієнтів (КРа) порівняно з хворими, які не отримували корекції КР й ЕР тривожно-депресивного характеру (КРб), відбувалося значне покращання повсякденної активності з деяким відновленням існуючих розладів складних видів діяльності та зниження проявів дементивних порушень.

При цьому, психологічні зміни, що відбуваються під дією емоційних «стрес-травмуючих» впливів необхідності хірургічного лікування та переживання за можливість свого подальшого активного життя, серед пацієнтів першої групи (КРа), значно нівелювалися під дією проведеного лікувального втручання, що характеризувалося зниженням загальної підвищеної вразливості пацієнтів, їх уразливості та дратівливості, значним зменшенням «афективної» концентрації уваги на своїй хворобі та необхідності хірургічного втручання, відсутності втрати ауто- та ало-психічної орієнтації. Серед цих хворих спостерігалося значне підвищення настрою та загального емоційного фону (у порівнянні з періодом надходження до стаціонару), поява оптимістичної спрямованості, зниження (а серед деяких хворих повна відсутність) ознак тривоги, страху й ажитації. Серед цієї групи пацієнтів були повністю відсутні думки щодо аутоагресивної чи суїцидальної спрямованості.

Серед хворих другої групи (КРб), які не отримували медикаментозного корегування КР та ЕР тривожно-депресивного спектру, навпаки, відзначалося погіршення наявних КР та ЕР тривожно-депресивного спектру. При цьому відзна-

чалось посилення психологічних змін у пацієнтів без медикаментозного корегування порушень. Підвищувалася їх загальна вразливість та дратівливість, «афективна» концентрація уваги на травмі та необхідності тривалого хірургічного лікування, у деяких пацієнтів відзначалася короткочасна психотична втрата ауто- та ало-психічної орієнтації. Погіршувався загальний емоційний фон, відбувалося значне погіршення настрою та поява значного песимістичного емоційного фону, констатувалася невдоволеність оточуючими подіями та особами; посилювалися прояви тривоги, страху та ажитації. Деякі пацієнти характеризувалися появою суїцидальних думок та аутоагресивних проявів.

Результати корекції КП та ЕП тривожно-депресивного спектру лікованих пацієнтів з ППВС та КП і ЕП надано в табл. 5, 6. Так, за результатами Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE) у хворих похилого та старечого віку з ППВС та КП й ЕП тривожно-депресивного спектру при проведенні хірургічного лікування та медикаментозного корегування КП та ЕП (група КРа), значно покращилися когнітивні здібності, відбулося зменшення об'єктивних проявів розладів пам'яті та інших КФ порівняно з групою пацієнтів, які не отримували медикаментозної корекції КП й ЕП (табл. 5). Так, під дією корегування КР відбувся деякий перерозподіл пацієнтів у групі КРа, за ступенями тяжкості дементивних порушень. Унаслідок медикаментозного корегування КР та ЕП одного пацієнта чоловічої статі, який мав прояви помірної деменції було віднесено до групи з легкими дементивними порушеннями (4,17%). У групі КРб не відбулося жодних змін у зв'язку з відсутністю медикаментозного корегування КП та ЕП (табл. 5).

Таблиця 5

**Результати Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE) у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень на етапі хірургічного лікування (абс, %)**

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	КП відсутні			Переддементивні КП			Легка деменція			Помірна деменція			Тяжка деменція			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРа	-	-	-	-	-	-	3 (12,50%)	3 (12,50%)	6 (25,00%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	3 (12,50%)	-	3 (12,50%)	3 (12,50%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	-	-	-	-	-	-	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	3 (12,50%)	2 (8,33%)	1 (4,17%)	3 (12,50%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	-	-	-	-	-	-	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,00%)

Що стосується результатів корегування КР та ЕП, у лікованих нами пацієнтів з ППВС та КП й ЕП тривожно-депресивного спектру, за даними батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (FAB), то дослідженням також констатовано значне покращання результатів у першій групі хворих (КРа) унаслідок медикаментозного корегування КП та ЕР (табл. 6). Так, також відбувся перерозподіл пацієнтів після проведеного медикаментозного корегування:

з групи осіб із лобною деменцією у групу хворих з легкими дементивними порушеннями (2 особи (8,34%) – 1 чоловік (4,17%) та 1 жінка (4,17%)). При цьому, у групі пацієнтів, що не отримували терапевтичного корегування КР та ЕП (група КРб) до або відразу після проведення хірургічного лікування відзначалося погіршення картини КП та ЕП тривожно-депресивного спектру аж до появи психопатологічних проявів (табл. 7).

Таблиця 6

**Результати батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (FAB) у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень на етапі хірургічного лікування (абс, %)**

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	17-18 балів			12-16 балів			≤ 11 балів			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРа	-	-	-	3 (12,50%)	4 (16,67%)	7 (29,17%)	1 (4,17%)	4 (16,67%)	5 (20,83%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	-	-	-	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	3 (12,50%)	3 (12,50%)	6 (25,00%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	-	-	-	5 (20,83%)	8 (33,33%)	13 (54,17%)	4 (16,67%)	7 (29,17%)	11 (45,83%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)

Таблиця 7

**Виникнення психопатологічних зрушень у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень на фоні хірургічного лікування (абс, %)**

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	Психопатологічна симптоматика						
		відсутня		наявна		у цілому		
		абс	%	абс	%	абс	%	
1	КРа	чоловіки	4	16,67	-	-	4	16,67
2		жінки	8	33,33	-	-	8	33,33
3		усього:	12	50,00	-	-	12	50,00
4	КРб	чоловіки	2	8,33	3	12,50	5	20,83
5		жінки	2	8,33	5	20,83	7	29,17
6		усього:	4	16,67	8	33,33	12	50,00
7	у цілому:		16	66,67	8	33,33	24	100,00

Враховуючи довготривалий ліжковий режим та необхідність тривалого знерухомилення пацієнтів під час їх лікування, необхідність значного реабілітаційного післяопераційного періоду, похилий та старечий вік пацієнтів, високу розповсюдженість наявних КР, необхідність довготривалого обмеження повсякденного, активного, повноцінного життя та значне обмеження їх якості життя, у пацієнтів похилого та старечого віку з ППВС та КР й ЕП виникають значні психоемоційні перенапруження, що досить часто призводять до розвитку різноманітної психопатологічної симптоматики. Так, дослідженням констатовано, що на фоні проведення хірургічного лікування ППВС у хворих похилого та старечого віку з КР та ЕП без медикаментозного корегування (група КР6) КР й ЕП, у більшості випадків проявлялася психопатологічна симптоматика, у вигляді постійної «афективної» концентрації уваги на своїй травмі та необхідності довготривалого хірургічного лікування й проведенні тривалих післяхірургічних реабілітаційних заходів; деякі хворі реагували на лікування короткочасною психотичною ауто- та ало-психічною дезорієнтацією, виникненням суїцидальних думок та аутоагресивних проявів. Окрім цього, у цих пацієнтів підвищувалася загальна вразливість

та дратівливість, відзначалося погіршення загального емоційного фону з песимістичним спрямуванням, значне зниження настрою, невдоволеність оточуючими подіями та особами; відзначалося посилення проявів тривоги, страху та ажитації. Таких пацієнтів, в яких констатували виникнення психопатологічної симптоматики на фоні проведення лікування нараховувалося у групі КР6 8 осіб (33,33%) – 3 чоловіки (12,50%) та 5 жінок (20,83%), тоді, як у першій групі (КРa) під впливом медикаментозної корекції КР та ЕП, на фоні проведення хірургічного лікування в жодного з лікованих хворих не констатували виникнення психопатологічної симптоматики.

Серед основних психопатологічних порушень у групі КР6 відзначається (табл. 8): «афективна» концентрація уваги на своїй проблемі (необхідність довготривалого хірургічного лікування і значного післяхірургічного відновлювального реабілітаційного періоду) – 8 осіб (33,33%): 3 чоловіки (12,50%) та 5 жінок (20,83%); ауто- та ало-психічна дезорієнтація (4 пацієнти (16,67%) – по 2 чоловіки та жінки (по 8,33%)); суїцидальні думки та аутоагресивні прояви й агресивна поведінка (по 3 особи (12,50%) – по 1 чоловіку (4,17%) та по 2 жінки (8,33%)).

Таблиця 8

Основні психопатологічні прояви у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень на фоні хірургічного лікування (абс, %

)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	Основні психопатологічні прояви													
		«афективна» концентрація уваги		ауто- та ало-психічна дезорієнтація		суїцидальні думки		аутоагресивні прояви		агресивна поведінка		у цілому (контингент обстежених)			
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
1	КРa	чоловіки	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	16,67	
2		жінки	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	33,33	
3		усього:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	50,00
4	КР6	чоловіки	3	12,50	2	8,33	1	4,17	3	12,50	3	12,50	5	20,83	
5		жінки	5	20,83	2	8,33	2	8,33	5	20,83	5	20,83	7	29,17	
6		усього:	8	33,33	4	16,67	3	12,50	8	33,33	8	33,33	12	50,00	
7	у цілому:		8	33,33	4	16,67	3	12,50	8	33,33	8	33,33	24	100,0	

Таким чином, констатовано, що унаслідок проведеної корекції КР та ЕП тривожно-депресивного спектру у хворих з ППВС та проявами КП та ЕП у групі пацієнтів, які отримували медикаментозну корекцію КР та ЕП (КРа) відбулося покращання когнітивних здібностей; зменшення об'єктивних проявів порушень пам'яті чи/або тих чи інших когнітивних функцій, значне покращання повсякденної активності з деяким відновленням існуючих розладів складних видів діяльності та зниження проявів дементивних порушень. При цьому, психологічні зміни, що відбувалися під дією емоційних «стрес-травмуючих» впливів (хірургічне лікування) значно нівелювалися, що характеризувалося зниженням загальної підвищеної вразливості пацієнтів, їх уразливості та дратівливості, значним зменшенням «афективної» концентрації уваги на своїй хворобі та необхідності

хірургічного втручання тощо. Серед них відзначалося значне підвищення настрою та загального емоційного фону (у порівнянні з періодом надходження до стаціонару), поява оптимістичної спрямованості, зниження (чи повна відсутність) ознак тривоги, страху й ажитації.

Серед хворих групи КРб, навпаки, відзначалося погіршення наявних КР та ЕП, підвищення загальної вразливості та дратівливості, «афективної» концентрації уваги на своїй проблемі, у деяких – короткочасна психотична втрата ауто- та ало-психічної орієнтації, поява суїцидальних думок та аутоагресивних проявів. Також, погіршився загальний емоційний фон, значно погіршився настрій, відзначалася песимістична спрямованість емоційного фону, невдоволеність оточуючими подіями та особами; посилювалися прояви тривоги, страху та ажитації.

### Список використаної літератури

1. Гладкова Е. Н. Анализ двигательной активности после перелома проксимального отдела бедра в популяции городских жителей Свердловской области / Е. Н. Гладкова, В. Н. Ходырев, О. М. Лесняк // Боль. Суставы. Позвоночник. — 2012. — № 3. — С. 84–85.

2. One-year outcomes for proximal femoral fractures: Posthospital analysis of mortality and care levels based on health insurance data / C. M. Müller-Mai, U. S. Schulze Raestrup, T. Kostuj [et al.] // Unfallchirurg. — 2015 — Vol. 118 (9). — P. 780–794. — DOI: 10.1007/s00113-013-2534-7.

3. Лечение переломов шейки бедренной кости канюлированными винтами / А. В. Басов, К. С. Казанин, И. П. Ардашев [и др.] // Политравма. — 2012. — № 1. — С. 32–37

4. Konnopka A. The health and economic consequences of osteopenia- and osteoporosis-attributable hip fractures in Germany: estimation for 2002 and projection until 2050 / A. Konnopka, N. Jerusel, H. H. König // Osteoporos Int. — 2009. — Vol. 20

(7). — P. 1117–1129. — DOI: 10.1007/s00198-008-0781-1.

5. The management of hip fractures in adults: The National Clinical Guideline Centre. — London : Royal College of Physicians, 2011. — 672 p.

6. Медико-соціальні наслідки переломів проксимального відділу стегнової кістки в осіб похилого та старечого віку (огляд літератури) // В. О. Бабалян, Т. С. Гурбанова, Д. В. Черепов та ін. // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2017. — № 2. — С. 130–134. — DOI: <http://dx.doi.org/10.15674/0030-598720172130-134>.

7. Clinician's manual on mild cognitive impairment / J. Golomb, A. Kluger, P. Garrard, S. Ferris // Clinician's manual on mild cognitive impairment. — London: Science Press Ltd, 2001. — P. 56.

8. Левин О. С. Умеренное когнитивное расстройство: диагностика и лечение / О. С. Левин // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. — 2012. — № 5. С. 14–20.

**Бабалян Владимир Александрович** - Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 54, г. Education, Amosova st., 54, Kharkiv, 61176, Ukraine  
Харьков, 61176, Украина

e-mail: [babalyanvladimir@gmail.com](mailto:babalyanvladimir@gmail.com); ORCID 0000-0003-4149-2542



## COPING PATTERNS FOR NOSOGENIC FACTORS OF PSYCHOTRAUMATIZATION AMONG PATIENTS WITH PSYCHOENDOCRINE SYNDROME Ischuk V.

Ищук Вадим Васильевич – к.м.н., старший науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: androman2008@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0003-3987-9879>

Ищук Вадим Васильевич – к.м.н., старший научный сотрудник Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: androman2008@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0003-3987-9879>

Vadim Ischuk – PhD in Medicine, Senior Researcher of the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Endocrine Transplantation of Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: androman2008@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0003-3987-9879>

### ПАТТЕРНЫ КОПИНГА В ОТНОШЕНИИ НОЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМОМ

#### Аннотация.

С целью установления паттернов и стратегий копинга в отношении нозогенных факторов психотравматизации у больных с психоэндокринным синдромом на фоне нарушений обмена гормонов щитовидной железы, коры надпочечниковых желез и гипогонадизма, на базе Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, было обследовано 400 пациентов с указанными формами эндокринных нарушений. Исследование проведено с использованием психодиагностического метода с использованием копинг-теста Лазаруса в ракурсе сравнения групп исследования. Паттерны копинга были изучены в отношении таких факторов: формирование функциональных и морфологических нарушений, факт наличия хронического заболевания, ограничения физической активности, наличие тяжело переживаемых симптомов заболевания, необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, которые негативно сказываются на состоянии, канцерофобические переживания, интроспективно определенные когнитивные и мнестические нарушения, необходимость проведения диагностических процедур и терапевтических мероприятий, имеющих высокую стоимость, наличие трудовых ограничений которое вызывает финансовые трудности и потеря экономически доминантной роли в семье, ограничение круга общения, связано с наличием заболевания или его симптомами, необходимость соблюдения диеты, отказа от приема алкоголя и любых стимулирующих веществ, и зависимость от приема заместительной гормональной терапии.

**Ключевые слова:** психоэндокринный синдром, копинг, гипотиреоз, гипертиреоз, гипокортицизм, гиперкортицизм, гипогонадизм.

### ПАТЕРНИ КОПІНГУ ВІДНОСНО НОЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОЕНДОКРИННИМ СИНДРОМОМ

#### Анотація.

З метою встановлення патернів і стратегій копінга у відношенні нозогенних факторів психотравматизації у хворих з психоендокринним синдромом на тлі порушень обміну гормонів щитовидної залози, кори надниркових залоз і гіпогонадизму, на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, було обстежено 400 пацієнтів із зазначеними формами ендокринних порушень. Дослідження проведено з використанням психодіагностичного методу з впровадженням копінг-тесту Лазаруса в ракурсі порівняння груп дослідження. Патерни копінга були вивчені відносно таких факторів: формування функціональних і морфологічних порушень, факт наявності хронічного (невиліковного) захворювання, обмеження фізичної активності, наявність обтяжливо пережитих симптомів захворювання, необхідність терапії препаратами, що мають виражені побічні ефекти, які негативно позначаються на стані, канцерофобічні переживання, інтроспективно визначені когнітивні і мнестичні порушення, необхідність проведення діагностичних процедур і терапевтичних заходів, що мають високу вартість, наявність трудових обмежень, що викликає фінансові труднощі та втрата економічно-домінантної ролі, обмеження кола спілкування, пов'язане з наявністю за-

хворювання або його симптомами, необхідність дотримання дієти, відмови від прийому алкоголю і будь-яких стимулюючих речовин, та залежність від прийому замісної гормональної терапії.

**Ключові слова:** психоендокринний синдром, копінг, гіпотиреоз, гіпертиреоз реоз, гіпокортицизм, гіперкортицизм, гіпогонадізм.

## COPING PATTERNS FOR NOSOGENIC FACTORS OF PSYCHOTRAUMATIZATION AMONG PATIENTS WITH PSYCHOENDOCRINE SYNDROME

**Abstract.** In order to establish patterns and coping strategies in relation to the nosogenic factors of psychotraumatization among the patients with psychoendocrine syndrome on the background of metabolic disorders of the thyroid gland, adrenal cortex and hypogonadism, at the Ukrainian Scientific and Practical Center for Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, 400 patients with the indicated forms of endocrine disorders were examined. The study was conducted with the introduction of the psychodiagnostic method and the Lazarus copying test was used in the study of group-comparison. Coping patterns were studied in relation to such factors: the formation of functional and morphological disorders, the presence of a chronic disease, physical activity restrictions, the presence of severely experienced symptoms of the disease, the need for treatment with drugs that have side effects, which adversely affect the state, cancerophobic experience, introspective cognitive and mental disorders, the need for diagnostic procedures and therapeutic measures with high cost, presence of labor restrictions which causes financial difficulties and loss of economically dominant role in the family, limiting the circle of communication, is associated with the presence of the disease or its symptoms, the need to follow a diet, refusal from alcohol and any stimulating substances, and dependence on hormone replacement therapy.

**Key words:** psychoendocrine syndrome, coping, hypothyroidism, hyperthyroidism, hypocorticism, hypercorticism, hypogonadism.

Relevance. Endocrine pathology causes an excessive interest in the field of medical and psychological researches. The successes in the development of the pharmacological therapeutic systems and psychological correction methods had led to huge successes in stabilization and compensation of the most common nosological forms of endocrine disorders. Therefore the main goals of the therapeutic process now are to achieve a high standard of living and the maximal level of control over disease. This shifts the attention of modern researchers to development of methods that focused on achievement of high therapeutic compliance level and correction of pathopsychological and psychopathological aspects of endocrine pathology that presented with definition of "psychoendocrine syndrome" [1, 2, 3, 5, 7].

Psychoendocrine syndrome is considered as an interconnected combination of emotional, cognitive and behavioral violations that develops among the patients with most types of conventional endocrine disorders. Besides of its own influence on psychosocial functions, psychoendocrine syndrome causing the changes in personality of patients that makes them more vulnerable to stress related to nosological background

factors: the formation of functional and morphological disorders, the presence of a chronic disease, physical activity restrictions, the presence of severely experienced symptoms of the disease, the need for treatment with drugs that have side effects, which adversely affect the state, cancerophobic experience, introspective cognitive and mental disorders, the need for diagnostic procedures and therapeutic measures with high cost, presence of labor restrictions which causes financial difficulties and loss of economically dominant role in the family, limiting the circle of communication, is associated with the presence of the disease or its symptoms, the need to follow a diet, refusal from alcohol and any stimulating substances, and dependence on hormone replacement therapy [1, 2, 4, 8].

In this context the analysis of patterns and strategies of coping behavior of patients with endocrine disorders and related psychoendocrine syndrome is relevant for further improvement of their psychological support.

Aim of the study: to establish patterns and strategies of coping behavior related to with nosogenic factors of psychotraumatization among the patients with psychoendocrine

syndrome on the background of metabolic disorders of the thyroid gland, adrenal cortex and hypogonadism.

**Study design.** The study was conducted in prospective parallel group-comparison design by applying structured psychodiagnostic interview based on the Lazarus copying test. 400 patients with psychoendocrine syndrome on the background of metabolic disorders of the thyroid gland, adrenal cortex and hypogonadism were examined at the Ukrainian Scientific and Practical Center for Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine.

400 patients were divided on 5 groups according to the nosological form of endocrine pathology. First group (G1) – 100 patients with hypothyroidism, second group (G2) – 100 patients with hyperthyroidism, third group (G3) – 50 patients with hypocorticism, fourth group (G4) – 50 patients with hypercorticism, fifth group (G5) – 100 patients with hypogonadism.

**Study results.** Before the applying the evaluation of coping patterns all patients underwent psychological consulting session that underlined the aim of the study (to find out what behavior is related with stress-factors which appeared as a consequences of endocrinal pathology e. g.: the formation of functional and morphological disorders, the presence of a chronic disease, physical activity restrictions, the presence of severely

experienced symptoms of the disease, the need for treatment with drugs that have side effects, which adversely affect the state, cancerophobic experience, introspective cognitive and mental disorders, the need for diagnostic procedures and therapeutic measures with high cost, presence of labor restrictions which causes financial difficulties and loss of economically dominant role in the family, limiting the circle of communication, is associated with the presence of the disease or its symptoms, the need to follow a diet, refusal from alcohol and any stimulating substances, and dependence on hormone replacement therapy).

Next, the contingent of the study was surveyed using the "Lazarus copying test". The procedure for interpreting the results obtained included ranking of scores from 0 to 3, where "0" – the pattern is not applicable, "1" – the pattern is very limited (rarely), "2" – the pattern is used limited (sometimes), "3" – the pattern is applied unlimited (often).

In order to evaluate the frequency of use of certain coping patterns and the subsequent comparison of the coping strategies in the study groups' quantitative values were introduced into qualitative ones with threshold values of 9 points. Thus, individuals who scored 0 to 8 points for a particular coping pattern were marked as not using this pattern, and people who scored 9 to 18 points – as those using this pattern.

The obtained data presented in tables 1-3.

*Table 1*

**Coping patterns frequency comparison in G1 (Hypothyroidism) and G2 (Hyperthyroidism)**

Coping pattern	G1 Hypothyroidism (N=100)	p(χ <sup>2</sup> )	G2 Hyperthyroidism (N=100)
Confrontation	6	<0,01	77
Distancing	54	<0,01	14
Self-control	26	<0,01	8
Social support search	9	<0,01	34
Taking responsibility	16	0,36	21
Avoidance	67	<0,01	14
Planning and solving	23	<0,01	7
Positive overestimation	5	<0,01	43

Thus, there were established significant differences between the study groups relatively coping patterns, namely, statistically significant differences between patterns (at the level of  $<0.05$ ): "social support search", "avoidance", "planning and solving".

Thus, according to the results of the study, it was found that the representation of patients with coping pattern "confrontation" in G2 (77 patients) was significantly higher than in G1 (6 patients). Among patients with hypothyroidism (G1) coping pattern "distancing" was more common (54 patients) compared with patients with hyperthyroidism (14 patients). In G1 more characteristic coping pattern is "self-control" (26 patients) than in G2 (8 patients). The "social support search" among patients with hypothyroidism (G1) is less pronounced (9 patients) than in patients with thyrotoxicosis (G2 - 34 patients). For patients from G1, "avoidance" became the most frequent pattern of coping (67 patients), while for G2 patients this pattern was

biological influence of thyroid hormones on psychosocial interactions and mood. In opposition to this, among the patients with hypothyroidism the main patterns of coping behavior are distancing and avoidance, that shows decreased activity and increased sensitivity, that is also could be understood as biological effects of thyroid hormones inefficiency.

Among patients with Cushing's syndrome (G4), the coping pattern "confrontation" (23 patients) was more common than among the patients with adrenal insufficiency (G3 - 3 patients). The representation of the coping pattern "self-control" among the patients with adrenal insufficiency (G3) was less pronounced (39 patients) than among the patients with Cushing's syndrome (G4 - 6 patients). The implementation of the "social support search" coping pattern for G3 patients was significantly higher (40 patients) than in G4 (8 patients). The representation of patients with a coping pattern of "avoidance"

Table 2

#### Coping patterns frequency comparison in G3 (Hypocorticism) and G4 (Hypercorticism)

Coping pattern	G3 Hypocorticism (N=50)	p( $\chi^2$ )	G4 Hypercorticism (N=50)
Confrontation	3	$<0,01$	23
Distancing	21	0,84	20
Self-control	39	$<0,01$	6
Social support search	40	$<0,01$	8
Taking responsibility	22	0,10	30
Avoidance	29	$<0,01$	15
Planning and solving	15	$<0,01$	2
Positive overestimation	2	0,08	7

detected much less frequently (14 patients). "Planning and solving" is the pattern that was used among 23 patients (G1) and 7 patients (G2). The representation of patients with a coping pattern of "positive overestimation" in G2 (43 patients) was significantly more than in G1 (5 patients).

The semi-structured psychodiagnostic interview showed off that combination of confrontation, active search of social support and positive overestimation is the main coping strategy for patients with hyperthyroidism. This mix shows the increased activity and motivation in this group, which could be associated with direct

in G3 (29 patients) was significantly more than in G4 (15 patients). Among patients with adrenal insufficiency (G3) coping pattern "planning and solving" was more common (15 patients) compared with patients with Cushing's syndrome (2 patients).

For the patients with hypocorticism self-control and search of social support are the mostly used coping patterns that shows the increased sensitivity and high level of disease understanding. Patients with hypercorticism had shown a coping strategy which is similar to one presented among the patients with hyperthyroidism, but without pronounced search of social support.



Table 3

**Coping patterns frequency comparison in G3 (Hypocorticism) and G5 (Hypogonadism)**

Coping pattern	G3 Hypocorticism (N=50)	p(χ <sup>2</sup> )	G5 Hypogonadism (N=100)
Confrontation	3	0,32	11
Distancing	21	<0,01	89
Self-control	38	0,78	78
Social support search	40	<0,01	3
Taking responsibility	22	<0,01	14
Avoidance	29	<0,01	91
Planning and solving	15	<0,01	79
Positive overestimation	2	0,21	10

As a result of the study, it was revealed that the representation of patients with a coping pattern of "distancing" in G5 (89 patients) was significantly higher than in G3 (21 patients). Among patients with hypogonadism (G1) coping pattern "distancing" was more common (54 patients) compared with patients with hyperthyroidism (14 patients). The "social support search" among patients with hypogonadism (G5) is significantly lower (3 patients) than among the patients with adrenal insufficiency (G3 – 40 patients). In G3, the more characteristic coping pattern is "taking responsibility" (22 patients) than in G5 (14 patients). For patients with hypogonadism (G5), the most frequent coping pattern was "avoidance" (91 patients), while patients with adrenal insufficiency (G3), this pattern was much less common (29 patients). "Planning and solving" is the pattern that was used among 79 patients (G5) and 15 patients (G3).

According to psychodiagnostic data patients with hypogonadism demonstrated pronounced distancing, avoidance and self-control coping patterns which is similar to combination of coping-strategy features common to both groups of patients with hypothyroidism and hypocorticism.

Conclusions. Patterns and strategies of

coping behavior related to nosogenic factors of psychotraumatization among the patients with psychoendocrine syndrome on the background of metabolic disorders of the thyroid gland, adrenal cortex and hypogonadism were established.

It was found that for patients with hyperthyroidism combination of confrontation, active search of social support and positive overestimation is the main coping strategy. Among the patients with hypothyroidism the main patterns of coping behavior are distancing and avoidance, that shows decreased activity and increased sensitivity, that is also could be understood as biological effects of thyroid hormones inefficiency.

Among the the patients with hypocorticism self-control and search of social support are the mostly used coping patterns, that shows the increased sensitivity and high level of disease understanding. Patients with hypercorticism had shown a coping strategy which is similar to one presented in patients with hyperthyroidism, but without pronounced search of social support.

Patients with hypogonadism demonstrated pronounced distancing, avoidance and self-control coping patterns which is similar to combination of coping-strategy features common to both groups of patients with hypothyroidism and hypocorticism.

**Bibliography**

1. Жабенко Е. Ю. Особенности психических и психосоматических расстройств при психоэндокринном и метаболическом синдромах // Украинский неврологический журнал. – 2012. – № 1. – С. 62–65.
2. Коростій В. І. Клінічні та нейропсихологічні особливості когнітивних розладів серед хворих з ендокринними захворюваннями. – Український вісник психоневрології. – 2012. – № 1 (70). – С. 44.
3. Feldman HA, Longcope C, Derby CA, et al. : Age trends in the level of serum testosterone and other hormones in middle-aged men: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. J Clin Endocrinol Metab. 2002;87(3):589–98.
4. Gelhorn H. L., Roberts L. J., Khandelwal N. et al. Psychometric Evaluation of the Hypogonadism Impact of Symptoms Questionnaire Short Form (HIS-Q-SF) // J Sex Med. 2017. № 14 (8). P. 1046–1058.
5. Hayes R. P., Ni X., Heiselman D. E. et al. Psychometric testing of two new patient-reported outcome instruments for the evaluation of treatment for hypogonadism // Int J Clin Pract. 2016. № 70 (7). P. 587–595.
6. Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. Aging Male. 2005;8:56–8.
7. Rosen R. C., Wu F., Behre H. M. et al. Quality of Life and Sexual Function Benefits of Long-Term Testosterone Treatment: Longitudinal Results From the Registry of Hypogonadism in Men (RHyme) // J Sex Med. 2017. № 14 (9). P. 1104–1115.
8. Sumi i K., Miyake H., Enatsu N. et al. Prospective assessment of health-related quality of life in men with late-onset hypogonadism who received testosterone replacement therapy // Andrologia. 2016. № 48 (2). P. 198–202.

# ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ТА МЕЖОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Кнігавко О. В.

**Кнігавко Олександр Володимирович** Харківський національний медичний університет, просп. Науки, 4, м. Харків, 61022, Україна  
e-mail: aknig79@gmail.com, ORCID 0000-0002-8870-3450  
**Кнігавко Олександр Володимирович** Харьковский национальный медицинский университет, просп. Науки, 4, г. Харьков, 61022, Украина  
**Knigavko Alexander V.** Kharkiv National Medical University, 4 Nauku Avenue, Kharkiv, 61022, Ukraine

## ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ТА МЕЖОВИМИ РОЗЛАДАМИ

### Анотація.

в статті надані світові погляди на основні види сексуальних розладів серед чоловічого контингенту та їх взаємозв'язок з фазами сексуальної реакції. Показано взаємозв'язок розвитку сексуальних дисфункцій, під впливом значних стресових чи психоемоційних перевантажень або при наявності тих чи інших психоневрологічних розладів, серед яких провідне місце займають межові розлади. Обґрунтована необхідність терапевтичного коригування афективної патології в комплексній терапії сексуальних дисфункцій. Показані основні механізми комплексного лікування сексуальних дисфункцій та психопатологічних проявів.

З метою напрацювання більш ефективного терапевтичного комплексу з використанням Анкети Міжнародного індексу еректильної функції (MIEФ), розрахунку тривалості статевого акту (так званий Інтравагінальний латентний інтервал (ІВЛІ)) та Шкали оцінки депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS-17), було обстежено 83 хворих з сексуальними дисфункціями: 52 хворих (1 група) з передчасною еякуляцією (ПЕ); 31 пацієнт (2 група) з еректильною дисфункцією (ЕД) (наявність цих сексуальних дисфункцій зумовило розвиток розладів тривожно-депресивного та неврозоподібного характеру, що було підтверджено результатами Шкали Гамільтона) та 45 пацієнтів (3 група) з сексуальними дисфункціями, які розвинулися внаслідок наявних початкових психопатологічних або межових розладів (МР). Кожна досліджена група була розподілена на дві підгрупи (а та б), в кожній з яких використовувалися відмінні одна від одної схеми терапії. При використанні тієї чи іншої лікувальної схеми, пацієнти кожної з груп отримували когнітивно-поведінкове психотерапевтичне коригування, тадалафіл, ноотропні засоби (ноофен чи гліцин) та антидепресанти (флуоксетин або коаксил).

Тривалість спостереження становила 3 місяці. У результаті дослідження встановлено покращення еякуляторної функції (за збільшенням показника ІВЛІ), яка достовірно зростала при кожному контрольному обстеженні. При аналізі динаміки загального показника анкети MIEФ після проведеної терапії покращення сексуальної функції спостерігалось у всіх групах, але найкращі результати були отримані в групі ЕД. Результати опитувальника HDRS продемонстрували, що через 3 місяці хворі з групи ПЕ, в порівнянні з групою МР, достовірно рідше мали депресивні розлади, особливо вираженого характеру.

**Ключові слова:** сексуальна дисфункція, передчасна еякуляція, еректильна дисфункція, межові розлади.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ И ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

### Аннотация.

в статье представлены мировые взгляды на основные виды сексуальных расстройств среди мужского контингента и их взаимосвязь с фазами сексуальной реакции. Показана взаимосвязь развития сексуальных дисфункций под влиянием значительных стрессовых или психоэмоциональных перегрузок или при наличии тех или иных психоневрологических расстройств, среди которых ведущее место занимают пограничные расстройства. Обоснована необходимость терапевтической корректировки аффективной патологии в комплексной терапии сексуальных дисфункций. Показаны основные механизмы комплексного лечения сексуальных дисфункций и психопатологических проявлений.

С целью выработки более эффективного терапевтического комплекса с использованием Анкеты Международного индекса эректильной функции, расчета продолжи-

тельности полового акта (так называемый Интравагинальный латентный интервал) и Шкалы оценки депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS-17), было обследовано 83 больных с сексуальными дисфункциями: 52 больных (1 группа) с преждевременной эякуляцией (ПЭ) и 31 пациент (2 группа) с эректильной дисфункцией (ЭД) (наличие этих сексуальных дисфункций обусловило развитие расстройств тревожно-депрессивного и невротоподобного характера, что было подтверждено результатами Шкалы Гамильтона) и 45 пациентов (3 группа) с сексуальными дисфункциями, которые развились вследствие существующих начальных психопатологических или пограничных расстройств (ПР). Каждая исследованная группа была разделена на две подгруппы (а и б), в каждой из которых использовались отличные друг от друга схемы терапии. При использовании той или иной терапевтической схемы, пациенты каждой из групп получали когнитивно-поведенческую психотерапевтическую коррекцию, тадалафил, ноотропные средства (ноофен или глицин) и антидепрессанты (флуоксетин или коаксил).

Длительность наблюдения составила 3 месяца. В результате исследования установлено улучшение эякуляторной функции (по возрастанию показателя ИВЛИ), который достоверно возрастал при каждом контрольном обследовании. При анализе динамики общего показателя анкеты МИЭФ после проведенной терапии улучшение сексуальной функции наблюдалось во всех группах, но лучшие результаты были получены в группе ЭД. Результаты опросника HDRS показали, что через 3 месяца больные из группы ПЭ по сравнению с группой ПР достоверно реже имели депрессивные расстройства, особенно выраженный их характер.

**Ключевые слова:** сексуальная дисфункция, преждевременная эякуляция, эректильная дисфункция, пограничные расстройства.

#### TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SEXUAL DYSFUNCTIONS AND INTERMEDIATE DISORDERS

**Summary:**

the article gives the world views on the main types of sexual disorders among the male contingent and their interrelation with the phases of sexual reaction. The interrelation of the development of sexual dysfunctions under the influence of significant stress or psychoemotional overload or in the absence of any psychoneurological disorders, among which the leading place occupy border disorder, is shown. The necessity of therapeutic correction of affective pathology in the complex therapy of sexual dysfunctions is substantiated. The basic mechanisms of complex treatment of sexual dysfunctions and psychopathological manifestations are shown.

In order to work out a more effective therapeutic complex using the Questionnaire International Erectile Function Index (IEFI), calculation of the duration of sexual intercourse (the so-called Intravaginal latency interval (ILI) and the Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS-17) were evaluated. 83 patients with sexual dysfunctions: 52 patients (1 group) with premature ejaculation (PE); 31 patients (2 groups) with erectile dysfunction (ED) (the presence of these sexual dysfunctions led to the development of anxiety-depressive and neurosis-like disorders, which was confirmed by the Hamilton Scales) and 45 patients (3 groups) with sexual dysfunctions that developed as a result of existing initial psychopathological or boundary disorders (BD). Each study group was divided into two subgroups (a and b), each of which used different therapies from each other. With the use of one or another therapeutic scheme, patients of each group received cognitive-behavioral psychotherapeutic correction, tadalafil, nootropic drugs (noofen or glycine) and antidepressants (fluoxetine or coaxial).

The duration of the observation was 3 months. As a result of the study, improvement of the ejaculatory function (with an increase in the ILI score) was established, which significantly increased at each control examination. In the analysis of the dynamics of the overall indicator of the MIEF questionnaire after the therapy, improvement in sexual function was observed in all groups, but the best results were obtained in the ED group. The results of the HDRS questionnaire showed that after 3 months, patients in the PE group compared with the BD group were reliably less susceptible to depressive disorder, especially of a pronounced nature.

**Key words:** sexual dysfunction, premature ejaculation, erectile dysfunction, border disorder.

Сучасна андрологічна наука відзначається цілою низкою проблемних питань, вивчення яких є значно актуальним на сьогоднішній час. Серед таких питань визначне місце посідає дослідження проблеми зниження чи повної втрати контролю за своєю еякуляторною функцією. З-за даної проблеми статеві стосунки партнерів набувають значних проблем. Через неспроможність партнерів отримати повне сексуальне задоволення також можуть розвиватися різноманітні психоневрологічні зрушення.

У світовій літературі виділяється декілька видів сексуальних розладів: бажань; оргазму; сексуальної активації; сексуальні больові розлади; ті, що більш ніде не класифікуються; інші розлади.

Багато вчених вважають, що розвиток того чи іншого виду сексуальної дисфункції пов'язаний однією з фаз сексуальної реакції. Так, на першій фазі (збудження), відзначаються чіткі відмінності фізіологічного аспекту, які так чи інакше відображають основні мотиваційні спрямування, спонукання та риси особистості суб'єкта. Ця фаза відзначається появою широкого спектра сексуальних фантазій і бажань до вступу в сексуальні відносини. На цій фазі можуть відзначатися сексуальні дисфункції у виді розладів сексуальних бажань та аверсивних сексуальних порушень.

Друга фаза (плато), характеризується суб'єктивним відчуттям отримання сексуального задоволення та наявними супутніми фізіологічними проявами, що виникли під час першої фази. Дана фаза відзначає можливість появи розладів сексуальної активації (жінки) або розладів ерекції (чоловіки), які спроможні розвиватися також і протягом третьої фази (оргазму). Ця фаза характеризується кульмінацією отримання сексуального задоволення та зменшенням сексуальної напруги. Також, дана фаза може відзначати наступні порушення: гальмування оргазму (жінки) та затримку еякуляції чи передчасну еякуляцію (чоловіки).

Остання, четверта фаза (розслаблення) відзначає появу загального розслаблення з хорошим самопочуттям, підвищеним настроєм та м'язовою релаксацією. Можуть спостерігатися рефрактерність (чоловіки) у відношенні оргазму, збільшувану з віком та наявність множинного оргазму (жінки) з відсутнім рефракторним періодом. Порушеннями, якими іноді відзначається дана фаза, є посткоїтальна депресія та посткоїтальний головний біль.

У чоловіків, частіше усього, сексуальні дисфункції проявляються еякуляторними дисфункціями, більшість яких формують передчасна еякуляція (ПЕ), скорочений статевий акт і прискорене сім'явиверження. Під дією

вищевказаних порушень виникає специфічний комплекс різноманітних «острахів» перед статевим актом, що спроможний викликати загальний стрес перед початком статевого акту, що у свою чергу потенціює ступінь сексуального розладу. Окрім цього, за даними багатьох світових досліджень, сексуальні дисфункції можуть виникати під впливом інших значних стресових чи психоемоційних впливів або при наявності тих чи інших психоневрологічних розладів [1].

Так, Б. Д. Карвасарський (1988), констатує, що у пацієнтів з наявними, так званими межовими психічними розладами, у два рази частіше виникають різноманітні сексуальні дисфункції; у 12,0% з яких основною скаргою є сексуальні розлади [2, 3].

При цьому, як доводять інші дослідження, одночасна наявність тривожно-депресивного розладу та дефіциту андрогенів (відіграють провідну роль при розвитку чоловічих сексуальних розладів), знаходяться у реципрокних співвідношеннях, потенціюючи ускладнення перебігу один одного [4, 5].

Зважаючи на те, що без професійного втручання сексуальна дисфункція може тривати значний проміжок часу, постійно поглиблюючи ступінь порушення, то своєчасний терапевтичний вплив здатен значно скоротити проміжок часу для досягнення позитивного ефекту. Тим паче, довготривалий розлад надає значного психоемоційного переважання й на партнера(ів) особи, що має ту чи іншу сексуальну дисфункцію, що може спричинити й появу в неї/них психоневрологічного розладу. Досить часто, дані розлади представлені групою нозологічних порушень, які відносяться до так званих межових.

Межовий розлад (МР) – психічне захворювання, яке спроможне викликати різкі та значні зміни емоційного фону, перепади настрою, імпульсивні поведінкові прояви та порушення взаємовідносин з навколишніми, значне зниження самооцінки та самоповаги. При цьому, констатовано, що в осіб з наявними межовими розладами, у більшості випадків присутні й депресивні та харчові зрушення; наявні зловживання алкоголем, наркотичними чи іншими психоактивними речовинами; високий ризик суїцидальних проявів та аутоагресивної поведінки (у результаті близько 10,0% осіб з МР здійснюють самогубство).

Нами було обстежено 83 хворих з сексуальними дисфункціями. Перші дві групи мали сексуальні дисфункції ((52 хворих (1 група) з ПЕ та 31 (2 група) – з еректильною дисфункцією (ЕД)), наявність яких викликала розвиток розладів тривожно-депресивного та неврозоподібного характеру (було підтверджено їх дослідженням



за шкалою Гамільтона (наявність тривожно-депресивних та неврозоподібних порушень середнього та важкого ступеню)), які (високо вірогідно) розвинулися через наявні еякуляторні та еректильні порушення. Третя група хворих була представлена 45 пацієнтами з сексуальними дисфункціями (суттєве зниження ерекції та лібідо), які розвинулися внаслідок існуючих початкових психопатологічних або МР.

Сексуальні розлади було оцінено за анкету Міжнародного індексу еректильної функції (MIEF) та розрахунку тривалості статевого акту (фіксувалася самим пацієнтом секундоміром (так званий інтравагінальний латентний інтервал (ІВЛІ)). Оцінка клінічних депресивних проявів проводилася за шкалою оцінки депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS-17) та оцінкою наявних психопатологічних симптомів. Шкала оцінки депресії Гамільтона [6, 7] застосовувалася задля встановлення вираженості наявних депресивних проявів. Отримані результати оцінювалися згідно з алгоритмом, який представлено у монографії В. С. Подкоритова та Ю. Ю. Чайки [8]: загальний отриманий бал 0–7 – відсутність депресії; 7–16 балів – легкий депресивний епізод; 17–27 балів – помірний; а більш ніж 27 балів – тяжкий депресивний епізод.

Усі обстежені нами хворі (як було вказано вище), були розподілені на три групи: I група – 52 хворих з ПЕ, II група – 31 хворий з ЕД та III група – 45 осіб з МР (табл. 1.).

альну терапію і заняття в групі.

За показами можливе призначення транквілізаторів, нейролептиків та антидепресантів. Тривалість отримання позитивного терапевтичного ефекту залежить від віку пацієнта; його соціально-професійної та особистісної компенсації; характеру взаємовідносин в родині та соціумі й готовності до дотримання терапевтичних механізмів.

В якості лікування сексуальної дисфункції, окрім корекції афективних проявів (малі дози психотропних засобів і психотерапія), використовують інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (іФДЕ-5: сілденафіл, тадалафіл, варденафіл, уденафіл і аванафіл) [9] та андрогензамісну терапію.

В нашому випадку, в комплексній терапії пацієнтів досліджених груп (з ПЕ, ЕД та з МР) нами використовувалися методики психотерапевтичних корекцій (індивідуальна та групова когнітивно-поведінкова психотерапія), ноотропні засоби (гліцин або ноофен), з метою редукції вираженої афективної патології малі дози антидепресантів (флуоксетин (прозак) або коаксил (тіанептин)) та задля корекції сексуальної дисфункції іФДЕ-5 (тадалафіл).

З огляду на необхідність пошуку більш ефективного лікувального комплексу, кожна досліджена група була нами розділена на дві підгрупи (а та б), в кожній з яких використовувалися відмінні одна від одної схеми терапії.

Так, хворі першої групи (з ПЕ) отримували

Таблиця 1.

**Вікові характеристики обстежених хворих з сексуальною дисфункцією**

Віковий показник	Групи хворих		
	I група ПЕ (n = 52)	II група ЕД (n = 31)	III група МР (n = 45)
Вік, роки	27,4 ± 5,2	34,2 ± 6,3	30,5 ± 6,8

Лікування МР особистості містить медикаментозну та психотерапевтичну складову. Основна – психотерапевтична. Ключовими позиціями психотерапевтичних впливів є обговорення та переосмислення наявних у пацієнта проблем, покращення соціальних навичок, опрацювання механізмів самоконтролю над своїми емоційними переживаннями та поведінкою, формування ефективних захисних бар'єрів (задля поліпшення боротьби з переживаннями, тривожністю та стресами). Максимальний ефект (за результатами багатьох досліджень) має когнітивно-поведінкова психотерапія. План лікування розробляється з урахуванням особливостей характеру пацієнта, особливостей особистості та рівня компенсації конкретного хворого й охоплює індивіду-

ли наступне лікування: в I-а підгрупі (n = 29) в якості лікувальної схеми передбачали комбінацію когнітивно-поведінкової психотерапії з застосуванням ноотропних засобів (гліцин, 200 мг/добу) та призначенням селективного інгібітору зворотнього захоплення серотоніну (СІ33С) флуоксетину (прозак) у дозі 20 мг на добу; в підгрупі I-б (n = 23) пацієнтам було призначено когнітивно-поведінкову психотерапію разом із ноотропним засобом (гліцин, 200 мг/добу) та трициклічним антидепресантом (коаксил (тіанептин) в добовому дозуванні 37,5 мг (по 12,5 мг 3 рази на добу)).

Оскільки, у пацієнтів другої та третьої досліджуваних груп (з ЕД та МР) середні показники еректильної функції достовірно не відрізнялися один від одного (попри їх першопричини),

то їм було запропоновано однакові схеми лікування. Так, II-а (n = 17) та III-а (n = 21) підгрупам було призначено когнітивно-поведінкову психотерапію разом із ноотропним засобом (ноофен, 750 мг/добу (по 250 мг 3 рази на день)), антидепресантом із групи СИЗС (флуоксетин (прозак), 20 мг на добу) та з метою корекції сексуальної дисфункції іФДЕ-5 (тадалафіл по 10 мг/добу). Хворим, віднесеним до II-б (n = 14) та III-б (n = 24) підгрупам лікувальний комплекс включав також використання когнітивно-поведінкової психотерапії разом із ноотропним засобом (ноофен, 750 мг/добу (по 250 мг 3 рази на день)), в якості антидепресанта використовувався трициклічний антидепресант (коаксил (тіанептин)) в добовому дозуванні 37,5 мг (по 12,5 мг 3 рази на добу) та задля корекції сексуальної дисфункції іФДЕ-5 (тадалафіл по 20 мг/добу).

Таким чином, з огляду на використання тієї чи іншої лікувальної схеми, пацієнти кожної з досліджених нами трьох груп (з ПЕ, ЕД та МР) відрізнялися за призначеним препаратом з групи антидепресантів. Препаратами вибору, в даному випадку виступали флуоксетин та коаксил. Так, хворі, які були віднесені до підгрупи а отримували препарат з групи СИЗС – флуоксетин (прозак), дія якого спрямована на підвищення настрою, зниження тривожності, зменшення відчуття страху і напруженості; а пацієнти підгрупи б використовували трициклічний антидепресант коаксил (тіанептин), що займає проміжне положення між седативними та стимулюючими антидепресантами, значно покращує настрій, усуває рухову загальмованість та підвищує загальний тонус організму) – таблиця 2.

Тривалість спостереження за пацієнтами в період проведення терапії становила 3 місяці. Контрольні обстеження проводилися нами через 1 та 3 місяці, при цьому у пацієнтів визначали зміни тривалості статевого акту за допомогою ІВЛІ, покращення сексуальних взаємовідносин з партнером(ами) за допомогою анкети МІЕФ та зміну афективного спектра за шкалою Гамільтона (HDRS-17) й оцінку наявної психопатологічної симптоматики.

Ефективність терапії оцінювалася нами за критеріями симптоматичного покращення: зниженню рівня психоневротичних проявів; зміни клінічних, психологічних, сексуальних характеристик пацієнта та його міжособистісних і соціальних відносин. Результати терапії визначали за допомогою об'єктивного спостереження за хворими, власній оцінці самими пацієнтами свого стану та за динамікою показників використаних шкал МІЕФ і HDRS-17.

При оцінці клінічної ефективності використаного лікування, отримані результати, нами відзначалися за допомогою трирівневої градації: «відмінні» – відсутність основних психоневрологічних проявів та скарг на сексуальну дисфункцію, відновлення статевого життя в повному обсязі; «хороші» – лікуванням досягнуто досить значного поліпшення, але зберігаються деякі незначні психоневрологічні прояви та скарги на сексуальну дисфункцію й статеве життя відновлено не стовідсотково та «задовільні» – хворі відзначали поліпшення, але зберігалася значна частка психоневрологічних проявів та повного відновлення статевої активності не відбулося.

Таблиця 2.

### Розподіл обстежених хворих з сексуальною дисфункцією за методами терапевтичного втручання

Групи та підгрупи хворих психотерапія		Лікувальні механізми			
		ноотропи	антидепресанти	іФДЕ-5	
I група ПЕ (n = 52)	I-а підгрупа (n = 29)	когнітивно-поведінкова	гліцин	флуоксетин	-
	I-б підгрупа (n = 23)	когнітивно-поведінкова	гліцин	коаксил	-
II група ЕД (n = 31)	II-а підгрупа (n = 17)	когнітивно-поведінкова	ноофен	флуоксетин	тадалафіл
	II-б підгрупа (n = 14)	когнітивно-поведінкова	ноофен	коаксил	тадалафіл
III група МР (n = 45)	III-а підгрупа (n = 21)	когнітивно-поведінкова	ноофен	флуоксетин	тадалафіл
	III-б підгрупа (n = 24)	когнітивно-поведінкова	ноофен	коаксил	тадалафіл

Стосовно покращення еякуляторної функції, а саме збільшення показника ІВЛІ до 2 хвилин та більше, необхідно відмітити, що найкраще відреагувала на лікування перша група пацієнтів (з ПЕ). Так, якщо через 4 тижні лікування з 29 пацієнтів 1а групи повідомили про суттєве покращення еякуляторної функції 8 (27,5%) чоловіків, то через 3 місяці їх кількість збільшилась до 18 (62,1%). В той час, як 20 (86,9%) пацієнтів 1б групи забажали підвищення дозування до 40 мг/добу та 14 (60,1%), з них констатували покращення еякуляторної функції вже через 4 тижні, а через 3 місяці повне задоволення від лікування відзначили 19 (82,6%) пацієнтів. Загалом, в даній групі пацієнтів (з ПЕ), у порівнянні з початковим рівнем ІВЛІ ( $0,39 \pm 0,8$  хв), констатувалося найкраще відновлення еякуляторної функції: 1а група вже через місяць мала відновлення вже до  $1,0 \pm 0,4$  хв (в 2,56 рази), а 1б група через місяць відновила еякуляторну функцію до  $1,6 \pm 0,6$  хв (в 4,10 рази). А вже через 3 місяці лікування, у порівнянні з початковим рівнем, 1а група досягла результатів ІВЛІ  $1,6 \pm 0,5$  хв (відновлення в 2,56 рази), а 2б група – до  $1,9 \pm 0,4$  хв (в 4,87 рази).

При цьому, в дещо меншій мірі, але також відбулося покращення еякуляторної функції й у пацієнтів другої (з ЕД) та третьої (з МР) груп. Так, в цілому, 2а група відреагувала на лікування підвищенням ІВЛІ з  $2,2 \pm 0,4$  хв до  $2,6 \pm 0,6$  хв (через місяць; у 1,18 рази) та до  $2,8 \pm 0,2$  хв (через три місяці; у 1,27 рази); а 2б група констату-

вала покращення ІВЛІ через місяць від початку лікування у 1,31 рази (від  $2,2 \pm 0,4$  хв до  $2,9 \pm 0,3$  хв), а через три місяці – в 1,40 рази (з  $2,2 \pm 0,4$  хв до  $3,1 \pm 0,5$  хв). Так само, відбулося покращення еякуляторної функції й серед хворих третьої (з МР) групи. Через місяць після лікування 3а група підвищила ІВЛІ в 1,03 рази (з  $3,1 \pm 0,9$  хв до  $3,2 \pm 0,4$  хв), а 3б група – в 1,09 рази (з  $3,1 \pm 0,9$  хв до  $3,4 \pm 0,3$  хв); а через три місяці від початку лікування – 3а група відмітила покращення ІВЛІ в 1,12 рази, а 3б – у 1,22 рази (з  $3,1 \pm 0,9$  хв відповідно до  $3,5 \pm 0,2$  хв та  $3,8 \pm 0,4$  хв).

У наведеній таблиці 3 представлені дані щодо змін показника ІВЛІ у пацієнтів досліджуваних груп впродовж лікування

Таким чином, задоволеність результатами лікування достовірно зростала при кожному контрольному обстеженні. Отримані результати свідчать про поступову реалізацію ефекту інгібіторів 33С в серотонінергічних нейронах головного мозку, зокрема церебральних центрів еякуляції, а ефективність терапії відносно корекції обговорюваного еякуляторного порушення мала чіткий дозозалежний характер.

Що стосується динаміки показників МІЕФ у лікованих нами пацієнтів, то також на фоні проведеного нами терапевтичного втручання констатувалося покращення показників МІЕФ серед усіх груп хворих.

Аналіз динаміки загального показника анкети МІЕФ на тлі проведеної терапії констатував наступні результати (табл. 4).

Таблиця 3.

**Динаміка показників ІВЛІ обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування**

Показник ІВЛІ, хв	Початковий	Через 1 міс.	Через 3 міс.
Група 1 а (n = 29)	$0,39 \pm 0,8$	$1,0 \pm 0,4$	$1,6 \pm 0,5$
Група 1 б (n = 23)	$0,39 \pm 0,8$	$1,6 \pm 0,6$	$1,9 \pm 0,4$
Група 2 а (n = 17)	$2,2 \pm 0,4$	$2,6 \pm 0,6$	$2,8 \pm 0,2$
Група 2 б (n = 14)	$2,2 \pm 0,4$	$2,9 \pm 0,3$	$3,1 \pm 0,5$
Група 3 а (n = 21)	$3,1 \pm 0,9$	$3,2 \pm 0,4$	$3,5 \pm 0,2$
Група 3 б (n = 24)	$3,1 \pm 0,9$	$3,4 \pm 0,3$	$3,8 \pm 0,4$

Таблиця 4.

**Динаміка загального показника МІЕФ обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування**

Показник ІВЛІ, хв	Початковий	Через 1 міс.	Через 3 міс.
Група 1 а (n = 29)	$17,8 \pm 2,4$	$21,7 \pm 1,0$	$25,6 \pm 2,0$
Група 1 б (n = 23)	$17,8 \pm 2,4$	$21,9 \pm 1,3$	$26,4 \pm 1,7$
Група 2 а (n = 17)	$12,5 \pm 2,8$	$18,1 \pm 2,2$	$22,6 \pm 2,3$
Група 2 б (n = 14)	$12,5 \pm 2,8$	$17,3 \pm 1,8$	$21,2 \pm 1,4$
Група 3 а (n = 21)	$15,4 \pm 2,4$	$21,0 \pm 2,2$	$24,4 \pm 2,7$
Група 3 б (n = 24)	$15,4 \pm 2,4$	$21,7 \pm 1,3$	$25,8 \pm 1,1$

Загалом, після проведеної терапії покращення сексуальної функції спостерігалось у всіх групах обстежених пацієнтів, але найкращі результати були отримані нами в 2 групі (з ЕД) – кількість балів через три місяці збільшилась в 2а групі майже на 80,0% (з  $12,5 \pm 2,8$  до  $22,6 \pm 2,3$ ), а в 2б – також майже на 80,0% (з  $12,5 \pm 2,8$  до  $21,2 \pm 1,4$ ). Через місяць в 2а групі констатувалось збільшення загального показника МІЕФ з  $12,5 \pm 2,8$  до  $18,1 \pm 2,2$  (у 1,44 рази), а через три місяці – до  $22,6 \pm 2,3$  (у 1,8 рази); 2б група під впливом проведеного лікування відзначила збільшення загального показника МІЕФ з  $12,5 \pm 2,8$  до  $17,3 \pm 1,8$  (у 1,38 рази через місяць) та до  $21,2 \pm 1,4$  (у 1,69 рази через три місяці).

При цьому, 1а група відзначилася покращенням загального показника анкети МІЕФ з  $17,8 \pm 2,4$  до  $21,7 \pm 1,0$  (через місяць) та до  $25,6$

$\pm 2,0$  (через три місяці) – відповідно в 1,21 та 1,43 рази; а група 1б констатувала збільшення загального показника МІЕФ у 1,23 та 1,48 рази (відповідно, через місяць та три місяці) – з  $17,8 \pm 2,4$  до  $21,9 \pm 1,3$  (через місяць) та до  $26,4 \pm 1,7$  (через три місяці).

Третя група також мала покращання сексуальної функції після проведеної терапії. Так, 3а група мала збільшення загального показника МІЕФ з  $15,4 \pm 2,4$  до  $21,0 \pm 2,2$  та до  $24,4 \pm 2,7$  (відповідно через місяць (у 1,36 рази) та три місяці (у 1,58 рази)). Група 3б відзначила збільшення МІЕФ через місяць у 1,4 рази (з  $15,4 \pm 2,4$  до  $21,7 \pm 1,3$ ) та через три місяці – в 1,67 рази (до  $25,8 \pm 1,1$ ).

Що стосується окремих складових МІЕФ, то дослідженням констатовані покращання бальних показників у всіх групах (табл. 5) особливо в 2 групі хворих (з ЕД).

Таблиця 5.

### Динаміка показників МІЕФ обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування

Показник	Групи хворих					
	I група ПЕ (n = 52)		II група ЕД (n = 31)		III група МР (n = 45)	
	1 а (n = 29)	1 б (n = 23)	2 а (n = 17)	2 б (n = 14)	3 а (n = 21)	3 б (n = 24)
	Початковий рівень					
Еректильна функція	19,9 ± 2,6	19,9 ± 2,6	10,1 ± 2,0	10,1 ± 2,0	9,2 ± 2,2	9,2 ± 2,2
Задоволеність статевим актом	8,6 ± 2,2	8,6 ± 2,2	7,9 ± 2,3	7,9 ± 2,3	7,6 ± 2,0	7,6 ± 2,0
Організм	8,1 ± 2,3	8,1 ± 2,3	8,3 ± 2,1	8,3 ± 2,1	5,5 ± 1,8	5,5 ± 1,8
Лібідо	7,1 ± 1,1	7,1 ± 1,1	6,1 ± 1,2	6,1 ± 1,2	4,5 ± 1,6	4,5 ± 1,6
Загальне задоволення	5,7 ± 0,6	5,7 ± 0,6	5,1 ± 0,3	5,1 ± 0,3	5,5 ± 1,2	5,5 ± 1,2
	через 1 міс.					
Еректильна функція	21,4 ± 2,1	21,1 ± 1,8	22,4 ± 1,6	21,2 ± 1,2	14,1 ± 1,4	16,3 ± 2,1
Задоволеність статевим актом	8,8 ± 1,7	8,9 ± 2,4	8,3 ± 1,4	8,2 ± 1,7	8,6 ± 1,5	8,1 ± 1,2
Організм	8,3 ± 1,7	8,4 ± 1,9	8,5 ± 1,7	8,7 ± 1,9	7,6 ± 1,3	6,9 ± 1,4
Лібідо	8,7 ± 1,8	8,3 ± 1,7	8,3 ± 1,4	8,8 ± 1,5	8,3 ± 1,2	8,7 ± 1,8
Загальне задоволення	9,2 ± 0,2	9,7 ± 0,8	12,4 ± 0,2	13,7 ± 0,5	10,2 ± 1,7	10,1 ± 1,4
	через 3 міс.					
Еректильна функція	24,1 ± 1,6	24,2 ± 1,3	26,1 ± 1,2	26,3 ± 1,6	21,7 ± 1,2	20,7 ± 1,8
Задоволеність статевим актом	9,2 ± 1,3	9,1 ± 2,2	9,7 ± 1,9	9,7 ± 1,2	9,3 ± 1,2	9,7 ± 1,6
Організм	9,1 ± 1,3	9,2 ± 1,2	9,5 ± 1,3	9,4 ± 1,2	9,1 ± 1,8	9,3 ± 1,5
Лібідо	9,1 ± 1,2	9,1 ± 1,3	9,8 ± 1,7	9,7 ± 1,2	9,2 ± 1,8	9,3 ± 1,5
Загальне задоволення	13,1 ± 1,1	13,3 ± 1,2	14,8 ± 0,6	14,3 ± 0,2	14,3 ± 1,1	14,7 ± 1,3



Так, що стосується відновлення ерекtilьної функції, то проведене лікування дозволило відновити її до нормативних рівнів серед пацієнтів другої групи (з ЕД), та до значно високих показників серед хворих першої та третьої груп (відповідно з ПЕ та МР). У хворих другої групи відбулося відновлення ерекtilьної функції з  $10,1 \pm 2,0$  через місяць після початку лікування до  $22,4 \pm 1,6$  та до  $21,2 \pm 1,2$  (відповідно в 2,21 рази (група 2 а) та в 2,09 рази (група 2 б)) й до  $26,1 \pm 1,2$  та до  $26,3 \pm 1,6$  через три місяці (відповідно в 2,58 рази – група 2 а та в 2,60 рази – група 2 б). При цьому, перша та третя групи обстежених (з ПЕ та МР) констатували також відновлення ерекtilьної функції, в результаті проведеного лікування: з  $19,9 \pm 2,6$  до  $21,4 \pm 2,1$  (1 а; в 1,07 рази) та до  $21,1 \pm 1,8$  (1 б; в 1,06 рази) – через місяць та до  $24,1 \pm 1,6$  (1 а; в 1,21 рази) й до  $24,2 \pm 1,3$  (1 б; в 1,21 рази) – через три місяці; з  $9,2 \pm 2,2$  до  $14,1 \pm 1,4$  й до  $16,3 \pm 2,1$  (через місяць відповідно групи 3а й 3б (в 1,53 і 1,77 рази)) та до  $21,7 \pm 1,2$  й до  $20,7 \pm 1,8$  (через три місяці відповідно 3а (в 2,35 рази) та 3б групи (в 2,25 рази)).

Що стосується інших складових МІЕФ, то тут також усі групи пацієнтів після проведеного лікування констатували значне покращання задоволеністю статевим актом, оргазму та лібідо й загального задоволення. При цьому, також друга група пацієнтів (з ЕД) констатувала значно вищі рівні відновлення, у порівнянні з першою (з ПЕ) та третьою (з МР) групами.

Так, задоволеність статевим актом серед пацієнтів першої групи покращилася через місяць після початку лікування в 1,02 (1а група; з  $8,6 \pm 2,2$  до  $8,8 \pm 1,7$ ) та 1,03 рази (1б група; з  $8,6 \pm 2,2$  до  $8,9 \pm 2,4$ ), а через три місяці покращилася вже до  $9,2 \pm 1,3$  та до  $9,1 \pm 2,2$  (відповідно 1а та 1б групи; в 1,06 і 1,05 рази). Пацієнти другої групи констатували збільшення задоволеність статевим актом в 1,05 та 1,23 рази (1а група відповідно через місяць та три місяці) з  $7,9 \pm 2,3$  до  $8,3 \pm 1,4$  і до  $9,7 \pm 1,9$ ; 2б група покращила ці дані з  $7,9 \pm 2,3$  до  $8,2 \pm 1,7$  (у 1,03 рази через місяць) та до  $9,7 \pm 1,2$  (у 1,23 рази через три місяці). Третя група відзначила збільшення задоволеності статевим актом у 1,13 та 1,06 разів (відповідно 3а та 3б групи) з  $7,6 \pm 2,0$  до  $8,6 \pm 1,5$  та  $8,1 \pm 1,2$  через місяць та в 1,22 (3а група) й 1,28 (3б група) рази через три місяці з початку лікування (відповідно з  $7,6 \pm 2,0$  до  $9,3 \pm 1,2$  та до  $9,7 \pm 1,6$ ).

Покращання оргазму констатували всі ліковані пацієнти, але найбільше – пацієнти 3 групи (з МР); так, хворі першої групи (з ПЕ) покращили цей показник в 1,02 та 1,03 разів

через місяць після початку лікування (відповідно групи 1а та 1б з  $8,1 \pm 2,3$  до  $8,3 \pm 1,7$  та до  $8,4 \pm 1,9$ ) та в 1,12 і в 1,14 рази (групи 1а та 1б) – через три місяці (з  $8,1 \pm 2,3$  до  $9,1 \pm 1,3$  та до  $9,2 \pm 1,2$  – відповідно групи 1а та 1б). Група 2 відзначалася покращанням показників оргазму з  $8,3 \pm 2,1$  до  $8,5 \pm 1,7$  та до  $9,5 \pm 1,3$  (відповідно через місяць та три місяці в 1,02 та 1,14 разів – група 2 а) та з  $8,3 \pm 2,1$  до  $8,7 \pm 1,9$  й до  $9,4 \pm 1,2$  (відповідно через місяць та три місяці в 1,05 та 1,13 разів – група 2б). При цьому, група 3 (з МР) констатувала покращання показників оргазму в 1,38 та в 1,65 разів (відповідно через місяць та три місяці з  $5,5 \pm 1,8$  до  $7,6 \pm 1,3$  й до  $9,1 \pm 1,8$  – група 3а) та в 1,25 та в 1,69 разів – через місяць та три місяці (група 3б, відповідно з  $5,5 \pm 1,8$  до  $6,9 \pm 1,4$  та до  $9,3 \pm 1,5$ ).

Лібідо та загальне задоволення також покращилося для пацієнтів усіх груп дослідження. Так, підвищення лібідо, через місяць та три місяці відзначили більше пацієнтів у 1,23 та у 1,17 разів (через місяць з  $7,1 \pm 1,1$  до  $8,7 \pm 1,8$  та до  $8,3 \pm 1,7$ ), та в 1,28 рази (через три місяці з  $7,1 \pm 1,1$  до  $9,1 \pm 1,2$  та до  $9,1 \pm 1,3$ ) – відповідно група 1а та група 1б. Група 2а та 2б, відповідно покращила ці показники в 1,36 та 1,44 рази (через місяць з  $6,1 \pm 1,2$  до  $8,3 \pm 1,4$  й до  $8,8 \pm 1,5$ ) та в 1,60 і 1,59 разів (через три місяці з  $6,1 \pm 1,2$  до  $9,8 \pm 1,7$  й до  $9,7 \pm 1,2$ ); групи 3а та 3б відзначили покращання в 1,84 і в 1,93 рази (через місяць з  $4,5 \pm 1,6$  до  $8,3 \pm 1,2$  та до  $8,7 \pm 1,8$ ) й в 1,50 та в 1,52 рази (через три місяці з  $6,1 \pm 1,2$  до  $9,2 \pm 1,8$  та до  $9,3 \pm 1,5$ ). Загальне задоволення підвищилося в 1,61 та 1,70 разів через місяць у хворих групи 1а та 1б відповідно (з  $5,7 \pm 0,6$  до  $9,2 \pm 0,2$  та до  $9,7 \pm 0,8$ ) та в 2,29 та 2,32 разів через три місяці (з  $5,7 \pm 0,6$  до  $13,1 \pm 1,1$  та до  $13,3 \pm 1,2$ ) – групи 1а та 1б. Відбулося покращання показників загального задоволення й серед хворих 2 групи (з ЕД): з  $5,1 \pm 0,3$  до  $12,4 \pm 0,2$  та до  $14,8 \pm 0,6$  (група 2а, відповідно через місяць та три місяці у 2,43 та в 2,90 рази); з  $5,1 \pm 0,3$  до  $13,7 \pm 0,5$  та до  $14,3 \pm 0,2$  (група 2 б через місяць та три – в 2,68 та 2,80 разів). Серед пацієнтів 3 групи (з МР) покращання загального задоволення відбулося в 1,85 та 1,83 рази через місяць після початку лікування (відповідно групи 3а та 3б з  $5,5 \pm 1,2$  до  $10,2 \pm 1,7$  та до  $10,1 \pm 1,4$ ) та в 2,60 та 2,67 рази (групи 3а та 3б з  $5,5 \pm 1,2$  до  $14,3 \pm 1,1$  та до  $14,7 \pm 1,3$ ).

Результати опитувальника HDRS з вивчення депресії продемонстрували, що через один і три місяці хворі з групи ПЕ та ЕД, в порівнянні з групою МР, достовірно рідше мали депресивні розлади, особливо вираженого характеру (табл. 6).

Таблиця 6.

**Динаміка показників HDRS обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування**

Показник HDRS, бали	Початковий	Через 1 міс.	Через 3 міс.
Група 1 а (n = 29)	18,5 ± 3,4	10,3 ± 1,9	8,4 ± 2,2
Група 1 б (n = 23)	18,5 ± 3,4	10,2 ± 2,0	8,2 ± 2,1
Група 2 а (n = 17)	17,2 ± 3,5	12,1 ± 1,4	9,9 ± 1,8
Група 2 б (n = 14)	17,2 ± 3,5	12,3 ± 1,0	9,4 ± 1,3
Група 3 а (n = 21)	21,1 ± 2,6	14,1 ± 1,1	10,6 ± 0,9
Група 3 б (n = 24)	21,1 ± 2,6	14,7 ± 1,3	10,2 ± 0,5

Так, пацієнти усіх груп, під дією використаного лікування констатували зниження рівня депресивних проявів з помірного депресивного епізоду до нижніх рівнів легкої депресії. Серед хворих першої групи (з ПЕ) констатувалося найкраще нівелювання депресивних проявів. Так, пацієнти 1а та 1б груп через місяць констатували зменшення загального HDRS балу в 1,79 та 1,81 рази (відповідно з  $18,5 \pm 3,4$  до  $10,3 \pm 1,9$  та до  $10,2 \pm 2,0$ ); а через три місяці від початку лікування – в 2,20 та в 2,25 разів (відповідно групи 1а та 1б; до  $8,4 \pm 2,2$  та до  $8,2 \pm 2,1$ ). Хворі 2 групи (з ЕД) також констатували значне зменшення загального балу HDRS до рівнів легкої депресії. Група 2а та 2б відзначили зниження балу HDRS з  $17,2 \pm 3,5$  до  $12,1 \pm 1,4$  (2а; в 1,42 рази) та до  $12,3 \pm 1,0$  (2б; в 1,39 рази) через місяць після лікування та з  $17,2 \pm 3,5$  до  $9,9 \pm 1,8$  (2а; в 1,73 рази) та до  $9,4 \pm 1,3$  (2б; в 1,82 рази) – через три місяці.

Серед хворих третьої групи (з МР) відзначилися також зниження загального балу HDRS, але до дещо вищих рівнів, у порівнянні з першою та другою групами, що пов'язано з наявними первинними ознаками МР та їх вплив на розвиток сексуальної дисфункції. Так, у хворих групи 3а загальний бал HDRS зменшився з  $21,1 \pm 2,6$  до  $14,1 \pm 1,1$  (у 1,49 разів через місяць після лікування) та до 10,6

± 0,9 (у 1,99 разів через три місяці); а у групі 3б – з  $21,1 \pm 2,6$  до  $14,7 \pm 1,3$  та до  $10,2 \pm 0,5$  (в 1,43 рази та в 2,06 разів, відповідно через місяць та три після початку лікування).

Загалом, за результатами лікування усі пацієнти відмічали значне зниження проявів психоневрологічної симптоматики та покращання особистісних стосунків з партнеркою/ами – таблиця 7. Так, зниження рівня невротичних проявів констатували 83,6% усіх лікованих (107 хворих); усвідомлення психологічних механізмів сексуальних дисфункцій – 94,5% (121 пацієнт) та покращення відносин з партнеркою – 85,9% (110 осіб).

Після проведеної терапії, ми спостерігали підвищення загального фізичного і психічного тону пацієнтів, що допомогло пацієнтам швидше прийти до усвідомлення психологічних причин сексуального розладу. Зменшення нервозності, проявів астенії під впливом лікування знизило напруженість у міжособистісних відносинах, сприяло більш адекватним способам реагування на сексуальний розлад і пов'язані з ним порушення сімейних та соціальних функцій, поліпшило соціальну адаптацію і гармонізацію в шлюбі. Так, за результатами лікування, зниження рівня невротичних проявів відзначали 78,8% хворих першої групи, 83,9% – другої, та 88,9% – третьої. Психологічно усвідомили причини

Таблиця 7.

**Оцінка ефективності лікування обстежених хворих з сексуальною дисфункцією у групах лікування**

Прояви	Зниження рівня невротичних проявів, абс./%	Усвідомлення психологічних механізмів сексуальних дисфункцій, абс./%	Покращення відношень з партнеркою, абс./%
Групи пацієнтів			
I група ПЕ (n = 52)	41 (78,8%)	49 (94,2%)	43 (82,7%)
II група ЕД (n = 31)	26 (83,9%)	29 (93,5%)	29 (93,5%)
III група МР (n = 45)	40 (88,9%)	43 (95,6%)	38 (84,4%)
У цілому (n = 128):	107 (83,6%)	121 (94,5%)	110 (85,9%)

сексуальних дисфункцій та механізми їх подолання 94,2%; 93,5% та 95,6% хворих (відповідно перша, друга та третя групи); а відмітили покращення відношень з партнеркою 82,7% хворих групи з ПЕ, 93,5% – групи з ЕД та 84,4% – групи МР.

За оцінкою клінічної ефективності, отриманих результатів проведеного нами лікування, відмітили їх, як «відмінні» (відсутність скарг та повне відновлення статевого життя – 91 (71,1%) пацієнт, «хорошими» (констатовано значне поліпшення, але залишаються деякі скарги) визнали їх 30 (23,4%) хворих та «задовільними» (відзначалося поліпшення без відповідного повного відновлення ста-

тевої активності) відзначили їх лише 7 (5,5%) лікованих (однак, у них було констатовано покращання параметрів гормонального статусу з підвищенням загального рівня тестостерону зменшенням пролактину) (табл. 8).

Що стосується погрупових показників, то найкраще відновлення сексуальної функції відзначили пацієнти 3 групи (з МР). Так, відмінною клінічну ефективність, відзначили 80,0% хворих третьої групи (36 осіб) у порівнянні з другою (54,8%; 17 осіб) та першою (73,1%; 38 хворих). А, хорошою ефективністю лікування, констатували 17,8% хворих третьої групи (8 пацієнтів); 32,3% другої (10 осіб) та 23,1% першої (12 хворих).

Таблиця 8.

**Оцінка клінічної ефективності, отриманих результатів проведеного лікування хворих з сексуальною дисфункцією**

Клінічна оцінка	Відмінна, абс./%	Хороша, абс./%	Задовільна, абс./%
Групи пацієнтів			
I група ПЕ (n = 52)	38 (73,1%)	12 (23,1%)	2 (3,8%)
II група ЕД (n = 31)	17 (54,8%)	10 (32,3%)	4 (12,9%)
III група МР (n = 45)	36 (80,0%)	8 (17,8%)	1 (2,2%)
У цілому (n = 128):	91 (71,1%)	30 (23,4%)	7 (5,5%)

**Список використаної літератури**

1. Laumann E. O. et al. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors // JAMA. – 1999. – Vol. 281. – P. 537–544.
2. Карвасарский Б. Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. – 576 с.
3. Ягубов М. И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами // Соц. и клин. психиатрия. – 2006. – № 16 (3). – С. 46–53.
4. Zitzmann M., Nieg E. Testosterone levels in healthy men and the relation to behavioural and physical characteristics: facts and constructs // Eur. J. of Endocrinology. – 2001. – Vol. 144. – P. 183–197.
5. Минухин А. С. Роль андрогенов в обеспечении сексуальной функции у мужчин // Проблемы эндокринологии патологии. – 2010. – № 1. – С. 99–106.
6. Hamilton M. A rating scale for depression [Text] / M. Hamilton // J. Neural. Neurosurg. Psychiatry. – 1960. – № 23. – 56–62.
7. Williams, J.B.W. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale [Text] / J.B.W. Williams // Archives of General Psychiatry. – 1989. – № 45. – P. 742 – 747.
8. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей [Текст] / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков, Торнадо, 2003. – 352 с.
9. Рафальский В. В. Подходы к рациональному выбору ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа у пациентов с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями / В. В. Рафальский, А. Н. Багликов // Проблемы эндокринологии. – 2010, № 6. – С. 63–72.

УДК 616.895:616.891:173.7+173.6

# ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМБАТАНТІВ ТА ЇХ ДРУЖИН З РІЗНИМ СТАНОМ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПОДРУЖНІМИ СТОСУНКАМИ

Маркова М. В., Росінський Г. С.

@ Маркова Маріанна Владиславівна (Україна) – д.мед.н., проф., професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків; вул. Амосова, 58, 61176; e-mail: mariannochka1@ukr.net; ORCID ID [orcid.org/0000-0003-0726-4925](https://orcid.org/0000-0003-0726-4925).

@ Росінський Гліб Сергійович (Україна) – асистент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, вул. Амосова, 58, 61176; e-mail: barsedo@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-4485-5708>.

@ Markova Marianna (Ukraine) – Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; Amosova St., 58, 61176; e-mail: mariannochka1@ukr.net; ORCID ID [orcid.org/0000-0003-0726-4925](https://orcid.org/0000-0003-0726-4925).

@ Rosinskyi Glib (Ukraine) – assistant of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Amosova street 58, 61176; e-mail: barsedo@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-4485-5708>.

@ Маркова Марианна Владиславовна (Украина) – д.мед.н., проф., професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, вул. Амосова, 58, 61176; e-mail: mariannochka1@ukr.net; ORCID ID [orcid.org/0000-0003-0726-4925](https://orcid.org/0000-0003-0726-4925).

@ Росинский Глеб Сергеевич (Украина) – ассистент кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков, ул. Амосова, 58, 61176; e-mail: barsedo@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-4485-5708>.

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМБАТАНТІВ ТА ЇХ ДРУЖИН З РІЗНИМ СТАНОМ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПОДРУЖНІМИ СТОСУНКАМИ

### Анотація.

З метою встановлення особливостей психосоціального функціонування демобілізованих учасників бойових дій і їх дружин, та їх співставлення з задоволеністю подружніми стосунками респондентів, для визначення можливих ресурсних джерел збереження гармонійної сімейної взаємодії та мішенів подальшої психокорекційної роботи, обстежено 100 сімей комбатантів. Виявлено, що не дивлячись на те, що усі обстежені чоловіки мали попередній психотравматичний досвід, а більшість з них – розлади психічної сфери посттравматичного змісту, обумовлені постстресовим реагуванням, подружжя, задоволені сімейними стосунками (28%), виявили успішність психосоціального функціонування за усіма дослідженими критеріями (труднощі соціального функціонування, соціально-психологічна адаптація, якість життя), порівняно з тими сімейними парами, які були незадоволені подружніми взаєминами (72%). Отримані дані будуть покладені нами в основу розробки комплексу заходів психокорекції і психологічної підтримки здоров'я сім'ї комбатантів.

### Ключові слова:

здоров'я сім'ї, комбатанти, дружини комбатантів, психосоціальне функціонування, соціально-психологічна адаптація.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КОМБАТАНТОВ И ИХ ЖЕН С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СУПРУЖЕСКИМИ ОТНОШЕНИЯМИ

### Аннотация.

С целью установления особенностей психосоциального функционирования демобилизованных участников боевых действий и их жен, и их сопоставления с удовлетворенностью супружескими отношениями респондентов, для определения возможных ресурсных источников сохранения гармоничного семейного взаимодействия и мишеней дальнейшей психокоррекционной работы, обследовано 100 семей комбатантов. Виявлено, что несмотря на то, что все обследованные мужчины имели предыдущий психотравмирующий опыт, а большинство из них – нарушение психической сферы посттравматического содержания, обусловленные постстрессовым реагированием, супруги, довольные семейными отношениями (28%), проявляли успешность психосоциального функционирования по всем исследованным критериям (трудности социального функционирования, социально-психологическая адаптация, качество жизни) по сравнению с теми семейными парами, которые были недовольны



супружескими отношениями (72%). Полученные данные будут положены нами в основу разработки комплекса мер психокоррекции и психологической поддержки здоровья семьи комбатантов.

**Ключевые слова:** здоровье семьи, комбатанты, жены комбатантов, психосоциальное функционирование, социально-психологическая адаптация.

**FEATURES OF PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING OF COMBATANTS AND THEIR WIVES FROM DIFFERENT CLASSES MARITAL RELATIONSHIP SATISFACTION**

**Summary:** One hundred combatants' families were surveyed in order to identify the features of psychosocial functioning of the demobilized combatants and their wives and to compare them with the satisfaction of the respondents' marital relations, to determine the possible sources of maintaining the balances family interaction and objectives for further psycho-corrective work. It was found that despite that all the examined men had previous psychotraumatic experience, and most of them had psychic disorders of post-traumatic content, caused by the post-stress response, the married couples who were satisfied with their family relationships (28%) showed the success of psychosocial functioning by all the investigated criteria (problems with social functioning, social and psychological adaptation, quality of life) as compared to those married couples who were dissatisfied with marital relationships (72%). The obtained data will become the basis for the development of a complex of means of psycho-correction and psychological support for the combatants' families.

**Key words:** family health, combatants, combatants' wives, psychosocial functioning, social and psychological adaptation.

Однією з проблем, з якими стикаються країни, які проводять військові операції, є психологічні наслідки участі в бойових діях, що розвиваються як відповідь на потужне джерело травматичного досвіду не тільки у комбатантів, а і у членів їх родин, насамперед, дружин. Зарубіжні публікації останніх років описують феномен вторинної травматизації дружин бійців, що повернулися після участі в бойових діях [1 – 7].

З проблемами адаптації демобілізованого військовослужбовця сім'я зіштовхується відразу після повернення бійця додому, і в багатьох випадках родина неспроможна подолати наявні труднощі, що перетворює її на додатковий психотравмуючий чинник, який обтяжує і без того складний психологічний стан комбатанта та його рідних [8].

Американським дослідженням ще у 1992 році було доведено, що в родинях ветеранів В'єтнамської війни спостерігався підвищений рівень серйозних та дифузних проблем функціонування, зокрема, вдвічі вищий, порівняно зі звичайними сім'ями, індекс подружніх проблем, на 30% збільшений рівень насильства та в шість разів менш виражене відчуття щастя [9]. Ізраїльські вчені (2013) констатують, що дружини бійців з ознаками посттравматичної психологічної дезадаптації гірше, порівняно з жінками зі звичайних родин комбатантів, оцінюють подружню сумісність, а сімейні відносини сприймають як менш згуртовані та позбавлені консенсусів [10].

З огляду на зазначене, актуальність і необхідність вивчення специфіки механізмів формування порушення здоров'я сім'ї де-

мобілізованих військовослужбовців, пошуку персоніфікованих мішеней психокорекційного впливу та розробки на цій основі заходів його психологічної корекції та психопрофілактики, не викликає сумніву.

Метою даної роботи було визначення особливостей психосоціального функціонування демобілізованих учасників бойових дій і їх дружин, та їх співставлення з задовільністю подружніми стосунками респондентів, для визначення можливих ресурсних джерел збереження гармонійної сімейної взаємодії та мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Для досягнення поставленої мети, на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КЗОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015–2017 рр. було комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, та їх дружин – всього 200 осіб.

Дослідження проводилось за допомогою клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів і включало поглиблене клінічне стандартизоване інтерв'ю з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10 з аналізом психічного стану, анамнестичних даних, на основі чого встановлювали не тільки психопатологічні особливості психічного стану респондентів, а й специфіку притаманних їм контекстуальних чинників та проблем родинного функціонування.

Якість подружніх стосунків визначали з використанням опитувальника подружньої задовільності А. Лазаруса [11]. Психосоціальне функціонування оцінювали за критеріями

ми труднощів соціального функціонування, стану соціально-психологічної адаптації та задовільності якістю життя респондентів. Для цього було використано наступний психодіагностичний інструментарій: опитувальник «Ступінь задоволеності власним функціонуванням у різних сферах» I. Karler, в адаптації Б. Д. Карвасарського [12], методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймон (за Д. І. Райгородським, 2001) [13] та шкалу оцінки якості життя Н. Mezzich зі співавт. (1999) [14].

Статистична обробка проводилася за допомогою MS Excel v.8.0.3., при цьому використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики.

Результати дослідження.

Зміни психічного стану на рівні клінічно окреслених розладів виявлено у 78% комбатантів і у 24% їх дружин. Перше місце за розповсюдженістю займали адаптаційні розлади F 43.2, що були діагностовані у 31% комбатантів та 17% їх дружин (з них F 43.22 змішана тривожно-депресивна реакція – у 14% чоловіків й 13% жінок; F 43.21 пролонгована депресивна реакція – у 11% чоловіків; F 43.23 з переважанням порушення інших емоцій – у 6% чоловіків і 4% жінок). Посттравматичний стресовий розлад діагностовано у 20% комбатантів. Серед інших нозологій зустрічались: F 45.3 соматоформна вегетативна дисфункція – у 9% чоловіків і 7% жінок; F 06.6 органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад – у 8% комбатантів; F 34.1 дистимія зустрічалась у 5% респондентів, F 07.2 посткомоційний синдром – у 3%, а F 62.0 стійкі зміни особистості після катастрофічного переживання – у 2% комбатантів [8].

Серед проявів залежної поведінки клінічно значущого рівня вираженості переважали психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання тютюну, синдром залежності (постійне вживання) F 17.25 – у 64% чоловіків та 33% жінок. Клінічні проблеми, пов'язані із вживанням алкоголю, були виявлені у 23% комбатантів: у 10% – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, епізодичне вживання (дипсоманія) F 10.26; у 8% – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, на теперішній час утримання (часткова ремісія) F 10.201; у 5% – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, постійне вживання F 10.25. Для 11% чоловіків притаманними були проблеми, що виникли внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн F 15.25, для 5% – внаслідок вживання каннабіноїдів F 12.26 [8].

Скринінгова оцінка стану подружніх стосунків, здійснювана з використанням опитувальника подружньої задоволеності А.

Лазаруса, виявила у переважній більшості обстежених подружніх пар (72%) наявність подружньої незадоволеності: значної (загальний показник подружньої задоволеності у обох з подружжя менше 80 балів) – 29% від загальної вибірки, 40,3% від родин з подружньою незадоволеністю; або часткової (загальний показник менше 80 балів виявлено у одного з подружжя, частіше – у дружини) – 43% від загальної вибірки, 59,7% від кількості осіб, незадоволених подружніми стосунками. 28% подружніх пар продемонстрували успішність родинної взаємодії, про що свідчили конгруентні високі (вище 80 балів) показники подружньої задоволеності.

Отже, за критерієм успішності подружніх стосунків, обстежені родини були розділені на дві групи. Основну групу (ОГ) склали 72 подружні пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння (ГП) – 28 успішних сімейних пар. Таким чином, в дослідженні проводили порівняльний аналіз результатів як загальних груп ОГ і ГП, так і в залежності від їх гендерної належності: 72 чоловіків ОГ – ОГ(ч), їх 72 дружин – ОГ(д), 28 чоловіків ГП – ГП(ч), та їх 28 дружин – ГП(д).

Встановлення джерел життєвих труднощів респондентів та задоволеності власним функціонуванням визначали, згідно опитувальника «Ступінь задоволеності власним функціонуванням у різних сферах» розробленого I. Karler, в адаптації Б. Д. Карвасарського, за оцінкою наступних сфер життєдіяльності обстежених: подружнє життя; стосунки з родичами; професійна сфера; соціальна сфера. Наявність труднощів функціонування у будь-якій сфері визначалась за амплітудою отриманих показників: 11 – 22 бали – відсутність труднощів, 23 – 43 бали – відносні труднощі функціонування, 44 – 55 балів – виражені труднощі функціонування.

Наявність значних труднощів у сфері подружнього життя відзначали більшість чоловіків (88,9%) та усі жінки (100,0%) ОГ (табл. 1). Для більшості чоловіків також виявились характерними проблеми соціального функціонування – 95,8% ОГ(ч) (34,7% ОГ(д)), та в професійній сфері – 88,9% ОГ(ч) (44,4% ОГ(д)); менша кількість чоловіків відмічала виражені труднощі у взаєминах з родичами – 34,7% респондентів ОГ(ч), в той час як серед жінок незадоволеними стосунками з родичами виявилось 50,0%.

Подружжя ГП відрізнялись відсутністю виражених труднощів у подружньому житті ( $p < 0,05$ ). Однак, 32,1% чоловіків скаржились на труднощі у професійній сфері, 25,0% – в соціальних взаєминах; труднощі у взаєминах з родичами відзначали 14,3% ГП(ч) і 25,0% ГП(д).

Таблиця 1

**Кількісна представленість виражених труднощів функціонування за сферами у подружжів ОГ і ГП**

Сфера функціонування	Групи							
	ОГ (ч), n = 72		ОГ (д), n = 72		ГП(ч), n = 28		ГП(д), n = 28	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Подружнє життя	64	88,9*	72	100*	-			
Взаємини з родичами	25	34,7*	36	50,0*	4	14,3	7	25,0
Професійна сфера	64	88,9*	32	44,4*	9	32,1	-	
Соціальна сфера	69	95,8*	25	34,7*	7	25,0	-	

Примітка. \* - різниця між відповідними показниками ОГ і ГП достовірна,  $p < 0,05$

Оцінка вираженості труднощів функціонування за різними сферами наведена в табл. 2, показники якої демонструють, що серед чоловіків ОГ вираженість труднощів функціонування була надзвичайно високою, і за трьома з чотирьох сфер виявлялась на рівні, близькому до 70% від максимальної кількості балів, що в 1,2 рази перевищувало допустимий відносно нормативний показник (60%). ГП(ч) відмічали відсутність проблем у сімейних стосунках ( $p < 0,05$ ), однак, вони мали проблеми у професійній (51,6% від максимальної кількості балів) і соціальній (53,6% від максимальної кількості балів) сферах (різниця між ОГ(ч) і ГП(ч) достовірна  $p < 0,01$ ). Ми можемо зробити припущення, що їх вираженість не ставала загрозою для загальної успішності функціонування, вочевидь, за рахунок амортизаційного ефекту гармонійних подружніх

стосунків та відсутності проблем з родичами у ГП(ч).

Жінки ОГ ще більш фатально, ніж їх чоловіки, оцінювали ступінь проблемності подружніх стосунків (72% від максимальної кількості балів), в той час як ГП(д) не визначили сферу подружнього життя як проблемну ( $p < 0,05$ ). За іншими сферами функціонування (тяжкість проблем у взаєминах з родичами, в соціальній і професійній сферах) між ОГ(д) і ГП(д) достовірної різниці не виявлено.

Слід зазначити, що до найбільш поширених внутрішньосімейних негараздів респонденти ОГ(ч) та ОГ(д) відносили такі, як недостатнє взаєморозуміння, різне ставлення до грошей та розуміння розподілу домашніх обов'язків, значне порушення сексуальних відносин.

Таблиця 2

**Якісна оцінка труднощів функціонування за сферами у подружжів ОГ і ГП**

Сфера функціонування	Групи чоловіків			
	ОГ (ч), n = 72		ГП (ч), n = 28	
	середній бал	% до max кількості балів	середній бал	% до max кількості балів
Подружнє життя	38,9*	70,7	24,3	44,2

Взаємини з родичами	31,8*	57,8	23,6	42,9
Професійна сфера	38,3**	69,6	28,4	51,6
Соціальна сфера	37,8**	68,7	29,5	53,6
Сфера функціонування	Групи жінок			
	ОГ (д), n = 72		ГП (д), n = 28	
	середній бал	% до max кількості балів	середній бал	% до max кількості балів
Подружнє життя	39,6*	72,0	22,5	40,9
Взаємини з родичами	32,4	58,9	27,2	49,4
Професійна сфера	25,3	46,0	21,6	36,0
Соціальна сфера	26,3	47,8	24,4	44,5

Примітка. \* - різниця між відповідними показниками ОГ і ГП достовірна,  $p < 0,05$

\*\* - різниця між відповідними показниками ОГ і ГП достовірна,  $p < 0,01$

Таким чином, вивчення особливостей функціонування у подружжів ОГ і ГП в таких сферах, як подружнє, професійне і соціальне життя, довело їх достовірно значніше ураження в родині, незадоволених подружніми стосунками.

При дослідженні симптомів соціальної дезадаптації і рівня адаптованості респондентів до нових соціальних умов з використанням опитувальника соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд, результати інтерпретувались за кількома напрямками: адаптивність, прийняття себе, прийняття інших, емоційний комфорт, співвідношення внутрішнього контролю до зовнішнього, прагнення до домінування і ескапізм (відхід від проблем).

У ОГ(ч) зафіксовано зниження показників психосоціальної адаптації (табл. 3), а саме, виявлено нижчі рівні адаптивності ( $96,0 \pm 17,8$  балів у ОГ(ч) проти  $123,9 \pm 25,4$  балів у ГП(ч)), самоприйняття ( $30,3 \pm 7,0$  балів проти  $40,6 \pm 5,8$  балів), відчуття емоційного комфорту ( $16,1 \pm 2,1$  балів проти  $25,1 \pm 4,2$  балів), прийняття інших ( $18,0 \pm 3,3$  балів проти  $20,9 \pm 3,9$  балів),

домінування ( $3,4 \pm 2,2$  балів проти  $8,5 \pm 3,9$  балів), внутрішнього контролю ( $40,1 \pm 8,1$  балів проти  $47,4 \pm 5,6$  балів) та вищі – дезадаптивності ( $157,5 \pm 24,9$  балів проти  $94,1 \pm 15,2$  балів), неприйняття себе ( $35,5 \pm 6,7$  балів проти  $17,0 \pm 4,1$  балів) та інших людей ( $32,8 \pm 5,3$  балів проти  $21,6 \pm 4,6$  балів), емоційного дискомфорту ( $46,7 \pm 4,9$  балів проти  $24,4 \pm 3,7$  балів), екстернальності ( $36,2 \pm 7,4$  балів проти  $21,8 \pm 4,8$  балів), підлеглості ( $18,8 \pm 3,7$  балів проти  $17,3 \pm 3,0$  балів) та ескапізму ( $16,7 \pm 2,4$  балів проти  $13,2 \pm 2,0$  балів) у порівнянні з чоловіками, задоволеними подружніми стосунками,  $p < 0,05$ .

Слід зазначити, що в групі респондентів ОГ(ч) показники дезадаптивності ( $157,5 \pm 24,9$  бали), неприйняття себе ( $35,5 \pm 6,7$  бали) та інших ( $32,8 \pm 5,3$  бали), емоційного дискомфорту ( $46,7 \pm 4,9$  бали) та домінування ( $3,4 \pm 2,2$  бали) вийшли за межі встановленого нормативу, а показник зовнішнього контролю ( $36,2 \pm 7,4$  бали) впритул наблизився до максимальної межі. В групі ГП(ч) всі показники знаходились в межах середнього нормативу.



Таблиця 3

**Показники психосоціальної адаптації у ОГ (ч) та ГП (ч)  $\pm\sigma$  (бали)**

№	Шкали	ОГ (ч), n=72	ГП (ч), n=28
1	Адаптивність	96,0 $\pm$ 17,8*	123,9 $\pm$ 25,4
	Деадаптивність	157,5 $\pm$ 24,9*	94,1 $\pm$ 15,2
2	Прийняття себе	30,3 $\pm$ 7,0*	40,6 $\pm$ 5,8
	Неприйняття себе	35,5 $\pm$ 6,7*	17,0 $\pm$ 4,1
3	Прийняття інших	18,0 $\pm$ 3,3	20,9 $\pm$ 3,9
	Неприйняття інших	32,8 $\pm$ 5,3*	21,6 $\pm$ 4,6
4	Емоційний комфорт	16,1 $\pm$ 2,1*	25,1 $\pm$ 4,2
	Емоційний дискомфорт	46,7 $\pm$ 4,9*	24,4 $\pm$ 3,7
5	Внутрішній контроль	40,1 $\pm$ 8,1	47,4 $\pm$ 5,6
	Зовнішній контроль	36,2 $\pm$ 7,4*	21,8 $\pm$ 4,8
6	Домінування	3,4 $\pm$ 2,2	8,5 $\pm$ 3,9
	Підлеглість	18,8 $\pm$ 3,7	17,3 $\pm$ 3,0
7	Ескапізм	16,7 $\pm$ 2,4	13,2 $\pm$ 2,0

Примітка. \* - достовірність різниці на рівні  $p < 0,05$  за t-критерієм.

Результати оцінки психосоціальної адаптації ОГ(д), в порівнянні з ГП(д), в цілому відповідали тенденціям, виявленим у чоловіків (табл. 4). У респондентів групи ОГ(д) в порівнянні з групою ГП(д) були зниженими рівні адаптивності (122,6 $\pm$ 23,7 проти 154,5 $\pm$ 26,1 балів), прийняття себе (40,4 $\pm$ 7,7 проти 50,8 $\pm$ 9,0 балів), психоемоційного комфорту (23,2 $\pm$ 4,4 проти 33,2 $\pm$ 5,3 балів), прийняття інших (20,9 $\pm$ 4,1 балів проти 26,9 $\pm$ 5,8 балів), домінування (6,8 $\pm$ 2,1 балів проти 10,4 $\pm$ 2,9 балів), внутрішнього контролю (47,7 $\pm$ 7,9 балів проти 52,7 $\pm$ 8,2 балів) та вищі – дезадаптивності (99,5 $\pm$ 12,7 балів проти 46,3 $\pm$ 9,5 балів), неприйняття себе (18,1 $\pm$ 3,4 балів проти 5,5 $\pm$ 3,9 балів) та інших людей (22,7 $\pm$ 7,8 балів проти 15,3 $\pm$ 3,5 балів), емоційного дискомфорту (25,9 $\pm$ 5,4 балів проти 7,3 $\pm$ 2,0 балів), екстернальності (24,7 $\pm$ 7,5 балів проти 10,9 $\pm$ 1,9 балів), підлеглості (18,9 $\pm$ 3,5 балів проти 14,4 $\pm$ 2,8 балів) та ескапізму (11,9 $\pm$ 2,1 балів проти 9,9 $\pm$ 1,8 балів).

Слід зазначити, що в групі респондентів ОГ(д) всі показники знаходились в межах середнього нормативу, у респондентів групи ГП(д) показники адаптивності (154,5 $\pm$ 26,1 балів), дезадаптивності (46,3 $\pm$ 9,5 бали), прийняття себе та інших (50,8 $\pm$ 9,0 бали та 26,9 $\pm$ 5,8 бали відповідно), неприйняття себе (5,5 $\pm$ 3,9

бали), емоційного комфорту (33,2 $\pm$ 5,3 бали) та дискомфорту (7,3 $\pm$ 2,0 бали) та зовнішнього контролю (10,9 $\pm$ 1,9 бали) вийшли за межі встановленого середнього нормативу, що свідчило про високий рівень соціально-психологічної адаптації зазначеного контингенту (група ГП(д)).

Аналіз інтегральних показників соціально-психологічної адаптації (табл. 5) у респондентів групи ОГ(ч) в порівнянні з респондентами ГП(ч) в цілому відповідав зазначеній тенденції до її нижчих показників у ОГ(ч): адаптація (38,4 $\pm$ 5,9 у ОГ(ч) проти 57,8 $\pm$ 7,6 у ГП(ч)), самоприйняття (45,8 $\pm$ 6,1 проти 71,3 $\pm$ 6,8), прийняття інших (39,6 $\pm$ 4,3 проти 52,9 $\pm$ 5,2), емоційний комфорт (25,5 $\pm$ 5,5 проти 53,3 $\pm$ 7,9), інтернальність (43,8 $\pm$ 8,1 проти 61,9 $\pm$ 10,8), домінування (25,7 $\pm$ 6,2 проти 48,4 $\pm$ 7,8),  $p < 0,05$ .

Нижче встановленого нормативу (40-60 балів) були інтегральні показники в групі ОГ(ч) за шкалами адаптації (38,4 $\pm$ 5,9 балів), емоційного комфорту (25,5 $\pm$ 5,5 бали), домінування (25,7 $\pm$ 6,2 бали). В групі ГП(ч) респонденти без ознак вираженої сімейної дезадаптації виявили вищі за середні інтегральні показники за шкалами самоприйняття (71,3 $\pm$ 6,8 бали) та інтернальності (61,9 $\pm$ 10,8 бали).

Таблиця 4

Показники психосоціальної адаптації у ОГ(д) та ГП(д)  $\bar{x} \pm \sigma$  (бали)

№	Шкали	ОГ(д), n=72	ГП(д), n=28
1	Адаптивність	122,6±23,7*	154,5±26,1
	Деадаптивність	99,5±12,7*	46,3±9,5
2	Прийняття себе	40,4±7,7	50,8±9,0
	Неприйняття себе	18,1±3,4*	5,5±3,9
3	Прийняття інших	20,9±4,1	26,9±5,8
	Неприйняття інших	22,7±7,8*	15,3±3,5
4	Емоційний комфорт	23,2±4,4*	33,2±5,3
	Емоційний дискомфорт	25,9±5,4*	7,3±2,0
5	Внутрішній контроль	47,7±7,9	52,7±8,2
	Зовнішній контроль	24,7±7,5*	10,9±1,9
6	Домінування	6,8±2,1	10,4±2,9
	Підлеглість	18,9±3,5*	14,4±2,8
7	Ескапізм	11,9±2,1	9,9±1,8

Примітка. \* - достовірність різниці на рівні  $p < 0,05$  за  $t$ -критерієм.

Таблиця 5

Інтегральні показники психосоціальної адаптації у ОГ(ч) та ГП(ч),  $\bar{x} \pm \sigma$  (бали)

№	Шкали	ОГ(ч), n=72	ГП(ч), n=28
1	Адаптація	38,4±5,9*	57,8±7,6
2	Самоприйняття	45,8±6,1*	71,3±6,8
3	Прийняття інших	39,6±4,3*	52,9±5,2
4	Емоційний комфорт	25,5±5,5*	53,3±7,9
5	Інтернальність	43,8±8,1*	61,9±10,8
6	Домінування	25,7±6,2*	48,4±7,8

Примітка. \* - достовірність різниці на рівні  $p < 0,05$  за  $t$ -критерієм.

У табл. 6 наведені інтегральні дані щодо психосоціальної адаптації ОГ(д) в порівнянні з ГП(д). Відповідно до отриманих результатів обстеження респонденток встановлені наступні інтегральні показники соціально-психологічної адаптації: адаптація (56,4±5,7 у ОГ(д) проти 77,3±6,9 у ГП(д)), самоприйняття (69,4±8,5 проти 90,0±9,8), прийняття інших (52,4±5,5 проти 68,1±6,2), емоційний комфорт (50,4±6,3 проти 83,2±8,6), інтерналь-

ність (59,5±7,7 проти 78,1±9,5), домінування (39,9±4,4 проти 58,6±5,1),  $p < 0,05$ .

Вищі за середні інтегральні показники за шкалами адаптації (77,3±6,9 бали), самоприйняття (90,0±9,8 бали), прийняття інших (68,1±6,2 бали), емоційного комфорту (83,2±8,6 бали), інтернальності (78,1±9,5 бали) встановлені у респонденток ГП(д), а за шкалою самоприйняття (69,4±8,5) у жінок ОГ(д).

Таблиця 6

**Інтегральні показники психосоціальної адаптації у ОГ(д) та ГП(д)  $\bar{x} \pm \sigma$  (бали)**

№	Шкали	ОГ(д), n=78	ГП(д), n=22
1	Адаптація	56,4±5,7*	77,3±6,9
2	Самоприйняття	69,4±8,5*	90,0±9,8
3	Прийняття інших	52,4±5,5*	68,1±6,2
4	Емоційний комфорт	50,4±6,3*	83,2±8,6
5	Інтернальність	59,5±7,7*	78,1±9,5
6	Домінування	39,9±4,4*	58,6±5,1

Примітка. \* - достовірність різниці на рівні  $p < 0,05$  за t-критерієм.

Таким чином, соціально-психологічна адаптація, що представляє собою гнучкий багатовимірний феномен, була порушена у сім'ях комбатантів, незадоволених подружніми стосунками, внаслідок зниження позитивних чинників – загальної адаптованості, прийняття себе та інших, психоемоційного комфорту, інтернальності, збалансованого домінування, та зростання негативних – дезадаптивності, фрагментації та відчуження власного Я, неприйняття інакшого іншого, психічного дискомфорту, підлеглості, залежності від ситуації та ставлення оточення, уникнення вирішення проблем.

Результати вивчення показників якості життя обстежених за методикою Н. Е. Mezzich наведено у табл. 7. Відповідно до отриманих результатів обстеження респондентів, отримані такі усереднені показники якості життя: за шкалою «фізичне благополуччя» – в групі чоловіків (6,9±2,3 у ОГ(ч) проти 8,6±2,9 у ГП(ч)), в групі жінок – (7,9±1,8 у ОГ(д) проти 8,7±2,1 у ГП(д)); психологічне/емоційне благополуччя – в групі чоловіків (4,9±1,8 у ОГ(ч) проти 8,5±3,4 у ГП(ч)), в групі жінок – (5,7±2,6 у ОГ(д) проти 9,0±1,1 у ГП(д)); самообслуговування та незалежність у діях – в групі чоловіків (5,4±1,4 у ОГ(ч) проти 8,6±2,3 у ГП(ч)), в групі жінок – (6,2±1,8 у ОГ(д) проти 8,1±2,5 у ГП(д)); працездатність – в групі чоловіків (6,4±2,6 у ОГ(ч) проти 8,6±2,9 у ГП(ч)), в групі жінок – (7,2±1,6 у ОГ(д) проти 8,5±2,2 у ГП(д)); міжособистісна взаємодія – в групі чоловіків (5,1±1,9 у ОГ(ч) проти 8,5±2,3 у ГП(ч)), в групі жінок – (5,9±2,0 у ОГ(д) проти 9,0±1,0 у ГП(д)); соціоемоційна підтримка – в групі чоловіків (5,6±1,1 у ОГ(ч) проти 8,1±1,8 у ГП(ч)), в групі жінок – (7,2±2,1 у ОГ(д) проти 8,4±2,4 у ГП(д)); суспільна та службова підтримка – в групі чоловіків (6,0±1,7 у ОГ(ч)

проти 8,2±2,2 у ГП(ч)), в групі жінок – (7,2±2,6 у ОГ(д) проти 7,9±2,4 у ГП(д)); самореалізація – в групі чоловіків (4,9±1,5 у ОГ(ч) проти 8,4±2,4 у ГП(ч)), в групі жінок – (5,6±2,6 у ОГ(д) проти 8,2±2,1 у ГП(д)); духовна реалізація підтримка – в групі чоловіків (5,5±1,7 у ОГ(ч) проти 8,3±1,9 у ГП(ч)), в групі жінок – (6,9±2,1 у ОГ(д) проти 8,1±1,7 у ГП(д)); загальне сприйняття якості життя підтримка – в групі чоловіків (4,9±1,4 у ОГ(ч) проти 8,3±1,8 у ГП(ч)), в групі жінок – (5,7±2,2 у ОГ(д) проти 8,6±1,8 у ГП(д)),  $p < 0,05$ .

Сумарний показник якості життя становив: в групі чоловіків (5,6±1,7 у ОГ(ч) проти 8,4±1,6 у ГП(ч)), в групі жінок – (6,6±1,3 у ОГ(д) проти 8,5±1,4 у ГП(д)),  $p < 0,05$ .

З наведених у табл. 7 показників видно, що у загальній структурі показника якості життя респондентів ОГ(ч) найбільш проблемними визначені такі її сфери: психологічне/емоційне благополуччя, загальне сприйняття якості життя, самореалізація займають по 8,8% відповідно; міжособистісна взаємодія – 9,2%; самообслуговування та незалежність у діях – 9,7%; духовна реалізація – 9,9%; соціоемоційна підтримка – 10,1%; суспільна та службова підтримка – 10,8%; працездатність та фізичне благополуччя – 11,5% та 12,4% відповідно.

В структурі якості життя жінок ОГ(д) найбільш проблемними визначені такі її сфери: самореалізація – 8,5%; психологічне/емоційне благополуччя, загальне сприйняття якості життя, займають по 8,7% відповідно; міжособистісна взаємодія – 9,0%; самообслуговування та незалежність у діях – 9,5%; духовна реалізація – 10,5%; соціоемоційна підтримка, працездатність, суспільна та службова підтримка – по 11,0% відповідно; фізичне благополуччя – 12,1%.

Таблиця 7

## Розподіл показників якості життя респондентів ОГ і ГП

Параметри якості життя	Чоловіки				Жінки			
	ОГ (ч), n=72		ГП (ч), n=28		ОГ (д), n=72		ГП (д), n=28	
	Сер. бал	%	Сер. бал	%	Сер. бал	%	Сер. бал	%
Фізичне благополуччя	6,9	12,4	8,6	10,2	7,9	12,1	8,7	10,3
Психологічне/емоційне благополуччя	4,9	8,8	8,5	10,1	5,7	8,7	9,0	10,7
Самообслуговування та незалежність у діях	5,4	9,7	8,6	10,2	6,2	9,5	8,1	9,6
Працевдатність	6,4	11,5	8,6	10,2	7,2	11,0	8,5	10,0
Міжособистісна взаємодія	5,1	9,2	8,5	10,1	5,9	9,0	9,0	10,7
Соціоемоційна підтримка	5,6	10,1	8,1	9,6	7,2	11,0	8,4	9,9
Суспільна та службова підтримка	6,0	10,8	8,2	9,8	7,2	11,0	7,9	9,3
Самореалізація	4,9	8,8	8,4	10,0	5,6	8,5	8,2	9,7
Духовна реалізація	5,5	9,9	8,3	9,9	6,9	10,5	8,1	9,6
Загальне сприйняття якості життя	4,9	8,8	8,3	9,9	5,7	8,7	8,6	10,2
Всього	55,6	100,0	84,1	100,0	65,5	100,0	84,5	100,0
Середній бал	5,6		8,4		6,6		8,5	

З наведених у табл. 7 показників видно, що у загальній структурі показника якості життя респондентів ОГ(ч) найбільш проблемними визначені такі її сфери: психологічне/емоційне благополуччя, загальне сприйняття якості життя, самореалізація займають по 8,8% відповідно; міжособистісна взаємодія – 9,2%; самообслуговування та незалежність у діях – 9,7%; духовна реалізація – 9,9%; соціоемоційна підтримка – 10,1%; суспільна та службова підтримка – 10,8%; працевдатність та фізичне благополуччя – 11,5% та 12,4% відповідно.

В структурі якості життя жінок ОГ(д) найбільш проблемними визначені такі її сфери: самореалізація – 8,5%; психологічне/емоційне благополуччя, загальне сприйняття якості життя, займають по 8,7% відповідно; міжособистісна взаємодія – 9,0%; самообслуговування та незалежність у діях – 9,5%; духовна реалізація – 10,5%; соціоемоційна підтримка, працевдатність, суспільна та службова підтримка – по 11,0% відповідно; фізичне благополуччя – 12,1%.

У респондентів групи ГП(ч) інтегральний показник якості життя був найбільшим за шкалами: фізичне благополуччя, самообслуговування та незалежність у діях, працевдатність – по 10,2%; міжособистісна взаємодія та психологічне/емоційне благополуччя займають по 10,1%; самореалізація – 10,0%; духовна реалізація та

загальне сприйняття якості життя – по 9,9% відповідно; суспільна та службова підтримка – 9,8%; соціоемоційна підтримка – 9,6%.

Структура інтегрального показника респондентів ГП(д) мала наступний розподіл за шкалами: психологічне/емоційне благополуччя та міжособистісна взаємодія займають по 10,7%; фізичне благополуччя – 10,3%; загальне сприйняття якості життя – 10,2%; працевдатність – 10,0%; соціоемоційна підтримка – 9,9%; самореалізація – 9,7%; духовна реалізація, самообслуговування та незалежність у діях – по 9,6%; суспільна та службова підтримка – 9,3%. Отримані дані свідчили про існування позитивного кореляційного зв'язку між усіма шкалами. Проте, найбільш міцний зв'язок встановлено між психологічним/емоційним благополуччям та міжособистісною взаємодією, самообслуговуванням і незалежністю у діях та соціоемоційною підтримкою.

Тобто, в цілому, за отриманими результатами вивчення показників якості життя респондентів ОГ, на першій план у них вийшли проблеми психологічного та емоційного відчуження, при цьому загальні комунікативні проблеми спричиняли ситуаційно-обумовлені проблеми із дезадаптивною фрустраційною реакцією на них, що, у свою чергу, знижувало здатність адекватного їх вирішення у суспільстві та родині.



**Висновок.**

У більшості комбатантів та питомої ваги їх дружин мають місце труднощі функціонування в різних сферах. Проте, якщо труднощі в професійній та соціальній сферах випробовують більшість чоловіків, то з проблемами подружнього життя та взаємин з родичами стикаються 72% подружніх пар, в той час як 28% родин оцінюють сферу подружнього життя як успішну і ресурсну.

Для чоловіків, незадоволених подружніми стосунками, характерні ознаки соціально-психологічної дезадаптації, що проявляються накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими. Їх дружин характеризує менша вираженість дезадаптивних проявів.

Якість життя подружжів, незадоволених сімейними стосунками, істотно нижче, ніж у успішних родин, як за інтегральним показником, так і за окремою шкалою, особливо – за психоемоційним благополуччям, міжособистісною взаємодією та соціоемоційною підтримкою.

Таким чином, не дивлячись на те, що усі обстежені чоловіки мали попередній психотравматичний досвід, а більшість з них – розлади психічної сфери посттравматичного змісту, обумовлені постстресовим реагуванням, подружжя, задоволені сімейними стосунками, виявили успішність психосоціального функціонування за усіма дослідженими критеріями (труднощі соціального функціонування, соціально-психологічна адаптація, якість життя), порівняно з тими сімейними парами, які були незадоволені подружніми взаєминами. На наш погляд, успішність сімейних стосунків та психосоціального функціонування мають взаємопідтримуючий та взаємоіндикуючий вплив: гармонійність сімейного функціонування надає амортизуючий ефект щодо нівеляції проявів постстресової соціальної дезадаптації комбатантів та їх дружин, а успішність, в цілому, їх психосоціального функціонування стає міжособистісним ресурсом щодо збереження здоров'я сім'ї.

Отримані дані будуть покладені нами в основу розробки комплексу заходів психокорекції і психологічної підтримки здоров'я сім'ї комбатантів.

**Література.**

1. Solomon Z., Waysman M., Levy G., Fried B., Mikulincer M., Benbenishty R., Florian V., Bleich A. From front line to home front: a study of secondary traumatization // *Fam Process*. 1992 Sep; v. 31(3). P. 289-302.
2. Francisković T, Stevanović A, Jelusić I, Roganović B, Klarić M, Grković J. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder // *Croat Med J*. 2007 Apr;48 (2). P. 177-184.
3. Klarić M, Frančičković T, Obrdalj EC, Petrić D, Britvić D, Zovko N. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder // *Psychiatr Danub*. 2012 Sep;24(3). P. 280 – 286.
4. Klaric M., Kvesic A., Mandic V., Petrov B., Franciskovic T. Secondary traumatisatation and systemic traumatic stress // *Psychiatr Danub*. 2013;25 Suppl 1:29–36. [PubMed: 23806964]
5. Zerach G., Greene T., Solomon Z. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment // *Journal of Health Psychology*. 2013. V. 20(2) doi: org/10.1177/1359105313502563
6. Dekel R., Levinstein Y., Siegel A., Fridkin S., Svetlitzky V. Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity // *J Fam Psychol*. 2016;30(1):63–71. doi: 10.1037/fam0000163. [PubMed: 26618520].
7. Yager T.J., Gerszberg N., Dohrenwend B.P. Secondary Traumatization in Vietnam Veterans' Families // *J Trauma Stress*. 2016; 29 (4):349–55. doi:10.1002/jts.22115. [PubMed: 27529559].
8. Маркова М.В., Росінський Г.С. Порухення здоров'я сім'ї демобілізованих військово-службовців-учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми // *Український вісник психоневрології*. 2018. Том 26, випуск 1 (94). С. 78 – 82.
9. Jordan B.K., Marmar C.R., Fairbank J.A., Schlenger W.E., Kulka R.A., Hough R.L., Weiss D.S. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder // *J Consult Clin Psychol*. 1992 Dec. V. 60(6). P. 916-26.
10. Kimhi S., Doron H. Conscripted without Induction Order: Wives of Former Combat Veterans with PTSD Speak // *Psychology* 2013. Vol.4, No.3, 189-195 <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.43029>
11. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический Проект; Культура, 2009. 470 с.
12. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Учебник. М., 2004.
13. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. М.: Бахрах-М, 2011.
14. Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А., Семейкина Е. Е., Колядко С. П., Каленская Г. Ю. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Под общ. ред. Н. А. Маруты. — Харьков: РИФ Арсис ЛТД, 2004. — 240 с.

UDC: 616.8-07: 616-055.1: 616-055.23: 159.9.072.43:378

# PATHOPSYCHOLOGICAL GENDER FEATURES OF THE ADAPTATION AND MOTIVATION PROCESSES AMONG STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL MEDICAL INSTITUTIONS OF THE FIRST SEMESTER OF TRAINING

Ponomarev V., Vovk V., Sukachova O., Mishchenko A., Suvorova-Grigorovich A.

Ponomarev Vladimir I. <sup>1</sup>

Пономарьов Володимир Іванович<sup>2</sup>

e-mail: v.i.ponoraryov@ukr.net; ORCID 0000-0003-2513-3187

Vovk Viktoriya<sup>1</sup>/Вовк Вікторія Ігорівна<sup>2</sup>

e-mail: v.i.vovk@ukr.net; ORCID 0000-0002-9547-8968

Sukachova Olga <sup>1</sup>/Сукачова Ольга Миколаївна<sup>2</sup>

e-mail: olga\_sukachova@ukr.net; ORCID 0000-0003-0742-3041

Mishchenko Alexander <sup>1</sup>/Мищенко Олександр

Миколайович<sup>2</sup>

e-mail: alex\_mischenko1976@ukr.net; ORCID 0000-0003-0043-2252

Suvorova-Grigorovich Anna <sup>1</sup>/

Суворова-Григорович Ганна Олександрівна<sup>2</sup>

e-mail: grigorovichaa@ukr.net; ORCID 000-0002-9843-9286

<sup>1</sup>V.N. Karazin Kharkiv National University; Freedom Square 4, Kharkiv, 61022, Ukraine

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна; майдан Свободи 4, м. Харків, 61022, Україна

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ И МОТИВАЦИИ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ ПЕРВОГО СЕМЕСТРА ОБУЧЕНИЯ

### Аннотация.

Приведен анализ особенностей адаптационного периода студентов-первокурсников медицинского вуза, а также мотивации как биохимического и физиологического процессов организма. Указано, что мотивация не является статичным понятием и подвергается трансформации, а деятельность организма определяется доминирующей мотивацией, которая подчиняет себе все другие. Обследованы адаптационные и мотивационные гендерные особенности у 67 студентов медицинского факультета первого курса обучения. Полученные данные свидетельствуют о преимущественно внешней мотивированности у студентов-парней и внутренней мотивированности у студентов-девушек. У девушек мотивами выбора были познавательные мотивы и мотивы профессиональных достижений, в то время как у парней – социальные мотивы и мотивы личного престижа. Выявленные особенности мотивации являются наиболее значимыми для успеваемости в учебе. Также был выявлен ярко выраженный психастенический синдром (особенно у девушек), что подтверждает учебу на первом курсе вуза как стрессогенный и дезадаптивный фактор. Полученные данные нуждаются в дальнейшем углубленном исследовании.

**Ключевые слова:** астения, дезадаптация, стресс, мотивация, студенты-медики, гендер, обучение, ВУЗ.

## PATHOPSYCHOLOGICAL GENDER FEATURES OF THE ADAPTATION AND MOTIVATION PROCESSES AMONG STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL MEDICAL INSTITUTIONS OF THE FIRST SEMESTER OF TRAINING

### Summary:

The analysis of the peculiarities of the adaptation period of the first-year students of the medical school is given, as well as motivation as a biochemical and physiological processes of the organism. It is indicated that motivation is not a static concept and is subject to transformation, and the activity of the organism is determined by the dominant motivation, which subordinates all others. Adaptational and motivational gender features were studied among 67 first year students of the medical school. The obtained data testify to the predominantly external motivation of male students and internal motivation among female students. The motives of choice for girls were the cognitive motives and motives of professional achievements, while the guys had social motives and motives for personal prestige. Identified features of motivation are the most significant for academic achievement. Also, a pronounced psychoasthenic syndrome (especially among girls) was revealed, that confirms the study in the first year of the university as a stressful and disadaptive factor. The obtained data is required further in-depth study.

### Key words:

asthenia, disadaptation, stress, motivation, medical students, gender, training, university.

Relevance. Applying for education in higher education institutions, yesterday's schoolchildren are exposed to stress. Stressors compose a lot of factors - from usual way of life changing (school, parent-family, etc.) to a significantly increased volume and complexity of the information studied. It is known that students of medical universities are classified as a risk group for the syndrome of emotional burnout, which is caused both by the enumerated environmental and personal factors, which include personal deviations, a high level of anxiety, neuroticism, etc. [1, 4]. At the same time, the way in which the period of adaptation to the new conditions of life of first-year medical students will pass, is important not only for the formation of motivation for learning, but also for the emergence of the personality of the future doctor, thereby indirectly determining his future successful professional activity [6]. Of course, the power of motivation, the desire to obtain knowledge for students of medical schools is important as for any other educational institutions. The health of the nation, a physically and psychologically healthy society is what we all aspire to and what is not possible without the participation of competent medical specialists.

Understanding this and using internal adequate motivational resources will enable students to intensify their own adaptive capabilities and resist inevitable stressful situations [3, 8]. Motivation literally means «what causes movement» [2]. During any motivation, activation of the motor system is observed, although different forms of motivation are realized in different patterns of motor excitation. Educational motivation along with other types of motivation is characterized by focus, systemic, sustainable and dynamic. All types of motivation are characterized by an increase of the tone of the sympathetic system, expressed in vegetative reactions. The second phase of motivation is an increase of search activity, which is purposeful; the actualization of memory is a necessary link for the implementation of targeted behavior, primarily the formation of goals and possible ways to achieve them. An indispensable manifestation of motivation is the genesis of subjective emotional experiences.

Negative emotional tone is the most typical form of subjective reflection of motivation [2]. At the same time, there is another class of subjective experiences with a positive sign that characterizes the group of motivations that we study in this work: the behavior of curiosity,

the desire for creative activity, learning, etc. The motivational sphere is not a static concept and is the subject to transformation. It is known that at any given time the organism's activity is determined by the motivation that is dominant in terms of survival and adaptation. After the completion of one motivated behavior, the organism is dominated by the following motivation, motivated by social and biological significance. Leading motivation subordinates all others [2, 5].

On the basis of the foregoing, it seems to us high importance to study the motivational sphere and adaptability of the first-year medical students.

Purpose of the study. The study of adaptive and motivational characteristics of the first year students of medical universities.

Materials and methods. 67 first year students of the medical school took part in the study, 42 of them were girls and 25 were boys from the age of 16 to 23.

When studying the adaptation process, the «Multi-level personal questionnaire «Adaptivity»» was used, and for studying motives – the method «Studying the motives of student learning activities» was used.

A multi-level personal questionnaire (MPQ) «Adaptivity» was developed by A.G. Maklakov and S.V. Chermyanin (1993). It is designed to study the adaptive capacity of the individual on the basis of assessing some psychophysiological and socio-psychological characteristics that reflect the integral features of mental and social development. The questionnaire was adopted as a standardized method and recommended to be used for problems solving in professional psychological selection, psychological support of educational and professional activities [4, 7].

Multi-level personal questionnaire (MPQ) «Adaptability» consists of 165 questions and has 4 structural levels, that allow you to obtain information of varying volume and character [7, 9].

-Scales of the 1st level are independent and correspond to the basic SMIL scales (MMPI), allow to obtain typological characteristics of the personality, to determine the accentuating of the character.

-Level 2 scales correspond to the scales of the DAD questionnaire («Disadaptive disorders»), designed to identify disadaptation disorders, primarily asthenic and psychotic reactions and conditions.

-Level 3 scales: behavioral regulation (BR), communicative potential (CP) and moral

normativity (MN).

-Scale of the 4-th level – personal adaptive potential (PAP).

The theoretical basis of the test is the idea of adaptation as a constant process of active adaptation of the individual to the conditions of the social environment affecting all levels of human functioning. Characterization of the personal potential of adaptation can be obtained by evaluating behavioral regulation, communicative abilities and the level of moral normality.

Behavioral regulation (BR) is a concept that characterizes a person's ability to regulate his interaction with the environment activities. The main elements of behavioral regulation are: self-esteem, the level of neuropsychological stability, and the presence of social approval (social support) from the surrounding people. All the allocated structural elements are not the first principle of regulation of behavior.

Communicative qualities (communicative potential, CP) are determined by the presence of the experience and communication needs, as well as the level of conflict.

Moral normativity (MN) provides the ability to adequately perceive by individual proposed for him/her a certain social role. In this test, questions that characterize the level of moral normality of an individual are reflected on the two main components of the process of socialization: perception of moral and ethical norms of behavior and attitude to the requirements of the immediate social environment.

The method «The Study the motives of students' learning activity» was proposed by A.A. Rean and V.A. Yakunin. For each student a qualitative analysis of the leading motives of educational activity is performed. Throughout the sample (group), the frequency of choosing a particular motive is determined [7].

Results of the study. According to the results of the MPQ «Adaptability», female first-year students showed higher rates for all structural levels (Table 1). Also, the personal potential of adaptation was higher among female students, namely: the indicators of behavioral regulation (in the stens ) among the female students were  $3,50\pm 0,24$ , for boys the same figure was  $3,36\pm 0,32$ . For girls, the indicators of communicative potential and moral normativity were  $4,36\pm 0,23$  and  $4,90\pm 0,22$  stens, respectively, while for the first-year students –  $3,76\pm 0,21$  and  $4,48\pm 0,24$  stens. At the same time, the indicator of disadaptation disorders was also higher among

female first-year students ( $4,90\pm 0,22$  versus  $4,48\pm 0,24$  for male students). Perhaps, this is due to the fact that girls have more conscious and responsible attitude preparation for classes; they are more attached to their parents and suffer painful separation from them. In addition, girls tend to have a higher sensitivity and a greater level of empathy; that can contribute to the development of emotional burnout syndrome in medical students at the stage of training, and this, in this case, we identify as disadaptation disorders.

Asthenic and psychotic reactions were also higher in female students ( $5,48\pm 0,25$  and  $4,31\pm 0,20$  respectively) compared with male students (asthenic reactions –  $5,36\pm 0,35$  stens, psychotic reaction of  $4,12\pm 0,24$  stens). Female students often complained of increased fatigue, forgetfulness, unstable attention, vegetative disorders. Vegetative disorders were often dominant in the asthenic syndrome view and were manifested by headaches, a feeling of heaviness in the head, abnormalities of the cardiovascular system of varying severity , increased sweating, dyspeptic disorders, disturbances and/or inversions of sleep. Along with fatigue and unproductive intellectual activity our respondents were shown impaired mental balance, irritability, irascibility, cantankerousness, fragmentary psychotic components.

The personal adaptive potential was also higher for female respondents ( $2,52\pm 0,21$  in girls and  $2,04\pm 0,22$  in boys). Some researchers identify the adaptive potential of an individual as an integrative characteristic of mental health. Mental adaptability here is determined by a number of components – the overall level of mental development, personality characteristics and the system of relationships, the nature and the content of psychological problems, and the position of the individual in relation to them. According to A.G. Maklakov [4], personal adaptive potential represents interrelated psychological features of the individual, determining the effectiveness of adaptation and the likelihood of professional health maintaining. In the condition of the constant risk of the emotional burnout syndrome development the medical profession is already beginning at the stage of training in the university, - the last statement acquires special significance. The personal adaptive potential includes the level of neuropsychological resistance, self-evaluation, the level of conflict-specific features, moral qualities, orientation to behavioral existing norms.



Table 1.

**Table of students' adaptive characteristics (in stens, M ± m)**

Students	PAP	BR	CP	MN	DD	AR	PR
girls (n = 42)	2,52±0,21	3,50±0,24	4,36±0,23	4,90±0,22	4,90±0,22	5,48±0,25	4,31±0,20
guys (n = 25)	2,04±0,22	3,36±0,32	3,76±0,21	4,48±0,24	4,48±0,24	5,36±0,35	4,12±0,24

Legend: personal adaptive potential – PAP; behavioral regulation – BR; communicative potential – CP; moral normativity – MN; disadaptive disorders – DD; asthenic reactions – AR; psychotic reactions – PR.

Study results of the academic activity motives of the first-year medical students are presented in Table 2. As it could be seen from Table 2, all interviewed female students (100%) and only 87% of male students wanted to «become a high-class specialist», that we can interpret as long-term dreams and fantasies. After all, in order to realize this motive, it is necessary «to study successfully and take exams for 5 and 4», but only 51% of girls and 58% of guys are motivated for this action. 31% of girls and 42% of boys «wanted to be constantly ready for the next classes»; 56% of girls and 74% of boys expressed the desire to «successfully continue their education on subsequent courses», what we could explain by the prevalence of the asthenic symptom complex among female

students identified by the MPQ «Adaptability». At the same time, girls were more motivated to «acquire deep and strong knowledge» (95% of girls and 87% of guys), and «to ensure the success of future professional activity» (79% of girls and 74% of guys). Most of male students have expressed the desire «to get intellectual satisfaction» (guys - 74%, girls – 67%). Such motives as «to avoid conviction and punishment for poor study», «to be an example for another students», «to keep up with another students», «to get approval from parents and others» were chosen by less than half of the respondents of both genders, that was regarded by us as a conflict of motives and immaturity of the psychological essence of intentions inherent in adolescence.

Table 2.

**Indicators of study motives among medical students (%)**

№	Motives for learning activities	Students	
		girls (%)	guys (%)
1	Become a highly qualified specialist	100	87
2	Get a diploma	69	70
3	Successfully continue training in subsequent courses	56	74
4	Successfully study, pass exams for «5» and «4»	51	58
5	Always receive a scholarship	15	13
6	Acquire deep and solid knowledge	95	87
7	Be constantly ready for the next class	31	42
8	Do not suspend the study of subjects of the training cycle	67	68
9	Keep up with another students	28	32
10	Ensure the success of future professional activities	79	74
11	Perform pedagogical requirements	46	45
12	Achieve the respect of teachers	64	61
13	Be an example for another students	18	32
14	To achieve the approval of parents and others	36	32
15	Avoid conviction and punishment for pure study	8	13
16	Get intellectual satisfaction	67	74

Comparing the data of the two questionnaires, we have found the following features. Both male and female respondents of our study were showing an expressed asthenic symptom, which, however, was more pronounced among female students. Also in both subgroups of students, decreased personal adaptive potential was found, and among guys it was, albeit slightly, but lower than among girls of the same age. These results confirm the hypothesis that learning at university is a stress for the student, violating his/her adaptation processes. Guys among all the proposed motivational incentives were more likely than girls choosing the statement «get a diploma», «successfully continue study at subsequent courses», «set an example for another students» and «get intellectual satisfaction». Most girls among the kinds of motivations chose «to become a highly qualified specialist», «to acquire deep and strong knowledge», «to ensure the success of future professional activity». Thus, the obtained data indicate mainly external motivation among male students and predominantly internal motivation among female students. The motives of the girls' choosing were mainly cognitive and motives of professional achievements, while the guys had social motives and motives for personal prestige. From literary sources it is known that the features of motivation revealed in our work are the

most significant for the academic achievement of students during process of university education [5].

Conclusions. Stressful factors that affect the first year medical students have negative impact on adaptive abilities, worsening the overall psychoemotional state. Studying the motives of educational activity revealed good potential for the first-year students of the first semester of training, therefore it can be concluded that a short time period of exposure to stress factors still allows students to use their own internal resources for self-healing without deprivation of motivational component of the learning.

As it was mentioned above, when forming a professional, educational motivation, cognitive processes (for example, memory processes) are actualized and positive emotional experiences arise. Therefore, we can conclude that the formation of adequate motivation for learning can help the first year students to cope with the disadaptation of the first year of training, and also to prevent the early onset of the formation of neurotic spectrum disorders, including the emotional burnout syndrome. The obtained data should be considered when developing a psychocorrectional complex for management of existing psychoemotional disorders among the first year medical students.

### Literature.

1. Вовк В. И. Значение психодиагностики личностных особенностей для разработки психокоррекционных мероприятий / В. И. Вовк // Медицинская психология.— 2014.— Т. 9, № 4 (36).— С. 66–70.
2. Данилова Н. Н. Физиология высшей нервной деятельности / Н. Н. Данилова, А. Л. Крылова.— Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005.— 478 с.
3. Клепач Ю. В. Особенности учебно-профессиональной мотивации и тревожности у студентов-психологов и студентов медицинского колледжа / Ю. В. Клепач, О. О. Разуваева // Известия ВГПУ.— 2015.— № 4 (269).— С. 140–143.
4. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков // Психологический журнал.— 2001.— Т. 22, № 1.— С. 16–24.
5. Мещерякова И. Н. Особенности мотивации учебной деятельности студентов-психологов различных курсов / И. Н. Мещерякова // Известия ВГПУ.— 2015.— № 4 (269).— С. 137–139.
6. Пономарев В. И. Развитие психосоматических расстройств у студентов младших курсов / В. И. Пономарев, В. И. Вовк, О. Н. Каплюх // Материалы VII международной конференции: «Современные концепции научных исследований» (Россия, г. Москва, 30–31 октября 2014 г.).— С. 34–35.
7. Бодалев А. А. Рабочая книга практического психолога: Технология эффективной профессиональной деятельности (пособие для специалистов, работающих с персоналом) / А. А. Бодалев, А. А. Деркач, Л. Г. Лаптев.— М.: «Красная площадь», 1996.— 400 с.
8. Соловьёв В. Н. Влияние адаптации и мотивации учебной деятельности на успеваемость студентов / В. Н. Соловьёв // Фундаментальные исследования.— 2004.— № 5.— С. 81–83.
9. Сукачева О. Н. Формирование адаптивных способностей у студентов-медиков 1 курса / О. Н. Сукачева, Д. Н. Волошина // Проблеми сучасної освіти : збірник науково-методичних праць.— Вип. 8. У 2 ч.: Ч. 1.— Х.: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2017.— С. 114–118.

УДК616.69-009.2:616.89

# ПСИХОСОМАТИЧНІ КОРЕЛЯТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ

Сидоренко О. О.

@ Сидоренко Олег Олександрович (Україна) – науковий співробітник ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУСм. Київ; вул. Верхня 5, 01014; здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, вул. Амосова 58, 61176; e-mail: olegsydorenko259@gmail.com; ORCID ID: 0000-0002-5359-6683.

@ Sydorenko Oleg (Ukraine) – Researcher of State Institution of Science "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department, Verkhnya street 5, 01014; applicant of a degree at Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Amosova street 58, 61176; e-mail: olegsydorenko259@gmail.com; ORCID ID: 0000-0002-5359-6683.

@ Сидоренко Олег Алексеевич (Україна) – научный сотрудник ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД м. Киев; ул. Верхняя 5, 01014; соискатель кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков, ул. Амосова 58, 61176; e-mail: olegsydorenko259@gmail.com; ORCID ID: 0000-0002-5359-6683.

## ПСИХОСОМАТИЧНІ КОРЕЛЯТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ

### Анотація.

У статті описані результати психодіагностичного дослідження з використанням «Гіссенського особистісного опитувальника» на вибірці державних службовців (n=159). Метою дослідження було визначення психосоматичних корелят психологічної дезадаптації у державних службовців. До психодіагностичного дослідження були включені 159 державних службовців, серед них 118 жінок (74,22%) та 41 чоловіків (25,78%). Середній вік респондентів становив 42,7±9,19 років. Середній стаж роботи у державній службі становив 16,37±8,25 років. Використовуючи «Гіссенський особистісний опитувальник» було встановлено, що 83 (52,20%) респонденти мають низький контроль поведінки та вчинків, 85 (53,45%) респондентів мають схильність до депресивного настрою, решта результатів за шкалою опитувальника не перевищила 25% вибірки. Другий етап дослідження включав у себе аналіз показників попередніх досліджень. Загальна вибірка (n=159) державних службовців була поділена на 2 групи: особи з проявами соціально-психологічної дезадаптації (n=78; 49,00%) склали основну групу дослідження, особи без дезадаптивних проявів склали групу порівняння (n=81; 51,00%). Проаналізувавши показники, нами були визначені психосоматичні кореляти виникнення психологічної дезадаптації у державних службовців: низький рівень внутрішньої мотивації до роботи (n=78; 100%), слабкі особистісні якості (n=75; 69,15%), використання неефективних копінг-стратегій (n=73; 93,58%), тривожні прояви (n=40; 51,28%), депресивні прояви (n=20; 25,64%). Ці результати засвідчують, що негативний стресовий вплив на особистість державного службовця, спричинений робочим середовищем, може викликати в ній деформації та деструктивні зміни.

**Ключові слова:** соціально-психологічна дезадаптація, державні службовці, психосоматичні кореляти, дослідження особистісних якостей.

## PSYCHOSOMATIC CORRELATES OF PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION IN CIVIL SERVANTS

### Summary:

The article describes a psychodiagnostic study using the "Giessen personal questionnaire" on a sample of civil servants (n=159). The purpose of the study was to determine the psychosomatic correlates of psychological disadaptation in civil servants. 157 civil servants were included in the psycho-diagnostic study, including 118 women (74.22%) and 41 people (25.78%). The average age of respondents was 42.7±9.19 years. The average length of service in the civil service was 16.37±8.25 years. Using the "Giessen Personality Questionnaire" it was established that 83 (52,20%) respondents have low control of behavior and actions, 85 (53,45%) respondents tend to depressive mood, the remaining results on the scale of the questionnaire did not exceed 25% of the sample. The second stage of the study included an analysis of data from previous studies. The general sample (n=159) of civil servants was divided into 2 groups: persons with manifestations of socio-psychological maladaptation (n=78; 49,00%) were the main group of research, individuals

without maladaptive manifestations were the comparison group (n=81; 51,00%). After analyzing the data, we identified the psychosomatic correlates of the emergence of psychological disadaptation in civil servants: low level of internal motivation to work (n=78; 100%), weak personal qualities (n=75; 69,15%), use of ineffective coping strategies (n=73; 93,58%), anxiety (n=40; 51,28%), depressive manifestations (n=20; 25,64%). These results show that the negative stressful effect on the personality of the civil servants, caused by the working environment, can cause deformation and destructive changes in it.

**Key words:**

socio-psychological disadaptation, civil servants, psychosomatic correlates, research of personal qualities.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ****Аннотация.**

В статье описаны результаты психодиагностического исследования с использованием «Гиссенского личностного опросника» на выборке государственных служащих (n=159). Цель исследования - определение психосоматических коррелятов психологической дезадаптации у государственных служащих. К психодиагностическому исследованию были включены 159 государственных служащих, из них 118 женщин (74,22%) и 41 мужчин (25,78%). Средний возраст респондентов составил 42,7±9,19 лет. Средний стаж работы в государственной службе составлял 16,37±8,25 лет. Используя «Гессенский личностный опросник» было установлено, что 83 (52,20%) респондента имеют низкий контроль поведения и поступков, 85 (53,45%) респондентов - склонность к депрессивному настроению, остальные результаты по шкале опросника не превысили 25% выборки. Вторым этапом исследования включал в себя анализ данных предыдущих исследований. Общая выборка (n=159) государственных служащих была разделена на 2 группы: лица с проявлениями социально-психологической дезадаптации (n=78; 49,00%) составили основную группу исследования, лица без дезадаптивных проявлений составили группу сравнения (n=81; 51,00%). Проанализировав данные, нами были определены психосоматические корреляты возникновения психологической дезадаптации у государственных служащих. Это: низкий уровень внутренней мотивации к работе (n=78; 100%), слабые личностные качества (n=75; 69,15%), использование неэффективных копинг-стратегий (n=73; 93,58%), тревожные проявления (n=40; 51,28%), депрессивные проявления (n=20; 25,64%). Эти результаты показывают, что негативное стрессовое воздействие на личность государственного служащего, вызванные рабочей средой, могут вызвать в ней деформации и деструктивные изменения.

**Ключевые слова:**

социально-психологическая дезадаптация, государственные служащие, психосоматические корреляты, исследования личностных качеств.

Чимало присвячено наукових досліджень психічному здоров'ю державного службовця (ДС) в умовах робочого середовища [1-3]. Основним фактором, що впливає на здоров'я, вчені виділяють стрес, обумовлений робочим середовищем [2,3]. Стресовий вплив може здійснюватися на ДС як через умови праці (неналежна організація роботи, стислі строки виконання та невизначеність завдань, невизначеність кар'єрних ролей у робочому колективі) [4,5], так і через невпевненість у роботі (психоемоційні навантаження, пов'язані з наднормовою роботою, незадоволеністю заробітною платою, плінністю кадрів і можливістю втрати роботи/кар'єри) [6,7].

Стрес, як фактор ризику, може спричинити розвиток низки психопатологічних симптомів: тривожності, депресивного настрою, психоемоційного виснаження [8]. Як наслідок, у ДС можуть проявлятися психосоматичні симптоми та скарги: швидка та підвищена втомлюваність, зниження рівня працездатності, порушення сну, емоційні розлади, дискомфортні та/або больові відчуття різного ґенезу [9,10].

В результаті виникає замкнене коло – стрес-

совий вплив робочого середовища негативно впливає на особистість ДС, спричиняючи особистісні деформації та соціально-психологічну дезадаптацію [12]. В свою чергу, ДС як працівник починає не справлятися з робочою нормою, що знижує якість та кількість виконаної ним роботи.

Актуальним є проведення психодиагностичного дослідження серед ДС України, для вивчення сили впливу стрес-факторів робочого середовища на особистість працівника та визначення мішеней-ризиків.

Мета дослідження. За допомогою психодиагностичного дослідження визначити психосоматичні кореляти психологічної дезадаптації у державних службовців.

Контингент і методи дослідження. На базі ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС 2016 – 2018 рр. обстежено 159 ДС, серед них 118 жінок (74,22%) та 41 чоловіків (25,78%). Середній вік респондентів становив 42,7±9,19 років. Середній стаж роботи у державній службі становив 16,37±8,25 років.

Психодиагностичне дослідження було проведено за допомогою «Гиссенського особистісного



опитувальника» (варіант опитувальника «Я»). Основною відмінністю «Гіссенського особистісного опитувальника» від інших є те, що він значною мірою враховує соціальні установки та реакції особистості, що робить його придатним не лише для дослідження особистості, а й для аналізу соціальних стосунків, особливо рівня соціальної міжособистісної взаємодії в малих групах. Опитувальник складається з 40 біполярних тверджень, кожне з яких оцінюється за 7-ми бальною шкалою. Основу опитувальника складає 6 основних шкал (відображають внутрішньоособистісні та психосоціальні показники) та 2 оціночні (оцінка кількості «середніх виборів» та «крайніх виборів»).

Критеріями включення в дослідження були: 1) згода на участь в дослідженні; 2) вік респондента від 25 до 65 років; 3) стаж роботи у державній службі  $\geq 1$  року; 4) відсутність епізодів психічних розладів у анамнезі; 5) повністю заповнений психодіагностичний інструментарій.

Результати дослідження. Аналіз даних, отриманих за допомогою «Гіссенського опитувальника», дозволив визначити середні показники респондентів за основними критеріями (1) та порівняти їх із середніми значеннями показників (2), отриманих з проведення німецького дослідження на вибірці з 236 пацієнтів з неврозами (табл.1). Як бачимо – показники нашого дослідження близькі до результатів німецького.

При детальному аналізі даних за основними

датності до агресії та схильності до підкорення. Низькі бали були у 27 (15,93%) респондентів, високі у 132 (84,07%).

3. Шкала «контролю» – на нижньому полюсі: неохайність, непостійність характеру, схильність до безвідповідальної поведінки та легковажних вчинків; на верхньому: педантичність, старанність, патологічна правдивість, відповідальність у вчинках та поведінці. Низькі бали були у 83 (52,20%) респондентів.

4. Шкала «домінуючого настрою» – на нижньому полюсі: гіпоманіакальний настрій – особи які рідко бувають пригніченими, несхильні до рефлексії, некритичні до себе, не приховують роздратування, незалежні; на верхньому: депресивний настрій – часто пригнічені, дуже схильні до рефлексії, боязкі, залежні, приховують досаду, надто самокритичні. Дані шкали пов'язують домінуючий настрій з основним для особистості напрямком розвитку агресії – на зовні, чи проти власного «Я». Схильними до гіпоманіакального настрою виявилися 22 (13,83%) респонденти, до депресивного – 85 (53,45%) респондентів.

5. Шкала «відкритості-замкнутості» – на нижньому полюсі: особи, яких можна охарактеризувати, як довірливих, відкритих для оточуючих, потребує любові, щирих; на верхньому: замкнуті особи, недовірливі, дистанційовані від оточуючих, намагаються приховувати потребу в любові. У шкалі відображаються фундаменталь-

Таблиця 1

**Середні значення за критеріями Гіссенського опитувальника**

Назва шкали	Соціального схвалення	Домінантності	Контролю	Домінуючого настрою	Відкритості/ замкнутості	Соціальних здібностей
Сер. значення/станд. відх-ня	(1) 28,1 $\pm$ 6,1 (2) 28,8 $\pm$ 5,3	(1) 27,5 $\pm$ 4,5 (2) 27,2 $\pm$ 5,1	(1) 25,3 $\pm$ 4,3 (2) 26,8 $\pm$ 5,7	(1) 24,8 $\pm$ 4,9 (2) 23,3 $\pm$ 6,2	(1) 19,9 $\pm$ 5,0 (2) 22,3 $\pm$ 5,9	(1) 18,7 $\pm$ 5,3 (2) 20,1 $\pm$ 5,3

*Примітка: Середні значення та стандартні відхилення нашого дослідження позначено (1), дані німецького дослідження – позначено (2).*

та оціночними критеріями, ми отримали наступні результати:

1. Шкала «соціального схвалення» – на нижньому полюсі відображається невпевненість особистості у своїй соціальній репутації: власній непривабливості, неповазі оточуючих, невмінні досягати поставленої цілі; на верхньому полюсі знаходяться особи, впевнені у своїй соціальній репутації: привабливості, популярності, вмінні досягати цілі, повазі та високій оцінці оточуючих. Низькі оцінки виявлено серед 37 (23,27%) респондентів.

2. Шкала «домінантності» – на нижньому полюсі: владність, нетерпіння, бажання наполягти на своєму; на верхньому: слухняність, поступливість, терпимість. Ці взаємодоповнюючі особистісні особливості ототожнюються з психосоціальними захисними формами поведінки, де агресивність, імпульсивність та домагання протиставляються партнерству, терпимості, нез-

ні властивості соціальних контактів та поведінки, що розвиваються з первинної довіри, чи недовіри. Охарактеризували себе як довірливих та відкритих – 123 (77,35%) респонденти, решта – 36 (22,65%) респондентів оцінили себе як замкнутих та недовірливих.

6. Шкала «соціальних здібностей» – на нижньому полюсі: активна, комунікабельна, конкурентоспроможна особистість із багатою уявою; на верхньому: некомунікабельна особистість зі слабкою здатністю до самовіддачі, нездатністю до тривалих прив'язаностей, бідною уявою.

Ця шкала дозволяє оцінити ступінь зрілості особистості. Більшість респондентів – 151 (94,96%) особа - характеризуються як соціально зрілі особистості, решта - 8 (5,04%) респондентів - можуть мати труднощі з соціальною взаємодією.

Узагальнені дані, отримані з використанням «Гіссенського опитувальника» відображено у таблиці 2.

Таблиця 2

## Узагальнені дані за основними критеріями Гіссенського опитувальника

№ п/п	Назва шкали	Характеристики респондентів нижнього полюсу даних (n; %)	Характеристики респондентів верхнього полюсу даних(n; %)
1.	«Соціального схвалення»	Невпевнені у своїй соціальній репутації (n=37; 23,27%)	Впевнені у своїй соціальній репутації (n=122; 76,73%)
2.	«Домінантності»	Владність, агресивність, нетерпимість (n=27; 15,93%)	Поступливість, терпимість, підкорення (n=132; 84,07%)
3.	«Контролю»	Безвідповідальна поведінка, вчинки (n=83; 52,20%)	Відповідальна поведінка, вчинки (n=76; 47,80%)
4.	«Домінуючого настрою»	Схильність до гіпоманіакального настрою (n=22; 13,83%)	Схильність до депресивного настрою (n=85; 53,45%)
5.	«Відкритості-замнутості»	Довірливі/відкриті особи (n=123; 77,35%)	Недовірливі/замкнуті особи (n=36; 22,65%)
6.	«Соціальних здібностей»	Соціально зрілі особистості (n=151; 94,96%)	Соціально незрілі особистості (n=8; 5,04%)

Як бачимо з результатів дослідження – більшість респондентів є соціально зрілими особистостями (n=151; 94,96%), впевнені у своїй соціальній репутації (n=122; 76,73%) та є довірливими, відкритими до спілкування (n=123; 77,35%) особистостями. При тому, що більшість респондентів за стилем соціальної поведінки є поступливими, неагресивними, терпимими та готовими до виконання наказів і підкорення (n=132; 84,07%), більшій частині респондентів притаманна безвідповідальна поведінка і вчинки та непостійність характеру (n=83; 52,20%). Важливо зазначити, що більша частина респондентів схильна до депресивного настрою (n=85; 53,45%).

Аналізуючи оціночні критерії «Гіссенського опитувальника», нами було встановлено наступне:

1. Оціночна шкала «М» – вимірює кількість тверджень, де респондент дав середню оцінку, тобто «4». Високі значення за цією шкалою можуть

вказувати на невпевненість, нещирість відповідей, стереотипність відповідей, відсутність інтересу до методики. Взавши за межу 10 (25%) середніх тверджень, проставлених у опитувальнику, ми встановили, що 48 (30,18%) респондентам було притаманно давати шаблонні відповіді, що становить третину вибірки.

2. Оціночна шкала «Е» – вимірює кількість «крайніх» відповідей, тобто оцінки «1» і «7». Високі значення можуть свідчити про збуджений стан респондента або про низький рівень його самоконтролю. Аналогічно результатам шкали «М», було встановлено, що 46 (28,93%) респондентів дали «крайні» відповіді у опитувальнику, що становить майже третину вибірки.

Середні показники та стандартні відхилення за оціночними критеріями були близькими до вітчизняної вибірки з умовно здоровими респондентами за шкалою «М» та до німецької вибірки за шкалою «Е» (таблиця 3).

Таблиця 3

## Результати за оціночними критеріями «М» і «Е»

Дані дослідження	Шкала «М»	Шкала «Е»
Кількість респондентів, які використали шаблонні відповіді (n=; %)	(n=48; 30,18%)	(n=46; 28,93%)
Сер. значення/станд. відхилення власного дослідження	6,9±7,7	7,7±7,9
Сер. значення/станд. відхилення вітчизняного (1) та німецького (2) досліджень	6,6±4,6 (1)	8,5±6,1 (2)

Отримавши ці дані, ми проаналізували результати попередніх наших досліджень та узагальнили їх наступним чином:

- Загальна вибірка респондентів була поділена на дві групи – особи з проявами соціально-психологічної дезадаптації (n=78; 49,00%) склали основну групу дослідження, особи без дезадаптивних проявів склали групу порівняння (n=81; 51,00%);

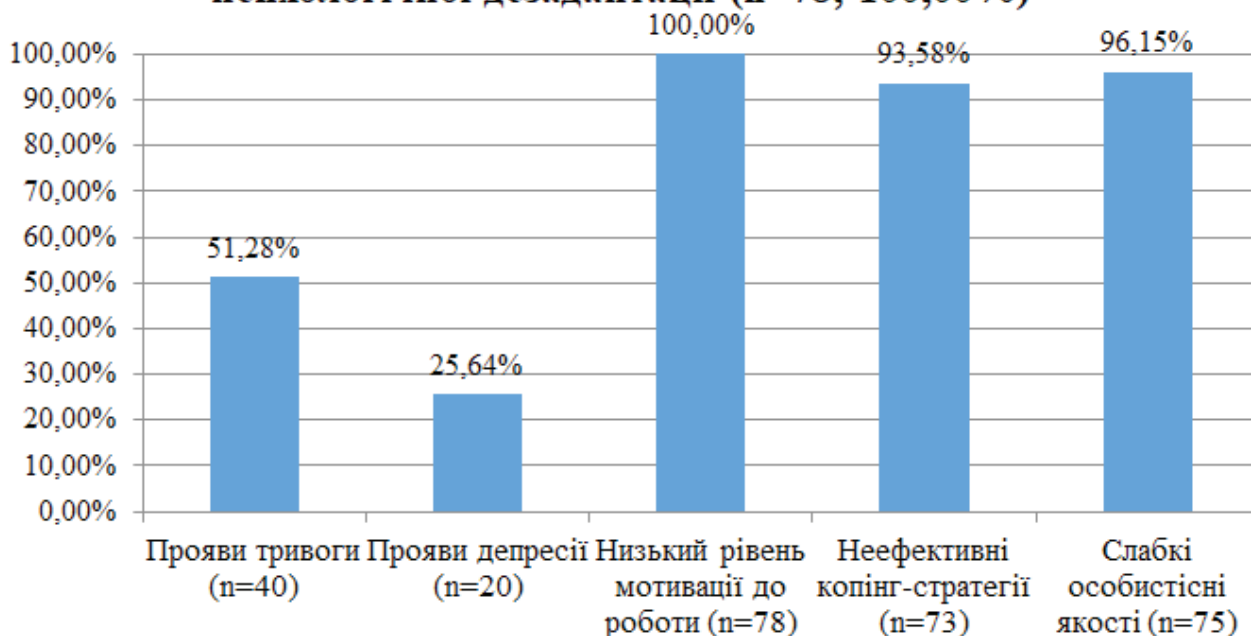
- Було додатково проаналізовано дані респондентів з проявами соціально-психологічної дезадаптації. Це дозволило дослідити стан психоемоційної сфери, особистісні та поведінкові патерни, виділити й охарактеризувати чинники формування станів соціально-психологічної дезадаптації у ДС (мал.1).

сивного/гіпоманіакального настрою, соціальна незрілість).

Висновки. Провівши психодіагностичне дослідження серед ДС, ми встановили, що психосоматичними корелятами для виникнення та розвитку соціально-психологічної дезадаптації можуть бути: низький рівень внутрішньої мотивації до роботи (n=78; 100%), слабкі особистісні якості (n=75; 69,15%), використання неефективних копінг-стратегій (n=73; 93,58%), тривожні прояви (n=40; 51,28%), депресивні прояви (n=20; 25,64%).

Ці результати засвідчують, що негативний стресовий вплив на особистість ДС, спричинений робочим середовищем, може викликати в ній деформації та деструктивні зміни.

### Особистісні показники у ДС з проявами соціально-психологічної дезадаптації (n=78; 100,00%)



Мал. 1. Загальні результати дослідження ДС з проявами соціально-психологічної дезадаптації

За допомогою аналізу даних було встановлено, що з 78 (49,00%) ДС з проявами соціально-психологічної дезадаптації:

- у 40 (51,28%) респондентів відзначаються прояви тривоги;

- у 20 (25,64%) респондентів є прояви депресії;

- 73 (93,58%) респонденти використовують неефективні копінг-стратегії;

- у 78 (100%) респондентів низький рівень внутрішньої мотивації до роботи;

- у 75 (69,15%) респондентів відзначаються прояви слабких особистісних якостей (невпевненість у собі, агресивність, низький рівень контролю поведінки/вчинків, схильність до депре-

Перспективою подальших досліджень є розробка моделі психокорекційної програми для ДС з проявами соціально-психологічної дезадаптації та надання медико-психологічної допомоги, спрямованої на лікування та профілактику дезадаптивних проявів.

За допомогою аналізу даних було встановлено, що з 78 (49,00%) ДС з проявами соціально-психологічної дезадаптації:

- у 40 (51,28%) респондентів відзначаються прояви тривоги;

- у 20 (25,64%) респондентів є прояви депресії;

- 73 (93,58%) респонденти використовують неефективні копінг-стратегії;

- у 78 (100%) респондентів низький рівень внутрішньої мотивації до роботи;

- у 75 (69,15%) респондентів відзначаються прояви слабких особистісних якостей (невпевненість у собі, агресивність, низький рівень контролю поведінки/вчинків, схильність до депресивного/гіпоманіакального настрою, соціальна незрілість).

Висновки. Провівши психодіагностичне дослідження серед ДС, ми встановили, що психосоматичними корелятами для виникнення та розвитку соціально-психологічної дезадаптації можуть бути: низький рівень внутрішньої мотивації до роботи (n=78; 100%), слабкі особистісні

якості (n=75; 69,15%), використання неефективних копінг-стратегій (n=73; 93,58%), тривожні прояви (n=40; 51,28%), депресивні прояви (n=20; 25,64%).

Ці результати засвідчують, що негативний стресовий вплив на особистість ДС, спричинений робочим середовищем, може викликати в ній деформації та деструктивні зміни.

Перспективою подальших досліджень є розробка моделі психокорекційної програми для ДС з проявами соціально-психологічної дезадаптації та надання медико-психологічної допомоги, спрямованої на лікування та профілактику дезадаптивних проявів.

### Література.

1. Palmer D. Cultural change, stress and civil servants' occupational health. 2015. P. 1967–85.
2. Lopes S. V., Silva M. C. Occupational stress and associated factors among civil servants of a federal university in the south of Brazil // *Ciencia & Saude Coletiva*. 2018. T. 23. №. 11. C. 3869-3880.
3. Guan S. et al. Effect of Job Strain on Job Burnout, Mental Fatigue and Chronic Diseases among Civil Servants in the Xinjiang Uygur Autonomous Region of China // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017. T. 14. №. 8. C. 872.
4. Kawada T., Otsuka T. Relationship between job stress, occupational position and job satisfaction using a brief job stress questionnaire (BJSQ) // *Work*. – 2011. T. 40. №. 4. C. 393-399.
5. Ferrie J. E. et al. Job insecurity in white-collar workers: Toward an explanation of association with health // *Journal of Occupational Health Psychology*. 2001. T. 6. №. 1. C. 26.
6. Burgard S. A., Kalousova L., Seefeldt K. S. Perceived job insecurity and health: the Michigan Recession and Recovery Study // *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2012. T. 54. №. 9. C. 1101-1106.
7. Alterman T. et al. Job insecurity, work-family imbalance, and hostile work environment: Prevalence data from the 2010 National Health Interview Survey // *American Journal of Industrial Medicine*. 2013. T. 56. №. 6. C. 660-669.
8. Koura U. et al. Work, family, and personal characteristics explain occupational and gender difference in work-family conflict among Japanese civil servants // *Public Health*. 2017. T. 153. C. 78-90.
9. Lang J. et al. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies // *Social Science & Medicine*. 2012. T. 75. №. 7. C. 1163-1174.
10. Park J. B., Nakata A., Swanson N. G., Chun H. Organizational factors associated with work-related sleep problems in a nationally representative sample of Korean workers // *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2013;86(2):211–222. doi: 10.1007/s00420-012-0759-3.
11. Topa G. et al. Emotional Exhaustion and Health Complaints as Indicators of Occupational Diseases Among Civil Servants in Spain // *Journal of Clinical Medicine*. – 2018. – T. 7. – №. 12. – C. 523.
12. Faragher E. B., Cass M., Cooper C. L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis // *From Stress to Wellbeing Volume 1*. – Palgrave Macmillan, London, 2013. – C. 254-271.



УДК 159.923.2:616-053.71:613.6.015+796.29+616.89-008.446

# ПОВЕДІНКОВІ ПАТЕРНИ В ҐЕНЕЗИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ МОЛОДІЖНИХ СУБКУЛЬТУР ПІДЛІТКОВО-ЮНАЦЬКОГО ВІКУ.

Челахова А. С.

© Челахова Анастасія Степанівна (Україна) – психолог Медичного і психологічного центру «Айва», м. Київ; пр. Повітрофлотський, 9б, 02000; здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків 61176; e-mail: anastaschelakhova@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0850-6447.

© Anastasia Chelakhova (Ukraine) – Psychologist of the Medical and Psychological Center "Aiva", 9b Prospekt Povitroflotsky, Kyiv, 02000; the candidate of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, 58 Amosova Street, 61176; e-mail: anastaschelakhova@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0850-6447.

© Челахова Анастасія Степанівна (Україна) – психолог Медичного і психологічного центру «Айва», пр. Воздухофлотский, 9б, г. Киев, 02000; соискатель кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176; e-mail: anastaschelakhova@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0850-6447.

## ПОВЕДІНКОВІ ПАТЕРНИ В ҐЕНЕЗИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ МОЛОДІЖНИХ СУБКУЛЬТУР ПІДЛІТКОВО-ЮНАЦЬКОГО ВІКУ.

### Анотація.

Для визначення патернізації психологічної дезадаптації особистості за умов різних моделей соціалізації в субкультурному просторі, було обстежено 143 особи підлітково-юнацького віку, серед яких 93 респонденти були представниками молодіжних субкультур: 1) екстремали (n 45) – прихильники пошуку нових фізичних відчуттів, заснованих на руховій активності (руфери, ролери, скейтери); 2) геймери (n 48), які були прибічниками віртуального простору та реалізовувалися в галузі комп'ютерних технологій, переважно іграх онлайн. Група порівняння складала 50 осіб. Дослідження проводилося з використанням психодіагностичного методу. Поведінкові патерни в ґенезі психологічної дезадаптації діагностовано із застосуванням «Методики оцінки схильності до відхиленої поведінки» А. Н. Орла та «Методики дослідження схильності до віктимної поведінки» О. О. Андроннікової. Доведено, що схильність до віктимної та відхиленої поведінки визначає патерни психологічної дезадаптації, переважно, серед дезадаптованих екстремалів та дезадаптованих геймерів, на тлі низького вольового контролю емоційних реакцій. Схильність до адитивної поведінки, агресії, разом із самопошкоджувальною поведінкою, виступають одним із чинників субкультурної соціалізації. Високий вольовий контроль емоційних реакцій є одним із запобіжних чинників, як дезадаптації, так і занурення до субкультурного простору. Агресивна віктимна поведінка розглядається, як провідна компонента дезадаптації екстремалів, в той час, як саморуйнівна поведінка – у підлітків-геймерів. Гіперсоціальна поведінка є чинником-запобіжником щодо занурення в субкультуру. Реалізована віктимність виступає ознакою, як психологічної дезадаптації, так і субкультурної соціалізації. Висока тенденція до залежної безпомічної поведінки визначає, як субкультурну соціалізацію, так і дезадаптацію підлітків-геймерів. Виявлені тенденції мають важливе значення для планування психопрофілактичних і психокорекційних заходів щодо роботи з психологічно дезадаптованою молоддю.

**Ключові слова:** психологічна дезадаптація, поведінкові патерни, схильність до віктимності, схильність до відхиленої поведінки.

### BEHAVIORAL PATTERNS IN THE GENESIS OF PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION IN REPRESENTATIVES OF YOUTH SUBCULTURES IN ADOLESCENT AGE

### Summary:

To determine the patronization of psychological maladjustment of the individual in the context of various models of socialization in the subcultural space, 143 adolescents were surveyed, among whom 93 respondents were representatives of youth subcultures: 1) Extremals (n 45) - supporters of searching for new physical sensations based on motor activities (drivers, rollers, skaters) 2) gamers (n 48) - supporters of cyberspace, looking for realization in the field of computer technologies, mainly online-games. The comparison group - n 50. The research was conducted by using the psychodiagnostic method. Behavioral patterns in the genesis of psychological maladjustment were diagnosed using the "Methods for assessing the propensity for rejected behavior" by A. N. Orel and "The

methods for studying the propensity for victim behavior by A. A. Andronnikova. It has been proven that the tendency towards victimization and deviating behavior determines the patterns of psychological maladjustment, mainly among maladjusted extreme lovers and maladjusted gamers, against the background of low volitional control of emotional reactions. Tendency to addictive behavior, aggression, together with self-damaging behavior are one of the factors of subcultural socialization. High volitional control of emotional reactions is one of the factors of both maladjustment and immersion in the subcultural space. Aggressive victimization behavior is considered to be the leading component of extreme maladjustment, while self-destructive behavior is seen in adolescent gamers. Hypersocial behavior is a factor-fuse immersion in the subculture. Realized victimization is a sign of both psychological maladjustment and subcultural socialization. The high tendency to dependent helpless behavior determines both subcultural socialization and maladjustment of teen gamers. The identified trends are important for the planning of psycho-prophylactic and psycho-corrective measures for working with psychologically maladjusted young people.

**Keywords:** psychological maladjustment, behavioral patterns, tendency to victimization, tendency to deviating behavior.

#### ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ В ГЕНЕЗЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДЕЖНЫХ СУБКУЛЬТУР ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА.

**Аннотация.** Для определения паттернизации психологической дезадаптации личности, в условиях различных моделей социализации в субкультурном пространстве, было обследовано 143 человека подростково-юношеского возраста, среди которых 93 респондента были представителями молодежных субкультур: 1) экстремалы (n 45) – сторонники поиска новых физических ощущений, основанных на двигательной активности (руферы, роллеры, скейтеры) 2) геймеры (n 48) – сторонники виртуального пространства, ищущих реализованность в области компьютерных технологий, преимущественно играх онлайн. Группа сравнения составила n 50. Исследование проводилось с использованием психодиагностического метода. Поведенческие паттерны в генезисе психологической дезадаптации диагностированы с применением «Методики определения склонности к отклоняющемуся поведению» А. Н. Орла и «Методики исследования склонности к виктимному поведению» А. А. Андронниковой. Доказано, что склонность к виктимному и отклоняющемуся поведению определяет паттерны психологической дезадаптации, преимущественно, среди дезадаптированных экстремалов и дезадаптированных геймеров, на фоне низкого волевого контроля эмоциональных реакций. Склонность к аддитивному поведению, агрессии, вместе с самоповреждающим поведением выступают одним из факторов субкультурной социализации. Высокий волевой контроль эмоциональных реакций является одним из факторов как дезадаптации, так и погружения в субкультурное пространство. Агрессивное виктимное поведение рассматривается, как ведущая компонента дезадаптации экстремалов, в то время как саморазрушительное поведение - у подростков-геймеров. Гиперсоциальное поведение является фактором-предохранителем погружения в субкультуру. Реализованная виктимность выступает признаком, как психологической дезадаптации, так и субкультурной социализации. Высокая тенденция к зависимому беспомощному поведению определяет, как субкультурную социализацию, так и дезадаптацию подростков геймеров. Выявленные тенденции имеют важное значение для планирования психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий по работе с психологически дезадаптированной молодежью.

**Ключевые слова:** психологическая дезадаптация, поведенческие паттерны, склонность к виктимности, склонность к отклоняющемуся поведению.

Підлітково-юнацький вік – перехідний етап між дитинством і дорослим життям, причому цей етап є найважливішим циклом індивідуальних переживань індивідуальної кризи протягом свого життя [1 – 3]. Відповідно до визначення ВООЗ, дефініція «підлітково-юнацький вік», визначає людей у віці від 14 до 24 років. Цей період є вельми травматичним для формування особистості й соціалізації індивіда, перш за все, за рахунок деяких факторів: з одного боку – це раннє наростання біологічної зрілості, з іншого – соціальний, психологічний та економічний стан, який не дозволяє цю зрілість реалізувати. Таким чином, наявність відмінностей за духовним та фізичним розвитком від дорослої людини, емоційна, юридична та фінансова залежність від батьків, відсутність необхідної кількості

адекватної інформації, особистий недостатній життєвий досвід, робить осіб підлітково-юнацького віку вразливими до впливу негативних чинників, що сприяють розвитку порушень психологічної адаптації [4].

Одним з розповсюджених шляхів соціалізації таких осіб є приналежність до молодіжного субкультурного простору, як способу пошуку власної ідентичності та, почасти, протесту проти дискомфорту ставлення до них дорослого середовища.

Під молодіжною субкультурою, нині розуміється сукупність естетичних, політичних та інших ціннісних орієнтацій, символіка, моделі поведінки, життєвий стиль і зовнішня атрибутика якої-небудь групи молоді, що становить собою, самостійне

цілісне утворення в рамках загальної культури нації [5]. Молодіжна субкультура не завжди антагоністична стосовно до інших форм культури, вона може охоплювати багато загальнокультурних елементів, створюючи їх оригінальні комбінації та доповнюючи матеріальними артефактами й духовними складовими. Отже, зрозуміло, що фактор приналежності до субкультури може нести, як позитивний, так і негативний вплив на стан психологічної адаптації підлітка.

Однак, не дивлячись на актуальність даної проблематики, на теперішній час, у вітчизняній медичній психології відсутні відповіді на питання необхідності та змістовності заходів психологічної підтримки представників молодіжних субкультур підлітково-юнацького віку, бо не вирішеними є питання щодо розповсюдженості та проявів психологічної дезадаптації у даного контингенту.

Мета роботи. Під час роботи було проведено аналіз поведінкових патернів, характерних представникам молодіжних субкультур підлітково-юнацького віку, в залежності від їх соціально-психологічної адаптації, для визначення, надалі, мішені психопрофілактичної роботи з дезадаптованим контингентом.

Контингент і методи дослідження. Досягнення дослідницької мети потребувало проведення емпіричного дослідження на базі медичного і психологічного центру «Айва» (м. Київ), медичного центру психотерапії, психіатрії та практичної психології «Софія» (м. Київ) та ін., протягом 2015 – 2018 рр. В межах дослідницької програми було обстежено 143 особи підлітково-юнацького віку, з яких 93 респонденти були представниками молодіжних субкультур (основна група дослідження – ОГ), зокрема, т.зв. екстремали (руфери, ролери, скейтери) – 45 осіб, та, т.зв. геймери – 48 осіб, та 50

звичайних підлітків (група порівняння – ГП).

Психодіагностичне дослідження включало використання такого психодіагностичного інструментарію:

– для визначення базового показника – рівня соціально-психологічної адаптації (СПА) – «Методика діагностики соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса, Р. Даймона (за Д. І. Райгородським, 2001) [6];

– поведінкові патерни діагностовано з застосуванням «Методики оцінки схильності до відхиленої поведінки» А. Н. Орла (за Н. П. Фетіскіним, В. В. Козловим, Г. М. Мануйловим, 2002) [7] та «Методики дослідження схильності до віктимної поведінки» О. О. Андроннікової (2005) [8, 9].

Для розв'язання дослідницьких завдань та забезпечення вірогідності основних положень та висновків, використано математично-статистичні методи з використанням STATISTICA (SPSS-22) [10].

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження рівня СПА, представники ОГ і ГП були розподілені на підгрупи (рис. 1).

Серед представників субкультур, у 61 особи (65,6% вибірки) показники СПА виявились зниженими, що трактувалось нами, як прояви соціально-психологічної дезадаптації. Інші 32 підлітки (34,4% від ОГ) були соціально-психологічно адаптованими. Відповідно, даний контингент був розділений на дві групи: ОГД – 61 особа з проявами соціально-психологічної дезадаптації, та ОГА – 32 соціально-психологічно адаптованих респондентів.

Серед обстежених ГП за таким же алгоритмом було виділено дві групи: ГПД – 29 осіб (58,0%) з проявами соціально-психологічної дезадаптації та ГПА – 21 особу соціально-адаптованих звичайних підлітків (42,0%).



Рис. 1. Загальний розподіл обстежених на групи дослідження

В цілому, результати основних показників схильності до відхиленої поведінки представлені в таблиці 1. Можна визначити основні тенденції в досліджуваних групах. Так, по групі ОГД-Е (n 31) – дезадаптовані підлітки-екстремали основної групи, показник схильності до подолання норм і правил є переважним, як в самій групі, так і у порівнянні з іншими та дорівнює 67,0, ст.відх 7,21 (високий показник за нормою), відповідна тенденція спостерігається за показником схильності до самопошкоджувальної та саморуйнівної поведінки геймерів-екстремалів (67,0, ст.в. 8,11). Встановлено також високий показник схильності до адитивної поведінки (65,0, ст.відх. 5,82), а також до агресії та насилля (63,0, ст.відх. 6,91). Лише показник вольового контролю емоційних реакцій відповідає нормативному значенню (43,0, ст.відх. 8,13).

Щодо відхиленої поведінки по групі підлітків дезадаптованих геймерів (ОГД-Г), зазначимо про високі тенденції за показниками схильності до адитивної поведінки (66,0, ст.відх. 5,75), агресії та насильства (66,0, ст.відх. 6,47), самопошкоджувальної та саморуйнівної поведінки (65,0, ст.відх. 7,29). Незначущими є тенденції схильності до подолання норм і правил (43,0, ст.відх. 6,38), крім того, бракує вольового контролю емоційних реакцій (41,0, ст.відх. 6,66).

Аналізуючи усереднені, показники схильності

до відхиленої поведінки по групі дезадаптованих підлітків, які не мають реалізованих потреб у субкультурній соціалізації (ГП-Д), можна констатувати достатньо високі показники схильності до подолання норм і правил (63,0, ст.відх. 12,34). Решта проявів схильності до відхиленої поведінки виявляються на нормативному рівні, зокрема: схильність до самопошкоджувальної та саморуйнівної поведінки (53,0, ст.відх. 11, 48), схильність до агресії та насильства (56,0, ст.відх. 8,44). Незначними є прояви схильності до адитивної поведінки (45,0, ст.відх. 9,75), та встановлено брак вольового контролю емоційних реакцій (49,0, ст.відх. 8,38).

По групі досліджуваних підлітків, які не мають ознак соціально-психологічної дезадаптації, проте є прибічниками екстремальних типів субкультури, як середовища соціалізації (ОГА-Е), встановлено наступне. Всі показники є в нормативних межах, окрім низького показника вольового контролю емоційних реакцій (49,0, ст.відх. 6,15). Порогові значення до тенденції зростання, встановлено за показниками схильності до подолання норм і правил (59,0, ст.відх. 9,04), схильності до адитивної поведінки (59,0, ст.відх. 10,26). На рівні норми, бачимо показники схильності до самопошкоджувальної та саморуйнівної поведінки (53,0, ст.відх. 7,84), а також схильності до агресії та насильства (54,0, ст.відх. 10,66).

Таблиця 1

**Описова статистика показників схильності до відхиленої поведінки**

	Схильність до подолання норм і правил	Схильність до адитивної поведінки	Схильність до самопошкоджувальної та саморуйнівної поведінки	Схильність до агресії та насилля	Вольовий контроль емоційних реакцій
<b>ОГД-Е (n 31)</b>					
Середнє значення	67,00	65,00	67,00	63,00	43,00
Стандартне відхилення	7,21	5,82	8,14	6,91	8,13
<b>ОГД-Г (n 30)</b>					
Середнє значення	43,00	66,00	65,00	66,00	41,00
Стандартне відхилення	6,38	5,75	7,29	6,47	6,66
<b>ГП-Д (n 29)</b>					
Середнє значення	63,00	45,00	53,00	56,00	49,00
Стандартне відхилення	12,34	9,75	11,48	8,44	8,38
<b>ОГА-Е (n 14)</b>					
Середнє значення	59,00	59,00	53,00	54,00	49,0
Стандартне відхилення	9,04	10,26	7,84	10,66	6,15



ОГА-Г (n 18)					
Середнє значення	57,000	59,00	55,00	55,00	50,00
Стандартне відхилення	10,52	12,90	8,47	9,99	7,17
ГП-А (n 21)					
Середнє значення	50,00	52,00	46,00	51,00	51,00
Стандартне відхилення	10,26	8,40	9,26	8,67	8,54

Найбільш, так би мовити, нормативними, виявилися підлітки групи адаптованих геймерів (ОГА-Г). Цікавим аспектом є показник норми щодо вольового контролю емоційних реакцій (50,0, ст.відх. 7,17). Показники схильності до подолання норм і правил (57,0, ст.відх. 10,52), схильності до адитивної поведінки (59,0, ст.відх. 12,90), схильності до самопошкоджувальної та саморуйнівної поведінки (55,0, ст.відх. 8,47) та схильності до агресії та насильства (55,0, ст.відх. 9,99) по групі є в межах норми. За таких обставин, адаптовані геймери можуть розглядатися, як група найбільш стійка до девіацій.

Подібні тенденції, проте з більш стабільними нормативними показниками, можна побачити по групі адаптованих підлітків, які не належать до субкультурного простору (ГП-А). Так, для них є характерним рівень схильності подолання норм і правил (50,0, ст.відх. 10,26), схильність до адитивної поведінки (52,0, ст.відх. 8,40), схильність до агресії та насилля (51,0, ст.відх. 8,67) та нормативний показник вольового контролю емоційних реакцій, що є вкрай важливим для адекватної соціалізації підлітків (51,0, ст.відх. 8,54).

Узагальнені тенденції показників схильності до відхиленої поведінки, дозволяють визначити

потенційний зв'язок ступеня належності до субкультури з проявами відхиленої поведінки, які в цілому, визначають стратегії адаптації-дезадаптації, зокрема субкультурної соціалізації.

Маючи на меті, визначення вірогідних відмінностей в проявах показників відхиленої поведінки в 6 групах досліджуваних, було використано Н-критерій Крускала-Уолліса, зокрема, на рівні значущості  $p=0,05$  встановлено диференціальні відмінності кожної групи від інших, що складають статистично певний профіль групи підлітків, з орієнтацією на два показники: належність до субкультури та ступінь соціально-психологічної адаптації. Встановлено наступні відмінності (рис. 2).

Схильність до подолання норм та правил, певно відрізняє підлітків ОГД-Е ( $N_{emp}=45,34$ ) від підлітків ОГД-Г, що може свідчити про обумовленість даної схильності вибором стратегії соціалізації (на користь екстремальних захоплень). Відповідно, достовірно група ОГД-Е відрізняється цим показником від ОГА-Г ( $N_{emp}=37,67$ ), та ГП-А ( $N_{emp}=32,21$ ), що дає підстави припустити про вплив цієї схильності на тенденцію до пошуку субкультурної соціалізації в просторі екстремальних видів активності.

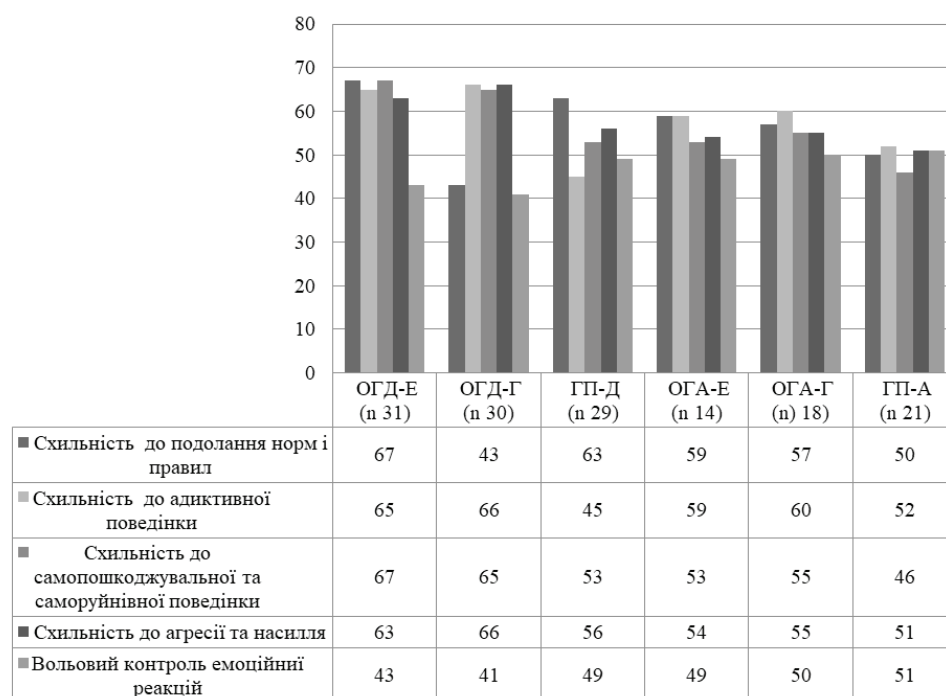


Рис. 2. Порівняльний аналіз проявів схильності до відхиленої поведінки

Схильність до адитивної поведінки має певні відмінності в наступних групах: ОГД-Г (Н емп=44,67) та ГП-Д (Н емп=31,21), що свідчить на значущість цієї ознаки для занурення в простір субкультури геймерів. Разом з тим, зазначена ознака є вирішальною саме для патернів дезадаптації геймерів, оскільки у порівнянні з групою адаптованих геймерів, дезадаптовані мають її високий показник, а у порівнянні з групою ГП-А (Н емп=28,76) можна констатувати, що резистентність до адитивної поведінки є одним з чинників позитивної не субкультурної соціально-психологічної адаптації підлітків, в той час, як її високі показники тісно пов'язані з поведінковими патернами соціально дезадаптованих геймерів та екстремалів (практично однакові середні показники та відсутня вірогідна різниця).

Схильність до самопошкоджувальної та саморуйнівної поведінки підлітків характеризується високими показниками за групами ОГД-Е та ОГД-Г. Достовірно ці показники відрізняються, від відповідних показників по групах ГП-Д (Н емп=34,65), ОГА-Е (Н емп=33,28), ОГА-Г (Н емп=31,33) та найбільш з групою ГП-А (Н емп=22,35), що свідчить про те, що така тенденція не є властивою підліткам, які мають високу соціально-психологічну адаптацію, та соціалізуються поза субкультурним простором.

Схильність до агресії та насилля суттєво відрізняє досліджуваних ОГД-Г (Н емп=46,33) від

ГП-Д (Н емп=34,24), ОГА-Е (Н емп=32,38) та ОГА-Г (Н емп=33,22), що засвідчує обумовленість цієї ознаки можливостями її реалізації в просторі онлайн ігор. Відповідна тенденція також пояснює відмінність групи ГП-А (Н емп=28,76) від решти груп, що дає підстави стверджувати про те, що вона може виступати кваліфікуючим критерієм, як занурення в субкультурний простір, так і бути ознакою дезадаптації.

Вольовий контроль емоційних реакцій по групах є невисоким, нижчим за норму. Це можна пояснити віковими особливостями груп, з якими було проведено дослідження. Найсуттєвіші відмінності встановлено в групі ГП-А (Н емп=35,54), групи ОГА-Г (Н емп=35,22) з групами ОГД-Е (Н емп=22,45), ОГД-Г (Н емп=20,23), що може пояснити вплив низького рівня здатності контролювати емоції на вибір стратегій занурення до субкультури та набуття особистістю патернів поведінки, що призводять до її соціально-психологічної дезадаптації.

Узагальнення поведінкових патернів у генезі психологічної дезадаптації в представників молодіжних субкультур підлітково-юнацького віку, потребувало дослідження схильності до віктимної поведінки (використано «Методику дослідження схильності до віктимної поведінки» О. О. Андроннікової). Результати дослідження представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

**Описова статистика показників схильності до віктимної поведінки**

	Агресивна віктимна поведінка	Саморуйнівна поведінка	Гіперсоціальна поведінка	Залежна безпомічна поведінка	Некритична поведінка	Реалізована віктимність
ОГД-Е (n 31)						
Середнє значення	9,00	7,00	4,00	3,06	8,00	6,00
Стандартне відхилення	1,03	2,19	2,86	2,06	1,78	2,23
ОГД-Г (n 30)						
Середнє значення	5,00	9,00	3,00	8,00	8,00	5,00
Стандартне відхилення	2,06	0,90	2,18	2,01	1,96	2,69
ГП-Д (n 29)						
Середнє значення	7,00	5,00	9,00	6,00	6,00	5,00
Стандартне відхилення	1,92	2,75	0,88	2,65	2,92	2,42
ОГА-Е (n 14)						
Середнє значення	7,00	7,00	8,00	2,00	7,00	2,00
Стандартне відхилення	1,61	2,25	1,66	1,30	1,66	1,30

ОГА-Г (n 18)						
Середнє значення	6,00	7,00	4,00	4,00	8,00	3,00
Стандартне відхилення	2,54	1,97	2,95	2,05	1,32	2,44
ГП-А (n 21)						
Середнє значення	4,00	4,00	7,00	3,00	6,00	1,00
Стандартне відхилення	2,04	2,32	1,09	1,54	2,82	0,00

Аналіз усереднених показників різних форм схильності до віктимної поведінки по групі ОГД-Е, дає підстави стверджувати, що профіль групи характеризує вищий за норму рівень агресивної віктимної поведінки (9,0, ст.відх. 1,03) та некритичної поведінки (8,0, ст.відх. 1,78). На рівні норми діагностовано показники саморуйнівної поведінки (7,0, ст.відх. 2,19), реалізованої віктимності (6,0, ст.відх. 2,23) та гіперсоціальної поведінки (4,0, ст.відх. 2,86). На рівні нижчому за норму, констатовано прояви залежної безпомічної поведінки (3,06, ст.відх. 2,06). В цілому, загальногрупова тенденція дезадаптованих екстремалів тяжіє до агресивної та некритичної поведінки.

Щодо групи ОГД-Г, вищий за норму рівень, встановлено за показниками саморуйнівної поведінки (9,0, ст.відх. 0,90), залежної безпомічної поведінки (8,0, ст.відх. 2,01) та некритичної поведінки (8,0, ст.відх. 1,96). Показники агресивної віктимної поведінки (5,0, ст.відх. 2,06) та реалізованої віктимності (5,0, ст.відх. 2,69) є нормативними, а гіперсоціальної поведінки (3,0, ст.відх. 2,18) є нижчим за норму. Таким чином, загальногруповий профіль дезадаптованих геймерів передбачає схильність до саморуйнівної, безпомічної та некритичної поведінки.

Досліджувані групи ГП-Д, характеризуються такими показниками схильності до віктимної поведінки як: надмірним рівнем гіперсоціальної поведінки (9,0, ст.відх. 0,88). Решта показників є нормативними, як залежна безпомічна поведінка (6,0, ст.відх. 2,65), некритична поведінка (6,0, ст.відх. 2,92), саморуйнівна поведінка (5,0, ст.відх. 2,75), та реалізована віктимність (5,0, ст.відх. 2,42). Проте, на пороговому рівні з тенденцією до зростання є показник агресивної віктимної поведінки (7,0, ст.відх. 1,93). Отже, дезадаптовані підлітки, які не є зануреними в субкультурний простір, мають високі тенденції до гіперсоціальної поведінки.

Розглядаючи профіль групи ОГА-Е, можна зазначити, що вищий за норму рівень характеризує показник гіперсоціальної поведінки (8,0, ст.відх. 1,66), пороговий нормативний рівень встановлено щодо агресивної віктим-

ної поведінки (7,0, ст.відх. 1,61), саморуйнівної поведінки (7,0, ст.відх. 2,25), некритичної поведінки (7,0, ст.відх. 1,66). Залежна безпомічна поведінка (2,0, ст.відх. 1,30) та реалізована віктимність (2,0, ст.відх. 1,30) представлено незначуще для групового показника. Таким чином, адаптовані екстремали характеризуються надмірно високою гіперсоціальною поведінкою та тенденціями до агресивної віктимної, некритичної та саморуйнівної поведінки.

Аналізуючи прояви віктимної поведінки досліджуваних ОГА-Г зазначимо, що переважає показник некритичної поведінки (8,0, ст.відх. 1,32), на нормативному рівні, проте порогового значення є схильність до саморуйнівної поведінки (7,0, ст.відх. 1,97). Також на рівні норми визначено показники агресивної віктимної поведінки (6,0, ст.відх. 2,54), гіперсоціальної поведінки (4,0, ст.відх. 2,95) та залежної безпомічної поведінки (4,0, ст.відх. 2,05). Нижче норми є показник реалізованої віктимності (3,0, ст.відх. 2,44). Отже, адаптовані геймери характеризуються некритичною поведінкою, з тенденцією до саморуйнівної.

Підлітки групи ГП-А мають нормативні показники за більшістю шкал, зокрема максимально нормативний показник з гіперсоціальної поведінки (7,0, ст.відх. 1,09), нормативний рівень некритичної поведінки (6,0, ст.відх. 2,82), агресивної віктимної поведінки (4,0, ст.відх. 2,04), саморуйнівної поведінки (4,0, ст.відх. 2,32). Нижче за норму є показники залежної безпомічної поведінки (3,0, ст.відх. 1,54) та реалізованої віктимності (1,0, ст.відх. 0.), цей показник є найнижчим у порівнянні з усіма іншими в досліджуваних групах. Таким чином, соціально адаптовані підлітки, соціалізація яких відбувається поза субкультурним простором, характеризуються найнижчими показниками реалізованої віктимності, та високою тенденцією до гіперсоціальної поведінки.

Достовірні відмінності в показниках схильності до віктимної поведінки в 6 групах досліджуваних, було визначено за Н-критерієм Крускала-Уолліса, зокрема на рівні значущості  $p=0,01$  (рис.3).

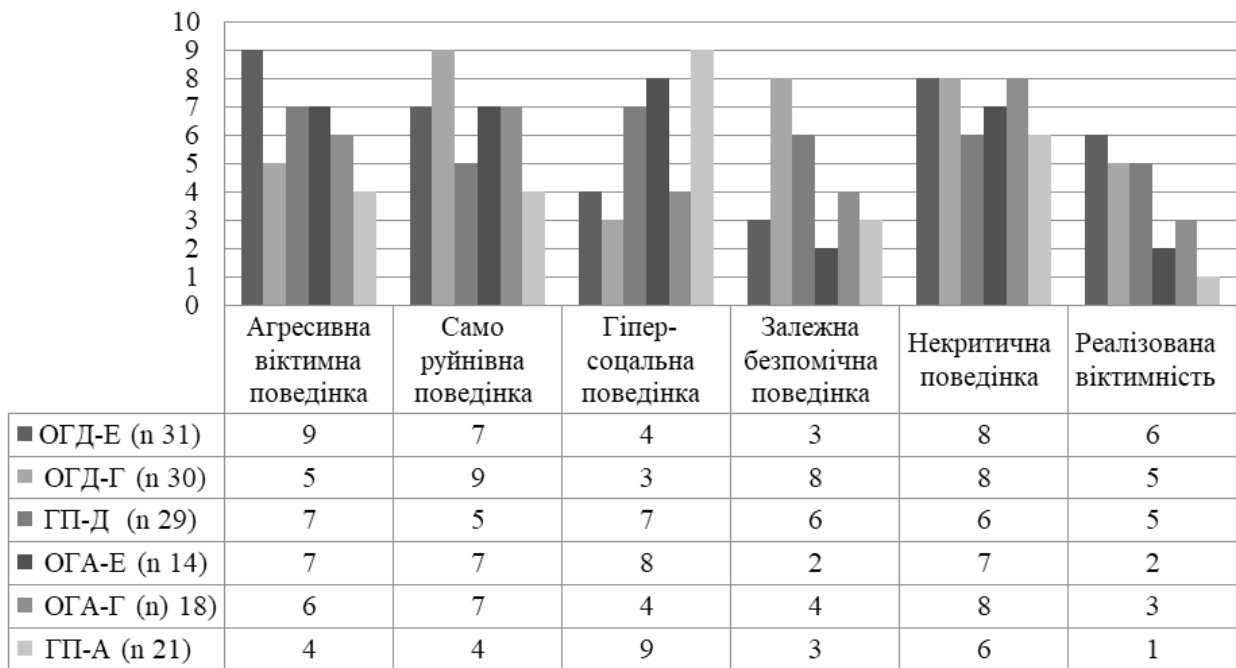


Рис. 3. Порівняльний аналіз проявів схильності до віктимної поведінки

За показником агресивної віктимної поведінки суттєві достовірні відмінності, з всіма групами досліджуваних, виявлено у досліджуваних ОГД-Е ( $H_{\text{емп}}=8,14$ ), що дає підстави вважати цю схильність суттєвою ознакою дезадаптованих екстремалів.

Щодо показника саморуйнівної поведінки, слід зазначити про достовірну різницю в прояві ОГД-Г ( $H_{\text{емп}}=8,23$ ) з ГП-Д ( $H_{\text{емп}}=4,34$ ) та ГП-А ( $H_{\text{емп}}=3,84$ ), що може свідчити про вагомий вплив саморуйнівної поведінки на генезу дезадаптації геймерів.

Гіперсоціальна поведінка достовірно відрізняє від решти груп досліджуваних ГП-А ( $H_{\text{емп}}=8,78$ ) та ОГА-Г ( $H_{\text{емп}}=8,04$ ), що може свідчити про значущість цього патерну поведінки в адаптації підлітків, як в субкультурному просторі, так і поза субкультурою.

Залежна безпомічна поведінка ( $H_{\text{емп}}=7,94$ ) достовірно відрізняє групу ОГД-Г ( $H_{\text{емп}}=7,97$ ), що виступає важливою ознакою патернів поведінки дезадаптованих геймерів.

Некритична поведінка як показник схильності до віктимності не має достовірних відмінностей по групах.

Реалізована віктимність в структурі генезису психологічної дезадаптації, достовірно відрізняє досліджуваних ГП-А ( $H_{\text{емп}}=1,0$ ), ОГА-Е ( $H_{\text{емп}}=2,0$ ), ОГА-Г ( $H_{\text{емп}}=3,0$ ) від решти груп, що свідчить про вагомість цього чинника в адаптаційних можливостях підлітків, проте не є вирішальною для вибору стратегії соціалізації, оскільки зустрічається, як серед досліджуваних груп геймерів, екстремалів, так і підлітків, які не занурені до субкультур.

Використовуючи методи автоматизованого лінійного моделювання, на матеріалі загальної вибірки, побудовано модель предикації (пакет SPSS-22) соціально-психологічної дезадаптації підлітків (рис.4).

Модель демонструє вирішальний вплив патернів залежної безпомічної поведінки представників молодіжних субкультур та досвід реальної реалізованої віктимності. Можемо припустити, що сам субкультурний простір нерідко виступає середовищем реалізації віктимності. Залежна безпомічна поведінка у такому контексті може стати однією з мішеней психокорекційної роботи психологів з підлітками.



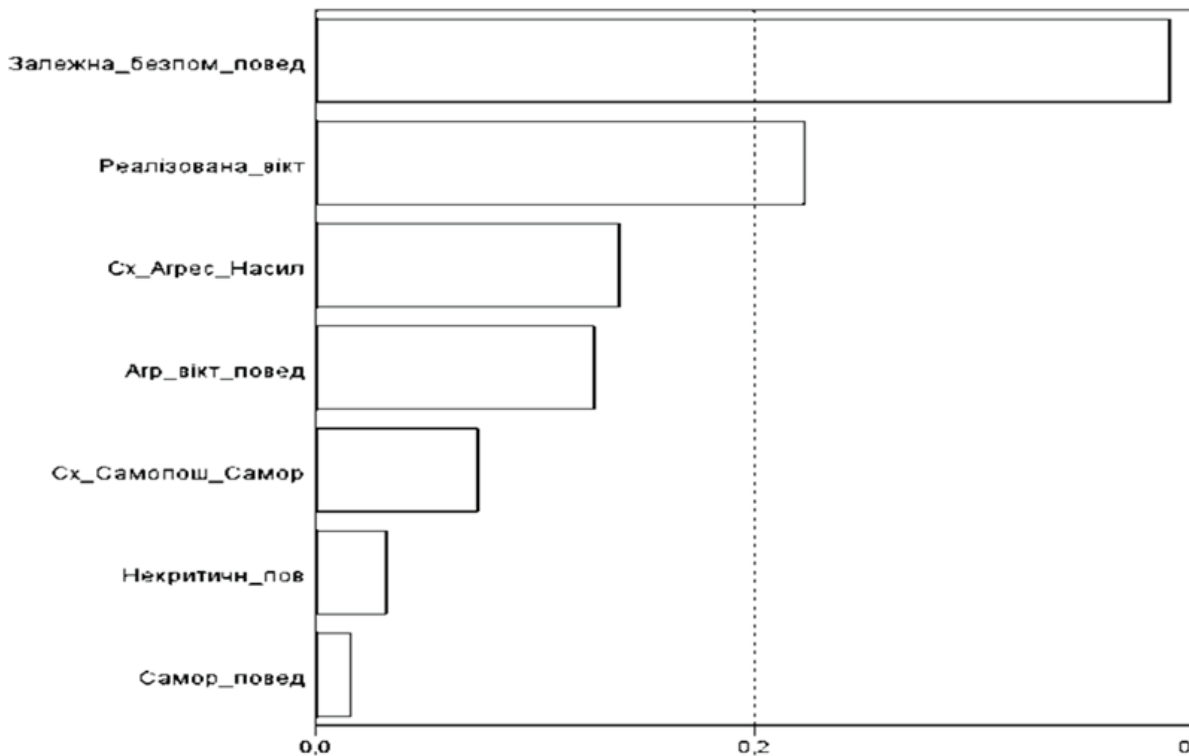


Рис. 4. Модель предикації соціально-психологічної дезадаптації підлітків в субкультурно-му просторі, з урахуванням схильностей до віктимної та відхиленої поведінки

Висновки. Результати емпіричного дослідження поведінкових патернів в генезі психологічної дезадаптації у представників молодіжних субкультур підлітково-юнацького віку дозволяють зробити такі узагальнення.

Встановлено диференціальні відмінності, що складають статистично достовірний профіль шести груп підлітків з орієнтацією на два показники: належність до субкультури та ступінь СПА. Зокрема доведено вплив схильності до подолання норм та правил на тенденцію до пошуку субкультурної соціалізації в просторі екстремальних видів активності. Визначено, що резистентність до адитивної поведінки є одним з чинників позитивної не субкультурної соціально-психологічної адаптації підлітків, в той час, як її високі показники тісно пов'язані з поведінковими патернами соціально дезадаптованих геймерів та екстремалів. Схильність до агресії та насилля може виступати кваліфікуючим критерієм, як занурення в субкультурний простір, так

і бути ознакою дезадаптації. Разом з тим, встановлено вплив низького рівня здатності контролювати емоції на вибір стратегій занурення до субкультури та набуття особистістю патернів поведінки, що призводять до її соціально-психологічної дезадаптації.

Констатовано вплив саморуйнівної поведінки на генезу дезадаптації геймерів. Визначено, що гіперсоціальна поведінка відіграє провідну роль в адаптації підлітків, як в субкультурному просторі, так і поза субкультурою. Залежна безпомічна поведінка виступає диференційною ознакою патернів поведінки дезадаптованих геймерів.

Побудовано модель предикації соціально-психологічної дезадаптації підлітків в субкультурному просторі, з урахуванням схильностей до віктимної та відхиленої поведінки. Дослідження розкриває перспективи побудови системи психологічного супроводу дезадаптованих підлітків.

### Література.

1. Dekel O., Dempsey L., Moorlock E. Youth Subcultural Theory: Making Space for a New Perspective (chapter 16)/Young Consumer Behaviour: A Research Companion; Ed. By A. Gbadamosi. – London: Routledge, 2017. – P. 288 – 307.
2. Khallouli K. J., Gharbi A. Symbolic Consumption by Teenagers: A Discussion through the Optics of Appearance and Identity // International Journal of Business and Social Science. 2013. Vol. 4(7), P. 99-105.
3. Erikson E. H. Childhood and Society. Vintage, Alma. 1995.
4. Маркова М. В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): автореф. дис. ... доктора медичних наук ... 19.00.04 медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2007. 36 с.
5. Алексеева Т. В., Луньов В. Є. Молодіжні субкультури: розбіжності у світогляді і способі життя/В кн.: Девіантологія: у 2-х ч.: навчальний посібник для студ. вищ. закл. освіти. Ч. 1. – Київ: ТОВ «Планер», 2018. – 674 с.
6. Практическая психодиагностика (методики и тесты)/Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1999. 672 с.
7. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. С. 362 – 370.
8. Андронникова О. О. Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков. Новосибирск, 2005. - 213 с.
9. Малкина-Пых И. Г. Психология поведения жертвы. – М.: Эксмо, 2006. – 1008 с.
10. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабиц П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2000. — 320 с

# ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Яворська Т. П.

@ Тетяна Петрівна Яворська (Україна) – к.м.н., лікар Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, м. Харків; пр. Незалежності 13, 61058; асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків; вул. Амосова, 58, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

@ Tatyana Yavorska(Ukraine) – MD, PhD (candidate of medical sciences), doctor of the Kharkiv Regional Clinical Hospital, an Emergency Medical Assistance and Disaster Medicine Center, Kharkiv; av. Independence 13, 61058; an assistant of the Department of Ultrasound Diagnostics at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; Amosova St., 58, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

@ Татьяна Петровна Яворская (Украина) – к.м.н., врач Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, пр. Независимости, 13, 61058; ассистент кафедры ультразвуковой диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, г. Харьков; ул. Амосова, 58, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

## ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

### Анотація:

Стрес-долаюча поведінка – це важлива складова в адаптації особистості до стресових подій та підтримання психологічного балансу. Метою даної роботи було вивчити особливості стрес-долаючої поведінки у хворих з цереброваскулярною патологією (ЦВП) в динаміці її розвитку на різних етапах перебігу хвороби. На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016 – 2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією різного ступеню прояву. Дослідження копінгу проводилося з використанням опитувальника «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса і С. Фолкмана. У опитуваних з високим ризиком розвитку ЦВП, клінічними проявами патології та пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту визначалася в цілому більша напруженість копінгу, ніж у соматично благополучних осіб. Також мав місце дисбаланс форм копінгу з низькою та високою ефективністю подолання стресу: домінували конфронтація, дистанціювання, уникнення на противагу рішення проблем, позитивній переоцінці, зростала роль соціальної підтримки й як звернення до зовнішнього психосоціального ресурсу. Таким чином, у пацієнтів на різних етапах ЦВП визначався стрес-нестійкий копінг-профіль, який був з одного боку підґрунтям для розвитку стрес-асоційованих психосоматичних зрушень, а з іншого – недостатньо протидіяв наявному стресовому навантаженню та адаптації індивідів. Визначення та психологічна корекція неефективних копінг-стратегій у пацієнтів з ЦВЗ є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги для даного контингенту хворих.

**Ключові слова:** копінг, цереброваскулярна патологія, медико-психологічна допомога.

### FEATURES OF COPING IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY AT DIFFERENT STAGES OF DISEASES

### Abstract:

Coping is an important component in adapting a person to stressful events and maintaining a psychological balance. The aim of this work was to study the features of coping in patients with cerebrovascular pathology (CVP) in the dynamics of its development at different stages of the disease. At Kharkiv Regional Clinical Hospital - Emergency and Emergency Medicine Center during 2016-2018, observed 383 patients with cerebrovascular pathology on different stage of diseases. The coping assessed by using the Ways of Coping Questionnaire R. Lazarus & S. Folkman. In persons with high risk of CVP, clinical manifestations of CVP and patients after a stroke generally defined more tension of coping than in somatic healthy people. There occurred an imbalance forms of coping with low and high efficiency, dominated confrontation, distancing, avoidance versus problem solving, positive reevaluation, increasing the role of social support as

external psychosocial resource. Therefore, patients at various stages of CVP had unstable stress coping-profile that was on the one hand the basis for the development of stress-related psychosomatic changes, on the other – not correctly solve the existing stress. Detection and psychological correction of ineffective coping strategies in patients with CVP is an important component of psychological help for this contingent of patients.

**Keywords:**

СОБЕНОНОТІ КОПІНГА У ПАЦІЕНТОВ НА РАЗНОХ ЕТАПАХ РОЗВИТТЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

**Аннотація.**

Стресс-преодолеваюче поведіння – це важлива складова в адаптації особистості до стресових подій і підтримки психологічного балансу. Метою даної роботи було вивчити особливості стресс-преодолеваючого поведіння у хворих з цереброваскулярною патологією (ЦВП) в динаміці її розвитку на різних етапах течії захворювання. На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги і медицини катастроф на період з 2016-2018 рр. було досліджено 383 пацієнта з цереброваскулярною патологією різної ступеня розвитку. Дослідження копінга проводилося з використанням опитувальника «Способи справляючого поведіння» Р. Лазаруса і С. Фолкмана. У досліджуваних з високим ризиком розвитку ЦВП, клінічними проявами патології і пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту визначалася в цілому більша напруженість копінга, ніж у соматично благополучних осіб. Також мав місце дисбаланс форм копінга з низькою і високою ефективністю подолання стресу: домінували конфронтація, дистанціювання, уникання в протилежні рішення проблем, позитивної переоцінки, зростає роль соціальної підтримки як звернення до зовнішнього психосоціального ресурсу. Таким чином, у пацієнтів на різних етапах ЦВП визначався стресс-неустойчивий копінг-профіль, який був з однієї сторони основою для розвитку стресс-асоційованих психосоматических зсувів, а з іншої – недостатньо протидіяв існуючій стрессовій навантаженню і адаптації індивідів. Визначення і психологічна корекція неефективних копінг-стратегій у пацієнтів з ЦВП є важливою складовою мірою медико-психологічної допомоги для даної категорії хворих.

**Ключевые слова:** копінг, цереброваскулярна патологія, медико-психологічна допомога.

Копінг стратегії – це важлива лінія оборони особистості у ситуації стресу чи кризової життєвої ситуації. Стрес-долаюча поведінка дозволяє амортизувати стрес та відновлювати нормальне психічне функціонування індивіда. Г. Вебер визначає копінг через стратегію дій, яку використовує людина, в ситуаціях психологічної загрози, для фізичного, особистісного та соціального благополуччя [1].

Копінг за своїм змістом представляє собою усвідомлену, орієнтовану на адаптацію поведінку, спрямовану на усунення або психологічне подолання кризової ситуації. Ефективність копіngu залежить від ряду факторів: особистості, об'єктивних умов ситуації та наявності психосоціального ресурсу.

Р. Лазарус і С. Фолкман виділили два основні види копіngu: проблемно-орієнтований, спрямований на вирішення проблеми та емоційно-орієнтований, пов'язаний зі зміною особистісних установок щодо ситуації.

Е. Хайм виділяє три сфери ієрархічної структури психіки, в яких відбувається реалізація копінг-стратегій поведінки: емоційну, когнітивну і поведінкову [2]. Емоційні копінг-механізми включають протест, обурення, плач або навпаки ізоляцію, пригнічення почуттів; когнітивні – переключення думок, звернення до творчості, філософський підхід до проблеми; поведінкові – прояв альтруїзму, переключення на оточення, активна діяльність, вихід у роботу.

Важливого значення у протидії стресу набувають не лише копінг-стратегії, але і копінг-ресурси, що є базою для розгортання стресс-долаючої поведінки: фізичні (рівень здоров'я, спадковість), психологічні (особистісні властивості, установки, життєва позиція), соціальні (родина, підтримка оточення), матеріальні.

Дослідження копінг-поведінки не обмежується лише психологічними поняттями,



а глибоко розглядається через призму нейрпсихології та нейрофізіології [3].

Хвороба є прикладом кризової життєвої ситуації, рівень стресу якої обумовлений тяжкістю наслідків патології та її суб'єктивним відображенням у психіці пацієнта. Подолання захворювання нерозривно пов'язане із здатністю хворого адаптуватися до лікування та змінювати свій спосіб життя, відповідно роль копінгу зростає.

Дослідження копінгу у пацієнтів з соматичною патологією стало невід'ємною частиною психологічної допомоги в медичній практиці [4, 5]. Поряд з класичними методиками психологічної діагностики, впроваджується діагностичний інструментарій, який дозволяє оцінити специфічні його прояви, наприклад проактивний копінг [6, 7].

Копінг-стратегії прив'язують не лише до поведінки пацієнтів під час хвороби, але і в якості чинників, що можуть приводити до розвитку патології. У дослідженні копінгу серед хворих з кардіометаболічними порушеннями, виявлено, що його ризик пов'язаний із вираженістю різноспрямованих тенденцій в стилі стрес-долаючої поведінки, поєднанні конфронтації та дистанціювання [8]. Встановлено, що для осіб з доклінічними порушеннями здоров'я притаманні труднощі планування дій, спрямованих на вирішення проблем, поєднання орієнтованості на активний опір проблемі з тенденцією до її ігнорування або до знецінення. Тоді як клінічно розгорнута симптоматика супроводжується поєднанням планування вирішення проблеми з тенденцією до ухилення від реальних дій. Наслідком даної поведінки стає хронічне емоційне напруження та формування стійких дезадаптивних способів «швидкого» відновлення емоційної рівноваги – переїдання, тютюнопаління, пасивного відпочинку, що по суті є факторами ризику розвитку соматичної патології. Відповідно, оцінка наявних у особистості форм копінгу, розкриває широкі можливості до профілактики розвитку чи негативних наслідків захворювань.

Дослідження копінг-стратегій у пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту як важкого кризового стану, обумовленого значним погіршенням фізичного та психічного здоров'я, має важливе значення для прогнозування якості життя та подальшої реабілітації хворих [9 – 11].

Виявлено, що у пацієнтів, які перенесли інсульт має місце певна динаміка прояву стрес-долаючої поведінки, до 1 року після судинної катастрофи переважають стратегії дисфункціонального характеру (когнітивний і поведінковий відхід від вирішення пробле-

ми, вираження негативних емоцій, заперечення хвороби), що в подальшому змінюється емоційно-орієнтованим копінгом у вигляді прийняття ситуації, позитивного переформулювання та особистісного росту, гумору) у адаптивному варіанті розвитку ситуації [12].

Важлива роль копінгу у адаптації до хвороби та її наслідків обумовлює потребу у розробці заходів психологічної допомоги. На сьогодні проблемно-орієнтована психотерапія вже показала свою високу ефективність у покращенні стрес-долаючої поведінки у пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту [13, 14].

Вивчення копінгу у пацієнтів з цереброваскулярною патологією, включає як дослідження неадаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки задіяних у розвитку патології, зокрема щодо питань здорового життєвого стилю, так і в аспекті подолання стресу під час перебігу хвороби.

Мета роботи – вивчити особливості стрес-долаючої поведінки у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку на різних етапах перебігу хвороби.

Контингент і методи дослідження. На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016 – 2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією (ЦВП) різного ступеню прояву (основна група – ОГ): від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) (з його клініко-лабораторною верифікацією з визначенням ліпідного профілю), до судинної катастрофи в анамнезі. В дослідження були включені 122 пацієнти, які мали серцево-судинні захворювання з високим ризиком розвитку ЦВП – група 1 (Г1), 134 пацієнти з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) в анамнезі – група 2 (Г2), та 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (МІ) – група 3 (Г3).

Критеріями включення для учасників дослідження були наступні: високий ризик чи клінічно розгорнута картина ЦВП, які розвинулися на фоні серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного та наркологічного анамнезу, порушень свідомості та психотичних станів на момент огляду.

Критеріями виключення виступали наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів, тяжкої супутньої соматичної патології (стани декомпенсації), виражених

соматичних захворювань (окрім серцево-судинної та ЦВП), перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів.

Поділ пацієнтів саме на такі групи, на нашу думку, дозволить простежити вплив поведінкових, особистісних, психосоціальних факторів на розвиток та перебіг ЦВП на різних з точки зору медичної практики та медико-психологічної парадигми етапів хвороби.

Серед пацієнтів Г1 тривалість перебігу ЦВП становила від 1 до 3 років, серед хворих з ТІА у Г2 – клінічна симптоматика спостерігалася від 6 міс. до 2 років, пацієнти з МІ знаходилися у періоді після судинної катастрофи у терміні від 3 міс. до 18 міс. Вік обстежених становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки – 58,5%, жінки склали 41,5%. Пацієнти з гіпертонічною хворобою становили – 59,8% та з ішемічною хворобою серця – 40,2%.

У якості групи порівняння (ГП) було обстежено 47 умовно здорових осіб з відсутністю ризику або ознак ЦВП, верифікованих клініко-лабораторним дослідженням.

Дослідження якості життя проводилося з використанням опитувальника «Способи стрес-долаючої поведінки» (Ways of Coping Questionnaire Р. Лазаруса и С. Фолкман, WCQ). Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення. У ГП – серед клінічно здорових осіб, домінували копінг-стратегії соціальної підтримки, відповідальності, самоконтролю, рішення проблеми, конфронтації, менш напруженими були – дистанціювання, позитивна переоцінка та уникнення.

У Г1 – опитуваних групи ризику щодо розвитку ЦВП, спостерігалася інша значимість стрес-долаючих стратегій – домінували конфронтація та відповідальність, нижчу напруженість показували соціальна підтримка, дистанціювання, та ще меншу – рішення проблеми, самоконтроль, уникнення та позитивна переоцінка.

Для опитуваних з Г2 провідними стратегіями копінгу виступали конфронтація, відповідальність, соціальна підтримка, дистанціювання, менш задіяними були – рішення проблеми, уникнення, самоконтроль та позитивна переоцінка.

У Г3 – пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт, домінували соціальна підтримка, відповідальність, дистанціювання, конфронтація, нижчу напруженість мали уникнення, самоконтроль, рішення проблеми та позитивна переоцінка.

Статистичний аналіз отриманих резуль-

татів проводився крок за кроком. Враховуючи змістовні особливості ступеню порушення фізичного здоров'я у кожній з груп – від стану умовного соматичного благополуччя, наявності факторів ризику розвитку патології, клінічних її ознак та значимих наслідків, було проведено аналіз за параметрами стрес-долаючої поведінки між: 1) ГП, Г1, Г2 та Г3 – «здорові – група ризику – з клінічними проявами ЦВП – після мозкового інсульту» та окремо; 2) ГП та Г1 – «здорові – група ризику»; 3) ГП та Г2 – «здорові – з клінічними проявами»; 4) ГП та Г3 – «здорові – після мозкового інсульту»; 5) Г1 та Г2 – «група ризику – з клінічними проявами»; 6) Г1 та Г3 – «група ризику – після мозкового інсульту»; 7) Г2 та Г3 – «клінічні прояви ЦВП – після мозкового інсульту».

У континуумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» визначалися, табл. 1:

— вища напруженість копінг-стратегій конфронтації (44,9±10,5 балів у ГП, 51,2±11,5 балів у Г1, 51,7±14,9 балів у Г2 та 50,5±13,9 балів у Г3), дистанціювання (відповідно 40,8±13,6 балів, 47,6±14,9 балів, 49,2±15,6 балів та 53,5±15,6 балів), звернення до соціальної підтримки (48,0±12,6 балів, 47,9±13,0 балів, 50,5±17,2 балів та 56,0±14,7 балів), уникнення у пацієнтів з Г1, Г2 та Г3 у порівнянні з ГП (38,6±11,4 балів, 42,2±12,2 балів, 42,2±11,6 балів та 45,7±12,7 балів);

— нижча напруженість стрес-долаючої поведінки у вигляді рішення проблеми у Г2 та Г3 на відміну від ГП та Г1 (44,8±12,1 балів, 44,9±13,8 балів, 43,9±12,2 балів та 39,3±12,1 балів).

Відмінності були відсутні за стратегіями самоконтролю, відповідальності та позитивної переоцінки.

За результатами порівняння копінгу поміж групами крок за кроком виявлено, (табл. 2):

— вищі показники щодо копінг-стратегій конфронтації та дистанціювання у Г1, Г2 та Г3 на противагу ГП;

— різку зміну та збільшення напруженості копінг-стратегій у пацієнтів, які пережили мозкову катастрофу;

— прогресивне збільшення напруженості дистанціювання, соціальної підтримки, уникнення та зниження рішення проблеми у Г2 та Г3 – пацієнтів з клінічними проявами ЦВП та після мозкового інсульту на відміну від соматично благополучних опитуваних та осіб групи ризику щодо розвитку ЦВП;

— зниження потенціалу стратегії позитивної переоцінки та підвищення прийняття відповідальності у пацієнтів Г3, тобто хворих після мозкового інсульту.

Таблиця 1

**Копінг у досліджуваних групах,  $x \pm \sigma$  (бали)**

№	Показник	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
1	Конфронтація*	44,9±10,5	51,2±11,5	51,7±14,9	50,5±13,9
2	Дистанціювання*	40,8±13,6	47,6±14,9	49,2±15,6	53,5±15,6
3	Самоконтроль	45,1±12,1	43,5±14,0	41,2±14,2	42,8±12,8
4	Соціальна підтримка*	48,0±12,6	47,9±13,0	50,5±17,2	56,0±14,7
5	Відповідальність	48,4±14,4	51,4±16,4	51,2±17,5	54,3±17,6
6	Уникнення*	38,6±11,4	42,2±12,2	42,2±11,6	45,7±12,7
7	Рішення проблеми*	44,8±12,1	44,9±13,8	43,9±12,2	39,3±12,1
8	Позитивна переоцінка	40,6±11,4	38,7±10,3	38,6±12,1	36,4±12,6

Примітка. \* достовірність різниці між групами  $p < 0,05$  між 4-ма групами

Таблиця 2

**Відмінності у рівні напруженості копінгу між групами**

№	Показник	ГП / Г1	ГП / Г2	ГП / Г3	Г1 / Г2	Г1 / Г3	Г2 / Г3
1	Конфронтація	+	+	+	немає	немає	немає
2	Дистанціювання	+	+	+	немає	+	+
3	Самоконтроль	немає	немає	немає	немає	немає	немає
4	Соціальна підтримка	немає	немає	+	немає	+	+
5	Відповідальність	немає	немає	+	немає	немає	немає
6	Уникнення	немає	немає	+	немає	+	+
7	Рішення проблеми	немає	немає	+	немає	+	+
8	Позитивна переоцінка	немає	немає	+	немає	немає	немає

\ Примітка. + - статистично значима відмінність,  $p < 0,05$ .

Отримані результати вказували на відмінності у спектрі застосовуваних форм стрес-долаючої поведінки поміж клінічно здоровими опитуваними та особами з ознаками соматичного неблагополуччя. У опитуваних Г1, Г2 та Г3 стратегії конфронтації та дистанціювання були первинно більш вираженими у порівнянні з особами з ГП, що може вказувати на їх психопатогенетичну роль у розвитку стрес-асоційованих психосоматичних зрушень.

Захворювання чи просто наявність нозогенних факторів ризику спричиняли збільшення напруженості копінгу у відповідь на стресогенну ситуацію, якою була соматична патологія. Різке порушення фізичного здоров'я, у даному випадку перенесений мозковий інсульт, викликали різку трансформацію копінг-профілю, спрямовану на подолання

актуального стресу.

У структурі стрес-долаючої поведінки у опитуваних з Г2 та Г3, менше Г1, визначалося зростання кількості осіб з високою напруженістю стратегій конфронтації, дистанціювання, соціальної підтримки, відповідальності, та низькою напруженістю – самоконтролю та вирішення проблем, табл. 3.

Враховуючи змістовний поділ копінг-стратегій у діапазоні «ефективний – неефективний» спосіб подолання стресу, такі форми як дистанціювання, уникнення мають низький потенціал адаптації, конфронтація, відповідальність, соціальна підтримка – амбівалентний, тоді як самоконтроль, рішення проблеми та позитивна переоцінка – високі. Відповідно, в опитуваних з Г1, Г2 та Г3 спостерігалось зниження адаптаційних можливостей до подолання стресу.

Таблиця 3

## Структура копінг-стратегій у досліджуваних групах, %

№	Копінг-стратегія	Рівень напруження	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
1	Конфронтація	Низький	8,5	4,1	9,0	8,7
		Помірний	85,1	83,6	69,4	74,0
		Високий	6,4	12,3	21,6	17,3
2	Дистанціювання	Низький	23,4	11,5	7,5	4,7
		Помірний	68,1	72,1	70,1	68,5
		Високий	8,5	16,4	22,4	26,8
3	Самоконтроль	Низький	12,8	23,8	32,1	22,8
		Помірний	78,7	65,6	59,0	70,9
		Високий	8,5	10,7	9,0	6,3
4	Соціальна підтримка	Низький	10,6	12,3	19,4	7,1
		Помірний	80,9	80,3	61,9	66,1
		Високий	8,5	7,4	18,7	26,8
5	Відповідальність	Низький	-	-	-	-
		Помірний	83,0	77,9	79,9	69,3
		Високий	17,0	22,1	20,1	30,7
6	Уникнення	Низький	27,7	16,4	16,4	13,4
		Помірний	72,3	82,0	83,6	85,8
		Високий	-	1,6	-	0,8
7	Рішення проблеми	Низький	23,4	23,0	22,4	33,9
		Помірний	74,5	69,7	75,4	66,1
		Високий	2,1	7,3	2,2	-
8	Позитивна переоцінка	Низький	21,3	20,5	29,9	43,3
		Помірний	76,6	78,7	67,9	55,1
		Високий	2,1	0,8	2,2	1,6

На підставі отриманих результатів можна зробити висновки, що в опитуваних з високим ризиком розвитку ЦВП, клінічними проявами патології та пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту:

— визначалася в цілому більша напруженість копінгу, ніж у соматично благополучних осіб;

— мав місце дисбаланс форм копінгу з низькою та високою ефективністю подолання стресу: домінували конфронтація, дистанціювання, уникнення на протигагу рішенню проблем, позитивній переоцінці;

— зростала роль соціальної підтримки як звернення до зовнішнього психосоціального ресурсу.

Таким чином, у пацієнтів на різних етапах ЦВП визначався стрес-нестійкий копінг-профіль, який був з одного боку підґрунтям для розвитку стрес-асоційованих психосоматичних зрушень, а з іншого – недостатньо протидіяв наявному стресовому навантаженню та адаптації індивідів. Відповідно корекція неефективних копінг-стратегій є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги для пацієнтів з ЦВП.



## Література

1. Weber, H. Belastungsverarbeitung // *Z. für Klinische Psychologie*. 1992. Bd. 21. P. 17-27.
2. Церковский А. Л. Современный взгляд на копинг-проблему // *Вестник ВГМУ*. 2006. №3. С. 112 – 121.
3. Fisher DW, Han Y, Lyman KA, Heuermann RJ, Bean LA, Ybarra N, Foote KM, Dong H, Nicholson DA, Chetkovich DM. HCN channels in the hippocampus regulate active coping behavior // *J Neurochem*. 2018. Vol. 146(6). P. 753-766.
4. Donnellan C, Hevey D, Hickey A, O'Neill D. Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006. Vol. 77(11). P. 1208-18.
5. Wei C., Zhang F., Chen L., Ma X., Zhang N., Hao J. Factors associated with post-stroke depression and fatigue: lesion location and coping styles // *J Neurol*. 2016. Vol. 263(2). P. 269-276.
6. Tielemans NS, Visser-Meily JM, Schepers VP, Post MW, van Heugten CM. Proactive coping poststroke: psychometric properties of the Utrecht Proactive Coping Competence Scale // *Arch Phys Med Rehabil*. 2014. Vol. 95(4). P. 670-5.
7. Tielemans NS, Schepers VP, Visser-Meily JM, Post MW, van Heugten CM. Associations of proactive coping and self-efficacy with psychosocial outcomes in individuals after stroke // *Arch Phys Med Rehabil*. 2015. Vol. 96(8). P. 1484-91.
8. Долганова Н. П. Стресс-совладающее поведение лиц с повышенным кардиометаболическим риском // *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2012. №153-1. С. 197 – 205.
9. Darlington AS, Dippel DW, Ribbers GM, van Balen R, Passchier J, Busschbach JJ. A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke, assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness // *J Rehabil Med*. 2009. Vol. 41(4). P. 237-41.
10. Lo Buono V., Corallo F., Bramanti P., Marino S. Coping strategies and health-related quality of life after stroke // *J Health Psychol*. 2017. Vol. 22(1). P. 16-28.
11. Darlington AS, Dippel DW, Ribbers GM, van Balen R, Passchier J, Busschbach J. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study // *J Cerebrovasc Dis*. 2007. Vol. 23(5-6). P. 401-7.
12. Вишнева А.Е. Динамика стратегий совладания у больных с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм // *Национальный психологический журнал*. 2013. №1(9). с.103–109.
13. Visser MM, Heijenbrok-Kal MH, Van't Spijker A, Lannoo E, Busschbach JJ, Ribbers GM. Problem-Solving Therapy During Outpatient Stroke Rehabilitation Improves Coping and Health-Related Quality of Life: Randomized Controlled Trial // *Stroke*. 2016. Vol. 47(1). P. 135-42.
14. Visser MM, Heijenbrok-Kal MH, Spijker AV, Oostra KM, Busschbach JJ, Ribbers GM. Coping, problem solving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation // *Arch Phys Med Rehabil*. 2015. Vol. 96(8). P. 1492-8.

# TO A QUESTION OF ARCHITECTURE OF PSYCHOTHERAPY SYSTEMS

Курило В. О.

Курило Віталій Олексійович

Запорізький державний медичний університет МОЗ України, вул.  
Сєдова, 31, м. Запоріжжя, 69035, Україна  
e-mail: v.kurilo@i.ua; ORCID 0000-0001-6579-8306

## TO A QUESTION OF ARCHITECTURE OF PSYCHOTHERAPY SYSTEMS

**Abstract:** The task of the study was to analyze the problems of structuring a psychotherapeutic clinic and highlight the optimal structure of the stages of the psychotherapy system. To this end, a content analysis of existing ideas on the research topic was conducted. The results of the study demonstrate the state of psychotherapy as a clinical and scientific discipline in our time. The systematic use of contingent-specific combinations of psychotechnics determines the most relevant, at the moment, approach to structuring a psychotherapeutic clinic. Nevertheless, the issues of ergonomics and congruence both in relation to the object – the target contingent, and to the subject – the personality of the psychotherapist – receive the illumination only in separate studies. This list of conceptual studies sets is the general vector of methodological consolidation and disciplinary attribution of psychotherapy, transforming a disparate set of communicative practices, as it was at the beginning of the 21st century, into a clinical discipline that requires implementation of a systematic approach from the methodology that appeals to it. The study formulates the key questions, which are designed to determine the role and content of psychotherapy as a clinical discipline. The analysis of the existing systems of psychotherapy is carried out and their main features and global shortcomings are highlighted. The modern concept of the “psycho-phenomenological profile”, was designed to improve the psychotherapeutic process, was reviewed and analyzed. The optimal stages of the psychotherapy system and their components were highlighted.

**Key words:** psychotherapy, psycho-phenomenological profile, psychotechnics, stages of the system of psychotherapy

## ДО ПИТАННЯ ПРО АРХІТЕКТУРУ СИСТЕМ ПСИХОТЕРАПІЇ

**Анотація:** Завданням дослідження стало проаналізувати проблеми структурування психотерапевтичної клініки та виділити оптимальну структуру етапів системи психотерапії. З цією метою було проведено контент-аналіз існуючих уявлень з теми дослідження. Результати демонструють уявлення про стан психотерапії як клінічної та наукової дисципліни в наш час. Відзначено, що систематичне використання контингент-специфічних комбінацій психотехнік визначає найбільш актуальний на даний момент підхід до побудови психотерапевтичної клініки. Проте, питання ергономіки і конгруентності, як по відношенню до об'єкта – цільового контингенту, так і до суб'єкту – особистості психотерапевта висвітлюються тільки в окремих дослідженнях. Цей список концептуальних досліджень встановлює загальний вектор методологічної консолідації та дисциплінарної атрибуції психотерапії, перетворюючи розрізнений набір комунікативних практик, як це було на початку 21-го століття, в клінічну дисципліну, яка вимагає застосування системного підходу, заснованого на методології психотерапії. У дослідженні сформульовані ключові питання, які покликані визначити роль і зміст психотерапії як клінічної дисципліни. Проведено аналіз існуючих систем психотерапії та виділені їх основні риси і глобальні недоліки. Розглянуто та проаналізовано сучасну концепцію «психофеноменологічного профілю», яка покликана поліпшити психотерапевтичний процес. Виділено оптимальну структуру етапів системи психотерапії та їх компоненти.

**Ключові слова:** психотерапія, психофеноменологічний профіль, психотехніки, етапи системи психотерапії

## К ВОПРОСУ ОБ АРХИТЕКТУРЕ СИСТЕМ ПСИХОТЕРАПИИ

### Анотація:

Задачей исследования стало проанализировать проблемы структурирования психотерапевтической клиники и выделить оптимальную структуру этапов системы психотерапии. С этой целью был проведен контент-анализ существующих представлений по теме исследования. Результаты исследования демонстрируют представление о состоянии психотерапии как клинической и научной дисциплины в наше время. Отмечено, что систематическое использование контингент-специфических комбинаций психотехник определяет наиболее актуальный на данный момент подход к построению психотерапевтической клиники. Тем не менее, вопросы эргономики и конгруэнтности как по отношению к объекту – целевому контингенту, так и к субъекту – личности психотерапевта освещаются только в отдельных исследованиях. Этот список концептуальных исследований устанавливает общий вектор методологической консолидации и дисциплинарной атрибуции психотерапии, превращая разрозненный набор коммуникативных практик, как это было в начале 21-го века, в клиническую дисциплину, которая требует применения системного подхода, основанного на методологии психотерапии. В исследовании сформулированы ключевые вопросы, которые призваны определить роль и содержание психотерапии как клинической дисциплины. Проведен анализ существующих систем психотерапии и выделены их основные черты и глобальные недостатки. Рассмотрена и проанализирована современная концепция «психофеноменологического профиля», призванная улучшить психотерапевтический процесс. Выделены оптимальные этапы системы психотерапии и их компоненты.

**Ключевые слова:** психотерапия, психофеноменологический профиль, психотехники, этапы системы психотерапии

Introduction. Current trends in the field of psycho-disciplines determine the need for highlighting and a more detailed understanding of the structure of psychotherapy systems and their clinical content, as well as standardization of psychotherapeutic techniques, and optimization of approaches to their choice.

Psychotherapy is a rapidly changing discipline. This causes the difference of ideas about it, its methods and methods of research at the beginning of its inception and in modern times. If at first psychotherapy consisted of separate isolated techniques that were practiced by psychologists or psychiatrists as additional methods to the main treatment, today we can speak about the formation of psychotherapy as an independent separate scientific and clinical discipline; The subjects of psychotherapy are already not psychologists and psychiatrists, but qualified psychotherapists.

At present, a definite idea has been formed about the stages of psychotherapy systems and their content. However, these steps require further improvement and scientific justification.

Psychotherapeutic interventions are carried out after the diagnosis of a mental disorder and its causes. The clinical diagnosis determines the amount of psychotherapy. However, sometimes there are deviations from this rule and psychotherapy is not aimed at treating a

mental illness as a whole, but at correcting one of its symptoms.

The role of psychotherapeutic correction may be different: it may occupy a leading place in the medical complex; used as an additional method; be aimed at eliminating the internal picture of maladjustment (the reaction of the individual), as well as at the rehabilitation and psycho-prophylaxis of the patient [1, 2].

Depending on this, psychotherapy techniques are selected according to the indications and the contraindications using a personalized approach or using a standard algorithm [3, 4].

The answer to the conduct of psychotherapeutic interventions is the emergence of patient-specific phenomena, which can be both sanogenic and destructive.

Psychotherapeutic phenomena are established and described primarily by empirical means. Most of them have purely psychological interpretations. In psychotherapy, attempts have been repeatedly made to objectify the conceptual-conceptual apparatus. However, this objectification was nevertheless more likely experimental and registration in nature and was carried out, moreover, under only one visual control [5, 6].

To understand the process of psychotherapeutic treatment and the

mechanisms of the effectiveness of psychotherapy, V. V. Chugunov and B. V. Mikhailov introduced the concept of the clinical psychotherapeutic effect syndromes - a complex of clinical, psychological, behavioral manifestations arising in the process or as a result of the implementation of a particular method of psychotherapy. The authors also conducted a study to identify associations between methods of psychotherapy and sanogenic psychotherapeutic phenomena [5, 6, 7].

In view of the above, it can be argued that psychotherapeutic diagnosis in all its diversity occupies a special place in the systems of psychotherapy. Each of the methods of psychotherapy offers its diagnostic apparatus of various levels of complexity and originality. In modern psychotherapy, sets of methods and provisions for psychotherapeutic diagnosis have been formulated and proposed [204, 205].

It should be noted here that psychodiagnostics usually precedes the therapeutic stage of psychotherapy, however, cases of additional diagnostics are not excluded as far as psychotherapy is concerned; psychodiagnostics on completion of psychotherapy is no less relevant, which raises the question of optimal phasing in psychotherapy systems, which is not fully understood.

Therefore, the task of the psychotherapist is a comprehensive psychotherapeutic examination of the patient and the selection of the most appropriate psychotherapeutic method for the patient in order to avoid the occurrence of destructive phenomena in the patient in response to psychotherapy. The right combination of psychotherapy methods and their staging within the framework of the psychotherapy system is also very important.

This requires an in-depth analysis of the architecture of psychotherapy systems, which will help the psychotherapist to solve his tasks.

The purpose of the article was to analyze the problems of structuring a psychotherapeutic clinic and highlight the optimal structure of the stages of the psychotherapy system.

Methods used during research. A content analysis of existing ideas on the research topic was conducted.

Results and discussion. The systematic use of contingent-specific combinations of psychotechnics determines the most relevant, at the moment, approach to structuring a psychotherapeutic clinic. Nevertheless, the issues of ergonomics and congruence both in relation to the object - the target contingent, and to the subject - the personality of the psychotherapist - are

regarded only in separate studies like the concept of clinical-psychophenomenological method, clinical-psychotherapeutic effect-syndromology, psychotherapeutic diagnosis, psychophenomenological profile [5 - 9].

This list of conceptual studies sets is the general vector of methodological consolidation and disciplinary attribution of psychotherapy, transforming a separate set of communicative practices, as it was at the beginning of the 21st century, into a clinical discipline that requires implementation of systematic approach from appealing to its methodology.

The analysis of clinical studies of the last decade, conditionally attributed to the competence of medical psychology, but de facto being psychotherapeutic on the basis of clinical contingent's presence, demonstrates the paradigmality of the psychotechnics' combining into the "psychotherapy's system", the structure and content of which varies depending on contingent and referential (at the time of the study) level of therapist's qualification requirement. Thus, some questions arise that have become traditional in the framework of discussions of this kind:

1. How was the selection of psychotechnics done, and was it possible to predict their effectiveness before obtaining empirical data?

2. What are the requirements to the competence of the specialist realizing a developed system, which often combines disparate methods of psychological correction and psychotechnics belonging to different and often confrontational psychotherapeutic paradigms?

3. Is absolute nomothetism possible in the context of a group of people, formed on the basis of a single factor - the presence of a specific pathology, under conditions of absence of data on their ethno-cultural, social, genodyspositional, psycho-constitutional and even gendered characteristics?

4. Are the requirements to the originality of each developed psychotherapy system acceptable? Does the formal side of the question of standardization and optimization of psychotherapysystems' structure not deprive its contingent-independent stages or components?

Academic necessity generates traditional answers to this list of issues. So the effectiveness of the psychotechnics' combinations, their congruence to the contingent is always confirmed by post factum bare empiricism, ergonomics and formal qualification requirements to the professionalism of the therapist, within the framework of the current legislation, while the firmness of the scientific



novelty principle according to original researches is not discussable at all. Naturally, the question about acceptability of "discipline" nomination to the sphere of activity based solely on empirical data and formal socially-determined requirements, arise.

Meanwhile, psychotherapy at this stage of discourse development has passed the protodisciplinary threshold, having its own, systematized categorial apparatus, diagnostic and prognostic tools. Thus, for the mixing of dissimilar elements become eclectic, the architecture of psychotherapy systems should be considered in a disciplinary perspective.

An analysis of existing psychotherapy systems shows their absolute centering on a specific contingent. Such systems include a number of stages (in case of sequential design) or components / vectors (in case of parallel design), leaving out of focus the methodology of contingent selection and psychotechnical support. This question seems particularly contrasted in studies carried out with the participation of elderly and senile patients, under conditions of absence of data on sensory and cognitive-gnostic self-dependence of the contingent; the majority of such systems include the group stage, according to rationalization requirements of therapeutic process. Moreover, a cursory analysis of the last 10 years investigations indicates an average efficiency fluctuating among 60-80% of the involved contingent, which can be explained only by the presence of a certain rational qualification during the formation of the "study group".

On the other hand, there is the already stated question about the predicting of the effectiveness of psychotechnical support combinations. In case of absence of a rational solution to this issue, clearly there must be a significant dissonance between the number of conducted studies and effective original psychotherapy systems, but is not observed in practice.

Thus, in any psychotherapy system presented, there should be an obligatory pre-therapeutic stage describing the qualification of transition to the therapeutic stage for the examined contingent, or the description of options for adapting psychotherapy procedure.

The decision allowing to standardize this stage of psychotherapy is suggested in the concept of "psychophenomenological profile", within the framework of which are diagnostic instruments, including the protocol of sequential application of psychotherapeutic tests, were developed, allowing the quantitative evaluation of one's mental activity features

from the perspective of their congruence to the basic methods of psychotherapy, that when compared with the general contingent data allows to avoid inclusion of non-priority psychotechnics, or to formulate the rational requirement [7, 8].

The most important aspect of this mode of forming the pre-therapeutic stage of psychotherapy system is the possibility to avoid total individualization of the obtained data. Thus, it is possible to predict the effectiveness of psychotechnics' combination by comparing a group contingent's psychophenomenological profile with individual profile, without polyaxial analysis of patient's personological and psychofunctional characteristics.

The additional advantage of psychophenomenological profile's diagnostic apparatus is the fact that psychotherapeutic tests are analogous to psychotherapeutic session, and their results depend on current level of compliance; that also helps to avoid analytics aimed at establishing sufficient level of compliance, which is obligatory under any other conditions.

The therapeutic stage structure of psychotherapy systems varies greatly depending on contingent nature. Such variability, for all its validity (dictated, as it was already noted, by the requirements of scientific novelty), does not allow to form a single template covering the optimum of possible pathogenetic factors and to maximize the sanogenic effect. Additionally, this process is hampered by the stereotypic separation of psychotherapy, psychoprevention and psychorehabilitation.

Summarizing the optimal structure of psychotherapy system's therapeutic stage, without artificially dividing into psychorehabilitation and psychoprophylaxis, it is necessary to distinguish such components, in addition to original and specifically oriented pathologies:

- preventing of hospitalism range phenomena (including the maintenance of a rational stereotype of communication with a psychotherapist);
- genodyspositional sanitization (correction of family disadaptation, inevitable in cases of clinically perceptible psychopathology);
- prevention of stigmatization (including autotigmatization);
- prevention of nosogenic psychotraumatic factors and correction of existing ones;
- teaching of autodiagnostic procedures' conducting (for the purpose of pathological states self-indicating and prompts applying for specialized care);

- procompliant impact;
- desensitization of recurrent and residual phenomena;
- rationalization of medical-social and formal-status consequences of the disease.

Conclusions. The study provides an analysis of existing ideas about psychotherapy as a clinical and scientific discipline from the beginning of its formation to our time. The key questions, which are designed to determine the role and

content of psychotherapy as a clinical discipline had been formulated. The analysis of the existing systems of psychotherapy is carried out and their main features and global shortcomings had been highlighted. The optimal stages of the psychotherapy system and their components had been highlighted. The study aims to raise current issues of modern psychotherapy, in order to improve its development as an independent scientific and clinical discipline.

#### References

1. Lee P. T. Narrative synthesis of equine-assisted psychotherapy literature: Current knowledge and future research directions / P. T. Lee, E. Dakin, M. McLure // Health and social care community. – 2016. – № 24 (3). – P. 225-245.
2. Landrø N. I. Towards personalized treatment of depression: a candidate gene approach / N. I. Landrø // Scandinavian journal of psychology. – 2014. – № 55 (3). – P. 219–224.
3. Madelin R. Personalizing therapy / R. Madelin // Cyberpsychology, behavior and social networking. – 2014. – № 17 (6). – P. 333.
4. Testad I. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review / I. Testad, A. Corbett, D. Aarsland, K. O. Lexow // International psychogeriatrics. – 2014. – № 26 (7). – 83–98.
5. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие] / В. В. Чугунов. – Х. : Наука, 2010 – 304 с.
6. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Медицинская психология. – 2010. – № 2. – С. 3–15.
7. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / И. И. Чугунов. – 2-е изд. стереотипн. – К. : Здоров'я ; Х. : Око – Наука, 2008. – 768 с.
8. Чугунов В. В. Метапарадигмальна модель сентенційно-семантичної інтервенції в сфері компетенції психотерапії / В. В. Чугунов, Ю. І. Заседа, А. Д. Городокин // Медицинская психология. – 2014. – № 4. – С. 62–66.
9. Чугунов В. В. Феноменні «лінійки» як систематичні елементи психофеноменологічного профіля (психотехнічне наповнення, систематика, терапевтична компетентність) / В. В. Чугунов, Ю. І. Заседа, А. Д. Городокин // Психіатрія, психотерапія і клінічна психологія. – 2015. – № 2 (20). – С. 74–85.

#### References

1. Lee P. T., Dakin E., McLure M. Narrative synthesis of equine-assisted psychotherapy literature: Current knowledge and future research directions. Health and social care community, 2016, no. 24 (3), pp. 225-245.
2. Landrø N. I. Towards personalized treatment of depression: a candidate gene approach. Scandinavian journal of psychology, 2014, no.55 (3), pp. 219-224.
3. Madelin R. Personalizing therapy. Cyberpsychology, behavior and social networking, 2014, no.17 (6), pp. 333.
4. Testad I., Corbett A., Aarsland D., Lexow K. O. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. International psychogeriatrics, 2014, no. 26 (7), pp. 83-98.
5. Chugunov V.V. Diagnostics in psychotherapy and psychotherapeutic diagnosis: [Tutorial]. Kharkov: Science, 2010, 304 p. (In Russ.)
6. Chugunov V. V., Mikhailov B.V. Clinico-psycho-phenomenological method. Medical psychology, 2010, no. 2, pp. 3-15. (In Russ.)
7. Chugunov V. V. Clinic and disciplinary history of psychotherapy. 2nd ed. Stereotypical. Kiev: Zdorov'ya; Kharkov: Oко-Science, 2008. 768 p. (In Russ.)
8. Chugunov V. V. Zaseda Yu. I., Gorodokin A. D. Metaparadigmatic model of the sentence-semantic intervention in the sphere of psychotherapy competence. Medical Psychology, 2014, no. 4, pp. 62-66. (In Russ.)
9. Chugunov V. V. Zaseda Yu. I., Gorodokin A. D. Phenomenal "rulers" as systematic elements of the psycho-phenomenological profile (psychotechnical content, systematics, therapeutic competence). // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology, 2015, no. 2 (20), pp. 74-85. (In Russ.)

**Курило Виталий Алексеевич** - Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины, ул. Седова, 31, г. Запорожье, 69035, Украина

**Kurilo Vitaliy** - Zaporizhzhya State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, street Sedova, 31, Zaporizhzhya, 69035, Ukraine

e-mail: v.kurilo@i.ua; ORCID 0000-0001-6579-8306

## ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ ТА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

до міжнародного науково-практичного журналу  
«Психіатрія, неврологія та медична психологія»

У міжнародному науково-практичному журналі «Психіатрія, неврологія та медична психологія» публікуються статті з певних наукових проблем, результати оригінальних та експериментальних досліджень, статті оглядового, дискусійного та історичного характеру, а також стислі повідомлення, лекції, рецензії, випадки з практики, матеріали інформаційного характеру, праці з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою та інші матеріали, присвячені актуальним проблемам клінічної та судової психіатрії, наркології, неврології, медичної психології, психотерапії, фармакотерапії тощо.

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

### ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Приймаються роботи, які не публікувалися чи 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, російською 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

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 абревіатур);
- науковий ступінь;
- наукове звання;
- номер контактного телефона (мобільний);
- e-mail;
- адреса для пересилання журналу.

### ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ ТЕКСТУ

Ім'я файла створюється за прізвищем першого автора (стандарт набору – **петренко.doc** або **petreko.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 – **І. А. Петренко**);

- офіційну назва закладу або організації (якщо автори працюють в різних організаціях, слід вказати усі назви та адреси, а надрядковими 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 – **І. А. Петренко**);
- повна назва закладу, де виконано роботу (без аббревіатур);
- 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 аббревіатури пояснюються (окрім загальноновідомих 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.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Список літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 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.

**Нумерація першоджерел** виконується лише з використанням функції «нумерований список» програми Microsoft Word.

За правильність наведених у списку літератури даних відповідальність несуть автори.

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. 605 (кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна).

Електронний варіант надсилається на електронну пошту (e-mail: [journal@psychiatry-neurology.org](mailto:journal@psychiatry-neurology.org)).

Додаткову інформацію можна отримати на сайті журналу: <http://www.Psychiatry-neurology.org> або за тел. 057-705-11-71.



## RULES FOR SUBMITTING PAPERS

to the International scientific and practical journal  
«Psychiatry, Neurology and Medical Psychology»

In the international scientific and practical journal «Psychiatry, Neurology and Medical Psychology» problematic articles, the results of original and experimental studies, articles of review, discussion and historical character, as well as short reports, lectures, reviews, case studies and materials of information character, works on teaching of neurosciences, organization and management of mental service and other materials related to topical issues of clinical and forensic psychiatry, narcology, neurology, medical psychology, psychotherapy, pharmacotherapy and others are published.

The Editorial Board accepts articles for consideration, which correspond to the subject of the magazine and the requirements below.

### GENERAL PROVISIONS

The works which were not published and not submitted for publication before are accepted.

The volume of original articles should not exceed 12 pages, lectures and reviews – 20, short reports – 5, reviews – 3 pages.

The work can be written in Ukrainian, Russian or English.

The article is sent to the editorial office in two copies; one of them must be signed by all the authors (or one of them, who takes responsibility and puts his signature with the note «agreed with all collaborators»).

### SUPPORTING DOCUMENTS AND INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

The paper is accompanied by an official letter, endorsed by the supervisor's signature and seal of the institution where the work was done, and for domestic authors – also the expert conclusion, allowing open publication, and the conclusion of the bioethics commission of the institution, where the work was done.

Dissertators' papers should have a visa of the supervisor.

The papers made on the personal initiative of the author should be accompanied by a letter with a request for publication.

Together with the text of the article (in electronic form) the information about the author / authors is submitted:

- surname, name and patronymic (in full);
- the place of work and position of the author (in full, no abbreviations);
- science degree;
- academic title;
- contact telephone number (mobile);
- e-mail address;
- the address for sending the journal.

### TECHNICAL RULES FOR TEXT FORMATTING

The file name is named after the first author's surname (petrenko.doc).

The text is typed in text editor Microsoft Word:

- page format – A4, orientation – portrait;
- margins: left, top and bottom 2 cm, right – 1 cm;
- font Times New Roman, size 14, line spacing – 1,5;
- indentation – 1.25 cm (just use the enter key);
- text alignment – the width of the page;
- allocation of fragments of the text may be bold or italic.

#### Not allowed:

- duplication of the article title in the file name;
- creation of indentation using the Tab key and the space bar;
- compulsory (placed manually) transfers;
- underlining, discharge, use of capital letters to highlight parts of the text;
- using bulleted and numbered lists in Microsoft Word (except References);
- replacement of a dash (–) with hyphen (-) and vice versa.

### ABSTRACT AND KEY WORDS

The volume of abstracts (without key words) – 1800-2000 characters without spaces.

Abstract in each language (Ukrainian, Russian, English) should include:

- article title;
- initials and surname of the author / authors (set standard – I.A. Petrenko);
- official name of the institution or organization (if the authors work in different organizations, it is necessary to bring all the names and addresses, and superscript Arabic numerals denoting the corresponding the institutions where authors work);
- key words (5-7 words or phrases).

**TEXT OF THE ARTICLE**

Article material is presented by the scheme:

- UDC (article without UDC is not considered);
- article title;
- initials and surname of the author / authors (set standard – I.A. Petrenko);
- full name of the institution where the work was done (without abbreviations);
- three abstracts (in Ukrainian, Russian and English);
- key words;
- in the experimental articles and the results of the original research separate lines highlight sections:
  - Introduction;
  - The purpose of the article;
  - Methods used during research;
  - Results and discussion;
  - Conclusions;
  - References; (**list of references in the original language**).

In brief reports and review articles specified sections do not stand out, there is only a list of references.

All abbreviations should be disclosed (except common abbreviations) at the first mention in the text.

In the text of the article links start with [1], and follow on the rise and in order.

References are given in square brackets:

- by reference to **two or more sources that are not consecutive**, their numbers are separated with a semicolon (set standard [2; 4; 9]):
- at the mention of **three or more sources of consecutive order** the interval is indicated with a dash (set standard [2-5]).

At every mention of the names of scientists a reference to his / her publication, which should be included into references is necessary.

All quotes should end with references to sources.

All statistical data should be backed up by references to sources.

All physical quantities and units should be given in the international system of SI, the terms – according to the international nomenclature.

**TABLES AND FIGURES****(GRAPHS, CHARTS, DIAGRAMS, PHOTOS)**

All tables should be created in Microsoft Word, be compact and have relevant content titles.

All tables and figures in the text should be referred to.

Illustrations and tables are numbered in Arabic numerals (if their number is more than one) and are placed in the text immediately after the paragraph, in which there is reference to them.

The text of the article should not duplicate the data shown in the table.

Figures should not duplicate the table.

If graphs, charts, diagrams are constructed not in Microsoft Word, then they are sent as separate files in the program, in which they were created (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) with the appropriate extension.

Diagrams, charts, diagrams should be made in the Grayscale color mode (grayscale). **The use of color illustrations is not permitted and is not accepted** (except authors' photographs).

Photos should be sent in separate files in .jpg format (or .tiff) with extension of 300 dpi.

**BIBLIOGRAPHY CITED**

References are made in accordance with DSTU GOST 7.1: 2006 and should contain the works no older than 10 years. Earlier publications are included in the list only when necessary.

The list does not include unpublished works.

The bibliographic description includes the surname and initials of the author / authors, title, publisher, place and year of publication, volume, issue, amount of pages.

In the original studies **not less than 5 and not more than 15 sources** are cited, and in **scientific reviews – up to 30 sources**.

**References in the list are placed in order to the order of links in the text.**

**The numbering** of the original sources is done only with the use of "numbered list" feature of Microsoft Word

For the correctness of the data given in the bibliography cited only authors are responsible.

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. 605, Department of Psychiatry, Addiction, Neurology and Medical Psychology, V.N. Karazin Kharkiv National University.

The electronic version is sent to the e-mail address: [journal@psychiatry-neurology.org](mailto:journal@psychiatry-neurology.org).

Additional information is available on the website of the journal: <http://www.Psychiatry-neurology.org> or by telephone number 057-705-11-71.

## ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ И ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

в международный научно-практический журнал  
«Психиатрия, неврология и медицинская психология»

В международном научно-практическом журнале «Психиатрия, неврология и медицинская психология» публикуются проблемные статьи, результаты оригинальных и экспериментальных исследований, статьи обзорного, дискуссионного и исторического характера, а также краткие сообщения, лекции, рецензии, случаи из практики, материалы информационного характера, работы по вопросам преподавания нейронаук, организации и управления психоневрологической службой и другие материалы, посвященные актуальным проблемам клинической и судебной психиатрии, наркологии, неврологии, медицинской психологии, психотерапии, фармакотерапии и др.

Редакционная коллегия журнала принимает к рассмотрению статьи, которые соответствуют тематике журнала и приведенным ниже требованиям.

### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

Работа может быть написана на украинском, русском или английском языках.

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

### СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

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

Статьи диссертантов должны иметь визу научного руководителя.

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

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

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

### ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕКСТА

Имя файла создается по фамилии первого автора (**петренко.doc** или **petreko.doc**).

Текст набирается в текстовом редакторе Microsoft Word:

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

### Не допускается:

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

### АННОТАЦИЯ И КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

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

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

- название статьи;
- инициалы и фамилию автора/авторов (стандарт набора – **И. А. Петренко**);
- официальное название учреждения или организации (если авторы работают в разных организациях, необходимо привести все названия и адреса, а надстрочными арабскими цифрами обозначить соответствие учреждений, где работают авторы);
- ключевые слова (5–7 слов или словосочетаний).

**ТЕКСТ СТАТЬИ****Материал статьи излагается по схеме:**

- индекс УДК (статьи без УДК не рассматриваются);
- название статьи;
- инициалы и фамилия автора/авторов (стандарт набора – **И. А. Петренко**);
- полное название учреждения, где выполнена работа (без аббревиатур);
- три аннотации (на украинском, русском и английском языках);
- ключевые слова;
- в экспериментальных статьях и результатах оригинальных исследований отдельной строкой **выделяются разделы**:
  - введение;
  - цель и задачи исследования;
  - материалы и методы исследования;
  - результаты исследования и их обсуждение;
  - выводы;
  - литература (**список литературы на языке оригинала**).

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

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

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

Ссылки на литературу приводятся в квадратных скобках:

- при ссылке на **два и более источников**, не следующих друг за другом, они разделяются точкой с запятой (стандарт набора [2; 4; 9]);
- при упоминании **трех и более источников**, следующих друг за другом подряд, интервал обозначается знаком тире (стандарт набора [2–5]).

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

Все цитаты должны заканчиваться ссылками на источники.

Все статистические данные должны быть подкреплены ссылками на источники.

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

**ТАБЛИЦЫ И ИЛЛЮСТРАЦИИ**

(графики, диаграммы, схемы, фотографии)

Все таблицы должны быть построены в редакторе Microsoft Word, быть компактными и иметь соответствующие содержанию названия.

На все таблицы и иллюстрации в тексте должны быть ссылки.

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

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

Рисунки не должны дублировать таблицы.

Если графики, диаграммы, схемы построены не в Microsoft Word, то они присылаются отдельными файлами в той программе, в которой построены (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) с соответствующим расширением.

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

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

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

Список литературы оформляется в соответствии с ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 и должен содержать работы за последние 10 лет. Более ранние публикации включаются в список только в случае необходимости.

В список не включаются неопубликованные работы.

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

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

**Литература в списке размещается в порядке ссылок на нее в тексте статьи.**

**Нумерация первоисточников** выполняется только с использованием функции «нумерованный список» программы Microsoft Word.

За правильность приведенных в списке литературы данных несут ответственность авторы.

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

Статьи и другие материалы отправляются по адресу: 61022 Украина, г. Харьков, площадь Свободы, 6, к. 605, кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина.

Электронный вариант отправляется по электронной почте (e-mail: [journal@psychiatry-neurology.org](mailto:journal@psychiatry-neurology.org)).

Дополнительную информацию можно получить на сайте журнала: <http://www.Psychiatry-neurology.org> или по тел. 057-705-11-71.