

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 25, № 4 (99) '2019
DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4



Заснований у листопаді 1995 р. (виходить 4 рази на рік)

Головний редактор І. Я. Пінчук (Україна)
Заступник головного редактора О. А. Левада (Україна)
Відповідальний секретар І. Ф. Здорик (Україна)

Редакційна колегія

О. О. Древіцька (Україна), А. В. Каніщев (Україна), І. Б. Куценко (США), І. А. Марценковський (Україна), О. П. Олійник (Україна), О. С. Осуховська (Україна), Г. Я. Пилягіна (Україна), В. Я. Пішель (Україна), М. Ю. Полив'яна (Україна), О. А. Ревенко (Україна), Н. М. Степанова (Україна), С. І. Табачніков (Україна), Є. М. Харченко (Україна), Д. Утрін (Великобританія), О. О. Хаустова (Україна), О. С. Чабан (Україна)

Редакційна рада

К. В. Аймедов (Україна), Х. Бергер (Німеччина), В. С. Бітенський (Україна), П. В. Волошин (Україна), Н. О. Дзеружинська (Україна), С. К. Євтушенко (Україна), Б. Б. Івнєв (Україна), З. Каспер (Австрія), О. Г. Князевич (Україна), Г. М. Кожина (Україна), І. В. Лінський (Україна), М. В. Маркова (Україна), Н. О. Марута (Україна), І. І. Марценковська (Україна), Р. О. Моїсеєнко (Україна), О. К. Напреєнко (Україна), М. М. Пустовойт (Україна), Н. Г. Пшук (Україна), Р. Ван Ворен (Нідерланди), І. К. Сосін (Україна), Н. Скокаускас (Норвегія), О. Ю. Табачніков (Україна), Д. Томас (США), Л. М. Юр'єва (Україна), О. О. Фільц (Україна), В. В. Чайковська (Україна)

Засновник

Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 23963-13803ПР від 01.03.2019 р.

Журнал «Архів психіатрії» внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних наук (наказ Міністерства освіти і науки України 09.03.2016 №241).

Журнал представлений у міжнародній базі даних Google Scholar.

Адреса редакції

Україна, 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103
Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»
Тел./факс: (044) 503-87-80
e-mail: jar.ukraine@gmail.com
web-site: www.jar.org.ua

Затверджено до друку Вченою радою ДУ «НДІП МОЗ України» (протокол засідання № 8 від 18.09.2019).

Надруковано ТОВ «Джулія принт», 03057, м. Київ, вул. Довженка, 3

Формат 60x84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».

Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друк. арк. 23,79. Наклад 500 прим.

Матеріали рецензуються членами редакційної колегії видання та/або сторонніми незалежними експертами, виходячи з принципу об'єктивності і з позицій вищих міжнародних академічних стандартів якості, та редагуються. Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших даних відповідають автори. Рукописи авторам не повертаються.

Статті з позначкою ® публікуються на правах реклами. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Цілковите або часткове копіювання у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише за письмового дозволу редакції.

© Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, 2019

ARKHIV PSYKHIIATRII • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Scientific and practical journal
Vol. 25, no. 4 (99) '2019
DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4

Founded in November, 1995
The journal is published four times a year

Chief editor I. Ya. Pinchuk (Ukraine)
Deputy chief editor O. A. Levada (Ukraine)
Executive secretary I. F. Zdoryk (Ukraine)



Editorial board

O. O. Drevitska (Ukraine), A. V. Kanishchev (Ukraine), I. B. Kutsenok (USA), I. A. Martsenkovsky (Ukraine), O. P. Oliinyk (Ukraine), O. S. Osukhovska (Ukraine), V. Ya. Pishel (Ukraine), M. Yu. Polyviana (Ukraine), G. Ya. Pyliagina (Ukraine), O. A. Revenok (Ukraine), N. M. Stepanova (Ukraine), S. I. Tabachnikov (Ukraine), Ye. M. Kharchenko (Ukraine), D. Ougrin (UK), O. O. Khaustova (Ukraine), O. S. Chaban (Ukraine)

Editorial council

K. V. Aymedov (Ukraine), H. Berger (Germany), V. S. Bitenskyi (Ukraine), P. V. Voloshyn (Ukraine), N. O. Dzeruzhynska (Ukraine), S. K. Yevtushenko (Ukraine), B. B. Ivniev (Ukraine), S. Kasper (Austria), O. G. Kniazevych (Ukraine), H. M. Kozhyna (Ukraine), I. V. Linskyi (Ukraine), M. V. Markova (Ukraine), N. O. Maruta (Ukraine), I. I. Martsenkovska (Ukraine), R. O. Moiseienko (Ukraine), O. K. Napryeyenko (Ukraine), M. M. Pustovoit (Ukraine), N. G. Pshuk (Ukraine), R. van Voren (Netherlands), I. K. Sosin (Ukraine), N. Skokauskas (Norway), O. Yu. Tabachnikov (Ukraine), D. Tomas (USA), L. M. Yuryeva (Ukraine), O. O. Filts (Ukraine), V. V. Chaikovska (Ukraine)

Founder

Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine
Certificate for state registration of print mass media KV № 23963-13803PR, date 01 March, 2019
The Journal is on the List of Specialized Editions in which the main results of theses are allowed to be published (The Resolution of the Ministry of Education and Science of Ukraine 09.03.2016 №241).
The Journal is presented in international database Google Scholar.

Address of editorial office

Ukraine, 04080, Kyiv, Kyrylivska str., 103
Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine
tel. (044) 503-87-80
e-mail: jap.ukraine@gmail.com
web-site of the journal: www.jap.org.ua

Approved for publication by the Academic Council of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine (protocol № 8 dated 18.09.2019).

Printed Ltd. «Djulia print» 03057, Kyiv, Dovzhenko str., 3
Format 60x84/8. Offset print. Offset paper. Headset «Minion Pro».

The materials are reviewed by editorial board members and / or third-party independent experts, based on the principle of objectivity and from the standpoint of higher international academic quality standards, and are edited. Editors can publish materials without sharing the point of view of the authors. Authors are responsible for the accuracy of facts, citations, names, geographical names and other data. The manuscripts are not returned to the authors.

® tagged articles are published on advertising rights. The advertiser is responsible for the content of the promotional material.

The entire or partial copy in any way material published in this journal is permitted only with written permission of the publisher.

© Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2019

ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>К. В. Шевченко-Бітенський</i> ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗМІШАНОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ	180
--	-----

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Ю. І. Мисула</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ ДЕПРЕСІЇ ПРИ ПЕРВИННОМУ ЕПІЗОДІ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ	187
<i>М. Є. Хоміцький</i> МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗІВ ІЗ ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ У КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНАЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ (КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ)	191
<i>Р. І. Ісаков</i> СПЕЦИФІКА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ ТА РІЗНИМ РІВНЕМ МЕЗО- І МІКРОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	196

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>В. А. Герасимук</i> АНАЛІЗ КОПІНГУ ЯК ОСНОВИ СТРЕС-ДОЛАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ДРУЖИН, ЧОЛОВІКИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ	204
<i>Н. В. Гринько</i> ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ІІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ В АСПЕКТІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ	210
<i>К. А. Косенко</i> ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ СТРЕС І НАПРУЖЕНІСТЬ АДДИКТИВНОГО СТАТУСУ В МОРЯКІВ ДАЛЕКОГО ПЛАВАННЯ МОРСЬКОГО ПАСАЖИРСЬКОГО ФЛОТУ	215
<i>В. О. Кривицький</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПАТЕРНІВ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ ТА ЇХ ДРУЖИН	221
<i>І. Р. Мухаровська, М. В. Маркова, Т. Г. Кривоніс</i> ЗАКОНОМІРНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ ТА КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ФЕНОМЕНИ, ВИКЛИКАНІ НОЗОГЕННИМ СТРЕСОМ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	229

CONTENTS

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>K. V. Shevchenko-Bitensky</i> PROGRAM OF INTEGRATED PERSONIFIED PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MIXED DEMENTIA	180
---	-----

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>Yu. I. Mysula</i> FEATURES OF CLINICAL PHENOMENOLOGY OF DEPRESSION IN THE PRIMARY EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER	187
<i>M. Ye. Khomitskyi</i> MEDICAL-BIOLOGICAL AND MEDICAL-SOCIAL CHARACTERISTICS OF ENDOGENOUS PSYCHOSES WITH EPISODIC COURSE IN THE CONTEXT OF POST-MANIFEST PATHOPERSONALOGICAL TRANSFORMATIONS (COMPARATIVE ANALYSIS)	191
<i>R. I. Isakov</i> SPECIFICS OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS OF VARIOUS ORIGINS AND DIFFERENT LEVEL OF MESO- AND MICROSOCIAL MALADAPTATION	196

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>V. A. Herasymuk</i> ANALYSIS OF COPING AS THE BASIS OF STRESS-OVERCOME BEHAVIOR OF WIVES WHOSE HUSBANDS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA	204
<i>N. V. Grinko</i> PSYCHOEMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH THREAT OF PRETERM BIRTH IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY IN THE ASPECT OF THEIR MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT	210
<i>K. A. Kosenko</i> PSYCHOSOCIAL STRESS AND ADDICTIVE STATUS OF REPRESENTATIVES OF COMMAND STAFF AND WORKERS OF THE PASSENGER-CARRYING FLEETS	215
<i>V. O. Kryvytskyi</i> CHARACTERISTICS OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL PATTERNS OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS AND THEIR WIVES	221
<i>I. R. Mukharovska, M. V. Markova, T. G. Krivonis</i> PATTERNS OF PSYCHOLOGICAL RESPONSE AND CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PHENOMENA CAUSED BY NOSOGENIC STRESS IN PATIENTS WITH SEVERE SOMATIC DISEASES	229

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616-036.66:616.8-058

DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.180-186

К. В. Шевченко-Бітенський

ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ
ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗМІШАНОЮ ДЕМЕНЦІЄЮДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації
та курортології МОЗ України», м. Одеса, Україна

Резюме

Актуальність. Деменція – одна з найактуальніших медико-соціальних проблем суспільства. Медико-соціальні, економічні та психоемоційні проблеми, пов'язані з деменцією, важким тягарем лягають як на пацієнтів, так і на їх родичів, на суспільство в цілому.

Мета – розробити та апробувати програму комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації (ПКППР) пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при змішаній деменції (ЗД).

Матеріали та методи. У дослідженні використаний комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням психометричних, психодіагностичних методів та методів статистичної оцінки отриманих даних.

Результати дослідження клініко-психопатологічних, нейропсихологічних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей 72 хворих з ГПР при ЗД дозволили розробити програму ПКППР для пацієнтів з даною патологією.

Результати. Розроблена ПКППР для пацієнтів з ГПР при ЗД, яка базується на принципах комплексного, диференційованого, персоніфікованого, ресурсно-орієнтованого і поетапного підходу. Апробація ПКППР для пацієнтів з ГПР при ЗД була проведена в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей розвитку і перебігу даної патології.

У результаті апробації було доведено, що позитивна клінічна динаміка психічного стану (редукція маячних розладів, галюцинацій, депресивних розладів, зниження агресивності, тривоги й дратівливості), помірне поліпшення когнітивних функцій, відновлення основних функцій життєдіяльності (виконання батьківської ролі, якість соціальних контактів і успішність поведінки в нестандартних і складних умовах) є вагомим результатом застосування ПКППР.

Висновки. Отримані дані слід враховувати при проведенні реабілітаційних заходів пацієнтам з ГПР при ЗД.

Ключові слова: змішана деменція, галюцинаторно-параноїдні розлади, соціальне функціонування, терапія, психосоціальна реабілітація.

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

К. В. Шевченко-Битенский

ГУ «Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации
и курортологии МЗ Украины», г. Одесса, Украина

Резюме

Актуальность. Деменция – одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем общества. Медико-социальные, экономические и психоемоциональные проблемы, связанные с деменцией, тяжелым бременем ложатся как на пациентов, так и на их родственников, на общество в целом.

Цель – разработать и апробировать программу комплексной персонифицированной психосоциальной реабилитации (ПКППР) пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами (ГПР) при смешанной деменции (СД).

Материалы и методы. В исследовании был использован комплексный подход, который реализовывался с помощью клинико-психопатологического метода, дополненного использованием психометрических, психодиагностических методов и методов статистической оценки полученных данных.

Результаты исследования клинико-психопатологических, нейропсихологических, конституционно-биологических, социально-демографических, психосоциальных и социально-функциональных особенностей 72 больных с ГПР при СД позволили разработать программу ПКППР для пациентов с данной патологией.

Результаты. Разработана ПКППР для пациентов с ГПР при СД, которая базируется на принципах комплексного, дифференцированного, персонифицированного, ресурсно-ориентированного и поэтапного подхода. Апробация ПКППР для пациентов с ГПР при СД была проведена при сравнении с традиционными схемами психосоциальной реабилитации больных этой категории, не учитывающими клинико-психопатологические, когнитивные, конституционно-биологические, социально-демографические, психосоциальные и социально-функциональные особенности развития и течения данной патологии.

В результате апробации было доказано, что положительная клиническая динамика психического состояния (редукция бредовых расстройств, галлюцинаций, депрессивных расстройств, снижение агрессивности, тревоги и раздражительности), умеренное улучшение когнитивных функций, восстановление основных функций жизнедеятельности (выполнение родительской роли, качество социальных контактов и успешность поведения в нестандартных и сложных условиях) являются весомым результатом применения ПКППР.

Выводы. Полученные данные следует учитывать при проведении реабилитационных мероприятий пациентам с ГПР при СД.

Ключевые слова: смешанная деменция, галлюцинаторно-параноидные расстройства, социальное функционирование, терапия, психосоциальная реабилитация.

PROGRAM OF INTEGRATED PERSONIFIED PSYCHOSOCIAL
REHABILITATION OF PATIENTS WITH MIXED DEMENTIA

K. V. Shevchenko-Bitensky

SI "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of Ukraine", Odesa, Ukraine

Abstract

Background. Dementia is one of the most major medical and social problems of society. The medical, social, economic, and psychoemotional problems associated with dementia place a heavy burden both on patients and their relatives as well as on society as a whole.

Objective is to develop and test a program of complex personalized psychosocial rehabilitation (PCPPR) for patients with hallucinatory-paranoid disorders (HPD) in mixed dementia (MD).

Material and methods. The study used a comprehensive approach implemented with using a clinical psychopathological method, supplemented by the psychometric, psychodiagnostic scales and statistical evaluation methods.

The results of clinical-psychopathological, neuropsychological, constitutional-biological, socio-demographic, psychosocial and socio-functional study of 72 patients with HPD in MD allowed to develop a program of PCPPR for patients with this pathology.

Results. The PCPPR was developed for patients with HPD in MD based on the principles of a comprehensive, differentiated, personalized, resource-oriented and step-by-step continuous approach. Testing PCPPR for patients with HPD in MD was performed in comparison with traditional schemes of psychosocial rehabilitation of patients in this category, without taking into account clinical and psychopathological, cognitive, constitutional-biological, socio-demographic, psychosocial and socio-functional features.

As a result of testing it was proved that positive clinical dynamics of mental state (reduction of delusional disorders, hallucinations, depressive disorders, decrease of aggressiveness, anxiety and irritability), improvement of cognitive functions, restoration of basic functions of vital activity, vital activity the success of behavior in non-standard and complex conditions) are a significant result of the application of the PCPPR.

Conclusions. The data obtained should be taken into account in the course of rehabilitation measures for patients HPD in MD.

Keywords: mixed dementia, hallucinatory-paranoid disorders, social functioning, therapy, psychosocial rehabilitation.

For citation: Shevchenko-Bitensky K. V. Program of integrated personified psychosocial rehabilitation of patients with mixed dementia. *Archives of Psychiatry*. 2019, 25 (4): 180–186. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.180-186

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): 380482@gmail.com

Received / Поступила: 12.11.2019

Accepted / Прийнята до друку: 17.12.2019

Актуальність. Деменція – одна з найактуальніших медико-соціальних проблем суспільства. Хвороба є наслідком нейродегенеративних і органічних процесів в організмі людини, що проявляється прогресуючим недоумством і призводить до деградації особистості, порушення працездатності, утруднення в самообслуговуванні та інвалідності [1–4]. Встановлено, що вік людей є значущим фактором ризику розвитку деменції. Відома демографічна тенденція до збільшення в популяції частки населення похилого віку робить проблему деменції вельми актуальною як для охорони здоров'я, так і для суспільства в цілому [1, 3, 5]. Медико-соціальні, економічні та психоемоційні проблеми, пов'язані з деменцією, важким тягарем лягають як на пацієнтів, так і на їх родичів, на суспільство в цілому [2, 6, 7].

У документі «Заклик до дій», прийнятому учасниками конференції на рівні міністрів країн-учасниць ВООЗ, яка відбулася в Женеві в березні 2015 року і була присвячена глобальній боротьбі з деменцією, визначено ряд принципів і підходів для керівництва глобальними зусиллями в цій сфері [8, 9]. До них належать узгодження заходів профілактики, зниження ризику, догляду та лікування, з тим, щоб зусилля, які спрямовані на пошук ефективного лікування, практичних методів і заходів зі зниження ризику, супроводжувалися вдосконаленням заходів з догляду за людьми із деменцією та наданням підтримки карегіверам [4, 9]. Учасники конференції закликали до зміцнення багатосекторальних дій і партнерств, а також до активізації колективних зусиль у сфері науково-дослідної діяльності з метою прискорення прийняття заходів з боротьби із деменцією [2, 10, 11]. Реабілітація пацієнтів з деменцією спрямована на збереження механізмів пам'яті, активної уваги, практичних навичок, здатності логічно мислити, які в сукупності сприяють адаптації до повсякденного самостійного життя, гідного проживання старості [7, 9, 13]. Необхідність удосконалення методів реабілітації

пацієнтів з різними формами деменції обумовлена недостатнім диференціюванням заходів при наданні допомоги [4, 7, 10, 12]. Особливої уваги в плані реабілітації потребують пацієнти, в клінічній картині яких спостерігаються не тільки когнітивні, а й не когнітивні, особливо галюцинаторно-параноїдні розлади. Тому розробка програми комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації (ПКППР) пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при змішаній деменції (ЗД), яка враховує сукупність біологічного і психосоціального впливу на всі етіопатогенетичні ланки розвитку і прогресування деменції, є актуальною на сучасному етапі розвитку медичної науки та сприятиме підвищенню соціального функціонування пацієнтів зі ЗД.

Усе вищевикладене визначило **мету дослідження** – розробити та апробувати програму комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації (ПКППР) пацієнтів із ГПР при ЗД.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням психометричних шкал (нейропсихіатричного опитувальника (NPI); шкали поведінкових розладів (Behavioral Pathology in Alzheimer Disease) (BEHAVE – AD); некогнітивних секцій шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog); шкали структурованого інтерв'ю «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта»; Бристольської шкали активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL), психодіагностичних методів (короткої шкали оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальської шкали когнітивної оцінки (MoCa); шкали обмеження життєдіяльності (Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) та методів статистичної оцінки отриманих даних.

Результати дослідження клініко-психопатологічних, нейропсихологічних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей 72 хворих з ГПР при ЗД дозволили розробити ПКППР для пацієнтів із даною патологією.

Результати та їх обговорення

Розроблена ПКППР базувалась на принципах комплексного, диференційованого, персоналізованого, ресурсно-орієнтованого підходу з визначенням етапності проведення реабілітації.

Диференційований підхід в реабілітації хворих на ЗД мав на меті охопити впливом усі прояви патологічного процесу при даній патології (некогнітивні психопатологічні порушення; когнітивні порушення; психосоціальний дефіцит; супутні соматичні і неврологічні захворювання).

При виборі засобів біологічної та психосоціальної терапії хворих на ЗД враховували виділені в цьому дослідженні фактори ризику розвитку ГПР у хворих на ЗД; клінічні особливості ГПР, когнітивних порушень; соціально-функціональних порушень; коморбідних соматичних розладів; фактори зниження медикаментозного комплаєнсу.

У розробленій ПКППР враховували дуальні відносини «хворий на деменцію – карегівер», що дозволяє відновити втрачені (порушені) суспільні зв'язки і стосунки пацієнта, усунути його соціальну ізоляцію, підвищити рівень його життєдіяльності та якості життя.

У проведенні ПКППР хворих з ГПР при ЗД використовували також принцип ресурсно-орієнтованого підходу, який враховує ресурс пацієнта в когнітивній, психофізичній і психосоціальній сферах та визначає межу можливого відновлення дефіцитарних когнітивних і некогнітивних наслідків ЗД. Послідовний і обґрунтований вплив на когнітивну, психофізичну і психосоціальну ресурсну сфери пацієнтів забезпечує цілеспрямований патогенетичний ефект, сприяє компенсації втрачених біологічних, когнітивних і психосоціальних функцій хворих на ЗД. Результатом цього впливу стає зниження соціально-побутової залежності хворого на ЗД у задоволенні своїх життєвих потреб від осіб, які доглядають за ним, членів сім'ї та соціального оточення.

Принцип поетапного безперервного підходу в розробленій ПКППР реалізовувався виділенням госпітального і диспансерного етапів, які, у свою чергу, поділялися на підетапи.

Госпітальний етап психосоціальної реабілітації включав в себе підетапи невідкладної психіатричної допомоги (купірування гострих і хронічних психотичних, афективних і поведінкових розладів, терапія коморбідних соматичних порушень); розширеної клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики (аналіз анамнестичних, клініко-психопатологічних, нейропсихологічних, психосоціальних даних); базової психотропної та соматотропної терапії (максимально можливе відновлення когнітивних функцій, терапія коморбідної соматичної і неврологічної патології). Диспансерний етап включав у себе підетапи підтримувальної фармакотерапії

(стабілізація психічного стану і профілактика повторних рецидивів психотичних, афективних і поведінкових розладів, підтримання когнітивних функцій, підвищення прихильності хворих на ЗД до терапії, стабілізація соматичного стану та профілактика рецидивів соматичних захворювань); соціалізації та реінтеграції хворого на ЗД у суспільство (максимально можливе відновлення і підтримання особистісних, професійних, соціальних функцій і ролей пацієнтів, якості їх життєдіяльності, рівня психосоціальної адаптації та якості життя, психосоціальна та інша допомога особам, які доглядають за пацієнтом).

У таблиці 1 наведена схема ПКППР пацієнтів з ГПР при ЗД.

За результатами апробації розробленої програми проведена оцінка ефективності її використання у хворих з ГПР при ЗД, в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують основних клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей розвитку і перебігу ГПР у хворих на ЗД.

В апробації розробленої програми психосоціальної реабілітації брали участь 37 пацієнтів з ГПР при ЗД, що склали основну групу. У контрольну групу увійшли 34 пацієнти з аналогічною патологією, що проходили традиційний курс лікування.

Для оцінки ефективності ПКППР застосовували комплексний підхід, що включав використання клініко-психопатологічного методу, доповненого психометричними шкалами (нейропсихіатричний опитувальник (NPI); шкали оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальської шкали когнітивної оцінки (MoCa); шкали Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) та методів математичної обробки даних [14–17].

Критеріями оцінки ефективності розробленої ПКППР пацієнтів з ГПР при ЗД були клінічна динаміка ГПР, супутніх непсихотичних розладів психіки та поведінки; ступінь поліпшення (погіршення) когнітивних функцій; ступінь відновлення основних соціальних функцій.

Клінічна динаміка психічного стану пацієнтів основної групи після проведення психосоціальної реабілітації за розробленою програмою, в порівнянні з хворими контрольної групи, які пройшли курс реабілітації за традиційними схемами, представлена в таблиці 2.

Аналіз клінічної динаміки психічного стану показав, що в основній групі після проходження ПКППР визначалась вірогідно менша частота параноїдних і паранояльних розладів, що проявлялось суттєвою редукцією маячних розладів (маячні ідеї відносин, відмови від хворого, нечесності стосовно хворого) ($1,5 \pm 0,4$, $p < 0,01$), галюцинацій ($1,0 \pm 0,3$, $p < 0,01$), депресивних розладів ($2,2 \pm 0,4$, $p < 0,05$), зниженням агресивності ($1,1 \pm 0,3$, $p < 0,05$), тривоги ($1,0 \pm 0,3$, $p < 0,05$) й дратівливості ($1,1 \pm 0,3$, $p < 0,01$), тоді як в контрольній групі динаміка психічного стану була менш вираженою.

Таблиця 1. Схема програми комплексної персоналізованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з гострим психотичним розладом при змішаній деменції

Назва	Опис
А. Некогнітивні психопатологічні розлади	
Мішень впливу	Переважають часті-дуже часті маячні розлади з ідеями відносини «про нечесність осіб, що оточують хворого» і «про відмову від хворого» помірного ступеня вираженості, що перебігають у рамках афективно-параноїдного розладу і параноїального маячного розладу; Поєднання ГПР з частим-дуже частим бродяжництвом і безцільною активністю (когнітивною булімією) помірно-сильного ступеня вираженості; частими станами зниженого настрою помірно-сильного ступеня вираженості; страхом залишитися одному; Коморбідне зловживання алкоголем
Етапи програми	Госпітальний етап, підетапи невідкладної психіатричної допомоги та розширеної клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики
Фармакотерапія	Нейролептики: тіоридазин 20–60 мг/добу, або рисперидон 0,5–2 мг/добу, або кветіапіл 50–300 мг/добу, курсом до 6–8 тижнів; Антидепресанти: пароксетин 10–40 мг/добу курсом 1–2 міс. з поступовим зниженням дози, або циталопрам 20 мг/добу курсом 1–2 міс. з поступовим зниженням дози, або мілнаципран 50 мг/добу курсом 1–2 міс. з поступовим зниженням дози
Реабілітаційні заходи	Індивідуальна когнітивна психотерапія (роз'яснення, переконання), що проводиться хворому на ЗД з урахуванням його когнітивного резерву в період регресу психотичних розладів
Б. Когнітивні порушення	
Мішень впливу	Порушення мислення, переважно психотичного генезу: спотворення узагальнення, порушення формально-логічних операцій, винесення висновків, мотиваційного компонента (різноплановість, паралогічність) і критики; Порушення праксису (порушення візуально-конструктивних навичок); гнозису (порушення розуміння інструкцій); рахування; пам'яті (порушення кодування і вилучення); концентрації уваги; мови
Етапи програми:	Госпітальний етап, підетапи базової психотропної та соматотропної терапії; диспансерний етап, підетапи підтримувальної фармакотерапії
Фармакотерапія	Мемантин – за схемою до 20 мг/добу постійно (при збереженні клінічного ефекту); Донеpezил до 5–10 мг/добу постійно (при добрій переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або галантамін до 16–24 мг/добу постійно (при добрій переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або ривастигмін до 9–12 мг/добу за схемою постійно (при добрій переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або іпдакрин до 60–80 мг/добу постійно (при добрій переносимості та збереженні терапевтичного ефекту); або поєднання мемантину (за схемою до 20 мг/добу) з одним із перерахованих вище засобів (з корекцією добової дози)
Реабілітаційні заходи	Когнітивна ремедіація, спрямована на відновлення або поліпшення когнітивних функцій, проводиться з урахуванням когнітивного резерву хворого на ЗД, з частотою тренінгових занять 2–3 рази на тиждень, постійно
В. Психосоціальний дефіцит	
Мішень впливу	Низька величина глобального соціального функціонування - від вираженого погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності Зниження соціальних функцій і ролей (самообслуговування, діяльності в сім'ї та побуті, спілкування, в соціальних контактах, потреби в зацікавленості й поінформованості тощо) Обмеження життєдіяльності в навичках приготування їжі, чищення зубів, комунікації, роботі по дому / саду тощо Гострі психогенні чинники, пов'язані з погіршенням матеріального стану, конфліктами в сім'ї, розлученням Низький ресурс сімейної підтримки через вираженість проблем, пов'язаних із недостатнім матеріальним ресурсом осіб, що доглядають за хворими Помірна стурбованість осіб, які доглядають за пацієнтом, з формуванням у них помірно-тяжкого дистресу при їх контакті з маячними розладами, депресією і аномальною руховою активністю
Етапи програми	Госпітальний етап, підетапи базової психотропної та соматотропної терапії; диспансерний етап, підетапи підтримувальної фармакотерапії, підетапи соціалізації та реінтеграції хворого на деменцію в суспільстві
Реабілітаційні заходи	Соціально-психологічне консультування членів родини та осіб, які доглядають за хворим, і соціально-педагогічний, соціально-середовищний, соціально-побутовий супровід хворого; Тренінг-групи з вироблення і збереження навичок самообслуговування (приготування їжі, умивання, чищення зубів, робота по дому тощо), спілкування і організації соціальних контактів; Сімейна психотерапія «хворий – члени сім'ї» (при наявності у хворого сім'ї); Індивідуальна й групова терапія мистецтвом і творчим самовираженням (малювання, ліплення, музикотерапія, творче спілкування з природою), що проводиться з урахуванням когнітивного резерву хворого на деменцію, курсом до 12 міс., з частотою психотерапевтичних зустрічей 1–2 рази на тиждень; Стимулююча терапія (терапія зайнятості) – (спортивні вправи, ігри, заняття з тваринами, трудотерапія тощо), проведення з урахуванням когнітивного резерву хворого на деменцію, повторними курсами до 4 міс., з частотою зустрічей до 2 разів на тиждень; Психоосвітній тренінг для осіб, які доглядають за хворим на деменцію, курсом до 2 тижнів, з частотою тренінгових занять 3 рази на тиждень
Г. Супутні соматичні та неврологічні захворювання	
Мішень впливу	Супутня соматична патологія; Фактори, що знижують медичний комплаєнс: небажання хворих приймати ліки або пасивна згода на їх прийом, при відсутності надії на ефект від їх використання
Етапи програми	Госпітальний етап, підетапи базової психотропної та соматотропної терапії; диспансерний етап, підетапи підтримувальної фармакотерапії
Фармакотерапія	Ретельне соматичне обстеження і, при виявленні соматичної патології або органної недостатності, проведення відповідного лікування; Препарати загальнозміцнювальної дії: вітаміни В1, В6, В12, РР, повторними курсами до 20 днів; вітамін Е до 400 мг/добу, повторними курсами до 2 міс.; Пентоксифілін до 800–1200 мг/добу, тривалість курсу від декількох місяців до року, чергувати з вінпоцетином до 15 мг /добу, тривалість курсу від декількох місяців до року; ніцерголін – 15–30 мг/добу протягом 2–3 місяців; Розчин церебраліну до 20–30 мл в/в крапельно, курсом до 20 днів; гліцин до 300 мг/добу; піритинол до 300–400 мг/добу, курсом до 1–3 міс; етилметилгідроксипіридину сукцинат – перші 5 днів по 100 мг/добу в/м, потім по 300 мг/добу в/м протягом 3 тижнів
Реабілітаційні заходи	Засоби кінезотерапії (лікувальна фізкультура) і рефлексотерапії (масаж), 2–3 рази на тиждень, постійно; Регулярне фізичне навантаження (не менше 1–2 год на день); Використання психолого-педагогічних освітніх програм для хворих (з урахуванням стану їх когнітивного резерву), спрямованих на інформування щодо основних механізмів дії та очікуваних ефектів використовуваних препаратів; Обговорення можливих побічних ефектів ліків і дій пацієнтів в разі їх появи; формування у хворого мотивації до тривалого підтримувального лікування медикаментозними засобами

Таблиця 2. Клінічна динаміка психічного стану пацієнтів з ГПР при ЗД, що пройшли ПКППР (за шкалою NPI)

Психопатологічні та поведінкові розлади	Після ПКППР	
	основна група	контрольна група
Маячні ідеї	1,5±0,4	3,4±0,5**
Галюцинації	1,0±0,3	2,8±0,2**
Агресія	1,1±0,3	2,0±0,2*
Депресія (дисфорія)	2,2±0,4	3,3±0,5*
Тривога	1,0±0,3	1,5±0,2*
Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	1,4±0,2	1,8±0,3
Апатія (байдужість, індивергентність)	2,0±0,4	2,1±0,4
Розгальмування	1,6±0,3	1,8±0,5
Дратівливість	1,1±0,3	2,8±0,4**
Аномальна рухова активність (неадекватна рухова поведінка)	2,6±0,4	2,5±0,5
Сон і порушення поведінки в нічний час	2,2±0,2	2,6±0,4
Порушення апетиту і харчової поведінки	1,3±0,3	1,9±0,5

Примітка. * – відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** – відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.

Оцінка поліпшення (погіршення) когнітивних функцій хворих обох груп проводилася за наступними критеріями:

- погіршення когнітивних функцій – погіршення якісних показників за клініко-психопатологічними методами і елементарними нейропсихологічними тестами, зниження кількісних показників за шкалами MMSE і MoCa;
- відсутність ефекту – відсутність динаміки якісних показників за клініко-психопатологічними методами і елементарними нейропсихологічними тестами, відсутність динаміки кількісних показників за шкалами MMSE і MoCa;
- мінімальне поліпшення – позитивна динаміка якісних показників за клініко-психопатологічними методами і елементарними нейропсихологічними тестами, збільшення кількісних показників за шкалами MMSE і MoCa (збільшення на 20% величини загального показника за кожною зі шкал MMSE і MoCa);
- помірне поліпшення – позитивна динаміка якісних показників за клініко-психопатологічними методами і елементарними нейропсихологічними тестами, збільшення кількісних показників за шкалами MMSE і MoCa (збільшення на 21–40% величини загального показника за кожною зі шкал MMSE і MoCa).

Вивчення динаміки когнітивного стану хворих основної групи, в порівнянні з хворими контрольної групи, показало, що в основній групі вища кількість пацієнтів з мінімальним (39,5%, $p < 0,05$) і помірним (21,1%, $p < 0,01$) поліпшенням когнітивних функцій, тоді як серед пацієнтів контрольної групи більше пацієнтів з відсутністю ефекту (36,9%, $p < 0,01$), а кількість хворих з мінімальним і помірним поліпшенням когнітивних функцій не перевищувала величину в 23,1% і в 7,7% від вибірки контрольної групи відповідно (рис.1).

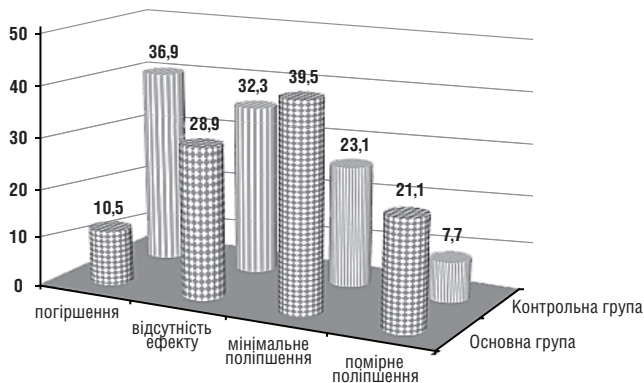


Рис. 1. Ступінь відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з ГПР при ЗД, що пройшли ПКППР

Стан основних функцій життєдіяльності після проведення психосоціальної реабілітації за розробленою програмою, в порівнянні з хворими контрольної групи, які пройшли курс реабілітації за традиційними схемами, представлено на рисунку 2.



Рис. 2. Виконання соціальних ролей пацієнтами з ГПР при ЗД, що пройшли ПКППР

За результатами вивчення якості виконання соціальних ролей і функцій хворими основної та контрольної груп можна констатувати, що у хворих основної групи покращилося виконання батьківської ролі ($2,5 \pm 0,4$ бали, $p < 0,05$), якість соціальних контактів ($2,0 \pm 0,3$ бали, $p < 0,05$) і успішність поведінки в нестандартних і складних умовах ($2,6 \pm 0,4$ бали, $p < 0,05$). У контрольній групі хворих виконання батьківської ролі, якість соціальних контактів і успішність поведінки в нестандартних і складних умовах залишилися на низькому рівні ($3,7 \pm 0,6$, $3,1 \pm 0,5$ та $3,7 \pm 0,6$ балів відповідно).

Висновки

Отже, розроблена ПКППР для пацієнтів з ГПР при ЗД базується на принципах комплексного, диференційованого, секторно-орієнтованого, персоналізованого, ресурсно-орієнтованого і поетапного безперервного підходу. Використання цих принципів у розробленій програмі психосоціальної реабілітації за принципом етіопатогенетичного і клінічного групування мішеней впливу виділені в чотири групи: некогнітивні психопатологічні розлади; когнітивні порушення; психосоціальні розлади і порушення життєдіяльності; загальномедичні проблеми. Апробація ПКППР пацієнтів з ГПР при ЗД була проведена в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей розвитку і перебігу даної патології.

У результаті апробації було доведено, що позитивна клінічна динаміка психічного стану (редукція маячних розладів, галюцинацій, депресивних розладів, зниження агресивності, тривоги й дратівливості), мінімальне та помірне поліпшення когнітивних функцій, відновлення основних функцій життєдіяльності (виконання батьківської ролі, якості соціальних контактів і успішність поведінки в нестандартних і складних умовах) є вагомим результатом проведення ПКППР пацієнтам з ГПР при ЗД.

Отримані дані слід враховувати при проведенні реабілітаційних заходів пацієнтам з ГПР при ЗД.

Список використаної літератури

- Марута Н. А. Раннее вмешательство при деменции: проблемы и решения // Украинський медичний часопис: електронна публікація. 2019. Дата оновлення: 10.04.2019. URL: <https://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload=> (дата звернення: 15.10.2019).
- Преображенская И. С. Деменция – эпидемиология, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013. Т. 5, № 4. С. 71–77. DOI: 10.14412/2074-2711-2013-2459.
- Кекелідзе З. И., Пищикова Л. Е., Полищук Ю. И. Стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста. *Вестник Росздрава*. 2016. № 4. С. 9–14.
- Dementia prevention, intervention, and care / G. Livingston, A. Sommerlad, V. Orgeta [et al.] // *The Lancet*. 2017. Vol. 390, issue 10113. P. 2673–2734. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.
- Пузин С. Н., Шургая М. А., Торопова О. М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2015. Т. 18, № 1. С. 4–9.
- Рындина О. Г., Антонов Б. М., Чистякова Т. В. Реабилитация психически больных в пожилом и старческом возрасте. *Медицинская психология в России*. 2012. № 3 (14). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.10.2019).
- Предоставление медицинской помощи и медикосоциальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации. Современные возможности и перспективы / С. Н. Пузин, Л. П. Храпылина, В. В. Кудрявцев [и др.] // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2012. № 1. С. 3–5.
- Пузин С. Н., Криворучко Ю. Д. Медико-социальный аспект развития паллиативной помощи больным с деменцией. *Российский психиатрический журнал*. 2017. № 4. С. 13–22. DOI: 10.24411/1560-957X-2017-1%25x.
- World Health Organization. Dementia: a public health priority. Switzerland, Geneva: WHO, 2012. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sessionid=A8286BDAE357612CB7A7849F0F347FF7?sequence=1 (дата звернення: 15.10.2019).
- Palliative care for older people: better practices / Eds. S. Hall et al. WHO : Denmark, 2011. 72 p. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf (дата звернення: 15.10.2019).
- White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care / J. T. van der Steen, L. Radbruch, C. M. Hertogh [et al.] // *Palliat Med*. 2014. Vol. 28, issue 3. P. 197–209. DOI: 10.1177/0269216313493685.
- The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point / W. M. Looman, I. N. Fabbriotti, R. de Kuiper [et al.] // *BMC Geriatrics*. 2016. Vol. 16. P. 43. DOI: 10.1186/s12877-016-0214-5.
- Трущев С. А. Социальное партнерство при оказании психиатрической помощи. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2010. № 2. С. 40–44.
- Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція / під ред. А. О. Гаврилюк. К., 2016. 57 с.
- Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975. Vol. 12, issue 3. P. 189–198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bedirian [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005. Vol. 53, issue 4. P. 695–699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
- WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. Geneva : WHO, 1988. 96 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40429/9241561114.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 15.10.2019).
- Maruta, N. O. (2019, April 10). Раннее вмешательство при деменции: проблемы и решения [Early intervention for dementia: problems and solutions]. *Ukrainian medical journal*. Retrieved October 15, 2019, from <https://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload=> (In Russian).
- Преображенская, И. С. (2013). Деменция – эпидемиология, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии [Dementia: epidemiology, clinical picture, diagnosis, approaches to therapy]. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 5(4), 71–77. (In Russian). <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2459>
- Kekelidze, Z. I., Pishchikova, L. E., & Polischuk, Y. I. (2016). Strategii v otnoshenii psikhicheskogo zdorov'ya grazhdan pozdnego vozrasta [Strategy on mental health of older adults]. *Vestnik Roszdravnadzora*, 4, 9–14. (In Russian).
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Puzin, S. N., Shurgaya, M. A., & Toropova, O. M. (2015). Aktual'nye voprosy mediko-sotsial'noi reabilitatsii v ambulatornykh usloviyakh: patsienty, stradayushchie dementsiei [Current issues of medico-social rehabilitation on an outpatient basis: dementia patients]. *Medical and social expert evaluation and rehabilitation*, 18(1), 4–9. (In Russian).
- Ryndina, O. G., Antonov, B. M., & Chistyakova, T. V. (2012). Reabilitatsiya psikhicheskii bol'nykh v pozhilom i starcheskom vozraste [Rehabilitation of the mentally ill in old and senile age]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*, 3. (In Russian). Retrieved from http://mpjr.ru/archiv_global/2012_3_14/nomer/nomer12.php
- Puzin, S. N., Khrapylna, L. P., Kudryavzev, V. V., Kaplan, M. Z., & Lapteva, A. E. (2012). Predostavlenie meditsinskoj pomoshchi i medikosotsial'nykh uslug invalidam i litsam pozhilogo vozrasta v Rossijskoi Federatsii. Sovremennye vozmozhnosti i perspektivy [Providing medical care and medico-social service to disabled and elderly people in Russian federation. modern opportunities and prospects]. *Mediko-Sotsyal'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya*, 1, 3–5. (In Russian).
- Puzin, S. N., & Krivoruchko, Yu. D. (2017). Mediko-sotsial'nyi aspekt razvitiya palliativnoi pomoshchi bol'nym s dementsiei [Medical and social aspects of the development of palliative care for patients with dementia]. *The Russian Journal of Psychiatry*, 4, 13–22. (In Russian). <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2017-1%25x>
- World Health Organization. (2012). *Dementia: a public health priority*. Switzerland, Geneva: WHO. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sessionid=A8286BDAE357612CB7A7849F0F347FF7?sequence=1
- Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A. D., Costantini, M., & Higginson, I. J. (Eds.). (2011). *Palliative care for older people: better practices*. WHO, Denmark. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
- Van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. MPM, de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., ... Volker, L. (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*, 28(3), 197–209. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>
- Looman, W. M., Fabbriotti, I. N., de Kuiper, R., & Huijsman, R. (2016). The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point. *BMC geriatrics*, 16, 43. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0214-5>
- Truschelev, S. A. (2010). The social partnership in delivering mental care. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 2, 40–44. (In Russian).
- Gavriluk, A. O. (Ed.). (2016). *Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtryynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) ta paliatyvnoi medychnoi dopomohy. Dementsiya* [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) and palliative care. Dementia]. Kyiv. 57 p. (In Ukrainian). Retrieved from https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2016_736_Demencia/2016_736_YKPM_Dem.pdf

15. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
16. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
17. WHO. (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use*. Geneva: WHO. 96 p. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40429/9241561114.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Відомості про автора:

ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСЬКИЙ Костянтин Валерійович, старший науковий співробітник, Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України», м. Одеса, Україна;
e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

Сведения об авторе:

ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСКИЙ Константин Валерьевич, старший научный сотрудник, Государственное учреждение «Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Украины», г. Одесса, Украина;
e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

About the Author:

SHEVCHENKO-BITENSKY Kostiantyn Valeriovych, Senior Researcher of the SI "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of Ukraine", Odesa, Ukraine;
e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.3-008.454-036.13

DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.187-190

Ю. І. Мисула

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ ДЕПРЕСІЇ
ПРИ ПЕРВИННОМУ ЕПІЗОДІ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУТернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Резюме

Актуальність. Дослідження клінічних особливостей депресії при первинному епізоді БАР має важливе значення для своєчасного виявлення, лікування та профілактики у зв'язку з недостатньою діагностикою захворювання.

Мета – вивчення особливостей симптоматики депресії при первинному епізоді біполярного афективного розладу з урахуванням гендерного фактора та клінічного варіанту.

Матеріали та методи. З дотриманням принципів біомедицинської етики на підставі інформованої згоди клінічно обстежено 65 чоловіків та 88 жінок із первинним епізодом біполярного афективного розладу. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, статистичний.

Результати. При депресивному варіанті первинного епізоду БАР наявний увесь спектр депресивної симптоматики: знижений настрій – у 100,0%, ангедонія – у 40,3% всіх хворих, 40,9% чоловіків, і 40,0% жінок, втомлюваність – відповідно у 68,1%, 65,9% і 69,3%, песимізм – у 100,0%, почуття провини, марності, тривоги або страху – у 33,6%, 36,4% і 32,0%, знижена самооцінка – у 89,1%, 84,1% і 92,0%, нездатність концентруватися і приймати рішення – у 45,4%, 36,4% і 50,7%, думки про смерть або самогубство – у 79,8%, 79,5% і 80,0%, нестабільний апетит, зміна ваги – у 61,3%, 59,1% і 62,7%, дисомнії – у 98,3%, 97,7% і 98,7%. При манакальному варіанті наявні окремі симптоми: почуття тривоги або страху – у 52,2%, 66,7% і 25,0%, нездатність концентруватися і приймати рішення – у 56,5%, 46,7% і 75,0%, думки про смерть або самогубство – у 8,7%, 6,7% і 12,5%, дисомнії – у 30,4%, 26,7% і 37,5%. Змішаний варіант ближчий до депресивного, але поширеність депресивної симптоматики менша: знижений настрій виявлений відповідно у 81,8%, 83,3% і 80,0%, ангедонія – у 45,5%, 66,7% і 20,0%, підвищена втомлюваність – у 54,5%, 50,0% і 60,0%, песимізм – у 81,8%, 83,3% і 80,0%, почуття провини, марності, тривоги або страху – у 72,7%, 66,7% і 80,0%, знижена самооцінка – у 81,8%, 83,3% і 80,0%, нездатність концентруватися і приймати рішення – у 72,7%, 83,3% і 60,0%, думки про смерть або самогубство – у 63,6%, 50,0% і 80,0%, нестабільний апетит, зміна ваги – у 27,3%, 16,7% і 40,0%, дисомнії – у 100,0%. При цьому не було виявлено значущих відмінностей у поширеності депресивної симптоматики між чоловіками і жінками.

Висновки. Відмінності у поширеності клінічних проявів депресії при первинному епізоді біполярного афективного розладу визначаються його клінічним варіантом; вплив гендерного фактора на них є несуттєвим.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, первинний епізод, депресія.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ДЕПРЕССИИ
ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЭПИЗОДЕ БИПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Ю. И. Мисула

Тернопольский национальный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского, г. Тернополь, Украина

Резюме

Актуальность. Исследование клинических особенностей депрессии при первичном эпизоде БАР имеет важное значение для своевременного выявления, лечения и профилактики в связи с недостаточной диагностикой заболевания.

Цель – изучение особенностей симптоматики депрессии при первичном эпизоде биполярного аффективного расстройства с учетом гендерного фактора и клинического варианта.

Материалы и методы. С соблюдением принципов биомедицинской этики на основании информированного согласия клинически обследовано 65 мужчин и 88 женщин с первичным эпизодом биполярного аффективного расстройства. Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический.

Результаты. При депрессивном варианте первичного эпизода БАР присутствует весь спектр депрессивной симптоматики: сниженное настроение – у 100,0%, ангедония – у 40,3% всех больных, 40,9% мужчин и 40,0% женщин, утомляемость – соответственно, у 68,1%, 65,9% и 69,3%, пессимизм – у 100,0%, чувство вины, бесполезности, тревоги или страха – у 33,6%, 36,4% и 32,0%, сниженная самооценка – у 89,1%, 84,1% и 92,0%, неспособность концентрироваться и принимать решения – у 45,4%, 36,4% и 50,7%, мысли о смерти или самоубийстве – у 79,8%, 79,5% и 80,0%, нестабильный аппетит, изменение веса – у 61,3%, 59,1% и 62,7%, диссомнии – у 98,3%, 97,7% и 98,7%. При манакальном варианте присутствуют отдельные симптомы: чувство тревоги или страха – у 52,2%, 66,7% и 25,0%, неспособность концентрироваться и принимать решения – у 56,5%, 46,7% и 75,0%, мысли о смерти или самоубийстве – у 8,7%, 6,7% и 12,5%, диссомнии – у 30,4%, 26,7% и 37,5%. Смешанный вариант ближе к депрессивному, но распространенность депрессивной симптоматики меньше: сниженное настроение выявлено соответственно у 81,8%, 83,3% и 80,0%, ангедония – у 45,5%, 66,7% и 20,0%, повышенная утомляемость – у 54,5%, 50,0% и 60,0%, пессимизм – у 81,8%, 83,3% и 80,0%, чувство вины, бесполезности, тревоги или страха – у 72,7%, 66,7% и 80,0%, сниженная самооценка – у 81,8%, 83,3% и 80,0%, неспособность концентрироваться и принимать решения – у 72,7%, 83,3% и 60,0%, мысли о смерти или самоубийстве – у 63,6%, 50,0% и 80,0%, нестабильный аппетит, изменение веса – у 27,3%, 16,7% и 40,0%, диссомнии – у 100,0%. При этом не было обнаружено значимых различий в распространенности депрессивной симптоматики между мужчинами и женщинами.

Выводы. Различия в распространенности клинических проявлений депрессии при первичном эпизоде биполярного аффективного расстройства определяются его клиническим вариантом; влияние гендерного фактора на них не существенно.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, первичный эпизод, депрессия.

FEATURES OF CLINICAL PHENOMENOLOGY OF DEPRESSION IN THE PRIMARY EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Yu. I. Mysula

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Abstract

Background. The study of the clinical features of depression in the primary episode of bipolar affective disorder is important for the timely detection, treatment and prevention of malnutrition.

Objective – to study the features of the symptoms of depression in the primary episode of bipolar affective disorder, taking into account the gender factor and clinical variant.

Materials and methods. According to the principles of biomedical ethics and on the basis of informed consent, 65 men and 88 women with a primary episode of bipolar affective disorder were clinically examined. We used clinical-psychopathological and statistical research methods.

Results. In the depressive variant the whole spectrum of depressive symptoms is present: low mood (100.0%); anhedonia – in 40.3% of all patients, 40.9% of men, and 40.0% of women; fatigue – respectively 68.1%, 65.9%, and 69.3%; pessimism – 100.0%; feelings of guilt, futility, anxiety or fear – 33.6%, 36.4%, and 32.0%; low self-esteem – 89.1%, 84.1%, and 92.0%; inability to concentrate and make decisions – 45.4%, 36.4%, and 50.7%; thoughts of death or suicide – 79.8%, 79.5% and 80.0%; unstable appetite, weight change – 61.3%, 59.1%, and 62.7%; dysomnia – 98.3%, 97.7%, and 98.7%. There are some symptoms in the manic variant: anxiety or fear – 52.2% of all patients, 66.7% of men, 25.0% of women; inability to concentrate and make decisions – 56.5%, 46.7%, 75.0%, respectively; thoughts about death or suicide – 8.7%, 6.7%, and 12.5%; dysomnia – 30.4%, 26.7%, and 37.5%. The mixed variant is closer to depressive, but the prevalence of depressive symptoms is lower: the decreased mood was founded in 81.8% of all patients, 83.3% of men, and 80.0% of women; anhedonia – 45.5%, 66.7%, and 20.0%, respectively; fatigue – 54.5%, 50.0%, and 60.0%; pessimism – 81.8%, 83.3%, and 80.0%; feelings of guilt, futility, anxiety or fear – 72.7%, 66.7%, and 80.0%; low self-esteem – 81.8%, 83.3%, and 80.0%; inability to concentrate and make decisions – 72.7%, 83.3%, and 60.0%; thoughts of death or suicide – 63.6%, 50.0%, and 80.0%; unstable appetite, weight change – 27.3%, 16.7%, and 40.0%; dysomnia – 100.0%. However, no significant differences were founded in the prevalence of depressive symptoms between men and women.

Conclusions. Differences in the prevalence of clinical manifestations of depression in the primary episode of bipolar affective disorder are determined by the clinical variant; the impact of gender on them is insignificant.

Keywords: bipolar affective disorder, primary episode, depression.

For citation: Mysula Yu. I. Features of clinical phenomenology of depression in the primary episode of bipolar affective disorder. *Archives of Psychiatry*. 2019, 25(4): 187–190. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.187-190

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): yuramysula@gmail.com

Received / Поступила: 08.11.2019

Accepted / Прийнята до друку: 11.12.2019

Актуальність. Біполярний афективний розлад (БАР) є однією з найактуальніших проблем сучасної психіатрії [1–3], що зумовлено вагомими медичними та соціальними наслідками: це захворювання триває впродовж усього життя, супроводжується значним погіршенням психічного функціонування не лише в емоційній, а й у когнітивній сферах, високим рівнем коморбідності, потребою в тривалому лікуванні, а також суттєвим зниженням якості життя і втратою соціальних зв'язків [4–7]. Однією з найбільших проблем, пов'язаних з БАР, залишається своєчасна діагностика цього захворювання на ранніх етапах, адже у значній частині випадків встановлення діагнозу займає тривалий час (до кількох років). Впродовж цього часу пацієнти не отримують необхідної терапії, що ще більшою мірою поглиблює соціальну й психічну дезадаптацію. Тому вивчення особливостей клінічної феноменології первинного епізоду БАР є важливим для розробки прогностичних, профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів при цьому захворюванні [8–10].

Мета – вивчення особливостей симптоматики депресії при первинному епізоді біполярного афективного розладу з урахуванням гендерного фактора та клінічного варіанту первинного епізоду.

Матеріали та методи дослідження

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 153 хворих (65 чоловіків та 88 жінок) з первинним епізодом БАР, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні у 2011–2016 роках. Середній вік обстежених пацієнтів на момент виникнення симптоматики склав

21,3±6,5 років (медіана 19,0 років, інтерквартильний діапазон 17,0–22,0 років), чоловіків – 20,5±5,8 років (18,0 років, 17,0–21,0 років), жінок – 21,9±6,9 років (19,0 років, 18,5–22,5 років); вік на момент звернення за медичною допомогою і обстеження – відповідно 21,4±6,4 років (19,0 років, 18,0–22,0 років), 20,7±5,7 років (18,0 років, 17,0–21,0 років) та 22,0±6,9 років (19,0 років, 18,5–22,5 років).

Серед обстежених чоловіків і жінок нами було виділено по три групи залежно від клінічного варіанту перебігу ПЕ БАР: з переважанням депресивної симптоматики (депресивний варіант), чисельністю 119 осіб (44 чоловіки і 75 жінок); з переважанням маніакальної або гіпоманіакальної симптоматики (маніакальний варіант), чисельністю 23 особи (15 чоловіків і 8 жінок), та з одночасною наявністю депресивної та маніакальної симптоматики або зі швидкою зміною фаз (змішаний варіант), чисельністю 11 осіб (6 чоловіків і 5 жінок).

Аналіз клінічної симптоматики депресії проводили відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10).

Статистичний аналіз проведено з використанням точного критерію Фішера. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0% ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення

Аналіз депресивної симптоматики при первинному епізоді БАР з урахуванням клінічного варіанту дебюту захворювання дозволив виявити ряд закономірностей.

Структура симптоматики депресії при депресивному варіанті ПЕ БАР представлена на рисунку 1.

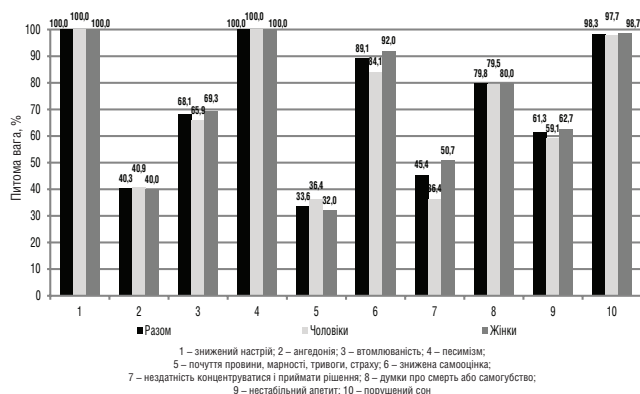


Рис. 1. Структура депресивної симптоматики при первинному епізоді БАП з депресивним варіантом ПЕ

При депресивному варіанті ПЕ БАП присутній весь спектр депресивної симптоматики відповідно до критеріїв МКХ-10. З основних критеріїв найпоширенішим є знижений настрій, що не залежить від обставин, протягом тривалого часу (щонайменше два тижні); цей симптом наявний у всіх хворих. Менш поширеними є втрата інтересу і здатності отримувати задоволення від діяльності, яка раніше таке задоволення приносила (ангедонія) – відповідно у 40,3% всіх хворих, у 40,9% чоловіків і у 40,0% жінок, а також зниження активності, енергії, здатності до діяльності, рухова загальмованість (гіпобулія та гіпокінезія) – відповідно у 68,1%, 65,9% і 69,3%. З додаткових критеріїв були наявні прояви песимізму (у всіх хворих), почуття провини, марності, тривоги або страху – відповідно у 33,6%, 36,4% і 32,0%, занижена самооцінка – відповідно у 89,1%, 84,1% і 92,0%, нездатність концентруватися і приймати рішення – відповідно у 45,4%, 36,4% і 50,7%, думки про смерть або самогубство – відповідно у 79,8%, 79,5% і 80,0%, нестабільний апетит, зміна ваги – відповідно у 61,3%, 59,1% і 62,7%, а також порушений сон, безсоння або пересинання – відповідно у 98,3%, 97,7% і 98,7%. Розбіжності у поширеності всіх симптомів між чоловіками та жінками статистично не значущі ($p > 0,05$).

Структура клінічної симптоматики депресії при маніакальному варіанті ПЕ БАП наведена на рисунку 2.

При маніакальному варіанті ПЕ БАП наявні лише окремі додаткові симптоми: зокрема, почуття тривоги або страху наявне у 52,2% всіх хворих, у 66,7% чоловіків і у 25,0% жінок, нездатність концентруватися і приймати рішення – відповідно у 56,5%, 46,7% і 75,0%, думки

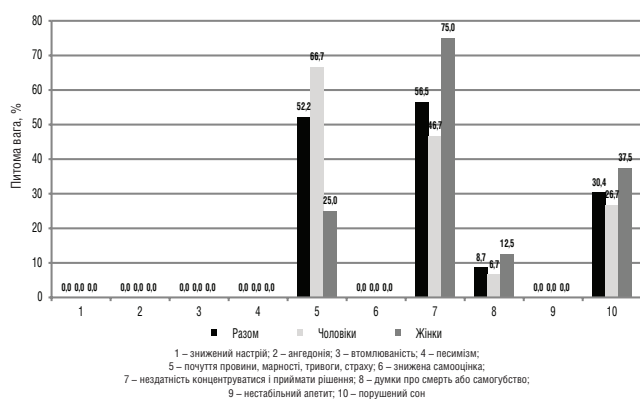


Рис. 2. Структура депресивної симптоматики при первинному епізоді БАП з депресивним варіантом ПЕ

про смерть або самогубство – відповідно у 8,7%, 6,7% і 12,5%, порушений сон, безсоння або пересинання – у 30,4%, 26,7% і 37,5%. Розбіжності у поширеності цих симптомів між чоловіками та жінками статистично не значущі ($p > 0,05$).

Структура клінічної симптоматики депресії при змішаному варіанті ПЕ БАП наведена на рисунку 3.

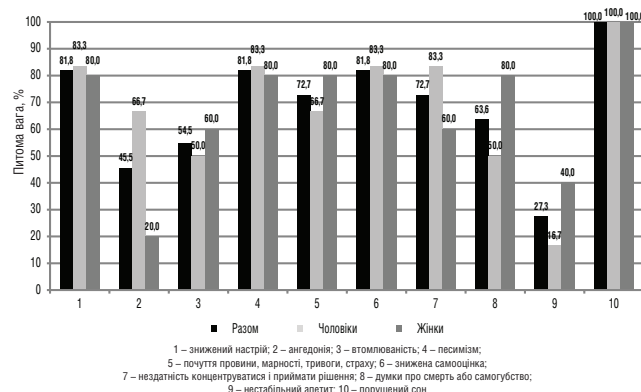


Рис. 3. Структура депресивної симптоматики при первинному епізоді БАП зі змішаним варіантом ПЕ

При змішаному варіанті ПЕ БАП, як і при депресивному варіанті, наявний увесь спектр депресивної симптоматики, але поширеність її суттєво менша, ніж при депресивному варіанті ПЕ БАП. Так, серед основних критеріїв депресії у хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАП наявні знижений настрій – відповідно у 81,8%, 83,3% і 80,0%, ангедонія – відповідно у 45,5%, 66,7% і 20,0%, і підвищена втомлюваність – відповідно у 54,5%, 50,0% і 60,0%. З додаткових критеріїв у хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАП виявлені песимізм – відповідно у 81,8%, 83,3% і 80,0%, почуття провини, марності, тривоги або страху – відповідно у 72,7%, 66,7% і 80,0%, занижена самооцінка – відповідно у 81,8%, 83,3% і 80,0%, нездатність концентруватися і приймати рішення – відповідно у 72,7%, 60,0% і 80,0%, думки про смерть або самогубство – відповідно у 63,6%, 50,0% і 80,0%, нестабільний апетит, зміна ваги – відповідно у 27,3%, 16,7% і 40,0%, порушений сон, безсоння або пересинання, які виявлені у всіх хворих. Розбіжності у поширеності всіх симптомів між чоловіками та жінками статистично не значущі ($p > 0,05$).

Статистичний аналіз розбіжностей між групами з різним клінічним варіантом дебюту виявив значущі розбіжності для зниженого настрою – при порівнянні всіх груп між собою ($p < 0,01$), для ангедонії – при порівнянні груп з депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАП у чоловіків ($p < 0,05$), у жінок ($p < 0,01$) та у всіх хворих разом ($p < 0,01$), груп з маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАП у жінок ($p < 0,01$) та у всіх хворих ($p < 0,01$); для підвищеної втомлюваності – при порівнянні груп з депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАП у чоловіків ($p < 0,01$), у жінок ($p < 0,01$) та у всіх хворих ($p < 0,01$); для песимізму – при порівнянні всіх груп між собою ($p < 0,01$); для почуття провини, марності, тривоги або страху – при порівнянні груп із депресивним і змішаним варіантами ПЕ БАП у чоловіків ($p < 0,05$), у жінок ($p < 0,01$) і у всіх хворих ($p < 0,05$); для зниженої самооцінки – при порівнянні груп із депресивним і маніакальним, а також із маніакальним

і змішаним варіантами ПЕ БАР у чоловіків ($p < 0,01$), у жінок ($p < 0,01$) і у всіх хворих ($p < 0,01$); для нездатності концентруватися і приймати рішення – при порівнянні груп з депресивним і змішаним варіантами у всіх хворих ($p < 0,05$); для суїцидальних думок – при порівнянні груп із депресивним і змішаним варіантами ПЕ БАР у чоловіків ($p < 0,01$), у жінок ($p < 0,01$) і у всіх хворих ($p < 0,01$), при порівнянні груп з маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР у чоловіків ($p < 0,05$), у жінок ($p < 0,05$) і у всіх хворих ($p < 0,05$); для порушень апетиту – при порівнянні груп з депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР у чоловіків ($p < 0,01$), у жінок ($p < 0,01$) і у всіх хворих, при порівнянні груп з депресивним і змішаним варіантами ПЕ БАР у жінок ($p < 0,05$), а також при порівнянні груп з маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР у жінок ($p < 0,01$); для дисомній – при порівнянні груп з депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР у чоловіків ($p < 0,01$), у жінок ($p < 0,01$) і у всіх хворих ($p < 0,01$), а також при порівнянні груп з маніакальним та змішаним варіантами ПЕ БАР у чоловіків ($p < 0,05$), у жінок ($p < 0,01$) і у всіх хворих ($p < 0,01$).

Висновки та перспективи подальших досліджень

При аналізі особливостей депресивних проявів при ПЕ БАР слід враховувати клінічний варіант ПЕ – депресивний, маніакальний або змішаний. При депресивному варіанті ПЕ БАР представлений увесь спектр депресивної симптоматики з найбільшою поширеністю зниженого настрою, песимізму та дисомній, значною поширеністю зниженої самооцінки, суїцидальних думок та проявів астєнії, і меншою – інших симптомів. При маніакальному варіанті ПЕ БАР наявні лише окремі другорядні симптоми депресії: найчастіше це почуття тривоги і страху, порушення концентрації уваги та дисомнії, й зрідка – думки про смерть. Змішаний варіант ПЕ БАР за клінічною симптоматикою депресії ближчий до депресивного варіанту, при ньому також присутній увесь спектр депресивної симптоматики, однак її поширеність суттєво менша. Найтипівішими для змішаного варіанту є прояви дисомній, вагомими в структурі симптоматики є також вітальні й психологічні прояви депресій, а також когнітивні порушення. Гендерні відмінності у клінічних проявах депресії при ПЕ БАР виявилися не значущими.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з використанням одержаних даних для розробки сучасних лікувально-реабілітаційних та профілактичних підходів при первинному епізоді біполярного афективного розладу.

Список використаної літератури

1. Marwaha S., Durrani A., Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013. Vol. 128, issue 3. P. 179–193. DOI: 10.1111/acps.12087.
2. Clinical practice guidelines for bipolar affective disorder (BPAD) in children and adolescents / S. Gautam, A. Jain, M. Gautam [et al.] // *Indian Journal of Psychiatry*.

2019. Vol. 61, suppl. 2. P. 294–305.

DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_570_18.

3. Mental health: strengthening our response / Information Bulletin of World Health Organisation. Geneva, WHO, 2018. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата звернення: 25.10.2019).
4. The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: knowledge to date and directions for future research / B. I. Goldstein, B. Birmaher, G. A. Carlson [et al.] // *Bipolar Disorders*. 2017. Vol. 19, issue 7. P. 524–543. DOI: 10.1111/bdi.12556.
5. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force / M. Sajatovic, S. A. Strejilevich, A. G. Gildengers [et al.] // *Bipolar Disorders*. 2015. Vol. 17, issue 7. P. 689–704. DOI: 10.1111/bdi.12331.
6. Nabavi B., Mitchell A. J., Nutt D. A lifetime prevalence of comorbidity between bipolar affective disorder and anxiety disorders: a meta-analysis of 52 interview-based studies of psychiatric population. *EBioMedicine*. 2015. Vol. 2, issue 10. P. 1405–1419. DOI: 10.1016/j.ebiom.2015.09.006.
7. Methodological recommendations for cognition trials in bipolar disorder by the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force / K. W. Miskowiak, K. E. Burdick, A. Martinez-Aran [et al.] // *Bipolar Disorders*. 2017. Vol. 19, issue 8. P. 614–626. DOI: 10.1111/bdi.12534.
8. Baldessarini R. J., Tondo L., Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014. Vol. 129, issue 5. P. 383–392. DOI: 10.1111/acps.12204.
9. Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies / G. L. Faedda, G. Serra, C. Marangoni [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 168. P. 314–321. DOI: 10.1016/j.jad.2014.07.013.
10. Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients / P. Salvatore, R. J. Baldessarini, H. M. Khalsa [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014. Vol. 129, issue 4. P. 275–285. DOI: 10.1111/acps.12170.

References

1. Marwaha, S., Durrani, A., & Singh, S. (2013). Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 179–193. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12087>
2. Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Gautam, A., & Jagawat, T. (2019). Clinical practice guidelines for bipolar affective disorder (BPAD) in children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(2), 294–305. http://dx.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_570_18
3. WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. Information Bulletin of World Health Organisation. Geneva, WHO. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
4. Goldstein, B. I., Birmaher, B., Carlson, G. A., DelBello, M. P., Findling, R. L., Fristad, M., ... Youngstrom, E. A. (2017). The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: knowledge to date and directions for future research. *Bipolar Disorders*, 19(7), 524–543. <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12556>
5. Sajatovic, M., Strejilevich, S. A., Gildengers, A. G., Dols, A., Al Jurdi, R. K., Forester, B. P., ... Shulman, K. I. (2015). A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disorders*, 17(7), 689–704. <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12331>
6. Nabavi, B., Mitchell, A. J., & Nutt, D. (2015). A lifetime prevalence of comorbidity between bipolar affective disorder and anxiety disorders: a meta-analysis of 52 interview-based studies of psychiatric population. *EBioMedicine*, 2(10), 1405–1419. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.09.006>
7. Miskowiak, K. W., Burdick, K. E., Martinez-Aran, A., Bonnin, C. M., Bowie, C. R., Carvalho, A. F., ... Vieta, E. (2017). Methodological recommendations for cognition trials in bipolar disorder by the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force. *Bipolar Disorders*, 19(8), 614–626. <https://doi.org/10.1111/bdi.12534>
8. Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Visioli, C. (2014). First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(5), 383–392. <https://doi.org/10.1111/acps.12204>
9. Faedda, G. L., Serra, G., Marangoni, C., Salvatore, P., Sani, G., Vázquez, G. H., ... Koukopoulos, A. (2014). Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 168, 314–321. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.013>
10. Salvatore, P., Baldessarini, R. J., Khalsa, H. M., Vázquez, G., Perez, J., Faedda, G. L., ... Tohen, M. (2014). Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 275–285. <https://doi.org/10.1111/acps.12170>

Відомості про автора:

МИСУЛА Юрій Ігорович, канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна;
e-mail: yuramysula@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

Сведения об авторе:

МИСУЛА Юрий Игоревич, канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины, г. Тернополь, Украина;
e-mail: yuramysula@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

About the Author:

MYSLA Yuriy Ihorovich, MD, PhD, assistant professor of Department of psychiatry, narcology and medical psychology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine;
e-mail: yuramysula@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

М. Є. Хоміцький

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗІВ ІЗ ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ У КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ (КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ)

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Резюме

Актуальність. Диференційна діагностика між шизофренією, шизоафективним розладом (ШАР) та афективними розладами (АР), до яких належать біполярний афективний та рекурентний депресивний розлади, повинна охоплювати не тільки період гострого психотичного нападу, а й період ремісії, та базуватись на вивченні широкого діапазону психопатологічної симптоматики, яку відносять до «стійких змін особистості внаслідок перенесеного психічного захворювання». Вивчення патоперсоналогічних трансформацій та визначення їх клінічних відмінностей дасть можливість проводити ранню диференційну діагностику з високим рівнем достовірності в групі ендегенних психозів. У результаті буде оптимізовано лікувально-реабілітаційні впливи і підвищено рівень адаптації та якості життя пацієнтів, що страждають на вищезазначені психічні розлади.

Мета – проведення компаративного аналізу медико-біологічних та медико-соціальних характеристик станів ремісії у пацієнтів, які страждають на шизофренію, ШАР та АР.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 250 пацієнтів у віці від 19 до 60 років. Серед них – 48 пацієнтів з діагнозом «біполярний афективний розлад», 19 пацієнтів з діагнозом «рекурентний депресивний розлад», 81 пацієнт з ШАР та 102 пацієнти з діагнозом «шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу» в стані ремісії. Методи дослідження – клініко-катамнестичний та клініко-психопатологічний, а також медико-статистичний аналіз.

Результати. Пацієнти з ШАР, порівняно з хворими на шизофренію та АР, частіше ($p < 0,05$) мають низький рівень прихильності до прийому підтримувальної терапії – 48,1% осіб, та менший відсоток осіб ($p < 0,01$), у яких прихильність до прийому підтримувальної терапії є високою (16,1%). Пацієнти, що страждають на ШАР, частіше ($p < 0,05$) проходять курси лікування в стаціонарі, ніж хворі на АР та шизофренію (відповідно $10,4 \pm 5,9$; $6,9 \pm 3,9$ та $6,2 \pm 3,3$ рази). При ШАР соціальні чинники частіше ($p < 0,01$) стають причиною регоспіталізацій, ніж при АР та шизофренії (24,6%, 4,9% та 12,2% відповідно). У пацієнтів, що страждають на ШАР, спостерігається більш тривале ($p < 0,01$) перебування на лікуванні у психіатричному стаціонарі, ніж при шизофренії та АР.

Висновки. Отримані результати є підтвердженням наявності при ендегенних психозах постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій, які потребують комплексного вивчення та формування системи конгруентних лікувально-реабілітаційних заходів з метою превенції соціальної дезадаптації.

Ключові слова: шизоафективний розлад, шизофренія, афективні розлади, клініка, анамнез, патоперсоналогічні особливості, компаративний аналіз.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМАНИФЕСТНЫХ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ (КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Н. Е. Хомичкий

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Резюме

Актуальность. Дифференциальная диагностика между шизофренией, шизоаффективным расстройством (ШАР) и аффективными расстройствами (АР), к которым относятся биполярное аффективное расстройство и рекуррентное депрессивное расстройство, должна охватывать не только период острого психотического приступа, но и период ремиссии, и базироваться на изучении широкого диапазона психопатологической симптоматики, которую относят к «стойким изменениям личности вследствие перенесенного психического заболевания». Изучение патоперсоналогических трансформаций и определение их клинических различий позволит проводить раннюю дифференциальную диагностику с высоким уровнем достоверности в группе эндогенных психозов. Это даст возможность оптимизировать лечебно-реабилитационные воздействия и повысить уровень адаптации и качество жизни пациентов, страдающих вышеуказанными психическими расстройствами.

Цель – проведение компаративного анализа медико-биологических и медико-социальных характеристик состояний ремиссии у пациентов, страдающих шизофренией, ШАР и АР.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 250 пациентов в возрасте от 19 до 60 лет. Среди них – 48 пациентов с диагнозом «биполярное аффективное расстройство», 19 пациентов с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство», 81 пациент с ШАР и 102 пациента с диагнозом «шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения» в состоянии ремиссии. Методы исследования – клиничко-катамнестический и клиничко-психопатологический, а также медико-статистический анализ.

Результаты. Пациенты с ШАР, по сравнению с больными шизофренией и АР, чаще ($p < 0,05$) имеют низкий уровень приверженности к приему поддерживающей терапии – 48,1% лиц. Также в группе ШАР меньший ($p < 0,01$) процент пациентов, у которых приверженность к приему поддерживающей терапии является высокой (16,1%). Пациенты, страдающие ШАР, чаще проходят курсы лечения в стационаре, чем больные АР и шизофренией (соответственно $10,4 \pm 5,9$; $6,9 \pm 3,9$ и $6,2 \pm 3,3$ раза). При ШАР социальные факторы чаще ($p < 0,01$) становятся причиной регоспитализаций, чем при АР и шизофрении (24,6%, 4,9% и 12,2% соответственно). У пациентов, страдающих ШАР, наблюдается более длительное пребывание на лечении в психиатрическом стационаре, чем при шизофрении и АР.

Выводы. Полученные результаты являются подтверждением наличия при эндогенных психозах постманифестных патоперсоналогических трансформаций, которые требуют комплексного изучения и формирования системы конгруэнтных лечебно-реабилитационных мероприятий с целью профилактики социальной дезадаптации.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, шизофрения, аффективные расстройства, клиника, анамнез, патоперсоналогические особенности, компаративный анализ.

MEDICAL-BIOLOGICAL AND MEDICAL-SOCIAL CHARACTERISTICS OF ENDOGENOUS PSYCHOSES WITH EPISODIC COURSE
IN THE CONTEXT OF POST-MANIFEST PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS (COMPARATIVE ANALYSIS)

M. Ye. Khomitskyi

Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Abstract

Background. Differential diagnosis between schizophrenia, schizoaffective disorder (SAD) and affective disorders (AD), which include bipolar affective and recurrent depressive disorders, should cover not only the period of acute psychosis, but also the period of remission, and based on "enduring personality change after psychiatric illness". The study of pathopersonalogical transformations and the identification of their clinical differences will enable early differential diagnosis with a high level of confidence in the group of endogenous psychoses. This will optimize treatment and rehabilitation effects and increase the level of adaptation and quality of life of patients suffering from the endogenous psychosis.

The objective of the work is conducting a comparative analysis of the medical-biological and medical-social characteristics of remission in patients with schizophrenia, SAD and AD.

Materials and methods. A comprehensive examination of 250 patients aged 19 to 60 years was performed. Among them, bipolar affective disorder was diagnosed in 48 patients and recurrent depressive disorder – in 19 patients; 81 patients had SAD; episodic schizophrenia, paranoid type in remission was diagnosed in 102 patients. Methods of research – clinical-anamnestic and clinical-psychopathological, as well as medical-statistical analysis.

Results. Patients with SAD, compared to patients with schizophrenia and AD, more often ($p < 0.05$) have a low of adherence to maintenance therapy (48.1%) and lower percentages ($p < 0.01$) patients with the high level of adherence to receiving maintenance therapy (16.1%). Patients suffering from SAD are more often ($p < 0.01$) inpatient than patients with AD and schizophrenia (10.4 ± 5.9 , 6.9 ± 3.9 and 6.2 ± 3.3 times, respectively). For patients with SAD, social factors are more frequent ($p < 0.01$) are the reason of re-hospitalization than for the patients with AD and schizophrenia (24.6%, 4.9% and 12.2%, respectively).

Conclusions. The obtained results confirm the presence in endogenous psychoses of pathopersonalogical transformations in post-manifestation period. Pathopersonalogical transformations in endogenous psychosis require comprehensive study and the formation of a system of congruent treatment and rehabilitation measures in order to prevent social maladaptation.

Keywords: schizoaffective disorder, schizophrenia, affective disorders, clinic, anamnesis, pathopersonalogical features, comparative analysis.

For citation: Khomitskyi M. Ye. Medical-biological and medical-social characteristics of endogenous psychoses with episodic course in the context of post-manifest pathopersonalogical transformations (comparative analysis). *Archives of Psychiatry*. 2019, 25(4): 191–195. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.191-195

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): nhomitski@ukr.net

Received / Поступила: 20.11.2019

Accepted / Прийнята до друку: 13.12.2019

Актуальність. Сучасні діагностичні стандарти щодо ендегенних психозів з епізодичним перебігом дозволяють не визначати нозологічну належність перенесеного гострого психозу в дебюті захворювання, а констатувати «Гострий поліморфний психотичний розлад». Після встановлення цього діагнозу підтримувальна терапія обмежується рекомендаціями прийому антипсихотичного препарату і не враховує клінічні варіанти шизоафективного розладу (ШАР) та необхідність призначення препарату з тимостабілізуючим впливом [1, 2].

Диференційна діагностика між шизофренією, ШАР та афективними розладами (АР), до яких належать біполярний афективний та рекурентний депресивний розлади, повинна охоплювати не тільки період гострого психотичного нападу, а й період ремісії, і базуватись на вивченні широкого діапазону психопатологічної симптоматики, яку відносять до «стійких змін особистості внаслідок перенесеного психічного захворювання» за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Це поняття є синонімом нозоспецифічного для шизофренії «дефекту», однією зі складових якого вважають негативну симптоматику. У процесі патоморфозу відбулося зменшення виразності класичних чотирьох «А» за Е. Bleuler [2], за допомогою яких описували стійкі зміни при найсприятливіших клінічних варіантах параноїдної шизофренії, які характеризуються епізодичним перебігом і, внаслідок цього, маскують інші ендегенні психози з аналогічною динамікою. Саме поняття «негативна симптоматика» значною мірою втратило свою цілісність і монокурсність. Упродовж останніх десятиліть було виявлено інші складові постманифестних патоперсоналогічних трансформацій та особистісного регресу при шизофренії [1–4], а саме: нейропсихологічні порушення, зниження «соціального» та «емоційного» інтелекту, на-

слідки нерациональної психофармакотерапії, нозогенні та стигматизуючі впливи. Було доведено аутохтонність когнітивних симптомів шизофренії, а також їх наявність в якості предиспозиції (патос) ще до розвитку ендегенного психозу (нозос) [5, 6]. Також було доведено, що патоперсоналогічна симптоматика не є однорідною і може бути як незворотною (саме цей різновид охоплює термін «дефіцитарна»), так і зворотною (що нівелюється під впливом психофармакотерапії, психотерапії, соціально-реабілітаційних заходів або самовільно без спрямованих зовнішніх впливів).

Наявність ознак стійких патоперсоналогічних змін у період між нападами ШАР була констатована у багатьох дослідженнях [4, 5]. Ці результати потребують доповнення та узагальнення. Вивчення вказаних змін та визначення їх клінічних відмінностей від патоперсоналогії шизофренії дасть можливість проводити ранню диференційну діагностику з високим рівнем достовірності всередині групи ендегенних психозів [1, 2, 6, 8]. Це дасть можливість оптимізувати лікувально-реабілітаційні впливи й підвищити рівень адаптації та якості життя пацієнтів, що страждають на вищезазначені психічні розлади.

Мета дослідження – проведення компаративного аналізу медико-біологічних та медико-соціальних характеристик станів ремісії у пацієнтів, які страждають на шизофренію, ШАР та АР.

Матеріали та методи дослідження

На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) було обстежено 250 пацієнтів у віці від 19 до 60 років. Серед них – 48 пацієнтів з діагнозом «біполярний афективний розлад», 19 пацієнтів з діагнозом «рекурентний депресивний розлад», яких було об'єднано в групу 1 (афективні розлади), 81 пацієнт із встановленим діагнозом

«шизоафективний розлад» (група 2) та 102 пацієнти з діагнозом «шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу» (група 3). Середній вік пацієнтів становив $40,3 \pm 9,4$ років. Діагностику вищезазначених захворювань проводили відповідно до МКХ-10. Обов'язковими критеріями включення до вибірки були наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність тяжкої соматичної й неврологічної патології. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основними методами дослідження були клініко-катамнестичний та клініко-психопатологічний, а також метод медико-статистичного аналізу.

Клініко-катамнестичний метод включав у себе аналіз медичної документації (амбулаторна карта), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів.

Клініко-психопатологічний метод було використано задля підтвердження встановленого діагнозу за критеріями МКХ-10, а також стану ремісії на момент дослідження.

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. При обробці первинних даних було використано математичні методи: критерій узгодженості Колмогорова – Смирнова; оцінка дисперсій за кожною шкалою з використанням критерію рівності Левене. Статистичні відмінності між групами для кількісних даних, що мають нормальний розподіл та рівні дисперсії, було розраховано за t-критерієм Стюдента з поправкою Бонферроні для множинного порівняння незалежних груп.

Результати та їх обговорення

При оцінці розподілу обстежених за статтю і віком, тривалістю захворювання та кількістю госпіталізацій отримано наступні результати. Середній вік пацієнтів у групі 1 дорівнював $43,6 \pm 9,2$ років, жінок було 46, чоловіків – 21. Тривалість захворювання пацієнтів, що увійшли до цієї вибірки, становила від 2 до 38 років, середній показник – $14,4 \pm 7,2$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку

захворювання у вибірці – $29,2 \pm 7,7$ років. Пацієнти, які увійшли до групи 2, мали такі характеристики: середній вік дорівнював $41,8 \pm 8,9$ років; жінок було 41, чоловіків – 40. Тривалість захворювання у вибірці становила від 3 до 35 років, середній показник $15,5 \pm 6,3$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці – $26,3 \pm 7,4$ років. Середній вік пацієнтів, які увійшли до групи 3, склав $37,0 \pm 8,6$ років, жінок було 55, чоловіків – 47. Тривалість захворювання у вибірці становила від 2 до 38 років, середній показник – $12,1 \pm 7,8$ років. Середній вік пацієнтів у вибірці на момент початку захворювання становив $24,9 \pm 7,9$ років. Різниця між групами дослідження за віком та тривалістю захворювання не була статистично значуща.

Отримані показники у групах обстеження наведено у таблиці 1.

При оцінці медико-соціальних та медико-біологічних характеристик отримано наступні результати. На момент обстеження в анамнезі пацієнтів групи 1 зафіксовано від 2 до 24 епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, у середньому цей показник склав $6,9 \pm 3,9$ рази. В групі 2 до моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 28 епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, у середньому в групі цей показник склав $10,4 \pm 5,9$ рази. Пацієнти, що увійшли до групи 3, мали в анамнезі від 2 до 25 епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, у середньому цей показник склав $6,2 \pm 3,3$ рази. При подальшому ретроспективному аналізі причин госпіталізацій з'ясовано, що загалом по вибірці у 15,8% випадків звернення на стаціонарне лікування було більшою мірою обумовлено не загостренням захворювання, а соціально-побутовими чинниками: конфліктами з родичами, колегами по роботі, сусідами; алкоголізація або наркотизація; матеріально-побутові проблемами. Показник відсотка госпіталізацій за соціальними чинниками у групі 2 дорівнював 24,6%, що вище ($p < 0,01$) за аналогічні показники груп 1 і 3 (4,9% та 12,2%).

Показники, отримані у групах обстеження, наведено в таблиці 2.

Таблиця 1. Розподіл обстежених пацієнтів за віком і статтю

Ознака	Групи обстежених						у вибірці загалом (N=250)
	група 1 (N=67)		група 2 (N=81)		група 3 (N=102)		
	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	
Жінки	46	68,7	41	50,6	55	53,9	142
Чоловіки	21	31,3	40	49,4	47	46,1	108
Середній вік (років)	43,6±9,2		41,8±8,9		37,0±8,6		40,3±9,1

Таблиця 2. Характеристики перебігу захворювання за клініко-катамнестичними параметрами

Ознака	Досліджені групи			
	група 1 (N=67)	група 2 (N=81)	група 3 (N=102)	у вибірці загалом (N=250)
Тривалість захворювання (роки)	$14,4 \pm 7,2$	$15,5 \pm 6,3$	$12,1 \pm 7,8$	$13,8 \pm 6,5$
Вік на момент початку захворювання (роки)	$29,2 \pm 7,7$	$26,3 \pm 7,4$	$24,9 \pm 7,9$	$26,5 \pm 7,0$
Кількість госпіталізацій (рази)	$6,9 \pm 3,9$	$10,4 \pm 5,9^{**}$	$6,2 \pm 3,3$	$7,6 \pm 3,5$
Госпіталізації через соціальні чинники (%)	4,9	24,6 ^{**}	12,2	15,8

Примітка. ^{**} – ознаки з достовірними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп з рівнем статистичної достовірності $p < 0,01$

За допомогою клініко-катамнестичного методу була досліджена прихильність пацієнтів до прийому підтримувальної терапії (ПТ), рекомендації щодо якої при виписуванні зі стаціонару надавались усім хворим. При вивченні амбулаторних карт оцінювали регулярність відвідування дільничного лікаря-психіатра, отримання рецептів та ліків для підтримувальної терапії, записи щодо введення депонованих форм препаратів. Проводили опитування пацієнта та його близького оточення для з'ясування регулярності прийому таблетованих форм препаратів, вивчали архівні історії хвороби, які містять анамнестичну інформацію щодо прийому підтримувальної терапії в періоди між курсами лікування в стаціонарі. В результаті подальшого аналізу отриманої інформації про кожного пацієнта робили висновок щодо рівня його прихильності до прийому ПТ. У результаті вищезазначеного розподілу з'ясовано, що у вибірці загалом 28,8% (72 пацієнти) обстежених мали високий, а по 35,6% (88 пацієнтів) відповідно середній та низький рівні прихильності до прийому ПТ. При множинному порівнянні груп обстеження за рівнем прихильності до прийому ПТ отримано такі результати. Група 2 статистично достовірно ($p < 0,05$) характеризувалась низьким рівнем прихильності до прийому ПТ – 48,1% пацієнтів, та низьким показником ($p < 0,01$) відсотка пацієнтів, у яких прихильність до прийому ПТ є високою – 16,1% осіб.

Показники, отримані у групах обстеження, наведено у таблиці 3.

Таблиця 3. Рівень прихильності до прийому підтримуючої терапії

Прихильність до прийому підтримувальної терапії	Досліджені групи							
	група 1 (N=67)		група 2 (N=81)		група 3 (N=102)		у вибірці загалом (N=250)	
	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	абсолютна кількість	відносна кількість (%)
Низька	18	26,9	39	48,1*	32	31,4	89	35,6
Середня	24	35,8	29	35,8	36	35,3	89	35,6
Висока	25	37,3	13	16,1**	34	33,3	72	28,8

Примітки: 1. * – ознака з достовірними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп із рівнем статистичної достовірності $p < 0,05$; 2. ** – ознака з достовірними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп із рівнем статистичної достовірності $p < 0,01$.

Таблиця 4. Розподіл обстежених за тривалістю перебування в стаціонарі

Кількість днів стаціонарного лікування	Обстежені пацієнти							
	Група 1 (N=67)		Група 2 (N=81)		Група 3 (N=102)		У вибірці в цілому (N=250)	
	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	абсолютна кількість	відносна кількість (%)	абсолютна кількість	відносна кількість (%)
Менше 100	15	22,4	2	3,0**	20	19,6	37	14,8
Від 100 до 300	20	29,8	12	17,9**	54	52,9	86	34,4
Від 300 до 500	26	38,8*	17	25,4	17	16,7	60	24,0
Від 500 до 1000	6	9,0	38	56,8**	10	9,8	54	21,6
Більше 1000	0	0,0	12	17,9**	1	1,0	13	5,2

Примітки: 1. * – ознака з достовірними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп з рівнем статистичної достовірності $p < 0,05$; 2. ** – ознака з достовірними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп з рівнем статистичної достовірності $p < 0,01$.

Також при клініко-катамнестичному дослідженні (вивчення епікризів в амбулаторних картах та архівних історій хвороби) було вираховано загальну кількість днів, проведених пацієнтом на стаціонарному лікуванні. В результаті подальшого аналізу отриманої інформації пацієнтів було поділено на 5 груп: з тривалістю перебування в стаціонарі менше 100 днів, від 100 до 300 днів, від 300 до 500 днів, від 500 до 1000 днів та більше 1000 днів стаціонарного лікування за загальний термін захворювання. У результаті вищезазначеного розподілу з'ясовано, що у вибірці в цілому за весь час перебігу хвороби менше 100 днів стаціонарного лікування мали 14,8% осіб, від 100 до 300 днів – 34,4% осіб, від 300 до 500 днів – 24,0% осіб, від 500 до 1000 днів – 21,6% осіб та більше 1000 днів стаціонарного лікування – 5,2% осіб. При множинному порівнянні груп обстеження за показником тривалості перебування у стаціонарі отримано такі результати. У групі 2 статистично достовірно менше ($p < 0,01$) осіб, які мали до 300 днів стаціонарного лікування (3,0% осіб лікувались менше 100 днів та 17,9% осіб – від 100 до 300 днів) та більше ($p < 0,01$) осіб, які мали понад 500 днів стаціонарного лікування (56,8% осіб провели в стаціонарі від 500 до 1000 днів та 17,9% осіб – більше 1000 днів). Група 1 статистично достовірно характеризувалась більшим ($p < 0,05$) відсотком осіб (38,8%), які мали від 300 до 500 днів стаціонарного лікування.

Показники, отримані у групах обстеження, наведено в таблиці 4.

Висновки

У результаті проведеного компаративного аналізу клініко-катамнестичних та медико-соціальних характеристик пацієнтів, що страждають на АР, ШАР та параноїдну шизофренію з епізодичним типом перебігу, виявлено такі закономірності.

1. У пацієнтів, що страждають на ендогенні психози з епізодичним перебігом, наявні залежні від нозологічної належності відмінності за такими показниками: рівень прихильності до прийому підтримувальної терапії, кількість госпіталізацій у психіатричний стаціонар, чинники повторного звернення за стаціонарною допомогою, тривалість перебування на стаціонарному лікуванні.

2. Серед пацієнтів із ендогенними психозами 28,8% обстежених мали високий, а по 35,6% відповідно середній та низький рівні прихильності до прийому підтримувальної терапії. Пацієнти з ШАР, порівняно з хворими на шизофренію та АР, статистично достовірно частіше ($p < 0,05$) мали низький рівень прихильності до прийому підтримувальної терапії – 48,1% осіб, та менший відсоток осіб ($p < 0,01$), у яких прихильність до прийому підтримувальної терапії є високою (16,1%).

3. Пацієнти, що страждають на ШАР, частіше проходять курси лікування в стаціонарі, ніж хворі на АР та шизофренію (відповідно $10,4 \pm 5,9$; $6,9 \pm 3,9$ та $6,2 \pm 3,3$ рази). При ШАР соціальні чинники ($p < 0,01$) стають причиною регоспіталізацій частіше, ніж при АР та епізодичній шизофренії (24,6%, 4,9% та 12,2% відповідно). Високий рівень регоспіталізацій при ШАР через соціальні чинники є свідченням наявності стійких патоперсоналогічних трансформацій та недостатньої ефективності лікувально-реабілітаційних впливів, які застосовуються при цьому захворюванні в період ремісії.

4. Пацієнти, що страждають на ШАР, триваліше перебувають на лікуванні у психіатричному стаціонарі, ніж хворі на шизофренію та АР. Це підтверджується меншою кількістю ($p < 0,01$) осіб, які за весь час перебігу захворювання провели до 300 днів на стаціонарному лікуванні (3,0% осіб лікувались менше 100 днів та 17,9% осіб – від 100 до 300 днів) та більшою кількістю ($p < 0,01$) осіб, які загалом перебували в стаціонарі довше ніж 500 днів (56,8% осіб провели в стаціонарі від 500 до 1000 днів та 17,9% осіб – більше 1000 днів).

5. Наявні при ендогенних психозах стійкі патоперсоналогічні трансформації потребують комплексного вивчення та формування системи конгруентних лікувально-реабілітаційних заходів з метою превенції соціальної

дезадаптації, доказами існування якої є високі показники кількості госпіталізацій та тривалості перебування в психіатричному стаціонарі, низький рівень прихильності до прийому підтримувальної терапії та значний відсоток регоспіталізацій через соціальні чинники.

Список використаної літератури

1. Підкоритов В. С., Сазонов С. О., Байбарак Н. А. Особливості діагностики шизоафективного розладу серед спектра афективно-параноїдних станів. *Медична психологія*. 2014. Т. 9, № 3. С. 71–77.
2. Чугунов В. В. Истинный патоморфоз психиатрической клиники. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 233–234.
3. Абрамов В. А., Ряполова Т. Л. Оптимізація пристосувальної поведінки хворих із вперше діагностованою шизофренією. *Український вісник психоневрології*. 2011. Т. 19, вип. 1 (66). С. 37–41.
4. Критская В. П., Мелешко Т. К. Патопсихология шизофрении. М.: ИП РАН, 2015. 389 с.
5. Иванов М. В., Незнанов Н. Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. 288 с.
6. Марута Н. О., Вербенко Г. М. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад. *Здоров'я України*. 2017. № 3. С. 32–34.
7. Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment / J. Lee, L. Altshuler, D. C. Glahn [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 170, issue 3. P. 334–341. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12040490.
8. Чугунов В. В., Киреева Е. Н. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. *Запорожский медицинский журнал*. 2014. № 3. С. 71–76.

References

1. Pidkorytov, V. S., Sazonov, S. O., & Baybarak, N. A. (2014). Osoblyvosti diahnostyky shyzoafektyvnogo rozladu sere spektra afektyvno-paranoidnykh staniv [Diagnostic features of schizoaffective disorder in the spectrum of affective-paranoid states]. *Medical psychology*, 9(3), 71–77. (In Ukrainian).
2. Chugunov, V. V. (2012). Istynnyy patomorfoz psikhiatricheskoy kliniki [The true pathomorphosis of a psychiatric clinic]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*, 20(3), 233–234. (In Russian).
3. Abramov, V. A., & Ryapolova, T. L. (2011). Optymizatsiya prystosuvail'noy povedinky khvorykh iz vpershe diahnostovanooyu shyzofreniyeu [The optimization of adaptive behaviour in the first diagnosed schizophrenia patients]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*, 19(1), 37–41. (In Ukrainian).
4. Kritskaya, V. P., & Meleshko, T. K. (2015). Patopsikhologiya shizofrenii [Pathopsychology of schizophrenia]. Moscow: IP RAN. 389 p. (In Russian).
5. Ivanov, M. V., & Neznakov, N. G. (2008). Negativnye i kognitivnye rasstroistva pri endogennykh psikhozakh: diagnostika, klinika, terapiya [Negative and cognitive disorders in endogenous psychoses: diagnostic, clinical therapy]. SPb.: Izd. NIPNI im. V. M. Bekhtereva. 288 p. (In Russian).
6. Maruta, N. O., & Verbenko, G. M. (2017). Kognitivnyi porushennia u khvorykh na bipoliarnyi afektyvnyi rozlad [Cognitive impairment in patients with bipolar affective disorder]. *Health of Ukraine*, 3, 32–34. (In Ukrainian).
7. Lee, J., Altshuler, L., Glahn, D. C., Miklowitz, D. J., Ochsner, K. N., & Green, M. F. (2013). Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 334–341. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12040490>
8. Chugunov, V. V., & Kireeva, E. N. (2014). Mediko-psikhologicheskie prediktory prodromal'nogo perioda povtornogo epizoda rekurrentnogo depressivnogo rasstroistva [Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder]. *Zaporozhye medical journal*, 3(84), 71–76. (In Russian).

Відомості про автора:

ХОМИЦЬКИЙ Микола Євгенович, канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна;
e-mail: nhomitski@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8622-6718>

Сведения об авторе:

ХОМИЦКИЙ Николай Евгеньевич, канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина;
e-mail: nhomitski@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8622-6718>

About the Author:

KHOMITSKYI Mykola Yevhenovych, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine;
e-mail: nhomitski@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8622-6718>

Р. І. Ісаков

**СПЕЦИФІКА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ЖІНОК
ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ ТА РІЗНИМ РІВНЕМ
МЕЗО- І МІКРОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Резюме

Актуальність. Депресії є величезним тягарем як для суспільства, так і для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя. Психосоціальна дезадаптація на теперішній час розглядається і як предиктор виникнення депресій, і як патопластично діючий фактор, і як наслідок дезінтегруючого впливу хвороби на адаптивні механізми та соціальні зв'язки.

Мета – виявити специфіку тривожно-депресивної симптоматики у жінок із депресивними розладами різного генезу залежно від вираженості мезо- і мікросоціальної дезадаптації, для визначення в подальшому цільових мішеней для диференційної психосоціальної реабілітації цього контингенту пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 252 жінки, яким було встановлено діагноз депресивного розладу: 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу, 83 жінки з ендogenous депресією і 75 пацієнток з депресивним розладом органічного генезу. Сформовано групи дослідження залежно від генезу депресивного розладу та наявності й вираженості проблем у психосоціальному функціонуванні. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. Встановлено та описано закономірності між генезом депресії та вираженістю ознак мезо- та мікросоціальної дезадаптації й тривоги. Прояви мезо- і мікросоціальної дезадаптації зустрічаються у переважній більшості хворих із депресією будь-якого генезу.

Висновки. Фактор генезу депресії чинить найбільший вплив на вираженість і варіативність депресивної симптоматики при відсутності ознак мезо- і мікросоціальної дезадаптації та легкому її ступені. Зі збільшенням тяжкості дезадаптації вплив генезу депресії зменшується і при тяжкій дезадаптації є найменшим. Вираженість симптомів патологічної тривоги меншою мірою залежить від генезу депресії і більшою мірою визначається ступенем дезадаптації. Отже, при визначенні напрямків психотерапевтичного і реабілітаційного менеджменту депресивних розладів у жінок обов'язковим повинно бути врахування саме цих параметрів.

Ключові слова: тривожно-депресивна симптоматика, психогенна депресія, органічна депресія, ендogenous депресія, мезосоціальна дезадаптація, мікросоціальна дезадаптація.

**СПЕЦИФИКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЖЕНЩИН
С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И РАЗНЫМ УРОВНЕМ
МЕЗО- И МИКРОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ**

Р. И. Исаков

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Резюме

Актуальность. Депрессии являются огромным бременем как для общества, так и для самого пациента, существенно ухудшая качество его жизни. Психосоциальная дезадаптация в настоящее время рассматривается и как предиктор возникновения депрессий, и как патопластически действующий фактор, и как следствие дезинтегрирующего влияния болезни на адаптивные механизмы и социальные связи.

Цель – выявить специфику тревожно-депрессивной симптоматики у женщин с депрессивными расстройствами различного генеза в зависимости от выраженности мезо- и микросоциальной дезадаптации, для определения в дальнейшем целевых мишеней для дифференциальной психосоциальной реабилитации этого контингента пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 252 женщины, которым был установлен диагноз депрессивного расстройства: 94 женщины с депрессивным расстройством психогенного генеза, 83 женщины с эндогенной депрессией и 75 пациенток с депрессивным расстройством органического генеза. Сформированы группы исследования в зависимости от генеза депрессивного расстройства и наличия и выраженности проблем в психосоциальном функционировании. Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностические, статистический.

Результаты. Установлены и описаны закономерности между генезом депрессии и выраженностью признаков мезо- и микросоциальной дезадаптации и тревоги. Проявления мезо- и микросоциальной дезадаптации встречаются у подавляющего большинства больных с депрессией любого генеза.

Выводы. Фактор генеза депрессии оказывает наибольшее влияние на выраженность и вариативность депрессивной симптоматики при отсутствии признаков мезо- и микросоциальной дезадаптации и легкой ее степени. С увеличением тяжести дезадаптации влияние генеза депрессии уменьшается и при тяжелой дезадаптации является наименьшим. Выраженность симптомов патологической тревоги меньшей степени зависит от генеза депрессии и в большей степени определяется степенью дезадаптации. Следовательно, при определении направлений психотерапевтического и реабилитационного менеджмента депрессивных расстройств у женщин обязательным должен быть учет именно этих параметров.

Ключевые слова: тревожно-депрессивная симптоматика, психогенная депрессия, органическая депрессия, эндогенная депрессия, мезосоциальная дезадаптация, микросоциальная дезадаптация.

**SPECIFICS OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS
OF VARIOUS ORIGINS AND DIFFERENT LEVEL OF MESO- AND MICROSOCIAL MALADAPTATION**

R. I. Isakov

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Abstract

Background. Depression carries a huge burden both for society and for the patient himself, significantly worsening the quality of his life. Psychosocial maladaptation is currently regarded as a predictor of the onset of depression, as a pathoplastic factor, and as a result of the disintegrating effect of the disease on adaptive mechanisms and social connections.

Objective is to identify the specifics of anxiety and depressive symptoms in women with depressive disorders of various origins, depending on the severity of meso- and micro-social maladaptation, in order to further identify targets for differential psychosocial rehabilitation of these patients.

Materials and methods. We examined 252 women who were diagnosed depressive disorder: 94 persons had depressive disorder of psychogenic origin, 83 women - endogenous depression and 75 patients had depressive disorder of organic origin. Study groups were formed depending on the genesis of depressive disorder and the presence and severity of problems in psychosocial functioning. We used such research methods: clinical-psychopathological, psychodiagnostic, statistical.

Results. The regularities between the origin of depression and the severity of signs of meso- and microsocial maladaptation and anxiety have been established and described. Manifestations of meso- and microsocial maladaptation are found in the vast majority of patients with depression of any origin.

Conclusions. The origin factor of depression has the greatest impact on the severity and variability of depressive symptoms in the absence of signs of meso- and microsocial maladaptation, or its mild degree. With increasing severity of maladaptation, the effect of the origin of depression is decreased. In severe maladaptation, the effect of the genesis of depression is the least. The severity of symptoms of pathological anxiety is less dependent on the genesis of depression, and is more determined by the degree of maladaptation. Consequently, the psychotherapeutic and rehabilitation management of depressive disorders in women must take these parameters into account.

Keywords: anxiety and depressive symptoms, psychogenic depression, organic depression, endogenous depression, mesosocial maladaptation, microsocial maladaptation.

For citation: Isakov R. I. Specifics of anxiety and depressive symptom in women with depressive disorders of various origins and different level of meso- and microsocial maladaptation. *Archives of Psychiatry*. 2019; 25 (4): 196-203. (In Ukr.). DOI: <https://doi.org/10.37822/2410-7484.2019.25.4.196-203>

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): drrust@bigmir.net

Received / Поступила: 18.11.2019

Accepted / Прийнята до друку: 20.12.2019

Актуальність. На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери, особливо тривожних і депресивних розладів. За даними ВООЗ, на сьогодні більш ніж у 110 млн осіб у світі – 3,00–6,00% популяції – виявлені ті чи інші клінічно значимі прояви цих розладів. Аналогічна тенденція визначається й в Україні [1, 2]. Депресії є величезним тягарем як для суспільства, так і для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя [3, 4]. За прогнозами фахівців, депресія претендує на друге місце серед провідних факторів, що визначають кількість загублених років життя у зв'язку із втратою працездатності, і поступатиметься лише ішемічній хворобі серця [5].

Психосоціальна дезадаптація на теперішній час розглядається і як предиктор виникнення депресій, і як патопластично діючий фактор, і як наслідок дезінтегруючого впливу хвороби на адаптивні механізми та соціальні зв'язки [6, 7]. Сучасна людина потерпає від негативної дії стресів макро-, мезо- і мікросоціального рівнів. Хронічна психотравмуюча ситуація, що продукується професійним або сімейним середовищем, є не менш значущим за патологічними наслідками чинником, ніж макросоціальні стресові навантаження [8].

Мета роботи – виявити специфіку тривожно-депресивної симптоматики у жінок із депресивними розладами різного ґенезу залежно від вираженості мезо- і мікросоціальної дезадаптації для визначення в подальшому таргетних мішеней для диференційної психосоціальної реабілітації цього контингенту пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева було обстежено 252 жінки, яким був встановлений діагноз депресивного розладу відповідно до чинних нормативних документів. Згідно з дизайном роботи, в дослідження були включені 94 особи з депресивним розладом психогенного ґенезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, код за МКХ-10 F43.21), 83 жінки з ендегенною депресією (депресивний епізод, коди за МКХ-10 F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад, коди за МКХ-10 F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; біполяр-

ний афективний розлад, поточний епізод депресії, коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F31.5) та 75 пацієнток із депресивним розладом органічного ґенезу (органічні афективні розлади, код за МКХ-10 F06.3).

Окрім класичного клініко-психопатологічного дослідження, для визначення клінічної специфіки депресивних розладів проводили дослідження з використанням шкал депресії і тривоги М. Гамільтона [9, 10].

Для ідентифікації та виміру вираженості мезо- і мікросоціальних складових психосоціальної дезадаптації нами була розроблена оригінальна шкала для її комплексної оцінки у різних сферах [11]. Мезосоціальний кластер функціонування включав оцінку соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації, мікросоціальний – сімейної та батьківської дезадаптації.

Кожна сфера оцінювалася 10 питаннями. Мінімальна можлива оцінка за кожною сферою – 10 балів (максимальна адаптація), максимальна – 50 балів (максимальна дезадаптація).

Під соціально-професійною дезадаптацією розуміли порушення адаптації індивіда у соціальному (виробничому) середовищі та реалізації професійних функцій, пов'язане з впливом психосоціальних факторів.

Під міжособистісною дезадаптацією ми розуміли порушення інтерперсональної взаємодії, мікросоціальних стосунків та формування соціальних зв'язків.

Під сімейною дезадаптацією розуміли порушення сімейного функціонування та порушення адаптації у соціальному середовищі під впливом сімейних стосунків.

Під батьківською дезадаптацією ми розуміли порушення виконання батьківських функцій і порушення соціального функціонування у зв'язку з виконанням батьківських обов'язків.

Обстежені жінки за результатами оцінки ступеня мезо- і мікросоціальної дезадаптації з використанням розробленої нами шкали були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 48 жінок, в яких за жодною зі сфер психосоціального функціонування показник не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації. До другої групи були віднесені 204 жінки, у яких принаймні за однією зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає ознакам дезадаптації. При цьому показник за шкалою в межах 20–29 балів розцінювали як ознаку психосоціальної дезадаптації легкого ступеня, показник у межах 30–39

балів – як ознаку дезадаптації помірного ступеня, показник 40 і більше балів – дезадаптації вираженого ступеня.

З урахуванням поєднання генезу депресії та ступеня мезосоціальної та мікросоціальної дезадаптації було виділено по 12 груп: пацієнтки з психогенною депресією та відсутністю ознак дезадаптації (19 жінок у кожній), з ендогенною депресією та відсутністю ознак дезадаптації (15 жінок у кожній), з органічною депресією та відсутністю ознак дезадаптації (14 жінок у кожній), з психогенною депресією та дезадаптацією легкого ступеня (57 та 25 жінок відповідно), з ендогенною депресією та дезадаптацією легкого ступеня (16 і 5 жінок відповідно), з органічною депресією та дезадаптацією легкого ступеня (13 і 2 жінки відповідно), з психогенною депресією та дезадаптацією помірного ступеня (14 і 35 жінок відповідно), з ендогенною депресією та дезадаптацією помірного ступеня (43 і 26 жінок відповідно), з органічною депресією та дезадаптацією помірного ступеня (33 і 16 жінок відповідно), з психогенною депресією та дезадаптацією важкого ступеня (9 і 15 жінок відповідно), з ендогенною депресією та дезадаптацією важкого ступеня (17 і 36 жінок відповідно), з органічною депресією та дезадаптацією важкого ступеня (34 і 44 жінки відповідно).

Результати та їх обговорення

Аналіз особливостей мезосоціальної дезадаптації виявив наступну тенденцію (табл. 1, 2, рис. 1): співвідношення показників депресії при відсутності ознак мезосоціальної дезадаптації і при легкому її рівні були найнижчими у хворих із психогенною депресією, вищими – при ендогенному процесі, й найвищими – у пацієнток із органічними депресивними розладами.

При помірному рівні мезосоціальної дезадаптації виявлені такі ж тенденції щодо найнижчого рівня депресії при психогенному характері і найвищого – при органічному; розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп для загального показника депресії, ажитованої депресії та депресії зі страхом, а також груп із психогенною й органічною, та з ендогенною й органічною депресією для адинамічної депресії, та з психогенною й ендогенною депресією для недиференційованої депресії.

При важкому рівні мезосоціальної дезадаптації найвищий рівень депресії виявлений при ендогенному і органічному характері депресії, а найнижчий – при психогенному, однак розбіжності значущі при порівнянні груп з психогенною та ендогенною депресією для загального показника депресії і адинамічної депресії.

Аналіз розбіжностей між групами з різним ступенем мезосоціальної дезадаптації (МезД) виявив закономірності щодо зростання показника депресії паралельно зі зростанням ступеня дезадаптації (табл. 2). Найбільш значущі розбіжності виявлені при ендогенній депресії, дещо менші – при психогенній, і найменші – при органічній.

При відсутності ознак МезД або легкому її ступені найнижчий рівень тривоги був характерний для осіб із депресією психогенного походження, найвищий у хворих без ознак дезадаптації – при органічній депресії, а при легкому її ступені – при ендогенних депресивних розладах (рис. 2). При помірному рівні дезадаптації найвищий рівень тривоги виявлений у пацієнток із органічним характером депресії, а найнижчий – з ендогенним, при цьому розбіжності значущі при порівнянні цих двох

груп. При важкому рівні МезД найвищий рівень тривоги виявлений у групі пацієнток із психогенною депресією, менший – з органічною, і найменший – з ендогенною, однак розбіжності між групами статистично незначущі.

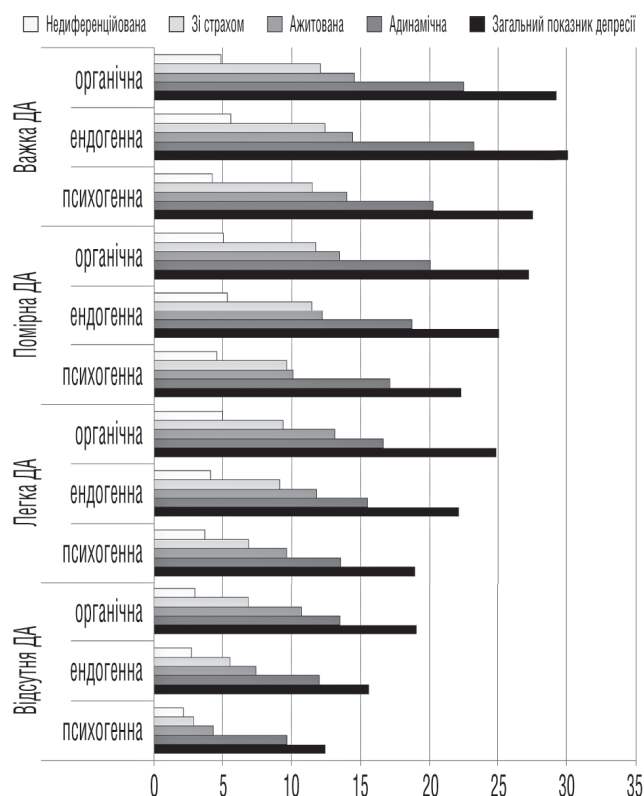


Рис. 1. Середні показники депресії за шкалою М. Гамільтона у пацієнток із різними ступенями мезосоціальної дезадаптації з урахуванням генезу депресії

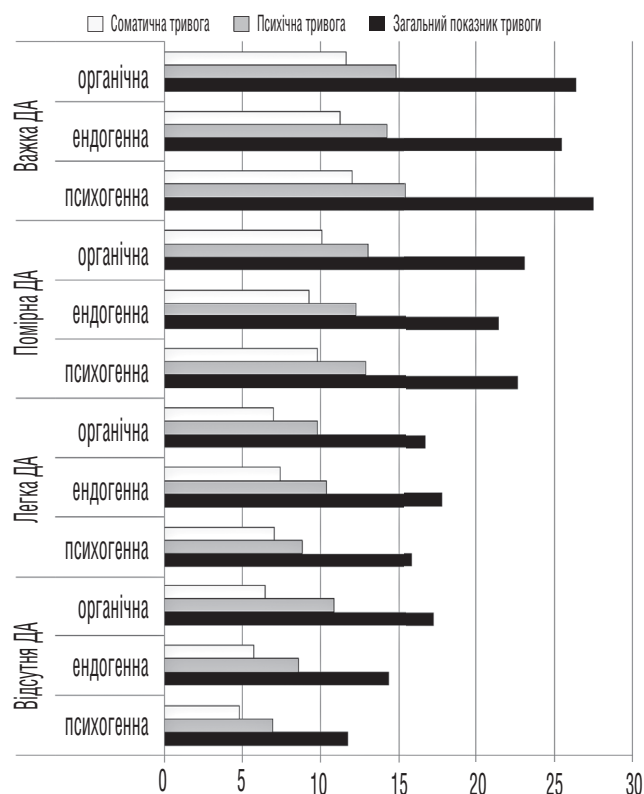


Рис. 2. Середні показники тривоги за шкалою М. Гамільтона у пацієнток із різними ступенями мезосоціальної дезадаптації з урахуванням генезу депресії

Таблиця 1. Середні показники за шкалами депресії та тривоги М. Гамільтона у пацієнток із різними ступенями мезосоціальної дезадаптації з урахуванням генезу депресії (у балах)

Показник	Генез депресії			Рівень статистичної значущості розбіжностей (p)		
	психогенна	ендогенна	органічна	психогенна vs ендогенна	психогенна vs органічна	ендогенна vs органічна
Без ознак дезадаптації						
Загальний показник депресії	12,42±2,12	15,60±1,68	19,07±1,90	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	9,68±1,86	12,00±0,85	13,50±1,34	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	4,32±1,92	7,40±1,80	10,71±1,33	<0,01	<0,01	<0,01
Депресія зі страхом	2,89±1,79	5,53±1,64	6,86±1,46	<0,01	<0,01	<0,05
Недиференційована депресія	2,16±1,42	2,73±1,03	3,00±1,41	>0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	11,74±4,36	14,33±3,64	17,29±3,56	>0,05	<0,01	<0,05
Психічна тривога	6,95±3,27	8,60±2,10	10,86±1,66	>0,05	<0,01	<0,01
Соматична тривога	4,79±2,25	5,73±2,31	6,43±2,31	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації легкого ступеня						
Загальний показник депресії	18,96±2,77	22,13±3,54	24,85±1,82	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	13,53±2,23	15,50±2,22	16,62±1,94	<0,01	<0,01	>0,05
Ажитована депресія	9,63±2,03	11,81±2,43	13,15±1,68	<0,01	<0,01	>0,05
Депресія зі страхом	6,86±2,25	9,13±2,22	9,38±1,85	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	3,68±1,14	4,13±1,31	5,00±1,08	>0,05	<0,01	<0,01
Загальний показник тривоги	15,89±2,93	17,81±2,93	16,77±2,80	<0,05	>0,05	>0,05
Психічна тривога	8,84±1,85	10,38±1,93	9,77±1,83	<0,01	>0,05	>0,05
Соматична тривога	7,05±2,18	7,44±1,97	7,00±1,47	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації помірного ступеня						
Загальний показник депресії	22,29±1,49	25,05±3,39	27,24±3,05	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	17,14±2,38	18,74±2,80	20,06±2,79	>0,05	<0,01	<0,05
Ажитована депресія	10,07±1,33	12,23±2,38	13,45±2,09	<0,01	<0,01	<0,01
Депресія зі страхом	9,64±1,28	11,44±2,13	11,76±1,58	<0,01	<0,01	<0,05
Недиференційована депресія	4,57±1,02	5,30±1,32	5,03±1,16	<0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	22,64±2,87	21,47±2,51	23,12±3,52	>0,05	>0,05	<0,05
Психічна тривога	12,86±1,79	12,23±1,59	13,03±2,17	>0,05	>0,05	>0,05
Соматична тривога	9,79±2,01	9,23±2,01	10,09±2,17	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації тяжкого ступеня						
Загальний показник депресії	27,50±1,73	30,11±1,62	29,27±2,02	<0,05	>0,05	>0,05
Адинамічна депресія	20,25±1,89	23,22±1,79	22,47±2,03	<0,05	>0,05	>0,05
Ажитована депресія	14,00±1,63	14,44±1,13	14,53±0,92	>0,05	>0,05	>0,05
Депресія зі страхом	11,50±1,73	12,44±1,74	12,07±1,49	>0,05	>0,05	>0,05
Недиференційована депресія	4,25±0,96	5,56±1,01	4,87±1,13	>0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	27,50±1,29	25,44±3,94	26,40±3,46	>0,05	>0,05	>0,05
Психічна тривога	15,50±2,65	14,22±2,28	14,80±2,01	>0,05	>0,05	>0,05
Соматична тривога	12,00±1,83	11,22±2,44	11,60±2,20	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця 2. Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп обстежених із різним ступенем мезосоціальної дезадаптації з урахуванням генезу депресії

Показник	Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при порівнянні груп					
	без ознак Мезд vs легкий ступінь Мезд	без ознак Мезд vs помірний ступінь Мезд	без ознак Мезд vs тяжкий ступінь Мезд	легкий ступінь Мезд vs помірний ступінь Мезд	легкий ступінь Мезд vs тяжкий ступінь Мезд	помірний ступінь Мезд vs тяжкий ступінь Мезд
Психогенна						
Загальний показник депресії	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Депресія зі страхом	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Недиференційована депресія	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05
Психічна тривога	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Соматична тривога	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Ендогенна						
Загальний показник депресії	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Депресія зі страхом	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Психічна тривога	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05
Соматична тривога	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05
Органічна						
Загальний показник депресії	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05
Адинамічна депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,05
Депресія зі страхом	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Психічна тривога	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Соматична тривога	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05

Аналіз особливостей мікросоціальної дезадаптації (МікД) виявив найскладніші закономірності співвідношення різних ступенів дезадаптації і генезу депресії (табл. 3, 4, рис. 3).

Як видно з даних, наведених у таблиці 3 і на рисунку 3, при легкому ступені МікД найнижчий рівень депресії виявлений при психогенному її характері, а найвищий – при органічному, однак розбіжності статистично значущі лише при порівнянні груп із психогенним характером з групами ендогенної й органічної депресії для загального показника депресії і для депресії зі страхом, а також для адинамічної депресії при порівнянні груп із психогенною й органічною депресією, для ажитованої депресії – при порівнянні груп із психогенною та ендогенною депресією.

При помірному ступені МікД найвищий рівень депресії виявлений при органічній депресії, а найнижчий – при психогенній. Розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп для

загального показника депресії, а також при порівнянні груп із психогенною й ендогенною, психогенною й органічною депресією для адинамічної, ажитованої депресії, депресії зі страхом і недиференційованої депресії.

При тяжкому ступені МікД виявлені ті ж закономірності, однак розбіжності статистично значущі лише при порівнянні груп із психогенною і ендогенною, психогенною і органічною депресією для загального показника депресії, адинамічної депресії, депресії зі страхом та недиференційованої депресії, а також при порівнянні груп із психогенною й органічною депресією для ажитованої депресії.

При аналізі розбіжностей між групами з різним ступенем МікД виявлено, що показник депресії збільшується зі зростанням ступеня дезадаптації, причому найбільш суттєві розбіжності виявлені при психогенній депресії, дещо менші – при ендогенній, і найменші – при органічній (табл. 4).

Таблиця 3. Середні показники за шкалами депресії та тривоги М. Гамільтона у пацієнток із різними ступенями мікросоціальної дезадаптації з урахуванням ґенезу депресії (у балах)

Показник	Ґенез депресії			Рівень статистичної значущості розбіжностей (p)		
	психогенна	ендогенна	органічна	психогенна vs ендогенна	психогенна vs органічна	ендогенна vs органічна
Без ознак дезадаптації						
Загальний показник депресії	12,42±2,12	15,60±1,68	19,07±1,90	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	9,68±1,86	12,00±0,85	13,50±1,34	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	4,32±1,92	7,40±1,80	10,71±1,33	<0,01	<0,01	<0,01
Депресія зі страхом	2,89±1,79	5,53±1,64	6,86±1,46	<0,01	<0,01	<0,05
Недиференційована депресія	2,16±1,42	2,73±1,03	3,00±1,41	>0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	11,74±4,36	14,33±3,64	17,29±3,56	>0,05	<0,01	<0,05
Психічна тривога	6,95±3,27	8,60±2,10	10,86±1,66	>0,05	<0,01	<0,01
Соматична тривога	4,79±2,25	5,73±2,31	6,43±2,31	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації легкого ступеня						
Загальний показник депресії	17,40±2,33	19,60±2,07	24,00±0,00	<0,05	<0,05	>0,05
Адинамічна депресія	12,48±1,98	14,40±1,95	17,50±0,71	>0,05	<0,05	>0,05
Ажитована депресія	8,96±1,97	11,00±1,58	11,50±0,71	<0,05	>0,05	>0,05
Депресія зі страхом	5,80±2,06	8,00±1,41	9,50±0,71	<0,05	<0,05	>0,05
Недиференційована депресія	2,96±0,98	3,20±1,10	4,50±0,71	>0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	14,80±2,45	17,00±2,55	14,50±2,12	>0,05	>0,05	>0,05
Психічна тривога	8,12±1,42	10,00±1,00	9,00±1,41	<0,05	>0,05	>0,05
Соматична тривога	6,68±1,93	7,00±1,87	5,50±3,54	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації помірного ступеня						
Загальний показник депресії	20,23±2,40	23,65±3,41	25,50±2,03	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	14,43±2,19	16,35±2,06	17,00±2,03	<0,01	<0,01	>0,05
Ажитована депресія	10,06±1,94	12,38±2,55	13,63±1,71	<0,01	<0,01	>0,05
Депресія зі страхом	7,83±2,02	10,35±2,15	9,94±1,98	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	4,37±0,97	5,12±1,18	5,25±1,06	<0,05	<0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	17,03±3,06	20,08±2,61	17,63±3,20	<0,01	>0,05	<0,05
Психічна тривога	9,60±1,99	11,77±2,14	10,19±1,91	<0,01	>0,05	<0,05
Соматична тривога	7,43±2,29	8,31±1,52	7,44±1,79	>0,05	>0,05	>0,05
3 ознаками дезадаптації важкого ступеня						
Загальний показник депресії	24,00±2,54	26,81±3,55	27,93±3,01	<0,01	<0,01	>0,05
Адинамічна депресія	18,33±2,19	20,78±2,75	21,05±2,77	<0,01	<0,01	>0,05
Ажитована депресія	11,33±2,06	12,69±2,35	13,70±1,90	>0,05	<0,01	>0,05
Депресія зі страхом	10,20±1,66	11,97±2,12	11,89±1,57	<0,01	<0,01	>0,05
Недиференційована депресія	4,27±0,88	5,28±1,39	4,91±1,14	<0,05	<0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	24,47±3,04	22,69±3,39	24,52±3,64	<0,05	>0,05	<0,05
Психічна тривога	13,80±2,27	12,61±1,96	13,82±2,14	>0,05	>0,05	<0,05
Соматична тривога	10,67±2,06	10,08±2,26	10,70±2,27	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця 4. Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп обстежених із різним ступенем мікросоціальної дезадаптації з урахуванням генезу депресії

Показник	Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при порівнянні груп					
	без ознак МікД vs легкий ступінь МікД	без ознак МікД vs помірний ступінь МікД	без ознак МікД vs тяжкий ступінь МікД	легкий ступінь МікД vs помірний ступінь МікД	легкий ступінь МікД vs тяжкий ступінь МікД	помірний ступінь МікД vs тяжкий ступінь МікД
Психогенна						
Загальний показник депресії	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05
Депресія зі страхом	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Недиференційована депресія	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Загальний показник тривоги	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Психічна тривога	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Соматична тривога	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Ендогенна						
Загальний показник депресії	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Депресія зі страхом	<0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Недиференційована депресія	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Загальний показник тривоги	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Психічна тривога	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Соматична тривога	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Органічна						
Загальний показник депресії	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01
Адинамічна депресія	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01
Ажитована депресія	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Депресія зі страхом	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01
Недиференційована депресія	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Загальний показник тривоги	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01
Психічна тривога	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01
Соматична тривога	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01

Аналіз проявів тривоги дозволив виявити найвищий її рівень при ендогенному характері депресії і найнижчий при органічному для МікД легкого і помірного ступенів, при цьому розбіжності є статистично значущими при порівнянні груп із психогенною й ендогенною дезадаптацією для психічної тривоги (при дезадаптації легкого ступеня), при порівнянні груп із психогенною й ендогенною, ендогенною й органічною депресією (при дезадаптації помірного ступеня). При тяжкому ступені МікД найвищий рівень тривоги виявлений при порівнянні груп із пси-

хогенною й ендогенною та ендогенною й органічною депресією для загального показника тривоги, а також груп із ендогенною й органічною депресією для показника психічної тривоги (рис. 4).

Висновки

Фактор генезу депресії найбільше впливає на вираженість і варіативність депресивної симптоматики при відсутності ознак мезо- і мікросоціальної дезадаптації та легкому її ступені. Зі збільшенням тяжкості дезадаптації вплив генезу депресії зменшується і при тяжкій дезадаптації є найменшим.

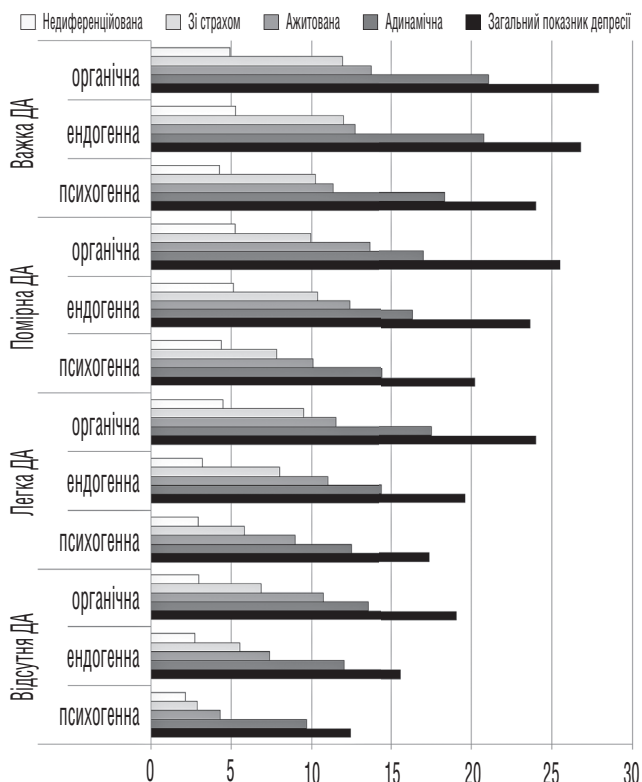


Рис. 3. Середні показники депресії за шкалою М. Гамільтона у пацієнток із різними ступенями мікросоціальної дезадаптації з урахуванням генезу депресії

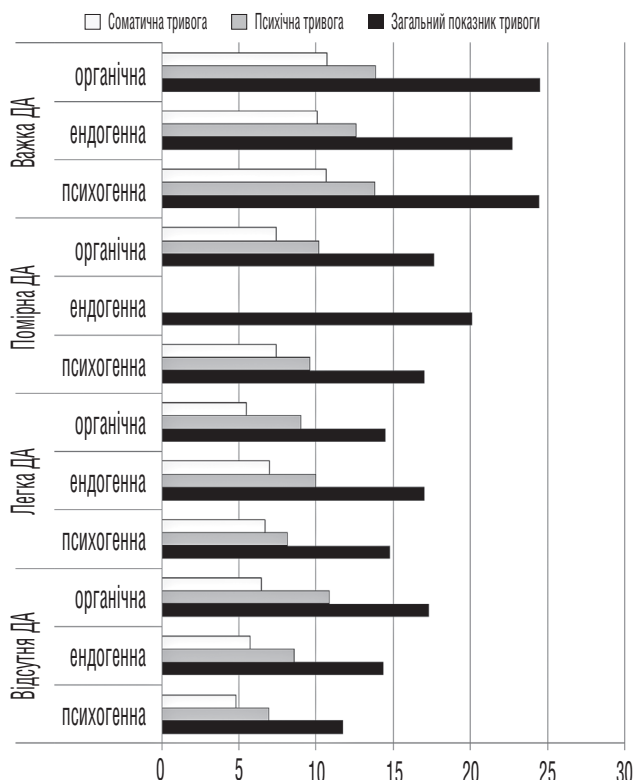


Рис. 4. Середні показники тривоги за шкалою М. Гамільтона у пацієнток із різними ступенями мікросоціальної дезадаптації з урахуванням генезу депресії

Відомості про автора:

ИСАКОВ Рустам Исроїлович, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна; e-mail: drrust@bigmir.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9127-2930>

Сведения об авторе:

ИСАКОВ Рустам Исроїлович, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина; e-mail: drrust@bigmir.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9127-2930>

About the Author:

ISAKOV Rustam Isroilovich, MD, PhD, Associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine; e-mail: drrust@bigmir.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9127-2930>

Виразеність симптомів патологічної тривоги меншою мірою залежить від генезу депресії і більшою мірою визначається ступенем дезадаптації. Отримані дані повинні враховуватися при розробці лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів для даного контингенту хворих.

Список використаної літератури

- Волошин П. В., Марута Н. О. Основні напрями наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10–18.
- Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5–11.
- Чабан О. С., Хаустова О. О. Депресія: розуміння, лікування сьогодні та завтра. *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*. 2012. Т. 6, № 2 (18). С. 20–26.
- Нециркулярні депресії: монографія / за ред. О. К. Напрєєнка. К.: Софія-А, 2013. 624 с.
- Маркова М. В. Депресивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» – на арену общемедицинской практики. *Medix. AntiAging*. 2009. № 5 (11). С. 18–22.
- Рахман Л. В. Стан і структура соціального функціонування у пацієнтів із терапевтично-резистентними депресіями. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. 2015. Issue 5 (11). P. 110–121.
- Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 62–65.
- Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок: монографія. Полтава: ТОВ «АСМ», 2016. 157 с.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*. 1960. Vol. 23, issue 1. P. 56–62. DOI: <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959. Vol. 32, issue 1. P. 50–55. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
- Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу: особливості діагностики, вираженості і структури. *Психіатрія, неврологія, медична психологія*. 2018. № 9. С. 82–92. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-12>.

References

- Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2015). Osnovni napriamky naukovykh rozrobok v nevrologii, psykhiatrii ta narkologii v Ukraini [The main directions for scientific developments in the fields of neurology, psychiatry and narcology in Ukraine]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 25(1), 10–18. (In Ukrainian).
- Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2015). Stratehiya okhrony psykhychnoho zdorov'ia naselennia Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody [The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 23(1), 5–11. (In Ukrainian).
- Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2012). Depresiya: rozuminnia, likuvannia sohodni ta zavtra [Depression: Understanding, treatment today and tomorrow]. *International Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalytic Journal*, 6(2), 20–26. (In Ukrainian).
- Napreyenko, O. K. (Ed.). (2013). *Netsyrkularni depresii* [Non-circular depression]. Kyiv: Sofia-A, 2013, 624 p. (In Ukrainian).
- Markova, M. V. (2009). Depressivnye rasstroistva v seti pervichnoi meditsinskoi pomoshchi: iz «diagnosticheskikh nevidimok» – na arenu obshchemeditsinskoi praktiki [Depressive disorders in the primary health care network: from “diagnostic invisibility” to the arena of general medical practice]. *Medix. AntiAging*, 5, 18–22. (In Russian).
- Rakhman, L. V. (2015). Stan i struktura sotsialnogo funktsionuvannia u patsientiv iz terapevtychno-rezistentnyimi depresiyami [Structure and indicators of social functioning in patient with treatment resistant depressions]. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 5(11), 110–121. (In Ukrainian).
- Herasymenko, L. O. (2018). Psykhosotsialna dezadaptatsiia (suchasni kontseptualni modeli) [Psychosocial maladjustment (modern conceptual models)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii*, 26(1), 62–65. (In Ukrainian).
- Skrypnykov, A. M., Herasymenko, L. O., & Isakov, R. I. (2016). *Psykhosotsialna dezadaptatsiia pry posttravmatychnomu stresovomu rozladi u zhinok* [Psychosocial maladaptation in post-traumatic stress disorder in women]. Poltava: TOV «ASM», 157 p. (In Ukrainian).
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
- Isakov, R. I. (2018). Psykhosotsialna dezadaptatsiia u zhinok z depresyvnymi rozladamy riznoho genezu: osoblyvosti diahnostryky, vyrazhenosti i struktury [Psychosocial maladjustment in women with depressive disorders of different genesis: features of diagnostics, diseases and structure]. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 9, 82–92. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-12>

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.45-001/.3-055.2:616.895.8

DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.204-209

В. А. Герасимук

АНАЛІЗ КОПІНГУ ЯК ОСНОВИ СТРЕС-ДОЛАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ДРУЖИН,
ЧОЛОВІКИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Резюме

Актуальність. Фактор наявності в родині близького родича, хворого на параноїдну шизофренію (ПШ), входить у п'ятірку складних життєвих обставин, які потребують від родичів використання певних копінг-стратегій. Оскільки значна кількість хворих на ПШ проживає з батьками, інформації щодо використання стратегій подолання дружинами хворих на ПШ є значно менше.

Мета – вивчити особливості копіngu як основи стрес-долаючої поведінки дружин, чоловіки яких хворіють на параноїдну шизофренію, залежно від тривалості захворювання.

Матеріали та методи. На базі КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені О. І. Ющенка» було обстежено 120 жінок, чоловіки яких хворіли на ПШ, та 50 жінок, чоловіки яких не мали психічних і поведінкових розладів. Комплексне обстеження включало застосування клініко-психологічного, психодіагностичного і статистичного методів дослідження.

Результати. Встановлено, що дружини хворих на ПШ чоловіків використовують здебільшого неконструктивні копіngи. Використання стратегій конфронтації і дистанціювання не асоційовано з тривалістю хвороби чоловіка, на відміну від втечі-уникнення, яке зростає зі збільшенням стажу захворювання на ПШ. Серед відносно конструктивних стратегій дружини хворих на ПШ чоловіків користуються пошуком соціальної підтримки, потреба в якій зростає зі збільшенням тривалості хвороби, та плануванням вирішення проблеми, яке, навпаки, зменшується з часом.

Для жінок, чоловіки яких хворіють на ПШ від 1 до 8 років, характерними є своєрідні комбінації неадаптивних копіngів, які типологізовані як когнітивно-некритичний, емоційно-некомпетентний та несамостійно-конфліктний типи реагування. Дружинам чоловіків із тривалістю хвороби від 8 до 15 років властиві специфічні типи копіngового репертуару у вигляді когнітивно-безпорадного, емоційно-дезадаптивного і поведінково-уникаючого типів реагування.

Висновки. Копінгівий поведінковий репертуар дружин хворих на ПШ містить здебільшого неконструктивні копіngи, на відміну від жінок, чоловіки яких не мають психічного захворювання: стратегії конфронтації, дистанціювання, втечі-уникнення. Відносно конструктивні стратегії представлені пошуком соціальної підтримки та плануванням вирішення проблеми. Тип копіngu дружин також залежить від тривалості захворювання на ПШ у чоловіків.

Отримані дані повинні бути враховані при розробці персоніфікованих заходів психологічної підтримки для дружин чоловіків, хворих на ПШ.

Ключові слова: дружина психічно хворого, параноїдна шизофренія, копінг-стратегії.

В. А. Герасимук

АНАЛИЗ КОПИНГА КАК ОСНОВЫ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЮЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕН,
МУЖЬЯ КОТОРЫХ БОЛЕЮТ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина

Резюме

Актуальность. Фактор наличия в семье близкого родственника, больного параноидной шизофренией (ПШ), входит в пятерку сложных жизненных обстоятельств, требующих от родственников использования определенных копинг-стратегий. Поскольку значительное количество больных ПШ проживает с родителями, информации об использовании стратегий преодоления женами больных ПШ значительно меньше.

Цель – изучить особенности копинга как основы стресс-преодолевающего поведения жен, мужья которых страдают параноидной шизофренией, в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы. На базе КУ «Винницкая областная психоневрологическая больница имени А. И. Ющенко» было обследовано 120 женщин, мужья которых болели ПШ, и 50 женщин, мужья которых не имели психических и поведенческих расстройств. Комплексное обследование включало применение клинико-психологического, психодиагностического и статистического методов исследования.

Результаты. Установлено, что жены больных ПШ мужчин используют в основном неконструктивный копинг. Использование стратегий конфронтации и дистанцирования не ассоциировано с продолжительностью болезни мужа, в отличие от стратегий побега-избегания, которые возрастают с увеличением стажа заболевания ПШ. Из относительно конструктивных стратегий жены больных ПШ мужчин пользуются поиском социальной поддержки, потребность в которой возрастает с увеличением продолжительности болезни, и планированием решения проблемы, которое, наоборот, уменьшается со временем.

Для женщин, мужья которых страдают ПШ от 1 до 8 лет, характерны своеобразные комбинации неадаптивных копингов, которые типологизированы как когнитивно-некритический, эмоционально-некомпетентный и несамостоятельно-конфликтный типы реагирования. Женам мужчин с продолжительностью болезни от 8 до 15 лет свойственны специфические типы копингового репертуара в виде когнитивно-беспомощного, эмоционально-дезадаптивного и поведенчески-избегающего типов реагирования.

Выводы. Копинговый поведенческий репертуар жен больных ПШ содержит в основном неконструктивные копинги, в отличие от женщин, мужья которых не имеют психического заболевания: стратегии конфронтации, дистанцирования, побего-избегания. Относительно конструктивные стратегии представлены поиском социальной поддержки и планированием решения проблемы. Тип копинга жен также зависит от продолжительности заболевания ПШ у мужей. Полученные данные должны быть учтены при разработке персонализированных мероприятий психологической поддержки для жен мужчин, больных ПШ.

Ключевые слова: жена психически больного, параноидная шизофрения, копинг-стратегии.

ANALYSIS OF COPING AS THE BASIS OF STRESS-OVERCOME BEHAVIOR OF WIVES WHOSE HUSBANDS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA

V. A. Herasymuk

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Abstract

Background. The presence in the family of a close relative with paranoid schizophrenia (PS) is one of the five difficult life circumstances that require relatives to use certain coping strategies. Since a significant number of patients with PS live with their parents, we have much less information about which coping strategies are used by wives whose husbands suffering from PS.

Objective is to study the features of coping as the basis of stress-overcoming behavior of wives whose husbands suffering from paranoid schizophrenia, depending on the duration of the disease.

Material and methods. On the basis of the Municipal Institution "Vinnytsa Regional Psychoneurological Hospital named after A. I. Yushchenko", 120 women whose husbands suffered from PS and 50 women whose husbands had not mental and behavioral disorders were examined. Comprehensive examination included the use of clinical-psychological, psychodiagnostic and statistical research methods.

Results. It was established that the wives of patients with PS use mostly nonconstructive coping. The use of confrontation and distance strategies is not associated with the duration of PS. The use of escape and avoidance strategies increases with the duration of paranoid schizophrenia. Of the relatively constructive strategies, the wives of patients with PS use the search for social support, the need for which increases with the duration of the disease, and planning a solution to the problem, which, on the contrary, decreases with time.

Women whose husbands suffering from PS from 1 to 8 years old are characterized by peculiar combinations of non-adaptive coping, which are typologized as cognitive-non-critical, emotionally-incompetent, and non-self-conflicting types of response. Coping strategies of wives, whose husbands suffering from PS from 8 to 15 years, are characterized by specific types of coping repertoire such as cognitively helpless, emotionally maladaptive and behaviorally-avoiding types of response.

Conclusions. The coping behavioral repertoire of the wives of patients with PS contains mostly non-constructive coping, unlike women whose husbands do not have a mental illness: these are strategies such as confronting, distancing, escaping and avoiding. The data obtained should be taken into account when developing personalized psychological support measures for the wives whose husbands have PS.

Keywords: wife of patient with mental illness, paranoid schizophrenia, coping strategies.

For citation: Herasymuk V. A. Analysis of coping as the basis of stress-overcome behavior of wives whose husbands suffering from schizophrenia. *Archives of Psychiatry*. 2019; 25 (4): 204–209. (In Ukr.). DOI: <https://doi.org/10.37822/2410-7484.2019.25.4.204-209>

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): valeria.herasymuk@gmail.com

Received / Поступила: 07.11.2019

Accepted / Прийнята до друку: 12.12.2019

Актуальність. Копінг-поведінка – це індивідуальний спосіб взаємодії з ситуацією у відповідності з її власною логікою, значимістю в житті людини та її психологічними можливостями з метою кращої адаптації до вимог реальності. Теоретичні та прикладні дослідження зарубіжних психологів свідчать про те, що копінг-поведінка не є окремим явищем, це невід’ємна частина складного й динамічного процесу особистості, соціального оточення і їх взаємин [1, 2].

У вітчизняній психології проблема копіну розкривається з використанням методологічного принципу суб’єкта [3, 4]. З позицій цього підходу суб’єкт будь-якого рівня і якості має здатність до активної, свідомої, цілеспрямованої, оптимальної та вільної організації свого життя, його подій і етапів. Відповідно до уявлень про стрес-копінг процеси [5], психологічний захист і копінг-стратегії розглядають з позиції їх спільної участі у реалізації адаптивної стрес-долаючої поведінки, при цьому провідна роль належить вибору та реалізації свідомих стратегій подолання.

Одним із провідних напрямків досліджень у вітчизняній медичній психології є вивчення особливостей стратегій подолання у осіб, які потрапили в складні життєві обставини, серед яких до першої п’ятірки належить фактор наявності в родині близького родича, хворого на параноїдну шизофренію (ПШ) [6–9]. Наголошують на важливому значенні стратегій подолання труднощів – сукупності когнітивних та афективних дій, що виникають у відповідь на стурбованість, – які використовують особи, що наглядають за хворими на шизофренію, і підкреслюють, що родичі хворих на ПШ відчують серйозний психоемоційний стрес

унаслідок неадекватного ставлення соціального середовища та обмежених ресурсів [10, 11]. У науковій літературі розглядаються питання копінг-стратегій, які використовують батьки хворих на ПШ. Доведено, що у більшості випадків такі стратегії орієнтовані на одержання духовної підтримки, а найменш поширеними виявилися мобілізаційні стратегії, тоді як використання конструктивних копінг-механізмів, таких як вирішення проблем і пошук інформації, може зменшити загальний тягар хвороби для хворих та осіб, які здійснюють догляд за ними, і покращити рівень функціонування пацієнтів [8, 12]. Однак інформації щодо стратегій подолання близьких родичів – подружжів хворих на ПШ, – є значно менше [13], оскільки значна кількість хворих на ПШ проживає з батьками.

На підставі вищевикладеного можна стверджувати, що вивчення копіну як основи стрес-долаючої поведінки дружин, чоловіків яких хворіють на ПШ, що було **метою** даної роботи, є актуальним завданням медичної психології.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені О. І. Ющенка» було обстежено 120 жінок, чоловіків яких хворіють на ПШ, у віці від 22 до 55 років (середній вік – 38 років). Критеріями включення були наявність у чоловіка діагнозу «Шизофренія, параноїдна форма» (F20.0 згідно з дослідницько-діагностичними критеріями МКХ-10), проживання з хворим в одній оселі. Критерієм виключення була наявність у жінок психічних або

хронічних інвалідизуючих соматичних захворювань. У 65,8% жінок тривалість хвороби чоловіка становила від одного до восьми років (вони склали основну групу дослідження 1, ОГ1), у 34,2% – від восьми до п'ятнадцяти років (вони склали основну групу дослідження 2, ОГ2). Такий розподіл за тривалістю хвороби був обумовлений особливостями її перебігу, що, за твердженням І. Я. Гуровича зі співавторами [14], впливають на стан сімейного гомеостазу. В якості порівняльної групи було обстежено 50 жінок віком від 21 до 56 років (середній вік – 36 років), які були репрезентативними з основною групою обстежуваних за основними соціально-демографічними характеристиками та мали чоловіків без клінічно виражених розладів психіки і поведінки.

Комплексне обстеження включало застосування клініко-психологічного, психодіагностичного і статистичного методів дослідження. В якості психодіагностичного інструментарію були використані опитувальник «Засоби долаючої поведінки» А. Лазаруса, Фолкмана в адаптації Т. Крюкової [15], та методика діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [16]. Статистичний метод був використаний для оцінки розбіжностей між групами та залежностей між факторами.

Результати та їх обговорення

Вивчення стилів стрес-долаючої поведінки за допомогою опитувальника «Засоби долаючої поведінки» дало змогу визначити переважний стиль поведінки у стресовій або проблемній ситуації та оцінити частоту використання обстеженими конструктивних (здатність до самоконтролю, вираженість пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності, планування вирішення проблем, готовність до позитивної переоцінки) і неконструктивних (дистанціювання, втеча, конфронтація) форм поведінки.

Кількісний розподіл обстежених жінок за типом копінг-стратегій, які вони використовували, наведено в таблиці 1, середні показники напруженості копінгів – в таблиці 2.

Таблиця 1. Розподіл обстежених жінок за типом копінг-стратегій, які вони використовують, %

Тип копінг-стратегій	Групи обстежених			р		
	ОГ1, n=79	ОГ2, n=41	ГП, n=50	ОГ1/ОГ2	ОГ1/ГП	ОГ2/ГП
Конфронтація	18,8	2,5	–	<0,05	<0,05	<0,05
Дистанціювання	20,0	27,5	–	>0,05	<0,05	<0,05
Втеча-уникнення	21,3	33,8	–	<0,05	<0,05	<0,05
Самоконтроль	3,8	2,5	28,0	>0,05	<0,05	<0,05
Пошук соціальної підтримки	12,5	20,0	24,0	<0,05	<0,05	<0,05
Прийняття відповідальності	5,0	2,5	20,0	>0,05	<0,05	<0,05
Планування вирішення проблеми	13,8	5,0	18,0	<0,05	<0,05	<0,05
Позитивна переоцінка	5,0	6,3	10,0	<0,05	<0,05	<0,05

Примітка. р – рівень статистичної значущості розбіжностей між групами.

Таблиця 2. Напруженість використання копінгів обстеженими жінками, сер. бал

Тип копінг-стратегій	Групи обстежених			р		
	ОГ1, n=79	ОГ2, n=41	ГП, n=50	ОГ1/ОГ2	ОГ1/ГП	ОГ2/ГП
Конфронтація	58,34 ±9,39	52,81 ±11,14	37,55 ±10,54	<0,05	<0,05	<0,05
Дистанціювання	56,33 ±12,02	66,14 ±12,62	46,34 ±11,25	<0,05	<0,05	<0,05
Самоконтроль	42,58 ±9,47	39,55 ±11,75	61,38 ±11,82	>0,05	<0,05	<0,05
Пошук соціальної підтримки	48,61 ±12,37	62,13 ±12,41	53,84 ±10,17	<0,05	<0,05	<0,05
Прийняття відповідальності	43,18 ±14,25	38,63 ±13,94	62,58 ±11,25	>0,05	<0,05	<0,05
Втеча-уникнення	59,32 ±10,57	67,15 ±12,08	37,89 ±10,57	<0,05	<0,05	<0,05
Планування вирішення проблеми	53,36 ±11,18	48,84 ±13,26	66,54 ±10,69	<0,05	<0,05	<0,05
Позитивна переоцінка	40,51 ±10,57	37,96 ±11,61	58,66 ±11,28	>0,05	<0,05	<0,05

У результаті дослідження встановлено, що дружини хворих на ПШ використовували здебільшого неконструктивні копінгі (ОГ1 – 60,1%, ОГ2 – 63,8%, $p>0,05$), а жінки ГП – конструктивні ($p<0,05$). Так, стратегії конфронтації (ОГ1 – 18,8% і ОГ2 – 2,5%, $p<0,05$) і дистанціювання (ОГ1 – 20,0% і ОГ2 – 27,5%, $p>0,05$) використовувала приблизно однакова кількість жінок; стратегію втечі-уникнення більше використовували жінки з ОГ2 (33,8%), порівняно з ОГ1 (21,3%), $p<0,05$.

Копінг-стратегія конфронтації передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на відреагування негативних емоцій у зв'язку з наявними труднощами [13]. Ця стратегія асоційована з імпульсивністю, ворожістю, труднощами планування і прогнозування результатів дій; копінг-дії при цьому втрачають цілеспрямованість і стають переважно результатом розрядки емоційної напруги. Ця стратегія розглядається як неадаптивна, однак за певних умов вона може сприяти подоланню тривоги за рахунок опору труднощам і відстоювання власних інтересів.

Стратегія дистанціювання передбачає подолання негативних переживань, пов'язаних із проблемою, за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості до неї, зокрема, за рахунок раціоналізації, перемикування уваги, відсторонення, гумору, знецінення тощо; при цьому існує ризик знецінення і власних переживань [13].

Втеча-уникнення використовувалась жінками як спроба подолання негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправдані очікування, відволікання тощо. При цьому спостерігалися неконструктивні форми поведінки у стресових ситуаціях: заперечення чи повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності й дій для вирішення труднощів, що виникли, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування,

занурення в фантазії, переїдання, вживання алкоголю тощо з метою зниження болісного рівня емоційної напруги [13]. Негативними наслідками цієї стратегії були неможливість розв'язання проблеми, ймовірність накопичення труднощів, короткостроковий ефект зроблених дій зі зниження емоційного дискомфорту.

Серед конструктивних копінгів у жінок основних груп було помічене використання стратегій планування вирішення проблеми (ОГ1 – 13,8%, ОГ2 – 5,0%, $p < 0,05$), пошуку соціальної підтримки (ОГ1 – 12,5%, ОГ2 – 20,0%, $p < 0,05$). Інші типи копінг-стратегій використовувала незначна кількість жінок обох основних груп: позитивна переоцінка і прийняття відповідальності – в ОГ1 – по 5% випадків, в ОГ2 – 6,3 % та 2,5%, відповідно; самоконтроль – 3,8% в ОГ1 і 2,5% в ОГ2.

Стратегія планування вирішення проблеми передбачає намагання подолати проблему шляхом цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, напрацювання стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, власного досвіду і наявних ресурсів. Ця стратегія є адаптивною і сприяє конструктивному вирішенню труднощів, оскільки дає можливість цілеспрямовано і планомірно вирішити проблемну ситуацію. Водночас, недоліками цієї стратегії є більша ймовірність раціоналізації, недостатньої емоційності, інтуїтивності та спонтанності у поведінці [13].

Стратегія пошуку соціальної підтримки передбачає намагання вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної і дієвої підтримки. Використання цієї стратегії передбачає орієнтацію на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, порад, співчуття, а також пошук необхідної інформації для вирішення проблеми (звернення до експертів, знайомих, пошук необхідних знань у зовнішніх джерелах). Цій стратегії притаманна потреба в емоційній підтримці, що проявляється прагненням бути вислуханою, отримати емпатичну відповідь, розділити з кимось свої переживання, а при пошуку дієвої підтримки – потреба в допомозі конкретними діями. Ця стратегія є конструктивною і дає особистості можливість використовувати зовнішні ресурси для вирішення проблемної ситуації. Водночас, така стратегія створює ризик формування залежної позиції або надмірних очікувань від оточуючих [13].

Аналіз напруженості використання копінгів довів, що дружини ОГ1 найчастіше використовували конфронтацію (58,34±9,39 балів), дистанціювання (56,33±12,02 балів), втечу-уникнення (59,32±10,57 балів); також вони користувалися пошуком соціальної підтримки (48,61±12,37 балів), намагались іноді планувати вирішення проблеми (53,36±11,18 балів) та брати на себе відповідальність (43,18±14,25 балів).

У жінок ОГ2 частота використання копінгів була дещо інакшою, відповідаючи, в цілому, тенденції превалювання неконструктивних копінгів в особистому поведінковому репертуарі. Виражену перевагу вони надавали втечі-уникненню (67,15±12,08 балів) та дистанціюванню (66,14±12,62 балів). Дуже часто вони намагались звертатися до пошуку соціальної підтримки (62,13±12,41 балів), роблячи дуже мало зусиль щодо прийняття відповідальності на себе (38,63±13,94 балів).

Здатність до використання самоконтролю у жінок обох основних груп була вельми незначною (ОГ1 – 42,58±9,47 балів, ОГ2 – 39,55±11,75 балів).

Серед жінок ГП найчастіше вживаними типами копінгу виявились самоконтроль (61,38±11,82 балів), прийняття відповідальності (62,58±11,25 балів), планування вирішення проблеми (66,54±10,69 балів) та позитивна переоцінка (58,66±11,28 балів).

Аналіз результатів дослідження за методикою Е. Хейма (табл. 3) підтвердив попередні результати щодо превалювання неконструктивних копінгів у жінок основних груп і дозволив уточнити, що в їхньому копінговому репертуарі превалювали неадаптивні копінги усіх модальностей (когнітивні, емоційні та поведінкові), на відміну від осіб ГП.

Таблиця 3. Аналіз копінгового поведінкового репертуару за модальностями копінгу, %

Види копінгу	Групи обстежених			p		
	ОГ1, n=79	ОГ2, n=41	ГП, n=50	ОГ1/ ОГ2	ОГ1/ ГП	ОГ2/ ГП
Когнітивні копінги						
Адаптивні	0	0	92,0	>0,05	<0,05	<0,05
Відносно адаптивні	41,8	7,3	8,0	<0,05	<0,05	>0,05
Неадаптивні	58,2	92,7	0	<0,05	<0,05	<0,05
Емоційні копінги						
Адаптивні	0	0	90,0	>0,05	<0,05	<0,05
Відносно адаптивні	39,2	12,2	10,0	<0,05	<0,05	>0,05
Неадаптивні	60,8	87,8	0	<0,05	<0,05	<0,05
Поведінкові копінги						
Адаптивні	0	0	88,0	>0,05	<0,05	<0,05
Відносно адаптивні	36,7	9,8	12,0	<0,05	<0,05	>0,05
Неадаптивні	63,3	90,2	0	<0,05	<0,05	<0,05

Так, значна кількість жінок ОГ1 будували власну поведінку, використовуючи неадаптивні когнітивні (58,2%), емоційні (60,8%) і поведінкові (63,3%) стратегії. Дружини ОГ2 відрізнялись ще більшим використанням неадаптивних копінгів: когнітивних – у 92,7% випадків, емоційних – у 87,8%, поведінкових – у 90,2% (результати за всіма модальностями копінгу були статистично значущими, $p < 0,05$).

На підставі аналізу й узагальнення отриманих результатів ми типологізували стратегії подолання, притаманні жінкам різних груп ($p < 0,05$).

Для жінок ОГ1 характерною виявилась комбінація неадаптивних когнітивних копінгів, яку ми умовно окреслили як *когнітивно-некритичний* тип реагування, при якому вони відмовлялися прийняти реальний діагноз або прогноз захворювання чоловіка та подальшу негативну трансформацію їх життєвої перспективи, що проявлялось або у нескінченному пошуку нових лікарів та методів лікування, або розчаруванням у медичних втручаннях та зневірою в перспективах нормалізації сімейного життя.

Особливості емоційного копінгю жінок ОГ1 ми виділили як *емоційно-некомпетентний* тип реагування, що проявлялося або у спробах гіперопіки чоловіка, або роздратуванням відносно нього.

Неадаптивні поведінкові стратегії подолання, встановлені у цього контингенту, були типологізовані нами як *несамостійно-конфліктний* тип поведінкового реагування, при якому жінки обирали деструктивні шляхи каналізації психоемоційної напруги внаслідок відчуттів емоційної відторгнутості і самотності або через прагнення перекласти відповідальність на інших, або через конфліктну поведінку відносно хворого та, почасти, медичного персоналу, задіяного у лікуванні чоловіка з ПШ.

Неадаптивні стратегії подолання, характерні для жінок ОГ2, складали інші копінгів профілі, ніж в ОГ1. Мозаїчний розподіл неконструктивних когнітивних копінгів призводив до формування *когнітивно-безпорадного типу реагування*, при якому жінки ОГ2 відмовлялися визнавати свою роль у лікуванні чоловіка та підтримці належного рівня сімейного функціонування, прагнучи відсторонитися від психотравмуючої ситуації.

Компіляція неконструктивних емоційних копінгів призводила до виникнення в них *емоційно-дезадаптивного типу реагування*, який характеризувався амплітудою негативних емоційних реакцій – від демонстрації активної діяльності з вираженими негативними емоційними переживаннями до повної бездіяльності та спонтанного бажання усунути від вирішення будь-яких проблем.

Мозаїка неконструктивних поведінкових копінгів формувала *поведінково-унікаючий тип реагування*, при якому жінки відчували образ на несправедливість власної долі, гнів та агресію до оточуючих, покладаючи на них відповідальність за порушення здоров'я чоловіка та трансформацію родинних стосунків, що супроводжувалося проявами байдужості та ігнорування проблеми.

Висновки

Копінгівий поведінковий репертуар дружин хворих на ПШ чоловіків містить здебільшого неконструктивні копінгі, на відміну від звичайних жінок.

Використання стратегій конфронтації і дистанціювання не асоційоване з тривалістю хвороби чоловіка, на відміну від втечі-уникнення, яке зростає зі збільшенням стажу захворювання на ПШ.

Серед відносно конструктивних стратегій дружини хворих на ПШ чоловіків користуються пошуком соціальної підтримки, потреба в якій зростає зі збільшенням тривалості хвороби, та плануванням вирішення проблеми, яке, навпаки, зменшується з часом.

Для жінок, чоловіки яких хворіють на ПШ від 1 до 8 років, характерними є своєрідні комбінації неадаптивних копінгів, які типологізовані як когнітивно-некритичний, емоційно-некомпетентний та несамостійно-конфліктний типи реагування.

Дружинам чоловіків із тривалістю хвороби від 8 до 15 років властиві специфічні типи копінгів репертуару у вигляді когнітивно-безпорадного, емоційно-дезадаптивного і поведінково-унікаючого типів реагування.

Отримані дані повинні бути враховані при розробці персоніфікованих заходів психологічної підтримки для дружин чоловіків, хворих на ПШ.

Список використаної літератури

1. Brown S. P., Westbrook R. A., Challagalla G. Good cope, bad cope: adaptive and maladaptive coping strategies following a critical negative work event. *The Journal of applied psychology*. 2005. Vol. 90, issue 4. P. 792–798. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.792>.
2. Vaillant G. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*. 2000. Vol. 55, issue 1. P. 89–98. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.89>.
3. Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Теоретичний аналіз копінг-поведінки у сучасних наукових дослідженнях / Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології: зб. наукових праць ХНТУ / ред. кол. В. Г. Бутенко, І. П. Лопушинський. Херсон: ХНТУ, 2010. Вип. 2 (3). С. 262–268.
4. Шебанова В. І., Діденко Г. О. Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. *Проблеми сучасної психології*. 2018. Вип. 39. С. 368–379. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-39.368-379>.
5. Шебанова В. І., Шебанова С. Г. Механізми психологічного захисту та копінгю (совладання) особистості: навч.-метод. посіб. Херсон: ХДУ, 2012. 224 с.
6. Ileselo M. K., Kajula L., Yahya-Malima K. I. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*. 2016. Vol. 16, issue 1. P. 146. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0857-y>.
7. Batra B. S., Ghildiyal R., Mathews M. Coping strategies among caregivers of patients with schizophrenia: a descriptive study. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2015. Vol. 14, issue 12. P. 20–29. URL: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol14-issue12/Version-6/DOI141262029.pdf> (дата звернення: 15.10.2019). DOI: <https://doi.org/10.9790/0853-141262029>.
8. Creado D. A., Parker S. R., Kamath R. M. A comparison of the level of functioning in chronic schizophrenia with coping and burden in caregivers. *Indian journal of psychiatry*. 2006. Vol. 48, issue 1. P. 27–33. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.31615>.
9. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study / L. Magliano, G. Fadden, M. Economou [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2000. Vol. 35, issue 3. P. 109–115. DOI: <https://doi.org/10.1007/s001270050192>.
10. Пшук Н. Г., Маркова М. В., Пшук Є. Я. Динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 215.
11. Маркова М. В., Діхтар В. О. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї. *Український вісник психоневрології*. 2010. Т. 13, вип. 3 (64). С. 133–134.
12. Абрамова М. В. Психологическое сопровождение семей больных шизофренией юношеского возраста. *Психологические исследования*. 2010. № 6 (14). С. 4–12.
13. Шкода К. В. Аналіз копінг-поведінки дружин і матерів чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, з тривалими термінами захворювання. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 4 (87). С. 55–58.
14. Гурович І. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація в психіатрії. М.: ІД Медпрактика-М, 2004. 492 с.
15. Крюкова Т. Л., Фуктяк Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCCQ). *Журнал практического психолога*. 2007. № 3 С. 93–112.
16. Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учебное пособие. Казань, 2003. С. 23–29.

References

1. Brown, S. P., Westbrook, R. A., & Challagalla, G. (2005). Good cope, bad cope: adaptive and maladaptive coping strategies following a critical negative work event. *The Journal of applied psychology*, 90(4), 792–798. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.792>
2. Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *The American psychologist*, 55(1), 89–98. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.89>
3. Shebanova, V. I., & Shebanova, S. H. (2010). Teoretichnyi analiz kopinh-povedinky u sushasnykh naukovykh doslidzhenniakh [Theoretical analysis of coping behavior in modern scientific research]. *Aktualni problemy derzhavnoho upravlinnia, pedahohiky ta psykholohii*, 3(63), 262–268. (In Ukrainian).
4. Shebanova, V. I., & Didenko, H. O. (2018). Coping-behavior in modern psychological researches. *Problems of Modern Psychology: Collection of research papers*, 39, 368–379. (In Ukrainian). <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-39.368-379>
5. Shebanova, V. I., & Shebanova, S. H. (2012). *Mekhanizmy psykholohichnoho zakhystu ta kopinhu (sovladannia) osobystosti* [Mechanisms of psychological protection and coping of personality]. Kherson: KhDU, 224 p. (In Ukrainian).
6. Ileselo, M. K., Kajula, L., & Yahya-Malima, K. I. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC psychiatry*, 16(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0857-y>

7. Batra, B. S., Ghildiyal, R., & Mathews, M. (2015). Coping strategies among caregivers of patients with schizophrenia: a descriptive study. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 14(12), 20–29. Retrieved from <https://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol14-issue12/Version-6/D0141262029.pdf> <https://doi.org/10.9790/0853-141262029>
8. Creado, D. A., Parkar, S. R., & Kamath, R. M. (2006). A comparison of the level of functioning in chronic schizophrenia with coping and burden in caregivers. *Indian journal of psychiatry*, 48(1), 27–33. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.31615>
9. Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., ... Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(3), 109–115. <https://doi.org/10.1007/s001270050192>
10. Pshuk, N. H., Markova, M. V., & Pshuk, Ye. Ya. (2012). Dynamika resursu sim'i, de prozhyvaie khvoryi na paranoidnu shyzofreniiu [The dynamics of the resource of the family where the patient with paranoid schizophrenia lives]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi, 20(3)*, 215. (In Ukrainian).
11. Markova, M. V., & Dikhtiar, V. O. (2010). Osoblyvosti simeinoi vzaiemodii ta adaptatsii v rodyni u patsientiv, khvorykh na shyzofreniiu, z tochky zoru psykhoterapevtychnoho potentsialu sim'i [Features of family interaction and adaptation in the family in patients with schizophrenia, in terms of psychotherapeutic potential of the family]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi, 13(3)*, 133–134. (In Ukrainian).
12. Abramova, M. V. (2010). Psikhologicheskoe soprovozhdenie semei bol'nykh shizofreniei yunosheskogo vozrasta [Psychological follow-up of families with schizophrenia patients of young age]. *Psikhologicheskie issledovaniya*, 6(14), 4–12. (In Russian).
13. Shkoda, K. V. (2016). Analiz kopinh-povedinky druzhyn i materiv cholovikov, khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu, z tryvalymy terminamy zakhvoriuvannia [Comparative analysis of coping behavior of wife and mother of men with long term paranoid schizophrenia]. *Archives of Psychiatry*, 22(4), 55–58. (In Ukrainian).
14. Gurovich, I. Ya., Shmukler, A. B., & Storozhakova, Ya. A. (2004). *Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psikhiiatrii* [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moscow: ID Medpraktika-M. 492 p. (In Russian).
15. Kryukova, T. L., & Kuftak, E. V. (2007). Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ) [Questionnaire of coping methods (adaptation of the WCQ technique)]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa*, 3, 93–112. (In Russian).
16. Nabiullina, R. R., & Tukhtarova, I. V. (2003). *Mekhanizmy psikhologicheskoi zashchity i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funktsii, vidy, psikhoterapevticheskaya korrektsiya)* [Mechanisms of psychological defense and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)]. Kazan, 23–29. (In Russian).

Відомості про автора:

ГЕРАСИМУК Валерія Анатоліївна, асистент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом ПДО, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: valeria.herasymuk@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4552-4644>

Сведения об авторе:

ГЕРАСИМУК Валерія Анатольевна, ассистент кафедры медицинской психологии и психиатрии с курсом ПДО, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина; e-mail: valeria.herasymuk@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4552-4644>

About the Author:

HERASYMUK Valeriia Anatoliivna, Assistant of Department of Medical Psychology and Psychiatry with the course of Postgraduate Education, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: valeria.herasymuk@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4552-4644>

Н. В. Гринько

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ
У ІІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ В АСПЕКТІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Резюме

Актуальність. Для жінки однією з емоційно-стресових ситуацій є вагітність – дуже сильний за рівнем переживань та специфічний за комплексом відчуттів період у житті, вивченню якого останнім часом приділяється все більше уваги. Зокрема, особливості особистості вагітної жінки можуть сприяти успішності виношування дитини, чи навпаки, заважати фізіологічному перебігу вагітності та успішності лікування у випадку ускладнень. Тому необхідне формування комплексного підходу при спостережанні вагітності та лікуванні ускладнень. Але роль психологічних факторів у ситуації ускладненої вагітності вивчена недостатньо.

Мета – вивчення психоемоційного стану жінок із загрозою передчасних пологів у ІІІ триместрі вагітності для з'ясування необхідності надання їм медико-психологічного супроводу.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось із дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2011–2019 років на базі КНП «Сторожинецька ЦРЛ» Сторожинецької районної ради у Чернівецькій області. У дослідження було включено 150 вагітних у ІІІ триместрі вагітності (23–37 тижнів) та їх чоловіків. Із них основну групу склали 120 жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності (ОГ). Групу порівняння становили 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності (ГП). Під час дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження жінок із використанням шкали оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності (Ч. Д. Спілбергер – Ю. Л. Ханін, 2002), методики диференційної діагностики депресивних станів Зунга (У. Зунг, 1965; адаптація Т. І. Балашової), шкали депресії і тривоги Гамільтона HDRS та HARS (В. С. Підкоритов, Ю. Ю. Чайка, 2003) [3]. Групи були однорідні за віком, терміном вагітності, рівнем освіти, сімейним станом, соціальним статусом. З моменту взяття вагітної на амбулаторний облік у жіночій консультації у рамках дослідження проводилися психокорекційні та психоосвітні групи, індивідуальні та сімейні консультації з лікарем-психологом. Таким чином, з 23-го тижня вагітності і протягом року після пологів жінки, окрім медичного амбулаторного супроводу, перебували під медико-психологічним спостереженням.

Результати. Визначення рівня реактивної тривожності показало таке. Для групи 1 середнє значення μ дорівнювало 43,775 при стандартному відхиленні $\sigma=0,858$. Для групи 2 середнє значення μ дорівнювало 39,8 при стандартному відхиленні $\sigma=1,663$. Відповідно до t-критерію Ст'юдента, середнє значення μ показників реактивної тривожності жінок обох груп статистично відрізняється з достовірністю 90%. Різницю розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчали за допомогою U-критерію Вілкоксона. Значущих відмінностей у розподілах відносних частот не виявлено. Установлено незначні відмінності у групі 1 в підвищенні відсотка високого рівня реактивної тривожності, порівняно з групою 2. При вивченні рівня особистісної тривожності було отримано такі результати. Для групи 1 середнє значення μ дорівнювало 45,75 при стандартному відхиленні $\sigma=0,807$. Для групи 2 середнє значення μ дорівнювало 42,93 при стандартному відхиленні $\sigma=1,450$. Відповідно до t-критерію Ст'юдента середнє значення μ показників реактивної тривожності двох груп статистично відрізняється з достовірністю 90%. Різницю розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчали за допомогою U-критерію Вілкоксона. Значущих відмінностей в розподілах відносних частот не виявлено. Установлено незначні відмінності у групі 1 в підвищенні відсотка низького рівня особистісної тривожності, порівняно з групою 2. Середнє значення показника особистісної тривожності в групі 1 загалом виявилось вищим, ніж середнє значення цього показника у групі 2. У групі 1 питома вага показника низького рівня особистісної тривожності менша при вищих рівнях помірного та високого, порівняно з групою 2. Вивчення рівня депресивного реагування дало такі результати. Для групи 1 середнє значення $\mu=51,117$ при стандартному відхиленні $\sigma=0,8781$. Для групи 2 середнє значення $\mu=44,933$ при стандартному відхиленні $\sigma=1,7939$. Відповідно до t-критерію Ст'юдента середнє значення μ показників рівня депресивного реагування двох груп статистично відрізняється з достовірністю 90% при рівні значущості $\alpha=0,1$. Різницю розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчали за допомогою U-критерію Вілкоксона. Отримані результати свідчать про статистично доведену різницю між групами. Середнє значення рівня депресивного реагування в групі 1 виявилось вищим та статистично достовірно відрізнялося від показника групи 2.

Висновки. Важливим є встановлення особливостей психоемоційного стану жінок із загрозою передчасних пологів у III триместрі вагітності для визначення основних принципів психопрофілактичних заходів, спрямованих на трансформацію способу життя цього контингенту за рахунок зміни актуальних життєвих стратегій та розробки комплексу заходів медико-психологічного супроводу.

Ключові слова: загроза передчасних пологів, психоемоційний стан, психологічний супровід.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В АСПЕКТЕ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Н. В. Гринько

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Резюме

Актуальность. Для женщины одной из эмоционально-стрессовых ситуаций является беременность – очень сильный по уровню переживаний и специфический по комплексу ощущений период в жизни, изучению которого в последнее время уделяется все больше внимания. В частности, особенности личности беременной женщины могут способствовать успешности вынашивания ребенка, или наоборот, мешать физиологическому течению беременности и успешности лечения в случае осложнений. Поэтому необходимо формирование комплексного подхода при наблюдении беременности и лечении осложнений. Однако роль психологических факторов в ситуации осложненной беременности изучена недостаточно.

Цель – изучение психоэмоционального состояния женщин с угрозой преждевременных родов в III триместре беременности для выяснения необходимости предоставления им медико-психологического сопровождения.

Материалы и методы. Исследование проводилось с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2011–2019 годов на базе КНП «Сторожинецкая ЦРБ» Сторожинецкого районного совета в Черновицкой области. В исследование было включено 150 беременных в III триместре беременности (23–37 недель) и их мужей. Из них основную группу составили 120 женщин с угрозой преждевременных родов в последнем триместре беременности (ОГ). Группу сравнения составили 30 женщин с физиологическим течением беременности (ГС). Во время исследования проводили клиническое интервью и психодиагностическое обследование женщин с использованием шкалы оценки уровня личностной и реактивной тревожности (Ч. Д. Спилбергер – Ю. Л. Ханин, 2002), методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунга (В. Зунг, 1965; адаптация Т. И. Балашовой), шкалы депрессии и тревоги Гамильтона HDRS и HARS (В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка, 2003) [3]. Группы были однородны по возрасту, срокам беременности, уровню образования, семейному положению, социальному статусу. С момента взятия беременной на амбулаторный учет в женской консультации в рамках исследования проводились психокоррекционные и психообразовательные группы, индивидуальные и семейные консультации с врачом-психологом. Таким образом, с 23-й недели беременности и в течение года после родов женщины, кроме медицинского амбулаторного сопровождения, находились под медико-психологическим наблюдением.

Результаты. Определение уровня реактивной тревожности показало следующее. Для группы 1 среднее значение μ равнялось 43,775 при стандартном отклонении $\sigma=0,858$. Для группы 2 среднее значение μ равнялось 39,8 при стандартном отклонении $\sigma=1,663$. Согласно t-критерию Стьюдента, среднее значение μ показателей реактивной тревожности обеих групп статистически отличается с достоверностью 90%. Разницу распределения относительной частоты показателей в двух выборках изучали с помощью U-критерия Вилкоксона. Значимых различий в распределениях относительных частот не обнаружено. Установлено незначительные различия в группе 1 в повышении процента низкого уровня личностной тревожности по сравнению с группой 2. Среднее значение показателя личностной тревожности в группе 1 в целом оказалось выше, чем среднее значение этого показателя в группе 2. В группе 1 удельный вес показателя низкого уровня личностной тревожности меньше при более высоких уровнях умеренного и высокого, по сравнению с группой 2. Изучение уровня депрессивного реагирования дало следующие результаты. Для группы 1 среднее значение μ равнялось 51,117 при стандартном отклонении $\sigma=0,8781$. Для группы 2 среднее значение μ равнялось 44,933 при стандартном отклонении $\sigma=1,7939$. Согласно t-критерию Стьюдента, среднее значение μ показателей уровня депрессивного реагирования двух групп статистически отличается с достоверностью 90% при уровне значимости $\alpha=0,1$. Разницу распределения относительной частоты показателей в двух выборках изучали с помощью U-критерия Вилкоксона. Полученные результаты свидетельствуют о статистически доказанной разнице между группами. Среднее значение уровня депрессивного реагирования в группе 1 оказалось выше и статистически достоверно отличается от показателя группы 2.

Выводы. Важным является установление особенностей психоэмоционального состояния женщин с угрозой преждевременных родов в III триместре беременности для определения основных принципов психопрофилактических мероприятий, направленных на трансформацию образа жизни этого контингента за счет изменения актуальных жизненных стратегий и разработки комплекса мер медико-психологического сопровождения.

Ключевые слова: угроза преждевременных родов, психоэмоциональное состояние, психологическое сопровождение.

PSYCHOEMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH THREAT OF PRETERM BIRTH
IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY IN THE ASPECT OF THEIR MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT

N. V. Grinko

Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Abstract

Background. For a woman, one of the emotional and stressful situations is pregnancy – a very strong emotional level and a specific period of life specific to the complex of emotions, the study of which has recently received increasing attention. In particular, personality traits of a pregnant woman may contribute to the success of the baby, or vice versa, to interfere with the physiological course of pregnancy and the success of treatment in the event of complications. Therefore, the formation of a comprehensive approach to the observation of pregnancy and the treatment of complications is necessary. But the role of psychological factors in the situation of complicated pregnancy has not been sufficiently studied.

Objective is to study the psycho-emotional state of women with the threat of preterm birth in the third trimester of pregnancy to study the need to provide them with medical and psychological support.

Materials and methods. The study was conducted during 2011–2019 based on KNP "Storozhinets CRI" of Storozhynets district council in Chernivtsi region. The study included 150 pregnant women in the third trimester (23–37 weeks), and their men. Of these, the main group consisted of 120 women with the risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy (CO). The comparison group consisted of 30 women with physiological pregnancy (GP). During the study, a clinical interview and psychodiagnostic examination of women were conducted using the scale of assessment of personal and reactive anxiety level (C. D. Spilberger – Yu. L. Khanin, 2002), methods of differential diagnosis of Zung depression (U. Zung, 1965; T. I. Balashova adaptation), Hamilton HDRS and HARS Depression and Anxiety Scale (V. S. Podkoritov, Yu. Y. Chaika, 2003) [3]. The groups were homogeneous in terms of age, pregnancy, educational level, marital status, social status. From the moment when a pregnant woman was admitted to the outpatient clinic for women's counselling, psycho-corrective and psycho-educational groups were conducted within the framework of the study, also individual and family consultations with a psychologist. Thus, from the 23rd week of pregnancy and during the year after childbirth, women were under medical and psychological support, apart from medical outpatient care.

Results. The determination of the level of reactive anxiety showed the following. For group 1, the average value of $\mu=43,775$ at standard deviation $\sigma=0,858$. For group 2, the mean value of $\mu=39,8$ at standard deviation $\sigma=1,663$. According to the Student's t-test, the mean μ of the reactive anxiety indicators of the two groups is statistically different with 90% confidence. The difference in the relative frequency distribution of the indicators in the two samples was studied using the Wilcoxon U test. No significant differences in the relative frequency distributions were detected. Minor differences were found in group 1 in increasing the percentage of high levels of reactive anxiety compared to group 2. The following results were obtained when studying the level of personal anxiety. For group 1, the mean value of $\mu=51,117$ at standard deviation $\sigma=0,8781$. For group 2, the mean value of $\mu=44,933$ with a standard deviation of $\sigma=1,7939$. According to the Student's t-test, the mean value of μ of the reactive anxiety indicators of the two groups is statistically different with 90% confidence. The difference in the relative frequency distribution of the indicators in the two samples was studied using the Wilcoxon U test. No significant differences in the relative frequency distributions were detected. There were slight differences in group 1 in the increase in the percentage of low levels of personal anxiety compared to group 2. The average value of personality anxiety in group 1 was generally higher than the average value in group 2. In group 1, the proportion of the low level of personal anxiety is lower at higher levels. moderate and high levels compared to group 2. The study of the level of depressive response gave the following results. For group 1, the mean value of $\mu=51,117$ with a standard deviation of $\sigma=0,8781$. For group 2, the average value of $\mu=44,933$ with a standard deviation of $\sigma=1,7939$. According to the Student's t-test, the mean value of

μ indicators of the level of depressive response of the two groups is statistically different with 90% confidence at the significance level $\alpha=0.1$. The difference in the relative frequency distribution of the indicators in the two samples was studied using the Wilcoxon U test. The results obtained indicate a statistically proven difference between the groups. The mean of the level of depressive response in group 1 is higher and is a statistically different result compared to the indicator of group 2.

Conclusions. It is important to identify the peculiarities of the psycho-emotional state of women with the threat of premature birth in the third trimester of pregnancy to determine the basic principles of psychoprophylaxis measures aimed at transforming the lifestyle of this contingent by changing their current life strategies and developing a complex of measures of medical and psychological support.

Keywords: the threat of premature birth, psychoemotional state, psychological support.

For citation: Grinko N. V. Psychoemotional state of women with threat of preterm birth in the third trimester of pregnancy in the aspect of their medical and psychological support. *Archives of Psychiatry*. 2019; 25 (4): 210-214. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.210-214

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): nvgrynko@gmail.com

Received / Поступила: 28.10.2019

Accepted / Прийнята до друку: 04.12.2019

Актуальність. Для жінки однією з емоційно-стресових ситуацій є вагітність – дуже сильний за рівнем переживань та специфічний за комплексом відчуттів період у житті, вивченню якого останнім часом приділяється все більше уваги. Багато дослідників вважають, що це найуразливіший період для психіки жінки: період тривалої емоційної напруги та адаптації до нових умов. У той же час, мати для дитини є джерелом як фізичного, так і психічного розвитку, отже психологічні труднощі під час вагітності неодмінно впливають на розвиток дитини. Спеціалісти відмічають як позитивну, так і негативну роль вагітності. Крім того, в сучасному акушерстві спостерігається велика кількість випадків ускладнень вагітності, серед яких перше місце посідають загрози передчасних пологів. Ці ускладнення переважають у структурі причин летальних випадків під час вагітності. Ускладнена вагітність, як тяжка ситуація, що несе реальну загрозу для життя, впливає на якість життя в силу фізичних наслідків, з одного боку, та психотравматичних впливів – з іншого [1].

Порушення фізичного здоров'я викликає порушення звичного способу задоволення вітальних та соціальних потреб, супроводжується довгим переживанням втрати будь-якої важливої частини життя, змінами соціального статусу ситуації, може призводити до виникнення хронічного психологічного стресу. При вітальній емоційно складній ситуації від жінок вимагаються більш високі затрати та більш тривалий час на адаптацію, ніж це необхідно при дії повсякденних мікростресів. При цьому здоров'я вагітної жінки залежить від багатьох факторів, у тому числі й психологічних [4].

Зокрема, особливості особистості вагітної жінки можуть сприяти успішності виношування дитини, чи навпаки, заважають фізіологічному перебігу вагітності та успішності лікування у випадку ускладнень. Тому необхідне формування комплексного підходу при супроводі вагітності та лікуванні ускладнень. Але роль психологічних факторів у ситуації ускладненої вагітності вивчена недостатньо.

У багатьох дослідженнях показаний вплив індивідуально-психологічних властивостей жінки, передусім особливостей емоційної сфери, на стан її репродуктивного здоров'я та характер реалізації репродуктивної функції. Такі риси як лабільність, слабкість нервової системи, сенситивність, підвищена тривожність, егоцентризм, можуть відігравати негативну роль і ставати підґрунтям для розвитку дезадаптивних форм реагування та поведінки під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також сприяти виникненню різних соматичних і психологічних проблем у народженої дитини в майбутньому, включаючи підвищену емоційність, гіперактивність,

високий рівень тривожності, схильність до психосоматичних захворювань тощо [3, 5, 7].

Загрозу передчасних пологів унаслідок незрозумілих причин багато авторів вбачають у дії стресових факторів різного походження. Практично всі вони дійшли до висновку, що існують певні психологічні особливості, які стають передумовою переривання вагітності. Загроза передчасних пологів (ЗПП), зумовлена безпосередньо психосоціальними стресами, складає 6% від загальної кількості самовільних викиднів. Жінок із ЗПП, особливо неясного генезу, з повним правом можна віднести до категорії людей, у яких спостерігається хронічний стрес або тривале психоемоційне напруження внаслідок нереалізованого материнства [2].

У жінок із ЗПП відзначається високий рівень особистісної тривожності та тривожно-депресивних невротичних розладів. Навіть незначний психоемоційний вплив при високому рівні особистісної та ситуативної тривожності трансформується у цих пацієнток в особливу актуальну поведінку з неадекватними біосоціальними реакціями. Негативні емоції (страх перед настанням вагітності, незадоволена потреба в продовженні роду, відчуття провини) супроводжуються порушенням гомеостатичних констант, таких як гормони та медіатори стресу. Велике значення мають стресогенне оточення та умови життя і праці, що спричиняють постійне психоемоційне напруження у даної когорти. Вони зазнають більшого впливу професійних шкідливостей, що мають стресогенний характер, більш чутливі до стресу та мають вихідний підвищений стресовий рівень, що призводить до хронічного психоемоційного навантаження та виснаження компенсаторних механізмів [2, 4, 6].

Не викликає сумніву факт, що розширення діапазону досліджень у галузі репродуктивного здоров'я жінки саме за рахунок вивчення її психологічних особливостей сприятиме більш різносторонньому і детальному розумінню особливостей змін, які відбуваються в організмі жінки на різних етапах функціонування її репродуктивної сфери, а також дозволить використовувати більш ефективні підходи до діагностики, профілактики й корекції виявлених порушень [1, 2, 6].

Мета – вивчення психоемоційного стану жінок із загрозою передчасних пологів у III триместрі вагітності для з'ясування необхідності надання їм медико-психологічного супроводу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося з дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2011–2019 років на базі

КНП «Сторожинецька ЦРЛ» Сторожинецької районної ради у Чернівецькій області. У дослідження було включено 150 вагітних у III триместрі вагітності (23–37 тижнів) та їх чоловіків. Із них основну групу склали 120 жінок з із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності (ОГ). Групу порівняння становили 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності (ГП).

Із дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди проведено експериментальні обстеження (Витяг з протоколу № 16 засідання комісії з біоетики ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» від 26 грудня 2019 року). При виконанні роботи передбачене дотримання правил безпеки пацієнтів, збережені права та канони людської гідності, а також морально-етичні норми відповідно до основних положень GSP (1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000 рр.) і наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р.

Статистичний аналіз проведено з використанням точного критерію Фішера. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0% ($p < 0,05$).

Під час дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження жінок із використанням шкали оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності (Ч. Д. Спілбергер – Ю. Л. Ханін, 2002), методики диференційної діагностики депресивних станів Зунга (У. Зунг, 1965; адаптація Т. І. Балашової), шкали депресії і тривоги Гамільтона HDRS та HARS (В. С. Підкоритов, Ю. Ю. Чайка, 2003) [3].

Групи були однорідні за віком, терміном вагітності, рівнем освіти, сімейним станом, соціальним статусом.

Порівняльну характеристику груп наведено у таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика досліджуваних груп

Показник	Основна група (n=120)	Група порівняння (n=30)
Вік(роки)	26,5±3,0	25,5±2,0
Термін вагітності (тижні)	30±3	30±3
Перша вагітність, %	74±2	82±1
Вища освіта, %	78±1	61±2
Одружені, %	81±2	85±1
Мають роботу, %	79±3	66±2

З моменту взяття вагітної на амбулаторний облік у жіночій консультації в рамках дослідження проводили психокорекційні та психоосвітні групи, окрім цього індивідуальні та сімейні консультації із лікарем-психологом. Таким чином, з 23-го тижня вагітності і протягом року після пологів жінки перебували, окрім медичного амбулаторного супроводу, під медико-психологічним спостереженням.

Результати та їх обговорення

Визначення рівня реактивної тривожності показало наступне. Для групи 1 середнє значення μ дорівнювало 43,775 при стандартному відхиленні $\sigma=0,858$. Для групи

2 середнє значення μ дорівнювало 39,8 при стандартному відхиленні $\sigma=1,663$. Відповідно до t-критерію Стюдента, середнє значення μ показників реактивної тривожності обох груп статистично відрізняється з достовірністю 90%. Різницю розподілу відносної частоти показників у обох вибірках вивчали за допомогою U-критерію Вілкоксона. Значущих відмінностей у розподілі відносних частот не виявлено. Встановлено незначні відмінності у групі 1 в підвищенні відсотка високого рівня реактивної тривожності, порівняно з групою 2.

При вивченні рівня особистісної тривожності було отримано такі результати. Для групи 1 середнє значення μ дорівнювало 45,75 при стандартному відхиленні $\sigma=0,807$. Для групи 2 середнє значення μ дорівнювало 42,93 при стандартному відхиленні $\sigma=1,450$. Відповідно до t-критерію Стюдента, середнє значення μ показників реактивної тривожності обох груп статистично відрізняється з достовірністю 90%. Різницю розподілу відносної частоти показників у обох вибірках вивчали за допомогою U-критерію Вілкоксона. Значущих відмінностей у розподілі відносних частот не виявлено. Встановлено незначні відмінності у групі 1 в підвищенні відсотка низького рівня особистісної тривожності, порівняно з групою 2.

Із отриманих даних можна зробити висновок, що середнє значення показника особистісної тривожності в групі 1 загалом вище за середнє значення цього показника у групі 2. У групі 1 питома вага показника низького рівня особистісної тривожності виявилася меншою при вищих рівнях помірного та високого, порівняно з групою 2. Це пояснюється тим, що не завжди суб'єктивне сприйняття жінкою свого психоемоційного стану є об'єктивним критерієм для визначення тривожності. На вербальному рівні наявність тривоги заперечується, проте і при підрахунку результатів психодіагностичного обстеження, і в клінічному інтерв'ю її наявність підтверджується.

Вивчення рівня депресивного реагування дало такі результати. Для групи 1 середнє значення μ дорівнювало 51,117 при стандартному відхиленні $\sigma=0,8781$. Для групи 2 середнє значення μ дорівнювало 44,933 при стандартному відхиленні $\sigma=1,7939$. Відповідно до t-критерію Стюдента середнє значення μ показників рівня депресивного реагування обох груп статистично відрізняється з достовірністю 90% при рівні значущості $\alpha=0,1$. Різницю розподілу відносної частоти показників у обох вибірках вивчали за допомогою U-критерію Вілкоксона.

Отримані результати свідчать про статистично доведену різницю між групами. Середнє значення рівня депресивного реагування в групі 1 вище та статистично достовірно відрізняється від показника групи 2. Це вказує на недостовірність суб'єктивного самосприйняття вагітних, оскільки в ході клінічного інтерв'ю жінки з групи 1 не висловлювали скарг та запитів стосовно депресивних проявів. За питомою вагою субдепресивного стану та тяжкої депресії у них є незначні відмінності; у групі 2 таких показників не було. Отримані дані можна інтерпретувати в двох напрямках: більша частина вагітних групи 1 показала невміння відчувати та оцінювати свій соматичний та психічний стан, тому належить до категорії нестабільних та таких, що потребують медико-психологічного супроводу під час вагітності й пологів, а менша частина

вагітних групи 1 є соматично і психічно стабільними, вміє відчувати своє тіло та страхи [9, 10]. На основі результатів психодіагностичного дослідження виявлено статистично підтверджені результати щодо вищого рівня показника середнього значення реактивної та особистісної тривожності у жінок групи 1.

Рівень депресивних проявів у показниках середнього значення вищий в групі 1 із наявністю випадків субдепресивного стану та тяжкої депресії, у групі 2 цього не виявлено.

Висновки

Незважаючи на відсутність суб'єктивного відчуття тривоги, страху чи депресивного стану статистично доведена наявність тривоги та певного рівня депресивних проявів у жінок обох груп.

Окрім того, важливим є встановлення особливостей психоемоційного стану жінок із загрозою передчасних пологів у III триместрі вагітності для визначення основних принципів психопрофілактичних заходів, спрямованих на трансформацію способу життя цього контингенту за рахунок зміни актуальних життєвих стратегій.

Дослідження психоемоційного стану має важливе значення для розробки комплексу заходів медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів у III триместрі вагітності [11].

Перспективою подальших досліджень буде вивчення типів взаємодії у тріаді «мати-дитина-батько» при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів як критерій диференціації заходів їх медико-психологічного супроводу.

Список використаної літератури

1. Филиппова Г. Г. Перинатальная психология и психология родительства – новая область исследования психологии. *Журнал практического психолога*. 2003. № 4–5, С. 109–117.
2. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Перинатальна психологія. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика: учебник для вузов. Питер: Серия Учебник нового века, 2006. 351 с.
4. Preterm birth. World Health Organization (WHO). 2015. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (дата звернення: 11.10.2019).

Відомості про автора:

ГРИНЬКО Наталя Валер'янівна, асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С. М. Савенка, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна;
e-mail: nvgrynko@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3527-3546>

Сведения об авторе:

ГРИНЬКО Наталья Валерьяновна, ассистент кафедры нервных болезней, психиатрии и медицинской психологии имени С. М. Савенка, Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина;
e-mail: nvgrynko@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3527-3546>

About the Author:

GRINKO Natalia Valer'ianivna, assistant of S. M. Savenko Department of nervous diseases, psychiatry and medical psychology, Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine;
e-mail: nvgrynko@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3527-3546>

5. Slattery M. M., Morrison J. J. Preterm delivery. *Lancet*. 2002. Vol. 360, issue 9344. P. 1489–1497. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11476-0.
6. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression / A. M. Lee, S. K. Lam, S. M. Sze Mun Lau [et al.] // *Obstetrics & Gynecology*. 2007. Vol. 110, issue 5. P. 1102–1112. DOI: 10.1097/01.aog.0000287065.59491.70.
7. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014. Vol. 28, issue 1. P. 25–35. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017.
8. Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers / M. Toosi, M. Akbarzadeh, N. Zare [et al.] // *Hayat*. 2011. Vol. 17, issue 3. P. 69–79.
9. Talley L. Stress management in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*. 2013. Vol. 28, issue 1. P. 43–45.
10. Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment / H. Ohoka, T. Koide, S. Goto [et al.] // *Psychiatry Clinical Neurosciences*. 2014. Vol. 68, issue 8. P. 631–639. DOI: 10.1111/pcn.12171.
11. Wang P., Liou S. R., Cheng C. Y. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013. Vol. 13. Article number: 124. DOI: 10.1186/1471-2393-13-124.

References

1. Filippova, G. G. (2003). Perinatalnaia psikhologiya y psikhologiya rodytelstva – novaia oblast yssledovaniya psikhologiy [Perinatal psychology and the psychology of parenthood – a new area of psychology research]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa*, 4–5, 109–117. (In Russian).
2. Skrypnikov, A. M., Herasymenko, L. O., & Isakov, R. I. (2017). *Perinatalna psikhologiya* [Perinatal psychology]. Kyiv: Vydavnychiy dim Medknyha, 168 p. (In Ukrainian).
3. Burlachuk, L. F. (2006). *Psikhodyahnostyka: Uchebnyk dlia vuzov* [Psychodiagnostics: A textbook for universities]. Pyter: Seriya Uchebnyk novoho veka, 351 p. (In Russian).
4. World Health Organization (2015). Preterm birth. World Health Organization (WHO). Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. Slattery, M. M., & Morrison, J. J. (2002). Preterm delivery. *Lancet*, 360(9344), 1489–1497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11476-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11476-0)
6. Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102–1112. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000287065.59491.70>
7. Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
8. Toosi, M., Akbarzadeh, M., Zare, N., & Sharif, N. (2011). Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. *Hayat*, 17(3), 69–79.
9. Talley, L. (2013). Stress management in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 28(1), 43–45.
10. Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., & Masuda, T. (2014). Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 68(8), 631–639. <https://doi.org/10.1111/pcn.12171>
11. Wang, P., Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2013). Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 124. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-124>

К. А. Косенко

**ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ СТРЕС І НАПРУЖЕНІСТЬ АДДИКТИВНОГО СТАТУСУ
В МОРЯКІВ ДАЛЕКОГО ПЛАВАННЯ МОРСЬКОГО ПАСАЖИРСЬКОГО ФЛОТУ**

КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я»

Одеської обласної ради, м. Одеса, Україна

Резюме

Актуальність. Професійна діяльність моряків далекого плавання супроводжується потенційними психотравматичними стресорами, що підвищує ризик розвитку у них станів психічної дезадаптації, зокрема, аддиктивного спектра.

Мета – дослідити напруженість аддиктивного статусу (АС) у моряків пасажирського морського флоту з різним рівнем психосоціального стресу (ПС) для визначення необхідності створення специфічних для цього контингенту системних заходів з охорони їх психічного здоров'я.

Матеріали та методи. На засадах інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2016–2019 років було обстежено 100 представників морського пасажирського флоту: 70 членів командного складу (КПФ) та 30 робітників (РПФ). Дослідження включало використання клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів.

Результати. Встановлено, що у представників пасажирського морського флоту в міжрейсовий період встановлена підвищена напруженість АС за об'єктами хімічного і нехімічного походження, рівень якої прямо асоційований із вираженістю ПС. Загальним трендом динаміки АС у представників пасажирського морського флоту, як за об'єктами хімічного, так і нехімічного походження, є збільшення інтенсивності аддиктивної реалізації з наростанням психосоціального стресового навантаження.

Напруженість АС у РПФ є значуще вищою, ніж у КПФ (крім роботи), у всіх межах аддиктивної реалізації та діапазонах стресового навантаження. Серед осіб із низьким ПС, незалежно від професійної специфіки, напруженість АС аддиктивними об'єктами і хімічного, і нехімічного походження, знаходиться в межах безпечного вживання, що значуще відрізняється від АС у осіб з помірним і тяжким рівнями ПС. Захопленість хімічними об'єктами (тютюн, кава/чай) у осіб з помірним рівнем ПС виражена в межах вживання зі шкідливими наслідками, з тяжким ПС – небезпечного вживання або залежності, а нехімічними – в межах вживання зі шкідливими наслідками, зростання показників асоційовано зі збільшенням ПС.

Висновок. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці специфічних заходів психотерапії і психопрофілактики для цього контингенту, що становить перспективу даного дослідження.

Ключові слова: моряки далекого плавання, командний склад пасажирського морського флоту, робітники пасажирського морського флоту, психосоціальний стрес, аддиктивний статус.

К. А. Косенко

**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС И НАПРЯЖЕННОСТЬ АДДИКТИВНОГО СТАТУСА
У МОРЯКОВ ДАЛЬНОГО ПЛАВАНИЯ МОРСКОГО ПАСАЖИРСКОГО ФЛОТА**

КНП «Одесский областной медицинский центр психического здоровья» Одесского областного совета, г. Одесса, Украина

Резюме

Актуальность. Профессиональная деятельность моряков дальнего плавания сопровождается потенциальными психотравмирующими стрессорами, что повышает риск развития у них состояний психической дезадаптации, в частности, аддиктивного спектра.

Цель – исследовать напряженность аддиктивного статуса (АС) у моряков пассажирского морского флота с разным уровнем психосоциального стресса (ПС) для определения необходимости создания специфических для данного контингента системных мер по охране их психического здоровья.

Материалы и методы. На основе информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2016–2019 годов было обследовано 100 представителей морского пассажирского флота: 70 членов командного состава (КПФ) и 30 рабочих (РПФ). Исследование включало использование клинико-психопатологического и психодиагностического методов.

Результаты. У представителей пассажирского морского флота в межрейсовый период установлена повышенная напряженность АС по объектам химического и нехимического происхождения, уровень которой прямо ассоциирован с выраженностью ПС. Общим трендом динамики АС у представителей пассажирского морского флота, как с объектами химического, так и нехимического происхождения, является увеличение интенсивности аддиктивной реализации с нарастанием психосоциальной стрессовой нагрузки.

Напряженность АС у РПФ является значимо выше, чем у КПФ (кроме работы), во всех пределах аддиктивной реализации и диапазонах стрессовой нагрузки. Среди лиц с низким ПС, независимо от профессиональной специфики, напряженность АС аддиктивными объектами и химического, и нехимического происхождения, находится в пределах безопасного применения, значимо отличается от АС у лиц с умеренным и тяжелым уровнями ПС. Увлеченность химическими объектами (табак, кофе/чай) у лиц с умеренным уровнем ПС выражена в пределах употребления с вредными последствиями, с тяжелым ПС – опасного употребления или зависимости, а нехимическими – в пределах употребления с вредными последствиями, рост показателей ассоциирован с увеличением ПС.

Вывод. Вывявленные закономерности должны учитываться при разработке специфических мер психотерапии и психопрофилактики для данного контингента, что составляет перспективу данного исследования.

Ключевые слова: моряки дальнего плавания, командный состав пассажирского морского флота, рабочие пассажирского морского флота, психосоциальный стресс, аддиктивный статус.

PSYCHOSOCIAL STRESS AND ADDICTIVE STATUS OF REPRESENTATIVES
OF COMMAND STAFF AND WORKERS OF THE PASSENGER-CARRYING FLEETS
K. A. Kosenko

Public non-profit company "Odessa Regional Center for Mental Health", Odessa, Ukraine

Abstract

Background. The professional activity of long-distance sailors is accompanied by potential traumatic stressors, which increases the risk of developing mental maladaptation states, in particular, the addictive spectrum.

Objective is to investigate the intensity of addictive status in sailors of the passenger-carrying fleet with different levels of psychosocial stress, in order to determine the necessity of creating systemic measures for the protection of their mental health, specific for this contingent.

Materials and methods. Based on informed consent in compliance with the principles of bioethics and deontology, 100 representatives of the passenger-carrying fleet were surveyed during 2016-2019: 70 members of the command staff and 30 workers. We used clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods.

Results. It has been found that the representatives of the passenger-carrying fleet during the post-voyage period have increased intensity of the addictive status on objects of chemical and non-chemical origin, the level of which is directly associated with the severity of the psychosocial stress. The general trend of the dynamics of the addictive status in the representatives of the passenger-carrying fleet, both in terms of chemical and non-chemical origin, is an increase in the intensity of addictive realization with increasing psychosocial stress.

The addictive status intensity in workers of the passenger-carrying fleet is significantly higher than in the command staff (except for work), in all the addictive realization range and stress load ranges. Among persons with low psychosocial stress, regardless of professional specificity, the intensity of the addictive status with addictive objects of both chemical and non-chemical origin is within safe use, which is significantly different from the addictive status in persons with moderate and severe levels of psychosocial stress. The addiction by chemical objects (tobacco, coffee / tea) in persons with moderate psychosocial stress is expressed within the limits of harmful effects, with severe psychosocial stress - dangerous use or addiction, and non-chemical ones - within the limits of harmful effects, with increasing indicators associated with increasing psychosocial stress.

Conclusion. Identified patterns should be taken into account when developing specific measures of psychotherapy and psychoprophylaxis for this contingent, which is the perspective of this study.

Keywords: sailors of long-distance voyages, command staff of passenger-carrying fleet, passenger-carrying fleet workers, psychosocial stress, addictive status.

For citation: Kosenko K. A. Psychosocial stress and addictive status of representatives of command staff and workers of the passenger-carrying fleets. *Archives of Psychiatry*. 2019; 25 (4): 215–220. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.215-220

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): sun2003@ukr.net

Received / Поступила: 15.10.2019

Accepted / Прийнята до друку: 21.11.2019

Актуальність. Роль морського транспорту в умовах глобалізації економіки неухильно зростає. Він забезпечує до 80% міжнародних вантажоперевезень, а також обслуговує мільйони пасажирів і туристів [1]. На міжнародному ринку морської праці (1,3–1,5 млн моряків) громадяни України за численністю стійко займають 4–6 місце в світі.

Комплексні гігієнічні дослідження підтвердили наявність стресового характеру специфічних умов праці і, особливо, трудового процесу моряків, навіть на найсучасніших комплексно-автоматизованих судах [2]. Це обумовлено єдністю зон праці й відпочинку, вахтовою (змінною) організацією служби з недостатнім і переривчастим сном, виконанням ряду службових функціональних обов'язків у міжвахтовий час, тривалим вимушеним перебуванням у нечисленному багатонаціональному екіпажі, супутньою соціальною та сексуальною депривацією, а також неможливістю виключення дії на організм метео-географічних факторів і морської стихії [2]. Хоча дослідники й виявили різницю професійних стресорів у роботі моряків торговельного і пасажирського морського флотів [3] у бік їх послаблення в умовах пасажирських туристичних перевезень, за рахунок, насамперед, зменшення вірогідності різких змін часових поясів, хитавиці через габарити судна, відчуття замкнутого простору тощо, потенційні психотравматичні стресори супроводжують професійну діяльність усіх моряків далекого плавання [4], що підвищує ризик розвитку у них будь-яких станів психічної дезадаптації, зокрема, аддиктивного спектра [5–8].

Мета роботи – дослідити напруженість аддиктивного статусу (АС) у моряків пасажирського морського флоту з різним рівнем психосоціального стресу (ПС) для визначення необхідності створення специфічних для цього контингенту системних заходів з охорони їх психічного здоров'я.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на засадах інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2016–2019 років було обстежено 100 представників морського пасажирського флоту: 70 членів командного складу (КПФ) та 30 робітників (РПФ).

Усі респонденти були обстежені в період після повернення з рейсу на базі декількох медичних установ (КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» ООР, кафедра психіатрії, наркології та психології Одеського національного медичного університету, медичний центр «Академмарін» НУ ОМА, медичні центри «Крок до життя», «Віта» та ін.) під час добровільного звернення за консультацією лікаря-психіатра.

Дослідження включало використання клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів. Після первинного структурованого інтерв'ю оцінювали рівень ПС, який відчували респонденти (з використанням однойменної шкали Л. Рідера) [9]. Класичне клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10 було доповнено психометричним дослідженням із використанням тесту AUDIT [10], батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [11] та тесту SPORT-UDIT [12].

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики та аналіз розбіжностей з використанням непараметричних методів.

Переважаюча кількість командирів (68,5%) була у віці 36–50 років, 12,8% – 25–35 років, 18,6% – старші 50 років. Серед матросів питома вага осіб віком 25–35 (46,7%) та 36–50 (50,0%) років була приблизно однаковою. Більше половини чоловіків в усіх групах були одружені (58,5% КПФ і 53,3% РПФ), інші – розлучені.

Результати та їх обговорення

У 57,1% КПФ і 66,7% РПФ була виявлена психічна дезадаптація різної вираженості. У 28,5% КПФ і 16,7% РПФ ($p < 0,01$) були встановлені окремі ознаки

психічної дезадаптації, що вказувало на донозологічну вираженість й несформованість її симптомів, які ми розцінювали як несприятливі прогностичні маркери розвитку клінічно розгорнутого дезадаптивного стану. У 15,7% і 23,3% осіб відповідно ($p<0,01$) було діагностовано сформовану дезадаптацію, що трактувалось нами як прояви невротизації з високим рівнем психоемоційної напруженості. У 12,8% і 26,7% обстежених відповідно ($p<0,01$) встановлена виражена клінічно окреслена психопатологічна симптоматика, яка досягала не тільки синдромологічної, а й нозологічної оформленості в рамках діагностичної категорії F 43.

Оцінка середніх показників напруженості АС у обстежених, здійснена у міжрейсовий період, виявила наступне (табл. 1).

Таблиця 1. Усереднені показники напруженості аддиктивного статусу за різними аддиктивними об'єктами у представників пасажирського морського флоту, сер. бал $\pm$ m

Методичний інструмент для визначення напруженості АС за аддиктивним об'єктом	Командний склад, n=70 осіб	Робітники, n=30 осіб	p
AUDIT	5,90 $\pm$ 3,81	7,90 $\pm$ 5,46	<0,05
TOBACCO-UDIT	7,11 $\pm$ 4,60	13,27 $\pm$ 10,94	<0,05
COFFEE (TEA)-UDIT	10,63 $\pm$ 4,71	10,93 $\pm$ 6,58	>0,05
WORKING(EDU)-UDIT	8,07 $\pm$ 6,98	6,60 $\pm$ 5,10	<0,05
INTERNET-UDIT	8,90 $\pm$ 6,58	10,83 $\pm$ 7,83	<0,01
COMP-UDIT	6,46 $\pm$ 5,39	10,63 $\pm$ 4,99	<0,01
TV-UDIT	5,43 $\pm$ 2,69	8,43 $\pm$ 6,27	<0,05
SPORT-UDIT	6,14 $\pm$ 8,14	9,47 $\pm$ 7,26	<0,01
FOOD-UDIT	5,37 $\pm$ 3,01	8,83 $\pm$ 3,07	<0,01
SHOPPING-UDIT	3,89 $\pm$ 5,03	7,23 $\pm$ 6,90	<0,05
GAMBLING-UDIT	6,27 $\pm$ 8,25	8,03 $\pm$ 5,51	>0,05
SEX-UDIT	6,01 $\pm$ 4,44	7,67 $\pm$ 8,28	>0,05
READING-UDIT	6,90 $\pm$ 4,88	4,00 $\pm$ 6,66	<0,01

Серед аддиктивних об'єктів хімічного походження за тютюном і кавою/чаєм в обох групах середні показники були вище нормативних та знаходились у межах «вживання зі шкідливими наслідками». За споживанням кави/чаю значущих розбіжностей напруженості АС між групами не виявлено (10,63 $\pm$ 4,71 балів у КПФ і 10,93 $\pm$ 6,58 у РПФ, $p>0,05$), на відміну від тютюну, вживання якого серед КПФ було трохи вищим, ніж «безпечне» (7,11 $\pm$ 4,60 балів), а серед РПФ – наближалось до верхньої межі «вживання зі шкідливими наслідками» (13,27 $\pm$ 10,94 балів, $p<0,05$). Ситуація щодо вживання алкоголю також виявила значущі розбіжності: у КПФ вона виявилась в рамках «безпечного вживання» (5,9 $\pm$ 3,81 балів), у РПФ – дещо перевищувала нормативні значення (7,9 $\pm$ 5,46 балів, $p<0,05$). Випадків вживання інших об'єктів аддикції хімічного походження у обстежених не виявлено.

При аналізі напруженості АС стосовно аддиктивних об'єктів нехімічного походження результати були трохи іншими. У КПФ, на відміну від РПФ, виявлені підвищені показники АС стосовно роботи (8,07 $\pm$ 6,98 балів, $p<0,05$ при порівнянні з 6,60 $\pm$ 5,10 балів РПФ).

Підвищена схильність до користування інтернетом, притаманна КПФ (8,90 $\pm$ 6,58 балів), була меншою, ніж у РПФ (10,83 $\pm$ 7,83 балів, $p<0,01$), хоча обидва показники знаходились у межах «вживання зі шкідливими наслідками». Окрім інтернету, у РПФ виявлена підвищена напруженість АС практично за усіма об'єктами поведінкових аддикцій (крім читання), вираженість яких знаходилась у діапазоні «вживання зі шкідливими наслідками» (розбіжності з КПФ значущі, крім азартних ігор і сексу, від $p<0,01$ до $p<0,05$).

Середня вираженість ПС у обстежених мала значущу різницю, а саме 0,94 $\pm$ 0,64 бали у КПФ і 1,52 $\pm$ 0,73 бали у РПФ ($p<0,01$). Треба зазначити, що показник КПФ знаходився на верхній межі низьких значень (до 0,99 бала), тоді як РПФ – в середині діапазону стресу помірної вираженості (1,00–1,99 бала).

Аналіз вираженості ПС, який відчували обстежені, дозволив виділити серед КПФ і РПФ групи з низьким, помірним і тяжким рівнями ПС (рис. 1), та проаналізувати його інтенсивність у кожній з них (рис. 2).

Так, низький рівень ПС зафіксовано у 42,9% КПФ і 33,3% РПФ ($p<0,01$), помірний рівень був притаманний приблизно однаковій кількості обстежених обох груп (44,3% КПФ і 40,0% РПФ, $p>0,05$), тяжкий рівень – 12,8% КПФ і 26,7% РПФ ($p<0,05$) (рис. 1).

У межах низького, помірного і тяжкого стресового навантаження обстежені РПФ відмічали більш інтенсивний вплив стресу, порівняно з КПФ, що було підтверджено статистично наявністю значущих розбіжностей ($p<0,01$) (рис. 2).

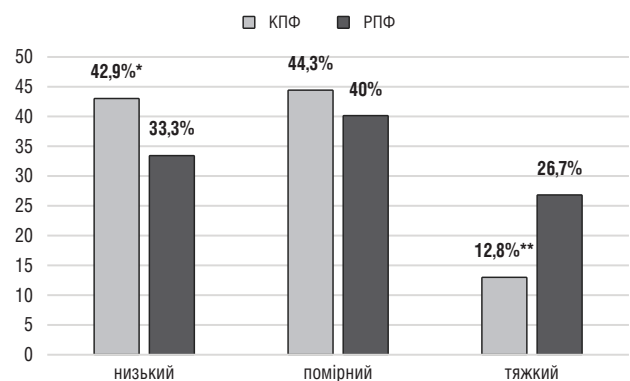


Рис. 1. Розподіл обстежених за рівнем психосоціального стресу, %

Примітка. Тут і далі: рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп: * – $p<0,01$, ** – $p<0,05$.

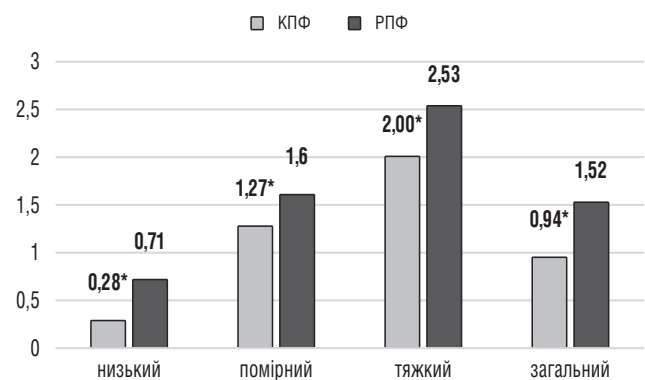


Рис. 2. Інтенсивність стресового навантаження у обстежених з різним рівнем психосоціального стресу, сер. бал $\pm$ m

Аналіз зіставлення інтенсивності стресового навантаження й напруженості АС виявив загальну тенденцію до посилення вираженості аддиктивної реалізації на тлі збільшення рівня ПС, характерну для обстежених незалежно від специфіки їх професійної діяльності (табл. 2, 3).

Так, у КПФ із низьким рівнем ПС напруженість АС стосовно об'єктів аддикції хімічного походження була на рівні «безпечного вживання» ($5,42 \pm 3,60$ балів за алкоголем, $4,63 \pm 3,47$ балів за тютюном, $6,20 \pm 1,10$ балів за кавою/чаєм) (табл. 2), з помірним – «вживання зі шкідливими наслідками» ($9,88 \pm 5,83$ балів, $11,81 \pm 7,16$ балів, $10,48 \pm 3,55$ балів, відповідно), а з тяжким – відрізнялась залежно від аддиктивного стимулу: вживання алкоголю залишалось у межах «вживання зі шкідливими наслідками» ($13,54 \pm 6,15$ балів), а

тютюну ($17,44 \pm 5,27$ балів) і кави/чаю ($17,22 \pm 5,87$) – підвищувалось до «небезпечного вживання». Треба зазначити, що за усіма аддиктивними об'єктами хімічного походження розбіжності показників між групами з різним рівнем ПС були статистично значущими, $p < 0,05$.

Стосовно об'єктів нехімічного походження в осіб із низьким рівнем ПС картина була ідентичною: випадків напруженості АС за будь-якою аддикцією не виявлено. Проте серед обстежених із помірним ПС стан «вживання зі шкідливими наслідками» мав місце за переважною кількістю аддиктивних об'єктів, окрім спорту і шопінгу, а серед КПФ з тяжким ПС – за кожним з досліджуваних об'єктів. Різниця між вираженістю аддиктивної реалізації в осіб із низьким та помірним ПС була значущою за всіма об'єктами ($p < 0,05$), крім спорту, з низьким і тяжким –

Таблиця 2. Напруженість аддиктивного статусу в КПФ з різним рівнем психосоціального стресу, сер. бал $\pm$ m

Методичний інструмент для визначення напруженості АС за аддиктивним об'єктом	Рівень ПС			Рівень статистичної значущості розбіжностей		
	низький, n=30	помірний, n=31	тяжкий, n=9	p1-2	p1-3	p2-3
AUDIT	5,42 $\pm$ 3,60	9,88 $\pm$ 5,83	13,54 $\pm$ 6,15	<0,05	<0,05	<0,05
TOBACCO-UDIT	4,63 $\pm$ 3,47	11,81 $\pm$ 7,16	17,44 $\pm$ 5,27	<0,05	<0,05	<0,05
COFFEE (TEA)-UDIT	6,20 $\pm$ 1,10	10,48 $\pm$ 3,55	17,22 $\pm$ 5,87	<0,05	<0,05	<0,05
WORKING-UDIT	6,30 $\pm$ 3,52	13,39 $\pm$ 11,99	12,33 $\pm$ 9,21	<0,05	<0,05	>0,05
INTERNET-UDIT	6,50 $\pm$ 9,44	10,22 $\pm$ 9,56	13,74 $\pm$ 11,85	<0,05	<0,05	<0,05
COMP-UDIT	6,17 $\pm$ 3,58	7,55 $\pm$ 5,78	12,00 $\pm$ 9,00	<0,05	<0,05	<0,05
TV-UDIT	7,00 $\pm$ 6,32	11,77 $\pm$ 10,48	13,23 $\pm$ 10,11	<0,05	<0,05	>0,05
SPORT-UDIT	5,60 $\pm$ 6,86	6,00 $\pm$ 8,84	8,44 $\pm$ 10,01	>0,05	<0,05	<0,05
FOOD-UDIT	5,80 $\pm$ 2,11	8,52 $\pm$ 2,43	13,11 $\pm$ 2,32	<0,05	<0,05	<0,05
SHOPPING-UDIT	3,77 $\pm$ 3,98	5,52 $\pm$ 3,36	10,57 $\pm$ 7,89	<0,05	<0,05	<0,05
GAMBLING-UDIT	5,87 $\pm$ 6,73	8,97 $\pm$ 6,16	13,00 $\pm$ 7,50	<0,05	<0,05	<0,05
SEX-UDIT	5,13 $\pm$ 6,23	7,10 $\pm$ 1,49	9,67 $\pm$ 3,16	<0,05	<0,05	>0,05
READING-UDIT	4,97 $\pm$ 2,92	7,71 $\pm$ 4,50	10,56 $\pm$ 8,20	<0,05	<0,05	<0,05

Примітка. Тут і далі:

p1-2 – рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп із низьким і помірним рівнями стресу;

p1-3 – рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп із низьким і тяжким рівнями стресу;

p2-3 – рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп із помірним і тяжким рівнями стресу.

Таблиця 3. Напруженість аддиктивного статусу в РПФ з різним рівнем психосоціального стресу, сер. бал $\pm$ m

Методичний інструмент для визначення напруженості АС за аддиктивним об'єктом	Рівень ПС			Рівень статистичної значущості розбіжностей		
	низький, n=10	помірний, n=12	тяжкий, n=8	p1-2	p1-3	p2-3
AUDIT	6,59 $\pm$ 3,17	10,81 $\pm$ 4,46	16,1 $\pm$ 5,22	<0,05	<0,05	<0,05
TOBACCO-UDIT	7,50 $\pm$ 4,51	12,23 $\pm$ 8,04	21,86 $\pm$ 10,96	<0,05	<0,05	<0,05
COFFEE (TEA)-UDIT	7,08 $\pm$ 6,93	11,10 $\pm$ 3,96	17,86 $\pm$ 9,07	<0,05	<0,05	<0,05
WORKING-UDIT	6,60 $\pm$ 2,63	13,23 $\pm$ 12,13	7,86 $\pm$ 5,13	<0,05	>0,05	<0,05
INTERNET-UDIT	7,00 $\pm$ 1,63	10,62 $\pm$ 5,09	13,80 $\pm$ 7,84	<0,05	<0,05	<0,05
COMP-UDIT	7,10 $\pm$ 1,60	11,15 $\pm$ 5,87	14,00 $\pm$ 9,11	<0,05	<0,05	<0,05
TV-UDIT	4,57 $\pm$ 1,72	12,90 $\pm$ 9,40	14,00 $\pm$ 11,59	<0,05	<0,05	>0,05
SPORT-UDIT	6,15 $\pm$ 7,58	11,20 $\pm$ 4,59	14,29 $\pm$ 9,76	<0,05	<0,05	>0,05
FOOD-UDIT	5,60 $\pm$ 1,96	9,54 $\pm$ 2,60	15,00 $\pm$ 0,00	<0,05	<0,05	<0,05
SHOPPING-UDIT	3,90 $\pm$ 5,80	5,69 $\pm$ 6,55	12,44 $\pm$ 3,84	>0,05	<0,05	<0,05
GAMBLING-UDIT	7,70 $\pm$ 9,37	8,92 $\pm$ 9,21	15,43 $\pm$ 13,67	<0,01	<0,05	<0,05
SEX-UDIT	5,23 $\pm$ 2,24	7,90 $\pm$ 13,53	11,86 $\pm$ 3,63	<0,05	<0,05	<0,05
READING-UDIT	3,20 $\pm$ 1,23	6,85 $\pm$ 5,74	6,43 $\pm$ 11,16	>0,05	>0,05	>0,05

за усіма об'єктами ($p < 0,05$), а з помірним і тяжким ($p < 0,05$) – за винятком роботи, телебачення і сексу.

У РПФ ситуація виявилась дещо іншою (табл. 3). Серед осіб із низьким рівнем ПС за такими об'єктами хімічного походження як тютюн ($7,50 \pm 4,51$ балів) і кава/чай ($7,08 \pm 6,93$ балів), та нехімічного – інтернет ($7,00 \pm 1,63$ балів), комп'ютерні ($7,10 \pm 1,60$ балів) і азартні ігри ($7,70 \pm 9,37$ балів), напруженість АС була на межі «безпечного» і «вживання зі шкідливими наслідками». У РПФ з помірним рівнем ПС за усіма хімічними та більшістю нехімічних (крім шопінгу і читання) аддикцій напруженість АС була в діапазоні «вживання зі шкідливими наслідками». Для РПФ із тяжким стресом виявилось характерним «небезпечне» вживання алкоголю ($16,1 \pm 5,22$ балів) та кави/чаю ($17,86 \pm 9,07$ балів), а куріння в них набувало вираженості до рівня залежності ($21,86 \pm 10,96$ балів); за поведінковими аддикціями вони демонстрували «вживання зі шкідливими наслідками» усіх об'єктів, крім роботи ($7,86 \pm 5,13$ балів) і читання ($6,43 \pm 11,16$ балів), показники за якими були близькі до нормативних. Відмінності між напруженістю АС у осіб із низьким і помірним рівнями ПС були значущими ($p < 0,05$) за усіма об'єктами, крім шопінгу і читання, з низьким і тяжким ($p < 0,05$) – крім роботи і читання, з помірним і тяжким ($p < 0,05$) – крім телебачення, спорту і читання.

Зіставлення показників напруженості АС в осіб різних професійних груп у межах одного діапазону рівня ПС (табл. 4) довело наявність загальної тенденції до вищої вираженості більшості аддиктивних феноменів у РПФ, порівняно з КПФ. За об'єктами хімічного походження ця закономірність мала місце для алкоголю (розбіжності між групами з низьким і помірним ПС $p < 0,01$, з тяжким ПС $p < 0,05$) і тютюну (розбіжності між групами з низьким ПС і тяжким ПС $p < 0,05$).

Серед об'єктів нехімічного походження аддикціями, схильність до яких була значуще вищою у КПФ, ніж у РПФ, була робота (розбіжності

виявились достовірними для осіб з тяжким рівнем ПС, $p < 0,05$) та читання (розбіжності були достовірні для усіх діапазонів інтенсивності ПС, від $p < 0,01$ до $p < 0,05$). За усіма іншими поведінковими об'єктами, напруженість АС була вищою у РПФ, ніж у КПФ, незалежно від діапазону інтенсивності ПС. Для обстежених з будь-яким рівнем ПС така тенденція була характерною стосовно комп'ютерних ігор (значущість розбіжностей між групами з низьким ПС $p < 0,01$, помірним і тяжким ПС $p < 0,05$), для осіб з низьким ПС – телебачення ($p < 0,05$) і азартних ігор ($p < 0,05$), помірним ПС – спорту ($p < 0,05$) і їжі ($p < 0,01$), з тяжким ПС – телебачення ($p < 0,01$), спорту ($p < 0,05$), їжі ($p < 0,05$) та азартних ігор ($p < 0,05$).

Висновки

У представників пасажирського морського флоту в міжрейсовий період встановлена підвищена напруженість АС за об'єктами хімічного і нехімічного походження, рівень якої прямо асоційований із вираженістю ПС.

Серед хімічних об'єктів «вживання зі шкідливими наслідками» характерне для споживання тютюну (серед КПФ напруженість АС була трохи вищою, ніж нормативна, а серед РПФ – наближалось до верхньої межі «вживання зі шкідливими наслідками», $p < 0,05$) та кави/чаю (значущих розбіжностей напруженості АС між КПФ і РПФ не виявлено).

Серед нехімічних об'єктів у КПФ, на відміну від РПФ, виявлені підвищені показники АС стосовно роботи ($p < 0,05$) та інтернету (меншої вираженості, ніж у РПФ, $p < 0,01$). У РПФ виявлена підвищена напруженість АС практично за усіма об'єктами поведінкових аддикцій (крім читання), вираженість яких знаходилась у діапазоні «вживання зі шкідливими наслідками».

Загальним трендом динаміки АС у представників пасажирського морського флоту, як за об'єктами хімічного, так і нехімічного походження, є збільшення інтенсивності аддиктивної реалізації з наростанням психосоціального стресового навантаження.

Таблиця 4. Порівняння напруженості аддиктивного статусу у КПФ і РПФ з різним рівнем психосоціального стресу, сер. бал $\pm$ т

Методичний інструмент для визначення напруженості АС за аддиктивним об'єктом	Рівень ПС					
	низький		помірний		тяжкий	
	КПФ	РПФ	КПФ	РПФ	КПФ	РПФ
AUDIT	5,42 $\pm$ 3,60*	6,59 $\pm$ 3,17	9,88 $\pm$ 5,83*	10,81 $\pm$ 4,46	13,54 $\pm$ 6,15**	16,1 $\pm$ 5,22
TOBACCO-UDIT	4,63 $\pm$ 3,47**	7,50 $\pm$ 4,51	11,81 $\pm$ 7,16	12,23 $\pm$ 8,04	17,44 $\pm$ 5,27**	21,86 $\pm$ 10,96
COFFEE (TEA)-UDIT	6,20 $\pm$ 1,10	7,08 $\pm$ 6,93	10,48 $\pm$ 3,55	11,10 $\pm$ 3,96	17,22 $\pm$ 5,87	17,86 $\pm$ 9,07
WORKING-UDIT	6,30 $\pm$ 3,52	6,60 $\pm$ 2,63	13,39 $\pm$ 11,99	13,23 $\pm$ 12,13	12,33 $\pm$ 9,21**	7,86 $\pm$ 5,13
INTERNET-UDIT	6,50 $\pm$ 9,44	7,00 $\pm$ 1,63	10,22 $\pm$ 9,56	10,62 $\pm$ 5,09	13,74 $\pm$ 11,85	13,80 $\pm$ 7,84
COMP-UDIT	6,17 $\pm$ 3,58*	7,10 $\pm$ 1,60	7,55 $\pm$ 5,78**	11,15 $\pm$ 5,87	12,00 $\pm$ 9,00**	14,00 $\pm$ 9,11
TV-UDIT	7,00 $\pm$ 6,32**	4,57 $\pm$ 1,72	11,77 $\pm$ 10,48	12,90 $\pm$ 9,40	13,23 $\pm$ 10,11*	14,00 $\pm$ 11,59
SPORT-UDIT	5,60 $\pm$ 6,86	6,15 $\pm$ 7,58	6,00 $\pm$ 8,84**	11,20 $\pm$ 4,59	8,44 $\pm$ 10,01**	14,29 $\pm$ 9,76
FOOD-UDIT	5,80 $\pm$ 2,11	5,60 $\pm$ 1,96	8,52 $\pm$ 2,43*	9,54 $\pm$ 2,60	13,11 $\pm$ 2,32**	15,00 $\pm$ 0,00
SHOPPING-UDIT	3,77 $\pm$ 3,98	3,90 $\pm$ 5,80	5,52 $\pm$ 3,36	5,69 $\pm$ 6,55	10,57 $\pm$ 7,89**	12,44 $\pm$ 3,84
GAMBLING-UDIT	5,87 $\pm$ 6,73**	7,70 $\pm$ 9,37	8,97 $\pm$ 6,16	8,92 $\pm$ 9,21	13,00 $\pm$ 7,50**	15,43 $\pm$ 13,67
SEX-UDIT	5,13 $\pm$ 6,23	5,23 $\pm$ 2,24	7,10 $\pm$ 1,49	7,90 $\pm$ 13,53	9,67 $\pm$ 3,16**	11,86 $\pm$ 3,63
READING-UDIT	4,97 $\pm$ 2,92*	3,20 $\pm$ 1,23	7,71 $\pm$ 4,50*	6,85 $\pm$ 5,74	10,56 $\pm$ 8,20**	6,43 $\pm$ 11,16

Напруженість АС у РПФ є значуще вищою, ніж у КПФ (крім роботи), в усіх межах аддиктивної реалізації та діапазонах стресового навантаження.

Серед осіб з низьким ПС, незалежно від професійної специфіки, напруженість АС аддиктивними об'єктами і хімічного, і нехімічного походження, знаходиться в межах безпечного вживання, що значуще відрізняється від АС у осіб з помірним і тяжким рівнем ПС.

Захопленість хімічними об'єктами (тютюн, кава/чай) у осіб з помірним рівнем ПС виражена в межах «вживання зі шкідливими наслідками», з тяжким ПС – «небезпечного вживання» (у РПФ з тяжким ПС – «тютюнової залежності»), а нехімічними – в межах «вживання зі шкідливими наслідками», зростання показників асоційовано зі збільшенням ПС.

Таким чином, вираженість ПС є важливим фактором, що визначає особливості АС у представників пасажирського морського флоту. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці специфічних заходів психотерапії і психопрофілактики для даного контингенту, що становить перспективу подальшого дослідження.

Список використаної літератури

1. Leong P. Understanding the Seafarer Global Labour Market in the Context of a Seafarer 'Shortage': Thesis for the Dr. Ph. Degree. Cardiff, 2012. 290 p.
2. Шафран Л. М., Голикова В. В. Здоровьесберегающие компетенции моряка: задачи, профессиональные особенности, формирование и развитие. *Вісник Морської Медицини*. 2018. № 3 (80). С. 4–12. DOI: 10.5281/zenodo.1443543.
3. Seafaring stressors aboard merchant and passenger ships / M. Oldenburg, H. J. Jensen, U. Latza [et al.] // *Int J Public Health*. 2009. Vol. 54, issue 2. P. 96–105. DOI: 10.1007/s00038-009-7067-z.
4. Jensen H. J., Oldenburg M. Potentially traumatic experiences of seafarers. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2019. Vol. 14. DOI: 10.1186/s12995-019-0238-9.
5. Jeżewska M., Iversen R. Stress and fatigue at sea versus quality of life. Gdansk, 11 June 2012. II International Congress on Maritime, Tropical, and Hyperbaric Medicine. Venue: on board "Scandinavia" ferry, Gdansk-Nynashamn-Gdansk. With supporting funding from the ITF Seafarers' Trust. *International maritime health*. 2012. Vol. 63, issue 3. P. 106–115.
6. Consumption of addictive substances in mariners / R. Pougnet, L. Pougnet, B. Loddé [et al.] // *Int Marit Health*. 2014. Vol. 65, issue 4. P. 199–204. DOI: 10.5603/IMH.2014.0038.
7. Prevalence of consumption of addictive substances amongst Moroccan fishermen / O. Laraqui, S. Laraqui, N. Manar [et al.] // *Int Marit Health*. 2017. Vol. 68, issue 1. P. 19–25. DOI: 10.5603/IMH.2017.0004.
8. Survey on smoking habits among seafarers / I. Grappasonni, S. Scuri, F. Petrelli [et al.] // *Acta Bio Med*. 2019. Vol. 90, No. 4. P. 489–497. DOI: 10.23750/abm.v90i4.9001.
9. Сосін І. К., Гапонов К. Д., 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 №249-2018; Харків. мед. акад. післядип. освіти МОЗ України, Укрмедпатентінформ МОЗ України. К.: Б.в., 2018. 7 с.
10. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care / Th. F. Babor et al. 2nd edition. WHO, 2001. 41 p.

Відомості про автора:

КОСЕНКО Корнелія Артурівна, канд. мед. наук, зав. відділенням КНП «Одеський обласний центр психічного здоров'я», асистент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна;
e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6656-1802>

Сведения об авторе:

КОСЕНКО Корнелия Артуровна, канд. мед. наук, зав. отделением КНП «Одесский областной центр психического здоровья», ассистент кафедры психиатрии и наркологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина;
e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6656-1802>

About the Author:

KOSENKO Korneliia Arturivna, MD, PhD, Head of Department of Public non-profit company "Odessa Regional Center for Mental Health", assistant of the Department of Psychiatry and Narcology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine;
e-mail: sun2003@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6656-1802>

URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 15.09.2019).

11. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов (Дата звернення: 15.09.2019) / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2009. № 2 (16). С. 56–70.
12. Маркова М. В., Савіна М. В. Тест для виявлення розладів, пов'язаних з захопленістю спортом (фітнесом) SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 70682 від 24.02.2017 р.

References

1. Leong, P. (2012). *Understanding the Seafarer Global Labour Market in the Context of a Seafarer 'Shortage'* (Thesis for the Dr. Ph. Degree, School of Social Sciences, Cardiff University). Retrieved from <https://orca.cf.ac.uk/52229/1/PhD%20thesis%20Priscilla%20Leong.pdf>
2. Shafran, L. M., & Golikova, V. V. (2018). Seafarer's health savings competencies: goals, professional features, formation and development. *Visnyk Morskoi Meditsyny*, 3(80), 4–12. (In Russian). <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1443543>
3. Oldenburg, M., Jensen, H. J., Latza, U., & Baur, X. (2009). Seafaring stressors aboard merchant and passenger ships. *Int J Public Health*, 54(2), 96–105. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-7067-z>
4. Jensen, H. J., & Oldenburg, M. (2019). Potentially traumatic experiences of seafarers. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12995-019-0238-9>
5. Jeżewska, M., & Iversen, R. (2012). Stress and fatigue at sea versus quality of life. Gdansk, 11 June 2012. II International Congress on Maritime, Tropical, and Hyperbaric Medicine. Venue: on board "Scandinavia" ferry, Gdansk-Nynashamn-Gdansk. With supporting funding from the ITF Seafarers' Trust. *International maritime health*, 63(2), 106–115. PMID: 22972551
6. Pougnet, R., Pougnet, L., Loddé, B., Canals, L., Bell, S., Lucas, D., & Dewitte, J.-D. (2014). Consumption of addictive substances in mariners. *Int Marit Health*, 65(4), 199–204. <https://doi.org/10.5603/IMH.2014.0038>
7. Laraqui, O., Laraqui, S., Manar, N., Ghailan, T., Deschamps, F., & Laraqui, C. H. (2017). Prevalence of consumption of addictive substances amongst Moroccan fishermen. *International maritime health*, 68(1), 19–25. <https://doi.org/10.5603/IMH.2017.0004>
8. Grappasonni, I., Scuri, S., Petrelli, F., Nguyen, C., Sibilio, F., Di Canio, M., Samad, M. A., & Amenta, F. (2019). Survey on smoking habits among seafarers. *Acta bio-medica*, 90(4), 489–497. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4.9001>
9. Sosin, I. K., Gaponov, K. D., Goncharova, O. Yu., & Markova, M. V. (2018). *Sposib diahnostyky klinichnoi spetsyfyky i prohnozu perebihu alkoholnoi zalezhnosti u osob z ryznym psykhotravmatychnym dosvidom i rivnem psykhosotsialnoho stresu* (White paper № 249-2018) [Method for diagnosis of clinical specificity and prognosis of alcohol dependence in persons with different psychotraumatic experience and level of psychosocial stress (White paper № 249-2018)]. Retrieved from Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine, Ukrmedpatentinform Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 7 p. (In Ukrainian).
10. World Health Organization. (2001). AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care / Thomas F. Babor ... [et al.], 2nd ed. World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Linskiy, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. Ph., Grinevich, E. G., Markova, M. V., Musienko, G. A., ... Vygazova, O. V. (2009). Metod kompleksnoi otsenki addiktivnogo statusa individa i populyatsii s pomoshch'yu sistemy AUDIT-podobnykh testov [The method of comprehensive assessment of the addictive status of an individual and the population using the system of AUDIT-like tests]. *Visnyk psykhiiatrii ta psykhofarmakoterapii*, 2, 56–70. (In Russian).
12. Markova, M. V., & Savina, M. V. (2017). *Test dlia vyvialennia rozladiv, pov'iazanykh z zakhopenistiu sportom (fitnesom) SPORT-UDIT (versia «samozvit») dlia neprofesionaliv* [Test for the detection of disorders associated with sport (fitness) SPORT-UDIT (self-report version) for non-professionals]. (Certificate of registration of copyright for work No. 70682, January 24, 2017). (In Ukrainian).

В. О. Кривицький

ХАРАКТЕРИСТИКА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПАТЕРНІВ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ ТА ЇХ ДРУЖИН

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Резюме

Актуальність. Простатит є одним із найпоширеніших урологічних захворювань. Хронічна форма простатиту (ХП) спостерігається у близько 30% чоловіків у віці від 20 до 50 років. Сучасні дослідження вказують на вплив психологічних факторів на перебіг і прогресування ХП, та, навпаки, вплив ХП на загострення відповідних особистісних рис та формування відповідного стилю індивідуально-психологічного реагування на захворювання.

Мета – дослідження індивідуально-психологічних патернів хворих на хронічний простатит (ХП) та їх дружин, для визначення в подальшому мішеней медико-психологічної допомоги даному контингенту.

Матеріали та методи. Обстежено 109 чоловіків, хворих на ХП, та їх дружин. Порушення сексуальної функції в клінічній картині ХП у 70 (64,2%) осіб було представлено варіаціями еректильної дисфункції (група 1), в інших 39 (35,8%) – поєднаним ураженням еректильної і еякуляторної функції (група 2). Комплексне обстеження включало, окрім стандартних клінічних методів, проведення клініко-психологічного і психодіагностичного дослідження.

Результати. Значна частина одружених чоловіків, хворих на ХП, відчувають виражене суб'єктивне відчуття самотності, покинутості та нестачу підтримки від найближчого оточення, тоді як їх дружини компенсують його насиченим спілкуванням поза подружнім колом. Високий ступінь самотності у хворих на ХП асоційований з нестачею самоповаги, якої не спостерігається у їх дружин.

Загальними негармонійними індивідуально-психологічними патернами, наявність яких сприяла вторинній травматизації подружжів через формування неадекватної психологічної відповіді на захворювання ХП у чоловіка та пов'язані з цим порушення сексуальної реалізації, виявились замкнутість, песимізм, заглибленість у себе, очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття, схильність до почуття провини, консерватизм, заперечення необхідності змін.

Подружжям групи 1 були властиві емоційна нестійкість, запальність, дратівливість, імпульсивність; низька нормативність поведінки, ненадійність, безпринципність; консерватизм, небажання змінюватися; недостатній самоконтроль і внутрішня конфліктність; внутрішня напруженість і нетерплячість. Крім того, у чоловіків групи 1 відзначалися недовірливість, нетовариськість, схильність до ригідності. Подружжям групи 2 були притаманні нестача самоконтролю, внутрішня конфліктність, недисциплінованість, спонтанність у поведінці, підпорядкованість своїм пристрастям, емоційна нестійкість, імпульсивність, неорганізованість, безвідповідальність, незгода із загальноприйнятими правилами і стандартами поведінки, жорсткість, черствість стосовно близьких, настороженість і недовірливість до людей, самовпевненість, холоднокровність, нечутливість до думки оточуючих, напруженість. Поєднання в парах зазначених індивідуально-особистісних патернів сприяло поглибленню проблем у міжособистісній подружній комунікації, які провокувалися на тлі порушення сексуальної взаємодії, викликані наявністю ХП у чоловіка.

Висновки. Отримані дані повинні бути враховані при розробці заходів медико-психологічної допомоги подружнім парам, в яких чоловік хворіє на ХП.

Ключові слова: хронічний простатит, подружжя, індивідуально-психологічні патерни, самотність, самоповага.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ И ИХ ЖЕН

В. А. Кривицкий

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Резюме

Актуальность. Простатит является одним из самых распространенных урологических заболеваний. Хроническая форма простатита (ХП) наблюдается у около 30% мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Современные исследования указывают на влияние психологических факторов на ход и прогрессирование ХП, и, наоборот, влияние ХП на обострение соответствующих личностных черт и формирование соответствующего стиля индивидуально-психологического реагирования на заболевание.

Цель – исследование индивидуально-психологических паттернов больных хроническим простатитом (ХП) и их жен для определения в дальнейшем медико-психологической помощи данному контингенту.

Материалы и методы. Обследовано 109 мужчин, больных ХП, и их жен. Нарушение сексуальной функции в клинической картине ХП у 70 (64,2%) мужчин было представлено вариациями эректильной дисфункции (группа 1), у других 39 (35,8%) – сочетанным поражением эректильной и эякуляторной функций (группа 2). Комплексное обследование включало, помимо стандартных клинических методов, проведение клинико-психологического и психодиагностического исследования.

Результаты. Значительная часть женатых мужчин, больных ХП, испытывают выраженное субъективное ощущение одиночества, покинутости и нехватки поддержки от ближайшего окружения, в то время как их жены компенсируют его насыщенным общением вне супружеского круга. Высокая степень одиночества у больных ХП ассоциируется с нехваткой самоуважения, которой не наблюдается у их жен.

Общими негармоничными индивидуально-психологическими паттернами, наличие которых способствовало вторичной травматизации супругов вследствие формирования неадекватного психологического ответа на заболевание ХП у мужчин и связанные с этим нарушения сексуальной реализации, оказались замкнутость, пессимизм, погруженность в себя, ожидание от окружающих внимания, помощи и сочувствия, склонность к чувству вины, консерватизм, отрицание необходимости перемен.

Супругам группы 1 были присущи эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность, импульсивность; низкая нормативность поведения, ненадежность, беспринципность; консерватизм, нежелание меняться; недостаточный самоконтроль и внутренняя конфликтность; внутренняя напряженность и нетерпеливость. Кроме того, у мужчин группы 1 отмечались недоверчивость, необщительность, склонность к ригидности. Супругам группы 2 были присущи недостаток самоконтроля, внутренняя конфликтность, недисциплинированность, спонтанность в поведении, подчиненность своим страстям, эмоциональная неустойчивость, импульсивность, неорганизованность, безответственность, несогласие с общепринятыми правилами и стандартами поведения, жесткость, черствость по отношению к близким, настороженность и недоверчивость по отношению к людям, самоуверенность, хладнокровие, нечувствительность к мнению окружающих, напряженность. Сочетание в парах указанных индивидуально-личностных паттернов способствовало углублению проблем в межличностной супружеской коммуникации, спровоцированных на фоне нарушения сексуального взаимодействия, вызванного наличием ХП у мужчины.

Выводы. Полученные данные должны быть учтены при разработке мероприятий медико-психологической помощи супружеским парам, в которых мужчина страдает ХП.

Ключевые слова: хронический простатит, супруги, индивидуально-психологические паттерны, одиночество, самоуважение.

CHARACTERISTICS OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL PATTERNS OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS AND THEIR WIVES

V. O. Kryvytskyi

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Abstract

Background. Prostatitis is one of the most common urological diseases. Chronic form of prostatitis (CP) is observed in about 30% of men aged 20 to 50 years. Modern studies indicate the influence of psychological factors on the course and progression of CP, and, conversely, the influence of CP on exacerbation of relevant personality traits and the formation of an appropriate style of individual psychological response to the disease.

Objective is to study the individual psychological patterns of patients with chronic prostatitis (CP) and their wives to determine the future medical and psychological assistance to this contingent.

Materials and methods. 109 men with CP and their wives were examined. Sexual dysfunction in the clinical picture of CP in 70 (64.2%) men was represented by variations of erectile dysfunction (group 1), in the other 39 (35.8%) - by a combined lesion of erectile and ejaculatory functions (group 2). Comprehensive examination included, in addition to standard clinical methods, clinical-psychological and psychodiagnostic studies. Methods of mathematical statistics was used for processing and evaluation the data obtained.

Results. A significant part of married men with CP experience a pronounced subjective feeling of loneliness, abandonment and lack of support from their immediate environment, while their wives compensate for it with rich communication outside the family. A high degree of loneliness in patients with CP is associated with a lack of self-esteem, which is not observed in their wives.

The general inharmonious individual psychological patterns, due to the formation of an inadequate psychological response to CP disease in men and related violations of sexual realization, were isolation, pessimism, self-absorption, expectation from others of attention, help and sympathy, a tendency to guilt, conservatism, denial of the need for change. These patterns contributed to the secondary trauma of the spouses

Spouses of group 1 were characterized by emotional instability, temper, irritability, impulsivity; low normative behavior, unreliability, unprincipled; conservatism, unwillingness to change; lack of self-control and internal conflict; inner tension and impatience. In addition, men group 1 marked distrust, unsociable, the propensity to rigidity. The spouses of group 2 were characterized by a lack of self-control, internal conflict, lack of discipline, spontaneity in behavior, subordination to their passions, emotional instability, impulsivity, disorganization, irresponsibility, disagreement with generally accepted rules and standards of behavior, rigidity, callousness towards relatives, alertness and distrust attitude to people, self-confidence, composure, insensitivity to the opinions of others, tension. The combination in pairs of these individual personality patterns contributed to the deepening of problems in interpersonal marital communication, provoked against the background of a violation of sexual interaction caused by the presence of CP in a man.

Conclusions. The development of measures for medical and psychological assistance to married couples in which a man suffers from CP should take into account the data obtained.

Keywords: chronic prostatitis, spouses, individual psychological patterns, loneliness, self-esteem.

For citation: Kryvytskyi V. O. Characteristics of individual psychological patterns of patients with chronic prostatitis and their wives. *Archives of Psychiatry*. 2019; 25 (4): 221–228. (In Ukr.). DOI: <https://doi.org/10.37822/2410-7484.2019.25.4.221-228>

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): kryvytskyi2017@gmail.com

Received / Поступила: 23.10.2019

Accepted / Прийнята до друку: 02.12.2019

Актуальність. Запалення передміхурової залози (простатит) є одним із найпоширеніших серед чоловіків урологічних захворювань: на хронічну його форму (ХП) страждають близько 30% чоловіків у віці від 20 до 50 років [1]. За даними Американської асоціації урологів, це захворювання виявляють у 8% чоловіків від загальної кількості тих, що звернулися за урологічною допомогою [2]. Розвитку ХП сприяють дизритмія сексуального життя, переохолодження, травми, зниження імунного захисту організму, порушення у системах крово- і лімфообігу в органах малого таза, гормональні порушення (абсолютна або відносна андрогенна недостатність), інфекції, що передаються статевим шляхом. У молодому і зрілому віці захворювання досить часто поєднується з уретритом, везикулітом, у похилому – з доброякісною гіперплазією передміхурової залози.

Дослідження зарубіжних вчених вказують на вплив психологічних факторів на перебіг і прогресування ХП, та, навпаки, вплив ХП на загострення відповідних особистісних рис та формування відповідного стилю індивідуально-психологічного реагування на захворювання [3–9]. Крім того, існують публікації, в яких

розглядається роль ХП як фактора негативного впливу на стан сексуальних подружніх стосунків, з одного боку, та можливий протективний/негативний вплив подружнього ресурсу на психологічний і, опосередковано, соматичний стан хворого [10–14].

Метою даної роботи було дослідження індивідуально-психологічних патернів хворих на ХП та їх дружин для визначення в подальшому мішеней медико-психологічної допомоги цьому контингенту.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі декількох установ уролого-андрологічного профілю Харкова протягом 2012–2018 рр. було обстежено 109 чоловіків, хворих на ХП, та їх дружин. Критерієм включення в дослідження, окрім наявності захворювання на ХП у чоловіків, була відсутність актуальних і в анамнезі психічних та поведінкових розладів у обох з пари, відсутність гінекологічної патології у дружини, яка могла б суттєво вплинути на стан її сексуальної реалізації. Вік обстежених становив від 25 до 40 років. Обидва з подружжя, як

правило, належали до однієї вікової групи (з різницею до 5 років). У першому шлюбі тривалістю від трьох до семи років перебували 60,6% подружжів, у другому шлюбі (тривалість в середньому від двох до п'яти років) – 39,4%.

Клінічна картина ХП у всіх обстежених супроводжувалась порушенням сексуальної функції, що у 70 (64,2%) осіб було представлено варіаціями еректильної дисфункції (ЕД), у інших 39 (35,8%) – поєднаним ураженням еректильної і еякуляторної функцій. Чоловіки з ЕД склали групу дослідження 1 (група 1), а пацієнти з поєднаною сексуальною дисфункцією – групу дослідження 2 (група 2).

Комплексне обстеження включало, окрім стандартних клінічних методів, проведення клініко-психологічного і психодіагностичного дослідження. Індивідуально-психологічні патерни пацієнтів діагностували з використанням «Методики діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона» [15], «Шкали самоповаги Розенберга» [16] та Опитувальника «Шістнадцять особистісних факторів» Р. Кеттелла (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF) [15]. Статистичний метод був використаний для оцінки розбіжностей між групами та залежностей між факторами.

Результати та їх обговорення

Аналіз даних, отриманих за допомогою «Методики діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона», дозволив вибудувати своєрідні профілі суб'єктивної самотності в парах, в яких чоловік страждає на ХП (рис. 1). З даних, наведених на рисунку 1, видно, що переважна більшість чоловіків обох груп потерпали від суб'єктивного відчуття самотності, на відміну від їх дружин, які загалом відчували помірний його ступінь.

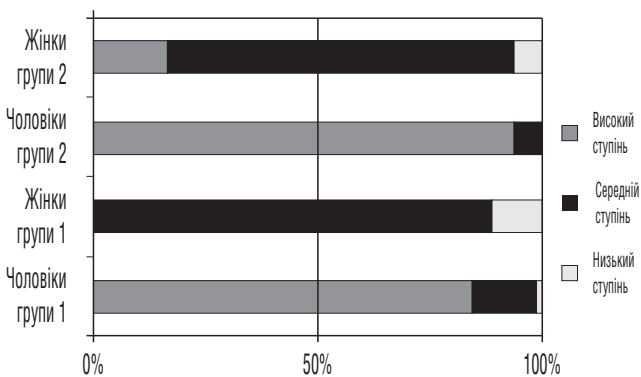


Рис. 1. Профілі суб'єктивної самотності в парах, в яких чоловік страждає на ХП

Аналіз розподілу ступеня самотності серед обстежених (табл. 1) довів відсутність значущих розбіжностей при порівнянні показників чоловіків обох груп та їх дружин між собою, проте, наявність достовірних відмінностей при порівнянні результатів всередині кожної групи. В ході дослідження була виявлена значуща дисконгруентність внутрішнього відчуття самотності, покинутості та нестачі підтримки від найближчого оточення у чоловіків, порівняно з їх дружинами, які, здебільшого, характеризувались відчуттям самотності середнього ступеня, яке компенсували насиченим спіл-

куванням поза подружнім колом. Більшість чоловіків, навпаки, потребували міцних контактів з оточуючими, мали підвищену потребу в увазі і особистісній підтримці, та були залежні від партнерського соціального схвалення.

Таблиця 1. Показники суб'єктивної самотності в обстежених парах, %±m

Ступінь суб'єктивної самотності	Група 1		Група 2	
	чоловіки, n=70	жінки, n=70	чоловіки, n=39	жінки, n=39
Високий	84,3±3,6	–	92,3±2,7	15,4±3,6
Середній	14,3±3,5	88,6±3,2	7,7±2,7	79,5±4,0
Низький	1,4±1,2	11,4±3,2	–	5,1±2,2
Статистична значущість розбіжностей між групами				
Ступінь суб'єктивної самотності	Г1 чоловіки / Г2 чоловіки	Г1 жінки / Г2 жінки	Г1 чоловіки / Г1 жінки	Г2 чоловіки / Г2 жінки
Високий	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Середній	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Низький	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

Отримані дані стали основою для вивчення рівня самоповаги за методикою Розенберга. Самоповага – дуже важлива категорія в житті партнерської пари та будь-якої людини взагалі. Більшість учених вказують на те, що самоповага особистості складається з двох частин: емоційної і компетентнісної [15]. Емоційна частина є базовою, дуже глибокою установкою: «я добре або погано до себе ставлюся». Ця частина безумовна, вона не залежить від думки про нас інших і наших досягнень, формується в ранньому дитинстві під впливом думок батьків та інших близьких. Якщо ця частина сильна, то навіть без реальних досягнень людина може відчувати до себе достатню самоповагу. Відчуття власної компетентності – це «умовна» частина самоповаги, набагато тісніше пов'язана з самооцінкою, тому що в ній сильний компонент оцінювання себе самим собою і себе з погляду інших. Людина ставить цілі і домагається їх, з чим би вони не були пов'язані: з особистими стосунками, кар'єрою, хобі й інтересами; якщо ці успіхи помітні оточуючим, самоповага підвищується.

Тобто, людина має високу самоповагу при базовій любові до себе, а також при відчутті власної компетентності. Тоді самоповага підтверджується самооцінкою, і людина буде ефективною у стосунках і задоволеною ними. Але можлива ситуація, коли компетентність людини досить висока, а емоційний компонент слабкий, або, навпаки, присутня велика любов до себе при незначних досягненнях (або при їх відсутності). Тоді в значущих відносинах відбуваються перекося: особистість відчуває неповну віддачу, образу, приходить відчуття недооцінення іншими людьми.

За твердженням автора методики [17], людина може відчувати самоповагу у будь-якому з чотирьох вимірів. «Недостатність (нестача) самоповаги» (10 – 18 балів) характеризується нестачею самоповаги, якої дуже мало. Людина з таким типом розвитку самоповаги схильна в усьому поганому

себе звинувачувати, бачити тільки свої недоліки і акцентувати увагу тільки на своїх слабких сторонах, людина потрапляє в замкнене коло самознищення, яке не дозволяє ставити цілі і досягати успіху. У кожній події особистість шукає підтвердження своєї нікчемності. «Балансування самоповаги із самознищенням» (18 – 22 балів) – свідоцтво нестійкого паритету полюсів альтернативного ставлення до себе, коли успіхи піднімають до небувалих вершин і самоповага зашкалює, невдачі підживлюють низьку самооцінку і скидають у прірву, думка про себе коливається з одного боку в іншій. «Переважання самоповаги» (23 – 34 бали) – коли людина адекватно оцінює власні переваги і недоліки, може погодитися з тим, що буває неправа, зберігає повагу до себе при невдачах, але схильна іноді займатися затягнутим «самобичуванням», що не передбачили, що не помітили, «соломку НЕ підстелили», що не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо, і швидко зреагувати і відкоригувати там, де є можливість. «Повноцінна норма самоповаги» (35 – 40 балів) – особистість поважає себе як людину, професіонала і робить все для того, щоб поважати себе й надалі: розвиватись, вдосконалюватись в професії, духовному та інтелектуальному планах, у сфері стосунків, вміє робити висновки з помилок і складних ситуацій. Це норма, до якої варто прагнути.

Результати проведеного вивчення самоповаги у партнерських парах та їх статистичні виміри представлено в таблиці 2. Аналіз даних щодо самоповаги дозволяє подивитись, наскільки вони асоціюються із показниками відчуття власної самотності.

Таблиця 2. Показники самоповаги в обстежених парах, % ± m

Типи вираженості показників самоповаги в парах	Група 1		Група 2	
	чоловіки, n=70	жінки, n=70	чоловіки, n=39	жінки, n=39
Нестача (недостатність) самоповаги	14,3±3,5	–	25,6±4,4	–
Балансування самоповаги і самознищення	38,6±4,9	11,4±3,2	38,5±4,9	7,7±2,7
Переважає самоповага	22,9±4,2	67,1±4,7	25,6±4,4	69,2±4,6
Повноцінна норма самоповаги	24,3±4,3	21,4±4,1	10,3±3,0	23,1±4,2
Статистична значущість розбіжностей між групами				
	G1 чоловіки / G2 чоловіки	G1 жінки / G2 жінки	G1 чоловіки / G1 жінки	G2 чоловіки / G2 жінки
Нестача (недостатність) самоповаги	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Балансування самоповаги і самознищення	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Переважає самоповага	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Повноцінна норма самоповаги	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05

При аналізі результатів вивчення самоповаги у обстежених зафіксовано тенденцію, встановлену при дослідженні суб'єктивної самотності, а саме, відсутність значущих розбіжностей між чоловіками з різною клінічною картиною ХП та їх дружинами між собою, проте, наявність достовірних відмінностей між подружжями кожної групи. Серед жінок осіб з нестачею самоповаги не встановлено. Переважна більшість із них характеризувалась повноцінною самоповагою. На відміну від них, серед чоловіків 14,3% групи 1 і 25,6% групи 2 страждали від нестачі самоповаги, а практично однакова кількість – 38,6% групи 1 і 38,5% групи 2 перебували у стані балансування між самоповагою і самознищенням. Привертала увагу дещо більша кількість осіб, що ставились до себе з повноцінною самоповагою, серед пацієнтів групи 1 (24,3%), порівняно з групою 2 (10,3%), проте ці розбіжності не були підтверджені статистичною значущістю.

Аналіз отриманих результатів вказував на те, що неповноцінність самоповаги у чоловіків обох груп була асоційована із високими показниками самотності (особливо у чоловіків групи 2) Між тим, у їх дружин стан переважної самоповаги та повноцінної нормальної самоповаги виявився асоційованим із середньою вираженістю відчуття самотності. На нашу думку, у випадку захворювання чоловіка на ХП за наявності проблем у сексуальній і міжособистісній подружній комунікації, стан жіночого особистісного відреагування в більшості випадків не досягає критичного патопсихологічного рівня а є вимушеною ситуативною реакцією на сексуальні й подружні порушення та захворювання чоловіка. Отже, ми вважаємо показники жіночої самоповаги важливим ресурсом для сімейного консультування та психокорекційного цільового впливу у випадку захворювання чоловіка на ХП.

Для розкриття стійких рис особистості партнерів подружніх пар, які, на нашу думку, повинні стати мішенями при розробці сімейних інтервенцій, ми проаналізували дані, отримані за опитувальником «Шістнадцять особистісних факторів». В обстежених парах були вивчені особливості особистості, що стосуються різних сторін їх життя: взаємин з оточуючими, стосунків у сім'ї, самооцінки, соціальних установок тощо.

Результати дослідження особистісних особливостей подружжів групи 1 представлено в таблиці 3, з якої можна зробити висновок, що чоловікам і жінкам, з родин, в яких чоловік страждає на ХП з ЕД, було притаманним достовірне підвищення ($p<0,05$) показника за фактором Q4 при достовірному зниженні ($p<0,05$) показників за факторами C, G, Q1, Q3, а також фактором A (тільки у чоловіків). Тестові показники вказували на випадкову емоційну нестійкість (C), низьку нормативність поведінки (G-), консерватизм (Q1-), низький самоконтроль (Q3-), фрустрованість (Q4+) обстежених партнерів і замкнутість (A-) чоловіків даної групи.

Емоційна нестійкість проявлялася нетерплячістю, дратівливістю, імпульсивністю, низькою толерантністю до фрустрації. Партнери перебували під впливом почуттів, легко засмучувалися, у них часто змінювався настрій. Вони були запальні, схильні до іпохондричності, воліли ухилятися від вирішення неприємних питань, намагалися не брати на себе відповідальності за вирішення проблематичних ситуацій (фактор C-).

Таблиця 3. Вираженість особистісних факторів у парах групи 1 (опитувальник Кеттелла)

Група	Середні значення факторів (в стенах)															
	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	Q	Q1	Q2	Q3	Q4
Жінки	1,7	5,0	2,1	6,8	4,8	2,4	6,4	5,3	5,5	6,2	7,1	5,9	1,9	4,3	2,6	8,2
Чоловіки	3,9	4,2	5,7	7,9	5,6	6,1	7,5	6,1	5,9	7,4	5,6	8,3	1,5	2,4	4,7	8,8

Примітка. * – достовірні значення з нормативними показниками (4–7 стень).

Чоловіки характеризувалися непостійністю, схильністю до впливу почуттів, випадку та обставин. Вони зазвичай потурали своїм бажанням, докладали зусиль для відповідності загальноприйнятим моральним правилам і стандартам. Легко здавались при зустрічі з труднощами, відрізнялись ненадійністю, безпринципністю. Виявляли недбалість і легковажність до своїх вчинків (фактор G-). Виразений консерватизм й заперечення необхідності змін поєднувались у них із властивою стійкістю до традицій. Для них були характерні схильність до моралізації, вузькість інтелектуальних інтересів (фактор Q1).

Жінки групи 1 загалом мали риси невпевненості, тривожності, стурбованості. Їм було властиве почуття обов'язку, вони демонстрували надмірну дбайливість на тлі схильності впадати у розгубленість та часті зміни настрою (фактор O+).

Узагальнені профілі особистості обстежених пар групи 1 представлено на рисунку 2 (пунктирною лінією відображено середні показники жінок, прямою лінією – чоловіків).

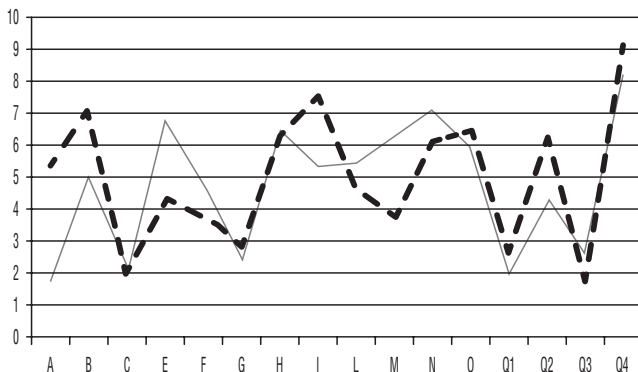


Рис. 2. Узагальнені профілі особистості чоловіків та жінок групи 1

Результати дослідження пар групи 1 показали значуще ($p < 0,05$) високі показники факторів O, Q4 і низькі значення факторів Q1 і Q2 (значущість розбіжностей $p < 0,05$). Виявлені в процесі дослідження особистісні фактори вказували на схильність до почуття провини (O+), консерватизм (Q1-), залежність (Q2-) і внутрішню фрустрованість (Q4+).

При аналізі особистісних відмінностей чоловіків і жінок групи 1 на перший план виступили такі риси як емоційна нестійкість, запальність, дратівливість, імпульсивність (фактор C-); низька нормативність поведінки, ненадійність, безпринципність (фактор G-); консерватизм, небажання змінюватися (фактор Q1-); недостатній самоконтроль і внутрішня конфліктність (фактор Q3); внутрішня напруженість і нетерплячість (фактор Q4+). Крім того, у чоловіків групи 1 відзначалися недовірливість, нетовариськість, схильність до ригідності (фактор A-).

Тестові показники особистісних рис пар групи 2 представлено в таблиці 4, з якої видно, що результати дослідження пар групи 2, де в чоловіків у структурі ХП мала місце поєднана сексуальна дисфункція, відображали значущі ($p < 0,05$) підвищення показників за факторами I, L, Q, Q4 і зниження ($p < 0,05$) показників за факторами A, F, G, і Q1.

Чоловіки групи 2 відрізнялися низькою нормативністю поведінки (G-), підозрілістю (L+), схильністю до почуття провини (O+), консерватизмом (Q1-), внутрішньою напруженістю (Q4+). Відповідно до результатів тестування, їм були властиві скептичність, негнучкість у стосунках з людьми, схильність до усамітнення, концентрованість на власних думках і почуттях, відособленість від оточуючих (фактор A-). Вони виявились дратівливими, схильними до іпохондричності, намагалися ухилитися від вирішення неприємних питань, уникали вимог дійсності, не брали на себе відповідальність за вирішення проблемних ситуацій (C-). Для них була характерна неорганізованість, безвідповідальність, імпульсивність, відсутність згоди із загальноприйнятими моральними правилами і стандартами поведінки. У оточуючих викликали недовіру, оскільки не докладали зусиль до виконання групових норм (G-), водночас демонструючи жорсткість та черствість стосовно до близьких (I), прагнучи покласти на інших відповідальність за власні дії та помилки, та мало піклуючись про інших (L+). Вони до всього підходили занадто серйозно і обережно, жили у постійному неспокої про своє майбутнє, мали схильність до песимізму, перебували в стані постійного очікування якихось негараздів, намагаючись, в той же час, усе тримати під своїм контролем. Навколишні сприймали їх як стриманих, нудних, м'яких і надмірно манірних (F-). В їх поведінці часто простежувалась незгода із прийнятими моральними нормами і стандартами, схильність до непостійності, егоїстичності (G-). У стосунках з близькими проявляли емпатію, проте, очікували у відповідь на допомогу і співчуття. Через їх схильність діяти інтуїтивно і імпульсивно, на них не завжди можна було покластися, що негативно впливало на їх взаємодію з дружинами. Також їх відрізняла стурбованість станом свого здоров'я (I+). Високі значення фактора L свідчили про їх підозріливість, заздрісність. Їхні інтереси були звернені переважно на самих себе. З огляду на наявність сексуальних проблем, вони почасти висловлювали ревнощі стосовно дружин. Вони виявляли значну чутливість до почуття провини, були сповнені страху, тривоги і поганих передчуттів, постійно перебували під владою настрою, коливання якого призводило до дисомнії

Таблиця 4. Вираженість особистісних факторів у парах групи 2 (опитувальник Кеттелла)

Група	Середні значення факторів (в стенах)															
	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	Q	Q1	Q2	Q3	Q4
Жінки	2,4	6,2	5,6	7,5	2,7	1,9	5,9	8,1	9,2	7,5	5,7	8,6	2,3	4,2	3,9	8,4
Чоловіки	7,6	4,3	2,4	5,6	6,1	2,3	4,7	1,9	8,4	6,9	5,2	1,5	4,6	6,8	2,7	9,2

Примітка. * – достовірні значення з нормативними показниками (4–7 стень).

та інших сомато-вегетативних проявів, були занадто чутливі до реакцій оточуючих (О+). Вони виявились схильними до консерватизму, віддаючи перевагу тільки традиційним поглядам, з підозрою і упередженістю ставилися до всього нового, що супроводжувалось почасти надмірною моралізацією (Q1-).

Стан фрустрації, в якому перебували їх дружини, в генезі якого лежали стан сексуального невдоволення та проблеми міжособистісної подружньої комунікації, був результатом незадоволення їхніх прагнень та характеризувався напруженістю, підвищеною збудженістю, роздратуванням, підвищеною лабільністю і занепокоєнням (Q4+). Характерними особистісними особливостями жінок групи 2 були схильність до лабільності настрою (С-), безпринципність (G-), твердість (I-), підозріливість (L+), самовпевненість (О-), нестача самоконтролю (Q3-), внутрішня напруженість (Q4+).

Найхарактернішими особистісними особливостями партнерських пар групи 2 виявились замкнутість, негнучкість у стосунках з людьми (фактор А-), обережність, заглиблення в себе, постійне очікування виникнення якихось негараздів (фактор F-), незгода із загальноприйнятими моральними нормами і стандартами поведінки (фактор G-), очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття (фактор I+), підозріливість (фактор L+), пригніченість, чутливість до реакцій оточуючих (О+), консерватизм, схильність до моралізації (Q1-), напруженість, збудженість, дратівливість (фактор Q4+). Характеристика особистісного профілю подружніх пар групи 2 відображала значуще ($p < 0,05$) підвищення показників факторів L і Q4 і достовірне ($p < 0,05$) зниження показників факторів C, G, I, O і Q3. Узагальнений профіль особистості обстежених пар групи 2 представлено на рисунку 3 (пунктирною лінією відображено середні показники жінок, прямою лінією – чоловіків).

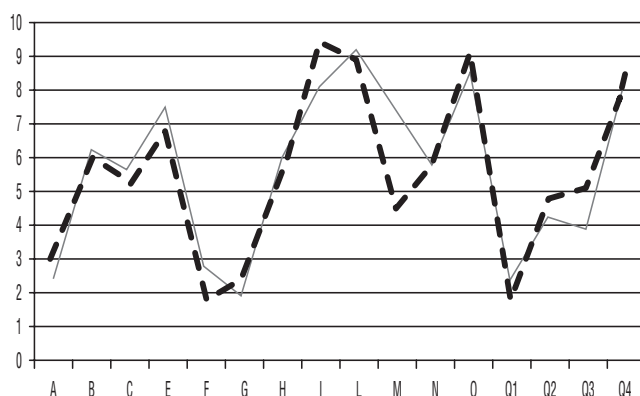


Рис. 3. Узагальнені профілі особистості чоловіків і жінок групи 2

Аналіз і узагальнення отриманих результатів дозволили виявити деякі закономірності.

Загальними негармонійними індивідуально-психологічними патернами, наявність яких сприяла вторинній травматизації подружжів через формування неадекватної психологічної відповіді на захворювання ХП у чоловіка та пов'язані з цим порушення сексуальної реалізації, виявились замкнутість (фактор А-), песимізм, заглибленість у себе (фактор F-), очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття (фактор I+), схильність до почуття провини (фактор О+), консерватизм, заперечення необхідності змін (фактор Q1-).

Подружжям групи 1 були властиві емоційна нестійкість, запальність, дратівливість, імпульсивність (фактор С-); низька нормативність поведінки, ненадійність, безпринципність (фактор G-); консерватизм, небажання змінюватися (фактор Q1-); недостатній самоконтроль і внутрішня конфліктність (фактор Q3); внутрішня напруженість і нетерплячість (фактор Q4+). Крім того у чоловіків групи 1 відзначалися недовірливість, нетовариськість, схильність до ригідності (фактор А-).

Подружжям групи 2 були притаманні нестача самоконтролю, внутрішня конфліктність, недисциплінованість, спонтанність у поведінці, підпорядкованість своїм пристрастям (Q3-), емоційна нестійкість, імпульсивність (С-), неорганізованість, безвідповідальність, незгода із загальноприйнятими моральними правилами і стандартами поведінки (G-), жорсткість, черствість по відношенню до близьких (I-), настороженість і недовірливість до людей (L+), самовпевненість, байдужість, нечутливість до думки оточуючих (О-), напруженість (Q4+).

Висновки

Значна частина одружених чоловіків, хворих на ХП, відчувають виражене суб'єктивне відчуття самотності, покинутості та нестачі підтримки від найближчого оточення, тоді як їх дружини компенсують його насиченим спілкуванням поза подружнім колом.

Високий ступінь самотності у хворих на ХП асоційований з нестачею самоповаги, якої не спостерігається у їх дружин.

Серед виражених особистісних рис у чоловіків з ХП, що супроводжується ЕД, спостерігається емоційна нестійкість, запальність, дратівливість, імпульсивність, ненадійність, низька нормативність поведінки, безпринципність, недостатній самоконтроль і внутрішня конфліктність, недовірливість, нетовариськість, схильність до ригідності. Серед дисгармонійних особистісних властивостей, які притаманні їх дружинам, виділяються риси невпевненості, тривожності, надмірної

стурбованості, схильність до почуття провини, несамостійність, безініціативність, емоційна лабільність.

Хворі на ХП, що супроводжується розладами ерекції і еякуляції, характеризуються нестачею самоконтролю, внутрішньою конфліктністю, недисциплінованістю, спонтанністю у поведінці, підпорядкованістю своїм пристрастям, емоційною нестійкістю, імпульсивністю, неорганізованістю, безвідповідальністю, незгодою із загальноприйнятими правилами і нормами, черствістю та недовірою до близьких. Їх дружинам в цілому притаманні лабільність настрою, твердість, підозрілість, самовпевненість, нестача самоконтролю, внутрішня напруженість.

Поєднання в парах зазначених індивідуально-особистісних патернів сприяє поглибленню проблем у міжособистісній подружній комунікації, які провокуються на тлі порушення сексуальної взаємодії, викликані наявністю ХП у чоловіка.

Загальними негармонійними індивідуально-психологічними патернами, наявність яких сприяє вторинній травматизації подружжів через формування неадекватної психологічної відповіді на захворювання ХП у чоловіка та пов'язані з цим порушення сексуальної реалізації, є замкнутість, песимізм, заглибленість у себе, очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття, схильність до почуття провини, консерватизм, заперечення необхідності змін, а також виражене відчуття самотності та нестача самоповаги у чоловіків.

Отримані дані повинні бути враховані при розробці заходів медико-психологічної допомоги подружнім парам, в яких чоловік хворіє на ХП.

Список використаної літератури

- Chronic prostatitis: management strategies / A. B. Murphy, A. Macejko, A. Taylor [et al.] // *Drugs*. 2009. Vol. 69, issue 1. P. 71–84. DOI: <https://doi.org/10.2165/00003495-200969010-00005>.
- Chronic prostatitis: current treatment options / G. M. Pirola, T. Verdacchi, S. Rosadi [et al.] // *Research and reports in urology*. 2019. Vol. 4, issue 11. P. 165–174. DOI: <https://doi.org/10.2147/RRU.S194679>.
- Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review / B. Riegel, C. A. Bruenahl, S. Ahyai [et al.] // *Journal of psychosomatic research*. 2014. Vol. 77, issue 5. P. 333–350. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.012>.
- The association of personality trait on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: an exploratory study / J. S. Koh, H. J. Ko, S. M. Wang [et al.] // *Journal of psychosomatic research*. 2014. Vol. 76, issue 2. P. 127–133. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.004>.
- Depression and somatic symptoms may influence on chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a preliminary study / J. S. Koh, H. J. Ko, S. M. Wang [et al.] // *Psychiatry investigation*. 2014. Vol. 11, issue 4. P. 495–498. DOI: <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.4.495>.
- Depression, anxiety, stress perception, and coping strategies in Korean military patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / S. G. Ahn, S. H. Kim, K. I. Chung [et al.] // *Korean journal of urology*. 2012. Vol. 53, issue 9. P. 643–648. DOI: <https://doi.org/10.4111/kju.2012.53.9.643>.
- Stress induced hypothalamus-pituitary-adrenal axis responses and disturbances in psychological profiles in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / R. U. Anderson, E. K. Orenberg, A. Morey [et al.] // *The Journal of urology*. 2009. Vol. 182, issue 5. P. 2319–2324. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.07.042>.
- Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / R. U. Anderson, E. K. Orenberg, C. A. Chan [et al.] // *The Journal of urology*. 2008. Vol. 179, issue 3. P. 956–960. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2007.10.084>.
- The association between sexual function, pain, and psychological adaptation of men diagnosed with chronic pelvic pain syndrome type III / S. Aubin, R. E. Berger, J. R. Heiman [et al.] // *The journal of sexual medicine*. 2008. Vol. 5, issue 3. P. 657–667. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00736.x>.

- Predictors of sexual and relationship functioning in couples with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome / K. B. Smith, D. Tripp, C. Pukall [et al.] // *The Journal of sexual medicine*. 2007. Vol. 4, issue 3. P. 734–744. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00466.x>.
- Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners / K. B. Smith, C. F. Pukall, D. A. Tripp [et al.] // *Archives of sexual behavior*. 2007. Vol. 36, issue 2. P. 301–311. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9086-7>.
- Потапенко О. А. Сексуальная дезадаптация супружеской пары при урологической патологии у мужа и ее психотерапия. *Медицина психология*. 2007. Т. 2, № 1. С. 66–68.
- Рудницкий Р. И. Хронический простатит как причина нарушения сексуального здоровья супругов. *Міжнародний медичний журнал*. 2005. Т. 11, № 1. С. 50–52.
- Бабелюк В. Е. Системная коррекция сексуальной дисфункции и супружеской дезадаптации при простатите у мужа. *Міжнародний медичний журнал*. 2003. Т. 9, № 1. С. 69–71.
- Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: «Бахрах-М», 2002. 672 с.
- Общая психодиагностика / под общ. ред.: А. А. Бодалева, В. В. Столина, В. С. Аванесова. СПб.: Изд-во «Речь», 2000. 440 с.
- Measures of Social Psychological Attitudes / Eds. J. P. Robinson and P. R. Shaver. Revised ed. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan, 1973. 750 p.

References

- Murphy, A. B., Macejko, A., Taylor, A., & Nadler, R. B. (2009). Chronic prostatitis: management strategies. *Drugs*, 69(1), 71–84. <https://doi.org/10.2165/00003495-200969010-00005>
- Pirola, G. M., Verdacchi, T., Rosadi, S., Annino, F., & De Angelis, M. (2019). Chronic prostatitis: current treatment options. *Research and reports in urology*, 11, 165–174. <https://doi.org/10.2147/RRU.S194679>
- Riegel, B., Bruenahl, C. A., Ahyai, S., Bingel, U., Fisch, M., & Löwe, B. (2014). Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 77(5), 333–350. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.012>
- Koh, J. S., Ko, H. J., Wang, S. M., Cho, K. J., Kim, J. C., Lee, S. J., Pae, C. U., & Serretti, A. (2014). The association of personality trait on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: an exploratory study. *Journal of psychosomatic research*, 76(2), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.004>
- Koh, J. S., Ko, H. J., Wang, S. M., Cho, K. J., Kim, J. C., Lee, S. J., & Pae, C. U. (2014). Depression and somatic symptoms may influence on chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a preliminary study. *Psychiatry investigation*, 11(4), 495–498. <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.4.495>
- Ahn, S. G., Kim, S. H., Chung, K. I., Park, K. S., Cho, S. Y., & Kim, H. W. (2012). Depression, anxiety, stress perception, and coping strategies in Korean military patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Korean journal of urology*, 53(9), 643–648. <https://doi.org/10.4111/kju.2012.53.9.643>
- Anderson, R. U., Orenberg, E. K., Morey, A., Chavez, N., & Chan, C. A. (2009). Stress induced hypothalamus-pituitary-adrenal axis responses and disturbances in psychological profiles in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *The Journal of urology*, 182(5), 2319–2324. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.07.042>
- Anderson, R. U., Orenberg, E. K., Chan, C. A., Morey, A., & Flores, V. (2008). Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *The Journal of urology*, 179(3), 956–960. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2007.10.084>
- Aubin, S., Berger, R. E., Heiman, J. R., & Ciol, M. A. (2008). The association between sexual function, pain, and psychological adaptation of men diagnosed with chronic pelvic pain syndrome type III. *The journal of sexual medicine*, 5(3), 657–667. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00736.x>
- Smith, K. B., Tripp, D., Pukall, C., & Nickel, J. C. (2007). Predictors of sexual and relationship functioning in couples with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *The Journal of sexual medicine*, 4(3), 734–744. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00466.x>
- Smith, K. B., Pukall, C. F., Tripp, D. A., & Nickel, J. C. (2007). Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners. *Archives of sexual behavior*, 36(2), 301–311. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9086-7>
- Potapenko, O. A. (2007). Seksual'naya dezadaptatsiya supruzheskoi pary pri urologicheskoi patologii u muzha i ee psikhoterapiya [Sexual maladjustment of a married couple with urological pathology in a husband and her psychotherapy]. *Medical psychology*, 2(1), 66–68. (In Russian).
- Rudnitsky, R. I. (2005). Khronicheskii prostatit kak prichina narusheniya seksual'nogo zdorov'ya suprugov [Chronic prostatitis as a cause of spouses sexual health disorders]. *International Medical Journal*, 11(1), 50–52. (In Russian).

14. Babeliuk, V. E. (2003). Sistemnaya korrektsiya seksual'noi disfunktsii i supruzheskoi dezadaptatsii pri prostatite u muzha [Systemic correction of sexual dysfunction and spouse deadaptation at prostatitis in the husband]. *International Medical Journal*, 9(1), 69–71. (In Russian).
15. Raigorodskii, D. Ya. (2002). *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara: Bakhrakh–M, 672 p. (In Russian).
16. Bodalev, A. A., Stolin, V. V., & Avanesov, V. S. (Eds.). (2000). *Obshchaya psikhodiagnostika* [General psychodiagnostics]. Saint Petersburg: Rech' publ., 440 p. (In Russian).
17. Robinson, J. P. & Shaver, P. R. (Eds.). (1973). *Measures of Social Psychological Attitudes* (Revised ed.). Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan, 750 p.

Відомості про автора:

КРИВИЦЬКИЙ Віталій Олександрович, уролог-сексолог ТОВ «Медичний центр «Здоров'я», здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна;
e-mail: kryvychki2017@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0521-4660>

Сведения об авторе:

КРИВИЦКИЙ Виталий Александрович, уролог-сексолог ООО «Медицинский центр «Здоровье», соискатель кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина;
e-mail: kryvychki2017@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0521-4660>

About the Author:

KRYVYTSKYI Vitalii Oleksandrovych, MD, urologist-sexopathologist, Medical Center "Health", competitor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: kryvychki2017@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0521-4660>

І. Р. Мухаровська¹, М. В. Маркова², Т. Г. Кривоніс³ *

ЗАКОНОМІРНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ ТА КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ФЕНОМЕНИ, ВИКЛИКАНІ НОЗОГЕННИМ СТРЕСОМ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна³Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Резюме

Актуальність. Захворювання – це потужний стресогенний чинник. Ступінь впливу хвороби визначається прогнозом, зміною життєвої ситуації хворого, сукупністю соматичного дистресу.

Мета – виявити закономірності психологічного реагування та клініко-психологічні феномени у пацієнтів з тяжкими соматичними захворюваннями.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2014–2016 рр. На основі інформованої згоди в опитуванні взяли участь 422 онкологічні пацієнти, з яких 80 хворих перебували на етапі діагностики, 187 опитуваних проходили первинну та 155 осіб – повторну терапію у зв'язку з прогресуванням онкопатології. Комплексне обстеження включало застосування клініко-психологічного, психодіагностичного і статистичного методів дослідження.

Результати. Виявлено, що хворим із тяжкими соматичними захворюваннями були притаманні особливості психологічного реагування в залежності від етапу хвороби, а також ряд клініко-психологічних феноменів, які відображали особливості переживання хвороби та лікування: поділу життя, сортеру, нового початку, ефект маятника, екстерналізації, індукції, децентралізації.

Висновки. Виявлені клініко-психологічні феномени та закономірності психологічного реагування на нозогенний стрес потребують розробки медико-психологічних заходів, спрямованих на адаптацію пацієнтів до ситуації хвороби та її лікування. Впровадження медико-психологічної допомоги дозволить покращити психоемоційний стан пацієнтів, посилити навички протидії нозогенному стресу внаслідок корекції ірраціональних уявлень щодо захворювання, неадаптивних особистісних та поведінкових патернів, гармонізувати міжособистісні стосунки з сім'єю, покращити психосоціальну адаптацію, сформувані ефективні стратегії поведінки під час лікувального процесу.

Ключові слова: соматичні захворювання, клініко-психологічні феномени, закономірності реагування на хворобу, медико-психологічна допомога.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ВЫЗВАННЫЕ НОЗОГЕННЫМ СТРЕССОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. Р. Мухаровская¹, М. В. Маркова², Т. Г. Кривонис³ *¹Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина²Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина³Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина

Резюме

Актуальность. Заболевание – это мощный стрессогенный фактор. Степень влияния болезни определяется прогнозом, изменением жизненной ситуации больного, совокупностью соматического дистресса.

Цель – выявить закономерности психологического реагирования и клиничко-психологические феномены у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Киевского городского клинического онкологического центра на протяжении 2014–2016 гг. На основе информированного согласия в опросе приняли участие 422 онкологических пациента, из которых 80 больных находились на этапе диагностики, 187 опрошенных проходили первичную и 155 человек – повторную терапию в связи с прогрессированием онкопатологии. Комплексное обследование включало использование клиничко-психологического, психодиагностического и статистического методов исследования.

Результаты. Выявлено, что больным с тяжелыми соматическими заболеваниями были присущи особенности психологического реагирования в зависимости от этапа болезни, а также ряд клиничко-психологических феноменов, которые отражали особенности переживания болезни и лечения: разделения жизни, сортера, нового начала, эффект маятника, экстернализации, индукции, децентрализации.

Выводы. Выявленные клиничко-психологические феномены и закономерности психологического реагирования на нозогенный стресс требуют разработки медико-психологических мероприятий, направленных на адаптацию пациентов к ситуации болезни и ее лечения. Внедрение медико-психологической помощи позволит улучшить психоэмоциональное состояние пациентов, усилить навыки противодействия нозогенному стрессу вследствие коррекции иррациональных представлений о заболевании, неадаптивных личностных и поведенческих паттернов, гармонизировать межличностные отношения с семьей, улучшить психосоциальную адаптацию, сформировать эффективные стратегии поведения во время лечебного процесса.

Ключевые слова: соматические заболевания, клиничко-психологические феномены, закономерности реагирования на болезнь, медико-психологическая помощь.

PATTERNS OF PSYCHOLOGICAL RESPONSE AND CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PHENOMENA
CAUSED BY NOSOGENIC STRESS IN PATIENTS WITH SEVERE SOMATIC DISEASESI. R. Mukharovska¹, M. V. Markova², T. G. Krivonis³ *¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine³National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Abstract

Background. The disease is a powerful stressful factor. The degree of influence of the disease is determined by the prognosis, changes in the patient's life situation, and the totality of somatic distress.

Objective is to identify patterns of psychological response and clinical and psychological phenomena in patients with severe somatic diseases.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the Kiev City Clinical Oncology Center during 2014–2016. On the basis of informed consent, 422 oncological patients took part in the survey, of which 80 patients were at the diagnostic stage, 187 respondents underwent primary treatment and 155 received repeated treatment due to the progression of oncopathology. We used clinical and psychological, psychodiagnostic and statistical methods.

Results. It was established that patients with severe somatic diseases had inherent psychological response depending on the stage of the disease, as well as a number of clinical and psychological phenomena that reflected the characteristics of the disease and treatment: separation of life, sorter, new beginning, pendulum effect, externalization, induction, decentralization.

Conclusions. Identified clinical and psychological phenomena and patterns of psychological response to nosogenic stress require the development of medical and psychological measures aimed at adapting patients to the situation of the disease and its treatment. The introduction of medical and psychological help will improve the psycho-emotional state of patients, strengthen the skills to counteract nosogenic stress due to the correction of irrational ideas about the disease, non-adaptive personality and behavioral patterns, harmonize interpersonal relationships with the family, improve psychosocial adaptation, and create effective behavioral strategies during the treatment process.

Keywords: somatic diseases, clinical and psychological phenomena, patterns of response to the disease, medical and psychological assistance.

For citation: Mukharovska I. R., Markova M. V., Krivonis T. G. Patterns of psychological response and clinical and psychological phenomena caused by nosogenic stress in patients with severe somatic diseases. *Archives of Psychiatry*. 2019; 25 (4): 229–232. (In Ukr.). DOI: <https://doi.org/10.37822/2410-7484.2019.25.4.229-232>

* Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): tamarakr@ukr.net

Received / Поступила: 01.11.2019

Accepted / Прийнята до друку: 28.11.2019

Актуальність. Захворювання – це потужний стресогенний чинник. Ступінь впливу хвороби визначається прогнозом, зміною життєвої ситуації хворого, сукупністю соматичного дистресу [1, 2]. Про високий рівень психічного травмування пацієнтів свідчить поширеність психічних розладів неспсихотичного та психотичного реєстрів [3–6].

Психосоціальними наслідками соматичної патології є виключення з активного професійного та соціального життя, стигматизація хворих [7, 8]. Окрему групу медико-психологічних проблем становить прихильність пацієнтів до лікування. У практиці лікарів трапляються випадки відмови від лікування, зниження суб'єктивної перспективи терапії, звернення до нетрадиційної медицини, що має негативні наслідки для хворого. Відповідно, важливим завданням медико-психологічної допомоги стає психокорекція емоційної, когнітивної та поведінкової сфер з метою адаптації хворого до лікування [9–11].

Мета – виявити закономірності психологічного реагування та клініко-психологічні феномени у пацієнтів із тяжкими соматичними захворюваннями.

Матеріали та методи дослідження

На основі інформованої згоди в дослідженні взяли участь 422 онкологічні пацієнти, з яких 80 хворих перебували на етапі діагностики, 187 опитуваних проходили первинну та 155 осіб – повторну терапію у зв'язку з прогресуванням онкопатології.

Комплексне обстеження включало застосування клініко-психологічного, психодіагностичного і статистичного методів дослідження. Клініко-психологічний метод застосовували у вигляді структурованого інтерв'ю з метою клінічної оцінки психологічних феноменів та патернів у лікувальній взаємодії у пацієнтів.

Результати та їх обговорення

Додіагностичний етап визначався періодом від появи перших симптомів захворювання до звернення

за медичною допомогою. Виділення додіагностичного етапу обумовлювалося важливістю раннього звернення за медичною допомогою, що покращувало шанси хворих на більш позитивний результат лікування, а також значимую роллю психологічних реакцій особистості в цьому періоді для розвитку психологічної адаптації і прогнозування поведінки протягом лікування, психопрофілактики та психокорекції.

Нозогенний стрес може спричиняти зростання психологічного напруження, тривалий період незвернення за медичною допомогою, формування ірраціональних уявлень у зв'язку із захворюванням на психоемоційно нестабільному фоні та їх подальше закріплення у лікувальному процесі. Клініко-психологічний феномен, що це описує, називають «затримане лікування».

Перебування у довготривалому періоді хронічного чи наявності гострого психічного стресу підвищувало ризик виникнення клінічно виражених психічних зрушень та більш пізнього візиту до лікаря. Висока стресостійкість та вміння організовувати свою діяльність в умовах психічної напруги, в тому числі ефективного переживання хвороби, навпаки, зменшували час зволікання.

Усвідомлення негативних наслідків захворювання лежало в основі нозогенно-психогенного чинника, що на психологічному рівні представлений донозологічними психозадаптивними станами, а на психічному – психопатологічними синдромами афективного та невротичного реєстрів.

Для хворих, не залежно від етапу лікування, стресом був сам факт діагностування хвороби та госпіталізації до стаціонару, зіткнення з медичною обстановкою та процедурами, взаємодія з іншими пацієнтами.

Пацієнти на діагностичному етапі, які з великою ймовірністю знали, що мають тяжке захворювання, однак очікували на вирішення питання щодо стадії хвороби та тактики лікування і, відповідно, прогнозу, становлять окрему групу. Основним психопатогенним чинником була невизначеність, що викликала внутрішню

напругу, страх, зміни настрою, дратівливість, психічне виснаження. Страхи хворих зосереджувалися на факті підтвердження складного діагнозу, болю та страждання, які спричиняє хвороба, травматичному лікуванні, наслідках лікування, втраті працездатності та здатності до самообслуговування при прогресуванні хвороби, смерті, соціальній стигматизації. На цьому етапі лікування у порушенні психологічної адаптації психогенна реакція на нозогенний стрес відігравала таку ж важливу роль, як і погіршення фізичного здоров'я.

Хворі на діагностичному етапі були виключені з соціальної взаємодії внаслідок необхідності медичного обстеження та підготовки до лікування, коло їх спілкування часто звужувалося до сім'ї та медичних працівників. Пацієнти були дуже вразливими до ставлення та дій оточуючих, потребували підтримки з боку сім'ї. Найгострішою на цьому етапі була потреба в психоемоційній підтримці, інформації стосовно хвороби та її лікування, визначенні тактики реагування та поведінки в ситуації хвороби.

Пацієнти, які отримували лікування вперше, переживали виражений психічний стрес у зв'язку із терапією, яка потенційно супроводжувалася суттєвими побічними ефектами і знижувала якість життя. Первинні хворі відчували нестачу інформації щодо захворювання, лікування, у них був відсутній досвід протидії подібній стресовій ситуації.

Переживання хворих, які очікували на хірургічне лікування, були прив'язані до запланованого оперативного втручання, післяопераційного самопочуття та наслідків операції. Власне високі показники тривоги у цій групі опитуваних значною мірою обумовлювалися передопераційною тривожністю, «операційними» страхами та очікуванням післяопераційного статусу.

Пацієнтів, які мали отримати комбіновану чи комплексну терапію, турбувало розширення лікувальних заходів, що асоціювалося з гіршим прогнозом та більшими психічними, фізичними та матеріальними затратами.

Нозоасоційовані страхи включали 2 кластери:

- нозофобії, пов'язані безпосередньо з захворюванням та його лікуванням: страх лікарів, медичних закладів, хіміотерапії, променевої терапії, операції, болю, рецидиву, смерті, втрати жіночності, косметичного дефекту, втрати привабливості, втрати статевих відмінностей, втрати здатності до народження дітей;
- соціофобії, обумовлені соціальними наслідками хвороби: страх насмішок, незручності, самотності, втрати людської гідності, втрати партнера, ізоляції, прийняття підлеглої ролі, втрати контролю, невідомості, витрат.

Хворим із тяжкими соматичними захворюваннями був властивий ряд клініко-психологічних феноменів, які відображали особливості переживання хвороби та лікування:

- феномен «поділу життя» відображав різку зміну психологічного стану людини, що розділяла її життя на до та після встановлення загрозливого для життя діагнозу;
- феномен «сортеру» базувався на селективності сприйняття психотравмуючої інформації, захисних механізмах витіснення, заперечення;

- феномен «нового початку» завершав етап первинного лікування і полягав у зростанні позитивних очікувань щодо терапії, надії на подолання чи тривале стримування хвороби;
- враховуючи прогресуючий перебіг патології постійно виникали ситуації погіршення та покращення стану на фоні лікування, що формувало «ефект маятника» – коливання психоемоційного стану від «полюсу надії» до «полюсу розпачу»;
- феномен «екстерналізації психічної напруги» відображав зменшення внутрішнього напруження шляхом винесення причини його виникнення поза межі власного «Я», у формі списування погіршення стану на побічну дію препаратів, «невірно» вибрану тактику лікування, некомпетентність медперсоналу;
- суть феномену «індукції» полягала у формуванні співзалежності психоемоційного стану у діаді «хворий – родич»;
- феномен «децентралізації» включав концентрування уваги на вторинних, менш значимих ознаках хвороби (покращенні лабораторних показників, зменшенні симптомів захворювання на фоні лікування, без врахування загальної клінічної картини прогресування патології).

Пацієнти, госпіталізовані повторно, переживали повторну психологічну травму. У цій групі хворих спостерігалось наростання фізичного нездоров'я та зниження працездатності. Позитивним виявилось те, що пацієнти були більш інформовані щодо свого захворювання та методів лікування, мали досвід психологічної протидії впливу захворювання, формували практично-орієнтовані стратегії вирішення проблем.

Термінальний стан захворювання характеризувався високим рівнем напруження, мінливістю, прогресивним погіршенням, невідворотністю наслідків та невідконтрольністю ситуації, виснаженням фізичного та психічного ресурсу, вітальним характером переживань.

Виявлені клініко-психологічні феномени та закономірності психологічного реагування на нозогенний стрес потребують розробки медико-психологічних заходів, спрямованих на адаптацію пацієнтів до ситуації хвороби та її лікування.

Висновки

Розробка та впровадження у клінічну практику заходів медико-психологічної допомоги дозволить покращити психоемоційний стан пацієнтів, посилити їх навики протидії нозогенному стресу внаслідок корекції ірраціональних уявлень щодо захворювання, неадаптивних особистісних та поведінкових патернів, гармонізувати міжособистісні стосунки з сім'єю, покращити психосоціальну адаптацію, сформувані ефективні стратегії поведінки під час лікувального процесу.

Список використаної літератури

1. Маркова М. В., Піонтовська О. В. Комплексна система медико-психологічної допомоги у дитячій онкології: обґрунтування, зміст, ефективність. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2014. Вип. 1-2. С. 95–115.
2. Dobson C. M., Russel A. J., Rubin G. P. Patient delay in cancer diagnosis: what do we really mean and can we be more specific? *BMC Health Services Res.* 2014. Vol. 14, issue 1. P. 387–393.
3. Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study // T. Yamauchi,

- M. Inagaki, N. Yonemoto [et al.] // *Psycho-oncology*. 2014. Vol. 23, issue 9. P. 1034–1041. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3529>.
4. Post-traumatic stress symptoms in cancer survivors: relationship to the impact of cancer scale and other associated risk factors // E. E. Hahn, R. D. Hays, K. L. Kahn [et al.] // *Psycho-oncology*. 2015. Vol. 24, issue 6. P. 643–652. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3623>.
5. Отрошенко Н. П., Отрошенко І. П., Отрошенко П. А. Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих. *Психічне здоров'я*. 2015. №1 (46). С. 20–24.
6. Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer / M. Kulpa, M. Kosowicz, B. J. Stypula-Ciuba [et al.] // *Przegląd gastroenterologiczny*. 2014. Vol. 9, issue. 3. P. 329–335. DOI: <https://doi.org/10.5114/pg.2014.47895>.
7. Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer / H. Faller, J. Weis, U. Koch [et al.] // *Journal of psychosomatic research*. 2015. Vol. 81. P. 24–30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.004>.
8. Social outcomes in adult survivors of childhood cancer compared to the general population: linkage of a cohort with population registers / A. Font-Gonzalez, E. L. Feijen, E. Sieswerda [et al.] // *Psycho-oncology*. 2016. Vol. 25, issue 8. P. 933–941. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4040>.
9. Web-based cognitive training for breast cancer survivors with cognitive complaints-a randomized controlled trial / M. F. Damholdt, M. Mehlsen, M. S. O'Toole [et al.] // *Psycho-oncology*. 2016. Vol. 25, issue 11. P. 1293–1300. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4058>.
10. Results of a psychooncological group intervention in male cancer patients aged 60 years or older / G. Schneider, B. Kropff, M. Unrath [et al.] // *Z Psychosom Med Psychother*. 2016. Vol. 62, issue 4. P. 336–352. DOI: <https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.4.336>.
11. Psychological intervention targeting distress for cancer patients: a meta-analytic study investigating uptake and adherence / R. Brebach, L. Sharpe, D. S. Costa [et al.] // *Psycho-oncology*. 2016. Vol. 25, issue 8. P. 882–890. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4099>.
2. Dobson, C. M., Russell, A. J., & Rubin, G. P. (2014). Patient delay in cancer diagnosis: what do we really mean and can we be more specific? *BMC health services research*, 14, 387. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-387>
3. Yamauchi, T., Inagaki, M., Yonemoto, N., Iwasaki, M., Inoue, M., Akechi, T., Iso, H., Tsugane, S., & JPHC Study Group (2014). Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psycho-oncology*, 23(9), 1034–1041. <https://doi.org/10.1002/pon.3529>
4. Hahn, E. E., Hays, R. D., Kahn, K. L., Litwin, M. S., & Ganz, P. A. (2015). Post-traumatic stress symptoms in cancer survivors: relationship to the impact of cancer scale and other associated risk factors. *Psycho-oncology*, 24(6), 643–652. <https://doi.org/10.1002/pon.3623>
5. Otroshchenko, N. P., Otroshchenko I. P., & Otroshchenko, P. A. (2015). Osoblyvosti netsyrkuliarnykh depresii u onkologichnykh khvorykh [Specification of non-circular depression patients with cancer]. *Mental health*, (1), 20–24. (In Ukrainian).
6. Kulpa, M., Kosowicz, M., Stypula-Ciuba, B. J., & Kazalska, D. (2014). Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer. *Przegląd gastroenterologiczny*, 9(6), 329–335. <https://doi.org/10.5114/pg.2014.47895>
7. Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., ... Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of psychosomatic research*, 81, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.004>
8. Font-Gonzalez, A., Feijen, E. L., Sieswerda, E., van Dulmen-den Broeder, E., Grootenhuys, M., Maurice-Stam, H., ... Kremer, L. (2016). Social outcomes in adult survivors of childhood cancer compared to the general population: linkage of a cohort with population registers. *Psycho-oncology*, 25(8), 933–941. <https://doi.org/10.1002/pon.4040>
9. Damholdt, M. F., Mehlsen, M., O'Toole, M. S., Andreassen, R. K., Pedersen, A. D., & Zachariae, R. (2016). Web-based cognitive training for breast cancer survivors with cognitive complaints-a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 25(11), 1293–1300. <https://doi.org/10.1002/pon.4058>
10. Schneider, G., Kropff, B., Unrath, M., Floeth, S., Semjonow, A., & Doering, S. (2016). Ergebnisse einer psychoonkologischen Gruppenintervention bei männlichen Krebspatienten ab 60 Jahren – eine randomisierte kontrollierte Studie [Results of a psychooncological group intervention in male cancer patients aged 60 years or older]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62(4), 336–352. <https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.4.336>
11. Brebach, R., Sharpe, L., Costa, D. S., Rhodes, P., & Butow, P. (2016). Psychological intervention targeting distress for cancer patients: a meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psycho-oncology*, 25(8), 882–890. <https://doi.org/10.1002/pon.4099>

References

1. Markova, M. V., & Piontkovska, O. V. (2014). Kompleksna systema medyko-psykholohichnoi dopomohy u dytiachii onkolohii: obgruntuvannia, zmist, efektyvnist [Comprehensive system of medical and psychological care in pediatric oncology: rationale, content, effectiveness]. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (1–2), 95–115. Retrieved from <https://periodicals.karazin.ua/psychotherapy/article/view/1419> (In Ukrainian).

Відомості про авторів:

МУХАРОВСЬКА Інна Романівна, д-р мед. наук, доцент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: mukharovska.i@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8487-0497>
МАРКОВА Маріанна Владиславівна, д-р мед. наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: mariannochka1@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>
КРИВОНІС Тамара Григорівна, канд. мед. наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: tamarakr@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6060-7152>

Сведения об авторах:

МУХАРОВСКАЯ Инна Романовна, д-р мед. наук, доцент кафедры медицинской психологии, психосоматической медицины и психотерапии, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: mukharovska.i@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8487-0497>
МАРКОВА Марианна Владиславовна, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: mariannochka1@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>
КРИВОНОС Тамара Григорьевна, канд. мед. наук, доцент кафедры медицинской психологии и психиатрии с курсом последипломного образования, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина; e-mail: tamarakr@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6060-7152>

About the Authors:

MUKHAROVSKA Inna Romanivna, MD, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: mukharovska.i@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8487-0497>
MARKOVA Marianna Vladyslavivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka1@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>
KRYVONIS Tamara Hryhorivna, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Medical Psychology and Psychiatry with a postgraduate course, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: tamarakr@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6060-7152>