

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ



КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ
СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ



KYIV JOURNAL
OF MODERN PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY

КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

KYIV JOURNAL
OF MODERN PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY

№ 2, 2021

Засновник: Київський інститут сучасної психології та психотерапії

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
Серія KB 23767-13607P від 14.02.2019 р.

Рецензенти:

Л.Ф. Бурлачук – доктор психологічних наук, професор, дійсний член АПН України, проректор з наукової та навчально-методичної роботи Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна.

О.М. Кокун – доктор психологічних наук, професор, член-кор. НАПН України, заступник директора з науково-інноваційної роботи Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України.

*Друкується за ухвалою Вченої ради
Київського інституту сучасної психології та психотерапії
(протокол №2 від 21 жовтня 2021 року)*

Головний редактор:

Завязкіна Наталія Володимирівна (Natalia Zaviazkina), доктор психологічних наук, доцент, перший проректор Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5565-8959>
E-mail: nmuz@ukr.net

Члени редакційної колегії:

Бурлака Віктор (Viktor Burlaka), PhD, асистент професора університету Уейна, Детроїт, США
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0204-6454>
E-mail: gs4906@wayne.edu

Брюховецька Олександра (Brukhovetska Oleksandra), доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри психології та особистісного розвитку Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4884-2878>
E-mail: ciparisab011@gmail.com

Виноградов Олександр Геннадійович (Olexander Vinogradov), кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1250-3863>
E-mail: a.g.vinogradov@knu.ua

Дворяк Сергій Васильович (Sergii Dvoriak), доктор медичних наук, професор кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці, соціальних відносин і туризму, головний дослідник Українського інституту політики громадського здоров'я, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0032-5417>
E-mail: dvoryak@uiphp.org.ua

Карачевський Андрій Борисович (Andriy Karachevskyy), кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4610-4887>
E-mail: karachevskyy@gmail.com

Клочко Алла Олексіївна (Alla Klochko), кандидат педагогічних наук, доцент, головний науковий співробітник наукового центру дистанційного навчання, національний університет оборони України імені Івана Черняхівського
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6631-2638>
E-mail: klochko_alla@ukr.net

Маркопулос Георгій (Georgios Markopoulos), Phd, старший викладач психології університету Бат Спа, Бат, Англія
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-7003>
E-mail: g.markopoulos@bathspa.ac.uk

Пилягіна Галина Яківна (Galyna Pyliagina), доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0169-1256>
E-mail: gpil.doctor@gmail.com

Координатор:

Карамушка Тарас Вікторович (Taras Karamushka), кандидат психологічних наук
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-8327>
E-mail: tkarama90@gmail.com

ЗМІСТ

Bilous, O., Karamushka, T., Shykovets, S. Psychological features of interaction with cancer patients and their relatives during the treatment process	5
Котенко А. Особливості депресивних розладів серед осіб різних статей (літературний огляд)	16
Лисенко І. Динаміка патопсихологічних симптомокомплексів особистості при зловживанні опіоїдами	28
Лисюк А. Сучасний стан проблеми депресивних розладів з урахуванням клінічних та соціальних особливостей	50
Соболта Ю. До питання про наслідки перенесеного стресу учасників бойових дій: профілі соматизації	64
Погуляєва О. Соціально-психологічний клімат в колективі в умовах віддаленої роботи	79

Oleksandr Bilous
Taras Karamushka
Sergii Shykovets

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF INTERACTION WITH CANCER PATIENTS AND THEIR RELATIVES DURING THE TREATMENT PROCESS

Bilous, O., Karamushka, T., Shykovets, S. Psychological features of interaction with cancer patients and their relatives during the treatment process. Interaction with a cancer patient requires professional psychological and communication skills from the doctor and includes an understanding of the patient's mental state, the manifestation of empathy and adequate information about the disease. The work of a medical psychologist in an oncological clinic, based on various and individual psychotherapeutic psychocorrectional methods, helps patients and their relatives overcome the negative behavioral and emotional consequences of the disease. The need to take into account the patient's adherence to treatment is especially acute in oncology. This requires the doctor to have special communication skills with patients, that can be provided to him by a medical psychologist. Characterization of these features was the purpose of the article. This is also the novelty of the article. The main points of the article are to highlight the new methods used by a medical psychologist to provide psychological support for the diagnosis and treatment of cancer patients. These methods also focus the doctor's attention on the treatment being performed and the responsibility for its outcome. In this case, the psychological side of the disease: the personality of the patient himself, his experiences and psychoemotional state influencing the treatment are taken into account by the doctor to a lesser extent. The results of the completed research point out that interaction with a cancer patient requires professional psychological and communication skills from the doctor. Effective interaction between an oncologist and a patient includes an understanding of the feelings and mental state of a cancer patient, the manifestation of empathy and adequate information about the disease. For the effective implementation of psychological assistance, a medical psychologist needs to know the specifics of the mental states of cancer patients and the patterns of their course. A medical psychologist uses in his work a variety of psychotherapeutic and psychocorrectional methods that are selected for each patient individually after a preliminary conversation and clinical and psychological diagnostics of the mental state. The work of a psychologist in an oncological clinic helps patients and their relatives overcome the negative behavioral and emotional consequences of the disease.

Key words: cancer patients, multidisciplinary approach, medical psychology, oncology.

Білоус О., Карамушка Т., Шиковець С. Психологічні особливості взаємодії з онкологічними хворими та їх родичами під час процесу лікування. Взаємодія з онкологічним хворим вимагає від лікаря професійних психологічних, комунікативних навичок і включає в себе розуміння психічного стану хворого, прояв емпатії і адекватне інформування про хвороби. Робота медичного психолога в онкологічній клініці заснована на різноманітних і індивідуальних психотерапевтичних та психокорекційних методах, сприяє подоланню хворими та їхніми родичами негативних поведінкових і емоційних наслідків захворювання. Необхідність врахування схильності пацієнта до лікування особливо гостра в онкології. Це вимагає від лікаря володіти особливими комунікативними навичками взаємодії з пацієнтами, якими його може забезпечити медичний психолог. Характеристика даних особливостей стала метою статті. У цьому також полягає новизна статті. Основні пункти статті полягають у висвітленні нових методів, якими оперує медичний психолог для здійснення психологічного супроводу процесів діагностики та лікування онкологічних хворих. Ці методи також зосереджують увагу лікаря на лікуванні, яке проводиться, та відповідальності за його результат. У цьому випадку при психологічному супроводі потрібно враховувати особистість самого пацієнта, його переживання та психоемоційний стан, що впливають на лікування, проте враховуються лікарем у меншій мірі. Результати проведеного дослідження вказують на те, що взаємодія з онкохворим вимагає від лікаря професійних

психологічних та комунікативних навичок. Ефективна взаємодія онколога та пацієнта включає розуміння почуттів та психічного стану онкологічного пацієнта, прояв емпатії та адекватну інформацію про захворювання. Для ефективного здійснення психологічної допомоги лікар повинен знати особливості психічного стану онкологічних хворих та закономірності їх перебігу. Медичний психолог використовує у своїй роботі різноманітні психотерапевтичні та психокорекційні методи, які підбираються для кожного пацієнта індивідуально після попередньої бесіди та клініко-психологічної діагностики психічного стану. Робота психолога в онкологічній клініці допомагає пацієнтам та їх родичам подолати негативні поведінкові та емоційні наслідки захворювання.

Ключові слова: онкологічні хворі, мультидисциплінарний підхід, медична психологія, онкологія.

Белоус А., Карамушка Т., Шиковець С. Психологические особенности взаимодействия с онкологическими больными и их родственниками в процессе лечения. Взаимодействие с онкологическим больным требует от врача профессиональных психологических, коммуникативных навыков и включает в себя понимание психического состояния больного, проявление эмпатии и адекватное информирование о болезни. Работа медицинского психолога в онкологической клинике, основанная на разнообразных и индивидуальных психотерапевтических и психокоррекционных методах, способствует преодолению больными и их родственниками отрицательных поведенческих и эмоциональных последствий заболевания. Особенно остро необходимость учитывать приверженность пациента к лечению стоит в онкологии. Это требует от врача обладать особыми коммуникативными навыками взаимодействия с пациентами, которым его может обеспечить медицинский психолог. Характеристика данных особенностей стала целью статьи. В этом также заключается новизна статьи. Основные положения статьи заключаются в освещении новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических больных, акцентируя внимание врача на проводимом лечении и ответственности за его результат. В этом случае психологическая сторона заболевания: личность самого пациента, его переживания и психоэмоциональное состояние, влияющие на лечение, - учитываются врачом в меньшей степени. Результаты проведенного исследования указывают на то, что взаимодействие с больным раком требует от врача профессиональных психологических и коммуникативных навыков. Эффективное взаимодействие онколога и пациента включает понимание чувств и психического состояния больного раком, проявление эмпатии и адекватную информацию о заболевании. Для эффективного оказания психологической помощи медицинскому психологу необходимо знать специфику психических состояний онкобольных и закономерности их течения. Медицинский психолог использует в своей работе различные психотерапевтические и психокоррекционные методы, которые подбираются для каждого пациента индивидуально после предварительной беседы и клиничко-психологической диагностики психического состояния. Работа психолога в онкологической клинике помогает пациентам и их родственникам преодолевать негативные поведенческие и эмоциональные последствия болезни.

Ключевые слова: онкологические больные, мультидисциплинарный подход, медицинская психология, онкология.

Introduction. Recently, in medicine, the problem of patient adherence to treatment - compliance (from the English compliance - consent) is extremely urgent and has a major impact on both the effectiveness of therapy and the patient's quality of life (Elfimova, 2009; Novik & Ionova, 2002; Semiglazova et. al., 2015; Semiglazova et. al., 2013; Karickij et. al., 2015; Semke et. al., 2008; Tarabrina et. al., 2010; Tkachenko, Sedrakyan & Arutyunov, 2010; Holland & Watson, 2013; Chulkova et. al., 2012; Cumming, 1991).

The need to take into account the patient's adherence to treatment is especially acute in oncology. It became **the goal of the article**. The main points of the article are to highlight the new methods used by a medical psychologist to provide psychological support for the diagnosis and treatment of cancer patients. These methods also focus the doctor's attention on the treatment being

performed and the responsibility for its outcome. In this case, the psychological side of the disease: the personality of the patient himself, his experiences and psychoemotional state, influencing the treatment, are taken into account by the doctor lesser (Thome, Bultz & Baile, 2005).

Results. In the course of the treatment, the doctor directly enters into psychological interaction with the patient. In cancer, this interaction, even more than in any other, is important for the patient's treatment and his/her adaptation to the disease. The doctor turns out to be exactly the person who can most competently and most adequately helps the patient to exist in a situation of illness. The patient's life itself largely depends on the doctor's words and actions. According to a study aimed at identifying the social and psychological needs of the cancer patients, the most effective measures were to improve communication between a doctor and a patient, and only then - psychotherapeutic and psychological counseling, and the use of psychopharmacological drugs is in the third place (Holland & Watson, 2013). Thus, psychologically competent professional interaction with the patient is required from the oncologist. Lack of professional training for communicative activity, which is an integral part of the work of any doctor, creates a number of difficulties in relationships with cancer patients.

The doctor-patient relationship is asymmetric. If the patient's position is unique, often critical, then for the doctor, the relationship with this patient is one of the many relationships with patients with whom he simultaneously has to interact during their treatment. The difficulty for the doctor is the need to create an individual relationship with each patient, but at the same time he should not proceed from his personal preferences and assessments, but be guided by the implementation of the goal of his professional activity. Such relationships affect not only the patient's emotional state, but also the doctor himself contributing to his emotional burnout (Chulkova et. al., 2012).

In a situation of conditionally «dysfunctional» psychological interaction with a patient, a doctor from a professional position can move into the sphere of personal relationships. That is, while engaging in professional activities, a doctor does not use professional communication skills and abilities, but the usual skills of communication with people that he uses in his daily life.

The shift from a professional position to the sphere of personal relationships increases emotional tension in the interaction of a doctor with a cancer patient, and a basis for conflict appears (Chulkova et. al., 2012).

The solution to these problems lies in the doctor's awareness of his/her professional position and in the desire for a conscious relationship with the patient.

Several factors underlie the effective interaction of a doctor with an oncological patient, which influences the patient's mental and physical well-being and determines his attitude to illness and treatment.

Understanding the feelings and mental state of a cancer patient

An oncologist, when interacting with a cancer patient, needs to understand and take into account the situation of cancer. When a malignant tumor is diagnosed in a person, the "illusion of immortality" is destroyed, a real threat to life arises, and the fear of death is the core of the experience of a cancer patient.

In this regard, he/she is destroying the usual picture of the world, which contains the ideas and beliefs of a person about himself and the world around him, developing during his life and consciously, and more often unconsciously, responding to the need to live in a world safe for him. In other words, information about an oncological disease destroys the patient's safe existence. At the same time, he feels the loss of control over the situation, illness, treatment and life in general, with an uncertain future. From the standpoint of clinical psychology (Cumming, 1991) the situation of oncological disease can be characterized not just as stressful, but as an extreme or crisis situation, which are characterized by super strong extreme experiences. It is precisely the extreme experience of an oncological patient that creates the threat of his mental trauma, one of the manifestations of which is post-traumatic stress disorder, which is observed in about a fifth of all cancer patients (Chulkova et. al., 2012).

The clinical presentation of post-traumatic stress disorder in cancer patients may include the following:

- obsessive recurring dreams about events associated with the disease; any pain or other physical sensations incomprehensible to the patient cause him neurotic and psychosomatic symptoms, which symbolize for the patient a relapse of the disease, the manifestation of metastases;
- the patient cannot talk about his illness; a meeting with the specialists who treated him causes tears; the patient expresses a desire to «forget everything», while he is inclined to isolate himself from other people, does not see a life perspective;
- difficulty falling asleep, irritability and outbursts of anger; difficulty concentrating, increased alertness (Tarabrina et al., 2010).

Showing empathy (empathy and compassion, non-judgmental attitude)

The situation of an oncological disease is filled with agonizing and super-strong experiences of the patient, which require tremendous mental work to resolve existential and other psychological problems that have arisen or become relevant in connection with the disease. An oncologist in his professional activity has to interact not with an ordinary patient, but with a deeply suffering patient who needs emotional support, which becomes possible if the doctor has empathy, which is one of the main communicative qualities of a doctor.

Empathy can be defined as the ability to «put yourself in the shoes of another». Unlike sympathy and antipathy, which are value judgments in relation to another person (like or dislike), empathy is a non-judgmental attitude: the doctor sees, understands the emotions and reactions of

the patient in the situation of the disease, but does not evaluate whether they are good or bad, whether he likes it or not. Empathy allows the doctor not only to understand better the sick person, his thoughts, feelings, desires, but also to show him that the doctor understands him and sympathizes with him. Empathy allows the doctor to see and understand not only the externally manifested behavior of the patient, but also his internal state, which is clearly not manifested. It can be expressed both verbal and non-verbal.

Adequate information about the disease (examination, diagnosis, treatment, possible complications of treatment, further life in the conditions of the disease)

The most important aspect of interaction between a doctor and a cancer patient is informing the patient; especially in cases where the patient really wants to have information about the disease. The availability of sufficient information helps the patient to form an adequate attitude to the disease. Scant information about the disease (for example, the patient is only told the diagnosis), avoiding questions about the treatment and the patient's condition, increases his/her anxiety, gives rise to fears and can create or intensify the symptoms of the disease. According to our data (Tkachenko, Sedrakyan & Arutyunov, 2010), almost all patients recognize the leading role of the doctor in treatment - this is a sign that patients themselves do not control the situation of the disease and treatment. The doctor, providing the patient with adequate information not only about the diagnosis, but also discussing the treatment plan with him, informing him about the goals of the studies and procedures, creates in the patient the feeling that the patient himself participates in the treatment and thereby controls the situation to some extent. All this contributes to the awareness of cancer patients of their motives for recovery and the formation of his responsible attitude to treatment and to his life, and makes him feel his strength and his significance in solving vital problems for him.

Psychological methods of therapy for cancer patients

Numerous foreign and domestic studies indicate the positive influence of psychological methods of therapy on improving the emotional state of patients, slowing down the progression of the disease, and improving their quality of life (Karickij et al., 2015; Semke et al., 2008; Tarabrina et al., 2010; Tkachenko, Sedrakyan & Arutyunov, 2010; Holland & Watson, 2013; Chulkova et al., 2012; Cumming, 1991; Thome, Bultz & Baile, 2005).

Despite this, some oncologists still underestimate the role of the psychologist in the treatment of patients, often not paying attention to their psychological problems. The content of psychological assistance is to provide emotional, semantic and existential support for the patient and his family members in a crisis the situation caused by the oncological crisis.

Psychological assistance is aimed at patient acceptance of the disease, adaptation to it and the development of appropriate behavioral models (Novik & Ionova, 2002). Thus, psychological assistance is aimed at improving the patient's quality of life.

Making an oncological diagnosis, in a specialized clinic, treatment accompanied by a traumatic operation, possible subsequent disability with the ensuing consequences in the family and professional spheres are the hardest stress for any person.

In response to a stressful situation, most patients develop psychogenic reactions. The formation of psychogenic reactions is played by the attitude of a person and his immediate environment to the disease. The severity of reactions depends on many factors: age, gender, personality traits, social status of the patient, as well as on the timeliness of the provision of psychological assistance. If, after treatment, the patient's emotional state interferes with adaptation to new conditions of functioning and vital activity of the organism, worsens the quality of his life, affecting physical and material well-being, on relationships with other people (at work, with relatives, children), on social activity, personal (career) growth, rest - patients remain in a state of chronic emotional stress. Based on the foregoing, it can be unequivocally stated that this category of patients is in dire need of psychological help and support.

As a rule, several natural stages are distinguished with their inherent clinical features: diagnostic, stage of admission to the hospital, preoperative stage, postoperative stage, discharge stage, follow-up stage (Semiglazova et al., 2015). At each of these stages, the goals and objectives of psychological assistance, as well as methods of work, are different.

During psychological work, it is advisable to use an integrated approach, including psychological diagnostics, psychological counseling and psychological correction (individual and group), as well as psychological assistance to the patient's family (family counseling).

The diagnostic stage is one of the most important in terms of the severity of reactions and, if possible, determines their further dynamics. At this stage, the patient for the first time is faced directly with the fact of suspicion or the presence of an oncological disease and the need to consent to examination and treatment. At this stage, the majority of patients (up to 90%) have anxiety-depressive disorders of severe and moderate severity, and some patients have acute shock reactions (Semke et al., 2008; Tkachenko, Sedrakyan & Arutyunov, 2010).

In the absence of timely psychological assistance to patients, individual manifestations of psychological distress (personal reactions) are transformed into stable mental states, which subsequently significantly worsen a person's mental health, lead to a deep deformation of the personality, which becomes an imprint on the entire system of his life (Tkachenko, Sedrakyan & Arutyunov, 2010).

The following psychocorrectional methods are used to reduce emotional disorders in patients and positively influence the patients' compliance with the further anticancer treatment regimen and increase their personal compliance: for individual correction, personality-oriented methods are used which include, first of all, persuasion. This method is applied to patients with a high level of intellectual development and those who are able to cope with the distress associated

with the disease alone or with little help. An indispensable condition is a deep knowledge of a psychologist in the field of oncology, close communication with oncologists for a joint discussion of issues related to the treatment of the disease (Chulkova et al., 2012).

At this stage, methods of cognitive therapy are effective, the main purpose of which is to change maladaptive beliefs about the disease and treatment, change dysfunctional behavior during the upcoming treatment (Sheena, 2015).

Upon admission to the hospital, there is a slight decrease in experiences, the patient gradually begins to adapt to a new life situation. At this stage, various factors, both positive and negative, influence the patient's psychological reactions (Thome, Bultz & Baile, 2005). The positive factors are the beginning of treatment, the attention of medical staff, examples of recovery from other patients. A negative factor is a separation from the family, a feeling of loneliness, stories of other patients about the unfavorable course of the disease, complications of treatment. The exchange of information, often distorted by rumors, among which negative (death during or after surgery, relapses of the disease) is especially difficult, which further suppresses the mood of patients.

Changes in the cognitive sphere, which include attention, mental flexibility, speed of information processes, visual memory, and motor functions, are closely related to emotional disorders. In patients, distress is associated with a decline in cognitive function, loss of concentration, and insomnia (Tarabrina et al., 2010).

The psychological work begun earlier continues and is aimed at reducing mental stress, correcting the anxiety-depressive state, and normalizing mood.

Art therapy, listening to specially selected music and sounds of nature in a state of muscle relaxation, binaural rhythms, Symbol Drama are successfully used to correct the depressive state. In the process of art therapy, a persons' attitude to their own traumatic experience, experiences, and the achieved psychotherapeutic effect is expressed in the ordering of psychosomatic processes. The objectivity of these data is confirmed by psychophysiological studies (Semiglazova et al., 2015; Karickij et al., 2015).

At this stage, positive visualization in a state of relaxation is recommended - listening to specially selected music and sounds of nature in a state of muscle relaxation (Nature Sound Therapy). This method is effective in relieving pain, fear, general tension, and improving sleep (Semiglazova et al., 2013).

Besides listening to the sounds of nature, it is also using binaural beats. These rhythms improve the functioning of the brain by helping to establish interhemispheric neural connections at the correct frequency. With the help of binaural rhythms, it becomes possible for the required period of time to form the necessary (therapeutically appropriate) brain activity in the patient, and

to induce the therapeutically expedient state of consciousness, which is the main characteristic of the proper interhemispheric activity (Semiglazova et al., 2015).

An effective psychotherapeutic method in assisting patients is Symbol Drama. An active emotional study of several symbols necessary for this particular person has a strong psychotherapeutic effect. The task of the psychologist is to find out which image is closer to the patient for working out his problem and which image will enable him to feel the resource (Novik & Ionova, 2002; Semiglazova et al., 2015).

In the preoperative period, the most serious traumatic factor is the anticipation of the operation itself. Before surgery, all patients, as a rule, have an increased level of anxiety, which is the norm in this case. Anxiety is known to play an essential role in preoperative stress. The very real risk of an unforeseen lethal outcome, the fear of "anesthesia", the fear of "not waking up", etc., put the patient in a special traumatic situation. At this stage, the importance of psychological work is undoubted. The main task of the psychologist is to change the patient's attitude to the upcoming operation and to accept the fact of the need for surgery as the only way to save life (Semiglazova et al., 2013; Karickij et al., 2015).

In the postoperative period, there is some relief of all the patient's experiences. At this stage, asthenic-depressive and anxiety-hypochondriacal syndromes prevail. In the consciousness of the patient, fear of complications, anxiety in connection with the consequences of the operation, and general physical fatigue come to the fore. The expectation of a histological conclusion, which determines the tactics of further treatment, causes special feelings. Of course, during this period, it is important to prepare psychologically the patient for further treatment, for which all the listed methods of psychotherapy are used (Semke et al., 2008; Tarabrina et al., 2010).

At the stage of discharge, significant psychopathological conditions, as a rule, are not observed. Occasionally, there are individual patients who experience high levels of anxiety and fear, which are associated with a lack of medical supervision in the home. During this period, the most important and fundamental factor contributing to the patient's favorable adaptation is a family support. Returning to the family can exacerbate the mental state if the behavior of loved ones does not meet the patient's expectations. With an inadequate attitude towards him, the patient is isolated from his family and a wider circle of contacts, his relations with people change, he finds himself in conditions of social deprivation. Therefore, an important aspect in the work of a psychologist is to provide assistance and support to the relatives and friends of the patient, who are also under stress and sometimes experience even greater experiences than the patient himself (Holland & Watson, 2013; Chulkova et al., 2012).

Studies related to the more distant dynamics of oncological disease distinguish two main options for patient adaptation: favorable and unfavorable. A favorable option is manifested in the case of early detection of a tumor and timely treatment without cosmetic and functional disorders,

which completed recovery. In this case, after a short recovery period, patients return to their previous way of life, showing no signs of neuropsychiatric disorders (Cumming, 1991; Thome, Bultz & Baile, 2005).

An unfavorable variant develops in the case of long-term treatment associated with severe complications, cosmetic defects (mutilation operations, alopecia (baldness) after chemotherapy, etc.), anatomical and functional disorders due to surgical intervention (Tkachenko, Sedrakyan & Arutyunov, 2010).

In the cases of severe mental disorders, a psychiatrist's consultation is necessary.

Psychological assistance to relatives of cancer patients

It is widely believed that relatives must maintain an outward calm and self-control in order to provide support to the patient. But this opinion is erroneous, because the patient understands the unnaturalness of this state, and loses confidence in loved ones. Often, relatives themselves are so scared that they constantly talk about the disease, look for information among friends, on the Internet, constantly ask doctors about possible complications of treatment, prognosis. This behavior further upsets the patient, and he loses the desire to fight the disease. The support of family members should be felt as calm, self-evident, based on faith in his recovery (Chulkova et al., 2012; Thome, Bultz & Baile, 2005).

Psychological assistance to relatives involves working with fears, changing attitudes towards the disease, and most importantly, switching the attention of both relatives and the patient himself (with the help of relatives) from the disease to everyday family concerns and affairs. The more the patient is involved in ordinary life, the calmer the treatment will be: the more constantly afraid of some global threat (death), it is better to pay attention to the observance of sleep and wakefulness, diet, walks, regular implementation of the doctor's recommendations, participation in feasible household chores, hobbies, gardening, etc. (Cumming, 1991).

It is important to be natural, to talk with the patient about his pains, fears, experiences, this is the only way to help and support the patient. The main thing is that the patient feels that loved ones are always there, helping together, step by step, to overcome the disease (Holland & Watson, 2013; Thome, Bultz & Baile, 2005).

For a patient, there is no better specialist to talk about what really bothers him/her than the doctor (Chulkova et al., 2012). Communication with the doctor at the reception affects the patient's moral state and his/her mood for recovery. But a doctor should provide psychological assistance only within the framework of his/her profession, correctly conducting a reception. For other issues, it is necessary to switch the patient to another specialist medical psychologist.

A medical psychologist is an obligatory member of a multidisciplinary team at all stages of diagnosis, treatment and rehabilitation of an oncological patient. Interaction with a cancer patient requires professional psychological and communication skills from a doctor and includes

an understanding of the patient's mental state, the manifestation of empathy and adequate information about the disease. A medical psychologist assists the doctor in obtaining this information and communication skills. Also, the work of a medical psychologist in an oncological clinic, based on various and individual psychotherapeutic and psychocorrectional methods, helps patients and their relatives to overcome the negative behavioral and emotional consequences of the disease.

Conclusion:

1. Interaction with a cancer patient requires professional psychological and communication skills from the doctor.

2. Effective interaction between an oncologist and a patient includes an understanding of the feelings and mental state of a cancer patient, the manifestation of empathy and adequate information about the disease.

3. For the effective implementation of psychological assistance, a medical psychologist needs to know the specifics of the mental states of cancer patients and the patterns of their course.

4. A medical psychologist uses in his work a variety of psychotherapeutic and psychocorrectional methods that are selected for each patient individually after a preliminary conversation and clinical and psychological diagnostics of the mental state.

5. The work of a psychologist in an oncological clinic helps the patients and their relatives overcome the negative behavioral and emotional consequences of the disease.

A medical psychologist is an obligatory member of a multidisciplinary team at all stages of diagnosis, treatment and rehabilitation of a cancer patient.

References

1. Elfimova E. V. (2009). Lichnost' i bolezni: «vnutrennyaya kartina bolezni», kachestvo zhizni i priverzhennost' [Personality and illness: the "inner picture of illness", quality of life and commitment], (11), 18–25. [in Russian].
2. Novik A. A. & Ionova T. I. (2002). Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine [Guidelines for Research on Quality of Life in Medicine], SPb.: Izdatel'skij dom «Neva», M.: «OLMA-PRESS Zvezdnyj mir». 320 s. [in Russian].
3. Semiglazova T. Yu., Karickij A. P., Chulkova V. A. & Vagajceva M. V. (2015). Kachestvo zhizni s tochki zreniya vracha i pacienta. MaterialY XIX Rossijskogo onkologicheskogo kongressa [Quality of life from the point of view of the doctor and the patient. Materials of the XIX Russian Congress of Oncology], M. [in Russian].
4. Semiglazova T. YU., Semiglazov V. V., Filatova L. V., Krivorot'ko P. V. & Kolar'kova V. V. (2013). Kachestvo zhizni — vazhnyj kriterij ehffektivnosti targetnoj terapii metastaticheskogo porazheniya skeleta pri rake molochnoj zhelezy [Quality of life is an important criterion for the effectiveness of targeted therapy of metastatic skeletal lesions in breast cancer]. Opukholi zhenskoj reproduktivnoj sistemy, (1–2), 17–22. [in Russian].
5. Karickij A. P., Chulkova V. A., Pestereva E. V. & Semiglazova T. YU. (2015). Reabilitaciya onkologicheskogo bol'nogo kak osnova povysheniya kachestva ego zhizni [Rehabilitation of a cancer patient as the basis for improving the quality of his life]. *Voprosy onkologii*, (2), 180–184. [in Russian].

6. Semke V. Ya., Chojnzonov E. L., Kupriyanova I. E. & Balackaya L. N. (2008). Razvitie sibirskoj psikhonkologii [Development of Siberian psycho-oncology], Tomsk: Izd-vo Tomskogo universiteta. 198 s. [in Russian].
7. Tarabrina N. V., Vorona O. V., Kurchakova M. S., Padun M. A. & Shatalova N. E. (2010). Onkopsikhologiya: posttravmaticheskij stress u bol'nykh rakom molochnoj zhelezy [Oncopsychology: post-traumatic stress in breast cancer patients], M: Izd-vo «Institut psikhologii RAN», 175 s. [in Russian].
8. Tkachenko G. A., Sedrakyan A. N. & Arutyunov S. D. (2010). Analiz ehmocional'nogo sostoyaniya bol'nykh zlokachestvennymi novoobrazovaniyami razlichnoj lokalizacii [Analysis of the emotional state of patients with malignant neoplasms of various localization]. *Palliativnaya medicina i reabilitaciya*, (2), 61–64. [in Russian].
9. Holland Dzh. & Watson M. (2013). Psycho-Oncology, Sbornik statej i materialov Mezhdunarodnoj shkoly psikhosocial'noj onkologii «Psikhosocial'nyj podkhod v klinicheskoy onkologii: ot nauki k praktike», 8–14. [in Russian].
10. Chulkova V. A., Komyakov I. P., Karelov A. E., Demin E. V. & Donskikh R. V. (2012). Ehemocional'noe vygoranie vrachej-onkologov i medicinskikh sester onkologicheskoy kliniki [Emotional burnout of oncologists and nurses of an oncology clinic]. *Uchebnoe posobie dlya vrachej-onkologov*, SPb.: Izd-vo GBOU VPO SZGMU im. I. I. Mechnikova, 30 s. [in Russian].
11. Cumming, K. M. (1991). Interaction strategies to improve compliance with medical regimens by ambulatory hemodialysis patients, *Journal of behavioral medicine*, 4 (1), 111–119.
12. Thome S. E., Bultz B. D. & Baile W. F. (2005). Is There a Cost to Poor Communication in Cancer Care?: A Critical Review of the Literature, *Psycho-Oncology: special issue: Patient — Professional Communication*, 14 (10), 875–884.
13. Sheena, D. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Patients With Cancer. *Journal of Advanced and Practical Oncology*, 6 (1), 54–56.
14. Speckens, A. (2020). Cost-utility of individual internet-based and face-to-face Mindfulness-Based Cognitive Therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in cancer patients, 29 (2), 294–303.
15. Wen-Ying, S. Ch. (2020). Digital interventions to facilitate patient-provider communication in cancer care: A systematic review, 29 (4), 591–603.

Відомості про авторів

Білоус Олександр, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Bilous, Oleksandr, PhD, Associate Professor, Department of General Psychology, Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9190-9751>

E-mail: bilousoleksandr76@gmail.com

Карамушка Тарас, кандидат психологічних наук, асистент кафедри соціальної роботи Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Karamushka, Taras, PhD, assistant Department of Social work, Kyiv National Taras Shevchenko University, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-8327>

E-mail: Tkarama90@gmail.com

Шиковець Сергій, аспірант факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Shykovets, Sergii, PhD student, Kyiv National Taras Shevchenko University, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1299-6434>

E-mail: shykovetss@ukr.net

Отримано 20 липня 2021 р.
Рецензовано 10 серпня 2021 р.
Прийнято 18 серпня 2021 р.

Анастасія Котенко

ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ОСІБ РІЗНИХ СТАТЕЙ (ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД)

Котенко А. Особливості депресивних розладів серед осіб різних статей (літературний огляд). У сучасній психіатричній практиці не виникає сумніву щодо актуальності теми депресивних розладів. За даними ВОЗ на депресію страждають більше 264 мільйонів осіб. Депресивні розлади призводять до значних негативних соціальних наслідків, в гіршому випадку – вкорочують життя осіб, що страждають від цієї хвороби.

У даній статті на основі аналізу спеціалізованої літератури висвітлено епідеміологічні дані, що стосуються депресивних розладів, приведено основні клінічні та психопатологічні відмінності перебігу депресивних розладів у осіб чоловічої та жіночої статі. Визначено особливості депресивної симптоматики серед осіб різного віку. У світлі приведених даних виникають питання щодо відсутності інформації про депресивні розлади у осіб юнацького та молодого віку, тобто найбільш потенційно працездатної категорії населення, та необхідності вивчення їх клінічних та статевих особливостей.

Ключові слова: Депресивні розлади, депресія, статеві відмінності, чоловіча стать, жіноча стать, вікові відмінності, дитячий вік, похилий вік, психопатологічні особливості.

Котенко А. Особенности депрессивных расстройств среди лиц разных полов (литературный обзор). В современной психиатрической практике не возникает сомнений в актуальности темы депрессивных расстройств. По данным ВОЗ депрессией страдают более 264 миллионов человек. Депрессивные расстройства ведут к значительным негативным социальным последствиям, в худшем случае – укорачивают жизнь лиц, страдающих от этой болезни.

В данной статье на основе анализа специализированной литературы освещены эпидемиологические данные, касающиеся депрессивных расстройств, приведены основные клинические и психопатологические различия течения депрессивных расстройств у лиц мужского и женского пола. Определены особенности депрессивной симптоматики среди лиц разного возраста. В свете приведенных данных возникают вопросы об отсутствии информации о депрессивных расстройствах у лиц юношеского и молодого возраста, то есть наиболее потенциально трудоспособной категории населения, и необходимости изучения их клинических и половых особенностей.

Ключевые слова: Депрессивные расстройства, депрессия, половые различия, мужской пол, женский пол, возрастные различия, детский возраст, пожилой возраст, психопатологические особенности.

Kotenko, A. Features of depressive disorders among people of different sexes (literature review). In a modern psychiatric practice, there is no doubt about the relevance of the topic of depressive disorders. According to the WHO, more than 264 million people suffer from depression. Depressive disorders lead to significant negative social consequences, in the worst case, shorten the life of those suffering from this disease.

In this article, based on the analysis of specialized literature, epidemiological data on depressive disorders are highlighted, the main clinical and psychopathological differences in the course of depressive disorders in males and females are presented. The features of depressive symptoms among people of different ages were determined. In the light of the above data, questions arise about the lack of information about depressive disorders in adolescents and young people, that is the most potentially able-bodied category of the population, and it needs to study their clinical and gender characteristics.

Keywords: Depressive disorders, depression, gender differences, male gender, female gender, age differences, child age, advanced age, psychopathological characteristics.

Вступ. Депресивні розлади займають значну частку в структурі афективних розладів і є одними з найрозповсюдженіших категорій психічної патології. Клінічна картина при даній нозології – це не лише симптоми зниженого настрою, при депресії страждають майже всі сфери психічної діяльності людини – емоційна, вольова, інтелектуальна, мотиваційна, що супроводжується вираженими порушеннями функцій органів та систем організму. Таким чином, часто депресивні розлади маскуються за різноманітними соматичними скаргами, змушуючи людей звертатися до лікарів різних профілів, безуспішно шукаючи причини поганого самопочуття. Депресивні розлади можуть виникати серед різних вікових груп людей: від дітей та підлітків до людей похилого віку. Депресивні розлади значною мірою впливають на соціальне функціонування людини, унеможливають нормальну життєдіяльність, являються причиною втрати працездатності, накладають соціально-економічний тягар.

Мета: аналіз клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів серед осіб різних статей шляхом аналізу літературних джерел.

Завдання:

1. Вивчення основних клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів та соціальної значущості, враховуючи їх статеві відмінності.
2. Визначення статевих особливостей депресивних розладів в залежності від віку.

Результати дослідження.

Епідеміологічні дані. За даними ВОЗ у світі більше 264 млн осіб різних вікових груп страждають на депресивні розлади (World Health Organization). Депресія відрізняється від звичайних змін настрою і короточасних емоційних реакцій на проблеми повсякденного життя. Щороку депресивні та тривожні розлади уражають більше третини населення (Гурович и др., 2010).

Враховуючи досвід інших країн, у наш час депресивні розлади можуть стати серйозною причиною порушення здоров'я, призводити не лише до слабкого функціонування у соціумі, зниження працездатності, а також спричиняти значні матеріальні збитки, що лягають на економіку країн (Kind, Sorenson, 1993; Murray et al., 1996; Kupfer, 1999; Angst et al., 2002).

Депресія значною мірою впливає на соціальне функціонування людини, знижуючи адаптаційні механізми. Так відомо, що частота порушень звичного способу життя у осіб з депресією коливається від 18,0% до 52,0% в залежності від перебігу захворювання (Wittchen, Jacobi, 2005). Людина, що страждає на депресію, не може задовольняти власні базові потреби, що негативно впливає на повсякденне життя, призводячи до зниження його

якості та страждань. Депресія спричиняє низку порушень соціального функціонування, що є тяжкими за хронічні соматичні хвороби (Sobocki et al., 2007).

За результатами досліджень, в яких вивчався взаємозв'язок коморбідності депресивних розладів із соматичною патологією, було показано, що у осіб, котрі страждали одним або декількома хронічними фізичними захворюваннями в середньому від 9,3% до 23,0% спостерігалася коморбідна депресія (Moussavi et al., 2007).

Згідно результатів досліджень депресивні розлади загалом найбільше уражають саме працездатне населення у віці близько 20 – 40 років, що призводить до значних соціальних та економічних наслідків, а розповсюдженість депресивних розладів серед населення складає 20,8 %. (Jacobi et al., 2005; Gorman, Sloan, 2000). За статистичним даними від 15 до 30 % депресій характеризуються затяжним перебігом, у кожного п'ятого пацієнта депресія затягується на 2 роки (Рахман, 2016). Найгіршим медико-соціальним прогнозом депресивних розладів є самогубство. Наміри щодо здійснення самогубства виявляють приблизно в 70 % хворих на депресивні розлади, а 10–15 % осіб, що страждають на депресію, завершують життя самогубством (Goodwin, Jamison, 1990).

Найбільш високі коефіцієнти смертності від самогубств відзначаються в Європейському регіоні ВОЗ (14,1 на 100 000 чоловік), а найнижчі в Східно-Середземноморському Регіоні ВОЗ (3,8 на 100 000 населення) (World Health Organization, 2016; World Health Statistics, 2018).

При депресії страждають практично всі сфери психічної діяльності людини — емоційна, інтелектуальна, волюва та мотиваційна, що виявляється як суб'єктивно в скаргах клієнта, так і об'єктивно — в зміні поведінки (Марута, Мінко, 2003).

Таким чином депресивні розлади тягнуть за собою значні медико-соціальні наслідки, включаючи схильність до рецидиву, резистентність, суїцидальну поведінку, зниження соціального функціонування та якості життя (Kornstein, 2000; Марута та ін., 2004).

Статеві особливості депресивних розладів. Згідно різних літературних джерел постають відомості, що жіноча стать має вищу схильність до депресивних розладів. Жінки в 2 рази частіше ніж чоловіки страждають на дані розлади (це стосується великого депресивного епізоду, дистимії та тривожних розладів) (Тювина, 2003). Вже з 15 річного віку відмічається вдвічі більший ризик розвитку даного розладу саме у дівчат (Silverstein et al., 2013). Зокрема, велику поширеність депресій у жінок пояснюють відмінностями у чоловіків і жінок в системах зворотного захоплення серотоніну. У жінок більше серотонінових рецепторів, що пов'язують серотонін, але нижчий рівень білка-переносника,

у чоловіків же вище рівень вільного, не пов'язаного з рецепторами, серотоніну, який знижує негативні наслідки стресів (Хроменко и др., 2015).

Зарубіжними дослідниками зроблено висновок про те, що велика частота депресивних розладів у жінок, а також особливості їх маніфестації, перебігу, діагностичних і прогностичних ознак обумовлені не тільки генотиповими, нейроморфофункціональними і гормональними відмінностями від таких у чоловіків, а й впливом соціальних, психологічних, культурально-релігійних факторів (Тювина и др., 2015; Осадший, 2019).

У деяких дослідженнях, навпаки, йдеться мова про те, що загалом симптоми депресії у чоловіків та жінок однакові, проте існують певні відмінності, що стосуються частоти депресивних епізодів: так у жінок вони тривають довше і повторюються частіше ніж у чоловіків (Seeman, 1997), в інших говориться про відсутність значимої різниці між перебігом депресивних розладів у жінок та чоловіків (Kornstein et al., 2000).

Якщо говорити про клініко-психопатологічні особливості депресій, то існують дослідження, що вказують на те, що атипова депресія, яка супроводжується соматичними симптомами, зустрічаються у жінок частіше за чоловіків (Halbreich, Kahl, 2007). Так при дослідженні близнюкових пар у жінок у більшій мірі була встановлена велика частота атипових симптомів: підвищення апетиту, збільшення маси тіла, гіперсомнія, стомлюваність; також у даних пацієнток відмічались ідеї самозвинувачення, плаксивість, добові коливання настрою, особливо з погіршенням у вранішні часи, загальмованість (Moskvina et al., 2008). У той же час у деяких дослідженнях зустрічається дещо відмінна картина: було встановлено, що атипові симптоми зустрічались лише в 11% випадків депресивних пацієнтів, а жінки переважали в групах як з атиповою так і типовою симптоматикою, тобто серед жінок не спостерігалось статистично значимої відмінності у переважанні атипової депресивної симптоматики (Leviton et al., 1997).

Можливо, при отриманні даних, що свідчать про переважання депресивних розладів серед представниць жіночої статі, мають місце гіподіагностика депресій у чоловіків та гіпердіагностика у жінок внаслідок різних факторів: жінки схильні частіше звертатися за допомогою (Blanco et al., 2012); розвиток депресивних розладів часто пов'язаний із соціально-психологічними, сімейними проблемами, про що жінки говорять охоче на відміну від чоловіків, які частіше приховують від лікаря і оточуючих свої емоції та переживання, вважаючи це проявом слабкості, натомість із хворобливими переживаннями вони намагаються впоратись самостійно, намагаючись повернути втрачений інтерес до життя, збільшуючи навантаження на роботі, займаючись екстремальними видами спорту, алкоголізуються, вдаються до вживання психоактивних речовин (Marcus et al., 2008).

Дослідниками, які вивчали особливості жіночих депресивних розладів, було зроблено припущення, що більш висока частота депресій у жінок пов'язана з їх особливим положенням у сім'ї та суспільстві, соціальною роллю, а також можливо пов'язана з суто жіночими соціально-психологічними і сімейними проблемами, такими як самотність, розлука, безпліддя, хвороби та неприємності в родині, у той час як у чоловіків депресія виникає частіше на фоні невдач, пов'язаних з професійною діяльністю (Тювина и др., 2017). Каталізатором розвитку депресії серед жінок часто стають вагітності (післяпологова депресія) та менопаузальний період (Goldstein et al., 2014).

У жінок при депресії частіше відзначаються симптоми неспокою, напади плачу, почуття безпорадності, самотності, суїцидальні ідеї, підвищений апетит і збільшення маси тіла, у них же частіше відзначаються різні болі в тілі та прояви зневіри (Kiveld, Pakkala, 1988; Young et al., 1990). У чоловіків до часто виникаючих симптомів, що не відповідають типовим діагностичним критеріям депресії у дорослих, відносяться: уповільнення рухів, бідність жестів, уповільнена мова, невербальна ворожість, ворожість як риса характеру (Kiveld, Pakkala, 1988; Katz et al., 1993; Fava et al., 1995; Angst et al., 2002). Також було визначено, що у чоловіків найбільший вплив на зниження рівня функціонування в цілому має тривога, а у жінок – апатія в поєднанні з тужливим афектом, депресивні жінки гірше за чоловіків слідували за своїм зовнішнім виглядом і були менш охайними, мали глибші порушення психоемоційного компоненту сексуальної поведінки (Степанов, Горячева, 2012).

Щодо типології депресивних розладів в залежності від статі, вітчизняними дослідниками було показано, що для жінок з депресією та суїцидальною поведінкою більш характерні тривожний, тужливий, астено-апатичний і меланхолійний варіанти депресивних розладів (Зеленська, Кольцова, 2017).

У дослідженнях іноземних дослідників було показано, що при оцінці симптомів депресивних станів у 200 пар різностатевих дизиготних близнюків, у яких протягом життя відзначався депресивний епізод, втома, гіперсомнія і психомоторна загальмованість переважали у жінок, а безсоння і збудження – у чоловіків (Silverstein et al., 2013). При дослідженнях психогенної депресії у чоловіків переважали варіанти тривожно-фобічної і тривожно-дисфоричної депресії з неврастенічними симптомами. У жінок домінантними було визначено тривожно-адинамічні та дистимічні варіанти психогенної депресії. У жінок, також, як і у чоловіків, в клінічній картині психогенної депресії були виражені симптоми розладів соматичної і вегетативної систем (Антохин, 2010).

Вікові особливості депресивних розладів у чоловіків та жінок. Найбільша частота маніфестації депресивних розладів відмічається у юнацькому віці, і характеризується рядом клінічних особливостей. За деякими епідеміологічними даними, депресивні розлади становлять від 13% до 40% в загальній популяції 15-20-річних і більше 50% всієї психічної захворюваності серед контингенту пацієнтів юнацького віку. При цьому, питання діагностики юнацьких депресій є одними з найбільш складних в клінічній психіатрії через виражену атипію (Олейчик, 2011).

Деякі епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про стрімке зростання поширеності пограничних нервово-психічних розладів у дитячому та підлітковому населенні. Тільки в період за 2002 – 2007 рр. частота психічної патології серед дітей до 14 років збільшилася на 16,7%, при цьому пограничні психічні стани склали від 20% до 30% загальної психічної захворюваності (Семке и др., 2000). За різними даними частота депресивних розладів серед дітей варіюється від 0,7% до 25,0 % (Иовчук, Батыгина и др., 1998).

Показово, що у більш нових дослідженнях група іноземних науковців відмічають, що до початку статевої зрілості частота виникнення депресивних порушень і їхній характер не відрізняються у хлопчиків і дівчаток. Більший ризик виникнення депресії у дівчаток можна помітити з початком статевого дозрівання (Altemus et al., 2014).

Загальновизнаним є той факт, що депресія у дітей і підлітків важко розпізнається через велику кількість соматичних масок і поведінкових порушень, які виступають на перший план в клінічній картині. При первинному зверненні до психіатра депресивний стан було встановлено лише в 23,6% випадків у зв'язку з невираженістю власне афективних розладів, переважанням скарг на порушення поведінки, в тому числі агресивність, шкільну дезадаптацію. Депресія, як у дітей, так і у підлітків, розпізнається зі складностями у зв'язку з тим, що депресивна симптоматика нашаровується, як правило, на психологічні особливості віку (Alexopoulos et al., 1997; Иовчук, Северный, 1999; Агарков и др., 2004).

У дітей депресивні прояви відрізняються так званими синдромологічним незавершенням, поліморфізмом, своєрідними феноменологічними проявами; при депресіях підліткового віку мають місце порушення поведінки, психопатоподібні прояви, схильність до суїцидальних тенденцій, біполярних форм (Тиганов, 2013).

Депресивні розлади мають значну поширеність і серед осіб похилого віку, вони становлять близько 12,0 % (14,1 % - серед жінок та 8,6 % - серед чоловіків) (Copeland et al., 1999). За деякими даними депресіями різного генезу усього страждає до 13-18 % осіб похилого віку, що обумовлюється наявністю хронічних захворювань, соціальною та

психологічною ізоляцією, невдоволенням життям (Концевой, Ротштейн, 2011; Чабан, Хаустова, 2014; Benkman et al., 1998). Особливо з віком збільшується частка депресивних розладів невротичного та соматогенного генезу (Дзеружинская, 2003; Смулевич, 2007). До факторів ризику відносять жіночий вік, перенесені у минулому депресивні епізоди, самотність, бідність, відсутність соціальної підтримки, характерологічні особливості, судинні захворювання ЦНС, наявність проблем із соматичним здоров'ям (Alexopoulos et al., 1997). Депресивні розлади пізнього віку проявляються у вигляді соматичних та іпохондричних скарг, тривоги, депресивного маячіння з приєднанням когнітивних порушень (Тиганов, 2013).

Висновки. Таким чином, враховуючи широку розповсюдженість депресивних розладів, дана нозологія є одним з найактуальніших питань у теорії і практиці сучасної медицини. Особливо гостро питання депресивних розладів постає серед працездатного населення, оскільки дана патологія, а особливо затяжні депресії призводять до соціальної та професійної дезадаптації, що накладає значних економічних збитків. Дослідниками багато написано про дитячі, підліткові, депресії старшого віку та їх клініко-психопатологічні особливості, проте в більшості випадків випускаються з виду розлади юнацького та молодого віку, не говорячи про їх відмінності в залежності від статі. Виходячи з аналізу багатьох джерел, дослідники не притримуються єдиною думки про відмінності перебігу депресивних розладів у осіб різних статей: деякі дослідження вказують на відмінності чоловічих та жіночих депресій, інші – не знаходять статистично значимих доказів. Особливо обмежені результати досліджень, що стосуються вивчення депресивних розладів серед різних вікових груп. Враховуючи суперечливі результати досліджень, депресивні розлади, а особливо вікові та статеві відмінності депресій, потребують поглибленого вивчення з метою вдосконалення їх диференційної діагностики.

Література

1. Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., & Young, R. C. (1997). Vascular depression hypothesis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 915-922.
2. Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol.*, 35, 320-330.
3. Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 52(5), 201–209. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0381-6>.
4. Blanco, C., Vesga-Lopez, O., & Stewart, J. (2012). Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*, 73, 224-232.
5. Copeland, J. R. M., Beekman, A. T. F., & Dewey, M. E. (1999). Depression in Europe: Geographical distribution among older people. *Br. J. Psychiat.*, 174, 312-321.

6. Fava, M., Nolan, S., & Kradin, R. (1995). Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 183, 10–14.
7. Global Health Estimates 2015: *Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*. (2016). World Health Organization.
8. Goldstein, J. M., Holsen, L., Handa, R., & Tobet S. (2014). Fetal hormonal programming of sex differences in depression: linking women's mental health with sex differences in the brain across the lifespan. *Front Neurosci*, 8(247). <https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00247>.
9. Gorman, J. M., & Sloan, R. P. (2000). Hate rate variability in depressive and anxiety disorders. *Am. Heart J.*, 140, 77-83.
10. Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Suicide, in manic-depressive illness*. Oxford University Press.
11. Halbreich, U., & Kahn, L. S. (2007). Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? *J Affect Disord*, 102(1-3), 245-258.
12. Jacobi, F., Rosi, S., & Faravelli, C. (2005). *Epidemiology of mood disorders*. Joan Willey & Sons.
13. Katz, M., Wetzler, S., & Cloitre, M. (1993). Expressive characteristics of anxiety in depressed men and women. *J. Affect. Dis.*, 28, 267–277.
14. Kind, P., & Sorenson, J. (1993). The costs of depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 7(3-4), 191–195. <https://doi.org/10.1097/00004850-199300730-00010>
15. Kiveld, S.-L., & Pakkala, K. (1988). Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 34, 2229–2235.
16. Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Gelenberg, A. J., Ryan, C. E., Hess, A. L., Harrison, W., Davis, S. M., & Keller, M. B. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00158-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00158-5)
17. Kupfer, D. J. (1999). Pathophysiology and Management of Insomnia During Depression. *Ann Clin Psychiatry*, 11, 267–276. <https://doi.org/10.1023/A:1022321731612>
18. Levitan, R. D., Lesage, A., & Parikh, S. V. (1997). Reversed neurovegetative symptoms of depression: a community study of Ontario. *Am J Psychiatry*, 154(7), 934-940.
19. Marcus, S., Kerber, K., & Rush, A. (2008). Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Compr Psychiatry*, 49, 238-246.
20. Moskvina, V., Farmer, A., & Jones, I. R. (2008). Sex differences in symptom patterns of recurrent major depression in siblings. *Depress Anxiety*, 25(6), 527- 534.
21. Moussavi, S., Chatterji, S., & Verdes, E. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-8.
22. Murray, L., Fiori-Cowley, A., & Hooper, R. (1996a). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512–2526.
23. Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry*, 154(12), 1641-1647.
24. Silverstein, B., Edwards, T., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., Rossler, W., & Angst, J. (2013). The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry*, 48(2), 257-63.
25. Sobocki, P., Ekman, M., & Agren, H. (2007). Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*, 10, 153-160.
26. Benkman, A. T., Deeg, J. H., Heeren, T. J., & Van Tilburg, W. (1998). The epidemiology of depression in later life: a primary care perspective. *CNS Disord. PrimaryCare*, 2, 1–5.
27. Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 15, 357-376.
28. Young, M., Scheftner, W., & Fawcett, J. (1990). Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 178, 200–203.
29. Антохин, Е. Ю. (2010). Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии. *Социальная и клиническая терапия*, 2, 52-60.
30. Агарков, А. П., Агарков, А. А., & Логунцова, О. Н. (2004). Научно-организационные проблемы оказания психологической помощи в детско-подростковом возрасте. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, 3, 37-40.

31. Гурович, И. Я., Любов, Е. Б., & Чапурин, С. А. (2010). Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 110(3), 77-82.
32. Иовчук, Н. М., & Северный, А. А. (1999). *Депрессия у детей и подростков*. Школа-пресс.
33. Дзеружинская, Н. А. (2003). О структуре депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологической практики. *Архивы психиатрии*, 9(1), 83-87.
34. Зеленська, К. О., & Кольцова, Г. Г. (2017). Клініко-психологічний аналіз сучасних депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поведінкою у жінок. *Science Rise. Medical Science*, 12(20), 39-42.
35. Иовчук, Н. М., & Батыгина, Г. З. (1998). Распространенность и клинические проявления депрессии в школьной подростковой популяции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 9, 33-35.
36. Рахман, Л. В. (2016). Концептуальні принципи розвитку та лікування терапевтично резистентних депресій. *Український вісник психоневрології*, 24(86), 104-110.
37. Марута, Н. О., & Мінко, О. І. (2003). Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності (діагностика та принципи лікування): методичні рекомендації.
38. Марута, Н. А., Панко, Т. В., & Явдак, И. А. (2004). Критерии качества жизни в психиатрической практике. РИФ, «Арсис» LTD.
39. *Мировая статистика здравоохранения, 2017 г.: мониторинг показателей здоровья в отношении целей устойчивого развития*. (2018). Всемирная организация здравоохранения.
40. Нейропсихологический анализ развития детей раннего возраста с пограничной интеллектуальной недостаточностью. (2005). *Современные проблемы пограничных расстройств в психиатрии и наркологии: материалы науч.-практ. конф., посвященной 25-летию УГМАДО Росздрава*, 16-21.
41. Осадчий, Ю. Ю., Крючкова, М. Н., Барыкина, И. Н., & Баканов, С. М. (2019). Есть ли основания для различий между мужской и женской депрессией? Обзор литературы. *Психиатрия и психофармакотерапия*. Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика», 1(21).
42. Концевой, В. А., Ротштейн, В. Г., & Сафарова, Т. П. (2011). Особенности использования антидепрессантов в гериатрической психиатрии. *Психиатр. Психофармакотер.*, 13(5), 26-29.
43. Олейчик, И. В. (2011). Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармакотерапевтическое исследование).
44. Смулевич, А. В. (2007). *Депрессии при соматических и психических заболеваниях*. МІА.
45. Степанов, И. Л., & Горячева, Е. К. (2012). Гендерные особенности структуры депрессивного состояния и социального функционирования больных рекуррентным депрессивным и биполярным аффективным расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*, 22(1), 38-43.
46. Тигранов, А. С. (2013). Проблема возрастных аспектов депрессивных состояний. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 113(11), 3-6.
47. Тувина, Н.А., Балабанова, В. В., & Воронина, Е. О. (2017). Гендерные особенности терапии депрессий у женщин. *Психиатрия и психофармакотерапия*, 19(5), 25-31.
48. Тувина, Н.А., Балабанова, В. В., & Воронина, Е. О. (2015). Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин. *Журнал неврология, нейропсихиатрия и психосоматика*, 7(2), 75-78.
49. Тувина, Н.А. (2003). *Депрессия у женщин*. Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И.М. Сеченова.
50. Хроменкова, Ю. Ю., Корсак, В. О., & Капшук, Е. А. (2015). Психофизиологические предпосылки склонности к депрессии у мужчин и женщин. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*, 5(5), 741.
51. Чабан, О. С., & Хаустова, О. (2014). Депресивні розлади у пацієнтів похилого віку: проблеми діагностики і терапії. *NeuroNews*, 2(1), 14-20.

References

1. Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., & Young, R. C. (1997). Vascular depression hypothesis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 915-922.
2. Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol.*, 35, 320-330.
3. Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 52(5), 201–209. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0381-6>.
4. Blanco, C, Vesga-Lopez, O, & Stewart, J. (2012). Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*, 73, 224-232.
5. Copeland, J. R. M., Beeckman, A. T. F., & Dewey, M. E. (1999). Depression in Europe: Geographical distribution among older people. *Br. J. Psychiat.*, 174, 312-321.
6. Fava, M., Nolan, S., & Kradin, R. (1995). Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 183, 10–14.
7. Global Health Estimates 2015: *Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*. (2016). World Health Organization.
8. Goldstein, J. M., Holsen, L., Handa, R., & Tobet S. (2014). Fetal hormonal programming of sex differences in depression: linking women's mental health with sex differences in the brain across the lifespan. *Front Neurosci*, 8(247). <https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00247>.
9. Gorman, J. M., & Sloan, R. P. (2000). Hate rate variability in depressive and anxiety disorders. *Am. Heart J.*, 140, 77-83.
10. Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Suicide, in manic-depressive illness*. Oxford University Press.
11. Halbreich, U., & Kahn, L. S. (2007). Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? *J Affect Disord*, 102(1-3), 245-258.
12. Jacobi, F., Rosi, S., & Faravelli, C. (2005). *Epidemiology of mood disorders*. Joan Willey & Sons.
13. Katz, M., Wetzler, S., & Cloitre, M. (1993). Expressive characteristics of anxiety in depressed men and women. *J. Affect. Dis.*, 28, 267–277.
14. Kind, P., & Sorenson, J. (1993). The costs of depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 7(3-4), 191–195. <https://doi.org/10.1097/00004850-199300730-00010>
15. Kiveld, S.-L., & Pakkala, K. (1988). Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 34, 2229–2235.
16. Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Gelenberg, A. J., Ryan, C. E., Hess, A. L., Harrison, W., Davis, S. M., & Keller, M. B. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00158-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00158-5)
17. Kupfer, D. J. (1999). Pathophysiology and Management of Insomnia During Depression. *Ann Clin Psychiatry*, 11, 267–276. <https://doi.org/10.1023/A:1022321731612>
18. Levitan, R. D., Lesage, A., & Parikh, S. V. (1997). Reversed neurovegetative symptoms of depression: a community study of Ontario. *Am J Psychiatry*, 154(7), 934-940.
19. Marcus, S., Kerber, K., & Rush, A. (2008). Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Compr Psychiatry*, 49, 238-246.
20. Moskvina, V., Farmer, A., & Jones, I. R. (2008). Sex differences in symptom patterns of recurrent major depression in siblings. *Depress Anxiety*; 25(6), 527- 534.
21. Moussavi, S., Chatterji, S., & Verdes, E. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-8.
22. Murray, L., Fiori-Cowley, A., & Hooper, R. (1996a). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512–2526.
23. Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry*, 154(12), 1641-1647.

24. Silverstein, B., Edwards, T., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., Rossler, W., & Angst, J. (2013). The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry*, 48(2), 257-63.
25. Sobocki, P., Ekman, M., & Agren, H. (2007). Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*, 10, 153-160.
26. Benkman, A. T., Deeg, J. H., Heeren, T. J., & Van Tilburg, W. (1998). The epidemiology of depression in later life: a primary care perspective. *CNS Disord. Primary Care*, 2, 1-5.
27. Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 15, 357-376.
28. Young, M., Scheftner, W., & Fawcett, J. (1990). Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 178, 200-203.
29. Antokhin, E. Yu. (2010). Gendernye aspekty psikhogennykh depressii: osobennosti kliniki, podkhody k terapii [Gender aspects of psychogenic depression: clinical features, approaches to therapy]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikhiatriya*, 2, 52-60. [in Russian]
30. Agarkov, A. P., Agarkov, A. A., & Loguntsova, O. N. (2004). Nauchno-organizatsionnye problemy okazaniya psikhonevrologicheskoi pomoschi v detsko-podrostkovom vozraste [Scientific and organizational problems of providing neuropsychiatric care to children and adolescents]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii*, 3, 37-40. [in Russian]
31. Gurovich, I. Ya., Lyubov, E. B., & Chapurin, S. A. (2010). Bremya depressivnykh rasstroistv v otechestvennykh psikhiatricheskikh sluzhbakh [Burden of depressive disorders in Russian psychiatric services]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*, 110(3), 77-82. [in Russian]
32. Iovchuk, N. M., & Severnyi, A. A. (1999). *Depressiya u detei i podrostkov [Depression in children and adolescents]*. Shkola-Press. [in Russian]
33. Dzeruzhinskaya, N. A. (2003). O strukture depressivnykh rasstroistv u pozhilykh patsientov kardiologicheskoi praktiki [The structure of depressive disorders in elderly patients of cardiology practice]. *Arkh. Psykhiat.* 9(1), 83-87. [in Russian]
34. Zelenska, K. O., & Koltsova, G. G. (2017). Kliniko-psykhopatologichniy analiz suchasnykh depresyivnykh rozladiv poyednanykh z suyitsyadnoyu povedinkoyu u zhink [Clinical and psychopathological analysis of modern depressive disorders combined with suicidal behavior in women]. *Science Rise. Medical Science*, 12(20), 39-42. [in Ukrainian]
35. Iovchuk, N. M., & Batygina, G. Z. (1998). Rasprostranennost i klinicheskie proyavleniya depressii v shkolnoi podrostkovoi populyatsii [Prevalence and clinical manifestations of depression in the school adolescent population]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*, 9, 33-35. [in Russian]
36. Rakhman, L. V. (2016). Kontseptualni chynnyky rozvytku ta pryntsyipy likuvannya terapevtychno rezystentnykh depresii [Conceptual factors in development and principles of treatment of therapeutically resistant depressions]. *Ukrayinskyi visnyk psikhonevrologii*, 24(86), 104-110. [in Ukrainian]
37. Maruta, N. O., & Minko, O. I. (2003). *Emotsiini porushennya pry pogranychnykh psykhiichnykh rozladakh ta alkogolnii zalezhnosti (diagnostyka ta pryntsyipy likuvannya): metodychni rekomendatsii [Emotional disorders in borderline mental disorders and alcohol dependence (diagnosis and principles of treatment): guidelines]*. [in Ukrainian]
38. Maruta, N. A., Panko, T. V., & Yavdak, I. A. (2004). *Kriterii kachestva zhizni v psikhiatricheskoi praktike [Quality of life criterion in psychiatric practice]*. RIF, «Arsis» LTD. [in Russian]
39. Mirovaya statistika zdavookhraneniya, 2017 g.: monitoring pokazatelei zdorovya v otnoshenii tselei ustoichivogo razvitiya [World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals]. (2018). Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. [in Russian]
40. Neiropsikhologicheskii analiz razvitiya detei rannego vozrasta s pogranychnoi intellektualnoi nedostatochnostyu [Neuropsychological analysis of the development of young children with borderline intellectual disability]. (2005). *Sovremennye problemy pogranychnykh rasstroistv v psikhiatrii i narkologii: materialy nauch.-prakt. konf., posvyaschyonnoi 25-letiyu UGMADO Roszdrava*, 16-21. [in Russian]
41. Osadshii, Yu. Yu., Kryuchkova, M. N., Barykina, I. N., & Bakanov S. M. (2019). Est li osnovaniya dlya razlichii mezhdu muzhskoi i zhenskoi depressiei? Obzor literatury [Are there grounds for the difference between male and female depression? Literature review]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya. Meditsinskoe marketingovoe agentstvo «MediaMedika»*, 1(21). [in Russian]

42. Kontsevoi, V. A., Rotshtein, V. G., & Safarova, T. P. (2011). Osobennosti ispolzovaniya antidepressantov v gerontopsikhiatrii [The use of antidepressants in gerontopsychiatry]. *Psikhiat. Psikhofarmakoter*, 13(5), 26–29. [in Russian]
43. Oleichik, I. V. (2011). *Endogennyye depressii yunosheskogo vozrasta (kliniko-psikhopatologicheskoe, kliniko-katamnestichekoe i farmakoterapevticheskoe issledovanie)* [Endogenous depression in adolescence (clinical-psychopathological, clinical-follow-up and pharmacotherapeutic research)]. [in Russian]
44. Smulevich, A. B. (2007). *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh* [Depression in somatic and mental illnesses]. MIA. [in Russian]
45. Stepanov, I. L., & Goryacheva, E. K. (2012). Gendernyye osobennosti struktury depressivnogo sostoyaniya i sotsialnogo funktsionirovaniya bolnykh rekurrentnym depressivnym i bipolyarnym affektivnym rasstroistvami [Gender characteristics of the structure of the depressive state and social functioning of patients with recurrent depressive and bipolar affective disorders]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikhiatriya*, 22(1), 38–43. [in Russian]
46. Tiganov, A. S. (2013). Problema vozrastnykh aspektov depressivnykh sostoyanii [The problem of age-related aspects of depressive conditions]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*, 113(11), 3–6. [in Russian]
47. Tuvina, N. A., Balabanova, V. V., & Voronina, E. O. (2017). Gendernyye osobennosti terapii depressii u zhenshin [Gender Features of Treatment for Depression in Women]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*, 19(5), 25–31. [in Russian]
48. Tuvina, N. A., Balabanova, V. V., & Voronina, E. O. (2015). Gendernyye osobennosti depressivnykh rasstroistv u zhenshin [Gender characteristics of depressive disorders in women]. *Zhurnal nevrologiya, neiropsikhiatriya i psikhosomatika*, 7(2), 75–78. [in Russian]
49. Tuvina, N. A. (2003). *Depressiya u zhenshin* [Depression in women]. Kafedra psikhiatrii i meditsinskoi psikhonevrologii MMA im. I.M. Sechenova. [in Russian]
50. Khromenkova, Yu. Yu., Korsak, V. O., & Kapshuk, E. A. (2015). Psikhofiziologicheskie predposylki sklonnosti k depressii u muzhchin i zhenshin [Psychophysiological background of propensity to depression in men and women]. *Byulleten meditsinskikh Internet-konferentsii*, 5(5), 741. [in Russian]
51. Chaban, O. S., & Khaustova, O. (2014). Depresivni rozlady u patsientiv pokhylogo viku: problemy diagnostyky i terapii [Depressive disorders in elderly patients: problems of diagnosis and therapy]. *NeuroNews*, 2(1), 14–20. [in Ukrainian]

Відомості про автора

Котенко Анастасія, аспірантка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна

Kotenko, Anastasiia, PhD student, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1121-6945>

Email: nastushakrem@gmail.com

Отримано 17 серпня 2021 р.
Рецензовано 14 вересня 2021 р.
Прийнято 21 вересня 2021 р.

Ірина Лисенко

ДИНАМІКА ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСІВ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ЗЛОВЖИВАННІ ОПІОЇДАМИ

Лисенко І. Динаміка патопсихологічних симптомокомплексів особистості при зловживанні опіоїдами. У статті на основі дослідження особистості хворих з ознаками залежності від опіоїдів виявлена структура та динаміка патопсихологічних симптомокомплексів з урахуванням тяжкості захворювання.

Констатовано системні порушення у різних психічних сферах. У мисленні: формування системи заперечень, що спрямована на витіснення із свідомості різних видів шкод, пов'язаних із зловживанням; «мислення за бажанням», зниження критичної оцінки проблем, пов'язаних із зловживанням при формальній збереженості операційної складової мислення. У мотиваційній сфері: формування мотиваційної домінанти центром якої є мотиви зловживання з витісненням раніше значущих мотивів, викривлення спрямованості особистості та мотивації поведінки, відсутність мотивації до змін. У сфері емоцій та саморегуляції: «маятник емоцій», «примусове регулювання емоцій»; порушення саморегуляції, відсутність етапів планування у складній вольовій дії, імпульсивність поведінки, дефект у сфері моральних почуттів; у сфері самооцінки та «Я концепції»: порушення самооцінки та самоідентифікації. Характерними були: відсутність планування майбутнього, розрив соціальних зв'язків, звуження кола спілкування, порушення міжособистісних стосунків.

Глибина, різноманітність патопсихологічних симптомокомплексів наркотичної залежності обумовлюють необхідність інтенсивних довготривалих психокорекційних втручань, які повинні враховувати специфіку особистісного дефекту на кожному етапі лікування

Ключові слова: опіоїди, динаміка, патопсихологічні симптомокомплекси, зловживання, особистісні зміни, наркозалежна поведінка, психічна залежність.

Лысенко И. Динамика патопсихологических симптомокомплексов личности при злоупотреблении опиатами. В статье на основании исследования личностных характеристик больных с признаками зависимости от опиатов выявлены структура и динамика патопсихологических симптомокомплексов с учетом тяжести заболевания.

Констатированы системные нарушения в различных подструктурах личности. В мышлении: формирование системы иллюзий и отрицаний, направленных на вытеснение из сознания вреда, связанного со злоупотреблением; снижение критичности в оценке проблем злоупотребления при формальной сохранности операций мышления. В мотивационной сфере: формирование мотивационной доминанты, центром которой являлись мотивы злоупотребления с вытеснением ранее значимых мотивов; искажение личностной направленности и мотивации поведения; отсутствие или слабость мотивации, направленной на изменения. В сфере эмоций и саморегуляции: «маятник эмоций», «принудительная регуляция эмоций», нарушения в системе саморегуляции, отсутствие этапов планирования в сложном волевом действии, импульсивность поведения, дефект в сфере моральных чувств. В сфере самооценки, «Я-концепции»: нарушение самооценки и самоидентификации. Характерными также были: отсутствие планирования будущего, разрыв социальных связей, сужение круга общения, нарушение коммуникации и межличностных отношений.

Глубина, разнообразие патопсихологических симптомокомплексов зависимости обуславливают необходимость длительных интенсивных психокоррекционных воздействий, которые должны учитывать специфику личностного дефекта.

Ключевые слова: опиаты, патопсихологические симптомокомплексы, злоупотребление, динамика, личностные изменения, наркозависимое поведение психическая зависимость.

Lysenko, I. Dynamics of a Pathopsychological set of symptoms of a personality when overusing opioids. In the article, based on the research of patients' personalities with indications of addiction to

opioids, structure and dynamics of a pathopsychological set of symptoms, considering the severity of sickness, were detected.

Systemic disorders in different mental areas were stated. In the way of thinking: forming the system of denial that is directed to displace in the conscience different types of damage related to overuse; «thinking by desire», decreasing the critical problem assessment that is related to overuse, with formally keeping the operational thinking component. In the motivational area: forming motivational dominant, in the center of which there are motives of overuse with displacement of earlier significant motives, deformation of personality's orientation and motivation of the behavior, lack of motivation to change their life. In the emotional and self-regulation area: «balance of emotions», «compulsory emotional regulation»; self-regulation disorders, absence of planning steps in a complex willed action, impulsiveness of the behavior, defect in the area of moral feelings. In the area of self-esteem and «I concept»: self-esteem and self-identification disorders. The following was typical: absence of planning the future, breaking social connections, narrowing the circle of friends, disorder of interpersonal relationship.

Depth and a variety of pathopsychological set of symptoms of drug addiction cause a necessity of intensive, long-lasting psychocorrection, that have to consider the specifics of personal defect on each step of the treatment.

Key words: *opioids, dynamics, pathopsychological set of symptoms, addiction, personal changes, addict behavior, mental dependence.*

Вступ. Зловживання опіоїдними препаратами є серйозною соціальною та медико-психологічною проблемою. Згідно доповіді Міжнародного комітету по контролю за наркотиками три чверті всіх летальних випадків при вживанні наркотиків пов'язані саме з опіоїдами (Narcotic Drugs Estimated World Requirements, 2019). За даними МОЗ України на 2020 рік на підконтрольній Україні території виявлено 317000 хворих, що вживають наркотики ін'єкційно. З них 200661 (63% усіх споживачів) мають залежність від опіоїдів. Відбувається також омолодження зловживання. Значна частина молоді не засуджує експериментування з наркотичними речовинами. Вживання ін'єкційних наркотиків створює ризики поширення ВІЛ, туберкульозу, гепатитів С і В та інших захворювань, що також робить проблему вкрай актуальною.

Молода людина починає зловживати наркотичними речовинами з різних причин, проте найчастіше через низку невирішених психологічних проблем та конфліктів. Крім того, за період вживання наркотиків у залежної особи формується патологічна особистість з новими викривленими хворобою формами поведінки. Таким чином, особистісні чинники стають причинами зловживання і, значною мірою, зумовлюють перспективу одужання.

Вивчення особистісних рис як фактора ризику розвитку залежної поведінки набуло розповсюдження у зв'язку із застосуванням психометричних технік (Hewett & Martin, 1980; Penk, 1980). При цьому, переважна кількість робіт була спрямована на встановлення характерологічних рис, що передують зловживанню чи є його наслідками (Graid, 1997; Edvard, 1997; Шайдукова & Коблова, 2010; Гавенко & Битенский, 2010). Основною моделлю для вивчення причин і наслідків формування залежності були особи, які мали алкогольну залежність. Велика кількість робіт (Ланда, 1989; Короленко & Донских, 1990; Личко & Битенский, 1991; Милютіна, 1991) була присвячена виявленню конкретних рис

особистості та емоційних станів, що збільшують ризик розвитку залежності. Дослідниками були виявлені різні види емоційно-вольового та морально-етичного дефекту без їх чіткої класифікації, предиспонує захворюванню фактори; психопатоподібні форми поведінки як наслідок зловживання.

У російських та вітчизняних дослідженнях, як правило, представлені певні види поведінки хворих, які виявлені в рамках клінічного спостереження. При цьому особистісні порушення хворих на опіїдну наркоманію частіше описуються по аналогії з тими, які спостерігалися у хворих на алкоголізм. Не заперечуючи схожість основних напрямів, за якими розвивається залежність від різних хімічних речовин, існують певні відмінності психічного потягу, перебігу абстинентного синдрому, порушень психічної діяльності, поведінки і особистості хворих при різних видах наркоманій. Вони можуть впливати на характер психокорекційних впливів і реабілітаційних послуг. З огляду на це нами була здійснена спроба дослідити структуру і динаміку патопсихологічних симптомокомплексів у хворих на опіїдну наркоманію в залежності від тяжкості та динаміки захворювання.

Велике значення для одержання достовірних даних, на які могла б спиратися система побудови психокорекційних впливів, мають питання методології та методики дослідження. Так, з нашої точки зору, при лікуванні хворих з ознаками залежності потрібен комплексний підхід. При цьому пріоритет повинен надаватися концепції зміни особистості як головній в системі реабілітаційних заходів. Це, в свою чергу, потребує визначення структури і динаміки патопсихологічних симптомокомплексів, на яких можуть базуватися психокорекційні впливи.

Концепцію зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин почали впроваджувати в світі з початку епідемії ВІЛ у 1980 році. Одним із її напрямів стала програма замісної терапії (ЗПТ), яка практикує заміну вживання нелегальних наркотичних речовин (як правило опіїдів, які вживаються ін'єкційно) на використання лікарських препаратів - метадону, бупренорфіну. Прихильники метадонових програм підкреслювали, що їх ефективність доведена в багатьох контрольованих рандомізованих дослідженнях в різних країнах світу, що вони надають можливість значно зменшити проблеми, пов'язані із незаконним вживанням опіїдів (D'Aunno & Vaughn, 1992; Kleinbaum & Debski, 1993). Програми розраховані на осіб з тяжкими наслідками захворювання і пропонуються для тривалого лікування (інколи пожиттєвого).

В Україні довгий час дискутувалася необхідність і доцільність використання програм замісної терапії. Це вплинуло на тематику наукових досліджень, які у цей період більшою мірою були спрямовані на медичні і організаційні аспекти реалізації метадонових програм (Пріб & Штенгелов, 2011; Дворяк, Власенко, Думчев & Карачевський, 2012).

Реально програми замісної терапії починають реалізовуватися в Україні з 2010 року. В них крім медичної допомоги декларується соціальна і психологічна допомога. Наголошується важливість соціально-психологічного супроводу хворих. Підкреслюється, що утримання клієнтів у програмах замісної терапії значно підвищується при наданні психологічної та психотерапевтичної допомоги, проте обсяг такої допомоги не обґрунтований і не визначений. Психологічна допомога віддається на розсуд конкретного психолога і хворого. Так, пацієнт визначає доцільність психологічної підтримки для себе і, якщо він не має, з його точки зору, потреби у таких заходах, послуги йому не надаються. На нашу думку, така позиція не зовсім обґрунтована. Хворі, які беруть участь у програмах замісної терапії, як правило, є найтяжчими пацієнтами і мають серйозні психологічні проблеми і тяжкі порушення особистості. На наш погляд, адекватна психологічна допомога, яка враховує характер особистісного дефекту та патопсихологічних симптомокомплексів, які виникли як наслідок зловживання, дозволить покращити їх соціальну адаптацію, зменшити кількість осіб, що не утримуються у програмах і повертаються до зловживання.

Методологія дослідження.

Метою дослідження було визначити структуру і динаміку патопсихологічних симптомокомплексів, які виникають як наслідок формування залежності від опіоїдів. Завдання дослідження: виявити патопсихологічні симптомокомплекси опіоїдної наркоманії, їх динаміку з урахуванням тяжкості захворювання; дослідити підструктури особистості, які потребують психокорекційних впливів; визначити цінність деяких психологічних методів у діагностиці особистісних порушень при зловживанні опіоїдами.

Досліджено 320 хворих на опійну наркоманію з різною тяжкістю захворювання, які проходили лікування, психолого-психіатричну чи наркологічну експертизу в Київській міській психіатричній лікарні № 1. Дослідження особистості хворих проводилося у рамках загального психологічного обстеження пацієнтів при наявності їх згоди.

Серед обстежених чоловіків було 232 (72,5%), жінок - 88 (27,5%). Частина хворих (12 або 3,8%) почали вживати опіоїди у віці до 18 років; 37 хворих (11,5%) прилучилися до наркотичної речовини у віці 18-20 років; найбільша кількість випадків зловживання була представлена у віковій групі 21-25 років (98, або 30,6%); 91 пацієнт (28,5%) почали вживати наркотики у віці 26 - 30 років; 58 (18,1%) - у віці 31 - 35 років; 16 осіб (5,0%) - у віці 36 - 40 років. Стосовно 8 хворих (2,5%) вірогідних відомостей отримати не вдалося.

Згідно класифікації, запропонованої І.М. П'ятницькою (1994), наркотичною залежністю вважається стан, що визначається: синдромом психічної залежності, який включає в себе obsesивний потяг до наркотичної речовини, психічний комфорт у інтоксикації; синдромом фізичної залежності, який характеризується компульсивним

потягом, наявністю абстинентного синдрому, втратою контролю над дозою, фізичним комфортом у стані інтоксикації; синдромом зміненої реактивності до дії хімічної речовини, який визначає захисні реакції, толерантність, форму сп'яніння.

З урахуванням клінічних проявів та динаміки захворювання всі досліджувані були поділені на 3 групи. До I групи увійшли хворі з наявністю синдрому психічної залежності. У II групу - хворі з наявністю психічної і фізичної залежності та зростаючою толерантністю. У III групу - хворі з синдромом психічної та фізичної залежності і толерантністю, що зменшувалася. Такий поділ характеризував тяжкість і перебіг захворювання. Контрольна група - 80 здорових осіб подібних за віком та освітою до основної групи.

Для вивчення мотивації зловживання наркотичними речовинами нами, згідно до потреб дослідження, була модифікована «Методика оцінки мотивів вживання алкоголю», запропонована В.Ю. Зав'яловим (1988). Опитувальник містив у собі твердження, що відображали 3 групи мотивів вживання наркотичної речовини.

Перша група - особистісні, персонально значущі мотиви - представлена трьома шкалами: 1 - гедоністичні мотиви, що висвітлювали прагнення отримати задоволення від дії наркотиків та алкоголю; 2 - атарактичні мотиви були пов'язані з бажанням нейтралізувати за допомогою хімічної речовини такі негативні емоційні стани як тривога, страх та ін.; 3 - мотиви гіперактивації поведінки відображали потребу хворого в стимуляції, бажання за допомогою наркотиків вийти зі стану нудьги, психологічної спустошеності, незайнятості, душевної бездіяльності або посилити ефективність своєї поведінки.

Друга група характеризувала патологічні мотиви, які проявлялися на клінічному рівні у формі хворобливого потягу до наркотичної речовини. Ці мотиви були представлені також трьома шкалами: 4 - мотиви позбавлення абстинентних проявів за допомогою хімічної речовини; 5 - адиктивні мотиви, які відображали пристрасть до наркотиків, фіксацію у свідомості потягу до них, «спрагу сп'яніння»; 6 - мотиви саморуйнування, що висвітлювали прагнення вживати наркотики всупереч іншим, на шкоду собі, втрату сенсу тверезості.

Остання група (7 шкала) містила в собі соціально-психологічні мотиви (підкорення груповому тиску, прагнення пристосувати свій досвід до умов мікросередовища, в якому досліджуваний функціонував, прагнення відповідати соціальним нормам мікрогрупи.)

На першому етапі хворі письмово відповідали на питання опитувальника. Досліджуваному пропонувалося оцінити кожне твердження в балах: 3 бали - якщо пацієнт вживає наркотичні речовини саме з цієї причини; 2 бали - якщо досліджуваний вживає наркотики переважно з цієї причини; 1 бал - якщо хворий має сумнів відносно справедливості цього твердження; 0 балів - якщо твердження йому не підходить зовсім. На

другому етапі пацієнти обговорювали свої відповіді з психологом. Результати дослідження опрацьовувалися по кожній шкалі окремо. Сума балів по кожній шкалі відображала напруженість мотивації певного типу.

В наукових дослідженнях різних авторів підкреслюється наявність у хворих на опіоїдну наркоманію різних характерологічних вад, розладів емоційно-вольової регуляції, морально-етичного дефекту без розкриття їх структури та динаміки. З огляду на суперечливість даних нами була здійснена спроба дослідити характерологічні риси, які впливають на поведінку хворих, в тому числі і на характер зловживання.

Для вивчення особистісних змін використовувалися наступні методики: «Особистісний опитувальник Леонгарда-Шмішека», та «Особистісний диференціал», які детально описані в книзі «Большая энциклопедия психологических тестов» (2006 р.).

Специфічність патопсихологічних симптомокомплексів, які виникають при формуванні залежності, спонукала нас до пошуку методики, яка б визначала різноманіття симптоматики, характерної саме для залежної поведінки. З цією метою нами була створена «Методика вивчення актуального стану хворого», яка містила VIII шкал: Три з них (I - III-я) були спрямовані на виявлення тяжкості клінічних проявів залежності від наркотичної речовини: I - шкала соматичного і психічного комфорту; II - шкала абстинентних проявів; III - шкала психічної залежності. Наступні п'ять шкал відображали певні характеристики особистості та ступінь соціальної адаптації хворих: IV - шкала емоційного комфорту та саморегуляції; V - шкала особливостей комунікації та мікросоціального оточення; VI - шкала особистісної спрямованості та особистісних установок; VII - шкала особистісних перспектив та ставлення до майбутнього; VIII шкала пропонувала хворим оцінити себе як особистість.

Дослідження пацієнтів проводилося після завершення детоксикації та включало в себе 2 етапи: 1 - виконання завдань за запропонованою методикою; 2 - обговорення та уточнення отриманих результатів. Дані, одержані при застосуванні методик, опрацьовувалися згідно з прийнятими в них способами опрацювання. Під час дослідження групових характеристик по кожному параметру підраховували середню арифметичну та її середню помилку ($M \pm m$).

Результати дослідження.

Дослідження динаміки мотивації зловживання наркотичними речовинами дозволило одержати такі дані (табл.1).

Як видно з табл. 1, у хворих на наркоманію I групи найбільш значущими (мали найбільшу напругу) були гедоністичні мотиви, які відображали бажання мати насолоду від дії наркотичних речовин, відчутти ейфорію ($10,2 \pm 1,8$ бала). Більшість хворих (74 особи)

відмічали, що вживають наркотичну речовину, щоб «знайти кайф та відчутти себе щасливим», «покращити настрій», «розслабитись». Іншими за значущістю були атактичні мотиви, що пов'язані з бажанням позбутися негативних емоцій: страху, напруження, роздратованості ($8,1 \pm 2,1$ бала). Хворі відзначали, що наркотична речовина дає можливість позбутися «внутрішньої напруги», «душевного неспокою», «смутку, пригніченості, дозволяє уникнути почуття самотності».

Таблиця 1

Динаміка мотивів зловживання наркотичними речовинами в залежності від ступеню тяжкості хвороби

Групи	Шкали ($M \pm m$)						
	1	2	3	4	5	6	7
I	$10,2 \pm 1,8$	$8,1 \pm 2,1$	$7,8 \pm 1,9$	$3,2 \pm 0,8$	$7,7 \pm 1,4$	$4,1 \pm 1,1$	$7,4 \pm 2,1$
II	$7,6 \pm 1,3$	$11,7 \pm 1,4$	$9,2 \pm 1,7$	$14,3 \pm 0,3$	$13,9 \pm 1,3$	$6,3 \pm 1,2$	$2,7 \pm 0,4$
III	$5,1 \pm 1,3$	$8,3 \pm 1,2$	$11,1 \pm 1,8$	$14,8 \pm 1,1$	$12,0 \pm 1,4$	$3,2 \pm 0,7$	$2,1 \pm 0,4$

Третіми за ступенем напруженості були мотиви гіперактивації поведінки і насичення стимулами, які дозволяли вийти зі стану спустошеності, незайнятості, бездіяльності, нудьги, втоми ($7,8 \pm 1,9$ бала). Хворі відповідали, що з наркотичною речовиною почуваються «в тонусі», працездатними, енергійними, бадьорими.

Досить високі показники ($7,7 \pm 1,4$ бала) спостерігалися у хворих цієї групи за 5-ю шкалою, що відображала наявність психічного потягу. Хворі розповідали, що їх часто переслідує думка «прийняти дозу», відзначали поганий настрій у перерві між вживанням, описували негативні емоційні стани (відчуття туги, нудьги, занепокоєння, пригніченості) поза інтоксикацією. Наявність емоційного дискомфорту на цій стадії хворі не пов'язували з формуванням залежності від наркотичної речовини.

Певної напруги набували соціально-психологічні мотиви, які були, пов'язані з нормами референтної групи: «всі мої друзі вживають», «якщо я не буду робити як усі, то мене не прийматимуть у цій компанії», «серед моїх знайомих так проводять дозвілля» та ін. Що стосується 4-ї та 6-ї шкал, то ці показники були незначними.

У хворих на опійну наркоманію II групи відмічалось підвищення шкал, які сповіщали про збільшення впливу патологічних мотивів зловживання, що відображали

силу психічної і фізичної залежності. Найвищі показники були зафіксовані по 4-й ($14,3 \pm 0,3$ бала) і 5-й ($13,9 \pm 1,3$ бала) шкалах. Високою також була оцінка атарактичної мотивації як причини зловживання (2-а шкала, $11,7 \pm 1,4$ бала). Ці показники відображали стійке бажання хворих позбутися негативних емоційних станів за допомогою наркотичної речовини. Слід зазначити тенденцію зниження напруги гедоністичної та соціально-психологічної мотивації з розвитком хвороби і зворотну тенденцію мотивів гіперактивації поведінки.

У хворих III групи найбільш напруженими були патологічні мотиви, які відображали нездоланий потяг до наркотичної речовини (4-та шкала - $14,8 \pm 1,1$; 5-та шкала - $12,0 \pm 1,4$ бала), але з розвитком хвороби змінювався їх зміст. Якщо хворі II групи відзначали, що наркотична речовина їх поживляє, дає змогу стати більш активними і працездатними, то хворі III групи говорили, що без наркотичної речовини вони не можуть рухатися, виконувати будь-яку, навіть найлегшу роботу, не здатні до прояву зусиль, що наркотична речовина необхідна їм для збереження елементарної життєздатності.

Таким чином, з розвитком захворювання у хворих з ознаками опіоїдної залежності змінилася структура мотивації зловживання. Зменшувалося значення психологічних та соціально-психологічних мотивів, які відображали причини початку зловживання, підвищувалася роль патологічних мотивів, що підкреслюють силу і напруженість хімічної залежності.

При дослідженні характерологічних рис, а саме наявності акцентуацій характеру у хворих з ознаками залежності використовувалася методика Леонгарда-Шмішека. Отримані наступні результати (табл.2).

Як видно з даних табл. 2, 196 із 320 хворих на опіоїдну наркоманію (61,2%) визнавали в себе риси характеру, що свідчать про наявність акцентуацій за гіпертимним типом ($20,3 \pm 3,7$ бала). У 180 пацієнтів (56,2%) спостерігалися риси характеру, що свідчили про акцентуацію за екзальтованим типом ($18,5 \pm 2,9$ бали). У 134 хворих (41,8%) була підвищена шкала емотивності ($14,2 \pm 2,1$ бала). У 133 випадках (41,6%) спостерігалися акцентуації, які набували поєднаного характеру. Отримані типи акцентуацій повинні були відображати такі риси особистості хворих на опіоїдну наркоманію, як ініціативність, товариськість, прагнення бути в центрі уваги; підвищений настрій, що поєднується з бажанням діяльності; високу напругу емоційних пристрастей; захопленість, інтенсивність зовнішніх проявів, виняткову вразливість. Разом з тим, подібна характеристика досліджуваних у переважній більшості випадків суперечила об'єктивним даним про пацієнтів, що були отримані під час аналізу медичної документації.

Види акцентуацій, які визначали у себе хворі на опіїдну наркоманію

Тип акцентуації характеру	Середні показники акцентуації, (M ±m)	Кількість хворих	
		осіб	%
гіпертимність	20,3±3,7	196	61,2
екзальтація	18,5±2,9	180	56,2
емотивність	14,2±2,1	134	41,8
циклотимність	9,7±1,9	88	27,5
збудливість	9,2±2,2	88	27,5
демонстративність	7,1±1,1	72	22,5
дистимія	5,3± 2,1	57	17,8
педантичність	3,0±1,2	31	9,7
тривожність	3,1±0,7	31	9,7
застрявання	4,5±1,3	26	8,1

Обговорення з хворими отриманих результатів дало підставу вважати, що дана методика діагностувала не особистісні акцентуації, а більшою мірою спрямованість досліджуваних на стан наркотичного сп'яніння. Це положення було підтверджено під час обговорення з пацієнтами їх особистих оцінок. Так, на запитання, в якому стані хворий себе оцінював (абстиненції, інтоксикації чи свої стабільні риси характеру), переважна більшість пацієнтів відповідали, що оцінювали особливості своєї поведінки у стані сп'яніння. Деякі хворі відзначали, що, оскільки стан сп'яніння є для них звичайним, вони не можуть оцінити свої характерологічні риси, бо не знають, які вони зараз є насправді.

Такі дані, на наш погляд, є відображенням психічної залежності від наркотиків, особистісної спрямованості з домінуванням у свідомості хворого мотивів зловживання та особистісних орієнтацій на стан сп'яніння.

Домінування у свідомості особистісних орієнтацій на стан сп'яніння виявилось також і під час дослідження хворих на опіїдну наркоманію за допомогою методики «Особистісний диференціал» («Од»). Так, пацієнтам пропонувалася наступна інструкція: «Оцініть у системі біполярних шкал «Од» поняття «Я», «Наркоман у моїй уяві», «Наркоман - наслідки зловживання».

На запитання деяких пацієнтів, у якому стані (абстиненції, сп'яніння, наркоманічного дефекту) їм потрібно оцінювати поняття «наркоман», їм пропонувалося

зробити вибір самостійно. У подальшому хворі ще раз оцінювали поняття «наркоман у моїй уяві», проте в інших станах. Результати дослідження показали, що 268 обстежених пацієнтів (83,8%), незважаючи на наявність особистих втрат, пов'язаних із зловживанням, ідентифікували свої уявлення про поняття «наркоман» виключно зі станом наркотичного сп'яніння.

Спрямованість особистості на стан наркотичного сп'яніння виявилася також і при аналізі якісних характеристик у самооцінці. Так, оцінюючи своє власне «Я», незалежно від стабільних характерологічних рис, хворі схильні були присвоювати собі якості, типові для наркотичного сп'яніння, такі як: «говірливий, діяльний, дружелюбний, добрий, веселий, несамостійний, метушливий».

Під час дослідження самооцінки за шкалами «ОД», які відображали такі суттєві підструктури особистості, як «Сила» («С»), «Оцінка» («О»), «Активність» («А»), одержано такі дані (табл. 3).

Таблиця 3

Оцінка особистих якостей хворих на опіїдну наркоманію

Самооцінка	Оціночні шкали за факторами		
	Оцінка (О)	Сила (С)	Активність (А)
оцінка себе як особистості	1,19	0,58	0,65
оцінка себе в стані сп'яніння	1,02	1,46	0,87
оцінка себе в стані абстиненції	-0,49	-0,69	-0,93
оцінка «наркоман - наслідки зловживання»	-1,18	-1,12	-0,19
оцінка «наркоман - наслідки зловживання» (контрольна група здорових осіб)	1,49	1,08	0,62

Варто зазначити, що за фактором «О» хворі на наркоманію показали дещо нижчі результати, ніж здорові особи контрольної групи, що свідчить про відносну невдоволеність власною поведінкою, рівнем досягнень, недостатній рівень прийняття самого себе. Спостерігалось також зниження самооцінки за фактором «С», що свідчить про зниження рівня самоконтролю, нездатність дотримуватися прийнятої лінії поведінки, залежність від зовнішніх обставин і оцінок, імпульсивність. Щодо фактору «А», що інтерпретується як свідчення екстравертованості особистості, то його показники практично не відрізнялися від показників контрольної групи здорових осіб.

За факторами «О» і «С» відзначалося деяке зниження показників відносно середніх даних у самооцінці. Це, мабуть, пов'язано з установкою хворого «відокремити» опис власної особистості від поняття «наркоман». Що ж стосується оцінки понять «наркоман в абстиненції» і «наркоман - наслідки зловживання», то за фактором «О» в оцінках хворих спостерігалися негативні значення, що свідчило про наявність невротичних проблем. Низькі оцінки за фактором «С» надавали підстави говорити про зниження вольової активності, саморегуляції, наявність астеничних проявів, тривожність. Негативні показники за фактором «А» вказували на низьку активність, зростання інтроверсії, відгородженості, звуження кола спілкування.

Таким чином суб'єктивні емоційно-сміслові уявлення хворих на опіїдну наркоманію можуть достатньо адекватно відображати зміни різних аспектів їх особистості, які є наслідком зловживання опіїдами. Це свідчить про формальну збереженість критичної здатності щодо оцінки та самооцінки пацієнтів. Разом з тим, у переважної більшості хворих спостерігалася дисоціація раціональної негативної оцінки наслідків зловживання і позитивного емоційного ставлення до нього, формувалося своєрідне «мислення за бажанням». Так, на запитання запропонованої анкети 74% пацієнтів заявили, що вірять твердженням лікарів і на власному досвіді переконалися, що зловживання наркотиками згубно впливає на їх здоров'я; 89% хворих стверджували, що зловживання наркотиками призвело до багатьох неприємностей у відношеннях з рідними та близькими; 87% досліджуваних заявили, що головною причиною конфліктів у їх сім'ях було їх зловживання наркотиками; 72% вважали, що наркоман - людина ненадійна і нічого в житті не досягне. Однак при цьому 89% вважали, що вживання наркотиків значно урізноманітнює життя і цілком допускали можливість періодичного їх вживання; 70% наркоманів заявили, що у їх житті не було нічого приємнішого за ейфорію.

При дослідженні психосоматичного стану, типових форм поведінки хворих на опіїдну наркоманію одержані наступні дані (табл.4).

Незважаючи на проведене лікування більшість обстежених відзначали неблагополуччя свого соматичного та психічного стану. При цьому з розвитком захворювання ця тенденція зростала. Показники емоційної напруженості проблем, пов'язаних із соматичним та психосоматичним дискомфортом, у хворих на опіїдну наркоманію I групи дорівнювали $7,8 \pm 0,8$ балів. Хворі наголошували, що відчувають певний дискомфорт, але докладно визначити його не могли. Характерними для хворих цієї групи були такі висловлювання: «Щось діється зі станом мого здоров'я, але не можу визначити», «Неначе нічого не болить, а стан - огидний», «Чогось не вистачає для почуття бадьорості та

здоров'я. Причина такого неблагополуччя найчастіше пояснювалася зовнішнім обставинам: «У вашому відділенні не ті умови», «Я просто не досипаю, мені заважає світло в кімнаті».

Таблиця 4

Характеристика ступеню тяжкості психосоматичного стану хворих на опіїдну наркоманію на момент закінчення курсу лікування

Групи	Шкали		
	соматичного та психічного комфорту	абстинентних проявів	психічної залежності
I	$7,8 \pm 0,8$	$3,8 \pm 0,7$	$7,4 \pm 1,4$
II	$11,2 \pm 2,3$	$12,2 \pm 1,4$	$18,2 \pm 2,3$
III	$13,3 \pm 1,9$	$11,3 \pm 1,7$	$11,4 \pm 1,9$

Хворі II групи достатньо впевнено вказували на поганий сон, постійну втому, зниження активності, погану працездатність, депресію, біль різного характеру. Причину соматичного та психічного дискомфорту вони приписували абстиненції, погоджувалися з тим, що поганий фізичний та психічний стан є наслідком хвороби «наркоманія». Комплекс неприємних відчуттів і переживань найчастіше виступав як об'єктивний чинник, що виправдовував необхідність вживання наркотичної речовини в майбутньому ($11,2 \pm 2,3$ бала).

У хворих на опіїдну наркоманію III групи показники напруженості щодо проблем, пов'язаних із соматичним та психічним неблагополуччям, були найвищими ($13,4 \pm 1,9$ бала). Пацієнти відзначали м'язовий дискомфорт, біль у серці, шлунку, печінці. Разом з тим, незважаючи на досить високі оцінки соматичного та психосоматичного неблагополуччя, їх скарги були менш активними та виразними, ніж у осіб II групи.

За 2-ю шкалою (шкала абстинентних проявів) оцінка свого стану хворими мала досить значні відмінності. На нашу думку, це було пов'язано з інтенсивністю лікування та терміном перебування пацієнтів у відділенні. Деякі хворі на наркоманію I групи досить часто пред'являли соматичні скарги, подібні до абстинентних ($3,8 \pm 0,7$ бала). Але їх обговорення свідчило не про абстинентні прояви, а про соматичну патологію, наявну до початку захворювання (ревматизм, туберкульоз, захворювання шлунку та ін).

У хворих на опіоїдну наркоманію II групи спостерігалися остаточні прояви абстинентного синдрому. Досліджувані скаржилися на м'язовий дискомфорт, біль у м'язах та суглобах, порушення сну, пітливість, роздратованість, знижений настрій, компульсивний потяг до наркотичної речовини, що виникав періодично. Скарги хворих були активними, часто з посиленням наявної симптоматики. За ними слідувало прохання хворих додатково призначити певні ліки (показники емоційної напруженості - $12,2 \pm 1,4$ бала).

Хворі на опіоїдну наркоманію III групи скаржилися на пасивність, відсутність сил та енергії, нездатність до фізичного та психічного навантаження; біль у серці, м'язах, шлунку, печінці, поганий сон, відсутність сил будь-що робити (показники - $11,3 \pm 1,7$ бала). Різке зниження фізичної та психічної активності посилювалося негативним емоційним станом, в рамках якого на перший план виступили депресивні прояви, почуття безнадії. Спостереження за 3 хворими протягом 2 місяців показало, що навіть за такий тривалий термін у них не виникло повної редукції наявної симптоматики.

У досліджених всіх трьох груп відзначалися конкретні прояви психічної залежності, що відображено показниками 3-ї шкали (1-а група: $7,4 \pm 1,4$ балів; 2-га група: $18,2 \pm 2,3$ балів; 3-тя група: $11,4 \pm 1,9$ бала). Разом з тим, у кожній групі спостерігалися певні відмінності. Під час обговорення оцінок більшість осіб I групи відзначали наявність психічного дискомфорту, але заперечували його зв'язок із позбавленням наркотиків. Свій стан вони пояснювали психологічно зрозумілими причинами: поганими умовами утримання у відділенні, конфліктами з оточуючими та ін. Хворі на опіоїдну наркоманію II групи скаржилися на почуття емоційного дискомфорту, нездоланне бажання вколотися, що виникало періодично і, в деяких випадках, призводило до спроб наркотизації на території відділення.

Деякі особи, що мали більш тверді установки на утримання від вживання наркотиків, були занепокоєні тим, «як вони будуть жити без наркотиків у майбутньому»: «Я не знаю, що буду робити, я боюся, що зустріну друзів і не буду здатним відмовитися від вживання наркотиків, хоча зараз я маю такий намір. Я не вмію жити без наркотиків», «Що мені робити, коли я вийду з лікарні?». Така невизначеність у перспективах та невпевненість у власних силах протистояти психічному потягу сприяла нестійкості емоційних проявів. Періоди поліпшення настрою, пов'язаного з деяким полегшенням психічного і соматичного стану хворого після завершення абстинентного синдрому змінювалися періодами погіршення настрою, депресивними проявами. Емоційні коливання були спричинені, з одного боку, поганим фізичним самопочуттям, а з іншого - розумінням сили залежності, зневірою у власні сили, невдалими спробами відмовитися від наркотиків у минулому. На

тілі такого психосоматичного стану думки про наркотик посилювалися, заповнюючи свідомість хворого.

На відміну від хворих I групи, у яких психічна залежність була менш диференційована, недостатньо усвідомлена, у досліджуваних групи II вона мала досить окреслений характер. У хворих III групи мали місце досить високі показники психічного потягу ($11,4 \pm 1,9$ бала), але бажання відновити вживання вони частіше мотивували «важким фізичним станом».

Наявність порушень у психічній сфері підтверджувалася також і дослідженням хворих за шкалою «емоційного комфорту та саморегуляції, яка містила в собі 2 компоненти: емоційний та вольовий (табл. 5).

Таблиця 5

Динаміка особистісних проявів хворих в залежності від тяжкості хвороби

Групи	Шкали				
	саморегуляція, емоції	комунікація	особистісна спрямованість	ставлення до майбутнього	«Я» - як особистість
I	$7,1 \pm 1,8$	$6,3 \pm 1,2$	$6,4 \pm 1,2$	$4,0 \pm 1,1$	$4,0 \pm 0,7$
II	$11,4 \pm 2,3$	$12,2 \pm 2,3$	$12,3 \pm 2,4$	$4,4 \pm 2,3$	$12,1 \pm 2,7$
III	$15,1 \pm 3,1$	$10,1 \pm 1,7$	$9,1 \pm 1,9$	$10,3 \pm 2,0$	$7,4 \pm 1,4$

У хворих I групи рівень напруженості в сфері саморегуляції оцінювався в $7,13 \pm 1,8$ бала. Під час докладного обговорення власних оцінок вони говорили про такі свої емоційні характеристики: гарячковість, відсутність гостроти відчуттів у повсякденному житті, потреба змінити цей стан байдужості чи роздратованості. Такі переживання частіше пов'язувалися з впливом поганих умов або чинників середовища, «невезінням», тощо. Що стосується вольових оцінок, то пацієнти виявили 2 тенденції. Одні хворі вважали, що «з волею в них все гаразд». Друга частина пацієнтів визнавала слабкість своїх вольових характеристик: пасивність, нездатність відстоювати свою точку зору, довести справу до кінця, нездатність до прояву зусиль при труднощах. Незалежно від якісних характеристик та ступеня адекватності загалом оцінка саморегуляції здійснювалася хворими на рівні особистості.

У досліджуваних II групи рівень напруженості в сфері емоційно-вольової регуляції був вищим ($11,4 \pm 2,3$ бала), що свідчило про зростання неблагополуччя в цій підструктурі особистості. Крім того, цей рівень дуже залежав від психосоматичного стану хворого. У разі погіршення останнього настроїв хворих різко знижувався. Хворі відзначали у себе

почуття тривоги, виражену емоційну напруженість, неспокій, роздратованість, відсутність тонких емоцій: «Я нічого не відчуваю»; «Я не можу цього відчутти». Привертала до себе увагу надзвичайна нестійкість емоційних оцінок, їх залежність від актуального стану хворого.

У характері саморегуляції пацієнтів спостерігалось також 2 тенденції. Деякі з хворих підкреслювали слабкість саморегуляції, втрату контролю не тільки над наркотиком, але й над життям, залежність волі від обставин, під якими розуміли наявність чи відсутність наркотичної речовини. Інші хворі демонстративно, але не аргументовано, підкреслювали свою здатність до розвиненої цілеспрямованої діяльності. Це розповсюджувалося і на можливості контролювати зловживання: «Якщо я захочу, то не буду вживати наркотики», «Після виходу з лікарні я зрідка буду вживати наркотики, наприклад, як ви п'єте алкоголь, на свято, в день народження. Мають же в мене бути свята».

У хворих на наркоманію III групи показники порушення саморегуляції зростали ($15,1 \pm 3,1$ бала). Хворі відзначали нездатність проявляти ініціативу, неможливість докладати зусиль без наявності в організмі наркотичної речовини, втрату контролю як над вживанням наркотиків, так і над власним життям. В емоційній сфері переважали почуття безвиході, безнадії, безсилля будь-що змінити, депресивні прояви. Крім того, у хворих всіх 3 груп емоційні прояви та їх якісні характеристики мало залежали від конкретних результатів особистої діяльності (позитивних чи негативних), а більшою мірою відображали наявність хімічної речовини в організмі. З розвитком хвороби ці порушення були все виразнішими, повністю визначаючи особливості поведінки та діяльності хворих.

Характеризуючи особливості комунікації та мікросоціальних зв'язків хворих, слід відзначити їх залежність від ступеню тяжкості захворювання. Так, у хворих на опіїдну наркоманію I групи рівень емоційної напруженості в сфері комунікації та мікросоціальних зв'язків оцінювали як $6,3 \pm 1,2$ бали. Пояснюючи свої судження, вони відзначали, що у вирішенні деяких міжособистісних проблем певну допомогу їм надав наркотик, зокрема його вживання «дозволило знайти приємну компанію, підтримку та розуміння однолітків». Пацієнти відзначали достатньо широке коло спілкування. Проте під час подальшого обговорення виявилось, що такі мікросоціальні групи як родина, колектив за місцем роботи чи навчання перестали бути для них значущими. Так, хворі заперечували свою залежність від родини, підкреслюючи той факт, що «могли б прожити і без родичів», однак об'єктивно переважна більшість з них матеріально залежали від родини.

Хворі на опіїдну наркоманію II групи разом з позитивним впливом наркотиків на сферу міжособистісних стосунків та особливостей комунікації підкреслювали наявність

низки проблем. Так, деякі пацієнти вказували на зниження особистісної цінності групи осіб, у колі яких вони раніше вживали наркотики. Зменшення комунікативних зв'язків з іншими наркоманами вони пояснювали 2 основними причинами: сумнівними моральними якостями друзів-наркоманів («Наркоман продасть будь-кого за дозу»), втратою інтересу до спілкування («Навіщо мені друзі? Героїн є - навіщо мені хтось здався»). Інші хворі вважали, що з друзями (малися на увазі особи, з якими хворий вживав наркотики або вирішував проблеми, пов'язані з їх пошуком та придбанням) проблеми у спілкуванні відсутні, але є складні ситуації в родині, відповідальність за які перекладалася на оточуючих. Загалом ступінь емоційної напруженості проблем, пов'язаних з комунікацією, оцінювався в $12,2 \pm 2,3$ бали.

Незалежно від того, наскільки позитивно чи негативно досліджувані оцінювали особливості міжособистісних відносин, майже всі з них визнавали факт зменшення кола спілкування, його обмеженість в основному особами, що беруть участь у діяльності по забезпеченню зростаючої потреби в наркотичній речовині. Крім того, у висловлюваннях пацієнтів стосовно членів їх родини спостерігалися маніпулятивні форми поведінки. Слід зазначити також зниження цінності різних соціальних груп (групи спілкування, родина, навчальні групи, трудовий колектив та ін.).

У хворих III групи комунікативні зв'язки, потреби, інтереси були жорстко прив'язані до осіб, які брали участь у забезпеченні зловживання. Відзначалося знецінення міжособистісних відносин, зниження їх впливу на життя хворого.

Дослідження системи мотивів особистісної спрямованості дало наступні результати. У хворих I групи особистісна спрямованість була представлена різноманітними мотивами. Так, зі слів хворих, для них було значущим отримання освіти, прибуткової роботи, створення сім'ї. Однак задекларовані цілі та мотиви, що їх обслуговують, не мали потрібної спонукальної сили, більше того, вступали в протиріччя з їх реальною діяльністю та поведінкою. Так, підкреслюючи важливість отримання освіти, пацієнти ігнорували заняття в ПТУ, інститутах. У більшості з них були серйозні проблеми з успішністю. У 2 осіб вирішувалося питання про відрахування з навчального закладу. Не мали потрібної спонукальної сили і мотиви побудови власного життя, створення сім'ї. Так, чимало хворих підкреслювали, що через вживання наркотиків у них виникали проблеми з близькими (розлучення з коханою дівчиною, конфлікти в родині). Але цінність наркотичної речовини об'єктивно була для хворого більш значущою, ніж цінність сімейного благополуччя, успішного завершення навчання, одержання прибуткової роботи. Реальні вчинки досліджуваних свідчили про появу у свідомості наркоманічної мотиваційної домінанти.

Надцінне ставлення до наркотичної речовини підтверджувалось також висловлюваннями хворих: «Наркотик дозволив мені знайти друзів», «стати більш відкритим». Судження хворих були егоцентричними, неаргументованими, емоційно залежними. Рівень емоційної напруженості щодо проблем, пов'язаних із зловживанням дорівнював $6,4 \pm 1,2$.

У хворих II групи рівень емоційної напруженості був вищим $12,3 \pm 2,4$. Під час докладного обговорення отриманих даних проявлялася дезактуалізація раніше значущих мотивів (сім'я, навчання, робота) і стійке домінування у свідомості мотивів наркотизації. Цінність різних видів діяльності визначалася з точки зору її можливості задовольнити потребу у наркотичній речовині. Хоча досліджені формально визнавали негативні наслідки зловживання, емоційна оцінка факту зловживання була загалом позитивна. Крім того, спостерігалися також труднощі оцінки своїх вчинків з погляду морально-етичних норм, прийнятих у суспільстві; легковажне ставлення до закону, за яким карається придбання та зберігання наркотичних речовин; небажання взяти відповідальність за свої дії на себе. Постійна потреба в маніпулятивних формах поведінки щодо інших характеризувалася незрілістю та емоційною залежністю від наркоманічної мотиваційної домінанти.

У хворих на опіоїдну наркоманію III групи мотиваційна домінанта, спрямована на зловживання, була ще більш виражена, підкоряючи собі практично їх свідомість та вчинки. Крім того, в системі мотивів діяльності певне місце займали мотиви підтримання зруйнованого здоров'я, яке, на думку пацієнтів, могло здійснюватися тільки через вживання наркотичної речовини. Сила емоційного напруження за цією шкалою дорівнювала $9,1 \pm 1,9$ бали.

Таким чином, у хворих на опіоїдну наркоманію спостерігалися суттєві зміни в системі особистісних установок та домінуючих мотивів. З розвитком захворювання мотиви наркотизації набували головного значення, підкорювали собі і пригнічували інші, значущі раніше, мотиви. Стосовно ставлення до майбутнього і оцінки своїх перспектив хворі I групи малювали привабливі перспективи свого життя. Ставлення до наркотичної речовини загалом визначалося такими висловлюваннями: «Я можу кинути вживати наркотик, але не бачу в цьому сенсу»; «Я не вважаю себе залежним і допускаю для себе епізодичне вживання наркотиків». Навіть у тих випадках, коли хворі декларували готовність відмовитися від наркотичної речовини, вони не мали ніяких конкретних планів своїх дій для реалізації цього рішення. Оцінка напруженості щодо майбутнього - $4,0 \pm 1,1$.

У хворих на наркоманію 2 групи плани на майбутнє також мали декларативний характер: «Вийду з лікарні - чим-небудь займуся», «Знайду роботу, і все буде гаразд». На

більш конкретні запитання («На яку роботу будеш влаштовуватися?» «До кого конкретно збираєшся звертатися з приводу працевлаштування?» «Чим збираєшся заповнити ту частину життя, яка була пов'язана з наркотиком?» та ін.) хворі найчастіше не могли дати відповіді, говорили, що вони докладно над цим не замислювалися. Такими ж невизначеними були відповіді пацієнтів на наступні запитання: «Що ви збираєтеся робити, якщо відчуваєте підвищення потягу до наркотиків?», «Які конкретні дії ви будете здійснювати?», «До кого можете звернутися по допомогу?». Оцінка напруженості - $4,4 \pm 2,3$.

У хворих III групи плани на майбутнє були зовсім відсутні. Типові такі висловлювання: «Все моє життя - в минулому», «Для таких, як я, майбутнє не існує». Відсутність майбутнього мотивувалася тяжким фізичним станом, наявністю важких соматичних захворювань, «відсутністю сенсу життя». Оцінка напруженості - $10,3 \pm 2,0$.

Дослідження уявлень хворих про свою особистість дало такі результати. Хворі I групи загалом оцінювали себе позитивно. Рівень емоційної напруженості, що супроводжував самооцінку, дорівнював $4,0 \pm 0,7$ бала. Але під час обговорення відповідей у пацієнтів виявилася низка проблем, які, за їх словами, вони під час оцінювання не враховували, що свідчило про їх недостатню об'єктивність. Крім того, оцінюючи особливості свого характеру (зокрема, негативні його риси), досліджувані прагнули перенести відповідальність за власні проблеми на оточуючих, повністю знімаючи з себе відповідальність: «Ну, то це особливості мого характеру, і з цим нічого не вдієш. Кому треба - нехай пристосовується». Попри наявні відмінності в цілому самооцінка хворих була зумовлена їх особистісними якостями.

У хворих II групи самооцінка більшою мірою була зумовлена їх актуальним станом (абстиненція, сп'яніння, період нестійкої рівноваги). Так, пацієнти відзначали, що не можуть оцінити себе як особистість, оскільки не знають, якими вони є насправді: «Все зумовлено наявністю наркотиків». Деякі хворі, визнаючи свої негативні якості, в той же час вказували на свої заслуги в минулому. Відзначалася нестійкість самооцінки та прагнення підвищити її за рахунок минулих досягнень. Так, один із пацієнтів розповідав, що «школу закінчив з медаллю, і це вже свідчить про його високий інтелект». Оцінюючи себе досить низько за вольовими якостями («Так, у зв'язку із вживанням я не керую своїм життям»), другий хворий підкреслював свою елітарність («Вживання наркотиків - це доля небагатьох. Це надає мені право називатися представником еліти»). У значної частини хворих домінувала потреба підкреслювати свою виключність, при цьому оцінка поведінки з точки

зору морально-етичних норм, прийнятих у суспільстві, не мала значення. Оцінка напруженості - $12,1 \pm 2,7$.

У хворих III групи самооцінка ($7,4 \pm 1,4$ бала) відображала депресивний настрій і, в більшості випадків, мала негативний характер. Деякі пацієнти відмовлялися її обговорювати, кажучи, що «В цьому немає сенсу, нічого вже не змінити». На цьому етапі розвитку хвороби в самооцінці домінував субдепресивний настрій, який став причиною байдужого ставлення хворих до себе та свого майбутнього.

Таким чином, як показали дані дослідження, у хворих на опіїдну наркоманію спостерігалися певні порушення адекватності самооцінки. Це проявлялося в некритичному ставленні до особистісних змін, зумовлених наркозалежністю (особливо на ранніх стадіях захворювання). Характерною була нестійкість самооцінки, її коливання від повного прийняття себе до крайньої зневаги до себе. У зв'язку із сформованою системою захисних установок, спрямованих на заперечення наслідків зловживання, пацієнти не усвідомлювали повною мірою характер хворобливих порушень, зумовлених наркотизацією. Некритичне ставлення до наслідків зловживання перешкоджало формуванню установки на лікування та відмову від вживання наркотиків.

Під час обговорення відповідей пояснювалася також позиція хворих на наркоманію щодо необхідності активної особистої участі в процесі лікування. Так, хворі I групи заперечували наявність проблем з наркотиками, своє перебування в психіатричному відділенні вважали помилкою чи підкреслювали, що воно зумовлено виключно збігом обставин.

Хворі II групи, визнаючи свою залежність від наркотичної речовини, відповідальність за одужання перекладали виключно на лікарів і психологів. Так, на твердження "Вважаю, що моє одужання - це справа виключно лікарів" дали позитивну відповідь 86% хворих. Навіть визнаючи необхідність психологічних змін, пацієнти вважали, що то справа психолога: «Ну, нехай психолог щось з нами робить».

Хворі на опіїдну наркоманію III групи з тяжким перебігом захворювання заперечували можливість повернення до життя без наркотичної речовини, посилаючись на свій надто тяжкий психосоматичний стан, втрату сенсу життя взагалі.

Висновки. Таким чином, специфічними патопсихологічними симптомокомплексами залежності від опіїдів є наступні. *У мисленні* - система заперечень, що спрямована на витіснення із свідомості різних видів шкод, що пов'язані із зловживанням (шкоди здоров'ю, розвитку особистості, сім'ї, матеріальні збитки, юридичні проблеми та ін.); порушення взаємодії між раціональними і емоційними компонентами мислення;

формування «мислення за бажанням», зниження критичної оцінки проблем, пов'язаних із зловживанням при формальній збереженості операційної сторони мислення. У *мотиваційній сфері* - викривлення спрямованості особистості та мотивації поведінки, формування мотиваційної домінанти, центром якої є мотиви зловживання з витісненням інших мотивів, які раніше були значущими для особистості. У *сфері емоцій та саморегуляції* - «маятник емоцій», примусове регулювання емоцій, недиференційованість емоцій, порушення здатності до емпатії, зниження вартості моральних почуттів, імпульсивність поведінки, відсутність етапів планування і боротьби мотивів у складній вольовій дії, зниження здатності до проявів зусиль у сферах, які не пов'язані з обслуговуванням наркотичної потреби.

У *сфері самооцінки* - порушення самоідентифікації, лабільність самооцінки, її залежність від психопатологічного стану. *Порушення комунікації та міжособистісних стосунків* проявилось у звуженні кола спілкування, втраті референтних груп, які раніше були значущими для хворого, розриві соціальних зв'язків. Спостерігалася також втрата сенсу життя без хімічної речовини, відсутність планування майбутнього, відсутність мотивації до змін.

Глибокі порушення особистості, які виникають внаслідок зловживання опіоїдами, потребують зміни стратегії і тактики лікування захворювання - переносу акцентів в комплексному лікуванні залежності з методів біологічної терапії на методи психологічної корекції та реабілітації. При цьому, психологічна корекція особистості повинна вирішувати два основних завдання: корекція патопсихологічних симптомокомплексів, які виникли внаслідок формування залежності; засвоєння нових більш ефективних форм поведінки, що сприяють адаптації хворих у суспільстві.

Дослідження показало також можливості і обмеження деяких методик патопсихологічної діагностики, які ґрунтуються на самооцінці, оскільки вони можуть висвітлювати бажані уявлення хворих на опіоїдну наркоманію, «систему їх ілюзій та заперечень». У таких випадках їх слід доповнювати методиками, за якими пацієнтові потрібно описувати певні форми своєї поведінки у конкретних ситуаціях без їх відповідної оцінки.

Розуміння і врахування структури і динаміки патопсихологічних симптомокомплексів опіоїдної залежності може стати основою для побудови психокорекційних програм у період проведення підтримуючої терапії, у тому числі і у програмах замісної терапії, на що може бути скерована подальша робота.

Література

1. Большая энциклопедия психологических тестов (2006). (Ред. Карелин А.). Москва: Эксмо.
2. Дворяк, С.В., Приб, Г.А., & Штенгелов, В.В. (2011). *Шляхи впровадження замісної підтримувальної терапії для лікування опіоїдної залежності*. Психічне здоров'я. 4 (33).
3. Дворяк, С.В., Власенко, Л.В., Думчев, К.В., & Карачевський, А.Б. (2012). *Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів: Методичний посібник*. Київ: УІДПГЗ.
4. Завьялов, В.Ю. (1988). *Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости*. Новосибирск: Наука.
5. Короленко, Ц.П., & Донских Т.А. (1990). *Семь путей к катастрофе*. Новосибирск: Наука.
6. Ланда, А.Н. (1989). *Некоторые вопросы изучения личности и познавательной функции у больных опийной наркоманией*. Некоторые проблемы наркоманий и токсикоманий. Москва: МГУ.
7. Личко, А.Е., & Битенский, В.С. (1991). *Подростковая наркология*. М.: Медицина.
8. Милютина, Е.Л. (1991). *Особенности эмоционально-волевой регуляции в условиях внутрилличностного конфликта /на примере наркозависимости/*. Автореф. дис канд.психол.наук: 19.00.01. Киев.
9. *Наркологія: національний підручник для лікарів-наркологів*. (2014). (Ред. Сосін, Ю.Ф. Чуєва, І.К.). Харків: Колегіум.
10. *Психіатрія і наркологія*. (2020). (Ред. проф. Гавенко, В.Л., & чл.-кор АМН України Бітенський, Б.С.). Харків: Медицина.
11. *Питання впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні. Науково-практична та методична збірка*. (2010). Київ.
12. Пятницкая, И.Н. (1994). *Наркомании: Руководство для врачей*. М.: Медицина.
13. Сосин, И.К. (1997). Наркомания: клинико-терапевтический аспект. *Харьковский медицинский журнал*. (1).
14. Шайдукова, Л.К., & Коблова, Е.В. (2009). Структура психопатоподобных расстройств у больных опийной наркоманией. *Ж. социальная и клиническая психиатрия*, т. XIX, №2.
15. Castel, S., Scivoletto, S., & Andrade A.G. (1979). Predictors of prognosis for Drug Dependence, 3 Month of Treatment. *X World Congress of Psychiatry*. Madrid, August 23-28,. V.2.
16. Craig, R.J. (1997). Personality characteristics of heroin addicts: A review of the empirical literature with critique - Part 1. *International Journal of the Addiction*. Vol. 14.
17. D'Aunno, T., Vaughn, T.E. (1992). Variations in methadone treatment practice. *JAMA*. Vol. 30.
18. Edwards, G. (1997). Personality and Addiction *J. Adnorm. Psychol*. Vol.86.
19. Hewett, B.B. & Martin, W.R. (1980). Psychometric comparisons of sociopaths and psychopathologist behaviours alcoholics and drug abusers versus a low drug use control population. *Int. J. Addict*. Vol. 15.
20. Leinbaum, R. & Debski, U.J. (1993). Methadone dose and heroin use during maintenance treatment.
21. O' Malley, S.S. (1995). Integration of opioid antagonist and psychosocial therapy in the treatment of narcotic and alcohol dependence. *J. Clin. Psychiatry*. Vol.56.
22. Narcotic Drugs: Estimated World Requirement for 2020 - Statistics 2018 (E/INCB/2019/2) UN Organization. - Vein.
23. Penk., M.E. (1980). An MMPI Comparison of Double Addicts and Heroin Abusers. *J Abnorm. Psychol.* Vol.8.

References

1. Big encyclopedia of psychological tests, (2006) (Ed. Karelin A.). Moscow: EXMO. (in Russian).
2. Dvoriak, S.V., Prib, H.A., & Shtenhelov, V.V. (2011). Впровадження замісної терапії для лікування опіоїдної наркоманії [Introduction of substitution therapy in the treatment of opium addiction. *Mental health*. 4 (33) (in Ukraine).
3. Dvoriak, S. V., Vlasenko, L. V., Dumchev, K. V., Karachevsky, A. B. (2012). Підтримувальна терапія опіоїдами [Opiate agonist maintenance therapy]. *Methodological guidance*. Kyiv: UIDPHZ. (in Ukraine).
4. Zavyalov, V.U. (1988). *Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Mental aspects of the formation of alcohol addiction]*. Novosibirsk: Science. (in Russian).
5. Korolenko, Ts.P., & Donskykh T.A. (1990). *Семь путей к катастрофе [Seven paths to disaster]*. Novosibirsk: Science. (in Russian).
6. Landa, A.N. (1989). Некоторые вопросы изучения личности и познавательной деятельности у больной опийной наркоманией [Some the questions of the study of personality and cognitive activity in

- a patient with opium]. *Come problems of drug addiction and addiction substance*. Moskva. (in Russian).
7. Lychko, A.E., & Bytenskyi, V.S. (1991). *Подростковая наркология [Teenage drug addiction]*. Moscow: Medicina. (in Russian).
 8. Milutina, E.L. (1991). *Особенности эмоционально-волевой регуляции в условиях внутриличностного конфликта на примере наркозависимости [Features of the emotional-volitional regulation in conditions of intrapersonal conflict on the example of drug addiction] Abstract of the dissertation of the cand. psychol sciences*. 19.00.01. Kiev. (in Russian).
 9. Наркологія. Національний підручник для лікарів [*Narcology/ National textbook for drug addicts for neurologists*]. (Edit. Sosin, Yu.F. Chuieva, I.K). Kharkiv: Kolegium. (in Ukraine).
 10. *Психиатрия и наркология [Psychiatry and Narcology]*. (2020). (Red. prof. Havenko, V.L., & chl.-kor, AMN Ukraine Bitenskyi, B.S.). Kharkov: Medicina. (in Russian).
 11. Питання впровадження замісної підтримуючої терапії в Україні: Науково-практична та методична збірка. [Questions of the introduction maintenance therapy in Ukraine] Scientific practical and methodological collection]. Kyiv. (in Ukraine).
 12. Pyatnitskaya, Y.N. (1994). *Наркомании: Руководство для врачей. [Addiction. Guides for Physicians]*. M: Medicina. (in Russian).
 13. Sosin, Y.K. (1997). Наркомания: клинико-терапевтический аспект [Drug [Adduction: klynyko-terapevtycheskyi aspekt]. Kharkiv: *Medical Journal*. 1.(in Russian).
 14. Shaidukova, L.K., & Koblova, E.V. (2009). Структура психопатоподобных расстройств у больных наркоманией [Structure of psychopathic disorders in drug addicts]. *Journal of Social and clinical psychiatry*. XIX, №2. (in Russian).
 15. Castel, S., Scivoletto, S., & Andrade A.G. (1979). Predictors of prognosis for Drug Dependence, 3 Month of Treatment. *X World Congress of Psychiatry. Madrid, August 23-28, V.2*. (in English).
 16. Craig, R.J. (1997). Personality characteristics of heroin addicts: A review of the empirical literature with critique - Part 1. *International Journal of the Addiction*. Vol. 14. (in English).
 17. DAunno, T., Vaughn, T.E. (1992). Variations in methadone treatment practice. *JAMA*. Vol. 30. (in English).
 18. Edwards, G. (1997). Personality and Addiction *J. Adnorm. Psychol*. Vol.86.
 19. Hewett, B.B.& Martin, W.R. (1980). Psychometric comparisons of sociopaths and psychopathologist behaviours alcoholics and drug abusers versus a low drug use control population. *Int. J. Addict*. Vol. 15. (in English).
 20. Leinbaum, R.& Debski, U.J. (1993). Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. (in English).
 21. O' Malley, S.S. (1995). Integration of opioid antagonist and psychosocial therapy in the treatment of narcotic and alcohol dependence. *J. Clin. Psychiatry*. Vol.56. (in English).
 22. Narcotic Drugs: Estimated World Requirement for 2020. *Statistics 2018 (E/INCB/2019/2) UN Organization*. Vena. (in English)
 23. Penk., M.E. (1980). An MMPI Comparison of Double Addicts and Heroin Abusers. *J. Abnorm. Psychol*. Vol.89. (in English).

Відомості про автора

Лисенко Ірина, доктор психологічних наук, завідувачка кафедрою клінічної психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна

Lysenko, Iryna, Doctor of Psychological Sciences, Head of the Department of Clinical Psychology, Kyiv Institute of Contemporary Psychology and Psychotherapy, Kyiv, Ukraine.

ORSID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2749-3461>

E-mail: Lysenko.psychologist@gmail.com

Отримано 31 серпня 2021 р.
Рецензовано 21 вересня 2021 р.
Прийнято 30 вересня 2021 р.

Алевтина Лисюк

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ З УРАХУВАННЯМ КЛІНІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Лисюк А. Сучасний стан проблеми депресивних розладів з урахуванням клінічних та соціальних особливостей. Шляхом проведення теоретичного аналізу літератури досліджено соціальне значення депресивних розладів, роль клінічних особливостей та порушень соціального функціонування в їх структурі та прогнозі. Згруповано дані, які стосуються епідеміології депресій.

Вивчено особливості депресивних розладів невротичного регістру з урахуванням переважної психопатологічної симптоматики, нозологічної приналежності, ролі таких явищ, як саморуйнівна поведінка (СрПв) та аутодеструктивний потенціал (АдПл). Описані порушення соціального функціонування, які виникають у перебігу депресивного розладу. Визначено роль основних клінічних та соціальних чинників у прогнозуванні депресивного розладу.

Ключові слова: депресія, депресивний розлад, афективні розлади, порушення соціального функціонування, клінічні особливості, саморуйнівна поведінка, прогноз.

Лысюк А. Современное состояние проблемы депрессивных расстройств с учетом клинических и социальных особенностей. Путем проведения теоретического анализа литературы исследовано социальное значение депрессивных расстройств, роль клинических особенностей и нарушений социального функционирования в их структуре и прогнозе. Сгруппированы данные, касающиеся эпидемиологии депрессий.

Изучены особенности депрессивных расстройств невротического регистра с учетом преобладающей психопатологической симптоматики, нозологической принадлежности, роли таких явлений, как саморазрушительное поведение (СРПВ) и аутодеструктивный потенциал (АдПл). Описаны нарушения социального функционирования, которые возникают в ходе депрессивного расстройства. Определена роль основных клинических и социальных факторов в прогнозировании депрессивного расстройства.

Ключевые слова: депрессия, депрессивное расстройство, аффективные расстройства, нарушения социального функционирования, клинические особенности, саморазрушительное поведение, прогноз.

Lisyuk, A. The current state of the problem of depressive disorders, taking into account clinical and social features. The social significance of depressive disorders, the role of clinical features, and disorders of social functioning in their structure and prognosis were studied by conducting a theoretical analysis of the literature. Data related to the epidemiology of depression are grouped.

Peculiarities of depressive disorders of the neurotic register have been studied, taking into account the predominant psychopathological symptoms, nosological affiliation, the role of such phenomena as self-destructive behavior (SDBh), and self-destructive potential (SDP). The role of the main clinical and social factors in the prediction of depressive disorder is determined.

Key words: depression, depressive disorder, affective disorders, social dysfunction, clinical features, self-destructive behavior, prognosis.

Вступ. Згідно з визначенням ВООЗ, депресія – це поширений психічний розлад, який вражає понад 264 мільйони людей у всьому світі та характеризується стійким смутком і відсутністю інтересу або задоволення від раніше приємної (нагороджуваної) діяльності. До симптомів також можуть входити порушення сну і апетиту, швидка стомлюваність і зниження концентрації уваги. Депресивні розлади є провідною причиною втрати

працездатності у всьому світі та значною мірою сприяють збільшенню глобального тягара захворювань. Наслідки депресії можуть бути тривалими або повторюваними і у таких випадках чинять значний вплив на здатність людини жити повним життям. Фізичні, когнітивні та емоційні симптоми депресії призводять до значних порушень у здатності людини виконувати повсякденну діяльність та вступати у стосунки з іншими людьми задовільними для обох сторін та соціально прийнятними способами.

Метою дослідження є вивчення ролі клінічних та соціальних особливостей в структурі депресивного розладу та їх впливу на його подальший прогноз.

Завдання:

1. На основі сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури, визначити основні клінічні та соціальні чинники у структурі депресивних розладів.
2. Вивчити вплив різних клінічних та соціальних чинників на прогнозування депресивного розладу.

Результати дослідження.

Епідеміологія. Увага до депресивних розладів з боку медичної спільноти та суспільства загалом невпинно зростає протягом останніх десятиріч у зв'язку зі збільшенням частоти виникнення даної патології у популяції. Для прикладу, в Європі у 2004 році кількість людей з депресією становила 21 мільйон осіб (Sobocki et al., 2006).

Психічні розлади є однією з найбільших проблем охорони здоров'я в Європейському регіоні, що визначається поширеністю, тяжкістю хвороб та порушенням соціального функціонування (інвалідністю та ін.) (WHO. The European Mental Health Action Plan 2013–2020). Афективні розлади, у тому числі й депресивні, займають значну частину від психічних розладів загалом. Протягом життя їх поширеність становить 20,8%. Більшість людей, у яких вперше виявлено депресивний розлад, знаходяться у віковому діапазоні від 20 до 40 років. Лише 33,0% пацієнтів одужують або виходять у стійку ремісію, у 12,0% розлад хронізується, а у 55,0% виникають рецидиви (Чабан, 2010; Марута, 2012). Враховуючи поширеність депресивних розладів серед працездатного населення, важливим завданням є попередження хронізації або рецидивування, а, отже, виражених медико-соціальних наслідків (Пшук, 2010; Марута, 2013), адже частота порушень соціального функціонування та зниження рівня якості життя у пацієнтів з депресією коливається від 18,0% до 52,0% в залежності від важкості перебігу (Wittchen, 2005). Також важливим чинником є економічні витрати на лікування та соціальне забезпечення пацієнтів з депресивними розладами (Valladares et al., 2009). У 2007 році у журналі Lancet було опубліковано 2 статті на тему соціально-економічних проблем, спричинених депресією, як найважчих серед пов'язаних зі здоров'ям (Prince et al., 2007; Moussavi et al., 2007).

Депресивні розлади є основною причиною нефатальних обтяжуючих наслідків (тягарів) хвороб, та становлять майже 12% від загальної кількості років, прожитих з інвалідністю (Ustun et al., 2004). Причиною цього є результат високої поширеності депресивних розладів, високий рівень рецидивів та хронізації (Angst, Preisig, 1995; Coryell et al., 1990; Келлер та ін., 1992), і високий вплив на психосоціальне функціонування (Hays та ін., 1995; Judd et al., 2000).

Дослідження Global Burden of Disease 2000 показало, що на депресію припадає 4,46% від усіх років життя з поправкою на інвалідність (DALY - роки життя з поправкою на інвалідність — це показник загального тягара хвороб, виражений в кількості років, втрачених через поганий стан здоров'я, інвалідність або передчасну смерть. Його було розроблено в 1990-х роках для порівняння загального стану здоров'я і тривалості життя в різних країнах) і 12,1% від років непрацездатності у людей молодого віку (World Health Organization). Це чітко підкреслює першочерговий тягар інвалідності, який виникає вторинно після депресії. Значна частина цього тягара пов'язана з економічними збитками (як особистими, так і суспільством), коли люди страждають від депресії та внаслідок чого знижується якість життя та стосунків.

Клінічні особливості. Симптоми депресії можуть бути поділені на чотири основні групи: емоційні, нейровегетативні, поведінкові та нейрокогнітивні симптоми.

До першої групи належать: знижений настрій, ангедонія (ці два симптоми вважаються фундаментальними), відчуття провини або власної нікчемності, суїцидальні думки, ідеї або наміри. До другої – слабкість або швидка втомлюваність, порушення сну, ваги та апетиту. Третя включає психомоторну загальмованість або ажитацію, нерішучість і погіршення концентрації уваги, здатності міркувати (Malhi, Mann, 2018). Симптомат емоційної групи приділяється основна увага, так як саме вони визначають особливості поведінки, соціального функціонування та власне депресивного стану (Ветроградова та ін., 2012; Сидоренко, 2017).

Також існує поділ на дві основні складові депресивного синдрому – ангедонію та гіпотимію. Гіпотимічну складову поділяють на три афективні компоненти: тривожний, тужливий та апатичний. Як правило, у клініці конкретного випадку переважає один із них, і формуються характерні для нього синдромальні та дезадаптаційні особливості (Ветроградова та ін., 2012).

Сполучення депресивних розладів з симптомами тривоги ускладнює їх перебіг та сприяє терапевтичній резистентності (Penninx et al., 2011; Hirschfeld, 2001; Goodyer et al., 2010; Munos et al., 2010; Januzzi et al., 2000; Roy-Byrne et al., 2008; Решетников, 2005).

Згідно з сучасними даними, існує зв'язок депресивних станів з певними нейромедіаторами : для тривожних депресій притаманним є дефіцит серотоніну, для

астено-апатичних та меланхолійних – дефіцит дофаміну та норепінефрину. Врахування цієї різниці при виборі терапії може суттєво поліпшити прогноз у осіб з депресивними розладами (Бедлінський, 2017; Марута та ін., 2014). Для депресивного розладу з переважаючим апатичним компонентом притаманно зменшення інтенсивності як позитивних, так і негативних емоцій та зниження вольової сфери, відчужене сприйняття подій, які раніше були суб'єктивно значущими (Ветроградова та ін., 2012).

Що до меланхолійної депресії, то їй приділяється значно менша увага, і, відповідно, менша кількість досліджень. Дані щодо її важкості та реакції на лікування неоднозначні: деякі дослідники вказують на кращу реакцію меланхолійної депресії на терапію, інші описують складність підбору препаратів та необхідність персоналізованої медицини депресії (Ветроградова та ін., 2012; Valerio et al., 2018).

Важливим елементом депресивної симптоматики ще з першої половини ХХ ст. вважались ідеї самоприпинення та сомовинувачення, які були тісно пов'язані з основним депресивним афектом (Крепелин, 1923). Дослідниками з різних часових проміжків було встановлено зв'язок між даними ідеями та суїцидальною поведінкою (Снежневський, 1983; Краснов, 2011).

Сомато-вегетативні розлади як компонент депресії включають порушення сну, апетиту, лібідо, зміну маси тіла, анергію (Trivedi, 2004). Афективний компонент депресивного розладу визначає його структурні та вегетативні особливості, а також деякі поведінкові патерни.

Відсутня однастайна думка щодо відмінностей депресивних розладів у осіб різних статей. Деякі дослідники вважають, що існують суттєві відмінності на усіх патогенетичних рівнях (Тювина, 2015; Осадший, 2019), у той час як інші дані повідомляють про відсутність настільки значної різниці (Kornstein, 2000).

Одним із найважчих наслідків депресивних розладів, як медичних, так і соціальних, є суїцид. Близько 70% осіб з депресією мають суїцидальні наміри, від 10 до 15% пацієнтів з даним розладом завершують життя самогубством (Goodwin, Jamison, 1990). Проте, варто брати до уваги, що показники зареєстрованих самогубств та, особливо, суїцидальних спроб часто є недостовірними внаслідок різниці у соціальних та релігійних поглядах, системах обліку та реєстрації, термінологічної плутанини, а також великої кількості концепцій суїцидальної поведінки (Юрьєва, 2006).

Також варто звернути увагу на саморуйнівну поведінку (СрПв), яка є значно ширшим поняттям, порівняно з суїцидальною. Вперше дане явище згадується ще у роботах З. Фрейда (1998). Проте, в подальшому, питання саморуйнівної поведінки залишалось недостатньо дослідженим та не отримувало цілісної структури. Проблемою також є

важкість епідеміологічного дослідження, оскільки більшість випадків несуйцидальної поведінки залишається поза полем зору медичних працівників.

На даний час виділено 2 форми саморуйнівної поведінки: зовнішня та внутрішня. Зовнішня поділяється на 4 типи: суїцидальний, парасуїцидальний, псевдосуїцидальний та асуїцидальний. В контексті депресивних розладів особливої уваги заслуговують перші два та, частково, третій тип як ті, що характерні для невротичних, у тому числі, афективних розладів. Внутрішні форми аутоагресивної поведінки мають виражений аутодеструктивний ефект на нервово-психічну діяльність хворого, який впливає на процес хроніфікації та посилення важкості психічних розладів (Пилягіна, 2004).

Навіть АП, що не несе загрози для життя, створює дискомфорт у соціальному функціонуванні особи та погіршує якість життя.

Також необхідно звернути увагу на порушення соціального функціонування, що виникає внаслідок та як симптом депресивного розладу. Численні дослідження попередніх років виявили зв'язок між тяжкістю депресії та рівнем соціального функціонування (Dekker et al., 1998; De Lisio et al., 1986; Evans et al., 1996; Judd et al., 2000; Leader, Klein, 1996; Ormel et al., 2004; Weissman et al., 1978); однак, деякі не відмічали залежності (Dorz et al., 2002; Mintz et al., 1992).

Новіші дані свідчать про те, що великий депресивний розлад пов'язаний з дефіцитом у ряді соціальних сфер, таких як мова тіла, зоровий контакт, словесний тон та просодія (вчення про просодичні елементи мовлення (мелодика, відносна сила вимови слів та їхніх частин, співвідношення відрізків мовлення по довготі, загальний темп мовлення, паузи, загальне темброве забарвлення тощо) та їхнє функціонування) (Air, Weightman, Baune, 2015; Hasselbalch, Knorr, Kessing, 2011; Weightman, Air, Baune, 2014; Knight, Baune, 2019). Усі ці сфери прямо пов'язані з рівнем фізичної активності, яка є важливим елементом для повноцінного соціального функціонування. Взаємозв'язок між симптомами депресії та порушенням фізичної активності можна пояснити тим, що депресивні епізоди визначаються трьома симптомами, що мають відношення до фізичної активності, включаючи зниження інтересу чи задоволення майже до всіх видів діяльності, психомоторне збудження або загальмованість, а також втому або втрату енергії майже щодня (Mehta, Mittal, Swami, 2014).

Депресія може погіршити ефективність роботи не лише через вплив на фізичну активність. Наведемо три основні шляхи:

- міжособистісні стосунки (депресивні люди розглядаються як дратівливі, песимістичні та замкнуті);
- продуктивність (зниження продуктивності через втому, важкість прийняття рішень

та відсутність концентрації уваги);

- безпека (збільшення ризику нещасних випадків або пошкоджень серед людей, що перебувають у депресії) (Information Bulletins for Work Safe BC Assessment Providers).

Люди, що страждають на депресію, часто емоційно залежать від інших, внаслідок чого надмірно прив'язуються до оточуючих або раптово віддаляються від них. Вони часто можуть переоцінювати стосунки як джерела самоцінності, але можуть також набувати негативних переконань щодо доступності та вірності інших (Bowlby, 1980). Порушення у міжособистісних стосунках можуть бути стійкими та зникати повільніше, ніж зміни симптомів (Tweed, 1993).

Результати логістичного регресійного аналізу показали, що тяжкість симптомів, функціональні порушення від депресії та якість життя були значущими, незалежними предикторами стану ремісії (Zimmerman et al., 2008). Залишкові прояви порушень соціального функціонування можуть бути вагомим фактором ризику рецидиву депресії (Kennedy et al., 2007; Solomon et al., 2004). Враховуючи ці дані, важливо звертати увагу на порушення соціального функціонування та методи впливу на них як важливий елемент поліпшення прогнозу депресивних розладів (Greer et al., 2016).

Таким чином, депресивні розлади мають виняткове соціальне значення, так як їх кількість у сучасних умовах постійно зростає, вони несуть значну небезпеку для життя та здоров'я самого пацієнта, значно погіршують перебіг супутніх соматичних та психічних захворювань, збільшують поліморфізм симптомів, частоту госпіталізацій та їх тривалість, що, відповідно, призводить до несприятливих медико-соціальних наслідків.

Прогноз. За даними досліджень останніх років прогноз для пацієнтів з депресивними розладами залишається не надто оптимістичним. Повного одужання у довгостроковій перспективі досягає лише 17% осіб, у незначної частини можлива стійка ремісія, у той час як у 55% пацієнтів депресивний розлад набуває хронічного перебігу (Verduijn et al., 2017; Baldessarini et al., 2017).

Власне прогнозування на теперішній час залишається складним питанням за рахунок відсутності відповідних діагностичних методик та визначеного переліку впливаючих факторів (Dinga et al., 2018).

У частині джерел присутня інформація про те, що для одужання мають значення лише тяжкість та тривалість епізоду депресії (Bosworth et al., 2002), проте також відома велика кількість інших чинників, вплив яких не можна ігнорувати. Наприклад, одним з них є тривалість періоду від початку захворювання до отримання необхідної терапії (Gormley,

O'Leary, 1996). Також відмічається вплив статі, віку, сполучення декількох симптомів та соціальних чинників (Markkula, Suvisaari, 2017).

Вплив на прогноз депресивного розладу коморбідності з тривожними розладами оцінюється дослідниками неоднозначно: одні дані вказують на значне погіршення прогнозу за цих умов (Hung et al., 2020), інші – на відсутність суттєвого впливу (Braund et al., 2019).

Прогностична значущість основних симптомокомплексів відмічена у праці В. Ю. Федченко, також визначені особливості клінічної структури, за якими можна визначити важкість поточного епізоду, такі як іпохондричні прояви, наявність соматичних симптомів, тривоги, рівень порушення соціального функціонування, суїцидальні думки, негативні очікування від майбутнього (Федченко, 2019).

Доведено, що саморуйнівна поведінка (СрПв) є несприятливим фактором прогнозу депресивного розладу. Цікавість до даного питання властива науковцям протягом тривалого часу. Суїцидальна поведінка вивчалась як з медичного, так і з соціологічного боку, розроблялись методи її діагностики та профілактики (Юрьєва, 2006; Farberow, 1950; Farberow, 1961; Амбрумова, 1981; Амбрумова, Тихоненко, 1981).

Існує велика кількість інформації щодо зв'язку депресивних розладів з суїцидальною поведінкою, проте протягом останніх років все більше досліджень вказують на значний вплив несуйцидальної СрПв на перебіг та прогноз депресії. Крім прямого впливу на основне захворювання (депресивний розлад), несуйцидальна СрПв збільшує ризик суїцидальної поведінки у подальшому (Пилягіна, 2017; Weintraub et al., 2017; Knorr et al., 2016; Pratt, Brody, 2014).

Критерієм пошкоджуючого ефекту СрПв визначено аутодеструктивний потенціал (АдПл) як узагальнену міру проградієнтності у його патодинаміці (Пилягіна, 2017). Визначення рівня АдПл дозволить оцінити ризик СрПв, виявити найбільш травматичні для конкретної особи чинники, що сприятиме індивідуалізації терапевтичного підходу. Тож варто звернути увагу на роль у прогнозі депресивних розладів рівня АдПл, так як на даний час чіткої відповіді на це запитання немає.

Існуючі дані переважно є суперечливими та не розглядають взаємодію факторів, орієнтуючись лише на окремі з них. Отже, для покращення прогнозу депресивних розладів, важливо визначити керовані фактори хронізації та рецидивування з їх подальшою корекцією (Федченко, 2019).

Висновки. Отже, клінічна картина депресивного розладу може суттєво відрізнитись у різних клінічних випадках, що призводить до різниці у перебігу та прогнозі, та вказує на необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта. Більшої уваги потребує меланхолійний підтип депресивного розладу у зв'язку із значно меншою кількістю виконаних досліджень. Для визначення прогнозу депресивного розладу сучасні джерела

радять звернути увагу на особливості клінічної картини, вираженість та прояви саморуйнівної поведінки а також рівень соціального функціонування. Депресивні розлади мають виняткове соціальне значення, так як їх кількість у сучасних умовах постійно зростає, вони несуть значну небезпеку для життя та здоров'я самого пацієнта, значно погіршують перебіг супутніх соматичних та психічних захворювань, збільшують поліморфізм симптомів, частоту та тривалість госпіталізацій, та, відповідно, призводять до несприятливих медико-соціальних наслідків. Порушення соціального функціонування є важливим елементом та, водночас, наслідком депресивних розладів, впливаючи на який, можливо покращити прогноз та зменшити вірогідність рецидиву депресивного розладу.

Література

1. Air T., Weightman M. J. & Baune B. T. (2015). Symptom severity of depressive symptoms impacts on social cognition performance in current but not remitted major depressive disorder. *Frontiers in Psychology*, 6, 11 – 18.
2. Angst J.& Preisig M. (1995). Outcome of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients: Results of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 146, 17–23.
3. Baldessarini, R., Forte, A., Selle, V., Sim, K., Tondo, L., Undurraga, J. and Vázquez, G. (2017). Morbidity in Depressive Disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86 (2), pp.65 - 72.
4. Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., & Barnett, V. (2000). Methods to Improve Diagnostic Accuracy in a Community Mental Health Setting. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1599–1605. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1599>
5. Bosworth, H., Hays, J., George, L. and Steffens, D. (2002). Psychological and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. *Int. J. Psychiatry*, 17, 238-246.
6. Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss*. [New York]: Basic Books.
7. Braund, T., Palmer, D., Williams, L., & Harris, A. (2019). Characterising anxiety in major depressive disorder and its use in predicting antidepressant treatment outcome: An iSPOT-D report. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 53(8), 782-793. doi: 10.1177/0004867419835933
8. De Lisio, G., Maremmani, I., Perugi, G., Cassano, G., Deltito, J., & Akiskal, H. (1986). Impairment of work and leisure in depressed outpatients. *Journal Of Affective Disorders*, 10(2), 79-84. doi: 10.1016/0165-0327(86)90029-7
9. Dekker J., de Jong A., Nieuwenhuis M. (1998). Depressie en sociaal functioneren. [Depression and social functioning. Behavior and health.] *Gedrag en Gezondheid* 26, 248–256.
10. Dinga, R., Marquand, A., Veltman, D., Beekman, A., Schoevers, R., & Van Hemert, A. et al. (2018). Predicting the naturalistic course of depression from a wide range of clinical, psychological and biological data: a machine learning approach. *European Neuropsychopharmacology*, 28, 88-89. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.12.127
11. Dorz S., Borgherini G., Cognolato S., Conforti D., Fiorellini A.L., Scarso C, Magni G. (2002). Social adjustment in in-patients with affective disorders: Predictive factors. *Journal Of Affective Disorders* 70, 49–56.
12. Evans S., Cloitre M., Kocsis J.H., Keitner G.I., Holzer C.P., Gniwesch L. (1996). Social-vocational adjustment in unipolar mood disorders: Results of the DSM-IV field trial. *Journal Of Affective Disorders* 38, 73–80.
13. Farberow, N., & Rabban, M. (1950). *Personality patterns of suicidal mental hospital patients* (pp. 3-79). Provincetown, Mass.: Journal Press.
14. Farberow, N., Shneidman, E., & Felix, R. (1961). *The cry for help*. New York: Blakiston Division, McGraw-Hill.
15. Goodwin, F., & Jamison, K. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
16. Goodyer, I., Eds, D., & Goldberg, K. (2010). *Episodes and disorders of general anxiety and GAD* (p. 327). Arlington: APA.
17. Gormley, N., & O'Leary, D. (1996). Time to remission in major depression. Is there a link between 'no-treatment interval' and outcome?. *European Psychiatry*, 11, 290-291. doi: 10.1016/0924-9338(96)88885-7
18. Greer, T., Trombello, J., Rethorst, C., Carmody, T., Jha, M., & Liao, A. et al. (2016). Improvements in

- psychosocial functioning and health-related quality of life following exercise augmentation in patients with treatment response but nonremitted major depressive disorder: results from the tread study. *Depression And Anxiety*, 33(9), 870-881. doi: 10.1002/da.22521
19. Hasselbalch, B., Knorr, U., & Kessing, L. (2011). Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*, 134(1-3), 20-31. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.011
20. Hays R.D., Wells K.B., Sherbourne C.D., Rogers W., Spritzer K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 52,11–19.
21. Hirschfield, R. M. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 03(06), 244-254. doi:10.4088/pcc.v03n0609
22. Hung, C.I., Liu, C.Y., Yang, C.H., & Gan, S. T. (2020). Comorbidity with more anxiety disorders associated with a poorer prognosis persisting at the 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 260, 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.085>
23. Information Bulletins for WorkSafeBC Assessment Providers. Work Impairment and Limitations Associated with Depression, June 2007.
24. Januzzi, J., Stern, T., & Pasternak, E. (2000). *The Influence of anxiety and depression* (Vol. 160). Arch. Intern. Med.
25. Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., McDonough, M., & McKeon, P. (2007). Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disorders*, 9(1–2), 25–37. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00326.x>
26. Knight, M.J., & Baune, B.T. (2018). Social cognitive abilities predict psychosocial dysfunction in major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 36(1), 54–62. <https://doi.org/10.1002/da.22844>
27. Knorr, A.C., Tull, M.T., Anestis, M.D., Dixon-Gordon, K.L., Bennett, M.F., & Gratz, K.L. (2016). The Interactive Effect of Major Depression and Nonsuicidal Self-Injury on Current Suicide Risk and Lifetime Suicide Attempts. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 539–552. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158679>
28. Leader, J. B., & Klein, D. N. (1996). Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 37(2–3), 91–101. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00076-3](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00076-3)
29. Malhi G. S., & Mann J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392, 299 – 312.
30. Markkula N., & Suvisaari J. (2017). *Prevalence, riskfactors and prognosis of depressive disorders* (pp. 275-282). Duodecim.
31. Mehta, S., Mittal, P. K., & Swami, M. K. (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *Depression Research and Treatment*, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2014/302741>
32. Mintz, J. (1992). Treatments of Depression and the Functional Capacity to Work. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 761. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100005001>
33. Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61415-9)
34. Muñoz, R., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. & Leykin, Y. (2020). *Prevention Of Major Depression*. (pp.181-212).
35. Ormel, J., Oldehinkel, A. J., Nolen, W. A., & Vollebergh, W. (2004). Psychosocial Disability Before, During, and After a Major Depressive Episode. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 387–392. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.4.387-392>
36. Penninx, B. W. J. H., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., Cuijpers, P., de Jong, P. J., van Marwijk, H. W. J., der Meer, K., Verhaak, P., Laurant, M. G. H., de Graaf, R., Hoogendijk, W. J., der Wee, N., Ormel, J., van Dyck, R., & Beekman, A. T. F. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133(1–2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.027>
37. Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2014). Implications of two-stage depression screening for identifying persons with thoughts of self-harm. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 119–123. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.09.007>
38. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61238-0)
39. Roy-Byrne, P., Davidson, K., Kessler, R. [et al.] (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 30 (3), 208 – 225.

40. Sobocki P., Jonsson B., Angst J., Rehnberg C. (2006). Cost of depression in Europe. *J. Ment. Health Policy Econ*, 9, 87–98.
41. Solomon, D. A., Leon, A. C., Endicott, J., Mueller, T. I., Coryell, W., Shea, M. T., & Keller, M. B. (2004). Psychosocial impairment and recurrence of major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 423–430. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.002>
42. Trivedi, M.H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary Care Companion. J. Clin. Psychiatry*, 6, 12 – 16.
43. Tweed, D. L. (1993). Depression-related impairment: estimating concurrent and lingering effects. *Psychological Medicine*, 23(2), 373–386. <https://doi.org/10.1017/s0033291700028476>
44. Üstün, T., Ayuso-Mateos, J., Chatterji, S., Mathers, C. and Murray, C. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184(5), 386–392.
45. Valerio, M. P., Szmulewicz, A. G., & Martino, D. J. (2018). A quantitative review on outcome-to-antidepressants in melancholic unipolar depression. *Psychiatry Research*, 265, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.088>
46. Valladares A., Dilla T., Sacristan J.A. (2009). Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas. Esp. Psiquiatr.*, 37(1), 49–53.
47. Verduijn, J., Verhoeven, J. E., Milaneschi, Y., Schoevers, R. A., van Hemert, A. M., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Reconsidering the prognosis of major depressive disorder across diagnostic boundaries: full recovery is the exception rather than the rule. *BMC Medicine*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0972-8>
48. Weightman, M. J., Air, T. M., & Baune, B. T. (2014). A Review of the Role of Social Cognition in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 179. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00179>
49. Weintraub, M. J., Van de Loo, M. M., Gitlin, M. J., & Miklowitz, D. J. (2017). Self-Harm, Affective Traits, and Psychosocial Functioning in Adults With Depressive and Bipolar Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(11), 896–899. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000744>
50. Weissman, M., Prusoff, B., Thompson, W., Harding, P., & Myers, J. (1978). Social Adjustment By Self-Report in a Community Sample and in Psychiatric Outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(5), 317–326. <https://doi.org/10.1097/00005053-197805000-00002>
51. Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
52. World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.
53. World Health Organization. (2015). *European Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO/Europe. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-2013-2020>.
54. Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Boerescu, D., & Attiullah, N. (2008). Remission in depressed outpatients: More than just symptom resolution? *Journal of Psychiatric Research*, 42(10), 797–801. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.09.004>
55. Амбрумова А. Г. (1981). Психология одиночества и суицид. *Актуальные проблемы суицидологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР*, 69–81.
56. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. (1981). *Диагностика суицидального поведения*. (с.17). Москва.
57. Бедлінський В. О. (2017). Роль нейробіологічних та імунологічних механізмів розвитку депресії. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 3 (87), 8–10.
58. Ветроградова О. П., Степанов И. Л., Максимова Н. М. [и др.] (2012). Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий. *Социальная и клиническая психиатрия*, 3(22), 5–10.
59. Краснов В.Н. (2011). *Расстройства аффективного спектра*. (с.431) М.: Практическая медицина.
60. Крепелин Э. (1923). *Введение в психиатрическую клинику*. 4-е изд. М. Пг.
61. Марута Н. А. (2013). Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии. *НейроNews*, 8 (53), 16– 20.
62. Марута Н. А., Явдак И. Я., Череднякова Е. С., Марута О. С. (2014). Нейротрофическая терапия депрессий: возможности и перспективы. *Український вісник психоневрології*, 22 (79). 96–103.
63. Марута Н. О. (2012). Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні. *Здоров'я України*, 3 (22) 6–8.
64. Осадший Ю. Ю., Крючкова М. Н., Барыкина И. Н., Баканов С. М. (2019). Есть ли основания для различий между мужской и женской депрессией? Обзор литературы. *Психиатрия и психофармакотерапия. Медицинское маркетинговое агентство "МедиаМедика" (Москва)*, 1(21).
65. Пилягина Г. Я. (2004). Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. *Автореф. дис. ... д-ра мед. Наук: 14.01.16*, Киев.

66. Пилягіна Г. Я. (2017). Аутодеструктивний потенціал в ретроспективному аналізі та прогнозі динаміки саморуйнівної поведінки. *Психічне здоров'я*, 1 (50), 44–55.
67. Пшук Н.Г., Пшук Г.Я. (2010). До питання про якість життя хворих на соматизовані депресивні стани. *Інтегративні підходи в діагностиці та лікуванні психічних та психосоматичних хвороб: тези доповідей*, Вінниця, 90.
68. Решетников М. М. (2005). Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 326.
69. Сидоренко І. (2017). Великий депресивний розлад: когнітивні порушення і можливості їх корекції. *Психіатрія XXI століття: проблеми і інноваційні рішення матеріали науково-практичної конференції, (27-29 квітня 2017 р., м. Київ). НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 4 (88), 25–28.
70. Снежневский А.В. (1983). *Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии* (с.16–98). М.: Медицина.
71. Тювина Н. А. Балабанова В. В., Воронина Е. О. (2015). Гендерные особенности депресивных расстройств у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 7 (2), 75–79.
72. Федченко В. Ю. (2019). Фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів (клініко-психопатологічні, патопсихологічні та біохімічні підходи). *Автореф. дис. ... д-ра мед. Наук: 14.01.16*. Харків.
73. Фройд З. (1998). *Вступ до психоаналізу: лекції зі вступу до психоаналізу з новими висновками*. пер. з нім. Петро Таращук. Київ : Основи, 709 с.
74. Чабан О. С. (2010). Тревога, депресія і біль. *Здоров'я України*, 3 (22), 4.
75. Юрьева Л. Н. (2006). *Клиническая суицидология*. Днепропетровск: Пороги, 15-16.

References

1. Air T., Weightman M. J. & Baune B. T. (2015). Symptom severity of depressive symptoms impacts on social cognition performance in current but not remitted major depressive disorder. *Frontiers in Psychology*, 6, 11 – 18.
2. Angst J. & Preisig M. (1995). Outcome of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients: Results of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 146, 17–23.
3. Baldessarini, R., Forte, A., Selle, V., Sim, K., Tondo, L., Undurraga, J. and Vázquez, G. (2017). Morbidity in Depressive Disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86 (2), pp.65 - 72.
4. Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., & Barnett, V. (2000). Methods to Improve Diagnostic Accuracy in a Community Mental Health Setting. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1599–1605. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1599>
5. Bosworth, H., Hays, J., George, L. and Steffens, D. (2002). Psychological and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. *Int. J. Psychiatry*, 17, 238-246.
6. Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss*. [New York]: Basic Books.
7. Braund, T., Palmer, D., Williams, L., & Harris, A. (2019). Characterising anxiety in major depressive disorder and its use in predicting antidepressant treatment outcome: An iSPOT-D report. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 53(8), 782-793. doi: 10.1177/0004867419835933
8. De Lisio, G., Marenmani, I., Perugi, G., Cassano, G., Deltito, J., & Akiskal, H. (1986). Impairment of work and leisure in depressed outpatients. *Journal Of Affective Disorders*, 10(2), 79-84. doi: 10.1016/0165-0327(86)90029-7
9. Dekker J., de Jong A., Nieuwenhuis M. (1998). Depressie en sociaal functioneren. [Depression and social functioning. Behavior and health.] *Gedrag en Gezondheid* 26, 248–256.
10. Dinga, R., Marquand, A., Veltman, D., Beekman, A., Schoevers, R., & Van Hemert, A. et al. (2018). Predicting the naturalistic course of depression from a wide range of clinical, psychological and biological data: a machine learning approach. *European Neuropsychopharmacology*, 28, 88-89. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.12.127
11. Dorz S., Borgherini G., Cognolato S., Conforti D., Fiorellini A.L., Scarso C, Magni G. 2002. Social adjustment in in-patients with affective disorders: Predictive factors. *Journal Of Affective Disorders* 70, 49–56.
12. Evans S., Cloitre M., Kocsis J.H., Keitner G.I., Holzer C.P., Gniwesch L. (1996). Social-vocational adjustment in unipolar mood disorders: Results of the DSM-IV field trial. *Journal Of Affective Disorders* 38, 73–80.
13. Farberow, N., & Rabban, M. (1950). *Personality patterns of suicidal mental hospital patients* (pp. 3-79). Provincetown, Mass.: Journal Press.
14. Farberow, N., Shneidman, E., & Felix, R. (1961). *The cry for help*. New York: Blakiston Division,

McGraw-Hill.

15. Goodwin, F., & Jamison, K. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
16. Goodyer, I., Eds, D., & Goldberg, K. (2010). *Episodes and disorders of general anxiety and GAD* (p. 327). Arlington: APA.
17. Gormley, N., & O'Leary, D. (1996). Time to remission in major depression. Is there a link between 'no-treatment interval' and outcome?. *European Psychiatry*, 11, 290-291. doi: 10.1016/0924-9338(96)88885-7
18. Greer, T., Trombello, J., Rethorst, C., Carmody, T., Jha, M., & Liao, A. et al. (2016). Improvements in psychosocial functioning and health-related quality of life following exercise augmentation in patients with treatment response but nonremitted major depressive disorder: results from the tread study. *Depression And Anxiety*, 33(9), 870-881. doi: 10.1002/da.22521
19. Hasselbalch, B., Knorr, U., & Kessing, L. (2011). Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*, 134(1-3), 20-31. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.011
20. Hays R.D., Wells K.B., Sherbourne C.D., Rogers W., Spritzer K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 52,11-19.
21. Hirschfield, R. M. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 03(06), 244-254. doi:10.4088/pcc.v03n0609
22. Hung, C.I., Liu, C.Y., Yang, C.H., & Gan, S. T. (2020). Comorbidity with more anxiety disorders associated with a poorer prognosis persisting at the 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 260, 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.085>
23. Information Bulletins for Work Safe BC Assessment Providers. Work Impairment and Limitations Associated with Depression, June 2007.
24. Januzzi, J., Stern, T., & Pasternak, E. (2000). *The Influence of anxiety and depression* (Vol. 160). Arch. Intern. Med.
25. Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., McDonough, M., & McKeon, P. (2007). Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), 25-37. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00326.x>
26. Knight, M. J., & Baune, B. T. (2018). Social cognitive abilities predict psychosocial dysfunction in major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 36(1), 54-62. <https://doi.org/10.1002/da.22844>
27. Knorr, A. C., Tull, M. T., Anestis, M. D., Dixon-Gordon, K. L., Bennett, M. F., & Gratz, K. L. (2016). The Interactive Effect of Major Depression and Nonsuicidal Self-Injury on Current Suicide Risk and Lifetime Suicide Attempts. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 539-552. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158679>
28. Leader, J. B., & Klein, D. N. (1996). Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 37(2-3), 91-101. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00076-3](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00076-3)
29. Malhi G. S., & Mann J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392, 299 - 312.
30. Markkula N., & Suvisaari J. (2017). *Prevalence, risk factors and prognosis of depressive disorders* (pp. 275-282). Duodecim.
31. Mehta, S., Mittal, P. K., & Swami, M. K. (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *Depression Research and Treatment*, 2014, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2014/302741>
32. Mintz, J. (1992). Treatments of Depression and the Functional Capacity to Work. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 761. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100005001>
33. Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61415-9)
34. Muñoz, R., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. & Leykin, Y., (2020). *Prevention Of Major Depression*. (pp.181-212).
35. Ormel, J., Oldehinkel, A. J., Nolen, W. A., & Vollebergh, W. (2004). Psychosocial Disability Before, During, and After a Major Depressive Episode. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 387. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.4.387-392>
36. Penninx, B. W. J. H., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., Cuijpers, P., de Jong, P. J., van Marwijk, H. W. J., der Meer, K., Verhaak, P., Laurant, M. G. H., de Graaf, R., Hoogendijk, W. J., der Wee, N., Ormel, J., van Dyck, R., & Beekman, A. T. F. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.027>

37. Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2014). Implications of two-stage depression screening for identifying persons with thoughts of self-harm. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 119–123. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.09.007>
38. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61238-0)
39. Roy-Byrne, P., Davidson, K., Kessler, R. [et al.] (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 30 (3), 208 – 225.
40. Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *J. Ment. Health Policy Econ.* 9. 87-98.
41. Solomon, D. A., Leon, A. C., Endicott, J., Mueller, T. I., Coryell, W., Shea, M. T., & Keller, M. B. (2004). Psychosocial impairment and recurrence of major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 423–430. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.002>
42. Trivedi, M.H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary Care Companion. J. Clin. Psychiatry*, 6, 12 – 16.
43. Tweed, D. L. (1993). Depression-related impairment: estimating concurrent and lingering effects. *Psychological Medicine*, 23(2), 373–386. <https://doi.org/10.1017/s0033291700028476>
44. Üstün, T., Ayuso-Mateos, J., Chatterji, S., Mathers, C. and Murray, C. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184(5), 386-392.
45. Valerio, M. P., Szmulewicz, A. G., & Martino, D. J. (2018). A quantitative review on outcome-to-antidepressants in melancholic unipolar depression. *Psychiatry Research*, 265, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.088>
46. Valladares A., Dilla T., Sacristan J.A. (2009). Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas. Esp. Psiquiatr.*, 37(1), 49–53
47. Verduijn, J., Verhoeven, J. E., Milaneschi, Y., Schoevers, R. A., van Hemert, A. M., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Reconsidering the prognosis of major depressive disorder across diagnostic boundaries: full recovery is the exception rather than the rule. *BMC Medicine*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0972-8>
48. Weightman, M. J., Air, T. M., & Baune, B. T. (2014). A Review of the Role of Social Cognition in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 179. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00179>
49. Weintraub, M. J., Van de Loo, M. M., Gitlin, M. J., & Miklowitz, D. J. (2017). Self-Harm, Affective Traits, and Psychosocial Functioning in Adults With Depressive and Bipolar Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(11), 896–899. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000744>
50. Weissman, M., Prusoff, B., Thompson, W., Harding, P., & Myers, J. (1978). Social Adjustment By Self-Report in a Community Sample and in Psychiatric Outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(5), 317–326. <https://doi.org/10.1097/00005053-197805000-00002>
51. Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
52. World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.
53. World Health Organization. (2015). *European Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO/Europe. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-2013-2020>.
54. Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Boerescu, D., & Attiullah, N. (2008). Remission in depressed outpatients: More than just symptom resolution? *Journal of Psychiatric Research*, 42(10), 797–801. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.09.004>
55. Ambrumova A. G. (1981). Psihologiya odinochestva i suitsid [The psychology of loneliness and suicide]. *Aktualnyie problemy suitsidologii: Tr. Mosk. NII psikiatrii MZ RSFSRyu*, 69–81[inRussian]
56. Ambrumova A. G., Tihonenko V. A. (1981). *Diagnostika suitsidalnogo povedeniya* [Diagnosis of suicidal behavior] (s.17). Moskva.[inRussian].
57. Bedlinskyi V. O. (2017). Rol neirobiolohichnykh ta imunolohichnykh mekhanizmiv rozvytku depresii [The role of neurobiological and immunological mechanisms of depression]. *NeuroNews: psykhonevrolohiia ta neiropsykhiiatriia*, 3 (87), 8–10. [inUkrainian].
58. Vetrogradova O. P., Stepanov I. L., Maksimova N. M. [idr.] (2012). Kliniko-patogeneticheskie aspekty i tipologii depressii [Clinical and pathogenetic aspects of the typology of depression]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya*, 3(22), 5–10. [inRussian].
59. Krasnov V.N. (2011). Rasstroystva affektivnogo spectra [Affective spectrum disorders]. (s.431) M.: Practical medicine. [inRussian].
60. Krepelin E. (1923). *Vvedenie v psichiatricheskuyu kliniku* [Introduction to the psychiatric clinic]. 4-e izd.

M. Pg. [inRussian].

61. Maruta N. A. (2013). Vosstanovlenie sotsialnogo funktsionirovaniya – osnovnaya tsel terapii depressii [The restoration of social functioning is the main goal of depression therapy]. *NeuroNews* 8 (53), 16–20. [inRussian].
62. Maruta N. A., Yavdak I. Ya., Cherednyakova E. S., Maruta O. S. (2014). Neyrotroficheskaya terapiya depressii: vozmozhnosti i perspektivy [Neurotrophic therapy for depression: opportunities and prospects]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi, 22* (79). 96–103. [inRussian].
63. Maruta N. O. (2012). Stan psikhichnoho zdorov'ia naselennia ta pespektyvy rozvytku psykhiatrychnoi dopomohy v Ukraini [The state of mental health of the population and prospects for the development of psychiatric care in Ukraine]. *Zdorov'ia Ukrainy, 3* (22), 6–8. [in Ukrainian].
64. Osadshiy Yu. Yu., Kryuchkova M. N., Baryikina I. N., Bakanov S. M. (2019). Est li osnovaniya dlya razlichiy mezhdz muzhskoy i zhenskoy depressiei? Obzor literatury [Is there a reason for the difference between male and female depression? Literature review]. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. Meditsinskoe marketingovoe agentstvo "MediaMedika" (Moskva), 1*(21). [inRussian].
65. Pyliahina H. Ya. (2004). Autoagressivnoe povedenie: patogeneticheskie mehanizmy ii kliniko-tipologicheskie aspekty idiagnostiki i lecheniya [Auto-aggressive behavior: pathogenetic mechanisms and clinical and typological aspects of diagnosis and treatment]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. Nauk: 14.01.16*, Kiev. [inRussian].
66. Pyliahina H. Ya. (2017). Autodestruktyvnyi potentsial v retrospektyvnomu analizi ta prohnozi dynamiky samoruiniivnoi povedinky [Self-destructive potential in retrospective analysis and prediction of the dynamics of self-destructive behavior]. *Mental Health, 1* (50), 44–55. [in Ukrainian].
67. Pshuk N. H., Pshuk H. Ya. (2010). Do pytannia pro yakist zhyttia khvorykh na somatyzovani depresyivni stany [On the question of quality of life of patients with somatized depressive states]. *Intehrativni pidkhody v diahnozytsii ta likuvanni psikhichnykh ta psikhosomatychnykh khvorob: tezy dopovidei*, m. Vinnytsia, 90. [in Ukrainian].
68. Reshetnikov M. M. (2005). Psihodinamika i psihoterapiya depressiy [Psychodynamics and psychotherapy for depression]. *SPb: Vostochno-Evropeyskiy Institut Psihoanaliza*, 326. [inRussian].
69. Sydorenko I. (2017). Velykyi depresyivnyi rozlad: kohnityvni porushennia i mozhlyvosti yikh korektsii [Major depressive disorder: cognitive impairment and the possibility of their correction]. *Psykhiiatriia XXI stolittia: problemy i innovatsiini rishennia materialy naukovo-praktychnoi konferentsii, (27-29 kvitnia 2017 r., m. Kyiv). NeuroNews: psykhonevrolohiia ta neiropsykhiiatriia, 4* (88), 25–28. [in Ukrainian].
70. Snezhnevskiy A.V. (1983). *Klinicheskay psihopatologiya. Rukovodstvo po psihiiatrii* [Clinical psychopathology. Psychiatric Guide] (s.16–98). M.: Meditsina. [in Russian].
71. Tyuvina N.A., Balabanova V.V., Voronina E.O. (2015). Gendernyye osobennosti depresyivnykh rasstroystv u zhenshin. [Gender characteristics of depressive disorders in women]. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics, 7* (2), 75–79. [in Russian].
72. Fedchenko V.Yu. (2019). Faktory prohnozu formuvannia, perebihu ta vykhodu depresyivnykh rozladiv (kliniko-psykhopatologichni, patopsykhologichni ta biokhimichni pidkhody). [Factors of prognosis of formation, course and outcome of depressive disorders (clinical-psychopathological, pathopsychological and biochemical approaches)]. *Avtoref. dys. ... d-ra med. Nauk: 14.01.16*. Kharkiv. [in Ukrainian].
73. Froid Z. (1998). Vstup do psykhoanalizu: lektsii zi vstupu do psykhoanalizu z novymy vysnovkami. per. z nim. Petro Tarashchuk. Kyiv : Osnovy, 709 s.
74. Chaban O.S. (2010). Trevoga, depressiyaibol. [Anxiety, depression, and pain]. *Zdorov'ia Ukrainy, 3* (22), 4. [in Russian].
75. Yureva L.N. (2006). Klinicheskaya suitsidologiya. [Clinical Suicidology]. *Dnepropetrovsk: Porogi*, 15-16. [in Russian].

Відомості про автора

Лисюк Алевтина, аспірантка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна

Lisyuk, Alevtya, PhD student, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7424-7466>

Email: alua.lisyuk@gmail.com

Отримано 21 серпня 2021 р.
Рецензовано 15 вересня 2021 р.
Прийнято 31 вересня 2021 р.

Юлія Соболта

ДО ПИТАННЯ ПРО НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНОГО СТРЕСУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ПРОФІЛІ СОМАТИЗАЦІЇ

Соболта Ю.О. До питання про наслідки перенесеного стресу учасників бойових дій: профілі соматизації. У статті проаналізовано наслідки перенесеного в результаті участі у бойових діях стресу. Йдеться про віддалені наслідки для психічного та соматичного здоров'я учасників активних бойових дій навіть попри відсутність тілесних ушкоджень, які суттєво впливають на якість життя таких осіб по поверненню зі служби. Автор ставить за мету «відстежити» тригери руйнівних психологічних змін, так звані донозологічні симптоми як психічного так і соматичного спектру до того моменту, як вони набувають хронічного характеру і дають підстави для винесення діагнозу.

В результаті аналізу теоретичного базису та сучасних досліджень в цій сфері, автор пропонує розвинути концепцію профілів соматизації, що допоможе по-новому сформулювати співпрацю різних ланок надання медичної і психологічної допомоги даній категорії осіб.

Ключові слова: учасники бойових дій; стрес; реінтеграція військовослужбовця; профілі соматизації.

Соболта Ю.А. К вопросу про последствия перенесенного стресса участников боевых действий: профили соматизации. В статье проанализированы последствия перенесенного в результате участия в боевых действиях стресса. Речь идет об отдаленных последствиях для психического и соматического здоровья участников активных боевых действий, даже несмотря на отсутствие телесных повреждений, которые существенно влияют на качество жизни таких лиц по возвращению со службы. Автор ставит целью «отследить» триггеры разрушительных психологических изменений - так называемые донозологические симптомы как психического так и соматического спектра до того момента, как они приобретают хронический характер и дают основания для вынесения диагноза.

В результате анализа теоретического базиса и современных исследований в этой сфере, автор предлагает развить концепцию профилей соматизации, что поможет по-новому сформировать сотрудничество различных звеньев оказания медицинской и психологической помощи для данной категории лиц.

Ключевые слова: участники боевых действий; стресс; реинтеграция военнослужащего; профили соматизации.

Sobolta Yu. To the question about the consequences of the stress of combatants: profiles of somatization. The article analyzes the consequences of the stress as a result of participation in hostilities. Long-term consequences for mental and somatic health for participants in active hostilities even despite the absence of bodily harm, which significantly affects the quality of life of such persons upon return from the service, are discussed. The author aims to «trace» the triggers of destructive psychological changes, the so-called prenosological symptoms of both the mental and somatic spectrum, until they become chronic and give rise to a diagnosis.

As a result of the theoretical basis analyses and recent research in this area, the author proposes to develop the concept of somatization profiles, which will help to re-form the cooperation of various links in the provision of medical and psychological care to this category of persons.

Key words: combatants; stress; reintegration of a soldier; somatization profiles.

Вступ. Світова практика впевнено говорить про те, що переважна більшість учасників бойових дій страждає на психічні розлади та різні прояви дезадаптації навіть

попри відсутність тілесних ушкоджень. Загалом видимі наслідки можуть проявитися як у перший місяць, так і декілька місяців після повернення з фронту; а особливо серйозні наслідки екстремальних впливів починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя (Humenyuk, Fedoruk, 2016). В дослідженнях йдеться про різні психосоматичні захворювання, такі як загальний стан здоров'я («характеризується слабкістю, запамороченням, зниженням працездатності, головним болем, болями в ділянці серця, сексуальними розладами, порушеннями сну та ін., а в інвалідів він доповнюється проблемами, пов'язаними з отриманими пораненнями і травмами») (Syropyatov, 2012). Такий стан речей жодним чином не сприяє реінтеграції військовослужбовця в суспільство на різних рівнях (в родину, в соціум), а навпаки призводить до глибинних та хронічних розладів з плином часу.

Так, деякі дослідження виявили зв'язок між кількістю випадків та спроб самогубства серед ветеранів війни, що так чи інакше зв'язано з їх психоемоційним станом спричиненого участю у бойових діях (Tanielian, 2008).

Мета дослідження – систематизація виявлених на основі комплексних досліджень і спостережень наслідків перенесеного в результаті участі у бойових діях стресу, та виокремлення профілів соматизації.

Результати дослідження.

Реальність перебування на полі бою не може пройти безслідно для учасників бойових дій -особливо помітний відбиток при цьому накладається на психіку військовослужбовців Так, О. Г. Сироп'ятов, О. К. Напреєнко, Н. О. Дзеружинська у своєму дослідженні виявили такі основні проблеми колишніх солдатів як «страх (57%), демонстративність поведінки (50%), агресивність (58,5%) і підозрілість (75,5%)» (Syropyatov, 2012). Для їх поведінки також характерна конфліктність в родині, з друзями, на роботі, що супроводжується спалахами гніву, зловживанням алкоголем і наркотиками. «Крім того, їм характерні нестійкість психіки, за якої найнезначніші подальші втрати, труднощі можуть штовхати людину на самогубство; особливі види агресії; боязнь нападу ззаду; відчуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими» (Humenyuk, Fedoruk, 2016). Слід згадати, що військовослужбовцям притаманні також «емоційна напруженість і емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги; а також повторювані яскраві сні бойових ситуацій та нічні жахіття, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій з «поверненням» у психотравмуючі ситуації»(Humenyuk, Fedoruk, 2016).

Так само у ветеранів війни можна відстежити такі психічні явища як песимізм, відчуття непотрібності, зневіри у людях, нездатність говорити про війну, втрата жаги до життя та бажання жити в цілому, відсутність відчуття реальності пережитого на війні досвіду та впевненості в собі й своїх силах, відчуття загибелі на війні, відчуття безсилля в різних сферах свого життя, замкненість, тривожність, потреба при собі мати зброю, негативне ставлення до представників влади, неприйняття ветеранів інших воєн та багато інших (Syropyatov, 2012). Внаслідок певної акумуляції ці прояви можуть призвести до «повноцінного» посттравматичного стресового розладу або синдрому в учасників бойових дій.

Як відзначив начальник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних сил України Назім Агаєв, українські військові, які брали участь у бойових діях на Донбасі, також страждають від чималої кількості психологічних проблем (Starynets, 2013). «Аналіз досвіду бойових дій, які відбуваються на території нашої країни, свідчить про значне зростання психогенних втрат серед особового складу Збройних сил України порівняно з війнами інших періодів і в інших державах» (Starynets, 2013). «За словами експерта, якщо середньостатистичний показник психогенних втрат становить 10–25%, то на сьогодні серед українських військових він сягає майже 80%, і приблизно в 30–40% випадків це можуть бути незворотні втрати, коли психологічні проблеми трансформуються у психіатричні» (Ayumedov, 2016). Мова йде навіть про нездатність нести службу в зоні операцій і власне створення небезпеки для себе й інших людей. Розуміємо, що Україні все ще доводиться багато працювати в сфері коректного збору статистичних даних та їх аналізу, проте уже сьогодні проблему реінтеграції учасників бойових дій не можна недооцінювати.

Таким чином, на жаль, доводиться говорити про те, що під впливом бойового стресу часто формується хронічна зміна особистості й відповідно видається важливим «відстежити» тригери руйнівних психологічних змін, так звані донозологічні розлади як психічного так і соматичного спектру, до того моменту, як вони набувають хронічного характеру і дають підстави для винесення діагнозу (Ayumedov, 2016; Voloshyn 2016).

В статті «Психосоматичне відреагування як виклик у роботі з учасниками бойових дій» (Sobolta, 2020) автор навела результати дослідження з питання серйозності наслідків бойових психічних травм, психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю, а також делінквентної поведінки, інших негативних наслідків та виокремила основні психосоматичні аспекти, із котрими зіштовхується учасник бойових дій по поверненню, які зустрічаються у різному поєднанні та відповідно впливають на якість життя особи. Ці аспекти, які в основному визначаються однобічно і зараховуються або до

соматичних або до психологічних супроводжуючих факторів, саме тому на наш погляд їх необхідно розглядати із позиції психосоматичного підходу. Так, у згаданій публікації автор наводила такі аспекти, як довготривала відсутність забезпечення базових потреб, емоційне вигоряння, повернення до мирного життя, місця дислокації підрозділу, соціальна інтеграція, фізичні травми, ампутації та хронічний біль накопичений травматичний досвід або один суттєвий епізод психологічної травматизації, втрата попередніх сенсів і поділ світу на свій/чужий; залежність як супутня проблема (Sobolta, 2020).

Далі ми зупинимося на тих аспектах, які не були розкриті у вищезгаданій публікації.

Соціальна інтеграція. Справа в тому, що повернення солдата з війни – це з одного боку щастя для родини, але й водночас стрес, оскільки радість і захоплення бійця змінює відсутність повного емоційного контакту та взаєморозуміння між ним та іншими членами родини. В результаті, він може прагнути до усамітнення, вести себе стримано, черство, адже всередині все ще може переосмислювати пережите на фронті. Іноді відзначається бажання піти з дому, шукаючи притулку для такого переосмислення свого травматичного досвіду. Попри те, що поруч з ним близькі люди, які намагаються дати йому любов і підтримку, ці почуття придушуються тривожними переживаннями, які пов'язані з бойовим минулим. «Якщо відповісти нерозумінням душевного стану бійця, зміни, що відбулися на війні з людиною, можуть вплинути на майбутнє всієї родини» (Buriak, 2015).

Нажаль, найчастіше родичі на такі зміни реагують безпорадністю, непорозумінням, відчаєм, почуттям провини. Наскільки вони зуміють з цими емоціями і почуттями впоратися, залежить від їх психологічної підготовки і вміння екологічно трансформувати свої реакції та емоції. Як наслідок, починаються конфлікти, що тягнуть за собою серйозні проблеми аж до розлучень, пошуку віддушини в алкоголі, наркотиках, підвищеній агресії по відношенню до всіх оточуючих.

Згадані вище особливості реінтеграції, нажаль, не можуть не позначатися на якості сімейних відносин, які мають врахувати зміни, які відбулися з комбатантами, надати останнім відповідну допомогу і підтримку, винести певну трансформацію відносин (Klarić, 2012; Klarić, 2010; Francisković, 2007). Відповідно, найближчі родичі колишніх бійців створюють для нього стрес, стають так званим додатковим психологічним чинником, замість перетворення на джерело психологічного реабілітаційного ресурсу (Markova, 2018). І в контексті даного дослідження важливо зазначити, що таке відсторонення від найближчих, а деколи і протиставлення та протистояння, випускає з виду фактор соматичних захворювань, які можуть лише поглиблюватись та хроніфікуватись.

Оскільки іншим аспектом інтеграції особи є суспільство в цілому, то для людини, яка пережила реальну небезпеку, є характерною зневага до тих, хто її не відчував, що може

призводити до конфліктів на роботі, адже «колишній військовий навряд чи погодиться винести догану з боку начальника, який «не нюхав пороху». Для емоційного вибуху може бути достатньо однієї іскри. А в умовах соціальної нестабільності таких випадків буде багато» (Buriak, 2015).

Накопичений травматичний досвід або один суттєвий епізод психологічної травматизації (Victoria et al., 2012). Релевантна практика в США свідчить про те, що навіть незважаючи на те, що жінки більше схильні до сповіщення про травми, вони як і раніше чинять супротив отриманню відповідного лікування, особливо в умовах медичного обслуговування ветеранів. Наприклад, жінки часто неохоче розповідають про свої травми, пов'язаних з військовими діями лікарям зі служби у справах ветеранів через те, що з цими почуттями пов'язані сором і стигма (Zinzow et al., 2007).

Інша проблема, на яку звертають увагу американські колеги і яка не може не впливати негативно на психіку як у ході служби, так і по її завершенню, це сексуальна травма. Найчастіше це травма, пережита різними жінками за різних обставин, проте жінки з військового середовища мають більше проблем з повідомленням про подію і отриманням юридичної та медичної допомоги. Найчастіше вони повинні звітуватись перед і бачити свого насильника щодня, що не характерно для населення в цілому і що не може не чинити на них відповідних негативний вплив (Suris, Lind, Kashner, Borman, Petty, 2004).

Залежність як супутня проблема. В дослідженні Аймедова та Волошина зазначається, що було проведено опитування за допомогою AUDIT-подібних (Alcohol use disorders identification test) тестів і було встановлено, що для учасників бойових дій з діагнозом «розлади адаптації» найхарактернішими аддикціями є алкогольна — 42,31% опитаних, опіюїдна — 20,51 % опитаних, канабіноїдна — 15,38 % опитаних (Aymedov, 2016; Voloshyn 2016), також для 11% чоловіків притаманними були проблеми, що виникли внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн (Markova, 2018).

Маркозова зазначає, що в результаті роботи проведено аналіз рівня та стилю вживання ПАР і встановлено, що у 55,6% осіб відбувалося порушення кількісного контролю вжитого алкоголю, який вживався для зняття або послаблення розладів психіки та поведінки внаслідок впливу «гібридної війни» (психологічного напруження, стресу, відчуття страху тощо), у 22,3 % осіб констатовано стан відміни алкоголю, у половини з них була запійна форма пияцтва. За тестом AUDIT у 11,2 % осіб сума балів була вище ніж 15, а у 22,3 % — в межах 8—15балів. Встановлені найбільш впливові чинники щодо якості життя учасників АТО. Зокрема, найнижчі бали відповідали фізичному благополуччю, психологічному та емоційному благополуччю, (суспільній та службовій підтримці та загальному сприйняттю якості життя. Також виявлені легкі прояви порушень за шкалами

соматизації, тривожності, паранояльних тенденцій. Індекс наявності соматичного дистресу даної вибірки має тенденцію наближатися до помірного ступеня виразності проявів (Markozova, 2017). Останній аспект є цікавим з статистичної точки зору, адже більш зрозумілими і очевидними на перший погляд у даного контингенту мали б бути, наприклад, тривожність та агресивність, проте бачимо вищий рівень соматичного дистресу. Вищевказаний факт ще раз вказує нам на необхідність більш глибокого вивчення цього напрямку.

Окремо хотілось б доповнити наведений перелік таким молодослідженим аспектом як *розлади харчової поведінки* (Victoria et al., 2012).

Розлади харчової поведінки в значній мірі пов'язані з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, посттравматичним стресовим розладом і розладами настрою (Streigel-Moore, Garvin, Dohm & Rosenheck, 1999). Деякі дослідження припускають, що булімічний розлад більш характерний для жінок-військовослужбовиць, ніж цивільних (Peterson, Talcott, Kelleher & Smith, 1995). У недавньому дослідженні повідомлялося про більш високий рівень спотворених патернів серед військовослужбовців чоловіків і жінок, особливо тих, хто до участі у бойових діях мав досвід психіатричного лікування з приводу інших розладів (Warner, Warner, Matuszak, Rachal, Flynn & Grieger, 2007).

Останні дослідження по виявленню змін у здоров'ї серед жінок-військовослужбовиць повідомляли про несуттєву кореляцію між безпосередньою участю у бойових діях і дезорганізацією харчової поведінки (Jacobson, Smith, Smith, Keel, Amoroso & Wells, 2009). Проте, жінки, які брали участь у бойових діях, майже вдвічі частіше страждають на розлади харчової поведінки, а також більш ніж вдвічі схильні до стрімкої втрати ваги порівняно з чоловіками та жінками, які не брали участь у бойових діях. Також жінки-солдати регулярно проходять фітнес тестування та перевіряють вагу і це дає змогу відслідковувати певні патерни та зміни. Дослідження також показують, що жінки-військовослужбовиці часто мають схильності до використання чистокшлунково-кишкового тракту і промивання, використання проносних засобів і голодування, що в свою чергу призводить до високих показників загальної дезадаптації вищевказаної вибірки (Garber, Boyer, Pollack, Chang & Shafer, 2008; Карлтон, Манос і Ван-Слайка, 2005).

«Якщо клінічно окреслені психопатологічні розлади спостерігаються за даними літератури у 25—80 % комбатантів, то поствоєнні донозологічні патологічні зміни у вигляді постстресової психологічної дезадаптації, що концептуалізується в рамках моделі «передхвороби», виявляються у більшості учасників бойових дій» (Markova, Kozyra, 2015; Markova, Kozyra, 2017). На нашу думку, концепт «передхвороби» заслуговує на окреме

висвітлення, тим не менш, хотілось б звернути увагу, що в окрему стадію - «вже не здоров'я, але ще й не хвороби», «передхвороба» й «третій стан», який протікає безсимптомно» його виділяють С Тереник, В Старусева (Terenyk, Staruseva, 2020), виокремлюють на осі «здоров'я — передхвороба — хвороба» (Faliova, 2018). тощо.

Інші вчені так само роблять акцент на вияві проявів постстресової психологічної дезадаптації у комбатантів і серед основних виділяють: «а) відчуття відчуження, «покинутості» і «непотрібності»; б) когнітивний дисонанс через байдужість «мирного» суспільства до війни; в) стійке переконання, що усі цивільні не можуть зрозуміти, що пережив воїн; г) соціальна непристосованість, безробіття; г) спроба застосувати в мирному житті нові набуті поведінкові стратегії, що негативно оцінюється близькими; д) неспроможність мирного врегулювання сімейних конфліктів, випадки фізичного, сексуального й психологічного насильства; е) надмірна актуалізація відчуття «бойового братерства» та протиставлення його «мирному» світу; є) досвід зняття психоемоційного напруження вживанням психоактивних речовин» (Markova, Garonov, 2016; Markova, Kozyra, 2015).

Таким чином, «у зв'язку з тим фактом, що соматичні наслідки довготривалого стресу йдуть пліч-о-пліч із психологічними, ми вкотре бачимо необхідність застосування психосоматичного підходу мультидисциплінарною командою у роботі із військовослужбовцями із зони бойових дій» (Sobolta, 2020).

Автор вважає за доцільне далі звернути увагу на соматизацію, відзначивши, що під соматизацією можна розуміти «форму психологічного захисту хворої особи, яка трансформує власне психічне напруження у фізичний дискомфорт (нездужання або захворювання, інші хворобливі зміни стану тіла)» (Sheleh, 2015). Для цього захисту характерне посилення уваги до власного здоров'я та почуттів, що не може не впливати на стосунки з оточуючими і проявлятися у настрої, працездатності, комунікації. Вже у 1986 р. соматизацію запропонували виділити в контексті класифікації *психосоматичних розладів* Т. Старк та Р. Блум (Sheleh, 2015).

Цікаво звернутися до досвіду роботи на напрямку психосоматики в Німеччині та Китаї.

Психосоматична медицина в Німеччині представляє комплексну галузь; її не пов'язують з психіатрією (Fava, 2010), а швидше відносять до спеціалізованої медичної дисципліни (Deter, 2004). Подекуди, першочергово в Гейдельберзі та Тюбінгені, кафедри психосоматичної медицини є частиною комплексних відділень внутрішньої медицини. Інституційна незалежність психосоматичної медицини в Німеччині значною мірою зумовлена тим, що німецька психіатрія чинить опір інтеграції психотерапії як основного

методу. Отже, психосоматична медицина розвивалась самостійно як інституційна та академічна основа для психотерапії в медицині, а пізніше для інтегрованих моделей допомоги.

Клінічна ключова компетенція німецької психосоматичної медицини зосереджена на комплексній допомозі щодо таких розладів: соматоформних / функціональних розладів, розладів харчової поведінки, соматопсихічних розладів (включаючи психоонкологію, психокардіологію, нейропсихосоматику та психодіабетологію) та психотравматологію. Не вдаючись в цьому доробку до деталей відповідної практики, хотілося б лише зазначити, що німецька психосоматична медицина за останні десятиліття добре розкинулася, вигравши від своєї інституційної незалежності. Клінічно орієнтована на розлади психотерапія є основним методом, інтегрованим з іншими способами терапії; як концептуальна основа для емпіричних досліджень; не менш важливими є деталізовані розповіді про взаємодію (хворих) людей із навколишнім середовищем. Тому німецька модель психосоматичної медицини активно підтримує психотерапію в медицині (Zipfel, Herzog, Kruse, Henningsen, 2016).

Що стосується КНР, то в результаті довготривалої роботи Спільнота з психосоматичної медицини (далі – СПМК) Китаю дійшла висновку, що оцінка, діагностика, втручання, психотерапія та самоосвіта, засновані на ідеї психосоматики, мають глибокий вплив на клінічну медицину (психосоматичні розлади, соматичні розлади та психологічні проблеми поряд із психосоціальними факторами в загальних лікарнях) сучасного Китаю (Yue, Du, Yuan, 2013). У той же час, СПМК наголошує на переході від лікар-центричного підходу до пацієнт-центричного і закликає більше уваги приділяти самому пацієнту, а не лише хворобі. На переконання Спільноти метою трансформації роботи із особистістю є досягнення більш раціонального пізнання розладу пацієнта, та уникнення ситуацій, при якій лікувався би сам розлад, при цьому прояви захворювання залишались.

З покращенням симптомів та виправленням психосоматичних аспектів хвороби, таких як загальне погане самопочуття, втома та низький життєвий тонус, китайський підхід зводиться до покращення якості життя завдяки фазі, що передувала розладу, та фазі, після лікування.

У галузі досліджень, СПМК зробила деякі основні досягнення в наступних сферах: (1) вплив особистісних відмінностей, психологічних рис та способу життя на початку, розвиток та прогноз психосоматичних розладів; (2) механізми психологічних та фізіологічних стресів та пов'язаних з ними психосоматичних розладів; (3) прикладні дослідження з профілактики, втручання і відновлення. Щоб важливо, СПМК також звернула

особливу увагу на такі питання, як поведінка типу А (Yuan, Zhang, Wu, Li, Zhang, 2002), алекситимія (Yuan, 2002), дратівливість (Yuan, Shen, Wu, Sun, Zhang, Li, 2002), та занепокоєння станом власного здоров'я (Zhang, Yuan, 2013).

Виходячи з вище представленого аналізу, видається важливим заявити про важливість подальших наукових досліджень в напрямку профілівсоматизації. Хотілось би навести цитату шановного Бессела Ван дер Колка: «у людей, які пережили травму, рівні гормонів стресу нормалізуються набагато довше, і при незначному стресі підскакують швидше і непропорційно сильніше» (Kolk, 2014). Ван дер Колк також наполягає на тому, що хронічно підвищений рівень гормонів стресу призводить до деструктивних наслідків, а саме проблем з пам'яттю, увагою, сном. В цілому, можна говорити про різні проблеми зі здоров'ям в залежності від особливостей кожного окремого індивіда.

Також вважаємо за доцільне навести з посиланням на комплексне дослідження корпорації Ренд «Невидимі рани війни», адже в цьому доробку пропонується загальна структураінтегрованої моделі наслідків для психічного здоров'я та когнітивних станів після бойових дій, яка включає перспективи розвитку подальшого життя (Tanielan, 2008). Логіка моделі може бути виражена у вигляді низки тверджень:

- Навіть у людей, які мають спільний діагноз, можуть бути симптоми від легкого до важкого ступеня.
- Достатня кількість ресурсів може виступати в ролі буфера, захищаючи людей та мінімізуючи негайні наслідки цих умов, тоді як значні вразливі місця та інші джерела стресу можуть посилити негативні наслідки стану.
- Протягом усього життя безпосередні наслідки цих розладів можуть самі по собі мати довгострокові наслідки для людей та членів їх сім'ї.
- Негайні та поступово виникаючі наслідки психічного здоров'я та когнітивних станів впливають на перебіг захворювання (Tanielan, 2008).

Ця інтегративна модель описує наслідки для психічного здоров'я та когнітивних станів після бою, які за відсутності втручання можуть накопичуватись та впливати на широкий спектр життя певної людини та її оточення протягом тривалого періоду. Більше того, в моделі звертається увага на так звані зовнішні для особистості події та обставини (наприклад, наявність або відсутність інших джерел стресу та підтримки).

Після аналізу вищезгаданих досліджень, можемо сказати, що для комплексної роботи важливо визначити профілі соматизації. Якщо розглядати можливість комплексного психосоматичного підходу в лікуванні та реабілітації учасників бойових дій, видається логічним розділяти пацієнтів за так званим профілем соматизації. Під даним терміном потрібно розуміти домінуючий симптомокомплекс, що приводить пацієнта – учасника

бойових дій до лікарів первинної ланки або конкретних вузьких спеціалістів соматичного профілю. Якщо робота по визначенню профілю соматизації проводиться психологом чи психотерапевтом ретроспективно, то вважаємо за доцільне зібрати максимально повний анамнез звернень до лікарів усіх профілів. Наразі вважаємо за доцільне виокремити наступні профілі:

- *Кардіоваскулярний*. В одному із нових досліджень описано опитування понад 150 тисяч респондентів у Сполучених Штатах Америки, у якому ветерани повідомляють частіше про серцево-судинні захворювання ніж не ветерани. Ветерани також повідомили про більшу кількість вказаних захворювань у молодшому віці (у віці від 25 до 70 років), ніж серед не ветеранів (Hinojosa, 2019);

- *Гастроентерологічний*. Існує велика кількість досліджень з різних країн світу, які висвітлюють питання проблем гастроентерологічного напрямку у учасників бойових дій та діючих представників професій із підвищеним рівнем стресогенності (представники поліції, пожежники, рятувальники). Так, у дослідженні, проведеному серед військовослужбовців Республіки Корея виявлено високу частоту функціональних шлунково-кишкових розладів серед молодих службовців (St. Cyr, McIntyre-Smith et al., 2014; Bang, Kim, 2015);

- *Хронічний біль*. Згідно проведеного аналізу досліджень серед країн Європи, присвячених темі хронічного болю виявили наступне: сімдесят відсотків пацієнтів із хронічним болем отримують в тому числі різні немедикаментозні методи лікування, такі як лікувальна фізкультура, масаж та голковколювання. В даному дослідженні вказується на те, що на такі методи із малою доказовою базою витрачаються великі кошти, в той час як такі методи боротьби із хронічним болем, що доказали свою дієвість, як когнітивно-поведінкові підходи чи робота багатопрофільної команди використовуються у невеликій кількості випадків (Breivik, 2006).

- *Неврологічний*;

- *Розлади сну*.

Кожен із розглянутих та описаних аспектів є надважливим у процесі відновлення особистості після роботи в умовах підвищеної стресогенності. Введення поняття профілів соматизації та визначення їх психологічних та соматичних складових, дало б можливість співпраці психологів та лікарів соматичної ланки для досягнення якнайшвидшого відновлення працездатності особистості.

Висновки. Провівши додатковий аналіз релевантної літератури та джерел з визначеного питання все ж доводиться зазначити про необхідність подальших пошуків задля можливого розроблення та ефективного застосування в подальшому найкращих

методів та практик до українських реалій. Очевидним видається факт недостатньої психологічної підготовки особового складу до викликів воєнного часу, не згадуючи вже повоєнну психологічну підтримку.

Проте, застосування моделі профілів соматизації учасників бойових дій могло б дати поштовх до створення багатоступеневої системи попередження, лікування та реабілітації вказаної категорії осіб. При розробленні необхідних опитувальників, анкет для лікарів первинної ланки та лікарів конкретних вузьких спеціалістів соматичного профілю стало б можливим попереджати чи коригувати лікування певних соматичних захворювань з урахуванням психологічної складової, вчасно скеровувати пацієнтів для отримання психологічної допомоги та супроводу, на реабілітацію, тощо. Зважаючи на те, що одним із ключових показників ефективності терапевтичних груп є гомогенність, на етапі відновного лікування, стало б можливим створення конкретних програм медико-психологічної реабілітації відповідно того чи іншого профілю.

Література

1. Аймедов, К. (2016). *Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу*. Архів психіатрії.
2. Bang, C. S., Kim, Y. S., & Han, J. H. (2015). Functional Gastrointestinal Disorders in Young Military Men. *GutLiver*, 9(4), 509-515.
3. Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
4. Буряк, О. О. (2015). Соціальна адаптація військовослужбовців. *Збірник наукових праць Харківського університету повітряних сил*, 2(43), 176-181.
5. Deter, H. C. (2004). Psychosomatic medicine and psychotherapy: on the historical development of a special field in Germany, *Adv Psychosom Med*, 26, 181-189.
6. Druss, B. G. (1995). *The Psychology of illness in Sickness and Health*. Washington, D.C.; London.
7. Фальова, О. (2018). Структура сімейної взаємодії. *Медична психологія*, 13(2), 15-18.
8. Fava, G. A., Belaise, C., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine is a comprehensive field, not a synonym for consultation liaison psychiatry. *Curr Psychiatry Rep*. 12, 215-221.
9. Francisković, T., Stevanović, A., & Jelusić, I. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J*, 48(2), 177-184.
10. Garber, A. K., Boyer, C. B., Pollack, L. M., Chang, Y. J., & Shafer, M. (2008). Body mass index and disordered eating behaviors are associated with weight dissatisfaction in adolescent and young adult female military recruits. *Military Medicine*, 173(2), 138-45. <http://www.ingentaconnect.com/content/amsus/zmm/2008/00000173/00000002/art00014>.
11. Hinojosa, R. (2019). Veterans' Likelihood of Reporting Cardiovascular Disease. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(1), 50-57. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.01.180148>
12. Гуменюк, Л. І., Федорук, О. В. (2016). Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*, 1 (2016), 228-240.
13. Jacobson, I. G., Smith, T. C., Smith, B., Keel, P. K., Amoroso, P. J., & Wells, T. S. (2009). Disordered eating and weight changes after deployment: Longitudinal assessment of a large US military cohort. *American Journal of Epidemiology*, 169(4), 415-27. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn366>.
14. Klarić, M., Frančisković, T., & Obrđalj, E. C. (2012). Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*, 24(3), 280-286.
15. Klarić, M., Francisković, T., & Pernar, M. (2010). Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Coll Antropol. Mar*. 34(1), 15-21.

16. Kolk, B. Vander. (2014). *The body keeps the score: brain and mind in the healing of trauma*.
17. Маркова, М. В., Козира, П. В. (2015). Фрустрація, психологічний захист та долаюча поведінка в генезі постстресової дезадаптації у співробітників МВС України — учасників АТО. *Український вісник психоневрології*, 3(84), 128-129.
18. Markova, M. V., & Gaponov, K. D. (2016). Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences, *WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03-01.04.2016. Book of Abstracts. Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics*, 30-31.
19. Маркова, М. В., & Козира, П. В. (2017). Клінічні варіанти і патогенетична структура постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО. Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах (XX Платонівські читання): матеріали наук.-практ. конф. [Clinical variants and pathogenetic structure of post-stress psychological maladaptation in the co-workers of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine after participation in anti-terrorist operation. Modern methods of medical and psychological rehabilitation of anti-terrorist operation participants in sanatorium-resort conditions (XXth Platonov readings): materials of scientific-practical. conf].
20. Markova, M. V., & Rosinskyi, G. S. (2018). Deterioration of health of families of demobilized soldiers participating in the ATO: psychopathological, psychological, psychosocial and family dimensions of the problem, *Український вісник психоневрології*, 26(1), 78-82.
21. Маркозова, Л. М., & Пустовалова, І. А. (2017). Визначення адаптогенних та патогенних ефектів психоактивних речовин серед учасників АТО. *Український вісник психоневрології*, 25(1), 189-191.
22. Peraica, T., Vidović, A., Kovačić-Petrović, Z., & Kozarić-Kovačić, D. (2014). Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with post-traumatic stress disorder. *Health Qual Life Outcomes*, 12. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0136-x>.
23. Peterson, A. L., Talcott, G. W., Kelleher, W. J., & Smith, S. D. (1995). Bulimic weight loss behaviors in military versus civilian weight-management programs. *Military Medicine*, 160(12), 616-620.
24. Шелех, Л. (2015). Психологічне забезпечення профілактики психосоматичних розладів працівників органів внутрішніх справ. *NAVS*, 131.
25. Соболга, Ю. (2020). Психосоматичне відреагування як виклик у роботі з учасниками бойових дій. *ПМГП*, <https://doi.org/10.26766/PMGP.V4I2.207>.
26. St. Cyr, K., McIntyre-Smith, A., Contractor, A. A., Elhai, J. D., & Richardson, J. D. (2014). Somatic symptoms and health-related quality of life among treatment-seeking Canadian Forces personnel with PTSD. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 148-152.
27. Старинець, Н. Г. (2013). Сучасні аспекти психосоматичної медицини, *Вісник морфології*, 1 (2013), 218-224.
28. Striegel-Moore, R. H., Garvin, V., Dohm, F. A., & Rosenheck, R. A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 405-414. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199905\)25:43.3.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199905)25:43.3.CO;2-6).
29. Surís, A., Lind, L., Kashner, T. M., Borman, P. D., & Petty, F. (2004). Sexual assault in women veterans: An examination of PTSD risk, health care utilization, and cost of care. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 749-756. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000138117.58559.7b>.
30. Сироп'ятов, О. Х. (2012). Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із пост-травматичним стресовим розладом.
31. Tanielian, T., Jaycox, L. (2008). Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, their consequences and services to assist recovery. *RAND Center for Military Health Policy Research*, 453.
32. Тереник, С., & Старусева, В. (2020). Методи донозологічної діагностики як прорив у медицині XXI сторіччя. *Матеріали конференції МЦНД*, 28-30.
33. Osborne, V., Ashley, L., & Rolbiecki, A. (2012). Psychosocial Effects of Trauma on Military Women Serving in the National Guard and Reserves, *Advances in Social Work*, 13(1), 166-184.
34. Волощин, П. В. (2016). *Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика)*.
35. Warner, C., Matuszak, T., Rachal, J., Flynn, J., & Grieger, T. A. (2007). Disordered eating in entry-level military personnel. *Military Medicine*, 172(2), 147-151. <http://www.ingentaconnect.com/content/amsus/zmm/2007/00000172/00000002/art00014>
36. Yuan, Y., Wu A., & Jiang W. (2001). Psychosomatic Medicine in China. *Psychother Psychosom*, 84, 59-60. <https://doi.org/10.1159/000365420>
37. Yuan, Y. G. (2002). Current study of alexithymia in China. *Chin J Clin Rehabil*, 6, 2822-2823.

38. Yuan, Y. G., Shen, X. H., Wu, A. Q., Sun, C. H., Zhang, X. B., & Li, H. L. (2002). Liability and validity study of the Irritability, Depression and Anxiety scale (IDA). *Sichuan Psychiatry*, 15, 11-13.
39. Yuan, Y. G., Zhang, X. B., Wu, A. Q., Li, Q. J., & Zhang, N. (2002). Study on the personality characteristics of patients with comorbid anxiety and depression. *Sichuan Psychiatry*, 15, 65-67.
40. Yue, Y. Y., Du, X. D., Yuan, Y. G. (2013). Summary of the 19th Annual Meeting of the Chinese Psychosomatic Medicine Society. *Med Philos*, 34, 95-97.
41. Zhang, Y. Q., Yuan, Y. G. (2013). The research status of health anxiety, *Med Philos*, 34, 71-74.
42. Zinzow, H. M., Grubaugh, A. L., Monnier, J., Suffoletta-Maierle, S., & Frueh, B. C. (2007). Trauma among female veterans: a critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8, 384-400. <https://doi.org/10.1177/1524838007307295>.
43. Zipfel, S., Herzog, W., Kruse, J., & Henningsen, P. (2016). Psychosomatic Medicine in Germany: More Timely than Ever. *Psychother Psychosom*, 85, 262-269.

References

1. Aïmedov, K. (2016). *Suchasna diagnostychna kontseptsiya posttravmatychnogo stresovogo rozladu* [Modern diagnostic concept of post-traumatic stress disorder]. *Arkhiv psykhiatrii*. [in Ukrainian]
2. Bang, C. S., Kim, Y. S., & Han, J. H. (2015). Functional Gastrointestinal Disorders in Young Military Men. *GutLiver*, 9(4), 509-515.
3. Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
4. Buryak, O. O. (2015). Sotsialna adaptatsiya viiskovosluzhbovtiv (Social adjustment of servicemen). *Zbirnyk naukovykh prats Kharkivskogo universytetu povitryanykh syl*, 2(43), 176-181. [in Ukrainian]
5. Deter, H. C. (2004). Psychosomatic medicine and psychotherapy: on the historical development of a special field in Germany, *Adv Psychosom Med*, 26, 181-189.
6. Druss, B. G. (1995). *The Psychology of illness in Sickness and Health*. Washington, D.C.; London.
7. Faliyova, O. (2018). Struktura simeinoyi vzayemodii [The structure of family interaction]. *Medychna psykholohia*, 13(2), 15-18. [in Ukrainian]
8. Fava, G. A., Belaise, C., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine is a comprehensive field, not a synonym for consultation liaison psychiatry. *Curr Psychiatry Rep*. 12, 215-221.
9. Francisković, T., Stevanović, A., & Jelusić, I. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J*, 48(2), 177-184.
10. Garber, A. K., Boyer, C. B., Pollack, L. M., Chang, Y. J., & Shafer, M. (2008). Body mass index and disordered eating behaviors are associated with weight dissatisfaction in adolescent and young adult female military recruits. *Military Medicine*, 173(2), 138-45. <http://www.ingentaconnect.com/content/amsus/zmm/2008/00000173/00000002/art00014>.
11. Hinojosa, R. (2019). Veterans' Likelihood of Reporting Cardiovascular Disease. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(1), 50-57. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.01.180148>
12. Gumenyuk, L. I., Fedoruk, O. V. (2016). Doslidzhennya posttravmatychnogo stresovogo rozladu i napryamkiv pskhoreabilitatsii postrazhdalikh vid voyennykh psykhotravm [Study of post-traumatic stress disorder and rehabilitation of military psychotrauma victims], *Naukovyi visnyk Lvivskogo derzhavnogo universytetu vnutrishnikh sprav*, 1 (2016), 228-240. [in Ukrainian]
13. Jacobson, I. G., Smith, T. C., Smith, B., Keel, P. K., Amoroso, P. J., & Wells, T. S. (2009). Disordered eating and weight changes after deployment: Longitudinal assessment of a large US military cohort. *American Journal of Epidemiology*, 169(4), 415-27. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn366>.
14. Klarić, M., Frančisković, T., & Obrđalj, E. C. (2012). Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*, 24(3), 280-286.
15. Klarić, M., Francisković, T., & Pernar, M. (2010). Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Coll Antropol. Mar*. 34(1), 15-21.
16. Kolk, B. Vander. (2014). *The body keeps the score: brain and mind in the healing of trauma*.
17. Markova, M. V., Kozyra, P. V. (2015). Frustratsia, psykholohichniy zakhyst ta dolayucha povedinka v renezi poststresovoyi dezadaptatsii u spivrobotnykiv MVS Ukrayiny — uchasnykiv ATO [Frustration, psychological defense and coping in the genesis of post-stress maladaptation in the police officers who took part in the ATO], *Ukrayinskyi visnyk psykhonevrologii*, 3(84), 128-129. [in Ukrainian]

18. Markova, M. V., & Gaponov, K. D. (2016). Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences, *WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03-01.04.2016. Book of Abstracts*. Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, 30-31.
19. Markova, M. V., & Kozyra, P. V. (2017). Klinichni varianty i patogenetychna struktura poststresovoyi psykholoichnoyi dezadaptatsii u spivrobitnykiv MVS Ukrayiny pislya uchasti v ATO. Suchasni metody organizatsii medyko-psykholoichnoyi reabilitatsii uchasnykiv ATO v sanatorno-kurortnykh umovakh (XKh Platonivski chytannya): materialy nauk.-prakt. konf. [Clinical variants and pathogenetic structure of post-stress psychological maladaptation in the co-workers of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine after participation in anti-terrorist operation. Modern methods of medical and psychological rehabilitation of anti-terrorist operation participants in sanatorium-resort conditions (XXth Platonov readings): materials of scientific-practical. conf]. [in Ukrainian]
20. Markova, M. V., & Rosinskyi, G. S. (2018). Deterioration of health of families of demobilized soldiers participating in the ATO: psychopathological, psychological, psychosocial and family dimensions of the problem, *Ukrainskij Visnyk Psihonevrologii*, 26(1), 78-82.
21. Markozova, L. M., & Pustovalova, I. A. (2017). Vyznachennya adaptogennykh ta patogennykh efektyv psykhoaktyvnykh rehovyn sered uchasnykiv ATO [Determination of adaptogenic and pathogenic effects of psychoactive substances among the participants of the anti-terrorist operation], 25(1), 189. [in Ukrainian]
22. Peraica, T., Vidović, A., Kovačić-Petrović, Z., & Kozarić-Kovačić, D. (2014). Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with post-traumatic stress disorder. *Health Qual Life Outcomes*, 12. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0136-x>.
23. Peterson, A. L., Talcott, G. W., Kelleher, W. J., & Smith, S. D. (1995). Bulimic weight loss behaviors in military versus civilian weight-management programs. *Military Medicine*, 160(12), 616-620.
24. Shelekh, L. (2015). Psykholoichne zabezpechennya profilaktyky psykosomatychnykh rozladiv pratsivnykiv organiv vnutrishnikh sprav [Psychological support for the prevention of psychosomatic disorders among law enforcement officers]. *NAVS*, 131. [in Ukrainian]
25. Sobolta, Yu. (2020). Psykosomatychno vidreaguvannya yak vyklyk u roboti z uchasnykamy boiovykh dii [Psychosomatic response as a challenge in working with combatants], *PMGP*, <https://doi.org/10.26766/PMGP.V4I2.207>. [in Ukrainian]
26. St. Cyr, K., McIntyre-Smith, A., Contractor, A. A., Elhai, J. D., & Richardson, J. D. (2014). Somatic symptoms and health-related quality of life among treatment-seeking Canadian Forces personnel with PTSD. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 148-152.
27. Starynets, N. G. (2013). Suchasni aspekty psykosomatychnoyi medytsyny [Modern aspects of psychosomatic medicine], *Visnyk Morfologii*, 1 (2013), 218-224. [in Ukrainian]
28. Striegel-Moore, R. H., Garvin, V., Dohm, F. A., & Rosenheck, R. A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 405-414. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199905\)25:43.3.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199905)25:43.3.CO;2-6).
29. Suris, A., Lind, L., Kashner, T. M., Borman, P. D., & Petty, F. (2004). Sexual assault in women veterans: An examination of PTSD risk, health care utilization, and cost of care. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 749-756. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000138117.58559.7b>.
30. Syropyatov, O. Kh. (2012). Likuvannya ta reabilitatsiya kombatantiv-myrotvortsiv iz post-travmatychnym stresovym rozladom [Treatment and rehabilitation of combatants-peacekeepers with post-traumatic stress disorder]. [in Ukrainian]
31. Tanielian, T., Jaycox, L. (2008). Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, their consequences and services to assist recovery. *RAND Center for Military Health Policy Research*, 453.
32. Terenyk, S., & Staruseva, V. (2020). Metody donozologichnoyi diagnostyky yak proryv u medytsyni XXI storichchya [Methods of pre-nosological diagnosis as a breakthrough in medicine of the XXI century]. *Materialy konferentsii MTsND*, 28-30. [in Ukrainian]
33. Osborne, V., Ashley, L., & Rolbiecki, A. (2012). Psychosocial Effects of Trauma on Military Women Serving in the National Guard and Reserves, *Advances in Social Work*, 13(1), 166-184.
34. Voloschyn, P. V. (2016). Sotsialno-stresovi rozlady (klinika, diagnostyka, profilaktyka) [Socio-stress disorders (clinic, diagnosis, prevention)]. [in Ukrainian]
35. Warner, C., Matuszak, T., Rachal, J., Flynn, J., & Grieger, T. A. (2007). Disordered eating in entry-level military personnel. *Military Medicine*, 172(2), 147-151. <http://www.ingentaconnect.com/content/amsus/zmm/2007/00000172/00000002/art00014>
36. Yuan, Y., Wu A., & Jiang W. (2001). Psychosomatic Medicine in China. *Psychother Psychosom*, 84, 59-60. <https://doi.org/10.1159/000365420>

37. Yuan, Y. G. (2002). Current study of alexithymia in China. *Chin J Clin Rehabil*, 6, 2822-2823.
38. Yuan, Y. G., Shen, X. H., Wu, A. Q., Sun, C. H., Zhang, X. B., & Li, H. L. (2002). Liability and validity study of the Irritability, Depression and Anxiety scale (IDA). *Sichuan Psychiatry*, 15, 11-13.
39. Yuan, Y. G., Zhang, X. B., Wu, A. Q., Li, Q. J., & Zhang, N. (2002). Study on the personality characteristics of patients with comorbid anxiety and depression. *Sichuan Psychiatry*, 15, 65-67.
40. Yue, Y. Y., Du, X. D., Yuan, Y. G. (2013). Summary of the 19th Annual Meeting of the Chinese Psychosomatic Medicine Society. *Med Philos*, 34, 95-97.
41. Zhang, Y. Q., Yuan, Y. G. (2013). The research status of health anxiety, *Med Philos*, 34, 71-74.
42. Zinzow, H. M., Grubaugh, A. L., Monnier, J., Suffoletta-Maierle, S., & Frueh, B. C. (2007). Trauma among female veterans: a critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8, 384-400. <https://doi.org/10.1177/1524838007307295>.
43. Zipfel, S., Herzog, W., Kruse, J., & Henningsen, P. (2016). Psychosomatic Medicine in Germany: More Timely than Ever. *Psychother Psychosom*, 85, 262-269.

Відомості про автора

Соболта Юлія, аспірантка кафедри Клінічної психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна

Sobolta, Yulia, PhD student, Kiev Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3035-3897>

Email: yuliia.sobolta@gmail.com

Отримано 1 серпня 2021 р.
Рецензовано 15 вересня 2021 р.
Прийнято 20 вересня 2021 р.

Ольга Погуляєва

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ КЛІМАТ В КОЛЕКТИВІ В УМОВАХ ВІДДАЛЕНОЇ РОБОТИ

Погуляєва О. Соціально-психологічний клімат в колективі в умовах віддаленої роботи.

Актуальність обраної теми дослідження, основні дані якого надані у статті, полягає в тому, що під час технічного і соціального прогресу з його суперечливими, соціальними і соціально-психологічними тенденціями та наслідками нерозривно пов'язано багато гострих проблем соціально-психологічного клімату в колективах в умовах віддаленої роботи під час карантину. Віддалена робота на сьогодні не лише створює соціально-психологічні труднощі технологічного та суспільного розвитку, але водночас є проблемою вирішення перспективних завдань, пов'язаних з моделюванням нових, більш удосконалених людських відносин і людських спільнот.

В роботі зроблено акцент на тому, що удосконалення соціально-психологічного колективу - це завдання розгортання соціального та психологічного потенціалу суспільства і особистості, її індивідуально-психологічних особливостей, створення найбільш повнокровного образу життя людей. В одних умовах люди відчують себе некомфортно, прагнуть покинути групу, проводять в ній менше часу, їх особисте зростання сповільнюється, в інших група функціонує оптимально і її члени отримують можливість максимально повно реалізувати свій потенціал.

Емпірично доведено, що умови, в яких відбувається взаємодія членів робочої групи, впливають на успішність їх спільної діяльності, на задоволеність процесом і результатами праці.

Ключові слова: соціально-психологічний клімат, віддалена робота, карантин, особистісні особливості, стрес, копінг-поведінка, соціально-психологічна адаптація

Погуляева А. Социально-психологический климат в коллективе в условиях удаленной работы. Актуальность выбранной темы исследования, основные данные которого предоставлены в статье, заключается в том, что во время технического и социального прогресса с его противоречивыми, социальными и социально-психологическими тенденциями и последствиями неразрывно связаны многие острые проблемы социально-психологического климата в коллективах в условиях удаленной работы во время карантина. Удаленная работа на сегодня не только создает социально-психологические трудности технологического и общественного развития, но одновременно является проблемой решения перспективных задач, связанных с моделированием новых, более совершенных человеческих отношений и человеческих сообществ.

В работе сделан акцент на том, что совершенствование социально-психологического коллектива - это задача развертывания социального и психологического потенциала общества и личности, ее индивидуально-психологических особенностей, создание наиболее полнокровного образа жизни людей. В одних условиях люди чувствуют себя некомфортно, стремятся покинуть группу, проводят в ней меньше времени, их личностный рост замедляется, в других группа функционирует оптимально и ее члены получают возможность максимально полно реализовать свой потенциал.

Эмпирически доказано, что условия, в которых происходит взаимодействие членов рабочей группы, влияют на успешность их совместной деятельности, на удовлетворенность процессом и результатами труда.

Ключевые слова: Социальная психологический климат, удаленная работа, карантин, личностные особенности, стресс, копинг-поведение, социально-психологическая адаптация

Poguliaieva, O. Socio-psychological climate in the work team in conditions of remote work. The relevance of the chosen research topic, the main data of which are given in the article is that during technical and social progress with its contradictory, social and socio-psychological trends and consequences are inextricably linked with many acute problems of socio-psychological climate in teams in conditions of remote work during quarantine. Remote work today not only creates socio-psychological

difficulties of technological and social development but at the same time is a problem of solving perspective problems connected with modeling of new, more improved human relations and human communities.

The work emphasizes that the improvement of socio-psychological team is the task of developing the social and psychological potential of society and the individual, its individual psychological characteristics creating the most full-fledged way of life. In some conditions, people feel uncomfortable, tend to leave the group, spend less time in it, their personal growth slows down, in others the group functions optimally and its members are able to realize their potential completely.

It is empirically proven that the conditions in which the members of the working group interact affect the success of their joint activities, satisfaction with the process and results of work.

Key words: *socio-psychological climate, remote work, pandemic, personality traits, stress, coping behavior, socio-psychological adaptation*

Постановка проблеми. В останні роки психологи, управлінці, соціологи інтенсивно досліджують проблему соціально-психологічного клімату (СПК) в колективі та організації. Це пояснюється тим, що дане питання є одним з визначальних факторів впливу на здоров'я та життєдіяльність працівників. СПК є багатофункціональним показником того, наскільки людина включається в діяльність, яку виконує, та характеризує рівень ефективності останньої. СПК - це не тільки проблема сьогодення соціально-психологічних складнощів соціального і науково-технічного прогресу, але водночас і проблема рішення перспективних задач, пов'язаних з моделюванням нових, більш досконалих, ніж раніше, людських відношень (Андрєєва, 1997; Бойко, 1983; Винокуров, 2000; Гурьев, 2015; AbramsD., 2003; Schein, 2004).

Однією з найважливіших складових СПК є емоційний стан особистості та психологічний стан (атмосфера) в колективі. Психологічна атмосфера характеризується домінуючим психічним настроєм людей. Останній проявляється як в «емоційній тональності», так й в груповій спрямованості. Ці аспекти психологічної атмосфери і характеризують СПК. Більше того, багато дослідників ототожнюють поняття клімату з домінуючим психічним настроєм, адже саме в ньому відображається предметна спрямованість психічного стану у колективі, його емоційне забарвлення (Веснин, 2001; Егорова, 2008; Марищук, 2002; Barker, 2001).

Найбільш широко трактує аналізоване явище Овсяннікова Є.А., яка розуміє під СПК стан психології підприємства як єдине ціле (Овсяннікова, 2015). Вона підкреслює значимість взаємодії особистості із соціальним середовищем, тоді як ПК (психологічний клімат) «утворюється в процесі взаємодії як з соціальним, так і з фізичним середовищем».

Ключовою властивістю, яка відрізняє психологічний клімат від психологічної атмосфери, є його стійкість. На відміну від СПК психологічна атмосфера характеризується тимчасовими змінами і менше усвідомлюється людьми. Психологічна атмосфера впливає на стан особистості на протязі робочого дня, тоді як зміни клімату завжди виражені чіткіше, більш помітні, і усвідомлюються людьми гостріше (Почебут, 2002; Чегринцова, 2015).

Аналізуючи різні точки зору на зміст поняття СПК, можна зробити висновок, що це поліфункціональна модель, яка опосередковує будь-яку колективну діяльність. Відносини, що сформувались в колективі, виступають як об'єктивні умови трудової взаємодії та спілкування, і вимагають від людини цілком визначеного стилю поведінки. Емоції кожного окремого члена групи можуть певним чином мотивувати поведінку інших членів, направляючи їх не тільки на здійснення цілей діяльності, а й на усунення фрустрируючих впливів.

Одним з найскладніших питань, яке повстало перед багатьма організаціями в останні роки, стало питання праці в особливих умовах віддаленої роботи під час карантинних норм в суспільстві (Чернухін, 2002).

Віддалена (дистанційна) робота на сьогодні не лише створює соціально-психологічні труднощі науково-технічного та соціального прогресу, але одночасно є проблемою вирішення перспективних завдань, пов'язаних з моделюванням нових, більш удосконалених людських відносин і людських спільнот.

Вперше подібні форми організації праці набули масового поширення і наукового обґрунтування в США, де вже в 1970-і роки почався процес якісних змін в системі організації праці і трудових відносин. Надомна форма роботи мала місце і в період середньовіччя, коли майстри (гончарі, бондарі, тощо), об'єднані організаційно в цеха, працювали часто на дому, або в своїх крамницях, будках, майстернях, розташованих в житловому будинку.

Дистанційна робота - це практика організації робочого процесу, при якому постійні або тимчасові співробітники працюють у себе вдома, замість того, щоб їздити на роботу в приміщення наймача або замовника. Найчастіше під віддаленою роботою розуміють фріланс. Насправді, віддалений працівник і фрілансер - абсолютно різні ролі. Фрілансер для компанії - постачальник з оплатою праці за результатом. Він працює за цивільно-правовими договорами. Фрілансер не є членом колективу, не має доступу до корпоративних інформаційних ресурсів. На відміну від фрілансерів віддалені працівники - штатні співробітники. Схема нарахування їм заробітної плати не відрізняється від тієї, за якою розраховують їх «офісних» колег. Дистанційними (віддаленими) вважаються співробітники, з якими уклали трудову угоду про віддалену роботу. Вони працюють поза основним місцезнаходженням роботодавця, а також поза його філії, представництва або іншого відокремленого підрозділу. Крім того, у дистанційних співробітників немає стаціонарного робочого місця, яке може проконтролювати роботодавець. І важлива умова дистанційної роботи полягає в тому, що для виконання своїх обов'язків і взаємодії з

роботодавцем фрілансер повинен використовувати інформаційно-телекомунікаційні мережі загального користування, в тому числі Інтернет.

Вивчення наукової літератури та попередній аналіз дали нам можливість припустити, що віддалена форма роботи підходить не всім. Також треба враховувати кількість днів віддаленої роботи, що може мати негативні наслідки для психологічного стану людини та організації, з точки зору СПК, в цілому.

Мета дослідження: Дослідити СПК в колективі у представників різних професій в умовах віддаленої роботи.

Завдання дослідження: дослідити чинники формування соціально-психологічного клімату в колективі в умовах віддаленої роботи та провести порівняльний аналіз в залежності від періоду віддаленої роботи.

Методологія дослідження. Перед проведенням дослідження від усіх учасників було отримано інформовану згоду на проведення експерименту. Кожен учасник брав участь у експерименті індивідуально.

Для досягнення поставленої мети були застосовано наступні методики: опитувальник П'ятифакторна модель «Велика п'ятірка» (Big Five); опитувальник Копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS); опитувальник Соціально-психологічної адаптації К. Роджерса; Експрес-методику по вивченню психологічного клімату.

В дослідженні прийняли участь 66 осіб, з яких 39 жінок та 27 чоловіків. До експериментальної групи увійшли ІТ спеціалісти (27 респондентів). До контрольної (інші спеціалісти) - 39.

Результати дослідження.

Оскільки наша вибірка складається з працівників різних сфер: ІТ (27 досліджуваних) та інших сфер (39), ми вирішили в першу чергу порівняти між собою ці групи, щоб встановити психологічні особливості працівників, які вимушені працювати віддалено.

При виконанні перевірки гіпотез про середні, ми обирали t-критерій Стьюдента для тих шкал, що мають як нормальні розподіли в підгрупах, так і рівні дисперсії в цих підгрупах. Т-критерій Уелча було обрано для тих шкал, що мають нормальні розподіли в підгрупах, проте дисперсії виявились не рівними, а U критерій Манна-Уїтні обрано – для шкал, для яких не встановлено нормальності розподілу в підгрупах.

При перевірці гіпотез про середні між працівниками ІТ-сфери та працівниками інших сфер за шкалами П'ятифакторного особистісного опитувальника було встановлено, що працівники ІТ-сфери мають достовірно нижчі показники за наступними факторами: Екстраверсія, Прив'язаність, Експресивність (табл.1).

Таблиця 1

**Результати перевірки гіпотез про середні для працівників ІТ-сфери та працівників інших сфер
(за шкалами п'ятифакторного особистісного опитувальника)**

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Ф1-Екстраверсія	t-критерій Стьюдента	-2.07	64.0	0.021	IT < не IT
Товариськість	t-критерій Стьюдента	-1.85	64.0	0.034	IT < не IT
Привертання уваги	t-критерій Стьюдента	-2.64	64.0	0.005	IT < не IT
Ф2-Прив'язаність	U критерій Манна-Уїтні	331	-	0.005	IT < не IT
Теплота	U критерій Манна-Уїтні	349	-	0.010	IT < не IT
Співробітництво	t-критерій Уелча	-3.49	42.4	< .001	IT < не IT
Повага до інших	U критерій Манна-Уїтні	382	-	0.028	IT < не IT
Ф3-Експресивність	U критерій Манна-Уїтні	387	-	0.035	IT < не IT
Сензитивність	t-критерій Стьюдента	-2.57	64.0	0.006	IT < не IT
Пластичність	U критерій Манна-Уїтні	371	-	0.019	IT < не IT

Серед шкал опитувальника дослідження Копінг-поведінки в стресових ситуаціях, була встановлена відмінність за двома шкалами: працівники ІТ-сфери мають достовірно нижчий рівень за шкалами копіngu поведінки, орієнтований на уникання (t-критерій Уелча = -2.55, $p = 0.007$), та соціальне відволікання (t-критерій Стьюдента = -2.76, $p = 0.004$). Це можна пояснити тим, що ІТ-спеціалісти більш орієнтовані на результат, тому більш відповідально ставляться до поставлених задач (табл. 2).

Таблиця 2

**Результати перевірки гіпотез про середні для працівників ІТ-сфери та працівників інших сфер
(за шкалами опитувальника Копінг-поведінки в стресових ситуаціях)**

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Копінг, орієнтований на уникання	t-критерій Уелча	-2.55	64.0	0.007	IT < не IT
Соціальне відволікання	t-критерій Стьюдента	-2.76	64.0	0.004	IT < не IT

За шкалами опитувальника соціально-психологічної адаптації було встановлено небагато відмінностей. Працівники ІТ-сфери мають достовірно нижчий рівень лише за шкалою «Прийняття інших» (U критерій Манна-Уїтні = 395, $p = 0.043$). Проте можливо вони мають також нижчий рівень за шкалою «Відомість» (t-критерій Стюдента = -1.63, $p = 0.054$) та «Прийняття себе» (t-критерій Стюдента = -1.31, $p = 0.098$), проте вибірка виявилась не настільки великою за обсягом, щоб ця відмінність стала статистично-значущою (табл. 3).

Таблиця 3

Результати перевірки гіпотез про середні для працівників ІТ-сфери та працівників інших сфер
(за шкалами опитувальника соціально-психологічної адаптації)

	Критерій	Статистика		р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Прийняття інших	U критерій Манна-Уїтні	395		0.043	IT < не IT
Відомість	t-критерій Стюдента	-1.63	64.0	0.054	IT < не IT

Групу респондентів нами було розділено в залежності від кількості днів на місяць, які вони працювали віддалено: 0, до 5 днів на місяць, до 10, до 20, весь місяць (рис.1).

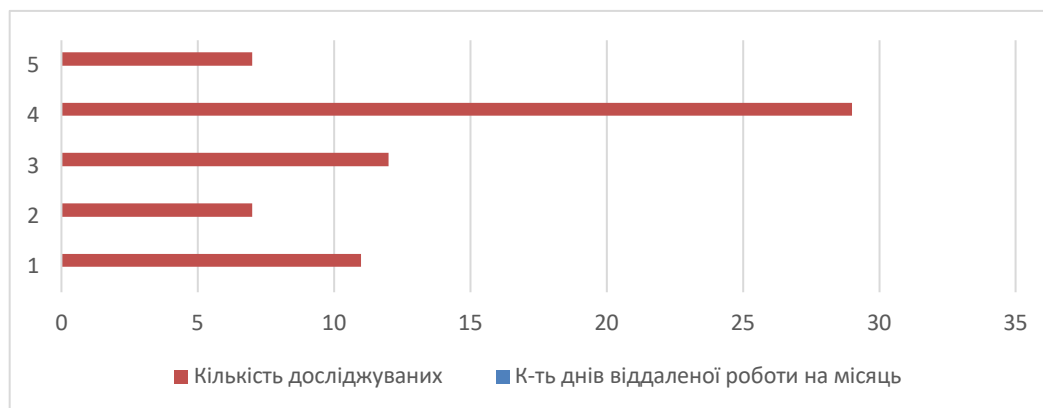


Рис. 1. Розподіл респондентів в залежності від днів віддаленої роботи

Задля встановлення особливостей формування СПК в залежності від тривалості віддаленої роботи та психологічних особливостей досліджуваних, нами було проведено кореляційний аналіз.

Найбільшу кількість зв'язків було встановлено зі шкалами П'ятифакторного особистісного опитувальника. Кількість днів віддаленої роботи негативно корелювала з наступними факторами: Ф1-Екстраверсія та Привертання уваги: тобто чимбільше днів віддаленої роботи на місяць, тимвище прояви екстраверсії та бажання звернути увагу. В свою чергу кількість днів віддаленої роботи позитивно корелювала з факторами Довірливість, Напруженість та Самокритика. Тобто, чим більше днів віддаленої

роботи, тим більше була здатність забувати негативні ситуації. Суб'єкт був схильний критикувати себе у напрузі і при цьому мав тенденцію ставитися до людей з високою довірою. Також було встановлено негативну кореляцію зі шкалою «Соціальне відволікання» (Опитувальник Копінг-поведінки в стресових ситуаціях). Тобто чим більше було днів віддаленої роботи, тим людина була менше соціально відволікаємою та була зосереджена на собі і самокритиці; менше знаходилася у соціальних контактах, менше відволікалася. Кореляцій зі шкалами інших опитувальників встановлено не було (табл. 4).

Таблиця 4

Кореляційні зв'язки показників в залежності від кількості днів віддаленої роботи

		Кількість днів віддаленої роботи
Екстраверсія	коэф. Спірмена	-0.318 **
	p	0.009
Привертання уваги	коэф. Спірмена	-0.378 **
	p	0.002
Довірливість	коэф. Спірмена	0.255 *
	p	0.039
Напруженість	коэф. Спірмена	0.277 *
	p	0.024
Самокритика	коэф. Спірмена	0.243 *
	p	0.049
Соціальне відволікання	коэф. Спірмена	-0.290 *
	p	0.018

Відповідно до поставленої мети ми вирішили розбити вибірку на підгрупи за часткою днів віддаленої роботи та дослідити відмінність між цими групами. Ми об'єднали в одну групу тих, хто не працює віддалено або працює до 10 днів (25 осіб), а в другу тих, хто працює до 20 днів віддалено (41 особа).

Порівнюючи ці групи між собою, нами було встановлено низку відмінностей.

За шкалами П'ятифакторного особистісного опитувальника було встановлено, що ті, хто працюють до 10 робочих днів на місяць віддалено мають вищий рівень за шкалами Екстраверсія, Активність, Товариськість, Цікавість та Привертання уваги. Тобто мають більше соціального контакту, тому показники за шкалами вищі. А також мають нижчий рівень ніж ті, хто частіше працює віддалено за шкалами: Напруженість, Самокритика та Довірливість. Тобто чим більше днів віддаленої роботи, тим більше відчувається

напруженість. Людина ставиться до себе досить самокритично, але у той же час стає більш вразливою.

Таблиця 5

Відмінності за терміном віддаленої за шкалами п'ятифакторного особистісного опитувальника

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Екстраверсія	t-критерій Стьюдента	3.12	64.0	0.001	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Активність	t-критерій Стьюдента	2.06	64.0	0.022	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Товариськість	t-критерій Стьюдента	2.39	64.0	0.010	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Цікавість	t-критерій Стьюдента	2.36	64.0	0.011	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Привертання уваги	t-критерій Уелча	3.48	62.7	< .001	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Напруженість	t-критерій Стьюдента	-2.95	64.0	0.002	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів
Самокритика	t-критерій Стьюдента	-2.03	64.0	0.023	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів
Довірливість	U критерій Манна-Уїтні	371	-	0.030	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів

Середні значення за шкалами в кожній із вказаних груп представлено на рис.1.

За шкалами опитувальника Копінг-поведінки в стресових ситуаціях було встановлено, що ті, хто працює до 10 днів на місяць віддалено мають в середньому вищий рівень копіngu, орієнтованого на уникання та соціального відволікання (табл.6). Тобто, можна зазначити, що у працівників, які менше часу працюють віддалено, менший рівень емоційної напруги. Також активне використання працівником копінг-стратегії уникання можна розглядати як перевагу в поведінці мотивації уникнення невдач над мотивацією досягнення успіху.

Середні значення за шкалами в групах тих, хто має різну частоту віддаленої роботи

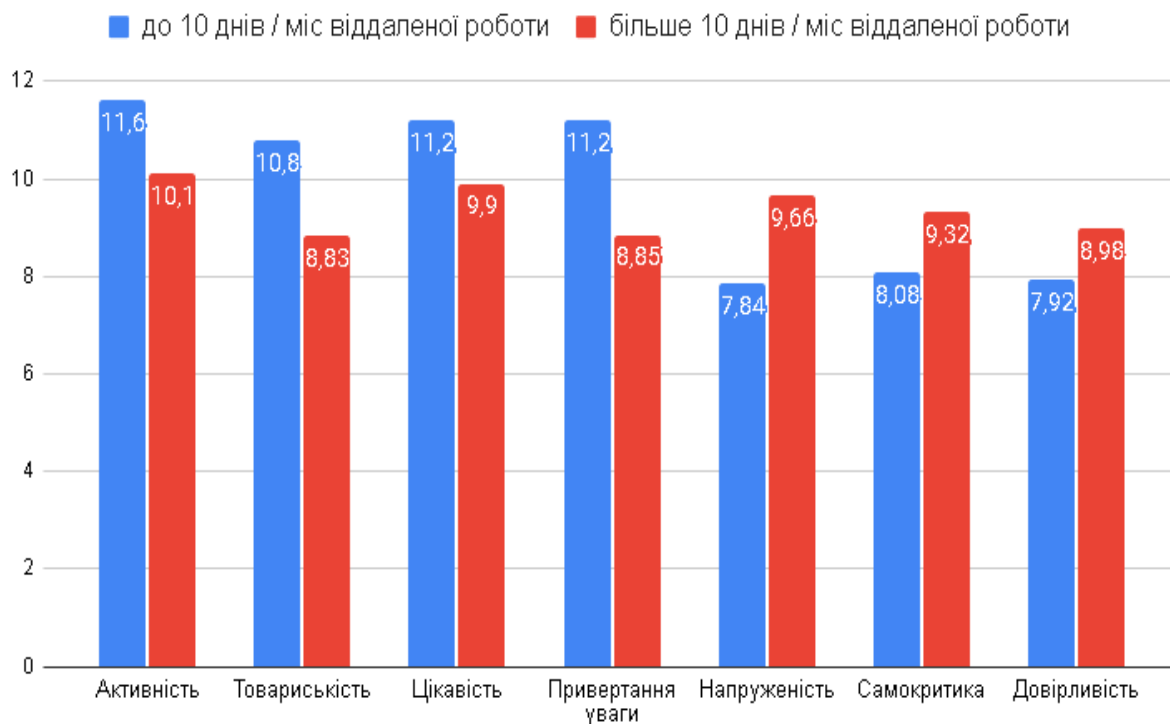


Рис. 1. Діаграма середніх значень за шкалами, в котрих встановлена відмінність в групах за терміном віддаленої роботи

Таблиця 6

Відмінності за терміном віддаленої за шкалами опитувальника Копінг-поведінки в стресових ситуаціях

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Копінг, орієнтований на уникання	U критерій Манна-Уїтні	414	-	0.096	до 10 днів / міс віддаленої роботи >більше 10 днів
Соціальне відволікання	t-критерій Стьюдента	2.53	64.0	0.007	до 10 днів / міс віддаленої роботи >більше 10 днів

Відмінності в медіанах, мінімальних та максимальних значеннях в групах проілюстровано на рис.2. та рис.3.

За шкалами опитувальника соціально-психологічної адаптації встановлено чисельну кількість відмінностей. При тому, для шкал, що характеризують більшу адаптивність, вищі показники має група, що працює до 10 робочих днів віддалено (див. табл.7.), а саме за шкалами: Адаптивність, Інтегральний показник адаптації, Прийняття себе, Інтегральний показник самоприйняття, Інтегральний показник прийняття інших, Інтегральний показник емоційної комфортності. Також підкреслимо, що чим менше працівник працює віддалено,

тим більш він емоційно-стабільний та більш адаптований до соціуму і зовнішніх чинників, таких наприклад, як локдаун у зв'язку із карантинном.

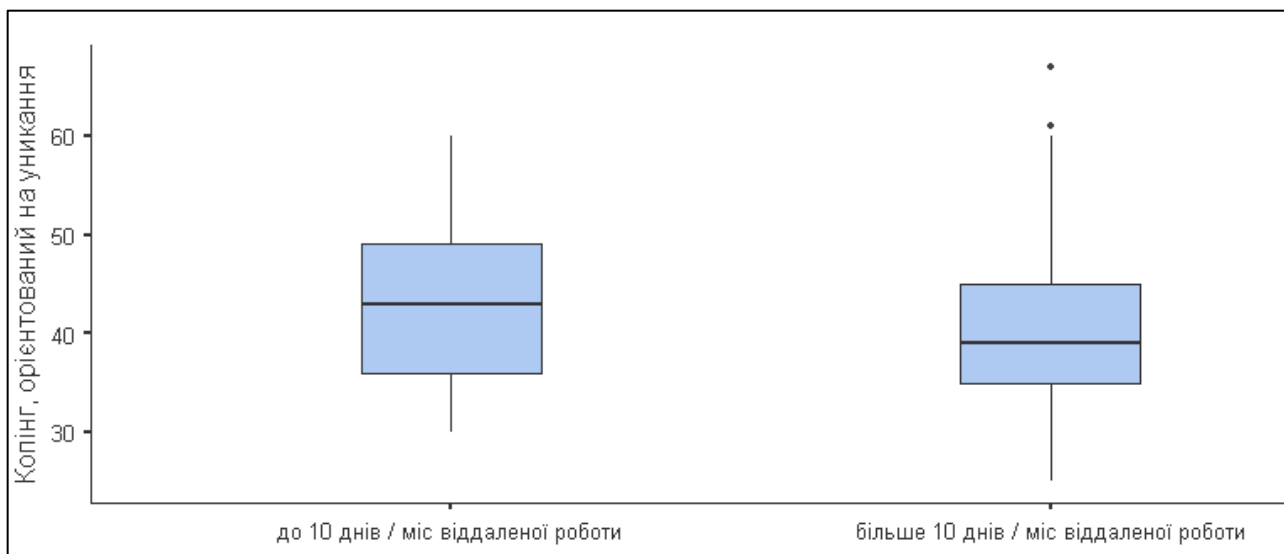


Рис.2. Коробкові діаграми значень для осіб, які працюють до 10 та більше 10 днів/міс. віддалено за шкалою Копінгу, орієнтованого на уникання

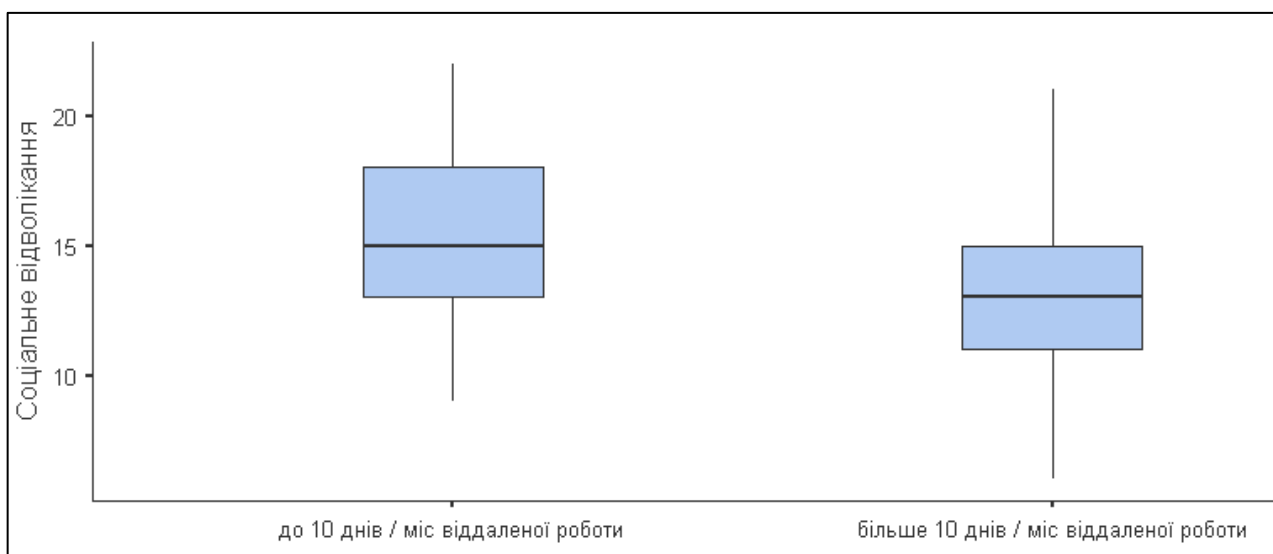


Рис.3. Коробкові діаграми значень для осіб, які працюють до 10 та більше 10 днів / міс. віддалено за шкалою Соціальне відволікання

Для шкал, що характеризують меншу адаптивність, група, що працює до 10 робочих днів віддалено, має менші показники, ніж група, що частіше працює віддалено (див. Табл. 8), а саме за шкалами: Дезадаптивність, Неприйняття себе, Неприйняття інших, Емоційний дискомфорт та Ескапізм. За шкалою Прийняття себе не було відмінностей. Менша віддаленість супроводжується нижчими показниками.

Таблиця 7

Відмінності за терміном віддаленої за шкалами опитувальника соціально-психологічної адаптації

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Адаптивність	U критерій Манна-Уїтні	395	-	0.060	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Інтегральний показник адаптації	t-критерій Стьюдента	2.30	64.0	0.012	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Прийняття себе	t-критерій Стьюдента	1.89	64.0	0.032	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Інтегральний показник самоприйняття	t-критерій Стьюдента	1.79	64.0	0.039	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Інтегральний показник прийняття інших	U критерій Манна-Уїтні	348	-	0.015	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів
Інтегральний показник емоційної комфортності	t-критерій Стьюдента	2.50	64.0	0.008	до 10 днів / міс віддаленої роботи > більше 10 днів

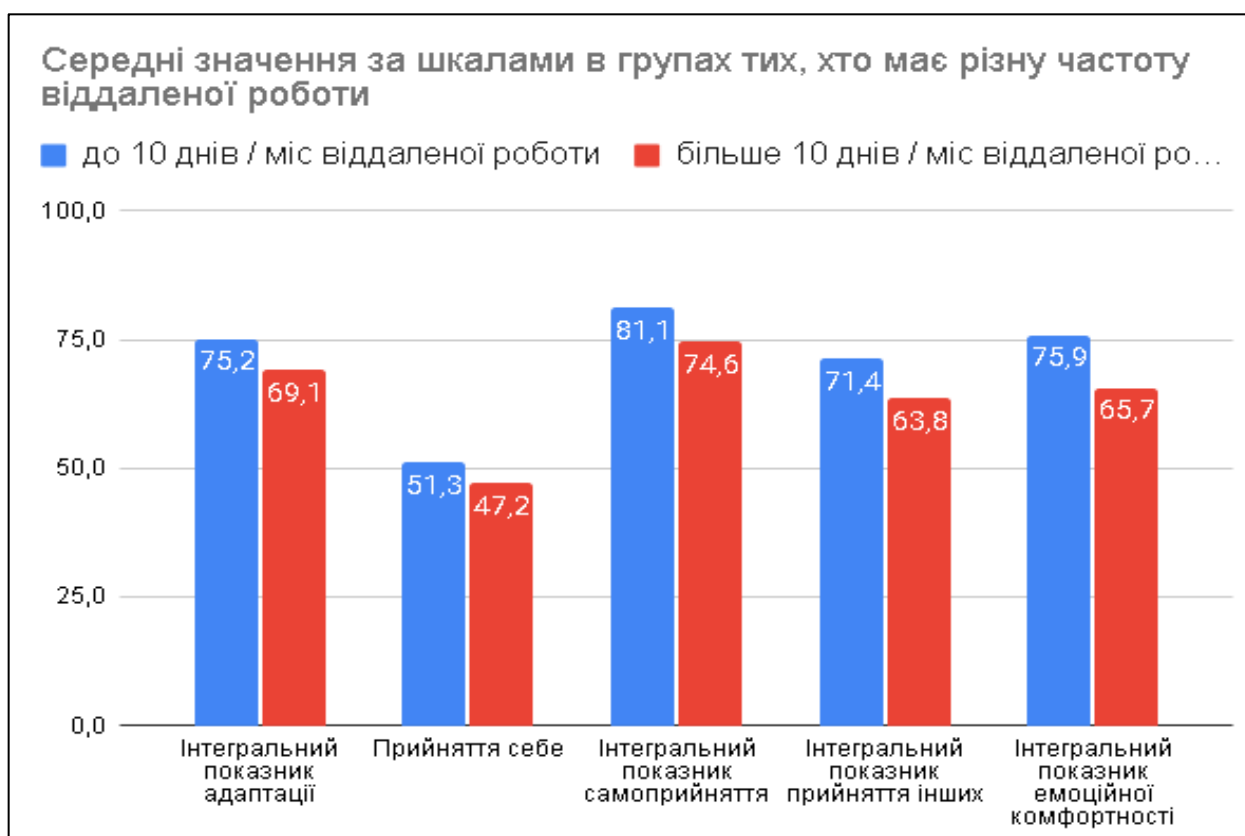


Рис. 4. Діаграма середніх значень за шкалами, в яких встановлено відмінність в групах за терміном віддаленої роботи

Таблиця 8

Відмінності за терміном віддаленої роботи (до 10 та більше 10 днів) за шкалами опитувальника соціально-психологічної адаптації

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Дезадаптивність	U критерій Манна-Уїтні	363		0.024	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів
Неприйняття себе	U критерій Манна-Уїтні	399		0.067	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів
Неприйняття інших	t-критерій Стьюдента	-2.85	64.0	0.003	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів
Емоційний дискомфорт	U критерій Манна-Уїтні	344		0.013	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів
Ескапізм	U критерій Манна-Уїтні	344		0.013	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів

За шкалою Психологічного клімат в колективі не було встановлено достовірної відмінності між групами, проте при перевірці гіпотези про середні було отримано результат: t-критерій Стьюдента = -1.51 на рівні значущості $p = 0.068$, що має близьке значення до 0.05. Тому припускаємо, що група тих, хто працює до 10 днів віддалено, може вважати рівень психологічного клімату в колективі нижчим, ніж та, що працює віддалено частіше.

Таблиця 9

Відмінності між тими, хто працює до 10 днів на місяць віддалено, та тими, хто працює більше 10, за експрес-методикою по вивченню психологічного клімату в трудовому колективі

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Психологічний клімат в колективі	t-критерій Стьюдента	-1.51	64.0	0.068	до 10 днів / міс віддаленої роботи < більше 10 днів

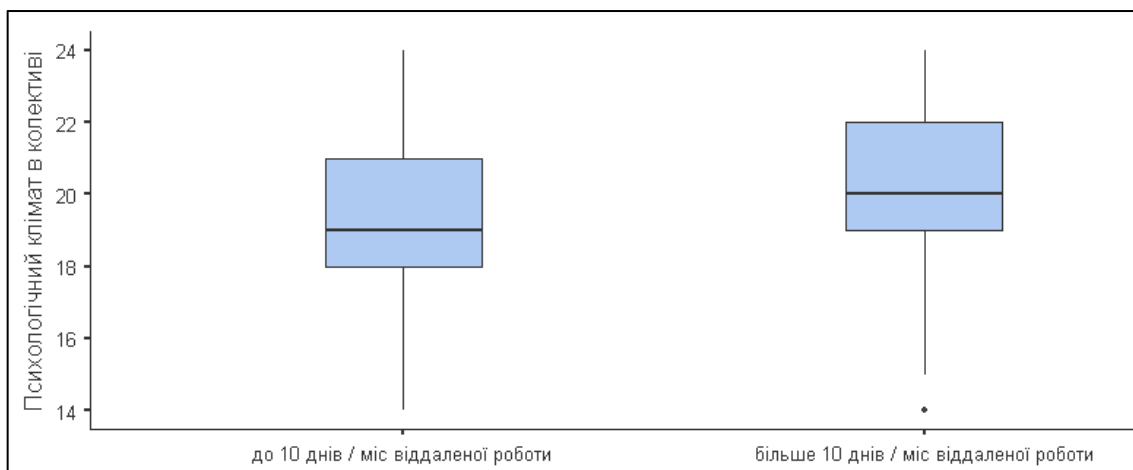


Рис. 5. Коробкові діаграми для групи тих, хто працює до 10 та більше 10 днів / міс. віддалено за шкалою Психологічний клімат в колективі

Висновки. На сьогодні удосконалення СПК колективу - це завдання розгортання соціального та психологічного потенціалу суспільства і особистості, створення найбільш гармонійного образу життя людей. Специфічні особливості та стан СПК в трудовому колективі мають значний вплив на процесуальні і результативні показники діяльності колективів, на економічну ефективність виробничої праці, на сприйняття членами колективу результатів своєї діяльності в колективі і діяльності колективу в цілому, на ступінь задоволеності цією діяльністю, взаєминами в колективі.

Особливо актуальним це питання стало в умовах карантину, коли віддалена робота стає нормою. Дистанційна робота вимагає відповідальності, рішучості, самостійності, ініціативи, самоконтролю.

Але вже зараз можна виявити негативні наслідки тривалої віддаленої роботи. Завдання, які стояли перед емпіричним дослідження були розкриті та виконані в повному обсязі, що дозволило прийти до наступних висновків:

Основні підстави для занепокоєння: самотність; тривога; стрес; особисте спілкування ні чим не замінити.

У працівників, які менше часу працюють віддалено – менший рівень емоційної напруги. Також активне використання працівником копінг-стратегії уникання можна розглянути, як перевагу в поведінці мотивації уникнення невдач над мотивацією досягнення успіху.

Зменшення соціального контакту та збільшення кількості днів віддаленої роботи негативно вплинуло на всіотримані дані, що вимірюються використовуваними методиками.

Результати кореляційного аналізу встановили негативний взаємозв'язок між кількістю днів віддаленої роботи та екстраверсією, що на нашу думку пояснюється тим, що

більш екстравертивні люди надають перевагу роботі в офісі, адже екстравертивність – стійка риса, яка протягом віддаленого режиму роботи не могла суттєво змінитись.

Спостерігається негативна кореляція між кількістю днів віддаленої роботи на місяць з емоційним комфортом. Можна зауважити, що чим частіше доводиться працювати віддалено, тим нижчий рівень емоційного комфорту. Вважаємо цей результат гарним підтвердженням негативного впливу тривалого дистанціювання на самопочуття працівників.

Перевірка гіпотез про середні допомогла встановити, що працівники ІТ-сфери мають нижчі показники за багатьма факторами, як первинних так і основних: Ф1-Екстраверсія, Товариськість, Привертання уваги, Ф2-Прив'язаність, Теплоота, Співробітництво, Повага до інших, Ф3-Експресивність, Сензитивність та Пластичність, що, в свою чергу пояснюється тим, що ІТ-спеціалісти більш емоційно-закриті люди, їм не притаманна екстраверсія, привертання уваги.

Ті, хто працює віддалено меншу кількість днів, мають вищі рівні за шкалами: Екстраверсія, Товариськість, Привертання уваги, Копінг, орієнтований на уникання, Соціальне відволікання, Інтегральний показник прийняття інших, Емоційний комфорт. Також ті, хто працює віддалено меншу кількість днів, мають нижчі рівні за шкалами: Самоконтроль (підшкала) та Неприйняття інших.

Вищий рівень самоконтролю тих, хто працює віддалено повністю, можемо обумовити тим, що під час тривалої дистанційної роботи протягом майже року, ця частка досліджуваних встигла адаптуватися та виробити навички щодо організації своєї роботи, що і вплинуло на особистісні риси в цілому. Проте не відхиляємо можливості того, що особи, що мають вищий рівень самоконтролю, не потребують присутності керівництва чи колег, тому схильні обирати більше свободи у вигляді фрілансу або ж віддаленої роботи.

Порівнюючи результати двох підгруп за шкалами опитувальника соціально-психологічної адаптації було встановлено, що працівники ІТ сфери мають нижчий рівень прийняття себе. Припускаємо, що вони мають також нижчий рівень прийняття інших.

Не знайдено кореляцій між ПК в колективі та кількістю днів віддаленої роботи. Але вважаємо, що це тимчасово. Адже емоційний стан людини напряму впливає на її взаємодію з оточуючими, що в подальшому відобразиться на ефективності праці в цілому.

Також зазначимо, що підвищений рівень стресу в період віддаленої роботи, який посилюється карантинном, робить сильний вплив на психічне здоров'я, працездатність, показники пізнавальних, емоційних і фізіологічних процесів. Копінг, сфокусований на емоціях, проявляється в мобілізації ресурсів для регулювання емоційних переживань. Зусилля, спрямовані на регулювання емоційних переживань, можуть мати різні форми:

відволікання від негативних емоцій, дистанціювання від проблеми, орієнтація на позитивні аспекти ситуації та ін. Стосовно до конкретної ситуації люди можуть використовувати різні стратегії, при цьому одна і та ж людина в різних ситуаціях може застосовувати або різні стратегії, або найбільш типові для нього стратегії.

Проведене емпіричне дослідження дозволило знайти та виявити зв'язок між індивідуально-психологічними особливостями і схильністю до віддаленої роботи, залежністю між копінг-стратегіями й адаптаційними механізмами з часткою віддаленої роботи працівників під час карантинного режиму. Специфічні особливості та стан СПК в трудовому колективі мають значний вплив на процесуальні і результативні показники діяльності колективів, на економічну ефективність виробничої праці, на сприйняття членами колективу результатів своєї діяльності в колективі і діяльності колективу в цілому, на ступінь задоволеності цією діяльністю, взаєминами в колективі. Отримані результати дають можливість оперативно виявити та значно оптимізувати трудові процеси як в окремому колективі, так і в компанії в цілому.

Література

1. Андреева, С. Г. (1997). *Психологические основы управления персоналом*. СПбГЕТУ.
2. Бойко, Б. Б. (1983). *Социально-психологический климат коллектива и личность*. Мысль.
3. Веснин, В. Р. (2001). *Практический менеджмент персонала*. Юрист.
4. Винокуров, И. Б. (2000). *Организационная психология*. Питер.
5. Гурев, М. Е. (2015). Анализ факторов, влияющих на формирование благоприятного социально-психологического климата внутри коллективных отношений. *Новое слово в науке и практике*, 21, 86-94.
6. Егорова, Л. С. (2008). Управление социально-психологическим климатом на предприятиях. *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки*, 2, 161-168.
7. Маришук, В. Л., Евдокимов, В. И. (2001). *Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса*. Издательский дом «Сентябрь».
8. Овсянникова, Е. А., Серебрякова, А. А. (2015). *Социальная психология*. «Флинта».
9. Почебут, Л. Г. (2002). *Организационная социальная психология*. Речь.
10. Чегринтсова, С. В. (2015). Влияние социально-психологического климата на производительность труда работников. *Экономика, социология и право*, 1, 165-167.
11. Чернухин, В. (2002). Дистанционная работа, или виртуализация рабочих мест. *Человек и труд*, 11, 41-43.
12. Barker, L. (2001). *Groups in process: an introduction to small group communication*. Boston.
13. Abrams, D. (2003). *Handbook of Social Psychology*. Sage.
14. Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass

References

1. Andreeva, S. G. (1997). *Psikhologicheskie osnovy upravleniya personalom [Psychological foundations of HR management]*. SPbGETU. [in Russian]
2. Boiko, B. B. (1983). *Sotsialno-psikhologicheskii klimat kollektiva i lichnost [Socio-psychological climate in the work team and personality]*. Mysl. [in Russian]
3. Vesnin, V. R. (2001). *Prakticheskii menedzhment personala [Practical HR management]*. Yurist. [in Russian]

4. Vinokurov, I. B. (2000). *Organizatsionnaya psikhologiya [Organizational psychology]*. Piter. [in Russian]
5. Gurev, M. E. (2015). Analiz faktorov, vliyayuschikh na formirovanie blagopriyatnogo sotsialno-psikhologicheskogo klimata vnutri kollektivnykh otnoshenii [Analysis of the factors influencing the formation of a favorable socio-psychological climate within collective relations]. *Novoe slovo v nauke i praktike*, 21, 86-94. [in Russian]
6. Egorova, L. S. (2008). Upravlenie sotsialno-psikhologicheskim klimatom na predpriyatiyakh [Management of the socio-psychological climate at enterprises]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo. Seria: Sotsialnye nauki*, 2, 161-168. [in Russian]
7. Marischuk, V. L., Evdokimov, V. I. (2001). *Povedenie i samoregulyatsiya cheloveka v usloviyakh stressa [Human behavior and self-regulation under stress]*. Izdatelskii dom «Sentyabr». [in Russian]
8. Ovsyannikova, E. A., Serebryakova, A. A. (2015). *Sotsialnaya psikhologiya [Social Psychology]*. «Flinta». [in Russian]
9. Pochebut, L. G. (2002). *Organizatsionnaya sotsialnaya psikhologiya [Organizational social psychology]*. Rech. [in Russian]
10. Chegrintsova, S. V. (2015). Vliyanie sotsialno-psikhologicheskogo klimata na proizvoditelnost truda rabotnikov [The influence of the socio-psychological climate on the productivity of workers]. *Ekonomika, sotsiologiya i pravo*, 1, 165-167. [in Russian]
11. Chernukhin, V. (2002). Distantcionnaya rabota, ili virtualizatsiya rabochikh mest [Remote work, or virtualization of workplaces]. *Chelovek i trud*, 11, 41-43. [in Russian]
12. Barker, L. (2001). *Groups in process: an introduction to small group communication*. Boston.
13. Abrams, D. (2003). *Handbook of Social Psychology*. Sage.
14. Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass

Відомості про автора

Погуляєва Ольга, магістр психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна

Poguliaeva, Olga, Master of Psychology, Kiev Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4605-2629>

Email: poguliaievaos@gmail.com

Отримано 1 серпня 2021 р.
Рецензовано 15 вересня 2021 р.
Прийнято 20 вересня 2021 р.

Наукове видання

КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

KYIV JOURNAL OF MODERN PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

№ 2, 2021

Головний редактор: Завязкіна Наталія Володимирівна

Координатор: Карамушка Тарас Вікторович

Технічний редактор: Никонова Ірина Юріївна

Офіційний сайт журналу: <https://mpp-journal.com>

Підп. до друку 22.10.2021.

Адреса редакції: 01133, Україна, місто Київ, бульвар Лесі Українки, будинок 34.