

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**КОВАЛЬ МАРІАННА ЄВГЕНІВНА**

УДК 616.85:616-022

ДИСЕРТАЦІЯ  
**НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ  
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА ТЛІ ПОСТКОВІДНИХ СТАНІВ  
(клініко-психопатологічна феноменологія, рання діагностика,  
комплексне лікування)**

222 – медицина

22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ М.Є. Коваль

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

**Науковий керівник:** Венгер Олена Петрівна, доктор медичних наук, професор

Тернопіль – 2023

## АНОТАЦІЯ

*Коваль М.Є.* Непсихотичні психічні розлади в учасників бойових дій на тлі постковідних станів (клініко-психопатологічна феноменологія, рання діагностика, комплексне лікування). Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – медицина, галузі знань 22 – Охорона здоров'я. – Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопіль, 2023.

У дисертаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення і наведено нове вирішення актуального завдання психіатрії щодо розробки програми лікування та реабілітації учасників бойових дій (УБД) з непсихотичними психічними розладами (НПР), які перенесли захворювання на COVID-19, на підставі аналізу соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та психосоціальних факторів.

У дослідженні взяли участь 252 УБД із встановленим діагнозом НПР відповідно до критеріїв МКХ-10, серед яких було виділено дві групи: перша група – 132 УБД, які не хворіли на COVID-19, та друга група – 120 УБД, які перенесли захворювання на COVID-19. Середній вік пацієнтів першої групи склав ( $32,2 \pm 9,0$ ) років, другої групи – ( $33,3 \pm 8,4$ ) років ( $p > 0,05$ ). Соціально демографічні характеристики обох груп були ідентичними, за винятком поширеності тютюнопаління: 40,9 % проти 52,5 % ( $p < 0,05$ ).

Встановлено, що найбільш поширенішими у структурі психопатологічної симптоматики виявилися прояви тривоги (у 70,5 % УБД, які не хворіли на COVID-19, і у 80,8 % УБД, які перенесли коронавірусну інфекцію,  $p < 0,01$ ); знижений настрій – відповідно у 55,3 % і 66,7 % ( $p > 0,05$ ); емоційна лабільність – у 44,7 % і 58,3 % ( $p < 0,05$ ); дратівливість – у 40,9 % і 55,0 % ( $p < 0,05$ ); сензитивність – у 53,0 % та 71,7 %, притуплення емоцій – 6,8 % і 6,7 % ( $p > 0,05$ ), диссомнії – у 47,0 % і 61,7 %; астения – 51,5 % і у 65,8 % ( $p < 0,05$ ); зниження працездатності – у 68,2 % і 80,0 %; апатія, байдужість – у 12,9 % і 21,7 % ( $p < 0,05$ ); порушення концентрації уваги – у 25,8 % і 43,3 % ( $p < 0,01$ ), нав'язливі думки – у 50,8 % і 60,0 % ( $p > 0,05$ ); флешбеки – у 37,1 % і 35,0 % ( $p > 0,05$ );

симптоматика уникання – у 25,8 % і 28,3 % ( $p>0,05$ ), суїцидальні думки і думки про смерть – у 25,0 % і 35,8 % ( $p<0,05$ ), та соматовегетативна симптоматика – у 29,5 % і 58,3 % відповідно ( $p<0,01$ ).

УБД з НПР була притаманна значна поширеність симптомів депресії, при цьому ураженість ними була більшою серед тих, хто переніс коронавірусну хворобу: ознаки клінічно оформленої депресії виявлені у 28,8 % УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, і у 53,3 % УБД з НПР, які перенесли COVID-19 ( $p<0,01$ ). Показник депресії за HDRS склав відповідно ( $15,29 \pm 4,16$ ) балів, що відповідає середній важкості, ближче до легкого депресивного розладу, і ( $18,05 \pm 4,29$ ) балів, що ближче до важкого депресивного розладу ( $p<0,01$ ). В УБД з НПР, які перенесли COVID-19, були значуще вищими показники адинамічної депресії: ( $9,04 \pm 2,90$ ) балів в УБД, які не хворіли на COVID-19, проти ( $10,58 \pm 2,71$ ) балів в УБД, які хворіли ( $p<0,01$ ), ажитованої депресії: ( $8,35 \pm 2,55$ ) балів проти ( $9,63 \pm 2,61$ ) балів ( $p<0,01$ ), депресії зі страхом: ( $6,27 \pm 2,28$ ) балів проти ( $7,26 \pm 2,05$ ) балів ( $p<0,01$ ) та недиференційованої депресії: ( $5,60 \pm 1,80$ ) балів проти ( $6,62 \pm 1,90$ ) балів ( $p<0,01$ ).

Встановлено важливу роль тривоги у комплексній клінічній картині НПР в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, для них були характерні вищі рівні тривоги: ( $20,52 \pm 7,14$ ) балів в УБД, які не хворіли на COVID-19, і ( $24,53 \pm 6,69$ ) балів в УБД, які хворіли ( $p<0,01$ ), а також вищі показники виразності окремих видів тривоги: психічної – відповідно ( $12,23 \pm 4,57$ ) балів і ( $14,74 \pm 3,71$ ) балів ( $p<0,01$ ) та соматичної – відповідно ( $8,29 \pm 3,79$ ) балів і ( $9,78 \pm 3,94$ ) балів ( $p<0,01$ ).

В УБД з НПР, які перенесли COVID-19, виявлено значуще вищі показники соматизації: ( $1,63 \pm 1,07$ ) балів в УБД, які не хворіли на COVID-19, і ( $2,47 \pm 0,80$ ) балів у перехворілих ( $p<0,01$ ), obsесивно-компульсивних розладів – відповідно ( $2,42 \pm 0,33$ ) балів і ( $2,55 \pm 0,36$ ) балів ( $p<0,01$ ), міжособистісної сензитивності – ( $1,23 \pm 0,96$ ) балів і ( $1,52 \pm 0,97$ ) балів ( $p<0,05$ ), депресії – ( $2,20 \pm 1,15$ ) балів і ( $2,66 \pm 1,03$ ) балів ( $p<0,01$ ), тривожності – ( $2,18 \pm 0,91$ ) балів і ( $2,41 \pm 0,89$ ) балів ( $p<0,05$ ), та ворожості – ( $1,31 \pm 0,38$ ) балів і ( $1,42 \pm 0,39$ ) балів ( $p<0,05$ ).

Встановлено, що УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, були притаманні значуще вищі рівні посттравматичного стресу: симптоматики вторгнення ((24,5 ± 4,4) балів в УБД, які не хворіли на COVID-19, і (26,3 ± 4,9) балів в УБД, які хворіли,  $p < 0,01$ ), симптоматики уникання (відповідно (23,1 ± 5,8) балів і (25,7 ± 5,0) балів,  $p < 0,01$ ), симптоматики збудливості ((21,6 ± 5,1) балів і (23,8 ± 4,5) балів,  $p < 0,01$ ), симптомів провини ((19,7 ± 5,4) балів і (22,0 ± 5,0) балів,  $p < 0,01$ ), та загального показника ПТСР ((88,9 ± 16,6) балів і (97,8 ± 15,7) балів,  $p < 0,01$ ). Показник депресії за шкалою DASS-21 в УБД, які не хворіли на COVID-19, був значуще нижчим: (5,3 ± 4,1) балів проти (8,2 ± 5,1) балів в УБД, які перенесли COVID-19 ( $p < 0,01$ ), показник тривоги – відповідно (4,9 ± 3,7) / 3,5 (3,0–8,0) балів проти (6,8 ± 3,8) / 7,0 (3,0–9,0) балів ( $p < 0,01$ ); показник стресу – відповідно (8,1 ± 4,2) / 8,0 (5,0–13,0) балів проти (10,3 ± 4,1) / 10,0 (7,0–14,0) балів ( $p < 0,01$ ).

Вивчення особливостей когнітивної переробки інформації та пізнавальних процесів (гнучкості мислення, робочої пам'яті, контролю уваги та гальмування), з використанням тесту ТМТ дало можливість виявити зниження стану когнітивного функціонування зі сповільненням швидкості та зменшенням ефективності когнітивних процесів, яке не досягало рівня вираженої когнітивної дисфункції, що проявлялося збільшенням часу виконання ТМТ-А: в УБД, які не хворіли на COVID-19 – (37,0 ± 12,2) с і в УБД, які перенесли COVID-19 – (45,9 ± 14,8) с ( $p < 0,05$ ) і ТМТ-В: відповідно (147,4 ± 37,6) с і (164,4 ± 53,8) с ( $p < 0,05$ ); гіршими показниками виконання тесту вербальної швидкості як щодо фонетичної вербальної швидкості, так і щодо семантичної вербальної швидкості: кількість слів на літеру «К» склала відповідно (18,2 ± 5,4) слів і (16,8 ± 5,4) слів ( $p < 0,01$ ), кількість слів на літеру «П» – (16,6 ± 5,7) слів і (15,2 ± 5,6) слів ( $p < 0,05$ ), кількість слів у категорії «Чоловічі імена» – (17,1 ± 5,1) слів і (15,7 ± 5,1) слів ( $p < 0,01$ ), кількість слів у категорії «Фрукти/меблі» – (16,0 ± 5,3) слів та (14,7 ± 5,2) слів ( $p < 0,05$ ) відповідно; а також гіршими показниками виконання тесту Струпа: ЧНКч – (51,5 ± 9,6) с і (57,6 ± 8,9) с ( $p < 0,01$ ), НК – (77,0 ± 16,9) с і (86,7 ± 17,4) с ( $p < 0,01$ ), ЧНКв – (131,2 ± 20,4) с і (142,1 ± 19,9) с ( $p < 0,01$ ), НКСв – (50,5 ± 9,6) с і (56,6 ± 8,9) с ( $p < 0,01$ ) відповідно.

В УБД з НПР, які перенесли COVID-19, виявлено ознаки формування патохарактерологічних рис особистості, стрижневими характеристиками яких є стійкі тривожно-депресивні та гіпостенічні прояви, а допоміжними – стійкі астенічні, іпохондричні, емоційно-лабільні та дисфоричні прояви, що проявляється вищими показниками за шкалами СМДО: тривожності ((72,3 ± 10,8) балів в УБД, які не хворіли на COVID-19, і (76,9 ± 10,6) балів в УБД, які хворіли,  $p < 0,01$ ) та песимістичності (відповідно (67,0 ± 18,6) балів і (74,9 ± 10,0) балів,  $p < 0,05$ ), надконтролю ((64,9 ± 9,6) балів і (65,6 ± 9,0) балів,  $p > 0,05$ ), соціальної інтроверсії ((60,6 ± 6,2) балів і (62,2 ± 6,2) балів,  $p < 0,05$ ), емоційної лабільності ((59,0 ± 7,1) балів і (61,5 ± 8,3) балів,  $p < 0,05$ ), імпульсивності ((53,6 ± 4,6) балів проти (55,7 ± 6,2) балів,  $p < 0,05$ ), маскулінності-фемінності ((54,3 ± 3,5) балів проти (55,1 ± 3,3) балів,  $p < 0,05$ ), і нижчими показниками за шкалою оптимістичності ((43,6 ± 10,1) балів проти (40,7 ± 6,1) балів,  $p < 0,01$  відповідно).

Аналіз копінг-репертуару УБД з НПР, які хворіли на COVID-19, виявив у них більшу виразність неконструктивних копінг-стратегій: конфронтаційного копінгу ((41,4 ± 13,8) балів в УБД, які не хворіли на COVID-19, проти (49,9 ± 16,8) балів в УБД, які перенесли COVID-19,  $p < 0,01$ ) і втечі-уникнення (відповідно (37,4 ± 12,1) балів і (46,0 ± 10,7) балів,  $p < 0,01$ ), при меншому використанні конструктивних та умовно конструктивних копінг-стратегій планування вирішення проблеми (відповідно (54,0 ± 17,7) балів і (45,1 ± 15,0) балів,  $p < 0,01$ ), позитивної переоцінки ((48,1 ± 13,9) балів і (41,0 ± 11,5) балів,  $p < 0,01$ ), пошуку соціальної підтримки ((68,8 ± 15,0) балів і (59,6 ± 19,5) балів,  $p < 0,01$ ), дистанціювання ((55,0 ± 14,5) балів і (48,8 ± 14,2) балів,  $p < 0,01$ ) та самоконтролю ((73,1 ± 11,8) балів проти (66,8 ± 10,8) балів,  $p < 0,01$ ), що може бути інтерпретоване як прояв невротизації і патохарактерологічних трансформацій.

В УБД з НПР, які хворіли на COVID-19, виявлено виражені прояви психосоціальної дезадаптації, що проявлялося гіршими показниками адаптації: (33,0 ± 13,5) балів в УБД, які не хворіли на COVID-19, і (27,6 ± 13,3) балів у перехворілих ( $p < 0,01$ ), самоприйняття: (28,5 ± 13,7) балів і (21,7 ± 13,1) балів ( $p < 0,01$ ), прийняття

інших –  $(38,9 \pm 15,9)$  балів і  $(34,6 \pm 16,1)$  балів ( $p < 0,01$ ), емоційного комфорту –  $(33,0 \pm 13,0)$  балів і  $(28,4 \pm 11,4)$  балів ( $p < 0,01$ ), інтернальності:  $(44,3 \pm 9,2)$  балів і  $(42,5 \pm 11,0)$  балів ( $p < 0,05$ ), та прагнення до домінування:  $(22,3 \pm 16,3)$  балів і  $(17,9 \pm 15,2)$  балів відповідно ( $p < 0,05$ ).

УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, були притаманні гірші показники якості життя за ключовими сферами: суб'єктивного благополуччя/задоволеності –  $(18,14 \pm 4,87)$  балів в УБД, які не хворіли на COVID-19, і  $(15,62 \pm 4,88)$  балів у тих, хто хворів ( $p < 0,01$ ), виконання соціальних ролей – відповідно  $(29,28 \pm 6,26)$  балів і  $(25,91 \pm 6,87)$  балів ( $p < 0,01$ ), зовнішніх життєвих умов – відповідно  $(26,39 \pm 2,70)$  балів і  $(24,98 \pm 3,04)$  балів ( $p < 0,01$ ), а також загального показника якості життя:  $(7,38 \pm 1,37)$  балів і  $(6,65 \pm 1,47)$  балів ( $p < 0,01$ ) відповідно.

На підставі результатів дослідження розроблено і впроваджено у практику комплексну програму лікувально-реабілітаційних заходів для УБД, що перенесли захворювання на COVID-19, яка реалізується у три етапи (клініко-діагностичний, лікувально-інтервенційний, реабілітаційно-стабілізаційний) за чотирма ключовими сферами: афективною, когнітивною, поведінковою і сферою соціального функціонування та соціальної адаптації, і заходи якої поєднані наступністю і послідовністю, індивідуальним характером впливів і доступністю для УБД. Програма передбачає раціональне поєднання психофармакологічного лікування та заходів психосоціальної терапії і реабілітації. Порівняльний аналіз засвідчив значуще вищу ефективність запропонованої програми лікування порівняно з традиційною терапією щодо усунення психопатологічної афективної симптоматики, проявів посттравматичного стресового розладу, покращення когнітивного функціонування, соціально-психологічної адаптації та якості життя УБД з НПР.

*Наукова новизна одержаних результатів.* Вперше дано комплексну характеристику клініко-феноменологічних особливостей НПР в УБД, які перенесли коронавірусну хворобу з урахуванням соціально-демографічних, індивідуально-психологічних і психосоціальних чинників.

Вперше визначено структуру і поширеність НПР в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19.

Вперше встановлено соціально-демографічні характеристики УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

Вперше визначено клініко-феноменологічну характеристику НПР в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, і встановлено її зв'язок з проявами соціально-психологічної дезадаптації.

Вперше визначено індивідуально-типологічні та патохарактерологічні особливості УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу, і особистісні предиктори непсихотичних психічних розладів.

Вперше встановлено соціально-психологічні особливості та стан соціального функціонування УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

Вперше дано характеристику якості життя УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу, і встановлено зв'язки якості життя з проявами психопатологічної симптоматики.

На підставі результатів дослідження науково обґрунтовано і розроблено комплексну систему ранньої діагностики НПР в УБД, які перенесли коронавірусну хворобу, що ґрунтується на аналізі стану афективної, когнітивної та поведінкової сфер і сфери соціального функціонування й соціальної адаптації.

Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено у практику охорони здоров'я комплексну систему психіатричної допомоги УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

*Практичне значення одержаних результатів* полягає у розробці алгоритму ранньої діагностики та лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли коронавірусну інфекцію, з урахуванням соціально-демографічних, клініко-феноменологічних, індивідуально-психологічних та психосоціальних факторів.

Оцінено роль соціально-демографічних, клініко-феноменологічних, індивідуально-психологічних та психосоціальних факторів у формуванні соціально-психологічної дезадаптації УБД з НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

На основі результатів дослідження визначено ключові сфери, за якими необхідно здійснювати терапевтичні і корекційні заходи в УБД з НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

Визначені цілі, мішені, етапи та розроблено методологію комплексної психіатричної допомоги УБД з НПР, які перенесли коронавірусну хворобу, що дозволяє значуще зменшити виразність психопатологічної симптоматики, зменшити прояви соціально-психологічної дезадаптації та покращити якість життя і психосоціального функціонування УБД з НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

*Ключові слова:* учасники бойових дій, непсихотичні психічні розлади, COVID-19, постковідні стани, депресія, тривожність.



## ANNOTATION

*Koval M.E.* Non-psychotic mental disorders in combatants against the background of post-covid conditions (clinical-psychopathological phenomenology, early diagnosis, complex treatment). Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for the Doctor of Philosophy degree in specialty 222 – Medicine. – I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, 2023.

In the dissertation, a theoretical generalization was made and a new solution to the current task of psychiatry was given to develop a program for the treatment and rehabilitation of combatants with non-psychotic mental disorders (NPMD) who suffered from COVID-19, based on the analysis of socio-demographic, clinical and psychopathological and psychosocial factors.

The study involved 252 combatants with a diagnosis of NPMD according to the ICD-10 criteria, among which two groups were distinguished: the first group - 132 combatants who did not suffer from COVID-19, and the second group - 120 combatants who suffered from the disease of COVID -19. The average age of patients in the first group was ( $32.2 \pm 9.0$ ) years, in the second group - ( $33.3 \pm 8.4$ ) years ( $p > 0.05$ ). Socio-demographic characteristics of both groups were identical, except for the prevalence of smoking: 40.9% vs. 52.5% ( $p < 0.05$ ).

It was established that the most common in the structure of psychopathological symptoms were manifestations of anxiety (in 70.5% of combatants who did not suffer from COVID-19, and in 80.8% of combatants who suffered a coronavirus infection,  $p < 0.01$ ); low mood - respectively in 55.3% and 66.7% ( $p > 0.05$ ); emotional lability - in 44.7% and 58.3% ( $p < 0.05$ ); irritability – in 40.9% and 55.0% ( $p < 0.05$ ); sensitivity – in 53.0% and 71.7%, blunting of emotions – 6.8% and 6.7% ( $p > 0.05$ ), dyssomnia – in 47.0% and 61.7%; asthenia – 51.5% and 65.8% ( $p < 0.05$ ); decrease in working capacity – in 68.2% and 80.0%; apathy, indifference - in 12.9% and 21.7% ( $p < 0.05$ ); impaired concentration of attention - in 25.8% and 43.3% ( $p < 0.01$ ), obsessive thoughts - in 50.8% and 60.0% ( $p > 0.05$ ); flashbacks – in 37.1% and 35.0% ( $p > 0.05$ ); avoidance symptoms – in 25.8% and 28.3% ( $p > 0.05$ ), suicidal thoughts

and thoughts about death – in 25.0% and 35.8% ( $p < 0.05$ ), and somatovegetative symptoms – in 29.5% and 58.3%, respectively ( $p < 0.01$ ).

A significant prevalence of depressive symptoms was inherent in combatants with NPMD, while their impact was greater among those who had undergone a coronavirus disease: signs of clinically defined depression were found in 28.8% of combatants with NPMD who did not suffer from COVID-19, and in 53, 3% of combatants from NPMD who suffered from COVID-19 ( $p < 0.01$ ). The HDRS depression index was ( $15.29 \pm 4.16$ ) points, corresponding to the average severity, closer to mild depressive disorder, and ( $18.05 \pm 4.29$ ) points, closer to severe depressive disorder ( $p < 0,01$ ). In combatants with NPMD who suffered from COVID-19, there were significantly higher indicators of adynamic depression: ( $9.04 \pm 2.90$ ) points in combatants who did not suffer from COVID-19, against ( $10.58 \pm 2.71$ ) points in combatants who had ( $p < 0.01$ ) agitated depression: ( $8.35 \pm 2.55$ ) points versus ( $9.63 \pm 2.61$ ) points ( $p < 0.01$ ), depression with fear: ( $6.27 \pm 2.28$ ) points against ( $7.26 \pm 2.05$ ) points ( $p < 0.01$ ) and undifferentiated depression: ( $5.60 \pm 1.80$ ) points against ( $6.62 \pm 1.90$ ) points ( $p < 0.01$ ).

An important role of anxiety in the complex clinical picture of NPMD was established in combatants who suffered from COVID-19, they were characterized by higher levels of anxiety: ( $20.52 \pm 7.14$ ) points in combatants who did not suffer from COVID-19, and ( $24.53 \pm 6.69$ ) points in combatants who were sick ( $p < 0.01$ ), as well as higher indicators of expressiveness of certain types of anxiety: mental - respectively ( $12.23 \pm 4.57$ ) points and ( $14.74 \pm 3.71$ ) points ( $p < 0.01$ ) and somatic – respectively ( $8.29 \pm 3.79$ ) points and ( $9.78 \pm 3.94$ ) points ( $p < 0.01$ ).

Significantly higher indicators of somatization were found in combatants with NPMD who suffered from COVID-19: ( $1.63 \pm 1.07$ ) points in combatants who did not suffer from COVID-19, and ( $2.47 \pm 0.80$ ) points in chronically ill ( $p < 0.01$ ), obsessive-compulsive disorders – respectively ( $2.42 \pm 0.33$ ) points and ( $2.55 \pm 0.36$ ) points ( $p < 0.01$ ), interpersonal sensitivity – ( $1, 23 \pm 0.96$ ) points and ( $1.52 \pm 0.97$ ) points ( $p < 0.05$ ), depression – ( $2.20 \pm 1.15$ ) points and ( $2.66 \pm 1.03$ ) points ( $p < 0.01$ ), anxiety – ( $2.18 \pm 0.91$ ) points and ( $2.41 \pm 0.89$ ) points ( $p < 0.05$ ), and hostility – ( $1.31 \pm 0.38$ ) points and ( $1.42 \pm 0.39$ ) points ( $p < 0.05$ ).

It was found that combatants who suffered from the disease of COVID-19 were characterized by significantly higher levels of post-traumatic stress: intrusion symptoms ( $(24.5 \pm 4.4)$  points in combatants who did not suffer from COVID-19 and  $(26.3 \pm 4.9)$  points in combatants who were sick,  $p < 0.01$ ), symptoms of avoidance (respectively  $(23.1 \pm 5.8)$  points and  $(25.7 \pm 5.0)$  points,  $p < 0.01$ ), symptoms of excitability ( $(21.6 \pm 5.1)$  points and  $(23.8 \pm 4.5)$  points,  $p < 0.01$ ), guilt symptoms ( $(19.7 \pm 5.4)$  points and  $(22.0 \pm 5.0)$  points,  $p < 0.01$ ), and the total score of PTSD ( $(88.9 \pm 16.6)$  points and  $(97.8 \pm 15.7)$  points,  $p < 0.01$ ). The depression score on the DASS-21 scale in combatants who did not have COVID-19 was significantly lower:  $(5.3 \pm 4.1)$  points vs.  $(8.2 \pm 5.1)$  points in combatants who experienced COVID-19 ( $p < 0.01$ ), anxiety index – respectively  $(4.9 \pm 3.7) / 3.5$  (3.0–8.0) points against  $(6.8 \pm 3.8) / 7.0$  (3.0–9.0) points ( $p < 0.01$ ); stress index – respectively  $(8.1 \pm 4.2) / 8.0$  (5.0–13.0) points against  $(10.3 \pm 4.1) / 10.0$  (7.0–14.0) points ( $p < 0.01$ ).

The study of the features of cognitive processing of information and cognitive processes (flexibility of thinking, working memory, attention control and inhibition), using the TMT test, made it possible to detect a decrease in the state of cognitive functioning with a slowdown in speed and a decrease in the efficiency of cognitive processes, which did not reach the level of pronounced cognitive dysfunction, which was manifested by an increase in TMT-A performance time: in combatants who did not suffer from COVID-19 –  $(37.0 \pm 12.2)$  s and in combatants who suffered from COVID-19 –  $(45.9 \pm 14.8)$  s ( $p < 0.05$ ) and TMT-B:  $(147.4 \pm 37.6)$  s, respectively. and  $(164.4 \pm 53.8)$  s ( $p < 0.05$ ); worse indicators of performing the verbal speed test both in terms of phonetic verbal speed and semantic verbal speed: the number of words for the letter "K" was  $(18.2 \pm 5.4)$  words and  $(16.8 \pm 5.4)$  words, respectively ( $p < 0.01$ ), the number of words for the letter "P"  $(16.6 \pm 5.7)$  words and  $(15.2 \pm 5.6)$  words ( $p < 0.05$ ), the number of words in the category "Male names"  $(17.1 \pm 5.1)$  words and  $(15.7 \pm 5.1)$  words ( $p < 0.01$ ), the number of words in the "Fruits/furniture" category –  $(16.0 \pm 5.3)$  words and  $(14.7 \pm 5.2)$  words ( $p < 0.05$ ) respectively; as well as worse performance of the Stroop test: RCc –  $(51.5 \pm 9.6)$  s and  $(57.6 \pm 8.9)$  s ( $p < 0.01$ ), NC –  $(77.0 \pm 16.9)$  s and  $(86.7 \pm 17.4)$  s ( $p < 0.01$ ),

RCd – ( $131.2 \pm 20.4$ ) s and ( $142.1 \pm 19.9$ ) s, NCd – ( $50.5 \pm 9.6$ ) s and ( $56.6 \pm 8.9$ ) s ( $p < 0.01$ ) respectively.

Signs of the formation of pathocharacteristic personality traits were found in combatants with NPMD who suffered from COVID-19, the core characteristics of which are persistent anxiety-depressive and hyposthenic manifestations, and auxiliary ones are persistent asthenic, hypochondriacal, emotionally labile, and dysphoric manifestations, which is manifested by higher indicators of by SMDO scales: anxiety ( $(72.3 \pm 10.8)$  points in combatants who were not sick with COVID-19 and  $(76.9 \pm 10.6)$  points in combatants who were ill,  $p < 0.01$ ) and pessimism (respectively  $(67.0 \pm 18.6)$  points and  $(74.9 \pm 10.0)$  points,  $p < 0.05$ ), overcontrol ( $(64.9 \pm 9.6)$  points and  $(65.6 \pm 9.0)$  points,  $p > 0.05$ ), social introversion ( $(60.6 \pm 6.2)$  points and  $(62.2 \pm 6.2)$  points,  $p < 0.05$ ), emotional lability ( $(59.0 \pm 7.1)$  points and  $(61.5 \pm 8.3)$  points,  $p < 0.05$ ), impulsivity ( $(53.6 \pm 4.6)$  points versus  $(55.7 \pm 6.2)$  points,  $p < 0.05$ ), masculinity-femininity ( $(54.3 \pm 3.5)$  points versus  $(55.1 \pm 3.3)$  points,  $p < 0.05$ ), and lower indicators on the optimism scale ( $(43.6 \pm 10.1)$  points against  $(40.7 \pm 6.1)$  points,  $p < 0.01$ , respectively).

The analysis of the coping repertoire of combatants with NPMD who were sick with COVID-19 revealed a greater expressiveness of non-constructive coping strategies in them: confrontational coping ( $(41.4 \pm 13.8)$  points in combatants who were not sick with COVID-19, against  $(49.9 \pm 16.8)$  points in combatants who suffered from COVID-19,  $p < 0.01$ ) and escape-avoidance (respectively  $(37.4 \pm 12.1)$  points and  $(46.0 \pm 10.7)$  points,  $p < 0.01$ ), with less use of constructive and conditionally constructive coping strategies for problem solving planning (respectively  $(54.0 \pm 17.7)$  points and  $(45.1 \pm 15.0)$  points,  $p < 0.01$ ), positive reappraisal ( $(48.1 \pm 13.9)$  points and  $(41.0 \pm 11.5)$  points,  $p < 0.01$ ), seeking social support ( $(68.8 \pm 15.0)$  points and  $(59.6 \pm 19.5)$  points,  $p < 0.01$ ), distancing ( $(55.0 \pm 14.5)$  points and  $(48.8 \pm 14.2)$  points,  $p < 0.01$ ) and self-control ( $(73.1 \pm 11.8)$  points versus  $(66.8 \pm 10.8)$  points,  $p < 0.01$ ), which can be interpreted as a manifestation of neuroticism and pathocharacteristic transformations.

Pronounced manifestations of psychosocial maladaptation were revealed in combatants with NPMD who were sick with COVID-19, which was manifested by worse adaptation indicators:  $(33.0 \pm 13.5)$  points in combatants who did not have COVID-19, and  $(27.6 \pm 13.3)$

points in those who have become ill ( $p < 0.01$ ), self-acceptance: ( $28.5 \pm 13.7$ ) points and ( $21.7 \pm 13.1$ ) points ( $p < 0.01$ ), acceptance of others - ( $38.9 \pm 15.9$ ) points and ( $34.6 \pm 16.1$ ) points ( $p < 0.01$ ), emotional comfort – ( $33.0 \pm 13.0$ ) points and ( $28.4 \pm 11, 4$ ) points ( $p < 0.01$ ), internality: ( $44.3 \pm 9.2$ ) points and ( $42.5 \pm 11.0$ ) points ( $p < 0.05$ ), and the desire to dominate: ( $22, 3 \pm 16.3$ ) points and ( $17.9 \pm 15.2$ ) points, respectively ( $p < 0.05$ ).

Combatants with NPMD who suffered from the disease of COVID-19 were characterized by worse indicators of quality of life in key areas: subjective well-being/satisfaction - ( $18.14 \pm 4.87$ ) points in combatants who did not suffer from COVID-19, and ( $15.62 \pm 4.88$ ) points in those who were sick, performance of social roles - respectively ( $29.28 \pm 6.26$ ) points and ( $25.91 \pm 6.87$ ) points ( $p < 0.01$ ), external living conditions - respectively ( $26.39 \pm 2.70$ ) points and ( $24.98 \pm 3.04$ ) points ( $p < 0.01$ ), as well as the general indicator of quality of life: ( $7.38 \pm 1.37$ ) points and ( $6.65 \pm 1.47$ ) points ( $p < 0.01$ ), respectively.

Based on the results of the study, a comprehensive program of treatment and rehabilitation measures for combatants who have suffered from COVID-19 was developed and implemented in practice, which is implemented in three stages (clinical-diagnostic, treatment-intervention, rehabilitation-stabilization) in four key areas: affective, cognitive, behavioral and sphere of social functioning and social adaptation, and the measures of which are combined by continuity and sequence, individual character of influences and availability for combatants. The program provides a rational combination of psychopharmacological treatment and measures of psychosocial therapy and rehabilitation. The comparative analysis proved a significantly higher efficiency of the proposed treatment program in comparison with traditional therapy for the elimination of psychopathological affective symptoms, manifestations of post-traumatic stress disorder, improvement of cognitive functioning, social-psychological adaptation and quality of life of combatants with NPMD.

Scientific novelty of the obtained results. For the first time, a comprehensive description of the clinical and phenomenological features of the NPMD in the combatants, who suffered the coronavirus disease, is given, taking into account socio-demographic, individual-psychological and psychosocial factors.

For the first time, the structure and prevalence of NPMD in combatants that have suffered from the disease due to COVID-19 have been determined.

For the first time, the socio-demographic characteristics of combatants with signs of NPMD, who suffered from the coronavirus disease, were established.

For the first time, the clinical and phenomenological characteristics of NPMD in combatants who suffered from the disease due to COVID-19 were determined, and its connection with the manifestations of social and psychological maladjustment was established.

For the first time, the individual typological and patho-characteristic features of combatants with signs of NPMD, who suffered from coronavirus disease, and personal predictors of non-psychotic mental disorders were determined.

For the first time, the socio-psychological features and the state of social functioning of combatants with signs of NPMD, who suffered from coronavirus disease, were established.

For the first time, the characteristics of the quality of life of combatants with signs of NPMD, who suffered from the coronavirus disease, were given, and the relationship between the quality of life and the manifestations of psychopathological symptoms was established.

Based on the results of the study, a complex system of early diagnosis of NPMD in combatants who suffered from coronavirus disease was scientifically substantiated and developed, which is based on the analysis of the state of the affective, cognitive and behavioral spheres and the sphere of social functioning and social adaptation.

A comprehensive system of psychiatric care for combatants with signs of NPMD, who have suffered from the coronavirus disease, has been scientifically substantiated, developed and implemented in health care practice.

The practical significance of the obtained results lies in the development of an algorithm for early diagnosis and treatment and rehabilitation measures for combatants with NPMD who have suffered a coronavirus infection, taking into account socio-demographic, clinical-phenomenological, individual-psychological and psychosocial factors.

The role of socio-demographic, clinical-phenomenological, individual-psychological and psychosocial factors in the formation of social-psychological maladjustment of combatants with NPMD, who suffered from coronavirus disease, was evaluated.

Based on the results of the study, the key areas for which it is necessary to carry out therapeutic and corrective measures in the combatants with NPMD, which have suffered the coronavirus disease, have been determined.

The goals, targets, stages are defined and the methodology of comprehensive psychiatric care for combatants with NPMD who suffered the coronavirus disease was determined, which allows to significantly reduce the expressiveness of psychopathological symptoms, reduce the manifestations of social and psychological maladjustment and improve the quality of life and psychosocial functioning of combatants with NPMD who suffered the coronavirus disease.

*Keywords:* combatants, non-psychotic mental disorders, COVID-19, post-covid states, depression, anxiety.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

**Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

*Стаття у зарубіжному виданні,  
яке індексується у міжнародній наукометричній базі Scopus*

1. Koval M., Venger O., Mysula Y. Features of affective symptoms in combatants with non-psychotic mental disorders that have suffered from COVID-19 // Wiadomości Lekarskie Medical Advances. 2023. Vol. LXXVI. Issue 9. P. 1938-1945.

*Статті у фахових виданнях України, в яких дозволено публікацію результатів дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня доктора філософії відповідно до переліку, затвердженого наказами МОН України:*

1. Venger O., Koval M., Shved M., Ivanitska T. Comparative characteristics of symptoms in neurotic and affective patients after COVID-19 // International Journal of Medicine and Medical Research. 2022. Vol. 8. Issue 22. P. 56-66.

2. Коваль М.Є., Венгер О.П. Якість життя учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, Вип. 1(114). С. 30-34.

3. Коваль М.Є., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

4. Коваль М.Є. Індивідуально-психологічні особливості та стан психосоціальної адаптації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Вісник медичних і біологічних досліджень. 2023. № 16 (2). С. 8-14.

5. Коваль М.Є. Програма комплексної діагностики, лікування та реабілітації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2023. № 4. С. 76-80.



### **Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

1. Коваль М.Є. Вивчення структури непсихотичних розладів серед військовослужбовців / Матеріали XXV Міжнародного конгресу студентів і молодих вчених. м. Тернопіль, 12-14 квітня 2021 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2021. С. 216.
2. Коваль М. Є. Особливості клінічної симптоматики непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали LXV Науково-практичної конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини». м. Тернопіль, 9 червня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 15-17.
3. Коваль М.Є. Клініко-феноменологічні особливості депресивної та тривожної симптоматики в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали Четвертого наукового симпозиуму з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку». м. Тернопіль, 21-23 вересня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 17-20.
4. Коваль М.Є., Венгер О.П. Порушення когнітивного функціонування в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 (Матеріали VI Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку», м. Харків, 6-7 жовтня 2022 р.) // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30. Вип. 3(112). С. 62.
5. Коваль М.Є. Особливості стресового реагування учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання патології за умов дії надзвичайних факторів на організм». м. Тернопіль, 26-28 жовтня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 33-34.

## ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ANNOTATION.....	8
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА.....	16
ЗМІСТ.....	18
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	21
ВСТУП.....	23
Розділ 1. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я КОМБАТАНТІВ. ПОСТКОВІДНІ ЗМІНИ ПСИХІКИ. СУЧСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ХВОРИХ НА COVID-19 (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	30
1.1. Участь у бойових діях і психічне здоров'я.....	30
1.2. Психіатричні наслідки перенесеної коронавірусної інфекції.....	42
1.3. Сучасні підходи до лікування і реабілітації учасників бойових дій і хворих на COVID-19.....	55
Розділ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	67
2.1. Дизайн дослідження та загальна характеристика обстежених.....	67
2.2. Методи дослідження.....	71
2.2.1. Клініко-психопатологічне дослідження.....	71
2.2.2. Психометричні методи дослідження.....	72
2.2.3. Психодіагностичні методи дослідження.....	77
2.2.4. Статистико-математична обробка отриманих результатів.....	80
Висновки до розділу 2.....	81
Розділ 3. КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19.....	83

3.1. Особливості клінічної психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	83
3.2. Прояви депресивної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	87
3.3. Особливості проявів тривоги в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	97
3.4. Кількісна оцінка виразності психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	103
3.5. Прояви порушень когнітивного функціонування в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	109
3.6. Особливості стресового реагування учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	116
Висновки до розділу 3.....	123
Розділ 4. ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19.....	131
4.1. Індивідуально-типологічні та патохарактерологічні особливості учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	131
4.2. Особливості копінг-поведінки учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	136
Висновки до розділу 4.....	142
Розділ 5. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СТАН ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19.....	145

5.1. Якість життя учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	145
5.2. Стан психосоціальної адаптації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	154
Висновки до розділу 5.....	165
Розділ 6. ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19.....	168
6.1. Обґрунтування комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	168
6.2. Оцінка ефективності запропонованої комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19.....	177
Висновки до розділу 6.....	191
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	194
ВИСНОВКИ.....	216
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	220
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	221
ДОДАТОК А.....	255
ДОДАТОК Б.....	257
ДОДАТОК В.....	259

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І  
ТЕРМІНІВ

АТО – Антитерористична операція на Сході України

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГЦА – гетероциклічні антидепресанти

ДА – дезадаптація

ЕСТ – електросудомна терапія

КБТ – когнітивно-біхевіоральна терапія

МАО – моноамінооксидаза

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

НПР – неспсихотичні психічні розлади

ПАР – психоактивні речовини

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну

СМДО – стандартизований метод дослідження особистості

ТЦА – трициклічні антидепресанти

УБД – учасники бойових дій

ЦНС – центральна нервова система

ЯЖ – якість життя

COVID-19 – інфекція, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2

SCL-90-R – опитувальник Symptom Check List-90-Revised

TMT – тест зв'язку символів Trail making test

VFT – тест вербальної швидкості Verbal fluency test

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Одним з найважливіших суспільних, соціальних, психологічних та медичних наслідків збройної агресії російської федерації проти України є поява особливої категорії Українських громадян – учасників бойових дій (УБД), які брали участь у відсічі російській агресії. Представникам цієї категорії притаманні унікальні соціальні, психологічні та медичні характеристики. Поява УБД визначила також появу нових викликів і проблем для охорони здоров'я і суспільства в цілому, зокрема, необхідність забезпечення лікування і реабілітації військовослужбовців з бойовими травмами, включаючи психіатричні і психологічні наслідки бойових дій, забезпечення медичної та психологічної реабілітації і реадaptaції демобілізованих військовослужбовців, трансформація існуючої системи психіатричної та медико-психологічної допомоги з урахуванням їх потреб тощо [1-5].

За даними Міністерства у справах ветеранів України, на початок повномасштабної агресії рф в Україні нараховувалося близько 500 тис. осіб, які мали статус учасника бойових дій. За прогнозами Комітету Верховної Ради України з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів, кількість ветеранів, членів їх сімей та сімей полеглих воїнів може скласти близько 3 млн. осіб [6].

Сучасні дослідження українських військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, свідчать про наявність у них широкого спектру психологічних та психіатричних проблем непсихотичного характеру: тривожно-депресивних, астено-депресивних, патохарактерологічних трансформацій, ознак невротизації і психопатизації, когнітивних розладів [7-12].

Вважається доведеним, що чим більше травмуючих подій переживає комбатант, тим вищим є ризик розвитку психологічних проблем, серед яких посттравматичний стресовий розлад, депресія, хронічна тривога, панічні розлади, суїцидальна поведінка, різні види аддикцій, і нижче ймовірність спонтанної ремісії [13-16].

На початку 2020 року Україна зіткнулася ще з одним потужним викликом – пандемією COVID-19. Вже у перших дослідженнях було виявлено, а у подальшому беззаперечно підтверджено виражений довготривалий негативний вплив перенесеної коронавірусної інфекції на органи і системи організму, що дістав назви «постковідного синдрому» [17-19]. Провідне місце серед проявів постковідного синдрому займає ураження центральної нервової системи, що проявляється депресивними і тривожними розладами, посттравматичними стресовими станами, суїцидальною поведінкою, когнітивними порушеннями та патоперсонологічними змінами [20-24].

Вважається, що в основі ураження ЦНС при коронавірусній інфекції лежить складний комплекс імунних реакцій («цитокіновий шторм»), що призводить до нейрозапалення та інфільтрації мозку [25-28]. Водночас, ряд дослідників зауважують, що окрім імунологічних механізмів, у формуванні психіатричних наслідків COVID-19 важливу роль відіграють негативні психологічні фактори, такі, як страх перед хворобою, невпевненість у майбутньому, соціальна ізоляція, стигматизація і травматичні спогади про перенесену важку хворобу [29, 30]. На даному етапі у психіатричній науці формується і дістає все більшого розвитку концепція комплексного впливу нейробіологічних та психологічних чинників в етіопатогенетичних механізмах довготривалих психіатричних наслідків коронавірусної інфекції [31-35].

При цьому проблема довготривалих психіатричних наслідків коронавірусної інфекції в УБД є практично недослідженою. Не вивчено клініко-феноменологічні особливості психіатричного статусу в УБД після перенесеної коронавірусної хвороби, не досліджено особливості психопатологічного реагування, патохарактерологічних та патоперсонологічних змін, розвитку непсихотичних психічних розладів, проявів психосоціальної дезадаптації. Незважаючи на те, що УБД є особливою соціальною, психологічною та клінічною категорією, яка вимагає диференційованих психологічних та психіатричних підходів, не розроблено методи раннього виявлення психічних розладів на тлі постковідних станів в УБД, відсутні програми адресного психіатричного та клініко-психологічного втручання, реабілітації та профілактики для цієї категорії пацієнтів.

Таким чином, вивчення клініко-психопатологічної феноменології, патопсихологічних характеристик і особливостей психосоціальної дезадаптації УБД, які перенесли коронавірусну хворобу, і розробка на підставі даних цих досліджень комплексних підходів до лікування та реабілітації таких пацієнтів, є ефективним шляхом розв'язання проблеми реабілітації і реадaptaції УБД та ліквідації наслідків пандемії COVID-19, і мають вагомe наукове та практичне значення, є актуальним завданням сучасної медицини і має важливе наукове і практичне значення.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України «Вплив сучасних макросоціальних факторів на розвиток, клініко-психопатологічні та терапевтичні аспекти посттравматичних та невротичних психічних порушень» (№ держреєстрації 0121U00134). Дисертантка є співвиконавцем даної теми.

*Об'єкт дослідження* – непсихотичні психічні розлади в учасників бойових дій, які перенесли коронавірусну хворобу.

*Предмет дослідження* – клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли коронавірусну хворобу, та соціально-демографічні і соціально-психологічні особливості пацієнтів.

*Методи дослідження:* соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психометричний, статистико-математичний.

За допомогою соціально-демографічного методу було вивчено соціально-демографічні характеристики УБД з НПР.

Клініко-психопатологічне обстеження використано для оцінки стану хворих і виявлення психопатологічних проявів.

Психометричне дослідження включало використання наступних методик:

- шкали депресії М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS);
- шкали тривоги М. Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS);



- опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R);
- методики оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути;
- тесту зв'язку символів (Trail making test, TMT);
- тесту вербальної швидкості (Verbal fluency test, VFT);
- тесту Струпа (Stroop color word interference test);
- місісіпської шкали посттравматичного стресового розладу;
- шкали депресії, тривоги і стресу (Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items DASS-21).

Психодіагностичний інструментарій дослідження складала наступні методики:

- стандартизований метод дослідження особистості (СМДО);
- методика діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond.

- опитувальник «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus.

При статистико-математичному аналізі розбіжностей між групами використано непараметричні методи статистичного аналізу: точний критерій Фішера, непараметричні тести Манна-Уїтні, Вілкоксона та критерій знаків. Кореляційний аналіз виконаний з використанням непараметричного методу рангової кореляції Спірмена.

**Мета роботи** – на підставі комплексного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, патопсихологічного обстеження учасників бойових дій, які перенесли коронавірусну хворобу, з ознаками непсихотичних психічних розладів, розробити комплексну програму ранньої діагностики та лікувально-реабілітаційних заходів для цієї категорії пацієнтів.

Для досягнення мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Встановити структуру і поширеність НПР в УБД, які перенесли коронавірусну хворобу.
2. Вивчити соціально-демографічні характеристики УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

3. Визначити клініко-феноменологічну характеристику неспсихотичних психічних розладів в УБД з ознаками психічних розладів неспсихотичного характеру, які перенесли коронавірусну хворобу.

4. Дослідити індивідуально-типологічні та патохарактерологічні особливості УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу, і визначити особистісні предиктори НПР.

5. Встановити соціально-психологічні особливості та стан соціального функціонування УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

6. Дослідити якість життя УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

7. Запропонувати комплексну систему ранньої діагностики НПР в УБД, які перенесли коронавірусну хворобу, з урахуванням соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та психосоціальних предикторів.

8. Науково обґрунтувати і розробити комплексну систему психіатричної допомоги УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

### **Наукова новизна одержаних результатів.**

У дисертаційній роботі вперше дана комплексна характеристика клініко-феноменологічних особливостей НПР в УБД, які перенесли коронавірусну хворобу з урахуванням соціально-демографічних, індивідуально-психологічних та психосоціальних чинників.

Вперше визначено структуру і поширеність НПР в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19.

Вперше встановлено соціально-демографічні характеристики УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

Вперше визначено клініко-феноменологічну характеристику НПР в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, і встановлено її зв'язок з проявами соціально-психологічної дезадаптації.

Вперше визначено індивідуально-типологічні та патохарактерологічні особливості УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу, і визначено особистісні предиктори неспсихотичних психічних розладів.

Вперше встановлено соціально-психологічні особливості та стан соціального функціонування УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

Вперше дано характеристику якості життя УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу, і встановлено зв'язки якості життя з проявами психопатологічної симптоматики.

На підставі результатів дослідження науково обґрунтовано і розроблено комплексну систему ранньої діагностики НПР в УБД, які перенесли коронавірусну хворобу, що спирається на аналіз стану афективної, когнітивної та поведінкової сфер та сфери соціального функціонування і соціальної адаптації.

Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено у практику охорони здоров'я комплексну систему психіатричної допомоги УБД з ознаками НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у розробці алгоритму ранньої діагностики та лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли коронавірусну інфекцію, з урахуванням соціально-демографічних, клініко-феноменологічних, індивідуально-психологічних та психосоціальних факторів.

Оцінено роль соціально-демографічних, клініко-феноменологічних, індивідуально-психологічних та психосоціальних факторів у формуванні соціально-психологічної дезадаптації УБД з НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

На основі результатів дослідження визначено ключові сфери, за якими необхідно здійснювати терапевтичні і корекційні заходи в УБД з НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

Визначені цілі, мішені, етапи та розроблено методологію комплексної психіатричної допомоги УБД з НПР, які перенесли коронавірусну хворобу, що дозволило значуще зменшити виразність психопатологічної симптоматики, зменшити прояви соціально-психологічної дезадаптації і покращити якість життя та психосоціального функціонування УБД з НПР, які перенесли коронавірусну хворобу.

Розроблені дисертанткою за результатами дослідження практичні рекомендації використовуються у практиці фахівців КНП «Тернопільська обласна клінічна комунальна психоневрологічна лікарня Тернопільської обласної Ради» (акт

впровадження від 23 жовтня 2023 р.), КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я Івано-Франківської обласної Ради» (акт впровадження від 25 жовтня 2023 р.), Київській клінічній лікарні на залізничному транспорті № 1 (акт впровадження від 26 жовтня 2023 р.).

Наукові розробки за результатами дисертації використовуються у навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету (акт впровадження від 23 жовтня 2023 р.), кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 24 жовтня 2023 р.) та кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (акт впровадження від 24.10.2023 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Авторкою самостійно проведено пошук, вивчення та реферування літературних джерел за темою дисертації, визначено мету і завдання дослідження, розроблено його методологію. Дисертанткою особисто розроблено оригінальні анкети, виконано відбір пацієнтів для дослідження, одноосібно проведено клінічне та психодіагностичне обстеження, вивчення якості життя та соціального функціонування пацієнтів, виконано аналіз та узагальнення результатів дослідження. Авторкою самостійно виконано статистико-математичну обробку, опис і графічне представлення результатів дослідження, сформульовані усі положення та висновки дисертаційної роботи, а також підготовлено наукові публікації за темою дисертації. У працях, опублікованих у співстворстві, авторкою сформульовано гіпотезу дослідження, мету і завдання дослідження, розроблено його методологію, одноосібно здійснено обстеження пацієнтів, виконано статистико-математичну обробку даних, і підготовлено працю до друку.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали дисертації були представлені Науково-практичній конференції «Сучасні нейробіологічні та нейропсихологічні аспекти у лікуванні психічних розладів», м. Тернопіль, 20-21 жовтня 2021 р.; Науково-практичній конференції «Психологічна допомога в умовах війни», м. Тернопіль, 2 березня 2022; Науково-практичному семінарі «Психічні

розлади у дітей та підлітків під час війни в Україні (питання діагностики та терапії)», м. Тернопіль, 19 квітня 2022 р.; Науково-практичній конференції «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я», м. Тернопіль, 25-26 травня 2022 р.; Науково-практичній конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини», м. Тернопіль, 9 червня 2022 р.; Науково-практичній конференції «На межі компетенції психіатрії і неврології. Коморбідність психічних та неврологічних розладів», м. Харків, 8-10 грудня 2022 р.; Науково-практичній конференції «Оптимізація мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування психіатричних та неврологічних захворювань», м. Київ, 23-24 березня 2023 року; Науково-практичній конференції «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи», м. Харків, 4-6 листопада.

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових праць, у тому числі 6 статей, з яких одна стаття у зарубіжному фаховому виданні, яке індексується у наукометричній базі Scopus, 5 статей – у фахових наукових виданнях України відповідно до переліку, затвердженого МОН України, а також 5 тез у матеріалах міжнародних і загальнодержавних наукових конференцій.

**Об'єм і структура дисертації.** Дисертація викладена на 265 сторінках комп'ютерного тексту (203 сторінки основного тексту), і складається з вступу, аналітичного огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел і трьох додатків. У дисертації 24 таблиці і 40 рисунків. Список літератури містить 302 джерела, з яких 30 – українських, і 272 іноземних.

## Розділ 1

# ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я КОМБАТАНТІВ. ПОСТКОВІДНІ ЗМІНИ ПСИХІКИ. СУЧСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ХВОРИХ НА COVID-19 (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

### 1.1. Участь у бойових діях і психічне здоров'я

Воєнні дії є однією з глобальних, масштабних і небезпечних загроз для людини, суспільства і людства в цілому (Організація Об'єднаних Націй) [34]. Участь у бойових діях і пов'язаний з цим надзвичайно потужний психоемоційний стрес є одним з найбільш шкідливих впливів на психічне здоров'я, здатним спричинити критичні наслідки для психічного здоров'я як безпосередніх учасників війни, так і для здоров'я і благополуччя суспільства в цілому [36-38].

Сучасний погляд на наслідки бойових дій ґрунтується на інтердисциплінарному підході, що передбачає комплексне вивчення соціальних, психологічних, медичних, суспільних, економічних та інших аспектів воєн, і вимагає перегляду підходів та інтеграції наукових досліджень у медичній, психологічній та соціальній галузях (G. Mike G., 2018; Poldrack R.A. et al., 2018) [39, 40].

У ряді досліджень наголошується, що воєнні дії є передумовою поглиблення і загострення наявних особистісних та суспільних конфліктів, вони тісно пов'язані зі збільшенням поширеності депресивних, тривожних та посттравматичних розладів, алкоголізації та наркотизації, асоціальних форм поведінки, агресії і насильства, суїцидальної поведінки, прояви яких можуть розтягнутися на декілька десятиліть [41-49].

Крім періоду війни, що несе безпосередні ризики для психіки її учасників, надзвичайно важливим для психологічних і психіатричних наслідків є постконфліктний період, під час якого відбувається повернення учасників бойових дій до мирного життя та їх реінтеграція у цивільне суспільство, що вимагає надзвичайно великих ресурсів, іноді більш масштабних порівняно з витратами на

ведення війни [50-57]. Численними дослідженнями було показано, що успішна реінтеграція комбатантів у мирне життя є важливим чинником успішного повоєнного розвитку держави, тоді як неналежна увага до проблем ветеранів і відсутність дієвих програм їх адаптації та реабілітації призводить до різкого погіршення соціальної, суспільно-психологічної та економічної ситуації у державі [58-66]. Водночас, вирішення цієї задачі вимагає перебудови діяльності системи охорони здоров'я та соціального забезпечення, тісної інтеграції та узгодженості дій медичних та соціальних служб, забезпечення вільного доступу до медичних, психологічних та соціальних послуг [67-70]. Це виводить проблему реінтеграції та реадaptaції комбатантів на рівень однієї з найбільших важливих політичних і суспільних проблем, що потребує не лише масштабних матеріальних і ресурсних вкладень, а й відновлення соціальних зв'язків, розірваних під час війни та зміну психологічної парадигми суспільства з воєнної на мирну модель функціонування [71, 72].

Kadir A. et al. (2018) пропонують розглядати збройний конфлікт одночасно як важкий стрес і важливу соціальну детермінанту здоров'я, що дозволяє окреслити нові напрямки у соціальної адаптації і реабілітації постраждалих від війни [73].

На думку Baez S. et al. (2019), війна спричиняє масштабний негативний вплив на суспільство, викликаючи внутрішній конфлікт з розшаруванням суспільства на конфронтаційні дихотомічні групи: агресор і жертва, військові і цивільні, свої і чужі, що потенціює соціально-психологічні проблеми в державі за механізмом порочного кола із залученням феноменів ідентичності та ретрибутивної колективної дії [15].

У багатьох дослідженнях наголошується, що стрес участі у бойових діях сприяє деформації морально-етичної системи і створює вищий ризик формування стійких патохарактерологічних рис, зокрема, агресивності, що відрізняється від інших форм реактивної та інструментальної агресії відсутністю об'єктивної зумовленості (наприклад, необхідною обороною, набуттям певного соціального статусу або вторинною вигодою), а генерується первинним відчуттям насолоди від агресії, збільшуючи позитивне збудження і посилюючись стражданнями жертви і приємним відчуттям від полювання на людей (Meyer-Parlapanis D. et al., 2016; Dennis P.A. et al.,

2017; Elbert T. et al., 2017, 2018; Bryan C.J. et al., 2018; Hemmings S.M.J. et al., 2018) [74-79].

Williamson V. et al. (2018, 2019) зазначають, що участь у війні пов'язана з необхідністю скоювати вчинки, які суперечать базовим моральним або етичним переконанням індивіда, що призводить до психологічних реакцій відмінних від інших психотравм, зокрема, за рахунок більш суттєвої виразності провини, гніву, сорому та проявів соціальної ізоляції [14, 80]. Griffin V.J. et al. (2019) визначають такі страждання як «моральну травму», і, спираючись на дані 116 клінічних та епідеміологічних досліджень, окреслюють широкий спектр біологічних, психологічних (поведінкових), соціальних та релігійно-духовних наслідків, пов'язаних із такою травмою; також підкреслюється значне різноманіття епідеміологічних і клінічних даних щодо проявів та ефективності лікування наслідків перенесеного посттравматичного стресу [16].

Спектр проблем, з якими стикаються учасники бойових дій, є надзвичайно широким. Так, Waitzkin H. et al. (2018) повідомляють про наявність проявів депресії у 72 % обстежених комбатантів, ознак ПТСР у 62 %, панічних розладів у 27 %, суїцидальних думок у 48 %, а також про значну поширеність у родинах колишніх комбатантів сімейних і побутових конфліктів, що сприяють загостренню психопатологічної симптоматики [13].

Богомолець О.В. та ін. (2016) обстежили учасників Антитерористичної операції (АТО) і виявили у 19 % обстежених ПТСР, у 26 % ознаки субклінічної тривоги, у 21 % – субклінічної депресії, у 11 % ознаки клінічно вираженої тривоги та клінічно вираженої депресії, у 36 % підвищений рівень перитравматичної дисоціації, у 16 % – високий, у 3 % – дуже високий. До найбільш типових патологій в УБД належали струс головного мозку, посттравматичні невропатії, загострення хронічних захворювань опорно-рухового апарату, наслідки пошкодження кінцівок: дефекти м'яких тканин, кісткові дефекти. Структура посттравматичних психічних порушень у військовослужбовців та учасників бойових дій була представлена гострою реакцією на стрес (F43.0), ПТСР (F43.1) та короткочасною депресивною реакцією (F43.2). Захворюваність на гостру реакцію на стрес серед військовослужбовців у 2015 р.



складала 4,8 % від усіх учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації або 8,7 % від усіх осіб з гострою реакцією на стрес; поширеність гострої реакції на стрес складала 6,4 % від усіх учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації, а ПТСР був виявлений у 70,9 % від усіх учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації або у 59,2 % від усіх осіб з посттравматичним стресовим розладом. Поширеність ПТСР складала 69,2 % від усієї групи з кодом F43 серед військовослужбовців або 24,5 % від групи усього населення з ПТСР. Питома вага військовослужбовців та учасників АТО з короткочасною депресивною реакцією становила 21,5 % від усіх учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації або 13,1 % від усієї групи осіб з короткочасною депресивною реакцією. Діагноз короткочасної депресивної реакції було встановлено 23,4 % від усієї групи учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації або 2,9 % від групи усього населення з короткочасною депресивною реакцією [81].

У дослідженні Матяш М.М. та Худенко Л.І. (2016) було виявлено астеничний симптомокомплекс у 38,9 % учасників АТО, тривожно-фобічний у 26,7 %, істероформний у 10,3 %, депресивний у 24,1 %; автори пов'язують невротичні порушення в УБД з наявністю неконструктивних навичок та хибних переконань, що призводять до особистісної та міжособистісної дисфункції на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях [82].

За даними Науменко Л.Ю. та ін. (2017), близько 80 % українських учасників АТО мали ознаки психічної травми, а поточна поширеність ПТСР складала від 2 % до 39 % і залежала від впливу травми [89].

Пирог Г.В. та ін. (2019) встановили, що перебування у зоні бойових дій протягом більше року призводить до тривалого, понад 6 місяців, періоду психопатологічних проявів, а близько 75 % УБД потребують системної психологічної допомоги. Автори виявили в УБД високий рівень тривожності у 46 %, агресивності – у 37 %, ригідності – у 42 %, середній рівень – відповідно у 29 %, у 33 % і у 37 %, і низький – у 25 % у 30 % і у 21 %. [83].

Платинюк О.Б. (2020) дослідила клінічну структуру НПР в УБД, які дістали поранення і в УБД без поранень, і виявила, що спектр НПР був представлений депресивним (у 32,2 % УБД з пораненнями і у 28,2 % без поранень), тривожним (у 31,8 % і 35,9 %), дисфоричним (у 9,5 % і 15,1 %), астеничним (у 15,6 % і 13,4 %) та психосоматичним (у 10,9 % і 7,4 %) синдромокомплексами. Облігатними для всіх обстежених пацієнтів були порушення сну, вегетативні пароксизми, нав'язливі спогади, зниження апетиту, аддиктивна поведінка та прояви симптоматики уникання. У структурі НПР в УБД виявлені тяжкий рівень депресії (у 89,1 % і 79,2 %) та тривоги (у 95,6 % і 94,4 %) за шкалою М. Hamilton, субклінічні прояви депресії (у 56,8 % і 49,9 %) та клінічні прояви тривоги (у 69,8 % і 66,5 %) за госпітальною шкалою, при цьому в УБД, які перенесли поранення, були виявлені вищі показники ворожості, паранояльності, депресії, тривожності, соматизації, obsесивності-компульсивності та міжособистісної сенситивності за опитувальником SCL-90-R, а також симптоматики уникнення, вторгнення і гіперактивності за Місісіпською шкалою, депресії і тривоги за шкалою М. Hamilton, субклінічні прояви депресії та клінічні прояви тривоги за госпітальною шкалою [84].

На основі аналізу результатів психологічного обстеження поранених бійців Збройних Сил України (ЗСУ) Радецька Л.В. та ін. (2020) встановили наявність у 38,8 % обстежених ознак ПТСР. Загалом 46 % поранених скаржилися на порушення сну, 33 % – на емоційну нестійкість, 32 % – на дратівливість, підвищену емоційність, 28 % – на нездатність розслабитись, 25 % – на погану концентрацію уваги, 19 % – на погіршення пам'яті, 10 % – на замкнутість, байдужість, 11 % – на пригнічений настрій. Автори наголошують, що участь у збройному конфлікті і отримане поранення є потужним стресовим фактором, що призводить до різнопланових функціональних порушень організму, в тому числі й психологічних і визначає потребу в медичній і психологічній реабілітації [85].

Вивчаючи особливості поведінки комбатантів, Malinen A. (2017) виявив, що вони схильні переносити поведінкові моделі, засвоєні на війні, на сімейні відносини, що є причиною сімейних конфліктів, і часто посилюється зловживанням алкоголем і наркотиками, позашлюбними зв'язками і подружніми зрадами, а також асоціальною

поведінкою, зумовленою спробами використовувати агресію як засіб вирішення проблем [86].

На думку Гридковець Л.І. та ін. (2018), на психологічний стан і прояви психосоціальної дезадаптації УБД впливають їх особистісні якості, характер травматичного досвіду, наявність дитячих психологічних травм, накопичених протягом життя соціальних моделей, соціальне середовище, включаючи соціальну підтримку і допомогу та професійну реалізацію [87].

Харченко А.О. (2016, 2017, 2018) зауважує, що в УБД спостерігаються істотні зміни у мотиваційній і когнітивній сферах. Мотиваційна складова постстресової психологічної дезадаптації полягає у демотивації, мотиваційному ослабленні і контамінації мотивів, а когнітивна – у виражених когнітивних репрезентаціях, що тематично пов'язані з інфантильними травмами покинутості, приниження і несправедливості, що потенціюють одна одну. Такі комбатанти проявляють виражені емоції горя, гніву, презирства, страху, сорому та провини, які лежать в основі патологічного афективного реагування. На думку автора, постстресову психологічну дезадаптацію слід розглядати як субклінічний рівень реагування на стресову ситуацію, що спричиняє поведінкові, емоційні та соціальні проблеми. Розглядаючи концепції «емоційної схеми» та «ранньої дезадаптивної схеми», які пояснюють роль ранніх інфантильних травматичних структур психіки у формуванні психоемоційних та соціальних проблем особистості, автор зазначає, що травматичному інфантильному досвіду УБД з постстресовою психологічною дезадаптацією притаманні взаємопов'язані травми покинутості, приниження та несправедливості, що утворюють єдиний конгломерат травматичного досвіду [89-90].

Наудабрус А. et al., аналізуючи дані щодо психічного здоров'я українських військовослужбовців до і після початку повномасштабної російської агресії у лютому 2022 року, зазначають кратне збільшення кількості комбатантів з проблемами психіки у воєнний час порівняно з мирним часом. Найбільш поширеними виявилися психічні розлади з рубрики МКХ-10 F40-F48 (тривожні, дисоціативні, пов'язані зі стресом, соматоформні та інші неспсихотичні розлади) – 40,1 % та F10–F19 (психічні та поведінкові розлади, спричинені використанням психоактивних речовин) – 36,0 %. У

першій рубриці домінували реакція на сильний стрес і розлади адаптації (F43) – 76,5 %, а у другій – розлади, пов’язані з алкоголем (F10) – 89,3 %. Менш ніж у 10 % випадків діагностували шизофренію, шизотипові, маячні та інші психотичні розлади, не пов’язані з настроєм» (F20–F29) – 7,7 %, та розлади зрілої особистості та поведінки (F60–F69) – 6,8 %. 2,3 % пацієнтів, які потрапили до психіатричного стаціонару, були визнані психічно здоровими. У цьому дослідженні було показано, що структура психічних порушень у комбатантів залежить від періоду війни: у мирний час найбільшою є питома вага тривожних, диссоціативних, асоційованих зі стресом, соматоформних та інших непсихотичних психічних розладів (F40-F48), на них припадало до 90 % усіх випадків. Частота цих розладів зменшилася у період активних бойових дій (2014-2015 роки) до 32,9 %, і знову зросла у період «окопної війни» (2016-2021 роки) до 51,2 %. Автори зазначають, що це не означає зменшення кількості випадків госпіталізацій внаслідок цих розладів, а лише зміни в нозологічній структурі захворюваності. Натомість, психічні та поведінкові розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин, у мирний час складали лише 6,1 % в структурі захворювань; їх питома вага досягла піку в період активних бойових дій (47,7 % при питомій вазі серед них розладів, зумовлених вживанням алкоголю, у 97,9 %), що автори пов’язують з використанням алкоголю в якості засобу зменшення травматичного впливу стресу війни, а також з формуванням залежності. У період «окопної війни» питома вага розладів, зумовлених вживанням психоактивних речовин, дещо зменшилася (до 39,2 % на її початку і 25,1 % в кінці), але залишалася високою порівняно з довоєнним рівнем. Поширеність шизотипових розладів, навпаки, була найбільшою у період «окопної війни» (8,6 % проти 4,2 % у мирний час), і значно меншою у період активної фази бойових дій (1,3 %). При цьому автори виявили, що поширеність тривожних розладів збільшується зі зростанням військового звання від 63 % серед майорів до 100 % серед полковників) і залишається відносно стабільною незалежно від періоду війни. Натомість, серед осіб солдатського складу нозологічна структура психічних розладів залежала від періоду війни: питома вага тривожних розладів була максимальною у мирний час (50,5 %) і у період активної війни (55,2 %), і зменшувалася у період «окопної війни» (24,1 %). Військовослужбовці-

контрактники, навпаки, продемонстрували найнижчий рівень тривожних розладів у мирний час (15,1 %) та у період активних дій (8,3 %) і досягли максимуму під час «окопної війни» (66,3 %). Сержанти і прапорщики характеризувалися найнижчою захворюваністю на тривожні розлади у мирний час (13,2 %) і максимальною – під час активної фази бойових дій (24,4 %) і під час «окопної війни» (19,5 %). Серед солдатів також було більше випадків зловживання психоактивними речовинами (44,7 %), ніж тривожних розладів (31,5 %). Натомість, у контрактників було більше тривожних розладів (47,5 %) порівняно зі зловживанням психоактивними речовинами (26,1 %). На думку авторів, це свідчить про різні ризики вразливості психічною патологією серед різних категорій військовослужбовців, що вимагає удосконалення лікувальних і реабілітаційних втручань [91].

Розглядаючи ефективність соціальної адаптації УБД до мирного життя, Балабушка Є.О. (2018) зазначає, що на її успішність впливають особистісні особливості, зокрема, ригідність, ретроспективна ціннісна орієнтація і життєві плани, а також життєва позиція і особливості самосвідомості індивіда, а основними бар'єрами для успішної адаптації є посттравматичні стресові розлади і психічна ригідність [92].

Inoue C. et al. (2023) наголошують, що, хоча найбільша увага суспільства приділяється найбільш відомим психіатричним наслідками війни – посттравматичному стресовому розладу та депресії, якими уражено від 14 % до 16 % ветеранів війни у США, не менш важливими є інші проблеми, які тісно пов'язані з участю у бойових діях: самогубство, наслідки черепно-мозкової травми (ЧМТ), зловживання психоактивними речовинами та міжособистісне насильство, що можуть справляти серйозний вплив на самих ветеранів та їх оточення. Так, у США щорічно гине внаслідок самогубств понад 6000 ветеранів, а загальний рівень самогубств зріс на 30 % у період між 1999 і 2016 роками. 17,8 % із зареєстрованих самогубств були скоєні ветеранами війни, а рівень самогубств серед них виявився у 1,5 рази вищим, ніж у популяції. Найбільш високий ризик самогубств у американських ветеранів реєструвався у перший рік після повернення з війни. Зловживання психоактивних речовин серед колишніх комбатантів є вельми поширеним явищем і тісно пов'язане

із самогубствами та ризиковою поведінкою: автори наводять дані, що приблизно 30 % завершених самогубств і близько 20 % смертей внаслідок ризикової поведінки були пов'язані з вживанням алкоголю або наркотиків [93].

Узагальнюючи дані кількох досліджень, Jain N. et al. (2022) зазначають, що у ветеранів війни часто розвиваються нервово-психічні захворювання, включаючи депресію, ПТСР і тривожні розлади, які можуть набувати хронічного характеру і впливають на системні емоційні реакції. Оцінити індивідуальний вплив стресу війни буває надзвичайно важко, і колишнім комбатантам можуть знадобитися роки підтримки психічного здоров'я для боротьби з проблемами сну, нав'язливими травматичними спогадами, тривогою, горем і гнівом. При цьому кожен з постраждалих від стресу війни реалізує власний механізм подолання психічних проблем, який може включати короткочасну або тривалу залежність від алкоголю, наркотиків, насильства або азартних ігор. Автори наголошують, що значна поширеність психічних розладів під час війни та після неї визначає безумовну необхідність активного виявлення осіб з високим ризиком розвитку нервово-психічних захворювань і пов'язаних з ними факторів ризику, та надання їм необхідної допомоги і підтримки, що передбачає розробку і впровадження ефективних та доступних міжгалузевих моделей спільної допомоги і терапії, в першу чергу на рівні первинної медичної допомоги [94].

Rivera A.C. et al. (2022) вважають, що крім самого факту участі у бойових діях та індивідуальних особливостей комбатантів, слід обов'язково враховувати характер конкретних бойових дій. Використовуючи багатофакторні регресійні моделі, автори доводять наявність зв'язку тяжкості бою, типу бойової події (бій, знищення ворогів, загроза смерті, смерть або поранення інших бійців тощо) і її наслідків з розладами психічного здоров'я, проблемами зі сном і зловживанням алкоголем. Тяжкість бою, окремі бойові події і особливо загибель некомбатантів в ході бойових дій були пов'язані з більш несприятливими наслідками для психічного здоров'я, причому ці наслідки не залежали від роду військ, де служив комбатант, хоча поширеність і шанси розвитку психічного захворювання були загалом нижчими для особового складу сил спеціального призначення. Автори підкреслюють необхідність психотерапевтичної

підтримки ветеранів, які перенесли такі травматичні події; пр цьому терапевтичні заходи повинні бути спрямовані на створенні нового сенсу та визнанні і прийнятті морального конфлікту, з яким стикається комбатант [95].

Аналізуючи дані про психічне здоров'я українських учасників бойових дій під час російського вторгнення, Павлова Ю. та ін. (2022) зазначають, що тенденції, виявлені щодо психічного здоров'я комбатантів в інших країнах, не завжди можуть бути перенесені на досвід російсько-української війни, оскільки такі дослідження зосереджені на комбатантах, які воюють за кордоном, а українські УБД – це переважно цивільні люди, які взяли зброю, щоб захищати свою землю і свої домівки від окупантів. Їх демографічні і соціально-психологічні характеристики відрізняються від професійних військових, що актуалізує дослідження саме цього контингенту комбатантів. Автори виявили серед значної частини українських УБД порогові рівні клінічних симптомів тривоги (44,4 %), депресії (43,3 %) та безсоння (12,4 %), причому психічне здоров'я українських УБД різнилося між професійними військовими та цивільними комбатантами, а також залежало від статі, сімейного стану і від того, чи перебували вони в окупованих росією районах і територіях, де ведуться бойові дії, і чи брали безпосередню участь в боях [96].

Levi-Belz Y. et al. (2023) виявили, що вплив потенційно морально шкідливих подій сприяє підвищенню ризику самогубства серед УБД, при цьому вищий рівень агресії перед відправленням на військову службу та нижчий рівень емоційної регуляції зменшували зв'язок між морально шкідливими подіями та ризиком суїциду після відправки на військову службу, за винятком психіатричних розладів. На думку авторів, ці результати підкреслюють роль факторів емоційної регуляції та агресивності як можливих модераторів у зв'язку між морально шкідливими подіями та ризиком самогубства та підкреслюють необхідність усвідомлення ризику самогубства серед комбатантів із низькою емоційною регуляцією та високою агресивністю. Одним з шляхів розв'язання цієї проблеми можуть бути спеціальні втручання, спрямовані на зниження рівня емоційної дизрегуляції та агресивності, оскільки вони можуть допомогти зменшити ризик самогубства після бойових дій [97].

Zerach G. et al. (2023), продовжуючи дослідження впливу морально шкідливих подій, зазначають, що моральний стрес під час військової служби пов'язаний із психіатричними проблемами. При цьому, крім особистісних характеристик і психіатричних симптомів до призову на військову службу, більш суттєвий вплив морального стресу був пов'язаний з психологічною гнучкістю, а також з безпосередньою участю у бойових діях. Натомість, етична підготовка комбатантів сприяла зниженню ризиків ПТСР і психіатричних розладів. Важливо, що УБД з високими рівнями етичної підготовки та лідерства не виявили прямого зв'язку між впливом травматичних подій та ПТСР і психіатричними симптомами, що, на думку авторів, повинно привернути увагу до етичного лідерства та підготовки до моральної травми як перспективного засобу зменшення психопатологічних наслідків серед УБД. Автори також встановили, що агресивність може розглядатися в якості предиктора несприятливого впливу бойових дій та морально шкідливих подій, а вплив стресу війни опосередковував зв'язок між агресивністю та ПТСР. Автори вважають, що клініцисти, залучені до лікування УБД, повинні знати про різні типи впливу потенційно морально шкідливих подій та про їхні можливі психіатричні наслідки [98-100].

Тополь О.В. (2015), розглядаючи проблему психосоціальної ДА УБД, виділяє ціннісний, психологічний та соціальний рівні її. У цьому контексті повернення бійця додому є потужним психоемоційним стресом, оскільки пов'язане з необхідністю зміни поведінкових моделей і соціальних ролей. В умовах бойових дій військовослужбовець був наділений статусом воєнного професіонала, який є головною дієвою особою війни, і від його дій залежало життя людей, кінцевий результат війни і доля країни. Ця місія була почесною і відповідальною. Після повернення додому комбатанту доводиться докорінно змінювати соціальну роль і переходити до набагато нижчого статусу пошукувача роботи, часто неконкурентоздатного на ринку праці, оскільки наявний у нього досвід воєнного професіонала у мирному житті не має цінності. Внаслідок цього комбатант вимушений займатися некваліфікованою і низькооплачуваною роботою, що не відповідає його колишньому статусу. При цьому несприятливі особистісні зміни ще



більшою мірою поглиблюють дезадаптацію і соціальну ізоляцію військовослужбовця, змушуючи його обмежувати коло своїх контактів бойовими товаришами. У цих умовах бувший комбатант може вдаватися до правопорушень, оскільки у «силовій» сфері відчуває себе більш упевнено, ніж в «інтелектуальній» [101].

Водночас, останніми роками все більшої популярності набуває тема посттравматичного зростання – феномену позитивних змін, особистісного росту і психологічного розвитку після перенесеного важкого стресу. При цьому посттравматичне зростання не еквівалентне оптимістичному погляду на проблему («ефект рожевих окулярів»), а передбачає адекватне переживання кризи через фокусування на ресурсах, сильних сторонах особистості, на здатності психіки адаптуватися, справлятися з негараздами і перетворювати їх на потенціал для змін (Климчук В.О., 2016) [102].

Зубовський Д.С. (2018), ґрунтуючись на даних обстеження 297 учасників АТО, виявив, що середній рівень посттравматичного зростання серед них ( $42,09 \pm 7,62$  балів) перевищував аналогічні рівні у військовослужбовців, які брали участь у інших збройних конфліктах (Другій світовій війні, війни на Корейському півострові, В'єтнамській війні та війні в Іраку) [103].

Турецька Х.І. та Штольцель Ю.В. (2016) вважають, що негативний досвід, отриманий під час бойових дій, може стимулювати застосування колишнім комбатантом раціональної копінг-стратегії пошуку соціальної підтримки, що матиме позитивний ефект на соціальну реадaptaцію і ресоціалізацію [104].

Зелений Д.А. (2018), аналізуючи психологічний стан учасників АТО, виявив, що серед захисних психологічних механізмів у них переважали витіснення (у 50 %) і проєкція (у 30 %), вираженими були також механізми регресії, заперечення і компенсації, що, на думку автора, допомагало УБД справлятися з психологічними травмами бойових дій [8].

Ассонов Д.О. (2020, 2021, 2022), розглядаючи проблему резилієнсу в українських ветеранів війни з травматичним ушкодженням головного мозку, зазначає, що резилієнс є динамічним процесом, який відображує здатність

особистості відновлювати адаптивне та ефективне психосоціальне функціонування і особистісно зростати після дезорганізуючої дії психотравмуючих факторів. При цьому ефективний резилієнс пов'язаний зі збереженими виконавчими функціями і переживанням позитивних емоцій, що підтверджує важливість когнітивних та емоційних його компонентів. Автором встановлено, що резилієнс корелює з нейроповедінковими проявами, тяжкістю посттравматичного стресу та якістю життя [10, 105-107].

Таким чином, аналіз сучасних літературних даних свідчить про потужний вплив стресу участі у бойових діях на психіку комбатантів. УБД притаманна висока ураженість психічними розладами, переважно непсихотичного характеру, аддиктивною поведінкою (переважно у вигляді алкоголізації), а також вираженими проявами психосоціальної дезадаптації. Водночас, у деяких випадках перенесений бойовий стрес може сприяти посттравматичному зростанню. Усе це вимагає удосконалення корекційних, лікувальних та реабілітаційних підходів при наданні психіатричної допомоги УБД з ознаками НПР.

## 1.2. Психіатричні наслідки перенесеної коронавірусної інфекції

Пандемія коронавірусної хвороби, спричиненої вірусом SARS-CoV-2 (COVID-19) є найбільш глобальною медичною і соціальною подією нашого часу. Масштаби економічних, соціальних, психологічних втрат внаслідок пандемії досі не оцінені. Спалахи COVID-19 продовжуються у всьому світі, і більшість дослідників наголошує, що коронавірусна інфекція скоріше за все стане постійним супутником людства, перетворившись на одну з сезонних вірусних інфекцій [108-111].

Майже одразу стало зрозуміло, що коронавірусна інфекція у значної частини пацієнтів супроводжується довготривалим порушенням здоров'я після зникнення респіраторної симптоматики, що спонукало до введення Національним інститутом якості здоров'я та догляду (NICE) поняття «пост-COVID-19-синдром», що характеризується виникненням нових та (або) збереженням наявних симптомів

протягом більш ніж 12 тижнів після гострого респіраторного синдрому коронавірусу SARS-CoV-2 [112].

Вже з перших повідомлень про клінічні прояви і наслідки перенесеної коронавірусної інфекції стало зрозуміло, що порушення нервово-психічної сфери займають одне з провідних місць у клінічній феноменології та віддалених проявах COVID-19 [17-19, 113, 114]. У подальших численних дослідженнях було показано, що ураження центральної нервової системи є не менш важливими з точки зору перебігу і довготривалих наслідків коронавірусної інфекції [115-124].

Марута Н.О. та ін. (2022) зазначають, що міжнародний досвід переконливо свідчить про поширеність вторинних щодо COVID-19 психічних розладів, у патогенезі яких поєднуються біологічні та психосоціальні фактори; це визначає актуальність і своєчасність цього напрямку досліджень [22].

Незважаючи на численні дослідження, патогенетичні механізми нейропсихіатричних порушень при COVID-19 залишаються недостатньо вивченими. Відомо, що вірус SARS-CoV-2 – один з багатьох респіраторних вірусів, які вражають нервову систему [135]. Вважається, що основу глибоких патофізіологічних і морфологічних змін при COVID-19 в усіх органах, включаючи нервову систему, складає потужне вивільнення запальних цитокінів, що здатне призвести до вірусного сепсису з гіперкоагуляцією [25-27, 126-129]. Складність виявлення патогенетичних механізмів коронавірусної інфекції значною мірою пов'язана із поліорганним характером уражень і наявністю значної кількості супутніх захворювань, що утруднює диференціацію пошкоджень, спричинених безпосередньо вірусом SARS-CoV-2 [130, 131].

У перших дослідженнях постковідної патоморфології ЦНС (Reichard R.R. et al. (2020) було встановлено, що коронавірус спричиняє набряк мозку та дисеміновані крововиливи розміром від 1 мм до 10 мм, гіпоксичні зміни, мікроінфаркти, вогнища інтрапаренхіматозних крововиливів з периферичними макрофагами, пошкодження аксонів із втратою мієліну та апоптозом олігодендроцитів, генералізований реактивний гліоз [132]. Al-Dalahmah O. et al. (2020) виявили ознаки гематоми мозочку, серйозні гіпоксичні зміни нейронів, включаючи нейрони нюхової цибулини

(що може пояснити втрату нюху при COVID-19), гострі інфаркти у дорсальній мозковій речовині та мосту, нейтрофільну інфільтрацію в мозочку, мікрогліальні вузлики та нейронофагію в нижніх оливах і зубчастих ядрах мозочка, а також периваскулярну і паренхіматозну лімфоцитну інфільтрацію [133]. Bradley V.T. et al. (2020) виявили при розтині пацієнтів з супутніми захворюваннями, які під час хвороби виявляли психіатричні симптоми, точкові субарахноїдальні крововиливи та мікроскопічні крововиливи в стовбур мозку [134].

Натомість, Deigendesch N. et al. (2020) при дослідженні посмертних змін у пацієнтів з супутньою патологією, у яких під час хвороби спостерігалися дезорієнтація, збудження і запаморочення, виявили лише неспецифічні, не пов'язані безпосередньо з COVID-19 зміни [135]. Rummelink M. et al. (2020) також не виявили у хворих, які померли від COVID-19, специфічних знахідок, окрім субдуральної гематоми і мозкових крововиливів, при цьому основними мікроскопічними знахідками були набряк і застій судин та дифузний чи вогнищевий спонгіоз [136].

Hanley V. et al. (2020) виявили у померлих від COVID-19 макроскопічно видимий геморагічний перехід середньої мозкової артерії і мікроскопічні ішемічні зміни в усіх досліджених тканинах мозку, активацію мікроглії та помірну периваскулярну Т-клітинну інфільтрацію [137]. Kantonen J. et al. (2020) знайшли у хворих, у яких спостерігався делірій і втрата свідомості перед смертю, макроскопічну депігментацію locus coeruleus і substantia nigra, а також лакуни путамену, збільшені периваскулярні простори та мікрокрововиливи, а при мікроскопічному дослідженні – гіпоксичні зміни та периваскулярна дегенерація у всіх тканинах мозку, запальні інфільтрати, васкулопатію, ураження білої речовини та вогнища аксональних сфероїдів [138]. Kirschenbaum D. et al. (2020) виявили у пацієнтів з психоневрологічною симптоматикою пошкодження аксонів, периваскулярні лейкоцитарні інфільтрати, переважно в базальних гангліях, і внутрішньосудинні мікротромби [139]. Jaunmuktane Z. et al. (2020) підтвердили наявність у мозку гострих і підгострих інфарктів, лейкоареозу, мікрокрововиливів, а також лептоменінгіального лімфогістіоцитарного запалення у правій внутрішньотім'яній борозні, наявність макрофагів, навантажених гемосидерином, і набряклі аксони [140]. Matschke J. et al.

(2020) встановили, що коронавірусне ушкодження мозку супроводжується активацією мікроглії та інфільтрацією Т-лімфоцитів, переважно у стовбурі мозку, астрогліозом та нейронофагією [141]. Paniz-Mondolfi A. et al. (2020) виявили у пацієнта, який помер від ускладнень COVID-19 і виявляв психомоторне збудження і підозрілість, наявність вірусних частинок у лобовій частці та ендотеліальних клітинах зі зрізів мозку [142]. Solomon I.H. et al. (2020) повідомляють про ознаки гострого гіпоксичного ураження головного мозку та мозочка з втратою нейрональних клітин у корі, гіпокампі та мозочку, а також периваскулярні лімфоцитарні вогнища і вогнищеве лептоменінгіальне запалення у пацієнтів з прижиттєвою психоневрологічною симптоматикою [143]. Schurink B. et al. (2020) продемонстрували неспецифічні гіпоксичні зміни, активацію та скупчення мікроглії, астрогліоз, вогнища периваскулярних Т-клітин, особливо в нюховій цибуліні та довгастому мозку, а також нейтрофільні пробки у мозку пацієнтів, які хворіли на коронавірусний енцефаліт [144].

У дослідженні von Weyhern C.H. et al. (2020) було виявлено ознаки енцефаліту та лімфоцитарного менінгіту у померлих від COVID-19, а також петехіальні кровотечі, втрату нейрональних клітин і дегенерацію аксонів [145].

Подальші дослідження Fabbri V.P. et al. (2021) встановили наявність набряку та мікротромбозу з фокальними мікроскопічними інфарктами, розсіяних макрофагів, навантажених гемосидерином, і активацію мікроглії [146]. Jensen M.P. et al. (2021) описали наявність ділянок кальцифікації, мультифокальні підгострі кортикальні інфаркти з периваскулярною кальцифікацією та церебральною амілоїдною ангіопатією [147]. Rhodes R.H. et al. (2021) також виявили у померлих від COVID-19 набряк головного мозку, грижі, внутрішньопаренхіматозні крововиливи, інфаркти мозку, церебральну вентрикуломегалію, ознаки гострого нейтрофільного ендотеліту та реактивної мікроангіопатії [148]. Bryce C. et al. (2021), ґрунтуючись на даних патоморфологічних досліджень значної кількості осіб, померлих від COVID-19, повідомили про виявлення мікротромбів та гострих інфарктів у різних відділах мозку, глибоких паренхіматозних ішемічних інфарктів, геморагічних інфарктів глибокої сірої речовини та інфарктів у ділянці великої мозкової артерії. Автори також

спостерігали аноксичне ураження, застій судин і вогнищевий паренхіматозний інфільтрат Т-лімфоцитів [149].

Maiese A. et al. (2021), узагальнюючи дані багатьох досліджень, наводять дані щодо найбільш поширених патоморфологічних ознак коронавірусного ураження ЦНС: мікрогліоз та активацію мікроглії – 37,6 %, гіпоксичні зміни – 29,4 %, астрогліоз – 26,4 %, запальні інфільтрати – 15,7 %, лептоменінгеальне запалення та інфільтрати – 5,6 %. Мікротромбоз мав місце у 10,6 % випадків, а великі ішемічні ураження – у 15,2 % [150]. Chen T. et al. (2020) встановили, що 20 % пацієнтів, які померли внаслідок COVID-19, страждали на енцефалопатію [151].

Вважається, що вірус SARS-CoV-2 долає гематоенцефалічний бар'єр і проникає у нервову тканину через ACE-2 рецептори за допомогою ангіотензинперетворюючого ферменту [152], хоча не виключено, що інші рецептори також можуть брати участь у нейроінвазії вірусу (зокрема, через спайковий білок CD147 і нейропілін-1 (NRP1)) [153-155]. Широкий спектр нейропсихіатричних симптомів, викликаних коронавірусною інфекцією, так наявність декількох уражень у більшості пацієнтів свідчить про неспецифічний характер ураження ЦНС, в основі якого лежать дисеміновані гіпоксичні зміни, що можуть спричиняти надзвичайно широкий спектр психіатричних і неврологічних проявів – від незначної ольфакторної дисфункції і головного болю до важких інсультів і менінгоенцефалітів, які призводять до смерті пацієнта [132, 133, 135, 137-139, 141, 143, 145, 147, 156-158]. Ці патологічні зміни скоріше за все пов'язані з порушенням нормального згортання крові та цитокиновим штормом, спричиненим COVID-19 [159-161]. Водночас, підкреслюється, що тонкі патофізіологічні механізми, що лежать в основі коронавірусного ураження ЦНС і пов'язаною з ним психіатричною симптоматикою, залишаються нез'ясованими, що вимагає подальших досліджень [150].

Спектр психіатричної симптоматики у ранньому та віддаленому періодах коронавірусної інфекції є надзвичайно широким, при цьому виявляється тісний зв'язок психіатричних проявів з наявними до захворювання проблемами психіки та з дією стресового навантаження внаслідок пандемії.

Так, Марута Н.О. та ін. (2022) виявили, що достовірно більше пацієнтів з депресивними розладами до перших клінічних проявів хвороби перенесли COVID-19 у легкій та середньої важкості формах (31,82 % та 68,18 % відповідно), тоді як пацієнти з тривожними розладами дещо більше страждали від соціальних стресорів, пов'язаних з пандемією: загрозливого інформаційного фону (83,78 %), карантинних заходів, зокрема, самоізоляції (75,66 %), і невизначеності соціально-економічної ситуації (62,16 %). У пацієнтів з коронавірусною інфекцією в анамнезі частіше виявлявся депресивний та астеничний синдроми, а у пацієнтів з психогенними наслідками пандемії – тривожно-фобічний та сомато-вегетативний синдроми. Автори наголошують на необхідності розробки алгоритмів профілактики психічних розладів та персоналізації терапевтичних програм боротьби з наслідками коронавірусної інфекції [22].

Найбільш частими психопатологічними феноменами, що виникають у ранньому та віддаленому періоді COVID-19, є депресивні, тривожні, диссомнічні, посттравматичні розлади та когнітивна дисфункція.

Марута Н.О. та ін. (2023) звертають увагу, що психопатологічні наслідки, пов'язані з коронавірусною хворобою, можуть виникати як після перенесеного COVID-19, так і у пацієнтів з психічними розладами, що передували коронавірусній хворобі. Автори виявили, що у структурі початкових психопатологічних проявів, пов'язаних з перенесеним COVID-19, переважали: при депресивних епізодах – слабкість і втомлюваність (астенія) –  $87,50 \pm 5,94$  %, знижений настрій (депресія) –  $71,88 \pm 8,07$  % та порушення сну –  $65,63 \pm 8,53$  %; при невротичних, стресових та соматоформних розладах – слабкість та втомлюваність (астенія) –  $72,73 \pm 7,87$  %, зниження концентрації уваги, пам'яті (когнітивні розлади) –  $66,67 \pm 8,33$  % та відчуття внутрішньої напруги –  $60,61 \pm 7,87$  %; з психічними розладами органічного генезу – відчуття внутрішньої напруги –  $75,00 \pm 7,78$  %, тривоги –  $62,50 \pm 8,70$  % та слабкості і втоми (астенії) –  $59,38 \pm 8,82$  %. У пацієнтів із депресивними епізодами початкові психопатологічні прояви у вигляді астенії, зниженого настрою, когнітивних розладів, розладів сну виявлялися частіше порівняно з пацієнтами із психічними розладами органічного генезу, у яких початкові психопатологічні прояви

у вигляді зниження настрою реєструвалися частіше порівняно з пацієнтами з невротичними, стресовими та соматоформними розладами [23].

Xie Y et al. (2022) зазначають, що пацієнти, які пережили гостру фазу COVID-19, піддаються підвищеному ризику низки психічних розладів. У них виявлений підвищений ризик тривожних розладів (коефіцієнт ризику 1,35 (95 % довірчий інтервал від 1,30 до 1,39); різниця ризиків 11,06 (9,64-12,53) на 1000 осіб за один рік), депресивних розладів (1,39 (1,34-1,43); 15,12 (13,38-16,91)), стресу і розладів адаптації (1,38 (1,34-1,43); 13,29 (11,71-14,92)), а також використання антидепресантів (1,55 (1,50-1,60); 21,59 (19,63-23,60)) і бензодіазепінів (1,65 (1,58-1,72); 10,46 (9,37-11,61)). Хворі на COVID-19 також виявили підвищений ризик нейрокогнітивного зниження (1,80 (1,72-1,89); 10,75 (9,65-11,91)) і розладів сну (1,41 (1,38-1,45); 23,80 (21,65-26,00)). Ризик виникнення розладів психічного здоров'я був вищим у хворих на COVID-19, які перенесли госпіталізацію у порівнянні з тими, хто не був госпіталізований у порівнянні людей із COVID-19, які не були госпіталізовані, порівняно з тими, хто не був госпіталізований, а також порівняно з тими, хто був госпіталізований з інших причин, не пов'язаних з COVID-19 [162].

Taquet M. et al. (2021) встановили, що у пацієнтів, які не мали психічних розладів до захворювання на COVID-19, перенесена інфекція була пов'язана зі збільшенням ризику першого психіатричного діагнозу в наступні 14–90 днів після інфікування порівняно з шістьма іншими подіями зі здоров'ям: співвідношення ризиків 2,1, (95 % довірчий інтервал 1,8–2,5) для грипу; 1,7 (1,5–1,9) для інших інфекцій дихальних шляхів; 1,6 (1,4–1,9) для шкірних інфекцій; 1,6 (1,3–1,9) для жовчнокам'яної хвороби; 2,2 (1,9–2,6) для сечокам'яної хвороби, та 2,1 (1,9–2,5) для переломів великих кісток. Серед психіатричних симптомів найвищий ризик був виявлений для тривожних розладів, безсоння та деменції, причому це стосувалося як вперше виявлених психічних розладів, так і для рецидиву вже наявних. Частота будь-якого психіатричного діагнозу протягом 14–90 днів після встановлення діагнозу COVID-19 становила 18,1 % (17,6–18,6), у тому числі 5,8 % (5,2–6,4) для вперше встановленого діагнозу психічного розладу. Частота першого діагнозу деменції протягом 14–90 днів після встановлення діагнозу COVID-19 становила 1,6 % (1,2–2,1)



у людей старших 65 років. Психіатричний діагноз у попередньому році був пов'язаний із вищою частотою діагностики COVID-19 (відносний ризик 1,65 (1,59–1,71), причому цей ризик не залежав від відомих факторів ризику для фізичного здоров'я [163].

Răunescu R.L. et al. (2022) зазначають, що сучасні дані свідчать про значну захворюваність на психіатричну патологію після інфікування COVID-19. Тривога, депресія, безсоння та симптоми ПТСР були основними психопатологічними симптомами у гострому та віддаленому періодах коронавірусної інфекції, однак, інші психічні порушення, такі, як психотична симптоматика або когнітивні розлади, також виявлялися у хворих на COVID-19. При цьому спостереження за пацієнтами свідчать про те, що психіатричні симптоми COVID-19 можуть зберігатися протягом тривалого часу після перенесеної інфекції і тісно пов'язані з негативним впливом на глобальне функціонування та нижчою якістю життя. Вважається, що біологічні (нейрозапалення) і психосоціальні фактори (ізоляція, стигматизація та негативне ставлення, особисті та фінансові втрати) відіграють важливу роль у психічному здоров'ї в контексті COVID-19. Автори підкреслюють, що підхід до пацієнтів з COVID-19 повинен включати оцінку та виявлення психіатричних симптомів, а періодичне спостереження за психіатричними симптомами, психосоціальна підтримка та психіатричне лікування повинні розглядатися в якості необхідних заходів для пацієнтів із COVID-19 як у гострій фазі захворювання, так і у постковідному періоді [164].

У гострому періоді COVID-19 у частини пацієнтів виявлялися психотичні симптоми. Достеменно причини коронавірусних психозів не встановлені; найбільш ймовірними гіпотезами є безпосередній нейротропний вплив вірусу, аутоімунні постінфекційні нейрональні порушення, васкулопатії та дія прозапальних цитокінів, а також поєднання кількох цих факторів [165, 166]. Smith C.M. et al. (2021) повідомляють переважання серед пацієнтів з коронавірусним психозом чоловіків (60 % проти 40 %) молодого віку (середній вік 43,9 років) [167]. Ferrando S.J. et al. (2020) описали психози під час захворювання на COVID-19 зі слуховими галюцинаціями, маяченням переслідування, збудженням і дезорганізованими думками та поведінкою

[168]. Аналогічні прояви у вигляді маячних ідей смерті та одержимості, а також зорових галюцинацій містичного змісту, маячення величі у хворих в дебюті коронавірусної інфекції описали Correa-Palacio A.F. et al. (2020) [169] та Alba L. et al. (2021) [170]. Noone R. et al. (2020) також описали в структурі коронавірусних психозів зорові, слухові і тактильні галюцинації, дезорганізовану поведінку, маніакальні та кататонічні прояви [171].

Доволі частим явищем у клініці психопатологічних розладів, асоційованих з COVID-19, виявився делірій. Виникнення делірію у хворих на COVID-19 може бути пояснене різними механізмами: первинною персистенцією вірусу в ЦНС, вторинною гіпоксемією та окислювальним стресом, або поєднанням цих двох механізмів [172-174].

Делірій у пацієнтів з COVID-19 характеризується більшою частотою (від 30 % до 50 %), вищою смертністю, більшою виразністю збудження та вищим ризиком розвитку специфічних симптомів, зокрема, кататонії [175-180]. Beach S.R. et al. (2020) зазначають, що у клініці коронавірусного делірію поряд з маячною симптоматикою були присутні виражене збудження, підвищений тонус або ригідність м'язів, абулія, алогія та ознаки значної системної запальної відповіді [175].

За даними Garcez F.B. et al. (2020), рівень смертності пацієнтів з COVID-19, які перенесли делірій, був суттєво вищим, ніж у пацієнтів без делірію: 55 % проти 30 % [176]. У цьому ж дослідженні було встановлено, що наявність маячних розладів є незалежним предиктором госпітальної смертності від COVID-19 [176].

Helms J. et al. (2020) виявили, що у 44,8 % пацієнтів відділення інтенсивної терапії, госпіталізованих у зв'язку з COVID-19, було виявлено ознаки сплутаності свідомості, у 69,0 % – ажитация, у 67,2 % – ознаки ураження кортикоспинального тракту, і у 24,1 % – дисекзекутивний синдром [177].

Хронічні психози у постковідному періоді істотно менш поширені. Так, Ahmed G.K. et al. (2021) повідомляють, що через 6 місяців після перенесеного COVID-19 у 10,4 % пацієнтів, включених у дослідження, зберігалися параноїдальні ідеї, при цьому більша ймовірність хронічного психозу була у тих, у кого гостра коронавірусна інфекція протікала важче [178]. Близькі дані були одержані Damiano R.F. et al. (2022):

через період від 6 до 9 місяців після виписки з лікарні у зв'язку з важкими або помірної важкості формами COVID-19, у 12,47 % пацієнтів зберігалися маячні ідеї, і у 8,71 % – галюцинації [179].

Значно більшою серед хворих на COVID-19 була ураженість депресивними і тривожними розладами. Smith C.M. et al. (2021) повідомляють, що симптоми депресії були виявлені у 38 % хворих на COVID-19 [167]. У генезі депресивних проявів при коронавірусній інфекції лежать біохімічні зміни, зокрема, підвищений рівень кортизолу, прозапальних цитокінів, вільних радикалів, інтерлейкіну-6, С-реактивного білку, зменшення вмісту глутатіону, дефіцит вітаміну D, співвідношення нейтрофілів та лімфоцитів та порушення на рівні субклітинних структур, зокрема, мітохондріальні аномалії [32, 181-188]. Tanriverdi A et al. показали, що ризик депресії позитивно корелює з важкістю респіраторної симптоматики [189]. В деяких дослідженнях було виявлено, що частота депресії у жінок була вищою, ніж у чоловіків [32, 190-192], тоді як в інших не було знайдено гендерних відмінностей [193, 194]. Taquet M. et al. (2021) виявили більшу ураженість депресією молодих людей [192], однак, у більшості інших досліджень зв'язок між віком і коронавірусною депресією не був встановлений [32, 35, 195-197]. Huarcaaya-Victoria J. et al. (2021) виявили, що депресія при COVID-19 позитивно корелювала з наявністю в анамнезі психіатричного захворювання, а також з втратою близьких внаслідок COVID-19, наявністю стійких симптомів коронавірусної інфекції та самооцінкою важкості захворювання [32]. Водночас, ряд дослідників наголошують, що у генезі депресії важливе значення мають соціальні фактори, насамперед, карантин і пов'язана з ним соціальна ізоляція, стигматизація, дискримінація та погіршення матеріального становища [198-203].

Тривога виявилася найбільш поширеним психіатричним симптомом, асоційованим з COVID-19. Zandifar A. et al. (2020) повідомляє про наявність тривоги за даними опитувальника депресії, тривоги і стресу DASS-21 у всіх 106 стаціонарних пацієнтів із COVID-19 у стабільному клінічному стані, причому у 99,1 % діагностовано сильну тривогу [204]. Liu C. et al. (2021) на підставі даних мета-аналізу повідомляють про загальну поширеність тривоги серед хворих на COVID-19 у 38 % [205]. Натомість, Dai L.L. (2020) виявили набагато нижчий рівень тривоги при

COVID-19: лише 18,27 % з 307 пацієнтів мали високий рівень тривоги, головним чином спричинений неправильним уявленням суспільства щодо інфекції COVID, невпевненістю щодо стану свого здоров'я та побоюваннями щодо важкого або тривалого одужання [206]. Факторами ризику тривожного розладу при коронавірусній інфекції виявилися жіноча стать, а також наявність в анамнезі психіатричного діагнозу або лікування [32, 191, 192].

У постковідному періоді депресія і тривога є одними з найбільш частих психопатологічних симптомів. Ismael F. et al. (2021) повідомляють про наявність клінічно значущого рівня симптомів депресії у 26,2 %, а тривоги – у 22,4 % пацієнтів протягом двох місяців після підтвердженої інфекції SARS-CoV-2, причому важкість психіатричних розладів була пов'язана із важкістю соматичної симптоматики COVID-19 [207]. Renaud-Charest O. et al. (2021) виявили, що частота симптомів депресії у період 3,5 місяці після перенесеної коронавірусної інфекції коливається від 11 % до 28 %, а частота клінічно оформленої депресії – від 3 % до 12 % [208]. Факторами ризику хронічної депресії, як і гострої, виявилися жіноча стать, психіатричний анамнез та системне запалення; водночас, вік і важкість перебігу гострої фази COVID-19 значуще не впливали на розвиток тривалої депресії [208]. Premraj L. et al. (2022) за даними мета-аналізу 18 досліджень і понад 10 тис. пацієнтів, хворих на COVID-19, виявили, що загальна поширеність симптомів тривоги і депресії становила 23 % і 17 % відповідно для тривалого (понад 6 місяців) періоду спостереження; також була встановлена наявність прямого зв'язку між важкістю інфекції та психічними захворюваннями [209].

Іншим надзвичайно поширеним психопатологічним проявом коронавірусної інфекції є порушення сну [210]. Труднощі із засинанням, підтриманням сну та погіршенням його якості у хворих на COVID-19 зумовлені як біологічними (нейрозапалення), так і психологічними (психоемоційний стрес) причинами. Liu C. et al. (2021) повідомляють про поширеність диссомнії серед хворих на COVID-19 на рівні 48 %, причому розлади сну частіше зустрічалися у жінок, і були тісно пов'язані з тривогою [205]. При цьому було встановлено, що COVID-19 тісно пов'язаний з розладами сну, причому, хоча виразність порушень сну зменшується з часом, у частини пацієнтів вони зберігаються тривалий час після одужання від респіраторних

симптомів. Choudhry A.A. et al. (2021) оцінили якість сну у 445 хворих на COVID-19 за допомогою Пітсбурзького індексу якості сну (PSQI) до хвороби і через 30 днів після виписки зі стаціонару у зв'язку з перенесеною коронавірусною інфекцією. Якщо до захворювання на COVID-19 лише 12,1 % учасників повідомили про погану якість сну, то через 30 днів після хвороби питома вага осіб з порушеннями сну зросла до 45,1 % [211]. Parra S. et al. (2022) виявили розлади сну через 1-2 місяці після виписки з лікарні у 33 % пацієнтів, причому жінки страждали від безсоння частіше, ніж чоловіки [212]. Kuzar E.J. et al. (2021) підтверджують наявність порушень сну навіть через 60 тижнів після перенесеної коронавірусної інфекції [213], а Schou T.M. et al. (2021) повідомляють про порушення сну через сім місяців після госпіталізації [214].

У багатьох дослідженнях повідомлялося про високий рівень ураженості хворих на COVID-19 посттравматичним стресовим розладом. Yuan K. et al. (2021) зазначають, що під час пандемії такі фактори, як соціальна ізоляція, економічні втрати, страх заразитися, наявність у найближчому мікросоціальному оточенню людей, які були інфіковані COVID-19, виявилися пов'язаними з вищим ризиком ПТСР [215]. Giannopoulou I. et al. зазначають, що госпіталізація до відділення інтенсивної терапії у важких випадках коронавірусної інфекції, була пов'язана з сильним страхом за виживання, і зі збільшенням посттравматичного стресу [216]. Tu Y. et al. (2021) повідомляють, що хворі на COVID-19 мали значно більші показники виразності посттравматичної симптоматики у порівнянні з контрольною групою через 3 і 6 місяців після виписки з лікарні, причому у жінок виразність посттравматичної симптоматики була вищою, ніж у чоловіків [219]. Janiri D. et al. (2021) виявили ознаки ПТСР у 30,2 % хворих на COVID-19, частіше у жінок (55,7 %); ризик ПТСР був більшим за наявності в анамнезі психічних розладів, а також з психотичними епізодами та збудженням під час гострої фази захворювання [217]. Nagarajan R. et al. (2022) повідомляють про загальну поширеність ПТСР серед хворих на важкий COVID-19 у 16 % протягом 4 – 16 тижнів після виписки зі стаціонару [218]. Навіть при легкому перебігу коронавірусної інфекції показники посттравматичної симптоматики були виявлені у 17,3 % пацієнтів, з більшим ризиком у тих, у кого раніше був встановлений діагноз психічного розладу (Ismael F. et al., 2021) [207].

Актуальними для COVID-19 є також порушення когнітивного функціонування, які можуть бути пов'язаними як з самим захворюванням (гіпоксія, гіповентиляція, цереброваскулярні порушення, нейрозапалення, делірій), так і виникати в результаті лікування (седація, застосування деяких препаратів) [175, 219]. Порушення у когнітивній сфері після COVID-19 насамперед стосуються погіршення уваги та виконавчих функцій, зменшення швидкості обробки інформації та погіршення запам'ятовування і робочої пам'яті (Tavares-Júnior J.W.L. et al., 2022) [220]. Декілька авторів, які використовували для оцінки когнітивних порушень Монреальську шкалу, виявили розлади когнітивного функціонування у 20 % – 80 % пацієнтів [195, 221, 222]. Носр J.A. et al. (2021) виявили у хворих на COVID-19, які перебували на стаціонарному лікуванні, когнітивні порушення легкого і помірного ступеню у 54 % обстежених, і у 15 % – важкого [223]. Jaywant A. et al. (2021), використавши тест для перевірки короткочасної пам'яті, виявили у 81 % госпіталізованих у зв'язку з COVID-19 пацієнтів когнітивні порушення різного ступеню, від легкого до серйозного ступеня, які стосувалися погіршення робочої пам'яті, здатності до переключення та розподілу уваги, а також швидкості обробки інформації [224]. Vannorsdall T.D. et al. (2022) повідомляють про наявність стійкої когнітивної дисфункції в одній або декількох сферах у більш ніж 60 % пацієнтів через чотири місяці після встановлення діагнозу COVID-19; когнітивні порушення стосувалися пам'яті, швидкості обробки інформації та вільного мовлення. При цьому пацієнти, які перебували на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, продемонстрували гірший стан когнітивної сфери і більш серйозний когнітивний дефіцит [124]. У інших дослідженнях були виявлені стійкі когнітивні порушення у декількох сферах (увага, виконавчі функції, мовлення) у 17,5 % – 60,3 % пацієнтів, які перенесли COVID-19, через шість місяців після інфікування [225, 226]. García-Sánchez C. et al. (2022) та Miskowiak K.W. et al. (2022) повідомляють про наявність стійких клінічно значущих когнітивних порушень у вигляді погіршення виконавчої функції та вербального навчання у пацієнтів, які перенесли COVID-19, порівняно з контрольною групою, навіть через рік після виписки з лікарні [227, 228].

Нейропсихіатричні побічні ефекти ліків, що використовуються для лікування COVID-19 також є причиною певної частини психічних порушень у хворих. Потенційно нейропсихіатричні ускладнення можуть виникнути в результаті застосування протизапальної терапії, зокрема, ремдесивіру, стероїдних гормонів, інгібіторі ІЛ-6, інтерферонів, азитроміцину, гідроксихіноліну, а також інших противірусних, протизапальних та імуномодуючих препаратів [229, 230].

Нарешті, важливу роль у розвитку психіатричних ускладнень у хворих на COVID-19 відіграють психосоціальні фактори. Багато дослідників зазначають, що хворі на COVID-19 відчують тягар потужного психосоціального стресу, що включає страх не одужати, втрату близьких, збільшення фінансового тягара, стигматизацію, стрес госпіталізації тощо, при тому, що їх механізми захисту від стресу серйозно послаблені [22, 32, 164, 231, 232].

Таким чином, коронавірусна інфекція супроводжується серйозними порушеннями психічної діяльності як у гострому періоді, так і протягом значного часу після перенесеної інфекції. Спектр віддалених психопатологічних порушень, асоційованих з COVID-19, є надзвичайно широким, і включає тривожні, депресивні, диссомнічні прояви, стійку когнітивну дисфункцію, а також хронічні маячні розлади. Довготривалі психіатричні наслідки перенесеної коронавірусної інфекції досі не оцінені, і знадобиться кілька десятиліть спостережень для того, щоб оцінити масштаб індивідуальних і суспільних втрат від психіатричних наслідків COVID-19.

### 1.3. Сучасні підходи до лікування і реабілітації учасників бойових дій і хворих на COVID-19

Проблема лікування та реабілітації УБД є однією з найбільш важливих і актуальних проблем держави. В умовах війни та повоєнної відбудови збереження та відновлення здоров'я військовослужбовців, включаючи психічне здоров'я, виходить на перший план серед завдань охорони здоров'я та медичної науки.

Попри значну кількість досліджень, спрямованих на пошук ефективних шляхів лікування та реабілітації УБД з наслідками перенесеного стресу війни, ефективність

лікувально-реабілітаційних заходів для цієї категорії військовослужбовців залишається недостатньою.

Організація з безпеки та співробітництва в Європі (ОБСЄ) (2018) розробила рекомендації щодо заходів з психологічної підтримки комбатантів, узагальнені у «Програмі психологічної допомоги учасникам бойових дій». Програма рекомендована для використання у роботі державних психологічних і психіатричних служб, які здійснюють надання послуг УБД. Програма передбачає багаторівневий психологічний супровід ветеранів і визначає стратегії взаємодії учасників реабілітаційного процесу, включаючи надання невідкладної психологічної допомоги (первинна допомога, скринінг і кризове втручання), перший реабілітаційний рівень (психодіагностика, адаптація і реадаптація до умов мирного соціуму, психосоціальний супровід), другий реабілітаційний рівень (повторна психодіагностика, психологічне консультування, психологічний супровід), третій реабілітаційний рівень (повторна психодіагностика, групова, індивідуальна та сімейна психотерапія), четвертий реабілітаційний рівень (медико-психологічна допомога) [87].

Waitzkin H. et al. (2018) наголошують, що лише чверть УБД зверталися за необхідною медичною або психологічною допомогою, причому до цієї кількості увійшли й ті, хто звертався не до офіційних установ психіатричної і психологічної допомоги, а до волонтерських, громадських та інших організацій. Обґрунтовуючи небажання звертатися за допомогою в офіційні установи, комбатанти зазначали побоювання стигматизації і негативне ставлення оточуючих через їх психіатричне лікування, що, на думку авторів, вимагає зміни існуючої системи психологічної та психіатричної допомоги ветеранам і їх родинам [13].

Водночас, Gebreyesus H. et al. (2019) звертають увагу, що навіть з урахуванням недоліків у доступності реабілітації, від 56 % до 70 % комбатантів вважають послуги з реабілітації важливими, і в цілому є задоволеними такими послугами [233].

Y. Zang et al. (2017) наголошують, що перспективи лікування комбатантів, які зазнали впливу бойового стресу, значною мірою визначаються їх соціальною підтримкою у мирному житті. Відсутність такої підтримки є фактором ризику



посттравматичних розладів, а її наявність – фактором, що зменшує ризики і пом'якшує прояви психопатологічних розладів [234].

Л. Гридковець, О. Климишина (2018) вважають, що недосконалість існуючої системи реабілітації вимагає зміни її принципів, системи оцінки ефективності відновлення здоров'я УБД, а також удосконалення соціальної адаптації та соціальної підтримки військовослужбовців та членів їх родин. Основу інноваційних підходів до реабілітації мають становити персоніфікований підхід, ефективність і простоту організації та управління, прозорість, публічність і максимальна самоорганізація ветеранів та фахівців, залучення сучасного світового досвіду у адмініструванні суспільних процесів та наданні реабілітаційних послуг комбатантів [87].

Тієї ж думки притримуються Гуцуляк Н.М. та співавт. (2018), які зазначають, що 4 % УБД після повернення до мирного життя скаржилися на відчуття виснаженості, зниження працездатності і були не задоволені своїм станом. Приблизно половина колишніх комбатантів відчували труднощі адаптації у нових умовах, були байдужими до себе і оточуючих. Лише 28 % опитуваних достатньо адаптувалися у мирному житті і були задоволені своєю діяльністю та відпочинком, 32 % повністю забезпечували себе та членів своєї сім'ї, 40 % виявили високий рівень поведінкової регуляції і ще 16 % – достатньо високий, 8 % продемонстрували достатню стійкість до стресу [7].

Murray L.K. et al. (2014) звертають увагу на необхідності індивідуалізації підходів до вибору терапевтичних стратегій для усунення наслідків бойового стресу. В якості основних цілей втручання автори визначають депресивну, тривожну і посттравматичну симптоматику, причому терапевтичні підходи повинні бути персоніфікованими з урахуванням особливостей клінічних проявів у конкретного пацієнта [235].

Наудабрус А. et al. (2022), аналізуючи досвід системи охорони здоров'я після початку повномасштабної російської агресії, зазначають, що різке збільшення порушень психічного здоров'я і пов'язаних з цим звернень до закладів охорони здоров'я ставлять під загрозу ефективність психіатричної допомоги, при цьому значна кількість звернень здатна значно знизити ефективність лікування та

реабілітації навіть поза умовами війни, внаслідок обмеження медичних ресурсів і дефіциту кваліфікованого персоналу. Автори зазначають, що в умовах війни доводиться значно скорочувати час перебування у лікарні, що відбивається на якості лікування. На думку авторів, відмінності у нозологічній структурі в залежності від рангу військовослужбовців вимагає диференційованих підходів до реабілітації і навчання навичкам психологічної допомоги, а також до планування потреби у медичних ресурсах. Пропонується також посилити відбір військовослужбовців з урахуванням схильності до аддиктивної поведінки, і посилити контроль за вживанням психоактивних речовин [91].

Ассонов Д.О. запропонував двоетапну програму психокорекції резилієнсу, орієнтовану на його когнітивні й емоційні компоненти, яка дозволяє покращити резилієнс, здатність переживати позитивні емоції, когнітивне функціонування і зменшити симптоми ПТСР та переживання негативних емоцій. Ця програма включає в себе шість годинних сесій, і складається з двох етапів. На першому етапі здійснюється вплив на когнітивні фактори резилієнсу (виконавчі функції, навички ефективного запам'ятовування, зосередження уваги тощо). На другому етапі концентруються на афективних чинниках і розвитку емоційних компонентів (позитивний світогляд, здатність стимулювати позитивні емоції і контролювати негативні) [105, 106, 107].

López M.R. et al. (2015) запропонували комплексну систему психосоціальної реадaptaції ветеранів війни, яка передбачає залучення двох ключових механізмів реінтеграції комбатантів до суспільства: соціальну підтримку через обговорення проблем найближчого мікросоціального оточення, та інституційну підтримку, що сконцентровує зусилля на залученні ветеранів до суспільної активності, сприяє розвитку соціальних контактів, формуванню нових ідентичностей, використанню ресурсів особистості, професійній адаптації, навчанню, активізації спілкування з іншими ветеранами та встановленню нових контактів у мирному суспільстві. На думку авторів, надзвичайно важливим є надання ветеранам можливості обговорювати свої проблеми у складі спеціальних психологічних груп і у взаємодії з суспільством,

що сприяє зміцненню відчуття ідентичності і налагодженню ефективних стосунків з оточуючими [236].

На думку Шпильового Я.В. (2017), надзвичайно важливу роль у реабілітації і адаптації УБД відіграє їх найближче мікросоціальне оточення, насамперед, сім'я. Ключовою умовою для успішної соціальної інтеграції колишнього комбатанта у мирне суспільство є відновлення нормального сімейного функціонування. В рамках цієї задачі автор пропонує проводити ранню психодіагностику, забезпечити усунення психопатологічних проявів (шляхом фармакологічної і психотерапевтичної корекції), широко застосовувати сучасні методи психотерапії (когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), сугестивну і аутосугестивну терапію та сімейну психотерапію [237].

Останніми десятиліттями активно розвивається новий напрямок психологічної допомоги ветеранам – військова позитивна психологія (Matthews M. et al., 2008), який ґрунтується на розвитку когнітивних, соціальних, емоційних та фізичних здібностей військовослужбовців на основі епігенетичного людино-активного інтерфейсу, і передбачає психологічну підтримку і допомогу комбатантам під час бойових дій і після повернення до мирного життя, вивчення особливостей стресової поведінки в бойових умовах та пошук шляхів оптимізації системи прийняття рішень в стресовій ситуації, а також просвітницьку діяльність для зменшення психологічних ризиків і покращення стану комбатантів. В рамках цього підходу ветеранів інформують про сильні сторони їх характеру, звертають увагу на позитивні емоції, допомагають у налагодженні стосунків з оточуючими [238].

Шумейко А.П. (2017) вважає необхідним забезпечити поєднання у системі реабілітації УБД діагностичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на визначення стану соціально-психологічної адаптації комбатанта з урахуванням його індивідуально-психологічних особливостей, психокорекції викривлень психологічного розвитку, що заважають оптимальній поведінковій та соціальній моделі, навчання заходам саморегуляції з використанням релаксаційних і аутогенних технік, соціально-психологічні тренінги для особистісного розвитку і покращення адаптивності, а також професійну адаптацію, перенавчання, професійну орієнтацію і надання допомоги у працевлаштуванні [239].

Berk R. et al. (2016, 2017) звертають увагу на стрімкий розвиток комп'ютерної техніки, і пропонують використовувати сучасні комп'ютерні технології для аналізу предикторів ризику і плануванні заходів з соціальної реабілітації та адаптації комбатантів [240, 241]. Baez S. et al. (2017, 2019) також вважають, що слід ширше залучати сучасні комп'ютерні технології до процесу реабілітації комбатантів, зокрема, мова йде про комп'ютерне моделювання ризиків насильства і девіантної поведінки, а також машинне навчання, яке продемонструвало високу ефективність у формуванні соціальних навичок [15, 242].

Лікування та менеджмент психіатричних станів, асоційованих з COVID-19, є складним завданням. При визначенні стратегії і тактики лікування слід враховувати особливості психіатричного анамнезу, характер перебігу коронавірусної інфекції та її ускладнення, медикаменти, як призначаються для лікування COVID-19, їх можливі побічні психіатричні ефекти та медикаментозну взаємодію, вплив соціально-психологічних факторів тощо [243-250].

Grover S. et al. (2022) пропонують рекомендації щодо ведення пацієнтів, у яких виникли психічні розлади у зв'язку з коронавірусною інфекцією. Автори вважають, що психіатричне обстеження слід рекомендувати всім пацієнтам перед початком лікування COVID-19. Психіатрична оцінка може бути проведена фахівцем з психічного здоров'я і повинна охоплювати оцінку наявних у пацієнта до захворювання на COVID-19 психічних розладів, використання психотропних препаратів у минулому і у даний момент, історію вживання психоактивних речовин, стан когнітивного функціонування, особливості сну, копінг-стратегії, толерантність до фрустрації, особистісні особливості, суїцидальну поведінку протягом життя і на момент обстеження, а також поточний психічний стан. Ці базові оцінки можуть зумовити потребу в госпіталізації або в ізоляції на дому і допоможуть прийняти рішення щодо моніторингу психічного і фізичного здоров'я (наприклад, моніторинг інтервалу QT у пацієнтів, які приймають антипсихотики), а також вибору ліків для лікування COVID-19 [251].

У гострому періоді COVID-19 найбільш частою психіатричною проблемою є делірій, тому пацієнти, які перебувають у відділеннях інтенсивної терапії та

реанімації повинні проходити скринінг на наявність маячення. Алгоритм базової оцінки стану психічного здоров'я пацієнтів з інфекцією COVID-19 за Grover S. et al. (2022) передбачає щоденне обстеження на наявність проблем з психічним здоров'ям, включаючи моніторинг настрою, тривоги, суїцидальності та сну з використанням шкал самооцінки, що можуть заповнюватися в електронній формі. Фахівець з психічного здоров'я переглядає результати цих шкал і визначає подальшу тактику щодо кожного пацієнта. В залежності від доступності фахівця з психічного здоров'я, план обстеження і лікування може обговорюватися з терапевтичною командою. При цьому психіатр повинен постійно взаємодіяти з лікарями-інфекціоністами і терапевтами, щоб розуміти особливості перебігу коронавірусної інфекції, супутні захворювання та план ведення пацієнта терапевтичною бригадою [251].

У постковідному періоді необхідний регулярний моніторинг психічного стану. Такий моніторинг може здійснюватися після спеціального навчання лікарями не психіатричних спеціальностей, які здійснюють спостереження за пацієнтом після перенесеної коронавірусної інфекції, і які у разі виявлення проблем у психічній сфері скеровують пацієнта до фахівця з психічного здоров'я. На цьому етапі основну увагу слід приділяти проявам депресії, тривоги, суїцидальній поведінці, когнітивним розладам та порушенням сну [251].

Grover S. et al. (2022) наголошують, захворювання на COVID-19 асоційоване зі значним стресовим навантаженням, тому невід'ємною частиною психіатричної допомоги пацієнтам, хворим на COVID-19, має бути психологічна допомога, незалежно від того, здійснюється лікування у стаціонарі чи амбулаторно [251].

Питання щодо медикаментозного лікування психіатричних проблем при COVID-19 вимагає ретельної оцінки психічного стану пацієнта та можливих ризиків. Рішення про початок або продовження прийому психотропних препаратів повинно ґрунтуватися на оцінці важкості коронавірусної інфекції (стан сатурації, рівень соматичного функціонування, лабораторні та інструментальні показники тощо), а також важкості психічних порушень та оцінці побічних ефектів психотропних препаратів, оскільки застосування деяких з них при COVID-19 може бути пов'язане з високим ризиком ускладнень (наприклад, клозапін асоційований з вищим ризиком

розвитку аспіраційної пневмонії, тому у разі необхідності продовження його прийому добову дозу рекомендується зменшити вдвічі) [251].

Brough D.N. et al. (2022) оцінили результати впровадження додаткової програми підтримки пацієнтам з довготривалими наслідками COVID-19, що передбачала групові сеанси, які поєднували психоосвіту та комплементарні підходи до відновлення психічного і соматичного здоров'я, а також додаткові сеанси фізіотерапії та краніосакральної терапії. За їхніми даними, психоосвітні підходи та комплементарні підходи показали достатню ефективність, і можуть бути придатними для використання у громадських закладах охорони здоров'я [252].

Compagno S. et al. (2022) повідомляють про високу ефективність і безпеку програми позалікарняної мультидисциплінарної реабілітації, яка базується на фізичному і на психологічному відновленні, для зменшення симптомів і покращення соматичного і психологічного стану пацієнтів з важкими тривалими наслідками перенесеного COVID-19 [253].

García-Molina A. et al. (2022) пропонують використовувати амбулаторну програму нейропсихологічного втручання для корекції постковідного синдрому. Програма нейрореабілітації після COVID-19 включає дихальну терапію, фізіотерапію та нейропсихологічну реабілітацію. За даними авторів, після втручання у пацієнтів експериментальної групи покращилась оперативна і вербальна пам'ять, плавність вербальної мови та зменшились тривожно-депресивні прояви. Водночас, зазначається, що через кілька місяців після завершення лікування не всі пацієнти змогли відновити свої функціональні можливості до дохворобливого рівня [254].

Philip K.E.J. et al. (2022) дослідили ефективність 6-тижневої онлайн-програми дихання та самопочуття, розробленої для людей з тривалим COVID-19, які відчувають задишку, засновану на навчанні диханню за допомогою техніки співу. Порівняно зі звичайним лікуванням програма продемонструвала значуще покращення показника психічного компоненту якості життя та зменшення задишки після COVID-19, що може сприяти прискоренню одужання [255].

Wagner B. et al. (2022) запропонували використовувати лікування імпульсним електромагнітним полем із високою щільністю магнітного потоку для корекції

астенічного синдрому після COVID-19. За повідомленнями авторів, використання терапії імпульсним електромагнітним полем із пристроєм, який забезпечує достатнє проникнення в тканини тіла, може бути перспективним фізичним способом лікування синдрому втомленості після COVID-19, що може зменшити клінічні та економічні наслідки захворювання для здоров'я [256].

При лікуванні постковідних психіатричних наслідків коронавірусної інфекції слід також враховувати можливі нейропсихіатричні ефекти препаратів, які застосовуються для лікування COVID-19.

Щодо основного противірусного препарату, який застосовується для лікування COVID-19 – ремдесивіру – нуклеотидного аналогу, який блокує розмноження вірусу, є лише одиничні повідомлення про побічні ефекти, що стосуються психічної сфери. Так, Grein J. et al. (2020) повідомляють про випадки марення у двох з 61 пацієнта з діагнозом COVID-19, які отримували ремдесивір [257]. Однак, психічні розлади у цих пацієнтів з високою ймовірністю могли бути наслідком делірію, спричиненого коронавірусною інфекцією або іншими чинниками, не пов'язаними з прийомом ремдесивіру. Розробники ремдесивіру не повідомляють про жодні нейропсихіатричні ефекти, що виникли під час клінічних випробувань, а Eastman R.T. et al. (2020) зазначають, що на момент виходу їх повідомлення не було повідомлень про серйозні нейропсихіатричні події, пов'язані з ремдесивіром [258]. Beigel J.H. et al. (2020), проаналізувавши 532 випадки застосування ремдесивіру при COVID-19 проти 516 пацієнтів контрольної групи, виявили однакову частоту марення та зміни психічного стану в обох групах – по 12 випадків у кожній (2,26 % проти 2,33 %) [259]. Gulati G. et al. (2020) також не виявили ніяких нейропсихіатричних ускладнень при застосуванні ремдесивіру [260].

Натомість, нейропсихіатричні ускладнення кортикостероїдів, що також використовуються при лікуванні COVID-19, є вельми поширеними. Lewis D.A. et al. (1983) повідомляють про значну питому вагу пацієнтів, які мали побічні ефекти при прийомі кортикостероїдів – від 13 % до 62 % [261]. Foroughi M. et al. (2021) зазначають, що порушення психічної сфери під час застосування кортикостероїдів можуть бути важкими, складними і непередбачуваними, і включають психотичні,

маніакальні і депресивні епізоди або їх поєднання, прояви когнітивного дефіциту, дратівливість, безсоння, тривогу, емоційну лабільність; зазвичай побічні ефекти кортикостероїдів є дозозалежними [262]. Warrington T.P. et al. (2006) зауважують, що короткочасне лікування високими дозами кортикостероїдів (таку схему використовують для лікування COVID-19) може спричинити марення та зміни настрою, причому частіше виникають маніакальні, а не депресивні симптоми [263]. Водночас, Delamarre L. et al. (2020) повідомляють про успішне застосування кортикостероїдів для лікування енцефалопатії, пов'язаної з COVID-19 [229].

Інший препарат, що використовують у лікуванні COVID-19 – гідроксихлорохін, протималярійний засіб з потужною протизапальною та імуномодулюючою дією, також відомий своїми нейропсихіатричними ефектами, зокрема, психозами. Garcia P. et al. (2020) виявили у 1754 хворих на COVID-19, які отримували лікування гідроксихлорохіном, 56 випадків (3,19 %) психіатричних побічних ефектів, половина з яких були серйозними (4 завершені самогубства, 3 випадки навмисного самопошкодження та 12 випадків психотичного розладу з галюцинаціями), при цьому застосування гідроксихлорохіну було пов'язане з вищим ризиком психічних розладів порівняно з ремдесивіром, тоцилізумабом або лопінавіром чи ритонавіром [230]. Foroughi M. et al. (2021) зазначають, що була виявлена більша схильність стаціонарних пацієнтів з COVID-19 до побічних ефектів гідроксихлорохіну у порівнянні з хворими на малярію, що може пояснюватися старшим віком і більшою ураженістю супутньою патологією, зокрема, нирковою і печінковою недостатністю, які змінюють метаболізм і кліренс цих препаратів; крім того, гідроксихлорохін є інгібітором CYP2D6 і може взаємодіяти з психотропними препаратами [262].

Деякі іншими нейропсихіатричними ефектами характеризується тоцилізумаб – рекомбінантні моноклональні антитіла, які використовуються для лікування ревматоїдного артриту і блокують інтерлейкін ІЛ-6, що може сприяти зменшенню цитокінового шторму, який є одним з найбільш важливих ланок патогенезу COVID-19. Miller B.J. et al. (2016) виявили, що тоцилізумаб має позитивний вплив на когнітивні функції, що дозволяє використовувати його як допоміжний засіб для лікування шизофренії [264]. Lan S.-H. et al. на підставі даних мета-аналізу



повідомляють про відсутність доказів індукції або посилення психіатричних симптомів у пацієнтів, які отримували тоцилізумаб від коронавірусної інфекції [265].

Grover S. et al. (2022) зазначають, що основні принципи лікування психічних розладів у хворих на COVID-19 не відрізняються від тих, які застосовуються при лікуванні не інфікованих пацієнтів. Водночас, є певні відмінності, зумовлені впливом соціального стресу та медикаментів, які застосовуються при лікуванні COVID-19. За наявності гострої стресової реакції та панічних атак слід з'ясувати зв'язок цих симптомів з зовнішніми стресорами та лікуванням COVID-19. Пацієнта слід навчити навичкам самоконтролю та саморегуляції психічного стану (дихальні вправи, відволікання тощо). За наявності вираженої тривоги може бути проведений короткий курс анксиолітичної терапії бензодіазепінами короткої дії (клоназепам, етизолам, алпразолам). Якщо пацієнт приймав СІЗЗС або інші антидепресанти, слід поновити їх прийом у зменшеній дозі з урахуванням взаємодії з препаратами, що призначені для лікування COVID-19. Лікування психотропними препаратами слід починати з мінімальних доз, поступово нарощуючи їх в залежності від загального стану пацієнта, наявності ускладнень (дихальна, ниркова, печінкова недостатність, коагулопатія, інсульт тощо) при постійному моніторингу важливих показників (інтервал QT, гіпонатріємія та інші). Призначення психотропних препаратів слід обов'язково узгодити з лікарями бригади, яка здійснює лікування COVID-19 [251].

На постковідному етапі у пацієнта можуть виникати нові проблеми з психічним здоров'ям або продовжуватися розлади, які виникли під час гострої фази захворювання. У цей період оцінка психічного стану пацієнта має бути безперервним процесом, а психічні захворювання слід лікувати згідно з діючими рекомендаціями [251]. При виникненні депресивних або тривожних розладів слід оцінити стан і динаміку розладу і визначити оптимальний варіант втручання: психотерапевтичний (підтримуюча психотерапія, КПТ для пацієнтів з легкими та помірними проявами, окремо або у комбінації з антидепресантами). Слід ретельно проаналізувати лікування, яке отримує пацієнт, для виявлення препаратів, здатних впливати на психічний стан (наприклад, стероїдів), а також наслідків перенесеного COVID-19. Особливу увагу слід звертати на будь-які прояви саморуйнівної поведінки.

Рекомендується використовувати стандартизовані шкали для оцінки виразності депресивних і тривожних проявів. Важливим елементом має бути психологічна допомога, зокрема, боротьба з психосоціальним стресом. За наявності виражених симптомів депресії і тривоги необхідне лікування антидепресантами [251].

## **Висновки до розділу 1**

Участь у бойових діях пов'язана з потужним впливом несприятливих стресових факторів, що спричиняють розвиток різних форм психічної патології. Спектр непсихотичних психічних розладів, які виникають в УБД, є вельми широким, і включає депресивні, тривожні, посттравматичні розлади, порушення сну та когнітивного функціонування. Непсихотичні психічні розлади в УБД супроводжуються вираженою психосоціальною адаптацією і погіршенням якості життя та соціального функціонування.

Захворювання на коронавірусну інфекцію, спричинену вірусом SARS-CoV-2 (COVID-19) супроводжується вираженими негативними змінами у психічній сфері, що можуть зберігатися тривалий час у постковідному періоді. COVID-19 асоційований з високим ризиком тривожних, депресивних і посттравматичних розладів, а також справляє негативний вплив на когнітивне функціонування. Захворювання на COVID-19 є також потужним психоемоційним стресом, що також впливає на психічну сферу.

Лікувальні та реабілітаційні підходи для УБД з НПР потребують удосконалення. Наразі відсутні рекомендації щодо особливостей лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19.

Усе це дозволяє зробити висновок про актуальність і своєчасність обраної теми дослідження, існування важливих медичних проблем, пов'язаних з темою дослідження, які потребують вирішення, а також необхідність удосконалення існуючих підходів до лікування і реабілітації УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, що обґрунтовує необхідність проведення даного дослідження.

## Розділ 2

### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Дизайн дослідження та загальна характеристика обстежених

Відповідно до мети і завдань дослідження було проведено у два етапи. Графічна схема дизайну дослідження наведена на рис. 2.1.

На першому етапі з дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 252 пацієнти чоловічої статі, які брали безпосередню участь у бойових діях (що підтверджено відповідними документами), і які зверталися за психіатричною допомогою до Тернопільської обласної психоневрологічної лікарні та за консультативно-лікувальною допомогою на кафедру психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського протягом 2020-2022 років.

Критерієм включення у дослідження було встановлення діагнозу непсихотичного психічного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10, критерієм виключення з дослідження – наявність психічних розладів психотичного регістру, наркологічної патології, а також супутніх важких соматичних захворювань. Відбір пацієнтів для дослідження проводився суцільним методом. Нозологічна структура непсихотичних психічних захворювань у обстежених УБД наведена у табл. 2.1.

В УБД з НПР, які перенесли COVID-19, виявлено широкий спектр НПР, з переважанням порівняно з УБД, які не хворіли на COVID-19, посттравматичного стресового розладу (34,2 % проти 23,5 %,  $p < 0,05$ ), і меншим поширенням розладів адаптації (33,3 % проти 36,4 %,  $p > 0,05$ ), змішаного тривожного та депресивного розладу (9,2 % проти 12,1 %,  $p > 0,05$ ), генералізованого тривожного розладу (7,5 % проти 9,8 %,  $p > 0,05$ ), панічного розладу (5,8 % проти 6,8 %,  $p > 0,05$ ) змішаних нав'язливих думок і дій (5,8 % проти 6,1 %,  $p > 0,05$ ), специфічних фобій (2,5 % проти 3,0 %,  $p > 0,05$ ) та соціальних фобій (1,7 % проти 2,3 %,  $p > 0,05$ ).

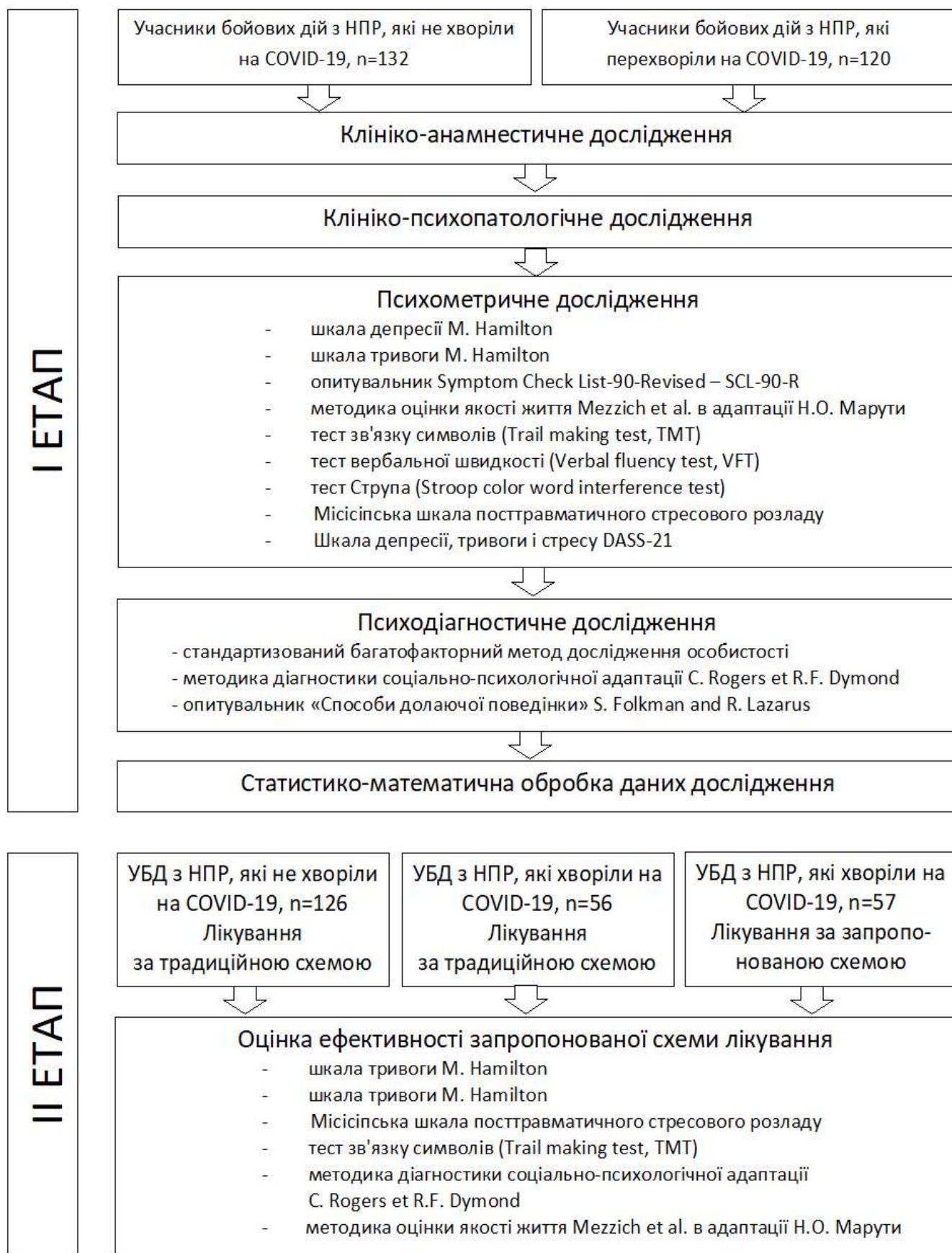


Рис. 2.1. Дизайн дослідження

Серед зазначених пацієнтів нами було виділено дві групи: пацієнтів, які не хворіли на коронавірусну інфекцію COVID-19, чисельністю 132 особи, та пацієнтів, які перенесли захворювання на коронавірусну інфекцію COVID-19, що було підтверджено імуноферментним аналізом або методом полімеразної ланцюгової реакції і зафіксовано у відповідній медичній документації, чисельністю 120 осіб. Порівняння результатів клініко-психопатологічного, психодіагностичного та психометричного дослідження проводилося шляхом співставлення показників пацієнтів першої та другої групи.

Таблиця 2.1

**Нозологічна структура непсихотичних психічних захворювань у обстежених учасників бойових дій**

Код за МКХ-10	Нозологія	Не хворіли на COVID-19		Хворіли на COVID-19		Разом		p
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
F 40.1	Соціальні фобії	3	2,3	2	1,7	5	2,0	>0,05
F 40.2	Специфічні (ізольовані) фобії	4	3,0	3	2,5	7	2,8	>0,05
F 41.0	Панічний розлад	9	6,8	7	5,8	16	6,3	>0,05
F 41.1	Генералізований тривожний розлад	13	9,8	9	7,5	22	8,7	>0,05
F 41.2	Змішаний тривожний та депресивний розлад	16	12,1	11	9,2	27	10,7	>0,05
F 42.2	Змішані нав'язливі думки та дії	8	6,1	7	5,8	15	6,0	>0,05
F 43.1	Посттравматичний стресовий розлад	31	23,5	41	34,2	72	28,6	<0,05
F 43.2	Розлади адаптації	48	36,4	40	33,3	88	34,9	>0,05

Середній вік пацієнтів першої групи склав  $32,2 \pm 9,0$  років, другої групи –  $33,3 \pm 8,4$  років; розбіжності за віком між групами статистично не значущі ( $p > 0,05$ ).

Серед обстежених першої групи 40,2 % мешкали у міській місцевості, 59,8 % - у сільській, другої групи – відповідно 40,0 % і 60,0 % ( $p>0,05$ ).

Середню освіту у першій групі мали 9,1 %, у другій – 10,8 % ( $p>0,05$ ), середню спеціальну – відповідно 79,5 % і 72,5 % ( $p>0,05$ ), неповну вищу – відповідно 1,5 % і 2,5 % ( $p>0,05$ ), вищу – відповідно 9,9 % і 14,2 % ( $p>0,05$ ).

За сімейним станом структура обстежених груп була наступною: неодружених – відповідно 19,7 % і 10,8 % ( $p>0,05$ ); одружених – відповідно 50,0 % і 58,3 % ( $p>0,05$ ); розлучених – відповідно 19,7 % і 20,8 % ( $p>0,05$ ), проживали у цивільному шлюбі без реєстрації відповідно 10,6 % і 10,1 % ( $p>0,05$ ). Бездітними були 33,3 % пацієнтів першої групи і 22,5 % пацієнтів другої групи ( $p<0,05$ ), одну дитину мали відповідно 38,6 % і 39,2 % обстежених ( $p>0,05$ ), двох дітей – відповідно 20,5 % і 30,0 % ( $p>0,05$ ), трьох і більше дітей – відповідно 7,6 % і 8,3 % ( $p>0,05$ ).

Серед пацієнтів, які перехворіли на COVID-19, більш поширеним виявилось тютюнопаління. Так, серед обстежених першої групи не палили 59,1 %, другої групи – 47,5 % ( $p<0,05$ ), палили до 10 сигарет на добу – відповідно 20,5 % і 18,3 % ( $p>0,05$ ), від 10 до 20 сигарет на добу – відповідно 17,4 % і 27,5 % ( $p<0,05$ ), і понад 20 сигарет на добу – відповідно 3,0 % і 6,7 % ( $p>0,05$ ). Вживання алкоголю у досліджених групах значуще не відрізнялося: не вживали алкоголь 16,7 % пацієнтів першої групи і 10,8 % другої ( $p>0,05$ ), вживали епізодично – відповідно 78,0 % і 71,7 % ( $p>0,05$ ), зловживали – відповідно 14,4 % і 17,5 % ( $p>0,05$ ).

На другому етапі дослідження методом рандомізованої селекції серед пацієнтів, які перенесли захворювання на коронавірусну інфекцію COVID-19, нами було сформовано три групи з числа пацієнтів, що були задіяні у даному дослідженні. Першу групу, чисельністю 132 чол., склали УБД з НІР, які не хворіли на COVID-19 і отримували лікування відповідно до чинних протоколів МОЗ України; другу групу, чисельністю 60 чол., склали УБД з НІР, які хворіли на COVID-19, і отримували лікування за традиційною схемою відповідно до чинних протоколів; третю групу, чисельністю 60 чол., склали УБД з НІР, які перенесли захворювання на COVID-19, і отримували лікування за описаною вище комплексною програмою. Відбір пацієнтів до другої і третьої групи виконаний методом рандомізованої

селекції, пацієнти цих груп були повністю спільномірними за віком та показниками психодіагностичних методик до початку лікування. У подальшому декілька пацієнтів вибули з-під спостереження з причин, не пов'язаних з проведенням лікування. Таким чином, остаточна кількість пацієнтів у групах склала відповідно 126 чол., 56 чол. і 57 чол. Оцінка стану проводилася шляхом клінічної бесіди та психодіагностичного обстеження до початку і через 6 місяців після початку терапії. Психодіагностичне обстеження включало оцінку виразності депресії за шкалою HADS, тривоги за шкалою HARS, стану когнітивного функціонування за допомогою тесту зв'язку символів (ТМТ-А і ТМТ-В), стану посттравматичного реагування за допомогою Місісіпської шкали посттравматичного стресового розладу, соціально-психологічної адаптації за допомогою методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond, та якості життя за допомогою методики оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути.

## 2.2. Методи дослідження

При виконанні дослідження нами були використані наступні методи: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний, а також методи статистико-математичної обробки даних.

2.2.1. Клініко-психопатологічне дослідження. Клініко-психопатологічне дослідження було реалізоване нами у вигляді клінічної бесіди, організованої за схемою напівструктурованого клінічного інтерв'ю. Під час клініко-психопатологічного обстеження нами проводилася загальна оцінка психічного стану, збір та аналіз скарг пацієнта, а також виявлення та оцінка виразності психопатологічної симптоматики. Верифікація одержаних у процесі клініко-психопатологічного дослідження даних здійснювалася співставленням них з результатами об'єктивного обстеження, що включало оцінку загального вигляду пацієнта, його поведінки, проксеміки, такесики, рухів, міміки, жестикуляції та ін.), а також шляхом аналізу відомостей, які надавали родичі і близькі хворого та медичний персонал.

Встановлення клінічного діагнозу здійснювалося відповідно до критеріїв міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

2.2.2. Психометричні методи дослідження. Для психометричної діагностики нами використаний діагностичний комплекс, що складався з наступних методик:

**Шкала депресії М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS) (М. Hamilton, 1960)** [266] є клінічною рейтинговою шкалою, призначеною для оцінки розладів депресивного спектру фахівцем-психіатром. Шкала проста у застосуванні, їй притаманні висока дискримінативність та конвергентна валідність.

Шкала містить 17 основних і 4 додаткових пунктів, які призначені для оцінки додаткових симптомів і підтипу депресії. В залежності від змісту пункту, кожен з них оцінюється від 0 (що відповідає відсутності симптому) до 2 або 4 балів (що відповідає максимальній виразності симптому). Для кожного симптому запропоновано детальне операціональне визначення. Інтерпретація результатів дослідження передбачала підрахунок арифметичної суми балів за основними шкалами і оцінка її за наступною градацією: при кількісному значенні показника від 0 до 7 балів констатувалася відсутність ознак депресії, при значенні показника від 8 до 13 балів – наявність депресивного розладу легкого ступеню; від 14 до 18 балів – наявність депресивного розладу середнього ступеню важкості; від 19 до 22 балів – депресивного розладу важкого ступеню; понад 23 бали – наявність депресивного розладу дуже важкого ступеню. Також проводилася кількісна оцінка і визначалася наявність і виразність окремих типів депресивних розладів: адинамічної депресії, ажитованої депресії, депресії зі страхом та недиференційованої депресії.

**Шкала тривоги М. Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) (М. Hamilton, 1959)** [267] – також є клінічною рейтинговою шкалою, яка призначена для клінічної оцінки фахівцем-психіатром важкості тривожних розладів.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою, від 0 балів (відсутність ознаки – мінімальна оцінка), до 4 балів (наявність ознаки у дуже важкому ступеню – максимальна оцінка). Перші 13 пунктів шкали виявляють прояви тривоги у повсякденному житті, а 14-й пункт – прояви тривоги при огляді



пацієнта. Варіанти відповідей стандартизовані, кожен пункт шкали вносить рівну кількість балів у підсумкове значення. Стандартні пункти шкали включають тривожний настрій, напругу, страх, інсомнію, когнітивні порушення, депресивний настрій, соматичні м'язові симптоми, соматичні сенсорні симптоми, серцево-судинні симптоми, респіраторні симптоми, гастроінтестинальні симптоми, сечостатеві симптоми, вегетативні симптоми, а також поведінку при огляді. При інтерпретації результатів підраховувалася арифметична сума, за показником якої визначалася оцінка ступеню виразності тривоги, а також обраховувалися показники за окремими видами тривоги – психічної і соматичної. Значення показника у 17 і менше балів трактувалося як відсутність ознак тривоги, від 18 до 24 балів – як наявність тривоги середнього рівня, 25 балів і вище – як важка тривога.

**Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R** (Derogatis L.R., 1992) [268] характеризується високою валідністю і надійністю і є однією з найбільш поширених універсальних психометричних методик, придатних для виявлення і оцінки актуальних психопатологічних проявів як у пацієнтів з психічними розладами, так і у психічно здорових осіб. Методика складається з 90 питань, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою, де 0 балів відповідає відсутність ознаки, а 4 балам – наявністю ознаки в максимальному ступені. Інтерпретація методики передбачає підрахунок балів за дев'ятьма клінічними шкалами: соматизації, obsесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності, ворожості, фобічної тривожності, паранойяльної симптоматики і психотизму, які оцінюються за наступною градацією: від 0,1 до 0,4 балів – дуже низький рівень; від 0,5 до 1,4 балів – низький рівень; від 1,5 до 2,4 балів – середній рівень; від 2,5 до 3,4 балів – підвищений рівень; 3,5 балів і вище – високий рівень.

**Методика оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001) (Марута Н.О. та ін., 2001) [269]** розроблена з метою комплексної оцінки якості життя у сфері фізичного благополуччя, що включає відчуття енергійності, відсутність болю і фізичних проблем; сфері психологічного (емоційного) благополуччя, що включає добре самопочуття і задоволеність собою; сфері самообслуговування і

незалежності дій, що включає виконання індивідом повсякденних життєвих завдань і прийняття власних рішень; сфері працездатності, що включає можливість виконувати робочі, шкільні чи домашні обов'язки; сфері міжособистісної взаємодії, що включає можливість підтримувати гарні відносини з родиною, друзями, іншими групами; сфері соціо-емоційної підтримки, що включає наявність людей, яким індивід вірить і які можуть запропонувати йому допомогу та емоційну підтримку; сфері громадської і службової підтримки, що включає приємних і безпечних сусідів, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів; сфері особистісної реалізації, що включає наявність відчуття рівноваги, власної солідарності, одержання задоволення від сексу, мистецтва та ін.; сфері духовної реалізації, що включає відчуття віри, релігійність і вихід за межі звичайного матеріального життя; сфері загального сприйняття життя, що включає відчуття задоволеності і щастя у житті взагалі. Методика містить 10 питань і оцінюється за 10-бальною системою, де 1 балу відповідає найнижча оцінка (дуже погано), а 10 балам – найвища оцінка (чудово). Оцінка інтегративного показника якості життя включає підрахунок суми балів за окремими шкалами та обчислення середнього арифметичне значення показника за всіма шкалами, що складає інтегральний показник якості життя. Методика охоплює три ключових компоненти якості життя: суб'єктивного благополуччя / задоволеність (шкали «Фізичне благополуччя», «Психологічне/емоційне благополуччя», «Загальне сприйняття життя»); виконання соціальних ролей (шкали «Самообслуговування і незалежність дій», «Міжособистісна взаємодія», «Особистісна реалізація», «Працездатність»); та зовнішніх життєвих умов (шкали «Соціо-емоційна підтримка», «Цивільна і службова підтримка», «Духовна реалізація»); показники за цими компонентами проводиться шляхом обчислення арифметичної суми показників відповідних шкал, що складають даний компонент.

**Тест зв'язку символів (Trail making test, TMT) (Reitan R.M., 1958) [270]** призначений для оцінки когнітивних порушень і є нейропсихологічним тестом на зорову увагу та переключення завдань. Тест містить дві частини, перша з яких (TMT-A) призначена для оцінки динамічних параметрів уваги – обсягу і рівня довільної регуляції, а друга (TMT-B) – для оцінки виконавчої функції. Обстежуваному

пропонується з'єднати 25 точок з максимальною швидкістю при збереженні максимальної точності виконання тесту. У першій частині тесту (ТМТ-А) необхідно послідовно поєднувати точки за зростанням порядкового номеру (1, 2, 3 і т.д.), у другій частині (ТМТ-В) – по чергові точки з цифрами та буквами (1, А, 2, В і т.д.). Результат тесту оцінюється за часом його виконання, що фіксується за допомогою сертифікованого секундоміру з точністю 0,1 секунда.

**Тест вербальної швидкості (Verbal fluency test, VFT) (Lezak M.D., 1995) [271]** є тестом для оцінки стану когнітивного функціонування і використовується з метою оцінки вербальної асоціативної продуктивності (літерна частина) і порушень лексичної системи (категоріальна частина). Час виконання тесту обмежується 60 секундами; при цьому оцінюється семантична швидкість (швидкість категорії), що визначається здатністю обстежуваного створювати максимальну кількість унікальних слів у певній семантичній категорії (фрукти / меблі, чоловічі імена), і фонемна (літерна) швидкість, що визначається здатністю обстежуваного створювати максимальну кількість слів, що починаються з даної літери («К», «П»). Тест вербальної швидкості є ефективним інструментом для нейропсихологічної оцінки когнітивних функцій при різних формах психічної і неврологічної патології.

**Тест Струпа (Stroop color word interference test) (Stroop J.R., 1935) [272]** також є тестом для оцінки когнітивного функціонування і базується на оцінці селективності уваги. Даний нейропсихологічний тест призначений для оцінки здатності індивіда інгібувати когнітивні перешкоди, що виникають тоді, коли обробка специфічної функції стимулу перешкоджає одночасній обробці другого атрибуту стимулу (ефект Струпа). У першому субтесті (читання назв кольорів, надрукованих чорним кольором – ЧНКч) обстежуваному пропонують називати вголос з максимально можливою швидкістю 100 слів, які позначають чотири основні кольори, надруковані чорним кольором на білому фоні. У другому субтесті (називання кольорів – НК) обстежуваному пред'являють 100 стандартних кольорових фігур; його завданням є називати кольори фігур з максимальною швидкістю. У третьому субтесті (читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова – ЧНКв) обстежуваному пред'являється 100 слів, які позначають чотири основні кольори, при

цьому шрифту, яким надруковано слово, не співпадає з позначеним ним кольором. Зміст завдання полягає у максимально швидкому читанні слова, не звертаючи увагу на колір шрифту. У четвертому субтесті обстежуваному пропонується називати кольори слів, де колір шрифту відрізняється від значення слова (НКСВ). Обстежуваному пред'являють 100 слів, які позначають чотири основні кольори, при цьому шрифту, яким надруковано слово, не співпадає з позначеним ним кольором; обстежуваному пропонується називати з максимальною швидкістю колір шрифту, яким надруковано слово. Результат тесту оцінюється за часом виконання, який фіксується за допомогою сертифікованого секундоміру з точністю до 0,1 секунди.

**Місісіпська шкала посттравматичного стресового розладу** (Keane T.M. et al., 1988) [273] – клінічна тестова методика, призначена для діагностики ПТСР, валідізована на виборці цивільного населення. Складається з 30 питань, що об'єднуються у три шкали, які відповідають трьом групам симптомів ПТСР: 11 питань – симптомам вторгнення, 11 питань – симптомам уникання, 8 питань – симптоми збудливості, 9 питань – почуття провини і суїцидальні тенденції. Шкала характеризується високою (87 %) чутливістю і специфічністю (63 %) щодо діагностики ПТСР у пацієнтів з психічними розладами. Шкала рекомендована для застосування у контингенту осіб з ймовірною наявністю посттравматичних розладів, і дозволяє кількісно оцінити їх виразність. При обстеженні пацієнту пропонується визначити своє ставлення до кожного питання за шкалою Ліккерта; частина питань має обернене значення, що дозволяє знизити вплив установок обстежуваного або заповнення тесту у довільному порядку.

**Шкала депресії, тривоги і стресу (Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items (DASS-21))** [274] – набір з трьох шкал самооцінки, призначених для вимірювання емоційних станів депресії, тривоги та стресу. Кожна з трьох шкал містить по 7 пунктів, розділених на субшкали зі схожим змістом. Шкала депресії оцінює дисфорію, безнадійність, знецінення життя, самоприниження, відсутність інтересу/залучення до діяльності, ангедонію та інертність. Шкала тривожності оцінює вегетативне збудження, м'язовий неспокій, ситуативну тривожність і суб'єктивне переживання тривожного афекту. Шкала стресу чутлива до рівнів хронічного

неспецифічного збудження і оцінює труднощі з розслабленням, нервовим збудженням, засмученням, дратівливістю або надмірною реакцією та нетерплячістю. Бали для депресії, тривоги та стресу розраховуються шляхом підсумовування балів за відповідними пунктами. Шкала DASS-21 базується на вимірній, а не на категорійній концепції психологічного розладу і постулює, що відмінності між депресією, тривогою та стресом, які переживає психічно здорова та психічно хвора людина, полягають лише у кількісній виразності відповідних феноменів. Виходячи з цього, DASS-21 не застосовується для встановлення нозологічного діагнозу і віднесення обстежуваного до категорії психічно здорових чи психічно хворих. Обстежуваному пропонується визначити своє ставлення до питань тесту за шкалою Ліккерта: це мене зовсім не стосується; це стосується мене певною мірою або у певний час; це стосується мене значною мірою або значну частину часу; це стосується мене дуже часто або завжди. Підсумковий бал за кожною шкалою порівнюється з граничними значеннями, і визначається рівень депресії, тривоги та стресу: нормальний, низький, помірний, високий або дуже високий.

2.2.3. Психодіагностичні методи дослідження включали використання наступних методик:

**Стандартизований багатofакторний метод дослідження особистості (СМДО) (Собчик Л.Н., 1990) [275]** є найбільш повно розробленим та інформативним психодіагностичним інструментом для дослідження особистісних характеристик і ступеню адаптованості індивіда. Методика характеризується високою валідністю та надійністю, і заснована на статистично достовірній математичній базі. При збереженні формальної форми опитувальника, оцінка даних за СМДО базується не на прямому аналізі відповідей, які дає обстежуваний, а на даних статистично підтвердженої дискретної значущості кожної відповіді порівняно з середньонормативними даними. При цьому значна частина питань має проєктивний характер, що утруднює розуміння обстежуваним справжньої спрямованості питань, і непомітно для нього виявляє справжні реакції у тих чи інших ситуаціях, що моделюються питаннями тесту. Це дозволяє вважати СМДО проміжним методом між опитувальником з усвідомленою суб'єктивною оцінкою, та проєктивною методикою

для аналізу неусвідомлюваних тенденцій особистості. Інтерпретаційна схема даної методики базується на провідному тезаурусі сучасної диференційної психології, що орієнтований на цілісний підхід до розуміння особистості як єдності біологічних і соціальних факторів, а основою інтерпретаційної схеми тесту є концепція особистості, в якій визначальною типологічною ознакою індивіда є присутність на всіх рівнях особистості певного емоційно-динамічного патерну, що проявляється певними провідними тенденціями. Відповідно до цієї концепції, провідна тенденція є стійкою стрижневою характеристикою особистості, що базується на типі вищої нервової діяльності і конституційно обумовлених характеристиках нервової системи. Ці особливості визначають індивідуальні характеристики переживання, мислення, міжособистісної поведінки, і визначає основну спрямованість і силу мотивації, тип реакції на стрес та особливості адаптаційних механізмів індивіда.

Результат обстеження за СМДО передбачає підрахунок балів за кожною шкалою з використанням спеціальних формул-ключів і представляється у вигляді графіку, який відображує показники за 13 шкалами: трьома контрольними, які дозволяють оцінити правдивість відповідей, достовірність результатів обстеження, ставлення до процедури тестування («брехні», «достовірності», «корекції»), а решта десять є клінічними шкалами: «надконтролю», «песимістичності», «емоційної лабільності», «імпульсивності», «жіночності–мужності», «ригідності», «тривожності», «індивідуалістичності», «оптимістичності» та «інтроверсії». Показник за шкалами визначається у тестових балах (Т-бали), при цьому враховується стать обстежуваного. Показник за шкалою до 70-Т балів розглядається як нормальний, від 70 до 80 Т-балів – як ознака акцентуації особистості, понад 80 Т-балів – як свідчення більш серйозних змін психіки, що потребують уточнення.

**Методика діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond [276]** використовується для вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації індивіда і пов'язаних з цим рис особистості. Опитувальник містить 101 твердження, сформульованих у третій особі однини без використання займенників (з метою запобігання прямого ототожнення обстежуваним змісту твердження зі своїми властивостями, та для нейтралізації установки на «соціальну бажаність» відповідей).

У процесі виконання тесту обстежуваному пропонується визначити своє ставлення до кожного з тверджень за семибальною шкалою, де 0 балів відповідає визначення – «це мене зовсім не стосується», 1 бал – визначення «це мене не стосується», 2 бали – визначення «сумніваюся, що це можна віднести до мене», 3 бали – визначення «не наважуюся віднести це до себе», 4 бали – визначення «це схоже на мене, але немає впевненості», 5 балів – визначення «це на мене схоже», 6 балів – визначення «це точно про мене». Інтерпретація результатів методики передбачає визначення шести інтегральних показників: адаптація, прийняття інших, інтернальність, самосприйняття, емоційна комфортність і прагнення до домінування. При цьому оцінка стану соціально-психологічної адаптації проводиться окремо за кожним інтегральним показником, а також за проміжними показниками, що утворюють антагоністичні діади з протилежними твердженнями: «Адаптивність/Деадаптивність», «Брехливість ні/Брехливість так», «Прийняття себе/Неприйняття себе», «Прийняття інших/Неприйняття інших», «Емоційний комфорт/Емоційний дискомфорт», «Внутрішній контроль/Зовнішній контроль», «Домінування/Ведомість», а також «Ескапізм». Результати порівнюються з контрольними значеннями і інтерпретуються наступним чином: до зони невизначеності – як низькі, а після найвищого показника в зоні невизначеності – як високі.

**Опитувальник «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus (1988) [277]** використовується для визначення копінг-механізмів та способів подолання труднощів у різних життєвих ситуаціях, а також для визначення копінг-стратегій. Копінг-поведінка розглядається як цілеспрямована соціальна поведінка, що дає можливість індивіду впоратися зі складною життєвою ситуацією або стресом з використанням способів, що є адекватними особистісним особливостям і конкретній ситуації через застосування усвідомлених стратегій дій.

Методика дозволяє діагностувати наступні види копінг-поведінки: конфронтація (вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, реалізації конкретних дій, спрямованих на зміну ситуації або на відреагування негативних емоцій у зв'язку з наявними труднощами);

дистанціювання (подолання негативних переживань, пов'язаних з проблемою через суб'єктивне зниження її значущості та ступеня емоційної залученості); самоконтролю (подолання негативних переживань, пов'язаних з проблемою за рахунок цілеспрямованого придушення і стримування емоцій та мінімізації їх впливу на оцінку індивідом життєвої ситуації та вибір ним стратегії поведінки, високий контроль за поведінкою і прагнення до самовладання); пошуку соціальної підтримки (вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх, насамперед, соціальних ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки); прийняття відповідальності (визнання індивідом своєї ролі у виникненні проблеми і відповідальності за її вирішення, можливо, з виразним компонентом самокритики і самозвинувачення); втечі-уникнення (подолання індивідом негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення наявності проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання тощо); планування вирішення проблеми (вирішення проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, напрацювання стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних життєвих умов, минулого досвіду і наявних у особистості ресурсів); та позитивної переоцінки (подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, сприйняття її як стимулу для особистісного зростання, незалежно від результатів діяльності). Методика складається з 50 тверджень, які обстежуваний оцінює за чотирибальною шкалою, де 0 балів відповідає оцінка «ніколи», 1 балу – «рідко», 2 бали – «іноді», 3 бали – «часто»). Результат тесту представляється у балах за кожним з варіантів копінг-стратегій. При цьому домінуючою вважається стратегія, яка набрала найбільшу суму балів.

2.2.4. Статистико-математична обробка отриманих результатів проведена з використанням сучасних методів статистико-математичного аналізу. Аналіз кількісних ознак з нормальним або наближеним до нормального характером розподілу проведений з використанням методів параметричної статистики, а ознак з відмінним від нормального характеру розподілу – з використанням непараметричного тесту Манна-Уїтні для незалежних змінних, та тестів Вілкоксона і



критерію знаків для залежних змінних. Аналіз розбіжностей категоризованих ознак проведений з використанням точного критерію Фішера (одно- та двостороннього) у чотиріпільних таблицях, та критерію  $\chi^2$  Пірсона у таблицях співпряженості.

Обробка даних проводилася на персональному комп'ютері з використанням ліцензійного офісного пакету Microsoft Excel та пакету прикладних програм Statistica 13.0.

## **Висновки до розділу 2**

Відповідно до мети і завдань дослідження було проведено у два етапи. На першому етапі з дотриманням принципів біомедичної етики було обстежено 252 пацієнти чоловічої статі, які брали безпосередню участь у бойових діях, і які зверталися за психіатричною та консультативно-лікувальною допомогою, серед яких було виділено дві групи: пацієнтів, які не переносили захворювання на коронавірусну інфекцію COVID-19, чисельністю 132 особи, та пацієнтів, які перенесли захворювання на коронавірусну інфекцію COVID-19, чисельністю 120 осіб.

На другому етапі дослідження методом рандомізованої селекції серед пацієнтів, які перенесли захворювання на коронавірусну інфекцію COVID-19, було сформовано дві групи: до основної (чисельністю 47 чоловік) увійшли пацієнти, які отримували терапію за запропонованою схемою, до групи порівняння (чисельністю 46 чоловік) – пацієнти, які отримували медичну допомогу відповідно до чинних нормативних документів Міністерства охорони здоров'я України (уніфіковані клінічні протоколи, клінічні настанови, нормативи надання медичної допомоги та ін.). Остаточна оцінка результатів лікування проводилася через 6 місяців після його закінчення з використанням шкали депресії М. Hamilton, шкали тривоги М. Hamilton, опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised та методики оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути.

При виконанні дослідження використані наступні методи: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний, а також методи статистико-математичної обробки даних.

Психометричний інструментарій дослідження включав шкалу депресії М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS), шкалу тривоги М. Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS), опитувальник виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised, методику оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути, тест зв'язку символів (Trail making test, TMT), тест вербальної швидкості (Verbal fluency test, VFT) та тест Струпа (Stroop color word interference test).

Психодіагностичні методи дослідження включали використання стандартизованого багатofакторного методу дослідження особистості (СМДО), методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond у модифікації А.К. Осницького та опитувальника «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus в адаптації Т.Л. Крюкової.

Статистико-математичний метод використаний для оцінки розбіжностей між групами з використанням сучасних методів аналізу: параметричного t-критерію Стьюдента, точного критерію Фішера, критерію  $\chi^2$  Пірсона, непараметричних тестів Манна-Уїтні, Вілкоксона, критерію знаків.

Вищевикладене дає нам підстави стверджувати, що клініко-психодіагностичний інструментарій, використаний у дисертаційному дослідженні, а також методи статистико-математичної обробки і аналізу даних повною мірою відповідають меті і завданням дослідження, і є адекватними їм.

## Розділ 3

## КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19

3.1. Особливості клінічної психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

При аналізі суб'єктивної симптоматики НПР в УБД, які перенесли коронавірусну інфекцію, були виявлені певні відмінності, притаманні цим пацієнтам.

Загалом, найбільш поширеними у структурі психопатологічної симптоматики у досліджених пацієнтів були прояви афективної патології (рис. 3.1).

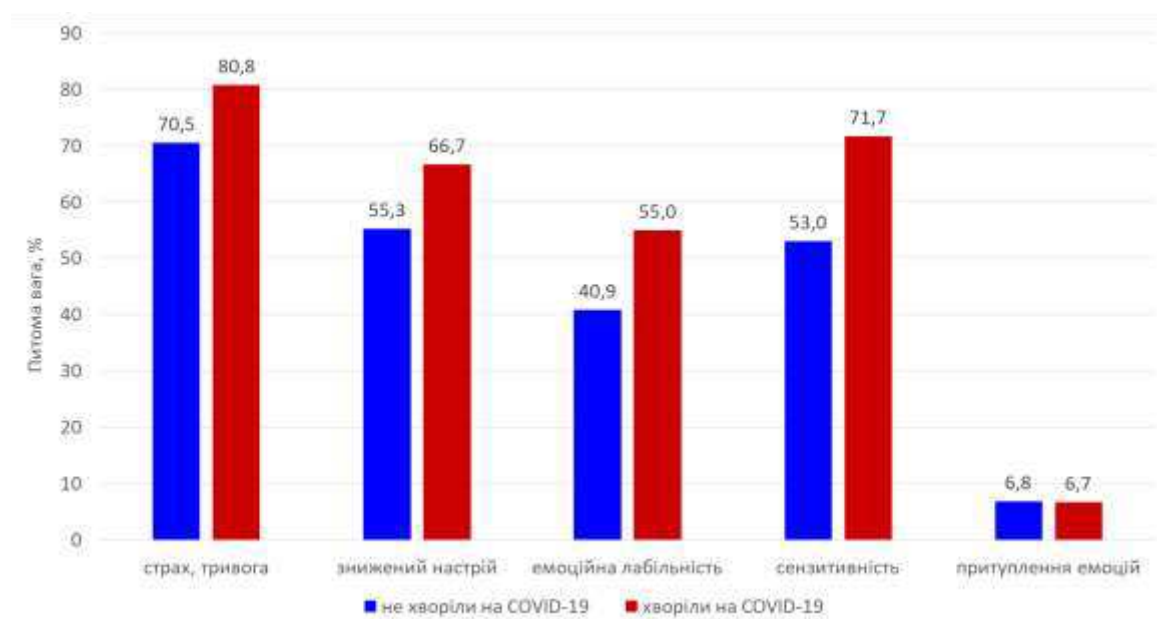


Рис. 3.1. Структура афективної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли і не хворіли на COVID-19 (у % до кількості обстежених у кожній групі)

Так, скарги на прояви тривоги або страху виявлені у 70,5 % пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, і у 80,8 % пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію.

Розбіжності статистично значущі ( $p < 0,01$ ). Знижений настрій виявлений у 55,3 % пацієнтів без COVID-19 в анамнезі, і у 66,7 % пацієнтів з COVID-19; ці розбіжності статистично значущі ( $p < 0,05$ ). Прояви емоційної лабільності мали місце відповідно у 44,7 % і 58,3 % ( $p < 0,05$ ), дратівливості – відповідно у 40,9 % і 55,0 % ( $p < 0,05$ ) та емоційної сензитивності – відповідно 53,0 % та 71,7 % ( $p < 0,01$ ). Найменш поширеним афективним симптомом у досліджених пацієнтів виявилось притуплення емоцій, яке було виявлено у 6,8 % і 6,7 % пацієнтів відповідно ( $p > 0,05$ ).

Вельми поширеною у досліджених хворих виявилася також диссомнічна симптоматика. Різні види диссомнії займали вагоме місце у клінічній картині НПР у УБД, і були виявлені у 47,0 % пацієнтів, які не хворіли на COVID-19 і у 61,7 % пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію ( $p < 0,05$ ).

У структурі диссомнічної симптоматики найбільш частими були пізні диссомнії у вигляді ранкових пробуджень з неможливістю в подальшому заснути, відсутністю відчуття відпочинку після сну і відчуттям втоми і виснаженості протягом дня; ці прояви були виявлені у 37,9 % пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, і у 50,8 % пацієнтів з COVID-19 в анамнезі (рис. 3.2).

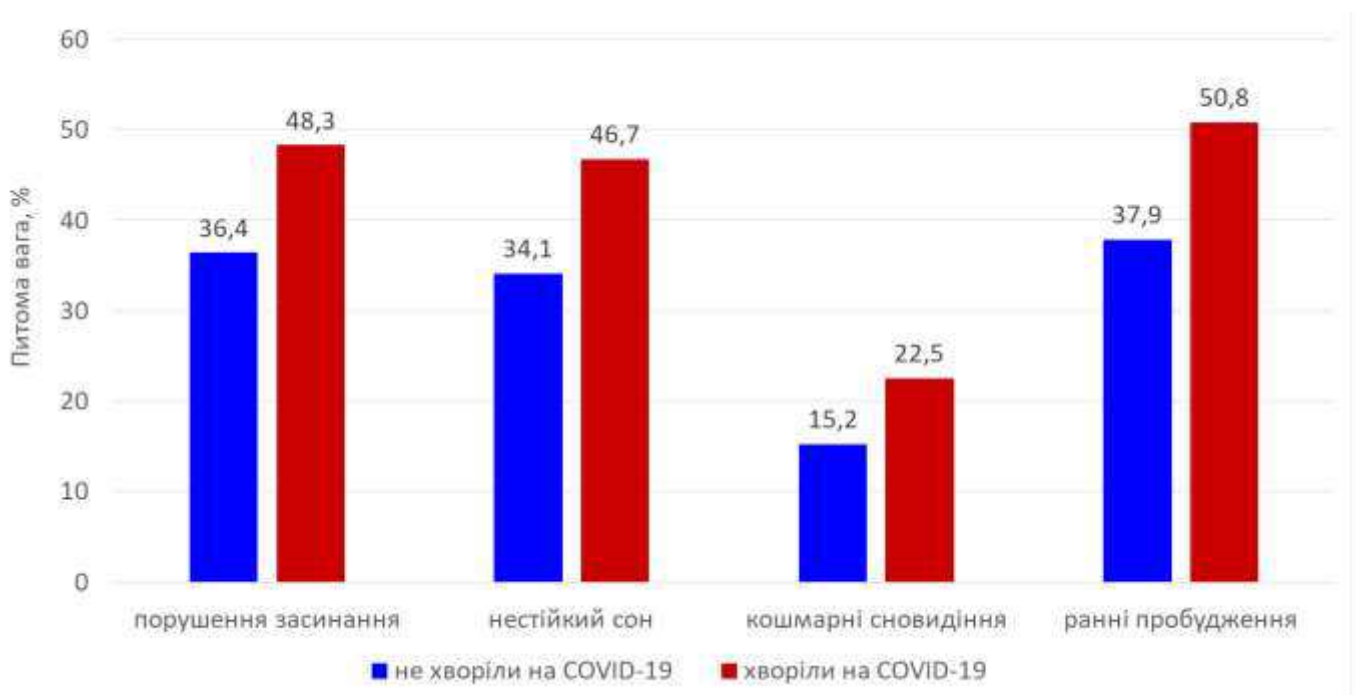


Рис. 3.2. Структура порушень сну в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у % до загальної кількості обстежених у кожній групі)

Поширеними видами диссомній виявилися також порушення засинання – відповідно 36,4 % і 48,3 % ( $p < 0,05$ ), нестійкий нічний сон – відповідно 34,1 % і 46,7 % ( $p < 0,05$ ) та кошмарні нічні сновидіння – відповідно 15,2 % і 22,5 % ( $p > 0,05$ ).

У структурі психопатологічної симптоматики НІР в УБД вагоме місце займають прояви астенизації (рис. 3.3). Так, скарги на швидку втомлюваність, відчуття виснаженості, млявості були виявлені 51,5 % пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, і у 65,8 % пацієнтів, які хворіли ( $p < 0,05$ ). Зниження розумової та фізичної працездатності було найпоширенішим симптомом цієї групи: воно було виявлено у 68,2 % пацієнтів, які не хворіли на COVID-19 і у 80,0 % пацієнтів з COVID-19 в анамнезі ( $p < 0,01$ ). Апатія, байдужість мали місце відповідно у 12,9 % і у 21,7 % пацієнтів ( $p < 0,05$ ). Порушення концентрації уваги було виявлено відповідно у 25,8 % та у 43,3 % обстежених ( $p < 0,01$ ).

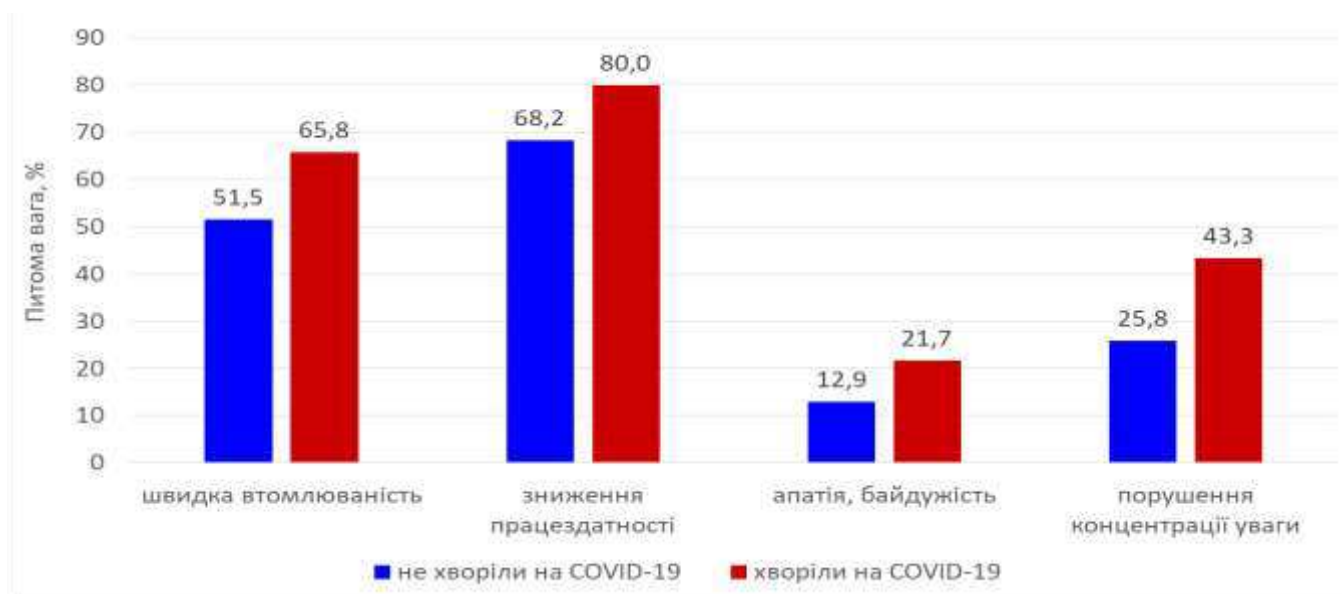


Рис. 3.3. Структура астеничних проявів в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у % до загальної кількості обстежених у кожній групі)

Ще однією групою симптомів, виявлених у обстежених пацієнтів, була obsesивно-компульсивна симптоматика (рис. 3.4). Ця симптоматика в УБД тісно пов'язана з посттравматичними розладами внаслідок дії катастрофічного стресу безпосередньої загрози життю і здоров'ю. При цьому зазначена симптоматика не

виявила значущого зв'язку з перенесеною коронавірусною інфекцією, що підтверджується даними статистичного аналізу.

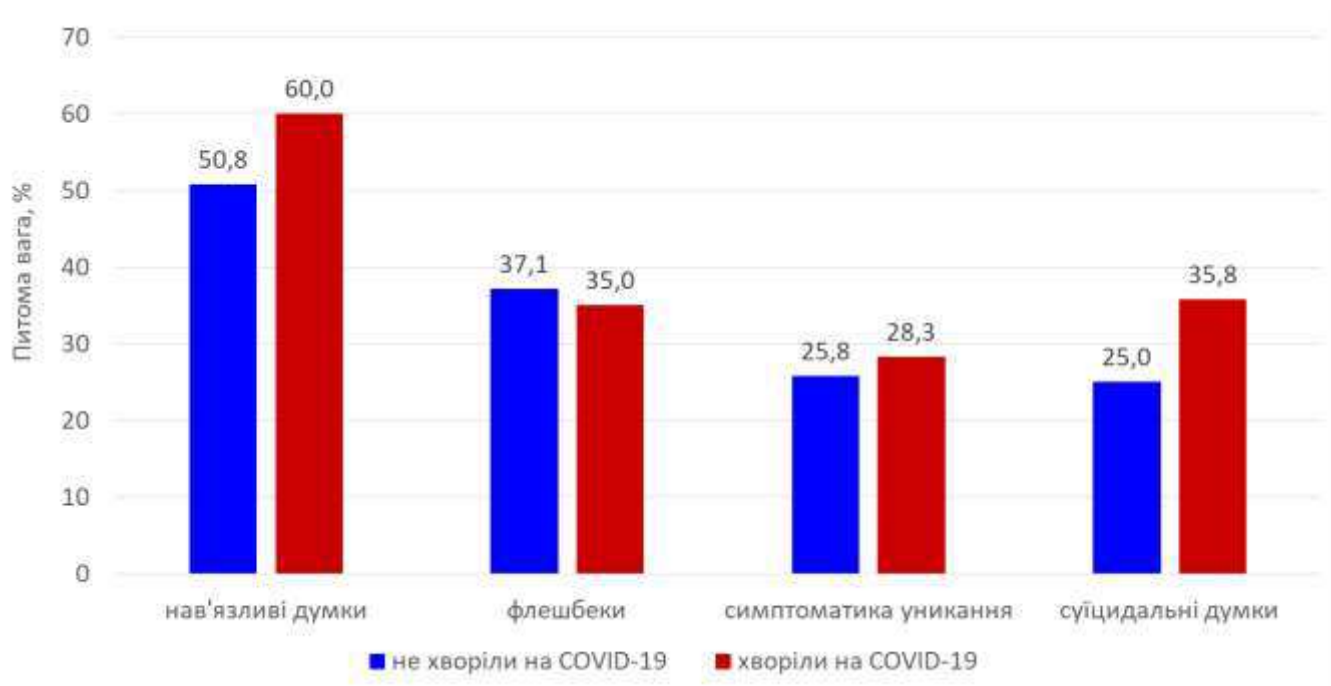


Рис. 3.4. Структура obsесивно-компульсивних проявів в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у % до загальної кількості обстежених у кожній групі)

Так, скарги на нав'язливі думки висловили 50,8 % пацієнтів, які не мали COVID-19 в анамнезі, і 60,0 % пацієнтів, які перехворіли на коронавірусну інфекцію; флешбеки (нав'язливі повторні відчуття переживання психотравмуючої події) – відповідно 37,1 % і 35,0 %; симптоматику уникання (прагнення пацієнта уникати будь-яких ситуацій, які можуть нагадати йому про пережитий стрес) виявлено відповідно у 25,8 % і 28,3 % пацієнтів. Розбіжності між групами за всіма зазначеними симптомами статистично не значущі ( $p > 0,05$ ). Єдиним симптомом, за яким пацієнти, які перенесли COVID-19, виявили більшу важкість, були суїцидальні думки і думки про смерть: вони виявлені у 25,0 % пацієнтів без COVID-19 в анамнезі, і у 35,8 % пацієнтів, які перенесли COVID-19 ( $p < 0,05$ ).

Важливим елементом клініки НІР в УБД є соматовегетативна симптоматика; вона значуще частіше виявлялася у пацієнтів, які перенесли COVID-19. Так, серед

пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, соматовегетативна симптоматика виявлена у 29,5 % обстежених, тоді як у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – у 58,3 % обстежених ( $p < 0,01$ ).

3.2. Прояви депресивної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Депресивна симптоматика є невід’ємною і важливою складовою клінічної картини НПР в УБД. З урахуванням важливості депресивної симптоматики нами було детально проаналізовано особливості депресивних проявів у зазначеного контингенту пацієнтів. При цьому були виявлені важливі закономірності.

При аналізі поширеності депресивної симптоматики відповідно до стандартизованих критеріїв МКХ-10 було виявлено, що серед основних симптомів депресії найбільш поширеною виявилася ангедонія (втрата інтересу до діяльності, що раніше була приємною і бажаною, або втрата здатності отримувати задоволення від неї): вона була виявлена у 77,3 % пацієнтів, які не хворіли на COVID-19 і у 83,3 % пацієнтів, які перенесли COVID-19; поширеними виявилися також зниження настрою – відповідно 55,3 % і 66,7 %, та швидка втомлюваність – відповідно 51,5 % і 65,8 % (табл. 3.1, рис. 3.5). Розбіжності між групами статистично значущі для зниженого настрою і втомлюваності ( $p < 0,05$ ).

Серед додаткових симптомів депресії відповідно до стандартизованих критеріїв провідне місце належало почуттю провини, марності, тривоги або страху: ці симптоми мали місце у 78,0 % пацієнтів, які не хворіли на COVID-19 і у 87,5 % пацієнтів, які перенесли COVID-19 ( $p < 0,05$ ) та проявам диссомній: відповідно 47,0 % та 61,7 % ( $p < 0,05$ ). Менш поширеними виявилися нездатність концентруватися і приймати рішення – відповідно 25,8 % і 43,3 % ( $p < 0,01$ ); думки про смерть або самогубство – відповідно 25,0 % і 35,8 % ( $p < 0,05$ ); песимізм – відповідно 21,2 % і 31,7 % ( $p < 0,05$ ) та занижена самооцінка – відповідно 21,2 % і 31,7 % ( $p < 0,05$ ) (рис. 3.6). Найменш поширеним симптомом виявився нестабільний апетит і втрата ваги – відповідно 17,4 % і 24,2 %, розбіжності між групами статистично не значущі ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 3.1

**Структура клінічної симптоматики депресивних розладів в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19**

Симптоми	Не хворіли на COVID-19		Хворіли на COVID-19		p
	абс.	%	абс.	%	
Знижений настрій	73	55,3	80	66,7	<0,05
Ангедонія	102	77,3	100	83,3	>0,05
Втомлюваність	68	51,5	79	65,8	<0,05
Песимізм	28	21,2	38	31,7	<0,05
Почуття провини, марності, тривоги або страху	103	78,0	105	87,5	<0,05
Занижена самооцінка	28	21,2	38	31,7	<0,05
Нездатність концентруватися і приймати рішення	34	25,8	52	43,3	<0,01
Думки про смерть або самогубство	33	25,0	43	35,8	<0,05
Нестабільний апетит, зміна ваги	23	17,4	29	24,2	>0,05
Порушений сон, безсоння або пересинання	62	47,0	74	61,7	<0,05

Загалом, одночасна наявність не менш ніж двох основних і трьох додаткових критеріїв депресії, що необхідно для встановлення діагнозу депресивного розладу, була виявлена у 38 пацієнтів (28,8 %), які не хворіли на COVID-19, і у 64 пацієнтів (53,3 %), які перенесли COVID-19. Розбіжності між групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ).



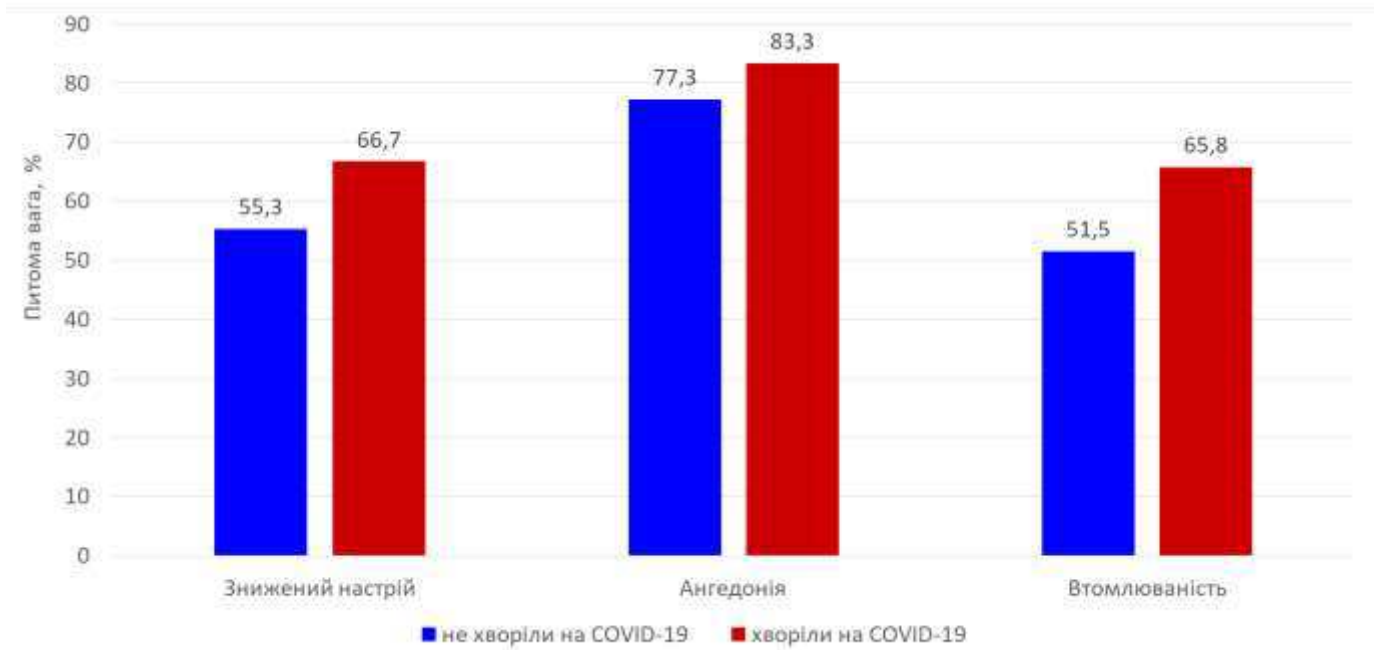


Рис. 3.5. Структура основної симптоматики депресії в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у % до загальної кількості обстежених у кожній групі)

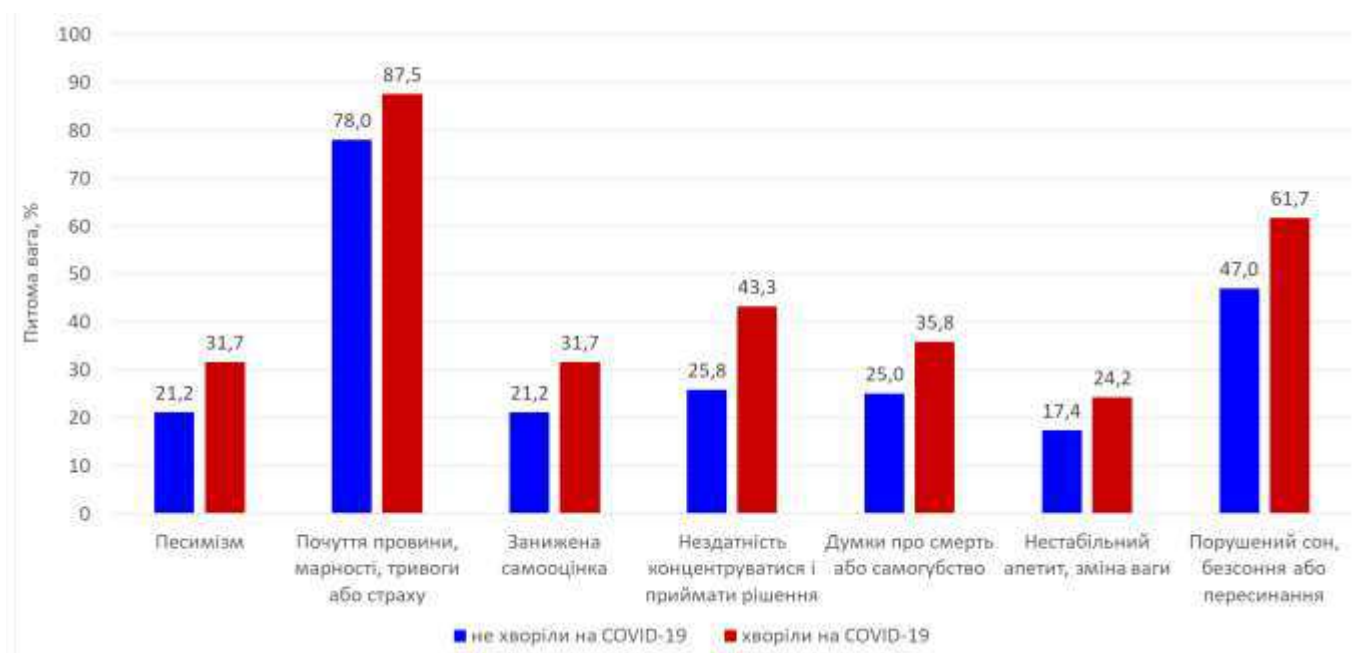


Рис. 3.6. Структура додаткової симптоматики депресії в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у % до загальної кількості обстежених у кожній групі)

Аналіз показників депресивної симптоматики з використанням шкали депресії М. Hamilton дозволив нам кількісно оцінити ступінь виразності як окремих складових афективних порушень, так і депресії в цілому у досліджених пацієнтів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Кількісні показники за шкалою депресії М. Hamilton в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)**

Показник	Показники, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		P
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
Загальний показник депресії	15,29 ± 4,16 / 15,00 (12,00–18,00)	18,05 ± 4,29 / 18,00 (15,00–21,00)	<0,01
Адинамічна депресія	9,04 ± 2,90 / 9,00 (7,00–11,00)	10,58 ± 2,71 / 10,00 (8,00–13,00)	<0,01
Ажитована депресія	8,35 ± 2,55 / 8,00 (7,00–10,00)	9,63 ± 2,61 / 9,00 (8,00–11,00)	<0,01
Депресія зі страхом	6,27 ± 2,28 / 6,00 (5,00–8,00)	7,26 ± 2,05 / 7,00 (6,00–9,00)	<0,01
Недиференційована депресія	5,60 ± 1,80 / 5,00 (4,00–7,00)	6,62 ± 1,90 / 7,00 (5,00–8,00)	<0,01

Так, показник депресивного настрою у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $2,12 \pm 1,04$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $2,48 \pm 1,05$  балів ( $p < 0,01$ ); почуття провини – відповідно  $1,39 \pm 0,51$  балів і  $1,53 \pm 0,52$  балів ( $p < 0,05$ ), суїцидальних намірів – відповідно  $1,18 \pm 0,75$  балів і  $1,35 \pm 0,83$  балів ( $p > 0,05$ ) (рис. 3.7). Ці показники свідчать про високий рівень виразності симптомів депресії, особливо депресивного настрою, у обстежених пацієнтів.

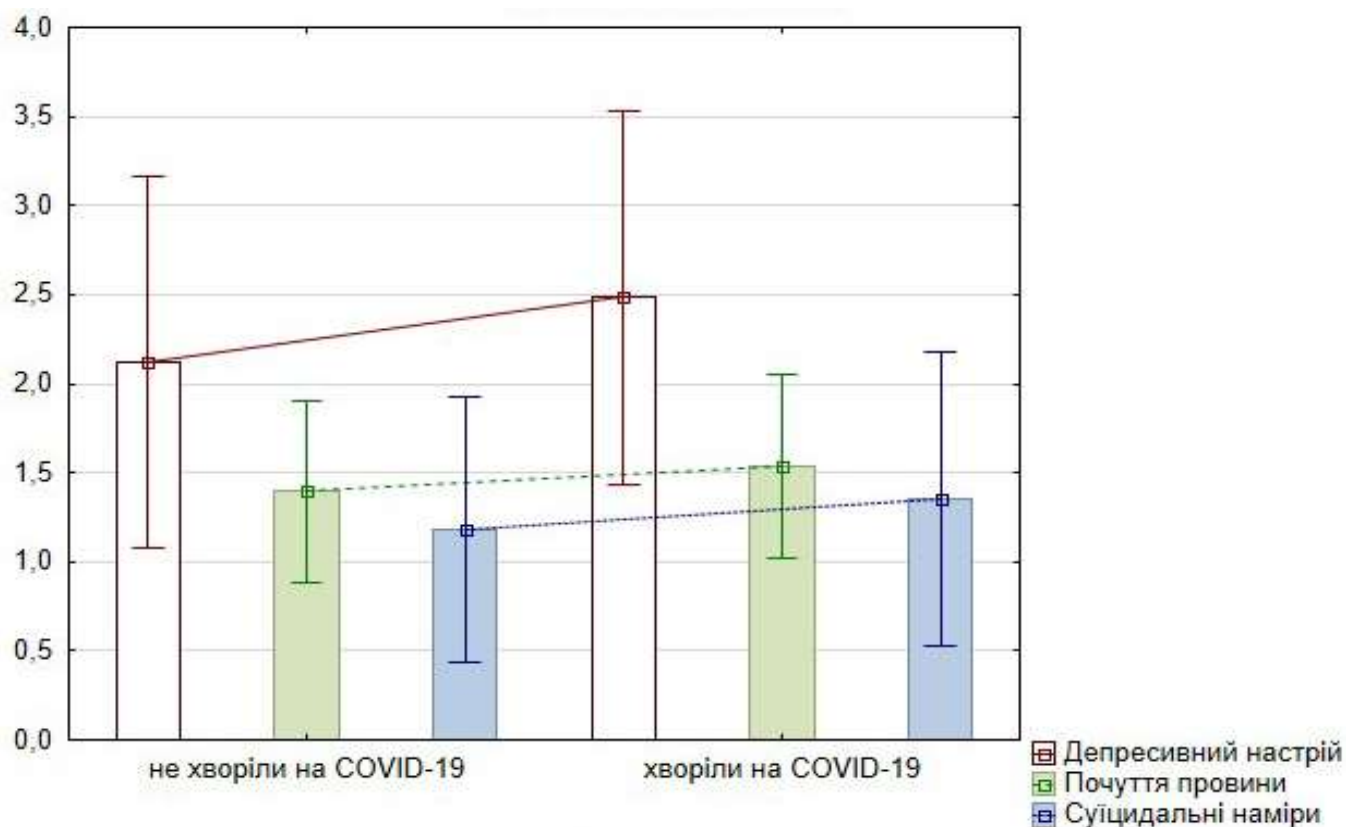


Рис. 3.7. Кількісні показники виразності депресивної симптоматики, почуття провини і суїцидальних намірів за шкалою депресії М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

У обстежених пацієнтів були виявлені підвищені показники різних форм диссомній: раннього безсоння – відповідно  $0,53 \pm 0,77$  балів і  $0,74 \pm 0,85$  балів ( $p < 0,05$ ); середнього безсоння – відповідно  $0,49 \pm 0,75$  балів і  $0,73 \pm 0,86$  балів ( $p < 0,05$ ) та пізнього безсоння – відповідно  $0,43 \pm 0,60$  балів і  $0,69 \pm 0,76$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 3.8).

Учасникам бойових дій з НПР було притаманне виражене збільшення показників порушення працездатності і активності – відповідно  $2,56 \pm 1,01$  балів і  $2,85 \pm 0,90$  балів, при цьому показники у пацієнтів, які перенесли COVID-19, були значуще ( $p < 0,05$ ) вищими, ніж у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19. У пацієнтів, які хворіли на COVID-19, також вищими виявилися показники загальмованості –

відповідно  $1,36 \pm 0,66$  балів і  $1,44 \pm 0,58$  балів, та ажитації – відповідно  $0,77 \pm 0,88$  балів і  $0,82 \pm 0,93$  балів, хоча ці розбіжності статистично не значущі ( $p > 0,05$ ) (рис. 3.9).

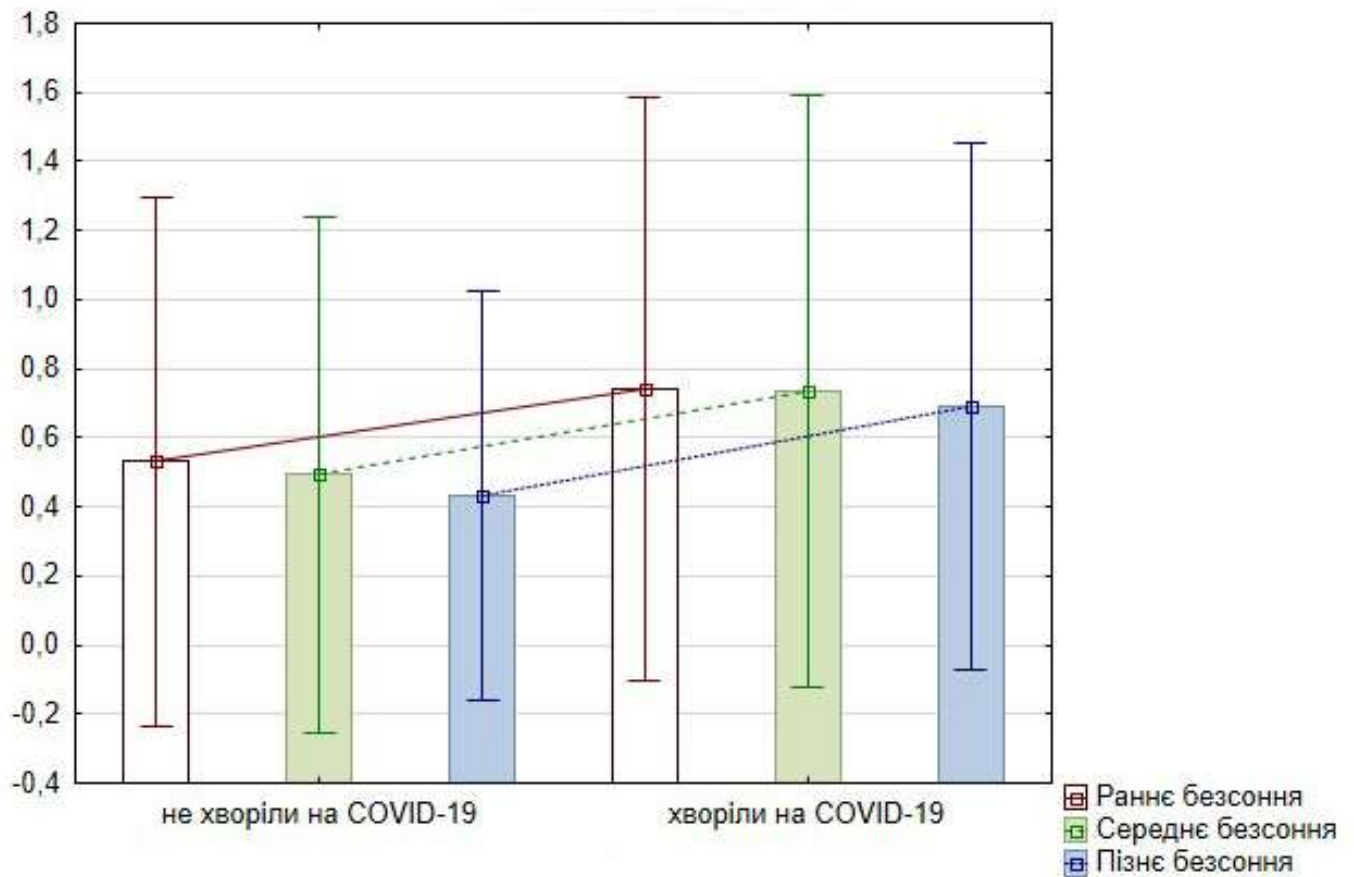


Рис. 3.8. Кількісні показники виразності диссомній за шкалою депресії М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Крім депресивної, у обстежених пацієнтів були виявлені підвищені рівні тривоги, більш виражені у пацієнтів, які перенесли COVID-19: психічної тривоги – відповідно  $2,87 \pm 1,59$  балів і  $3,28 \pm 1,30$  балів ( $p < 0,05$ ), та соматичної тривоги – відповідно  $1,53 \pm 0,90$  балів і  $1,82 \pm 0,97$  балів ( $p < 0,05$ ) (рис. 3.10).

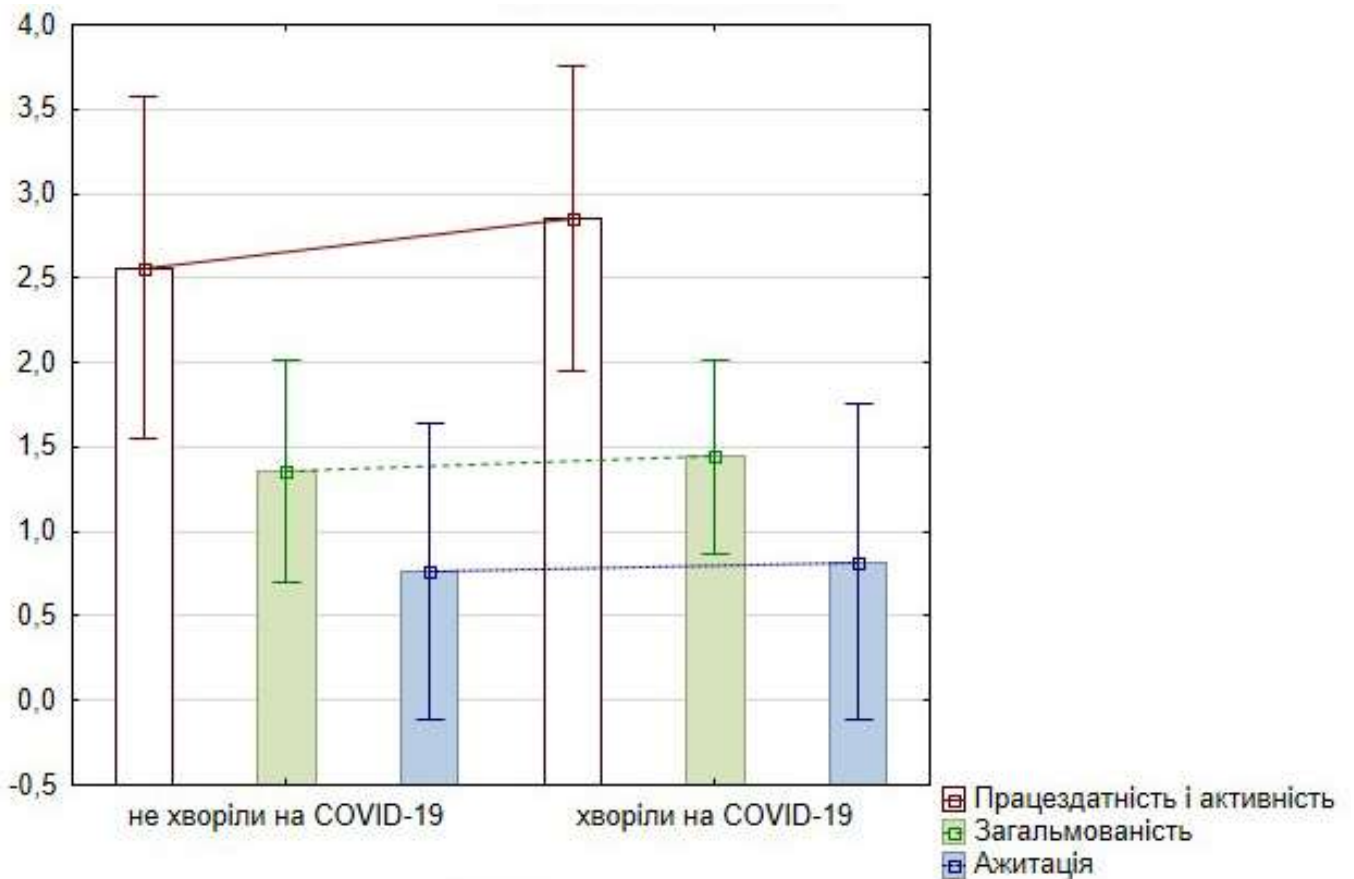


Рис. 3.9. Кількісні показники виразності працездатності і активності, загальмованості та ажитації за шкалою депресії М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Вагоме місце серед проявів депресії у досліджених пацієнтів займає соматична симптоматика депресивних розладів (рис. 3.11): шлунково-кишкові симптоми – відповідно  $0,55 \pm 0,56$  балів і  $0,52 \pm 0,52$  балів ( $p > 0,05$ ); загальні соматичні симптоми – відповідно  $0,97 \pm 0,65$  балів і  $1,28 \pm 0,75$  балів ( $p < 0,01$ ) та генітальні симптоми – відповідно  $1,02 \pm 0,68$  балів і  $1,07 \pm 0,64$  балів ( $p > 0,05$ ).

Також підвищеними виявилися показники іпохондрії – відповідно  $0,71 \pm 0,90$  балів і  $1,04 \pm 0,95$  балів, розбіжності між групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ). Показники втрати ваги у досліджених пацієнтів виявилися невисокими – відповідно  $0,22 \pm 0,51$  балів і  $0,31 \pm 0,56$  балів ( $p > 0,05$ ). Учасники бойових дій з НПР продемонстрували високий рівень критичності до свого стану, незначно гірший у

пацієнтів, які перенесли COVID-19 – відповідно  $0,00 \pm 0,00$  балів і  $0,03 \pm 0,16$  балів ( $p > 0,05$ ) (рис. 3.12).

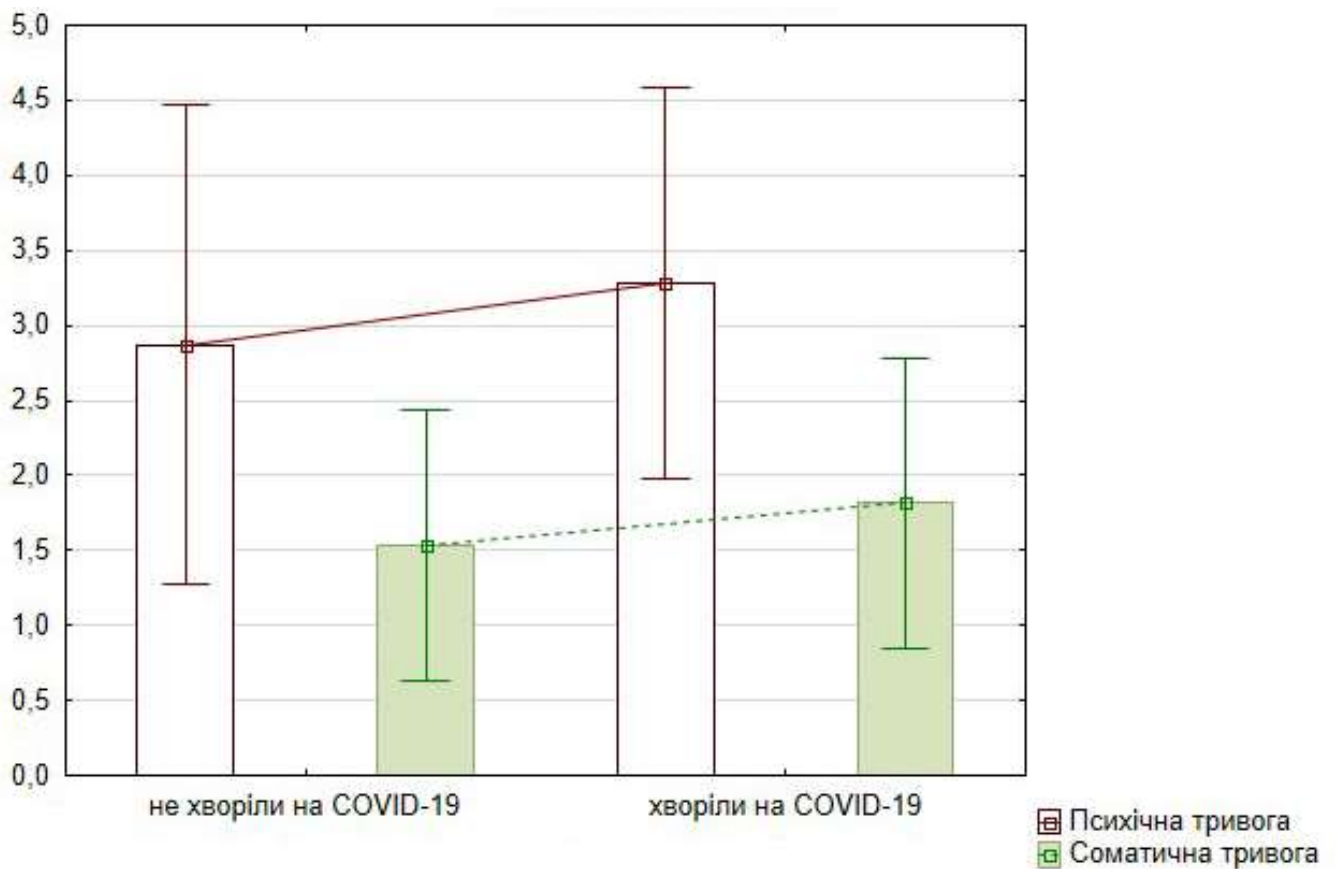


Рис. 3.10. Кількісні показники виразності психічної та соматичної тривоги за шкалою депресії М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Показники психотичної симптоматики депресивних розладів в УБД з НПР виявилися невисокими, і у пацієнтів, які хворіли та не хворіли на COVID-19, значуще не відрізнялися: добові коливання – відповідно  $0,10 \pm 0,30$  балів і  $0,08 \pm 0,28$  балів ( $p > 0,05$ ), деперсоналізація та дереалізація – відповідно  $0,39 \pm 0,94$  балів і  $0,36 \pm 0,86$  балів ( $p > 0,05$ ); параноїдальні симптоми – відповідно  $0,00 \pm 0,00$  балів і  $0,00 \pm 0,00$  балів ( $p > 0,05$ ).

Обстежені пацієнти виявили високий рівень показника obsесивної та компульсивної симптоматики, значуще вищий у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19 – відповідно  $0,97 \pm 1,07$  балів і  $1,28 \pm 1,19$  балів ( $p < 0,05$ ).

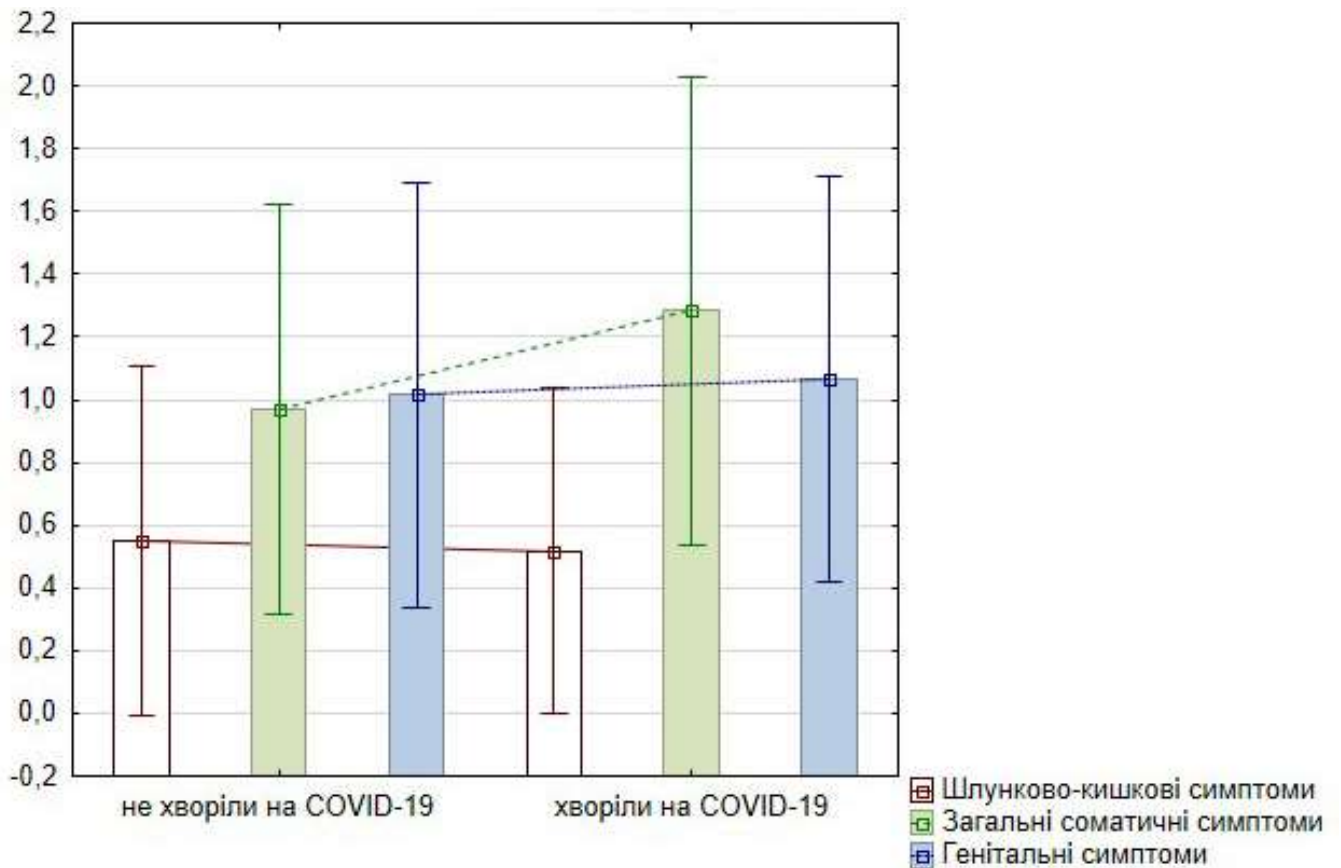


Рис. 3.11. Кількісні показники виразності шлунково-кишкової, загальносоматичної і генітальної симптоматики за шкалою депресії М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Загальний показник депресії в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, склав  $15,29 \pm 4,16$  балів, що відповідає середній важкості, ближче до легкого депресивного розладу, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $18,05 \pm 4,29$  балів, що відповідає середній важкості, ближче до важкого депресивного розладу. Розбіжності у показниках депресії між групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

У обстежених пацієнтів були виявлені також підвищені рівні показників за окремими видами депресії, причому в УБД, які перенесли COVID-19, ці показники були значуще вищими: адинамічної депресії – відповідно  $9,04 \pm 2,90$  балів і  $10,58 \pm 2,71$  балів ( $p < 0,01$ ), ажитованої депресії – відповідно  $8,35 \pm 2,55$  балів і  $9,63 \pm 2,61$  балів ( $p < 0,01$ ), депресії зі страхом – відповідно  $6,27 \pm 2,28$  балів і  $7,26 \pm 2,05$  балів ( $p < 0,01$ ) та недиференційованої депресії – відповідно  $5,60 \pm 1,80$  балів і  $6,62 \pm 1,90$  балів ( $p < 0,01$ ).

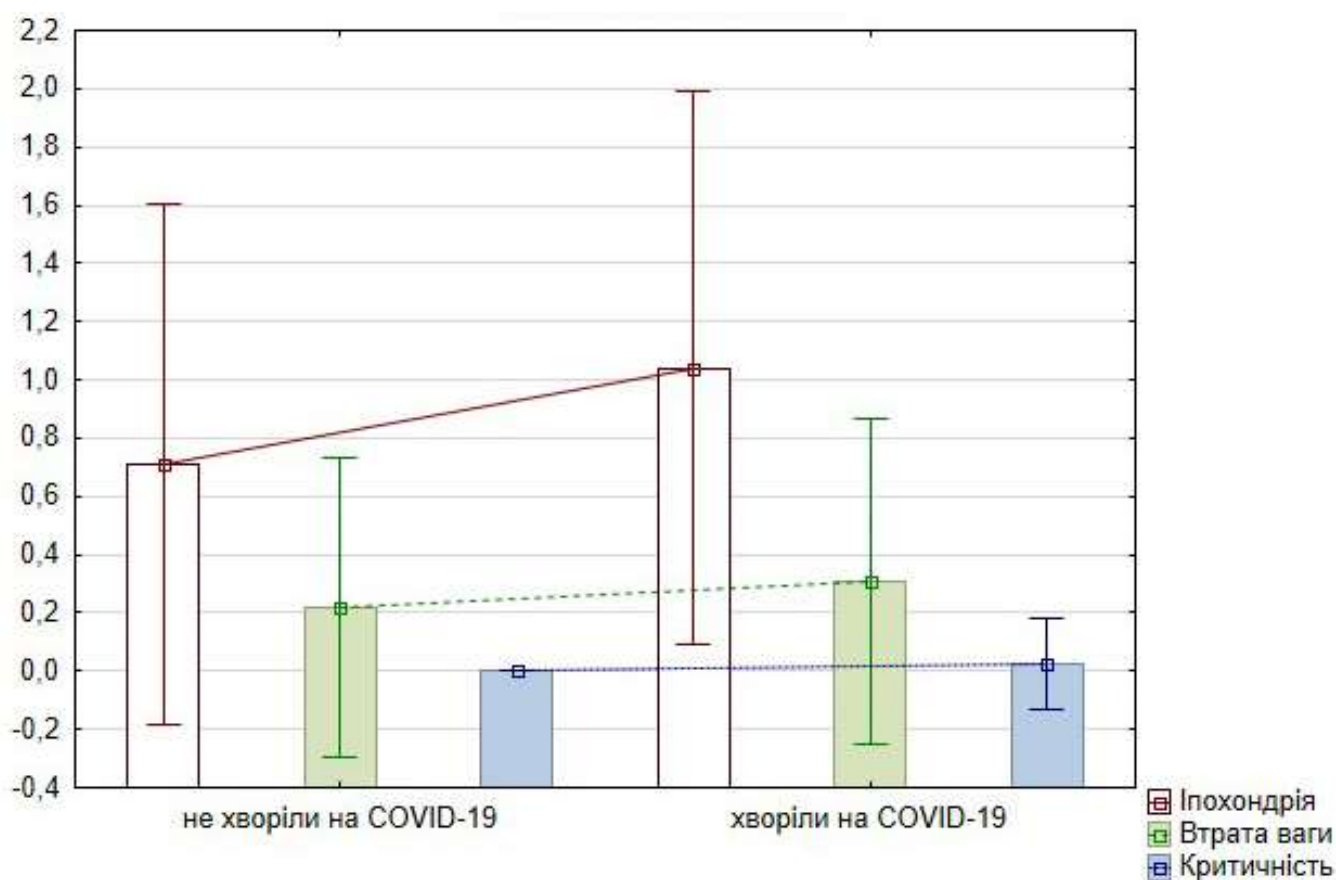


Рис. 3.12. Кількісні показники виразності іпохондрії, втрати ваги і критичності за шкалою депресії М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Загалом, одержані дані свідчать про наявність в УБД з НПР ознак депресивного розладу, значущі більше виражених у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19.



### 3.3. Особливості проявів тривоги в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Крім депресивної симптоматики, в структурі афективних проявів НПР в УБД важливе місце займають прояви тривоги, які були виявлені у більшості обстежених пацієнтів. Кількісна оцінка виразності тривожних феноменів за допомогою шкали тривоги М. Hamilton дозволила нам дати детальну характеристику проявів тривоги у дослідженого контингенту.

У цілому, УБД з НПР були притаманні підвищені рівні тривоги (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

#### Кількісні показники за шкалою тривоги М. Hamilton в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)

Показник	Показники, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
Загальний показник тривоги	20,52 ± 7,14 / 21,00 (15,00–25,00)	24,53 ± 6,69 / 23,50 (21,00–28,50)	<0,01
Психічна тривога	12,23 ± 4,57 / 12,00 (9,00–15,50)	14,74 ± 3,71 / 14,00 (12,50–17,50)	<0,01
Соматична тривога	8,29 ± 3,79 / 8,00 (6,00–11,00)	9,78 ± 3,94 / 9,00 (7,00–12,00)	<0,01

Так, показник тривожного настрою у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $2,87 \pm 1,59$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19, склав  $3,28 \pm 1,30$  балів ( $p < 0,05$ ); напруження – відповідно  $2,51 \pm 1,21$  балів і  $2,78 \pm 1,26$  балів ( $p < 0,05$ ); страхів – відповідно  $1,76 \pm 1,16$  балів і  $1,90 \pm 0,91$  балів ( $p > 0,05$ ) (рис. 3.13).

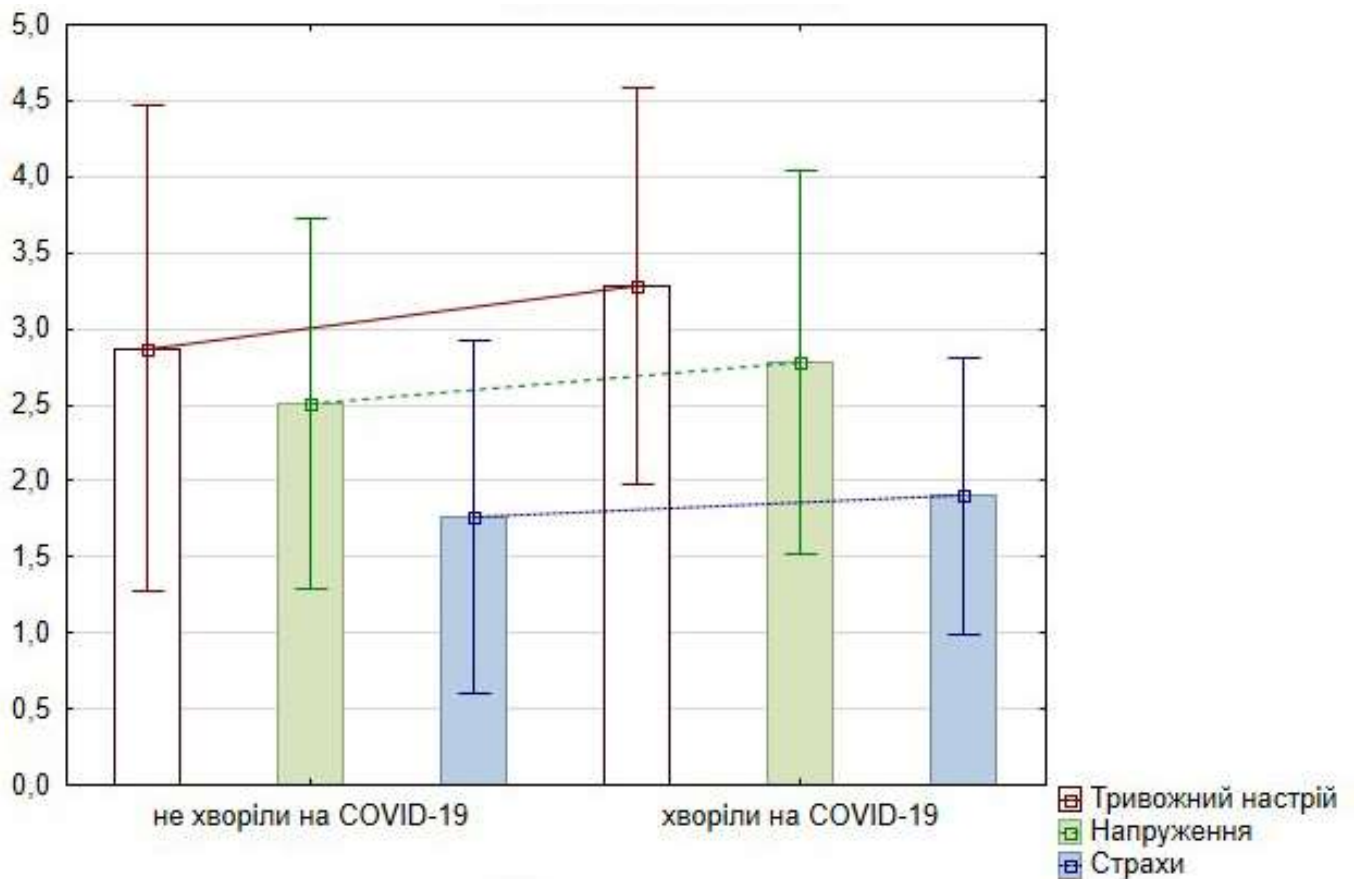


Рис. 3.13. Кількісні показники виразності тривожного настрою, напруження і страхів за шкалою тривоги М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

У структурі тривожної симптоматики виявлено підвищені показники інсомнії – відповідно  $1,41 \pm 1,48$  балів і  $2,03 \pm 1,60$  балів ( $p < 0,01$ ), когнітивних порушень – відповідно  $1,56 \pm 1,06$  балів і  $2,27 \pm 0,77$  балів ( $p < 0,01$ ), а також депресивного настрою – відповідно  $2,12 \pm 1,04$  балів і  $2,48 \pm 1,05$  балів ( $p < 0,01$ ), що узгоджуються з показниками, одержаними з використанням шкали депресії М. Hamilton (рис. 3.14).

У досліджених пацієнтів були виявлені підвищені показники соматичних м'язових симптомів (біль, посмикування у м'язах, напруження, судоми, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус) – відповідно  $0,98 \pm 1,10$  балів і  $1,20 \pm 1,07$  балів ( $p > 0,05$ ) та соматичних сенсорних симптомів (дзвін у вухах,

нечіткість зору, припливи жару або холоду, відчуття слабкості, поколювання) – відповідно  $0,80 \pm 1,07$  балів і  $1,11 \pm 1,18$  балів ( $p < 0,05$ ) (рис. 3.15).

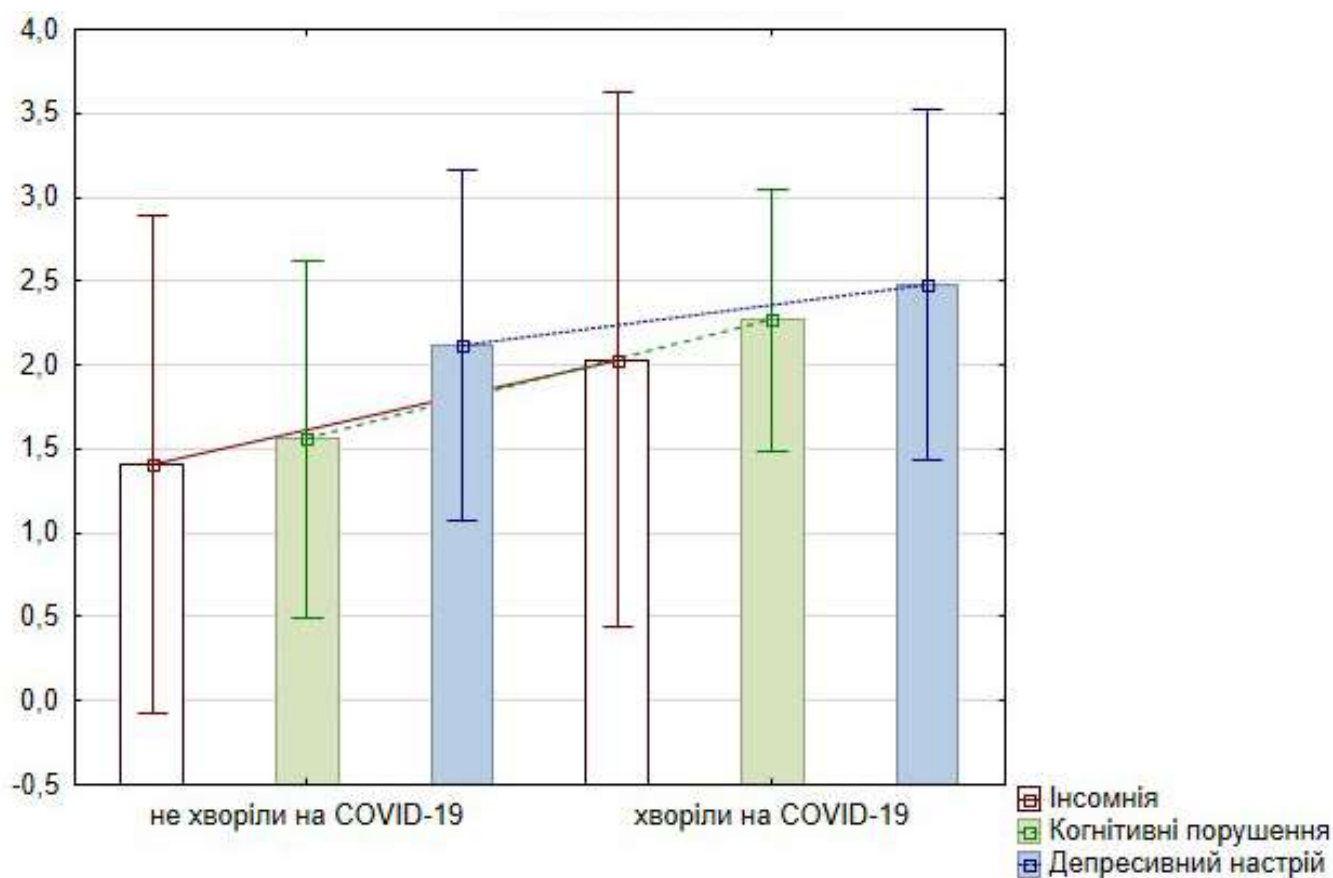


Рис. 3.14. Кількісні показники виразності інсомнії, когнітивних порушень та депресивного настрою за шкалою тривоги М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Аналогічно, дослідження з використанням шкали тривоги М. Hamilton підтвердило високий рівень показників виразності соматичної симптоматики афективних порушень у досліджених пацієнтів: серцево-судинних симптомів (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах) – відповідно  $1,16 \pm 1,07$  балів і  $1,53 \pm 1,07$  балів ( $p < 0,05$ ); респіраторних симптомів (відчуття тиску і стиснення у грудях, задишка, часте дихання) – відповідно  $0,60 \pm 0,91$  балів і  $0,88 \pm 1,03$  балів ( $p < 0,05$ ); гастроінтестинальних симптомів (утруднене ковтання, метеоризм, біль у

животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювота, урчання в животі, діарея, закрепи, зниження маси тіла) – відповідно  $1,02 \pm 0,68$  балів і  $1,07 \pm 0,64$  балів ( $p > 0,05$ ). При цьому при більш високих значеннях показників у пацієнтів, які перенесли COVID-19, розбіжності між групами були статистично значущими лише для серцево-судинної симптоматики, і не значущими для респіраторної і гастроінтестинальної симптоматики (рис. 3.16).

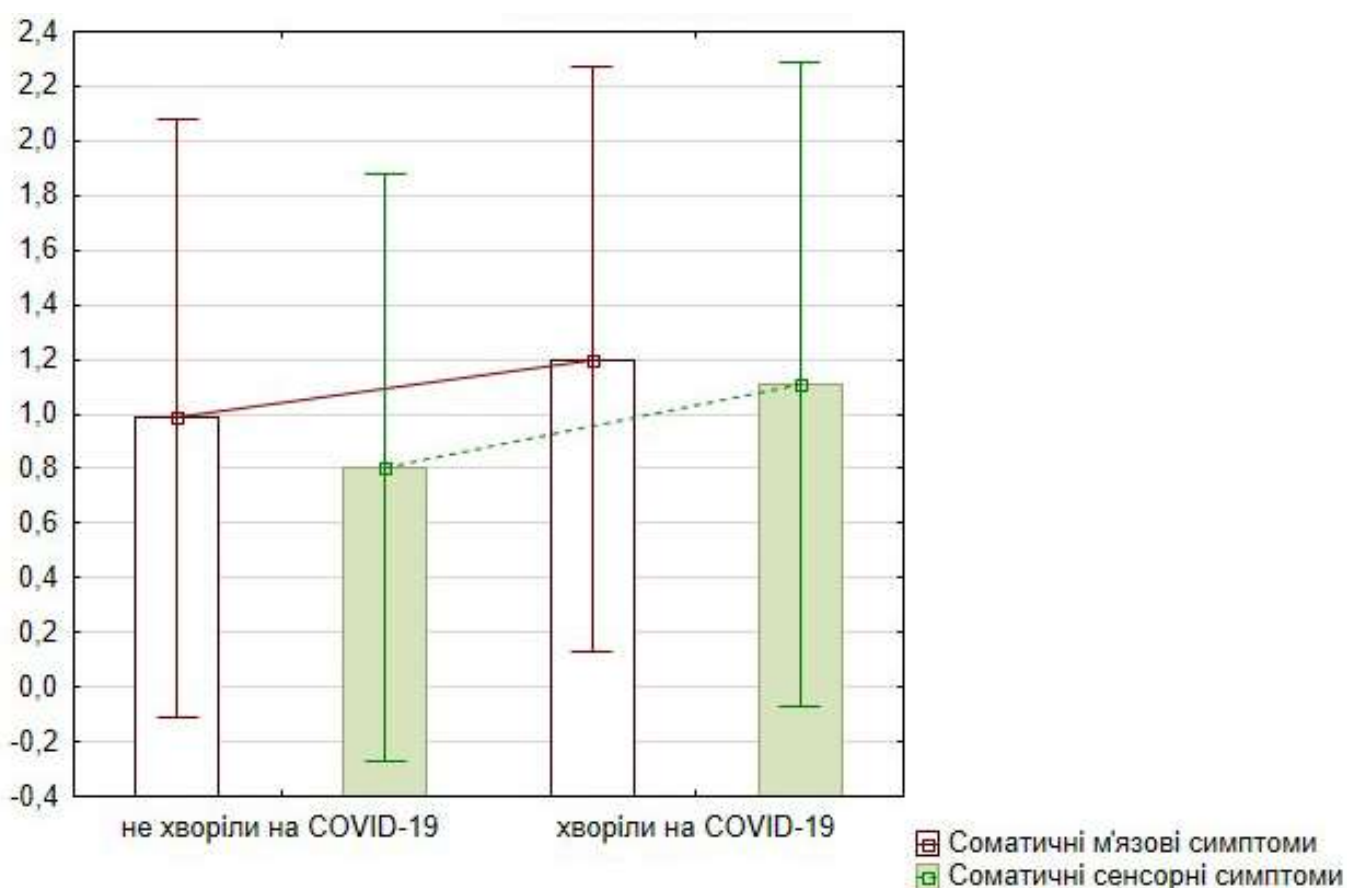


Рис. 3.15. Кількісні показники виразності соматичних м'язових симптомів та соматичних сенсорних симптомів за шкалою тривоги М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Підвищені показники були виявлені також для сечостатевих симптомів (часте сечовипускання, сильні позиви на сечовиділення, зниження статевого потягу, еректильна дисфункція) – відповідно  $1,02 \pm 0,68$  балів і  $1,07 \pm 0,64$  балів ( $p > 0,05$ ) і

вегетативних симптомів (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі, відчуття напруги) – відповідно  $1,08 \pm 1,37$  балів і  $1,31 \pm 1,40$  балів ( $p > 0,05$ ), а також для поведінки при огляді – відповідно  $1,64 \pm 1,13$  балів і  $1,63 \pm 1,10$  балів ( $p > 0,05$ ) (рис. 3.17).

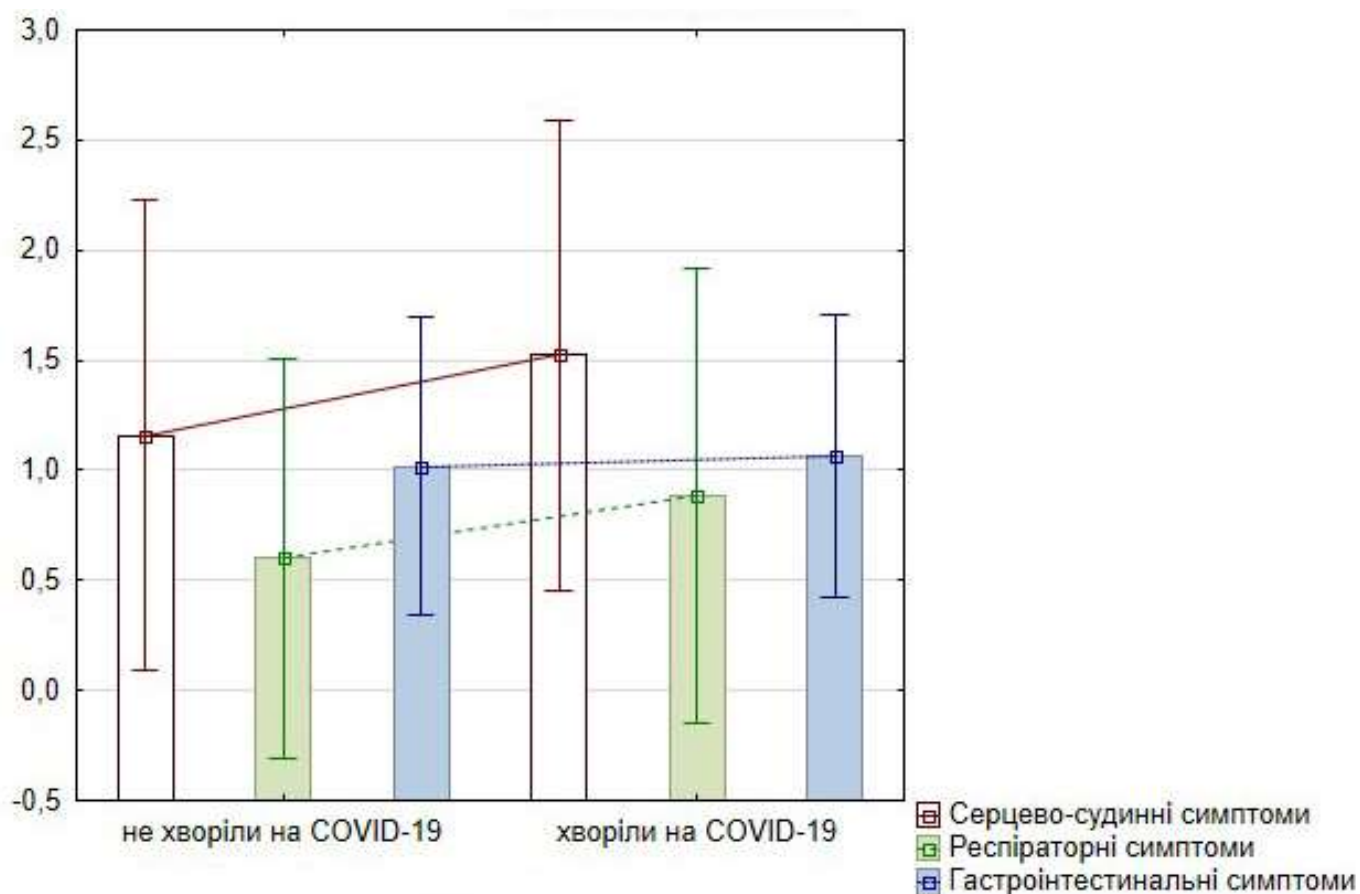


Рис. 3.16. Кількісні показники виразності серцево-судинної, респіраторної та гастроінтестинальної симптоматики за шкалою тривоги М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Загальний показник тривоги в УБД з НПП відповідав середньому рівню, при цьому у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, показник був ближчим до низького рівня і склав  $20,52 \pm 7,14$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – близьким до межі високого рівня:  $24,53 \pm 6,69$  балів ( $p < 0,01$ ).

У структурі тривоги підвищені рівні були виявлені для її окремих видів: психічної тривоги – відповідно  $12,23 \pm 4,57$  балів і  $14,74 \pm 3,71$  балів ( $p < 0,01$ ) та соматичної тривоги – відповідно  $8,29 \pm 3,79$  балів і  $9,78 \pm 3,94$  балів ( $p < 0,01$ ).

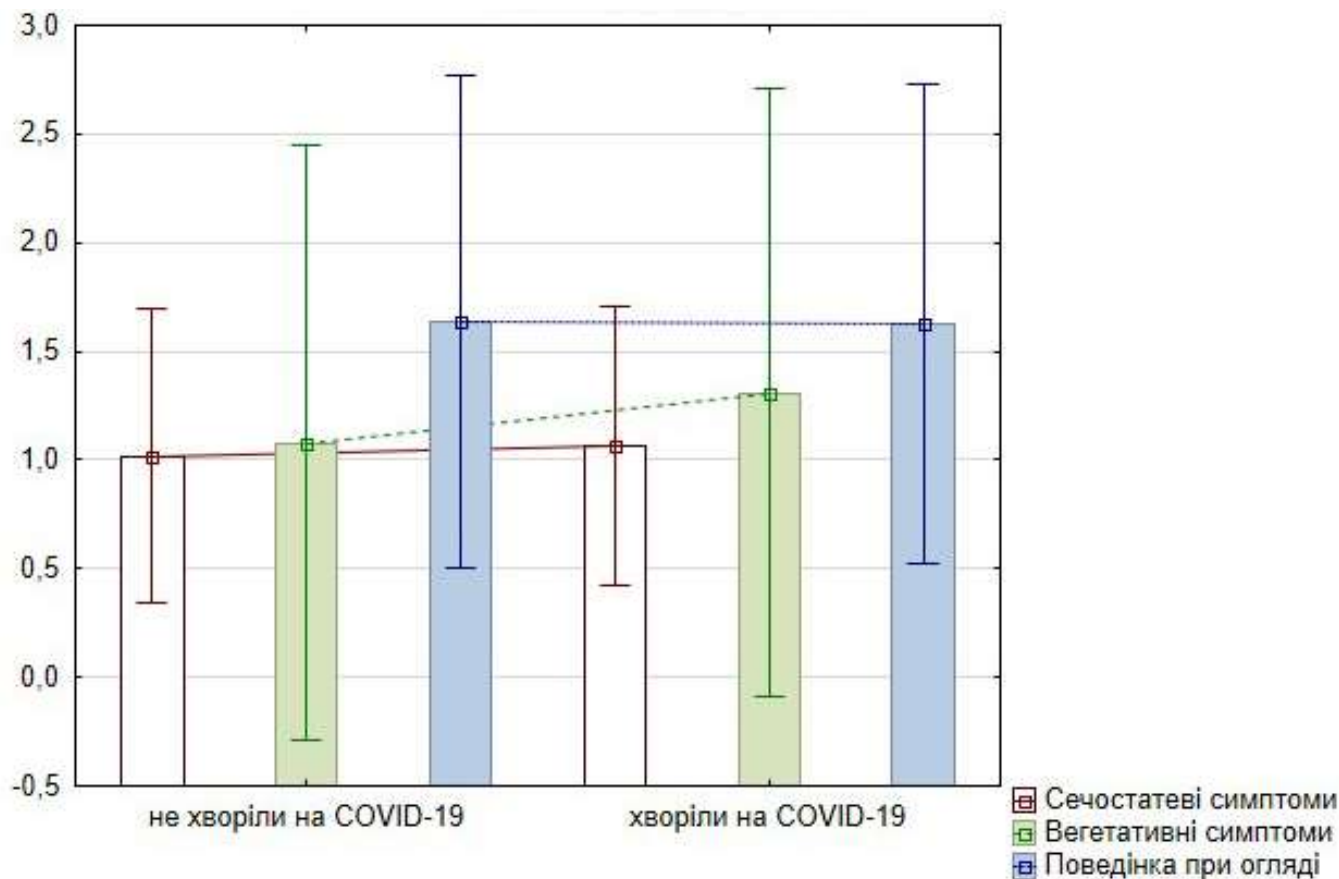


Рис. 3.17. Кількісні показники виразності сечостатевої, вегетативної симптоматики і поведінки при огляді за шкалою тривоги М. Hamilton (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Одержані дані дозволяють нам зробити висновок про важливу роль тривоги у комплексній клінічній картині непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

### 3.4. Кількісна оцінка виразності психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Використання стандартизованих психометричних методик дозволило нам не лише виявити структуру і поширеність психопатологічної симптоматики в УБД з НПП, які хворіли і не хворіли на COVID-19, а й кількісно оцінити виразність кожного симптому, та їх співвідношення.

Клініко-психопатологічна феноменологія НПП в УБД характеризується поліморфністю і складним характером співвідношень між симптомами (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

#### **Кількісні показники за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised в учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)**

Симптом	Показники, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
1	2	3	4
Соматизація	1,63 ± 1,07 / 2,00 (0,60–2,70)	2,47 ± 0,80 / 2,80 (2,25–3,00)	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	2,42 ± 0,33 / 2,30 (2,20–2,45)	2,55 ± 0,36 / 2,50 (2,35–2,50)	<0,01
Міжособистісна сензитивність	1,23 ± 0,96 / 1,20 (0,30–2,05)	1,52 ± 0,97 / 1,30 (0,80–2,30)	<0,05
Депресія	2,20 ± 1,15 / 2,60 (0,70–3,25)	2,66 ± 1,03 / 2,90 (2,20–3,50)	<0,01

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4
Тривожність	2,18 ± 0,91 / 2,00 (1,40–2,90)	2,41 ± 0,89 / 2,30 (1,50–3,40)	<0,05
Ворожість	1,31 ± 0,38 / 1,30 (0,80–1,70)	1,42 ± 0,39 / 1,40 (1,20–1,70)	<0,05
Фобічна тривожність	1,23 ± 0,49 / 1,10 (0,70–1,70)	1,28 ± 0,48 / 1,10 (0,90–1,70)	>0,05
Паранояльні симптоми	0,03 ± 0,08 / 0,00 (0,00–0,00)	0,05 ± 0,11 / 0,00 (0,00–0,00)	>0,05
Психотизм	0,18 ± 0,17 / 0,20 (0,00–0,30)	0,20 ± 0,16 / 0,20 (0,00–0,30)	>0,05
Додаткові симптоми	0,83 ± 0,73 / 0,70 (0,10–1,10)	1,31 ± 0,88 / 1,30 (0,60–1,90)	<0,01
Індекс GSI	1,44 ± 0,54 / 1,60 (0,85–1,90)	1,73 ± 0,47 / 1,90 (1,60–2,10)	<0,01
Індекс PSI	48,77 ± 12,71 / 52,50 (36,00–59,00)	55,54 ± 9,92 / 58,00 (52,00–63,00)	<0,01
Індекс PDSI	2,57 ± 0,39 / 2,60 (2,20–2,90)	2,77 ± 0,37 / 2,85 (2,70–3,00)	<0,01

Соматизація (порушення, що відображують дистрес, який виникає від соматичних відчуттів у кардіоваскулярній, респіраторній, гастроінтестинальній, сечостатевої та інших системах, головні болі, інші болі, м'язовий дискомфорт, а також інші соматичні еквіваленти тривожності; ці симптоми можуть бути як проявами реальних соматичних захворювань, так і результатом соматизації



психічних розладів, інтрапсихічних конфліктів та психосоматичних симптомів: серцебиття, коливань артеріального тиску, затримка або порушення дихання, задишка, тахіпное, нудота, блювота, проноси, закрепи, підвищене виділення слини, сухість в роті, м'язова напруга, тремтіння, судоми, посмикування в м'язах, еректильна дисфункція, зниження лібідо, розлади сечовипускання тощо) в УБД з НПР була вираженою, показник її у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, відповідав середньому рівню –  $1,63 \pm 1,07$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 був значуще ( $p < 0,01$ ) вищим, і відповідав підвищеному рівню:  $2,47 \pm 0,80$  балів (рис. 3.18).

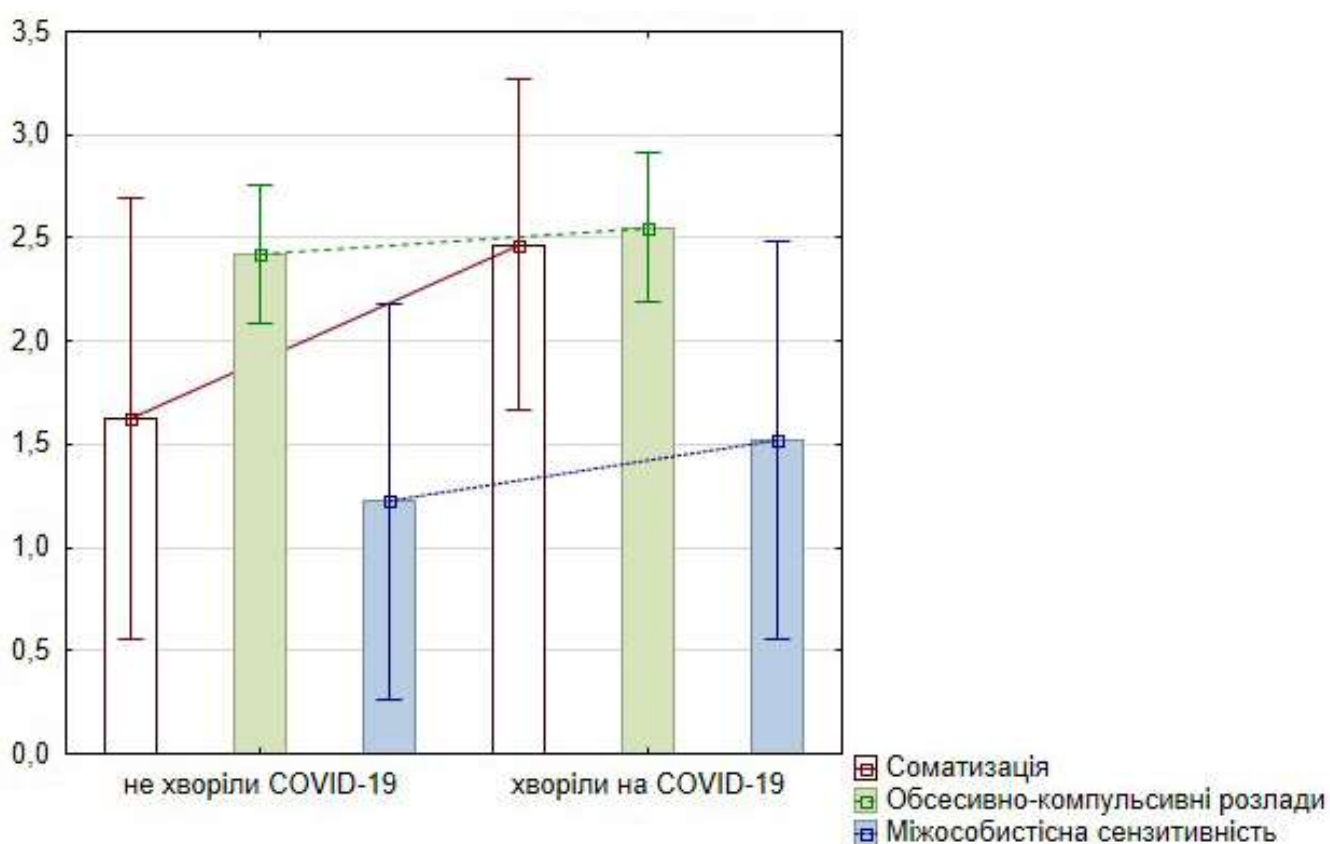


Рис. 3.18. Кількісні показники виразності соматизації, обсесивно-компульсивної симптоматики та міжособистісної сензитивності за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Обсесивно-компульсивні розлади (психопатологічні явища, що характеризуються багатократним спонтанним виникненням переживань, які супроводжуються болісним відчуттям примусовості, мимовільним виникненням всупереч волі пацієнта у стані ясної свідомості і ставленням до них як до чужих, непритаманних психіці даного індивіда) у дослідженого контингенту закономірно були вираженими, відображували переважно бойовий стрес, і відповідали підвищеному рівню – відповідно  $2,42 \pm 0,33$  балів і  $2,55 \pm 0,36$  балів ( $p < 0,01$ ).

Міжособистісна сензитивність (почуття особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо у ситуаціях, коли індивід порівнює себе з іншими людьми, що супроводжується самозвинуваченням, почуттям неспокою і дискомфортом у міжособистісній взаємодії) в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, відповідала низькому рівню –  $1,23 \pm 0,96$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – середньому рівню:  $1,52 \pm 0,97$  балів. Розбіжності у показниках між групами статистично значущі ( $p < 0,05$ ).

Дослідження з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised підтвердило наявність в УБД з НПР підвищених рівнів депресії – відповідно  $2,20 \pm 1,15$  балів і  $2,66 \pm 1,03$  балів ( $p < 0,01$ ) і тривожності – відповідно  $2,18 \pm 0,91$  балів і  $2,41 \pm 0,89$  балів ( $p < 0,05$ ). Кількісні показники за цими симптомами у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, відповідали середньому рівню, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – підвищеному рівню (рис. 3.19).

Показник ворожості (думки, почуття або дії, які є проявами негативного афекту злості, що включає агресію, дратівливість, гнів і обурення) у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $1,31 \pm 0,38$  балів, а у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19 –  $1,42 \pm 0,39$  балів ( $p < 0,05$ ).

Фобічна тривожність (стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти чи ситуації, що характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу і тягне за собою уникаючу поведінку) у пацієнтів обох груп значуще не відрізнялася – відповідно  $1,23 \pm 0,49$  балів і  $1,28 \pm 0,48$  балів ( $p > 0,05$ ).

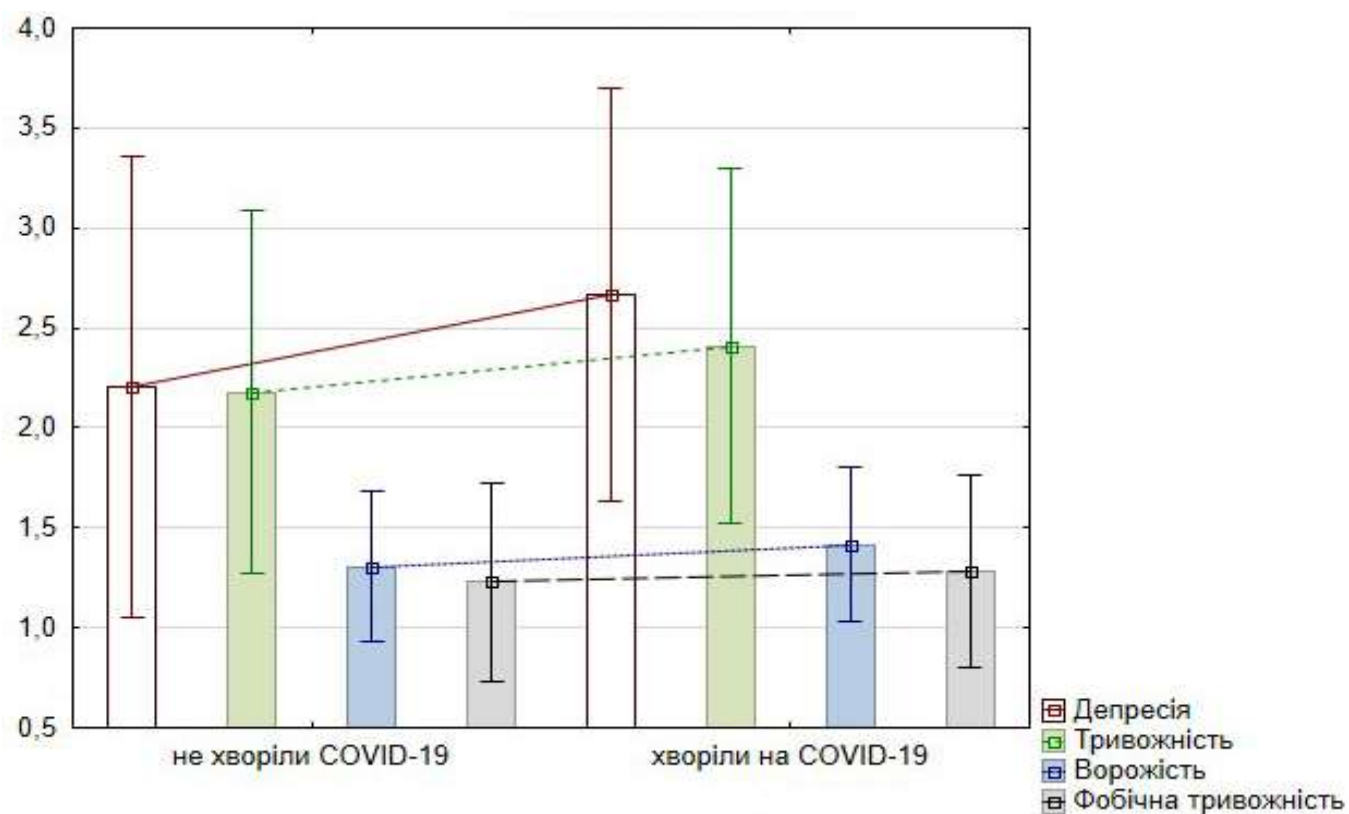


Рис. 3.19. Кількісні показники виразності депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Дані опитувальника Symptom Check List-90-Revised підтвердили низький рівень психотичної симптоматики в УБД з НПР: паранояльних симптомів – відповідно  $0,03 \pm 0,08$  балів і  $0,05 \pm 0,11$  балів ( $p > 0,05$ ) та психотизму – відповідно  $0,18 \pm 0,17$  балів і  $0,20 \pm 0,16$  балів ( $p > 0,05$ ), при цьому показники у пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію, і не хворіли на COVID-19, значуще не відрізнялися. Додаткова психопатологічна симптоматика (ознаки розладів, що не входять до основного кластеру, але вказують на наявність симптоматичних психопатологічних порушень) у пацієнтів, які перенесли COVID-19, виявилися значуще вищими, і відповідали низькому, близькому до середньому, рівню – відповідно  $0,83 \pm 0,73$  балів і  $1,31 \pm 0,88$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 3.20).

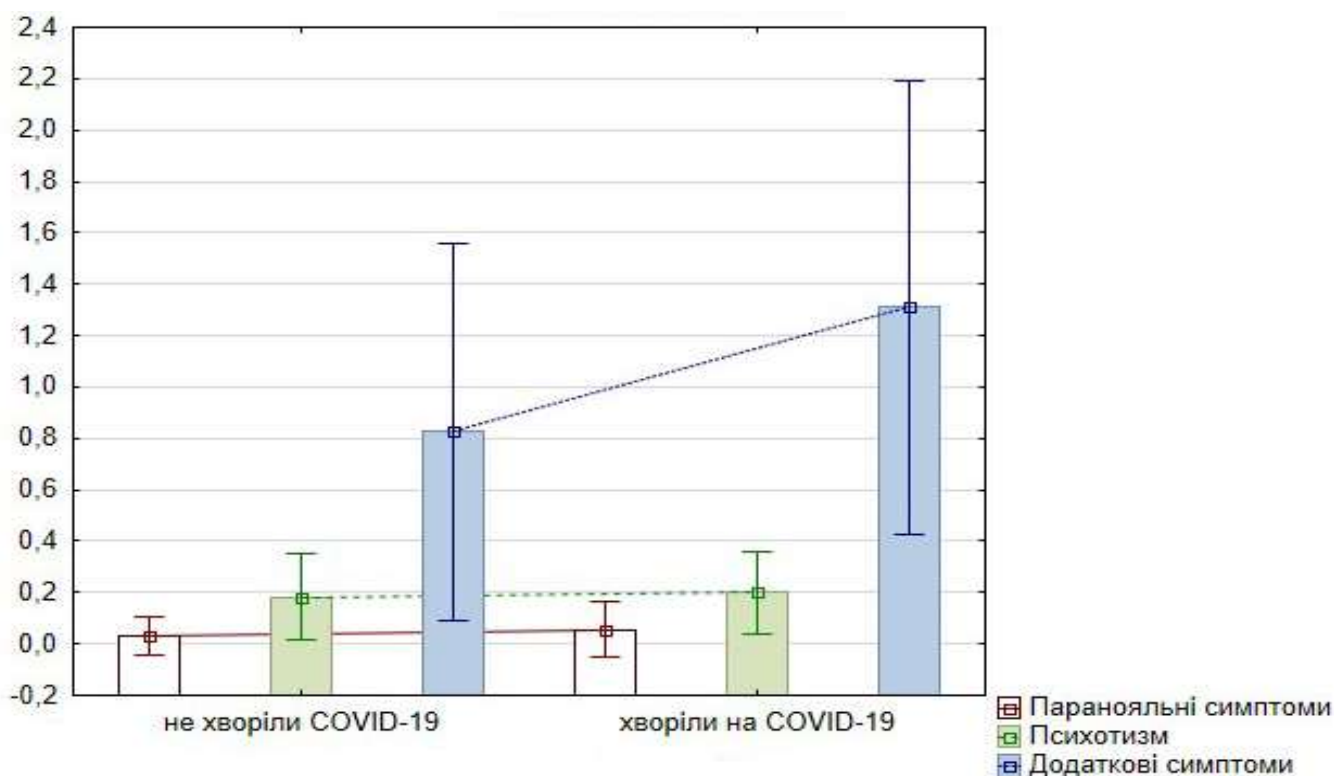


Рис. 3.20. Кількісні показники виразності паранояльної симптоматики, психотизму та додаткової психопатологічної симптоматики за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Загальний показник виразності симптоматики (індекс GSI – General Symptomatical Index) у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, відповідав середньому рівню, а у пацієнтів, які хворіли на COVID-19 – підвищеному рівню:  $1,44 \pm 0,54$  балів і  $1,73 \pm 0,47$  балів. Розбіжності між групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

Індекс проявів симптоматики (PSI – Positive Symptomatical Index) у пацієнтів, які перенесли COVID-19, був значуще вищим: відповідно  $48,77 \pm 12,71$  балів і  $55,54 \pm 9,92$  балів ( $p < 0,01$ ), так само, як індекс виразності дистресу (PDSI – Positive Distress Symptomatical Index) – відповідно  $2,57 \pm 0,39$  балів і  $2,77 \pm 0,37$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 3.21).

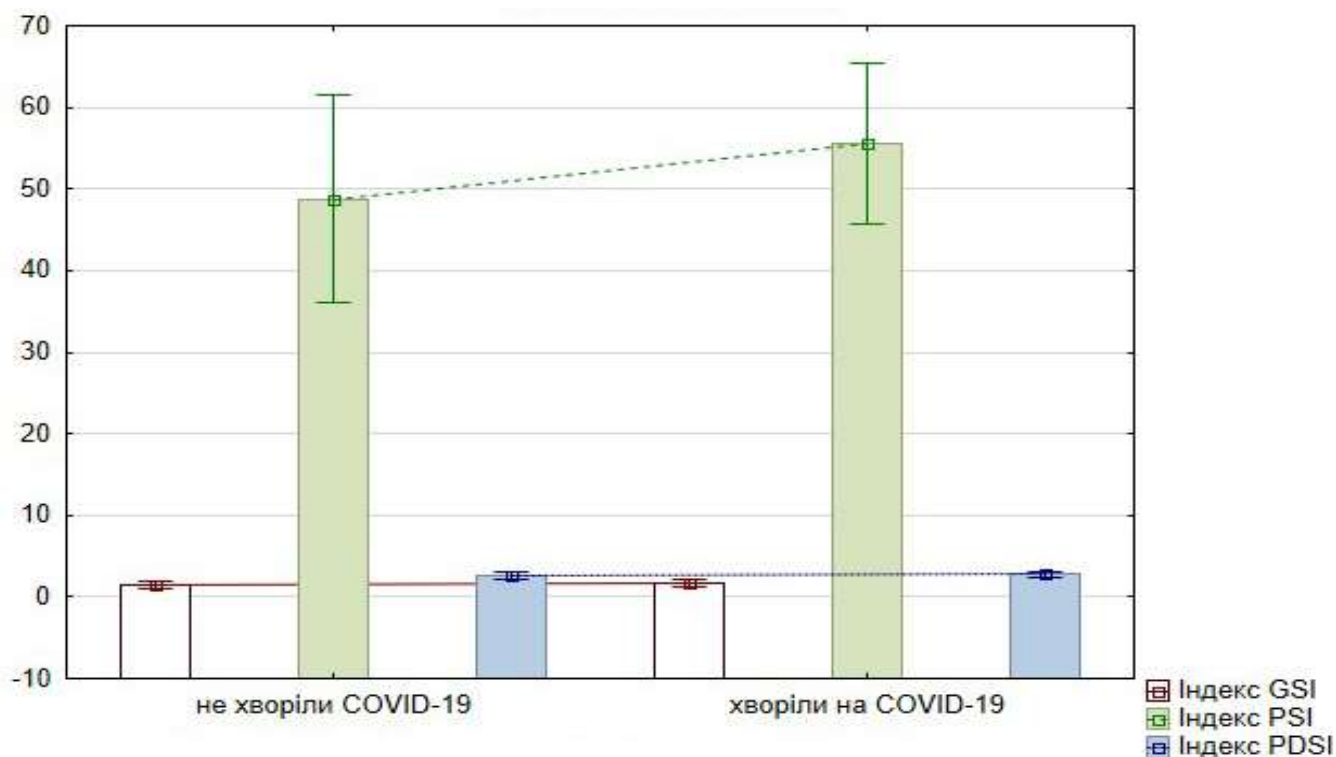


Рис. 3.21. Кількісні показники виразності індексів GSI, PSI та PDSI за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

### 3.5. Прояви порушень когнітивного функціонування в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Дослідженнями останніх років було підтверджено наявність у хворих на НПР, а також у пацієнтів, які перенесли COVID-19, порушень когнітивного функціонування. Наше дослідження дозволило підтвердити ці закономірності, а також виявити ряд важливих тенденцій.

Вивчення особливостей когнітивної переробки інформації та пізнавальних процесів (гнучкості мислення, робочої пам'яті, контролю уваги та гальмування), з використанням тесту ТМТ дало можливість виявити зниження стану когнітивного функціонування зі зниженням швидкості та ефективності когнітивних процесів, яке, однак, не досягало рівня вираженої когнітивної дисфункції (табл. 3.5, рис. 3.22).

Таблиця 3.5

**Кількісні показники за методикою Trail Making Test в учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у секундах)**

Показник	Показники, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
TMT-A	$37,0 \pm 12,2 / 34,0$ (27,5–39,0)	$45,9 \pm 14,8 / 37,5$ (33,5–62,0)	<0,01
TMT-B	$147,4 \pm 37,6 / 143,0$ (126,0–148,5)	$164,4 \pm 53,8 / 147,0$ (118,0–220,5)	<0,05

Час виконання першої частини тесту (TMT-A) в УБД з НІР, які не хворіли на COVID-19, був більшим за середньонормативний показник (29 сек.), але далеким від межі когнітивного дефіциту (78 сек.) і склав  $37,0 \pm 12,2$  сек. У пацієнтів, які перенесли COVID-19, показник також не досягав межі когнітивного дефіциту, але був суттєво вищим за нормативний, і значуще ( $p < 0,01$ ) перевищував показник пацієнтів, які не хворіли на коронавірусну інфекцію:  $45,9 \pm 14,8$  сек.

Знижені показники виконання тесту TMT-A є індикатором сповільнення швидкості психічних процесів і зниження переключення уваги, які в УБД з НІР можуть бути зумовлені впливом невротизації, депресивних і тривожних психопатологічних феноменів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – також нейротоксичним впливом коронавірусної інфекції.

Обстежені пацієнти також гірше, ніж в нормі, виконували другий субтест тесту TMT – TMT-B, при цьому час виконання тесту пацієнтами, які перенесли COVID-19, був значуще ( $p < 0,05$ ) більшим, ніж у пацієнтів без коронавірусної інфекції в анамнезі. Показник за тестом TMT-B у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $147,4 \pm 37,6$  сек., а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $164,4 \pm 53,8$  сек. при середньонормативному значенні виконання тесту 75 сек. Однак, показники

виконання тесту ТМТ-В в обох групах не досягали рівня когнітивного дефіциту (273 сек.). Знижені показники виконання тесту ТМТ-В свідчать про ригідність мислення, загальмованість, швидку виснажуваність, які є індикаторами нейрокогнітивних порушень.

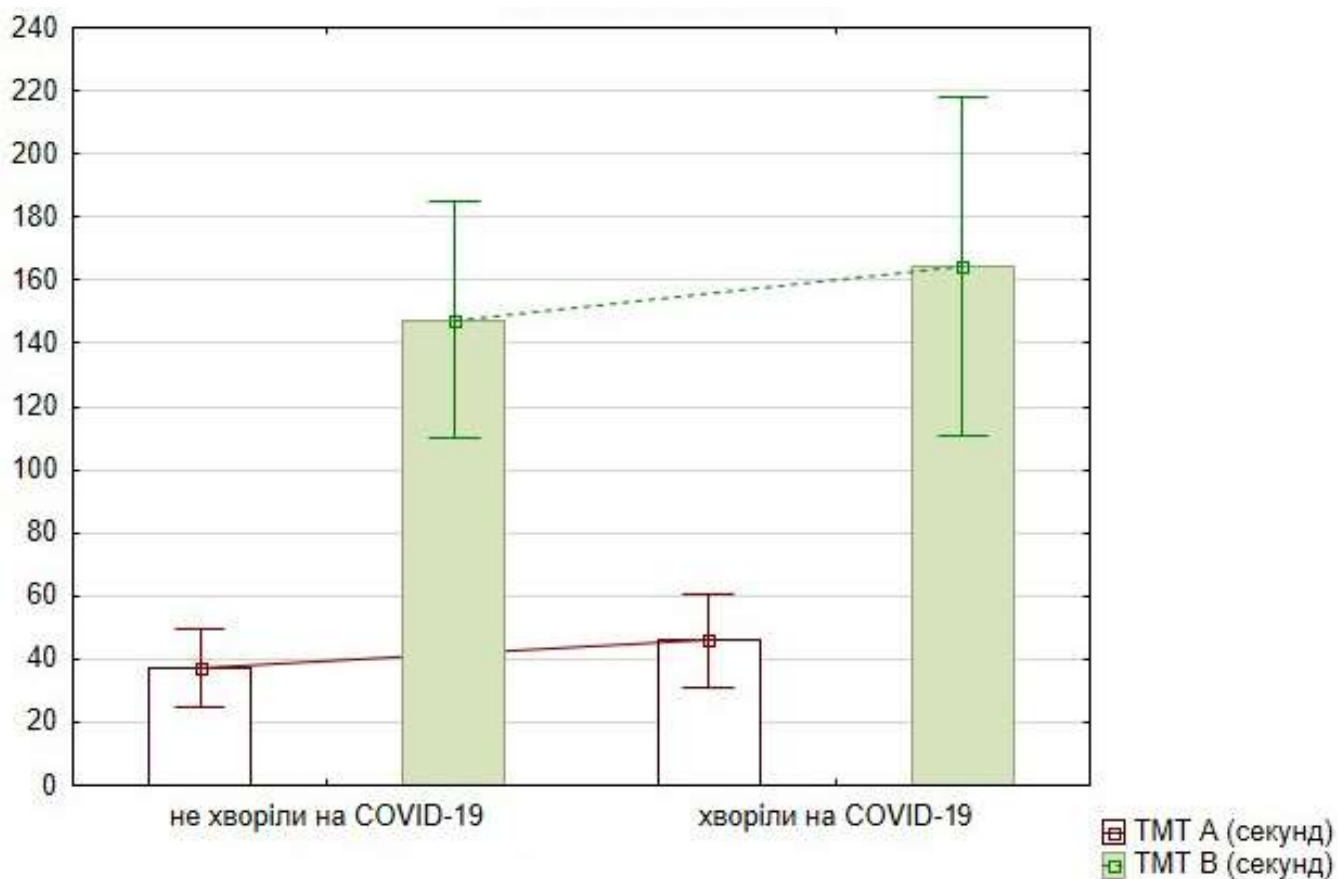


Рис. 3.22. Кількісні показники за методикою Trail Making Test (у секундах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Обстежені пацієнти також гірше, ніж в нормі, виконували другий субтест тесту ТМТ – ТМТ-В, при цьому час виконання тесту пацієнтами, які перенесли COVID-19, був значуще ( $p < 0,05$ ) більшим, ніж у пацієнтів без коронавірусної інфекції в анамнезі. Показник за тестом ТМТ-В у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $147,4 \pm 37,6$  сек., а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $164,4 \pm 53,8$  сек. при середньонормативному значенні виконання тесту 75 сек. Однак, показники

виконання тесту ТМТ-В в обох групах не досягали рівня когнітивного дефіциту (273 сек.). Знижені показники виконання тесту ТМТ-В свідчать про ригідність мислення, загальмованість, швидку виснажуваність, які є індикаторами нейрокогнітивних порушень.

Дослідження стану когнітивних процесів з використанням тесту вербальної швидкості виявило погіршення показників виконання тесту УБД з НІР, як щодо фонетичної вербальної швидкості, тобто називання слів, що починаються на певну літеру абетки, так і щодо семантичної вербальної швидкості, тобто називання слів, які належать до певної семантичної категорії – «чоловічі імена», «фрукти/меблі» (табл. 3.6, рис. 3.23).

Таблиця 3.6

**Кількісні показники тесту вербальної швидкості в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у словах)**

Показник	Показники, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
Кількість слів на літеру «К»	18,2 ± 5,4 / 16,0 (14,0–21,0)	16,8 ± 5,4 / 14,0 (13,0–18,0)	<0,01
Кількість слів на літеру «П»	16,6 ± 5,7 / 15,0 (12,0–20,0)	15,2 ± 5,6 / 13,0 (12,0–17,0)	<0,05
Кількість слів «Чоловічі імена»	17,1 ± 5,1 / 15,0 (13,0–20,0)	15,7 ± 5,1 / 13,0 (12,0–17,0)	<0,01
Кількість слів «Фрукти/меблі»	16,0 ± 5,3 / 14,0 (12,0–19,0)	14,7 ± 5,2 / 12,5 (12,0–16,0)	<0,05

В учасників бойових дій з НІР було виявлено деяке зниження показників фонетичної вербальної швидкості, більш суттєве у пацієнтів, які перенесли COVID-



19, що відображують сповільнення психічної і моторної активності, швидку втомлюваність, ригідність мислення, що можуть бути пояснені впливом депресивної і тривожної симптоматики. Так, кількість слів на літеру «К» у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склала  $18,2 \pm 5,4$  слів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $16,8 \pm 5,4$  слів ( $p < 0,01$ ); кількість слів на літеру «П» – відповідно  $16,6 \pm 5,7$  слів та  $15,2 \pm 5,6$  слів ( $p < 0,05$ ).

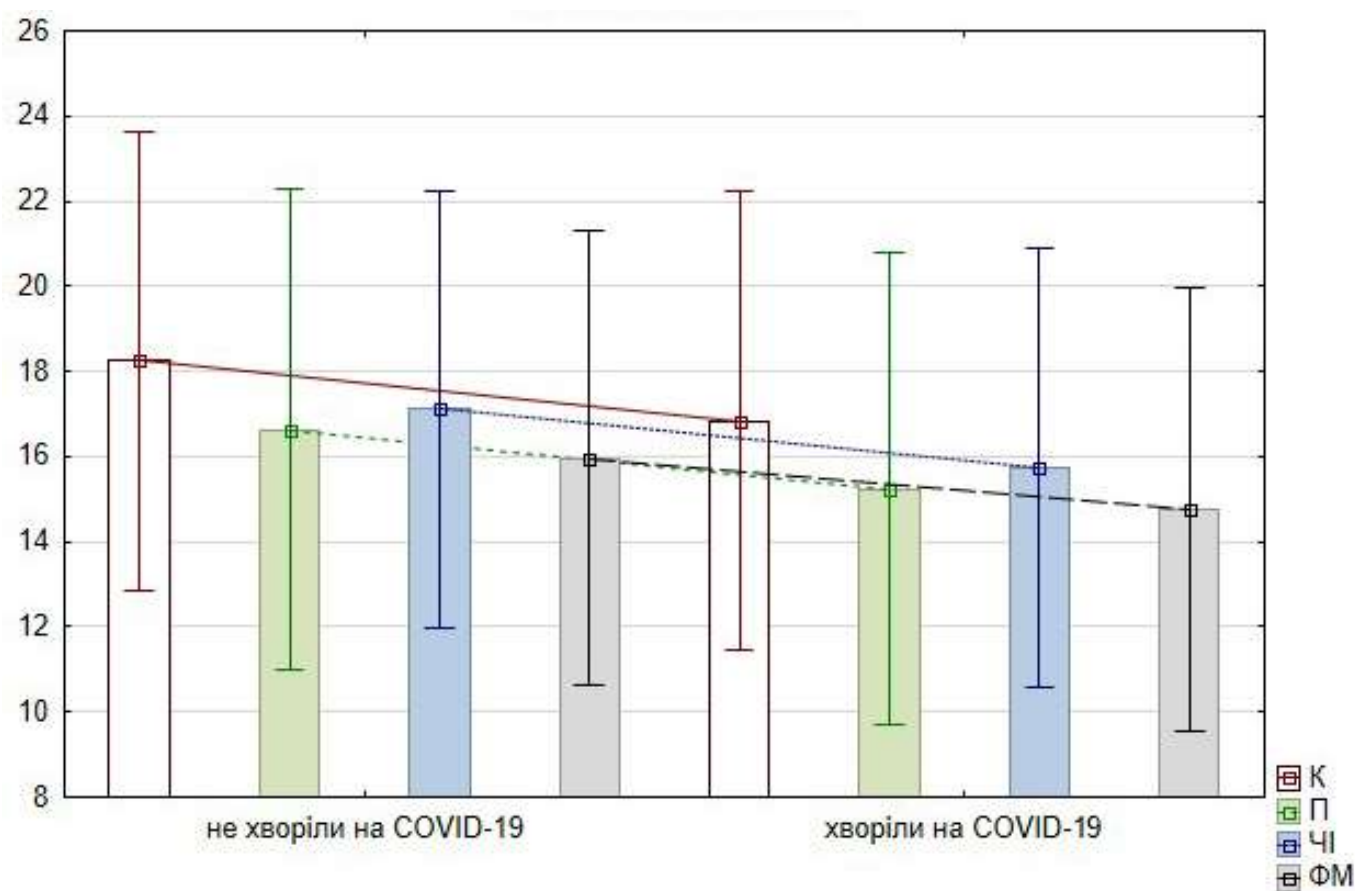


Рис. 3.23. Кількісні показники тесту вербальної швидкості (у словах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення); по горизонталі: К – кількість слів на літеру «К», П – кількість слів на літеру «П», ЧІ – кількість слів «Чоловічі імена»; ФМ – кількість слів «Фрукти/меблі»

Аналогічно, в УБД з НПР було виявлено знижені показники семантичної вербальної швидкості, що також свідчить про ригідність мислення, сповільнення

ментальних процесів та моторної активності у поєднанні з швидкою втомлюваністю і виснажуваністю. Так, кількість слів у категорії «Чоловічі імена» у пацієнтів, які не хворіли на коронавірусну інфекцію, склала  $17,1 \pm 5,1$  слів, тоді як у пацієнтів, які перехворіли на COVID-19 –  $15,7 \pm 5,1$  слів, що є значуще меншим ( $p < 0,01$ ); кількість слів у категорії «Фрукти/меблі» – відповідно  $16,0 \pm 5,3$  слів та  $14,7 \pm 5,2$  слів ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 3.7

**Кількісні показники тесту Струпа в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у секундах)**

Показник	Показники, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
Читання назв кольорів, надрукованих чорним кольором (ЧНКч)	$51,5 \pm 9,6 / 49,0$ (43,0–61,0)	$57,6 \pm 8,9 / 59,0$ (50,0–65,0)	<0,01
Називання кольорів (НК)	$77,0 \pm 16,9 / 68,0$ (62,5–95,0)	$86,7 \pm 17,4 / 94,5$ (68,0–97,0)	<0,01
Читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова (ЧНКв)	$131,2 \pm 20,4 / 124,5$ (113,0–154,0)	$142,1 \pm 19,9 / 148,0$ (120,0–159,0)	<0,01
Називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова (НКсв)	$50,5 \pm 9,6 / 48,0$ (42,0–60,0)	$56,6 \pm 8,9 / 58,0$ (49,0–64,0)	<0,01
Показник ригідності / гнучкості контролю	$54,2 \pm 10,3 / 55,0$ (46,0–61,0)	$55,4 \pm 7,9 / 57,0$ (55,0–59,0)	>0,05
Показник вербальності	$1,5 \pm 0,1 / 1,5$ (1,4–1,6)	$1,5 \pm 0,1 / 1,5$ (1,4–1,6)	>0,05

Важливі дані були одержані при аналізі результатів виконання УБД з НПР тесту Струпа, який спрямований на виявлення когнітивної ригідності, що свідчить про труднощі переосмислення і зміни діяльності, зниження гнучкості пізнавального контролю і когнітивного мислення, та здатності до довільної концентрації уваги і зосередженні індивіда на виконанні поточних завдань (табл. 3.7, рис. 3.24).

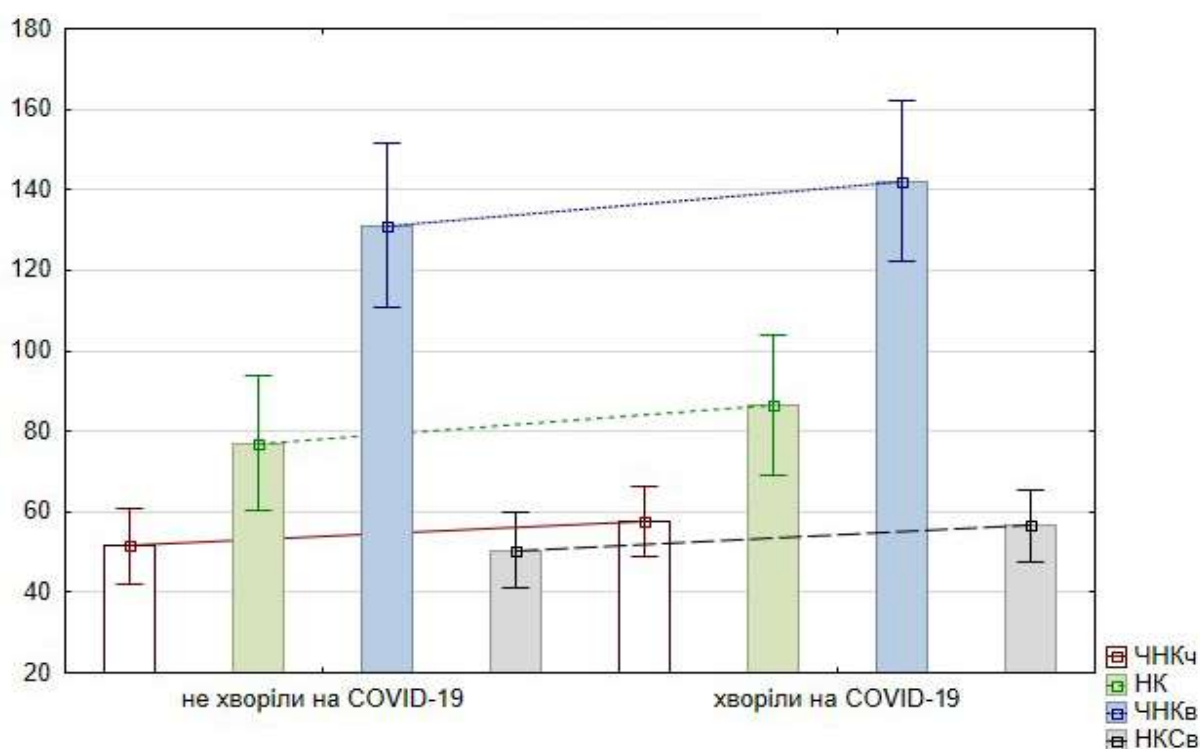


Рис. 3.24. Кількісні показники тесту Струпа (у секундах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення); по горизонталі: ЧНКч – читання назв кольорів, надрукованих чорним кольором; НК – називання кольорів; ЧНКв – читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова; НКСв – називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова

УБД з НПР виявили тенденцію до певного сповільнення часу виконання усіх субтестів тесту Струпа. Зокрема, середній час читання назв кольорів, надрукованих чорним кольором (ЧНКч), у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $51,5 \pm 9,6$  сек., а у пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію –  $57,6 \pm 8,9$  сек. ( $p < 0,01$ );

середній час називання кольорів (НК) – відповідно  $77,0 \pm 16,9$  сек. і  $86,7 \pm 17,4$  сек. ( $p < 0,01$ ); середній час читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова (ЧНКв) – відповідно  $131,2 \pm 20,4$  сек. і  $142,1 \pm 19,9$  сек. ( $p < 0,01$ ); середній час називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова (НКСв) – відповідно  $50,5 \pm 9,6$  сек. і  $56,6 \pm 8,9$  сек. ( $p < 0,01$ ).

Показник ригідності / гнучкості контролю, який є різницею в часі у виконанні третього (ЧНКв) та четвертого (НКСв) субтестів, і зростання якого є індикатором ефекту інтерференції і виразності ригідності пізнавального контролю, у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $54,2 \pm 10,3$  сек., а у пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію –  $55,4 \pm 7,9$  сек.; показник вербальності, що представляє собою співвідношення часу виконання субтестів НК та ЧНКч і є індикатором автоматизації пізнавальних функцій і ступінь їх незалежного функціонування – відповідно  $1,5 \pm 0,1$  сек. і  $1,5 \pm 0,1$  сек.

Виявлені закономірності змін у когнітивній сфері дозволяють зробити висновок про зниження когнітивного функціонування в УБД як під впливом НПР, так і під впливом перенесеної коронавірусної інфекції. Остання може розглядатися в якості обтяжуючого фактору щодо когнітивних порушень в УБД з НПР і вимагає врахування цих закономірностей при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.

3.6. Особливості стресового реагування учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Безпосередня участь у бойових діях пов'язана з дією катастрофічного психоемоційного стресу, що включає безпосередню загрозу життю і здоров'ю, важкі фізичні умови, депривацію сну і відпочинку, інші несприятливі чинники впливу на психіку. У численних дослідженнях показаний прямий зв'язок стресу бойових дій і посттравматичних розладів. Водночас, прояви посттравматичних стресових розладів сьогодні вважаються одним з найбільш частих проявів постковідних психіатричних наслідків. При цьому особливості посттравматичної симптоматики в УБД, які

перенесли захворювання на COVID-19, досі не досліджені, попри те, що дані таких досліджень мають вагомe значення для розробки ефективних лікувальних та профілактичних заходів.

Виходячи з цього, ми дослідили особливості виразності посттравматичної стресової симптоматики в УБД які хворіли та не хворіли на COVID-19. Результати обстеження за Місісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу наведено у табл. 3.8 та на рис. 3.25.

Таблиця 3.8

**Показники за Місісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)**

Показник	Значення показника, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
Симптоми вторгнення	$24,5 \pm 4,4 / 25,5 (21,0-29,0)$	$26,3 \pm 4,9 / 26,0 (23,0-29,0)$	<0,01
Симптоми уникання	$23,1 \pm 5,8 / 25,5 (18,0-27,0)$	$25,7 \pm 5,0 / 26,0 (23,0-28,0)$	<0,01
Симптоми збудливості	$21,6 \pm 5,1 / 21,0 (17,0-26,0)$	$23,8 \pm 4,5 / 25,0 (20,0-27,0)$	<0,01
Симптоми провини	$19,7 \pm 5,4 / 20,0 (15,0-24,0)$	$22,0 \pm 5,0 / 24,0 (17,5-26,5)$	<0,01
Загальний показник	$88,9 \pm 16,6 / 91,5 (77,0-103,0)$	$97,8 \pm 15,7 / 101,0 (86,0-107,0)$	<0,01

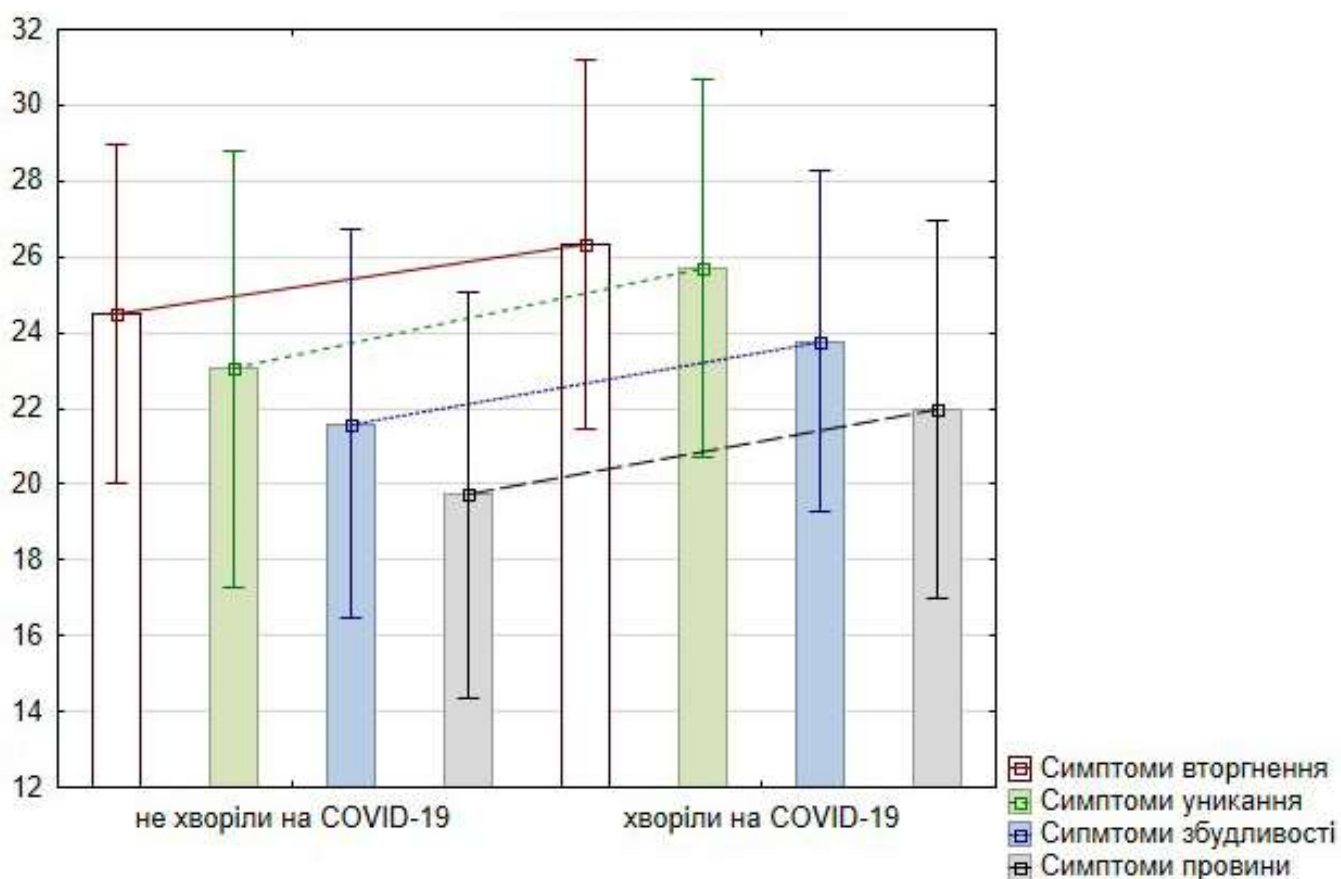


Рис. 3.25. Кількісні показники за Місісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з неpsychотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

З таблиці 3.8 та рис. 3.25 видно, що в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, були виявлені значуще вищі показники посттравматичної симптоматики як за окремими складовими, так і за її загальною виразністю. Так, показник симптоматики вторгнення у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $24,5 \pm 4,4$  балів, тоді як у пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію –  $26,3 \pm 4,9$  балів ( $p < 0,01$ ), симптоматики уникання – відповідно  $23,1 \pm 5,8$  балів проти  $25,7 \pm 5,0$  балів ( $p < 0,01$ ), симптоматики збудливості – відповідно  $21,6 \pm 5,1$  балів проти  $23,8 \pm 4,5$  балів ( $p < 0,01$ ), симптоматики провини – відповідно  $19,7 \pm 5,4$  балів проти  $22,0 \pm 5,0$  балів ( $p < 0,01$ ). Загальний показник у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $88,9 \pm 16,6$  балів, що свідчить про наявність в УБД з НПР психічних розладів посттравматичного генезу, тоді як у пацієнтів, які перехворіли на COVID-19 показник

був значуще вищим, і свідчив про наявність у них ознак посттравматичного стресового розладу ( $97,8 \pm 15,7$  балів,  $p < 0,01$ ). Слід також зауважити, що серед пацієнтів, які перехворіли на COVID-19, виявлена більша питома вага осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу, і менша – осіб із задовільною адаптацією та окремими ознаками психічних розладів. Так, серед УБД, які не хворіли на COVID-19, питома вага осіб із доброю адаптацією склала 24,2 %, тоді як серед тих, хто хворів – 11,7 % ( $p < 0,01$ ), осіб з окремими ознаками психічного розладу – відповідно 20,5 % і 12,5 % ( $p > 0,05$ ), осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу – відповідно 55,3 % і 75,8 % ( $p < 0,01$ ).

Виявлені закономірності дозволяють говорити про істотну поширеність ознак посттравматичного стресового розладу серед УБД з НПП. При цьому ураженість УБД, які перехворіли на COVID-19, посттравматичною симптоматикою виявилася значуще більшою, що дає підстави розглядати захворювання на коронавірусну інфекцію в якості значущого чинника, що збільшує ризики ураження комбатантів посттравматичними стресовими розладами.

Аналогічні закономірності були виявлені при дослідженні за допомогою шкали DAS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items) (табл. 3.9, рис. 3.26).

Таблиця 3.9

**Показники за шкалою DAS-21 в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)**

Показник	Значення показника, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
Депресія	$10,5 \pm 8,2 / 6,0 (4,0-16,0)$	$16,3 \pm 10,2 / 16,0 (6,0-28,0)$	$<0,01$
Тривога	$9,9 \pm 7,3 / 7,0 (6,0-16,0)$	$13,6 \pm 7,5 / 14,0 (6,0-18,0)$	$<0,01$
Стрес	$16,3 \pm 8,3 / 16,0 (10,0-26,0)$	$20,7 \pm 8,2 / 20,0 (14,0-28,0)$	$<0,01$

Загалом, середнє значення показника депресії в УБД, які не хворіли на COVID-19, склало  $10,5 \pm 8,2$  балів, що відповідає низькому рівню, тоді як в УБД, які хворіли

на COVID-19, показник був значуще вишим ( $16,3 \pm 10,2$  балів,  $p < 0,01$ ), що відповідає помірній виразності депресії.

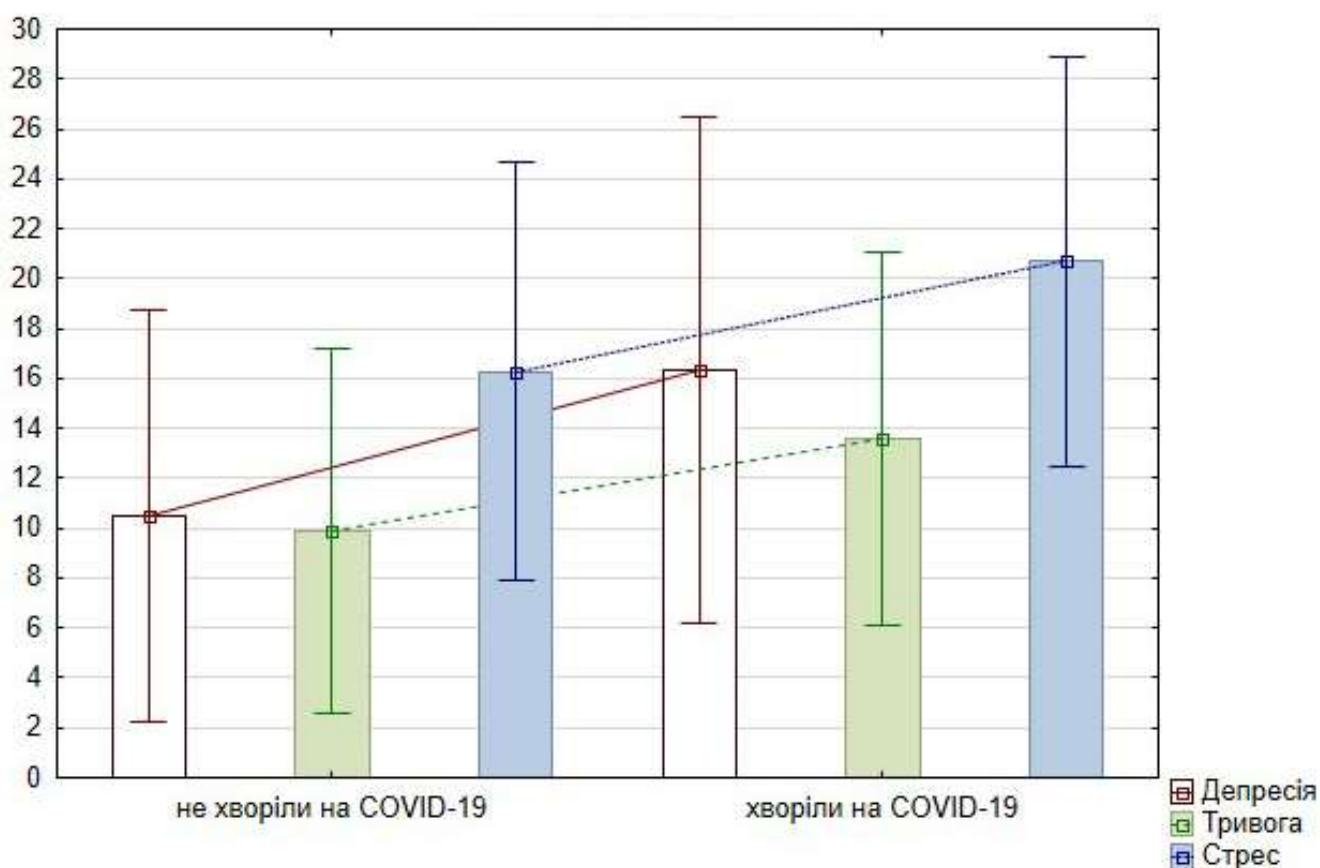


Рис. 3.26. Кількісні показники за шкалою DAS-21 в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

При цьому серед УБД, які не хворіли на COVID-19, була більшою питома вага осіб з нормальними показниками за субшкалою депресії – 59,9 % проти 30,8 % ( $p < 0,01$ ), а також осіб з низьким рівнем депресії – 8,3 % проти 7,5 % ( $p > 0,05$ ). Натомість, серед УБД, які перехворіли на COVID-19, була більшою питома вага осіб з помірним рівнем депресії – 24,2 % проти 17,4 % відповідно ( $p > 0,05$ ), високим рівнем – 11,7 % проти 7,6 % відповідно ( $p > 0,05$ ) та дуже високим рівнем – 25,8 % проти 6,8 % ( $p < 0,01$ ) (табл. 3.10).



Таблиця 3.10

**Розподіл учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19, за рівнями депресії за шкалою DAS-21**

Варіації показника	Не хворіли на COVID-19		Хворіли на COVID-19		p
	абс.	%	абс.	%	
Норма	79	59,9	37	30,8	<0,01
Низький рівень	11	8,3	9	7,5	>0,05
Помірний рівень	23	17,4	29	24,2	>0,05
Високий рівень	10	7,6	14	11,7	>0,05
Дуже високий рівень)	9	6,8	31	25,8	<0,01

Аналогічно, в УБД, які перехворіли на COVID-19, були виявлені значуще вищі рівні тривоги. Так, середнє значення показника тривоги в УБД, які не хворіли на COVID-19, склало  $9,9 \pm 7,3$  балів, що відповідало межі низького і помірною рівня, тоді як в УБД, які хворіли на COVID-19 –  $13,6 \pm 7,5$  балів ( $p < 0,01$ ), що відповідало помірному, ближче до високого рівню.

Серед УБД, які не хворіли на COVID-19, було більше осіб з нормальним рівнем тривоги – 50,1 % проти 33,4 % ( $p < 0,01$ ) та з низьким рівнем тривоги – 15,9 % проти 5,0 % ( $p < 0,01$ ), а серед УБД, які хворіли на COVID-19 – осіб з помірним рівнем тривоги – 18,3 % проти 8,3 % ( $p < 0,05$ ), з високим рівнем тривоги – 25,0 % проти 13,6 % ( $p < 0,05$ ), та з дуже високим рівнем тривоги – 18,3 % проти 12,1 % ( $p < 0,05$ ) (табл. 3.11).

УБД з НІР, які перехворіли на COVID-19, виявили також значуще вищий рівень стресу. Так, середнє значення показника виразності стресу за шкалою DASS-21 у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склало  $16,3 \pm 8,3$  балів, що відповідало низькому, ближче до помірною, рівню, тоді як у пацієнтів, які перехворіли на COVID-19 показник був значуще ( $p < 0,01$ ) вищим –  $20,7 \pm 8,2$  балів, що відповідало помірному рівню.

Таблиця 3.11

**Розподіл учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19, за рівнями тривоги за шкалою DASS-21**

Варіації показника	Не хворіли на COVID-19		Хворіли на COVID-19		p
	абс.	%	абс.	%	
Норма	66	50,1	40	33,4	<0,01
Низький рівень	21	15,9	6	5,0	<0,01
Помірний рівень	11	8,3	22	18,3	<0,05
Високий рівень	18	13,6	30	25,0	<0,05
Дуже високий рівень)	16	12,1	22	18,3	>0,05

Питома вага осіб з нормальними та низькими рівнями стресу була більшою серед УБД, які не хворіли на COVID-19: 48,4 % проти 30,0 % ( $p < 0,01$ ) та 20,5 % проти 18,3 % ( $p > 0,05$ ) відповідно (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

**Розподіл учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19, за рівнями стресу за шкалою DASS-21**

Варіації показника	Не хворіли на COVID-19		Хворіли на COVID-19		p
	абс.	%	абс.	%	
Норма	64	48,4	36	30,0	<0,01
Низький рівень	27	20,5	22	18,3	>0,05
Помірний рівень	7	5,3	12	10,0	>0,05
Високий рівень	33	25,0	42	35,0	>0,05
Дуже високий рівень)	1	0,8	8	6,7	<0,05

Питома вага осіб з помірним, високим та дуже високим рівнями стресу була більшою серед пацієнтів, які перехворіли на COVID-19: 10,0 % проти 5,3 % ( $p>0,05$ ), 35,0 % проти 25,0 % ( $p<0,05$ ), та 6,7 % проти 0,8 % ( $p<0,05$ ) відповідно (табл. 3.12).

Одержані дані підтверджують виявлені закономірності щодо негативного впливу перенесеного захворювання COVID-19 на стресове реагування та формування в УБД, які хворіли на коронавірусну інфекцію, ознак посттравматичного стресового розладу.

Виявлені закономірності необхідно враховувати при розробці лікувально-профілактичних заходів для УБД з НПР.

### **Висновки до розділу 3**

Вивчення особливостей клініко-психопатологічної феноменології неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій на тлі перенесеної коронавірусної інфекції, з використанням клініко-психопатологічного і психометричного обстеження дозволило встановити ряд важливих закономірностей.

При аналізі суб'єктивної симптоматики НПР в УБД, які перенесли коронавірусну інфекцію, були виявлені певні відмінності, притаманні цим пацієнтам.

Найпоширенішими у структурі психопатологічної симптоматики виявилися прояви афективної патології: прояви тривоги або страху (у 70,5 % пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, і у 80,8 % пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію,  $p<0,01$ ); знижений настрій – відповідно 55,3 % і 66,7 % ( $p>0,05$ ); емоційна лабільність – відповідно 44,7 % і 58,3 % ( $p<0,05$ ); дратівливість – відповідно 40,9 % і 55,0 % ( $p<0,05$ ); сензитивність – відповідно 53,0 % та 71,7 %, та притуплення емоцій – відповідно 6,8 % і 6,7 % ( $p>0,05$ ). Також поширеною виявилася диссомнічна симптоматика, яка була наявна у 47,0 % і у 61, % пацієнтів відповідно.

У структурі психопатологічної симптоматики НПР в УБД вагоме місце займають прояви астенизації: скарги на швидку втомлюваність, відчуття виснаженості, млявості виявлені 51,5 % і у 65,8 % пацієнтів відповідно ( $p<0,05$ ); зниження розумової та фізичної працездатності – відповідно у 68,2 % і у 80,0 %; апатія, байдужість – відповідно у 12,9 %

і у 21,7 % ( $p < 0,05$ ); порушення концентрації уваги – відповідно у 25,8 % та у 43,3 % ( $p < 0,01$ ). Скарги на нав'язливі думки виявлені у 50,8 % і у 60,0 % пацієнтів відповідно ( $p > 0,05$ ); флешбеки – відповідно у 37,1 % і 35,0 % ( $p > 0,05$ ); симптоматика уникання – відповідно у 25,8 % і 28,3 % ( $p > 0,05$ ), суїцидальні думки і думки про смерть: відповідно у 25,0 % і у 35,8 % пацієнтів ( $p < 0,05$ ).

Соматовегетативна симптоматика значуще частіше виявлялася у пацієнтів, які перенесли COVID-19: 29,5 % і 58,3 % пацієнтів відповідно ( $p < 0,01$ ).

При аналізі поширеності депресивної симптоматики відповідно до стандартизованих критеріїв МКХ-10 було виявлено, що серед основних симптомів депресії найбільш поширеною виявилася ангедонія – відповідно 77,3 % і 83,3 % ( $p > 0,05$ ); менш поширеними були зниження настрою – відповідно 55,3 % і 66,7 % ( $p < 0,05$ ), та швидка втомлюваність – відповідно 51,5 % і 65,8 % ( $p < 0,05$ ). Серед додаткових симптомів депресії провідне місце належало почуттю провини, марності, тривоги або страху: відповідно 78,0 % і 87,5 % пацієнтів ( $p < 0,05$ ), проявам диссомній: відповідно 47,0 % та 61,7 % ( $p < 0,05$ ); менш поширеними виявилися нездатність концентруватися і приймати рішення – відповідно 25,8 % і 43,3 % ( $p < 0,01$ ); думки про смерть або самогубство – відповідно 25,0 % і 35,8 % ( $p < 0,05$ ); песимізм – відповідно 21,2 % і 31,7 % ( $p < 0,05$ ) та занижена самооцінка – відповідно 21,2 % і 31,7 % ( $p < 0,05$ ). Найменш поширеним симптомом виявився нестабільний апетит і втрата ваги – відповідно 17,4 % і 24,2 %, розбіжності між групами статистично не значущі ( $p > 0,05$ ).

Загалом, одночасна наявність не менш ніж двох основних і трьох додаткових критеріїв депресії, що необхідно для встановлення діагнозу депресивного розладу, була виявлена у 38 пацієнтів (28,8 %), які не хворіли на COVID-19, і у 64 пацієнтів (53,3 %), які перенесли COVID-19. Розбіжності між групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

Аналіз показників депресивної симптоматики з використанням шкали депресії М. Hamilton дозволив виявити більш високі показники у пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію: показник депресивного настрою склав відповідно  $2,12 \pm 1,04$  балів і  $2,48 \pm 1,05$  балів ( $p < 0,01$ ); почуття провини – відповідно  $1,39 \pm 0,51$  балів і  $1,53 \pm 0,52$  балів ( $p < 0,05$ ), суїцидальних намірів – відповідно  $1,18 \pm 0,75$  балів і  $1,35 \pm 0,83$  балів ( $p > 0,05$ ); раннього безсоння – відповідно  $0,53 \pm 0,77$  балів і  $0,74 \pm 0,85$  балів ( $p < 0,05$ );

середнього безсоння – відповідно  $0,49 \pm 0,75$  балів і  $0,73 \pm 0,86$  балів ( $p < 0,05$ ) та пізнього безсоння – відповідно  $0,43 \pm 0,60$  балів і  $0,69 \pm 0,76$  балів ( $p < 0,01$ ); працездатності і активності – відповідно  $2,56 \pm 1,01$  балів і  $2,85 \pm 0,90$  балів ( $p < 0,05$ ); загальмованості – відповідно  $1,36 \pm 0,66$  балів і  $1,44 \pm 0,58$  балів ( $p > 0,05$ ), ажитації – відповідно  $0,77 \pm 0,88$  балів і  $0,82 \pm 0,93$  балів ( $p > 0,05$ ); психічної тривоги – відповідно  $2,87 \pm 1,59$  балів і  $3,28 \pm 1,30$  балів ( $p < 0,05$ ), та соматичної тривоги – відповідно  $1,53 \pm 0,90$  балів і  $1,82 \pm 0,97$  балів ( $p < 0,05$ ); шлунково-кишкової симптоматики – відповідно  $0,55 \pm 0,56$  балів і  $0,52 \pm 0,52$  балів ( $p > 0,05$ ); загальної соматичної симптоматики – відповідно  $0,97 \pm 0,65$  балів і  $1,28 \pm 0,75$  балів ( $p < 0,01$ ) та генітальної симптоматики – відповідно  $1,02 \pm 0,68$  балів і  $1,07 \pm 0,64$  балів ( $p > 0,05$ ); іпохондрії – відповідно  $0,71 \pm 0,90$  балів і  $1,04 \pm 0,95$  балів ( $p < 0,01$ ); втрати ваги – відповідно  $0,22 \pm 0,51$  балів і  $0,31 \pm 0,56$  балів ( $p > 0,05$ ); критичності – відповідно  $0,00 \pm 0,00$  балів і  $0,03 \pm 0,16$  балів ( $p > 0,05$ ); добових коливань – відповідно  $0,10 \pm 0,30$  балів і  $0,08 \pm 0,28$  балів ( $p > 0,05$ ), деперсоналізації та дереалізації – відповідно  $0,39 \pm 0,94$  балів і  $0,36 \pm 0,86$  балів ( $p > 0,05$ ); параноїдальних симптомів – відповідно  $0,00 \pm 0,00$  балів і  $0,00 \pm 0,00$  балів ( $p > 0,05$ ), obsесивної та компульсивної симптоматики – відповідно  $0,97 \pm 1,07$  балів і  $1,28 \pm 1,19$  балів ( $p < 0,05$ ). Загальний показник депресії в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, склав  $15,29 \pm 4,16$  балів, що відповідає середній важкості, ближче до легкого депресивного розладу, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $18,05 \pm 4,29$  балів, що відповідає середній важкості, ближче до важкого депресивного розладу ( $p < 0,01$ ). У обстежених пацієнтів були виявлені також підвищені рівні показників за окремими видами депресії, при цьому в УБД, які перенесли COVID-19, ці показники були значуще вищими: адинамічної депресії – відповідно  $9,04 \pm 2,90$  балів і  $10,58 \pm 2,71$  балів ( $p < 0,01$ ), ажитованої депресії – відповідно  $8,35 \pm 2,55$  балів і  $9,63 \pm 2,61$  балів ( $p < 0,01$ ), депресії зі страхом – відповідно  $6,27 \pm 2,28$  балів і  $7,26 \pm 2,05$  балів ( $p < 0,01$ ) та недиференційованої депресії – відповідно  $5,60 \pm 1,80$  балів і  $6,62 \pm 1,90$  балів ( $p < 0,01$ ).

Одержані дані свідчать про наявність в УБД з НПР ознак депресивного розладу, значущі більше виражених у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19.

Крім депресивної симптоматики, в структурі афективних проявів НПР в УБД важливе місце займають прояви тривоги, які були виявлені у більшості обстежених пацієнтів. У цілому, УБД з НПР були притаманні підвищені рівні тривоги: показник

тривожного настрою у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $2,87 \pm 1,59$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19, склав  $3,28 \pm 1,30$  балів ( $p < 0,05$ ); напруження – відповідно  $2,51 \pm 1,21$  балів і  $2,78 \pm 1,26$  балів ( $p < 0,05$ ); страхів – відповідно  $1,76 \pm 1,16$  балів і  $1,90 \pm 0,91$  балів ( $p > 0,05$ ); інсомнії – відповідно  $1,41 \pm 1,48$  балів і  $2,03 \pm 1,60$  балів ( $p < 0,01$ ); когнітивних порушень – відповідно  $1,56 \pm 1,06$  балів і  $2,27 \pm 0,77$  балів ( $p < 0,01$ ); депресивного настрою – відповідно  $2,12 \pm 1,04$  балів і  $2,48 \pm 1,05$  балів ( $p < 0,01$ ); соматичних м'язових симптомів – відповідно  $0,98 \pm 1,10$  балів і  $1,20 \pm 1,07$  балів ( $p > 0,05$ ), соматичних сенсорних симптомів – відповідно  $0,80 \pm 1,07$  балів і  $1,11 \pm 1,18$  балів ( $p < 0,05$ ); серцево-судинних симптомів – відповідно  $1,16 \pm 1,07$  балів і  $1,53 \pm 1,07$  балів ( $p < 0,05$ ); респіраторних симптомів – відповідно  $0,60 \pm 0,91$  балів і  $0,88 \pm 1,03$  балів ( $p < 0,05$ ); гастроінтестинальних симптомів – відповідно  $1,02 \pm 0,68$  балів і  $1,07 \pm 0,64$  балів ( $p > 0,05$ ); сечостатевих симптомів – відповідно  $1,02 \pm 0,68$  балів і  $1,07 \pm 0,64$  балів ( $p > 0,05$ ); вегетативних симптомів – відповідно  $1,08 \pm 1,37$  балів і  $1,31 \pm 1,40$  балів ( $p > 0,05$ ), а також для поведінки при огляді – відповідно  $1,64 \pm 1,13$  балів і  $1,63 \pm 1,10$  балів ( $p > 0,05$ ).

Загальний показник тривоги в УБД з НІР відповідав середньому рівню, при цьому у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, показник був ближчим до низького рівня і склав  $20,52 \pm 7,14$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – близьким до межі високого рівня:  $24,53 \pm 6,69$  балів ( $p < 0,01$ ). У структурі тривоги підвищені рівні були виявлені для її окремих видів: психічної тривоги – відповідно  $12,23 \pm 4,57$  балів і  $14,74 \pm 3,71$  балів ( $p < 0,01$ ) та соматичної тривоги – відповідно  $8,29 \pm 3,79$  балів і  $9,78 \pm 3,94$  балів ( $p < 0,01$ ).

Одержані дані дозволяють зробити висновок про важливу роль тривоги у комплексній клінічній картині неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

При дослідженні виразності психопатологічної симптоматики з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised було виявлено підвищені рівні соматизації – відповідно  $1,63 \pm 1,07$  балів і  $2,47 \pm 0,80$  балів; obsесивно-компульсивних розладів – відповідно  $2,42 \pm 0,33$  балів і  $2,55 \pm 0,36$  балів ( $p < 0,01$ ); міжособистісної сензитивності – відповідно  $1,23 \pm 0,96$  балів і  $1,52 \pm 0,97$  балів; депресії – відповідно  $2,20 \pm 1,15$  балів і  $2,66 \pm 1,03$  балів ( $p < 0,01$ ); тривожності – відповідно  $2,18 \pm 0,91$  балів і  $2,41 \pm 0,89$  балів ( $p < 0,05$ ); ворожості – відповідно  $1,31 \pm 0,38$

балів і  $1,42 \pm 0,39$  балів ( $p < 0,05$ ); фобічної тривожності – відповідно  $1,23 \pm 0,49$  балів і  $1,28 \pm 0,48$  балів ( $p > 0,05$ ); низький рівень паранояльних симптомів – відповідно  $0,03 \pm 0,08$  балів і  $0,05 \pm 0,11$  балів ( $p > 0,05$ ) та психотизму – відповідно  $0,18 \pm 0,17$  балів і  $0,20 \pm 0,16$  балів ( $p > 0,05$ ). Загальний показник виразності симптоматики у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, відповідав середньому рівню, а у пацієнтів, які хворіли на COVID-19 – підвищеному рівню:  $1,44 \pm 0,54$  балів і  $1,73 \pm 0,47$  балів ( $p < 0,01$ ).

Вивчення особливостей когнітивної переробки інформації та пізнавальних процесів (гнучкості мислення, робочої пам'яті, контролю уваги та гальмування), з використанням тесту ТМТ дало можливість виявити в УБД з НПР зниження стану когнітивного функціонування зі зниженням швидкості та ефективності когнітивних процесів, яке, однак, не досягало рівня вираженої когнітивної дисфункції. Час виконання ТМТ-А в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, був більшим за середньонормативний показник, але далеким від межі когнітивного дефіциту і склав  $37,0 \pm 12,2$  сек. У пацієнтів, які перенесли COVID-19, показник також не досягав межі когнітивного дефіциту, але був суттєво вищим за нормативний, і значуще ( $p < 0,01$ ) перевищував показник пацієнтів, які не хворіли на коронавірусну інфекцію:  $45,9 \pm 14,8$  сек. Знижені показники виконання тесту ТМТ-А є індикатором сповільнення швидкості психічних процесів і зниження переключення уваги, які в УБД з НПР можуть бути зумовлені впливом невротизації, депресивних і тривожних психопатологічних феноменів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – також нейротоксичним впливом інфекції. Обстежені пацієнти також гірше, ніж в нормі, виконували другий субтест тесту ТМТ – ТМТ-В, при цьому час виконання тесту пацієнтами, які перенесли COVID-19, був значуще ( $p < 0,05$ ) більшим, ніж у пацієнтів без коронавірусної інфекції в анамнезі. Показник за тестом ТМТ-В у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $147,4 \pm 37,6$  сек., а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $164,4 \pm 53,8$  сек., однак, показники виконання тесту ТМТ-В в обох групах не досягали рівня когнітивного дефіциту. Знижені показники виконання тесту ТМТ-В свідчать про ригідність мислення, загальмованість, швидко виснажуваність, які є індикаторами нейрокогнітивних порушень.

Дослідження стану когнітивних процесів з використанням тесту вербальної швидкості виявило погіршення показників виконання тесту УБД з НПР, як щодо

фонетичної вербальної швидкості, так і щодо семантичної вербальної швидкості. В УБД з НПР було виявлено деяке зниження показників фонетичної вербальної швидкості, більш суттєве у пацієнтів, які перенесли COVID-19, що відображають сповільнення психічної і моторної активності, швидку втомлюваність, ригідність мислення, що можуть бути пояснені впливом депресивної і тривожної симптоматики. Кількість слів на літеру «К» у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склала  $18,2 \pm 5,4$  слів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $16,8 \pm 5,4$  слів ( $p < 0,01$ ); кількість слів на літеру «П» – відповідно  $16,6 \pm 5,7$  слів та  $15,2 \pm 5,6$  слів ( $p < 0,05$ ). Аналогічно, в УБД з НПР було виявлено знижені показники семантичної вербальної швидкості, що також свідчить про ригідність мислення, сповільнення ментальних процесів та моторної активності у поєднанні з швидкою втомлюваністю і виснажуваністю. Кількість слів у категорії «Чоловічі імена» у пацієнтів, які не хворіли на коронавірусну інфекцію, склала  $17,1 \pm 5,1$  слів, тоді як у пацієнтів, які перехворіли на COVID-19 –  $15,7 \pm 5,1$  слів, що є значуще меншим ( $p < 0,01$ ); кількість слів у категорії «Фрукти/меблі» – відповідно  $16,0 \pm 5,3$  слів та  $14,7 \pm 5,2$  слів ( $p < 0,05$ ).

При аналізі результатів виконання УБД з НПР тесту Струпа було виявлено тенденцію до певного сповільнення виконання усіх субтестів: середній час читання назв кольорів, надрукованих чорним кольором у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $51,5 \pm 9,6$  сек., а у пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію –  $57,6 \pm 8,9$  сек. ( $p < 0,01$ ); середній час називання кольорів – відповідно  $77,0 \pm 16,9$  сек. і  $86,7 \pm 17,4$  сек. ( $p < 0,01$ ); середній час читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова – відповідно  $131,2 \pm 20,4$  сек. і  $142,1 \pm 19,9$  сек.; середній час називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова – відповідно  $50,5 \pm 9,6$  сек. і  $56,6 \pm 8,9$  сек. ( $p < 0,01$ ).

В УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, були виявлені значуще вищі показники посттравматичної симптоматики вторгнення:  $24,5 \pm 4,4$  балів проти  $26,3 \pm 4,9$  балів ( $p < 0,01$ ), уникання – відповідно  $23,1 \pm 5,8$  балів проти  $25,7 \pm 5,0$  балів ( $p < 0,01$ ), збудливості – відповідно  $21,6 \pm 5,1$  балів проти  $23,8 \pm 4,5$  балів ( $p < 0,01$ ), провини – відповідно  $19,7 \pm 5,4$  балів проти  $22,0 \pm 5,0$  балів ( $p < 0,01$ ). Загальний показник у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $88,9 \pm 16,6$  балів, що свідчить про наявність в УБД з НПР психічних розладів посттравматичного генезу, тоді як у пацієнтів, які перехворіли на



COVID-19 показник був значуще вищим, і свідчив про наявність у них ознак посттравматичного стресового розладу ( $97,8 \pm 15,7$  балів,  $p < 0,01$ ). Серед пацієнтів, які перехворіли на COVID-19, виявлена значуще більша питома вага осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу, і менша – осіб із задовільною адаптацією та окремими ознаками психічних розладів: із доброю адаптацією 10,5 % проти 4,4 % ( $p < 0,01$ ), з окремими ознаками психічного розладу – відповідно 17,7 % і 9,5 % ( $p < 0,01$ ), з ознаками посттравматичного стресового розладу – відповідно 71,8 % і 86,1 % ( $p < 0,01$ ). Усе це дає підстави розглядати захворювання на коронавірусну інфекцію в якості значущого чинника, що збільшує ризики ураження комбатантів посттравматичними стресовими розладами.

При дослідженні за допомогою шкали DASS-21 в УБД, які не хворіли на COVID-19, були виявлені нижчі показники депресії:  $10,5 \pm 8,2$  балів проти  $16,3 \pm 10,2$  балів ( $p < 0,01$ ), тривоги:  $9,9 \pm 7,3$  балів проти  $13,6 \pm 7,5$  балів ( $p < 0,01$ ) та стресу:  $16,3 \pm 8,3$  балів проти  $20,7 \pm 8,2$  балів ( $p < 0,01$ ). Серед УБД з НПП, які перенесли захворювання на COVID-19, також виявлено більшу питому вагу помірних, важких і вкрай важких показників депресії, тривоги і стресу.

Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для УБД з НПП.

*Результати, викладені у даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:*

1. Venger O., Koval M., Shved M., Ivanitska T. Comparative characteristics of symptoms in neurotic and affective patients after COVID-19 // International Journal of Medicine and Medical Research. 2022. Vol. 8. Issue 22. P. 56-66

2. Koval M., Venger O., Mysula Y. Features of affective symptoms in combatants with non-psychotic mental disorders that have suffered from COVID-19 // Wiadomości Lekarskie Medical Advances. 2023. Vol. LXXVI. Issue 9. P. 1938-1945.

3. Коваль М.Є., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли

захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

4. Коваль М.Є. Вивчення структури непсихотичних розладів серед військовослужбовців / Матеріали XXV Міжнародного конгресу студентів і молодих вчених. м. Тернопіль, 12-14 квітня 2021 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2021. С. 216.

5. Коваль М. Є. Особливості клінічної симптоматики непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали LXV Науково-практичної конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини». м. Тернопіль, 9 червня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 15-17.

6 Коваль М.Є. Клініко-феноменологічні особливості депресивної та тривожної симптоматики в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали Четвертого наукового симпозиуму з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку». м. Тернопіль, 21-23 вересня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 17-20.

7. Коваль М.Є., Венгер О.П. Порушення когнітивного функціонування в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 (Матеріали VI Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку», м. Харків, 6-7 жовтня 2022 р.) // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30. Вип. 3(112). С. 62.

8. Коваль М.Є. Особливості стресового реагування учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання патології за умов дії надзвичайних факторів на організм». м. Тернопіль, 26-28 жовтня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 33-34.

## Розділ 4

ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ  
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ  
РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19

4.1. Індивідуально-типологічні та патохарактерологічні особливості учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Важливе значення для комплексної оцінки патологічних змін психіки, асоційованих зі стресом війни та захворювання на COVID-19, має вивчення особистісних (у тому числі патохарактерологічних та патоперсоналогічних) характеристик УБД. Індивідуально-психологічні та особистісні риси можуть грати роль факторів передиспозиції для розвитку різних форм психопатології, а також сприяти їх посиленню і хронізації. У структурі особистості важливе місце також займають патохарактерологічні трансформації, що виникають внаслідок впливу психотравмуючих факторів, зокрема, стресу бойових дій, та соматичних і психіатричних наслідків перенесеного захворювання на COVID-19. Дані досліджень індивідуально-психологічних та патохарактерологічних особливостей можуть бути використані при розробці адресних лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для УБД з НПР.

Результати дослідження профілю особистості з використанням СМДО наведено у табл. 4.1 та на рис. 4.1.

Аналіз профілю особистості за СМДО дозволив виявити, що домінуючі позиції у профілях особистості УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, займають шкали тривожності та песимістичності, показники за якими у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, значуще вищі, ніж у тих, хто не хворів на COVID-19:  $76,9 \pm 10,6$  Т-балів проти  $72,3 \pm 10,8$  Т-балів ( $p < 0,01$ ) та  $74,9 \pm 10,0$  Т-балів проти  $67,0 \pm 18,6$  Т-балів ( $p < 0,05$ ).

**Показники за стандартизованим методом дослідження особистості в учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19**

Шкали СМДО	Показники за шкалами, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
1	2	3	4
1 (Надконтролю)	64,9 ± 9,6 / 65,0 (55,0–73,0)	65,6 ± 9,0 / 68,0 (58,5–74,0)	>0,05
2 (Песимістичності)	67,0 ± 18,6 / 74,0 (43,0–82,0)	74,9 ± 10,0 / 75,5 (70,0–83,0)	<0,05
3 (Емоційної лабільності)	59,0 ± 7,1 / 57,0 (53,0–64,0)	61,5 ± 8,3 / 60,0 (53,0–69,0)	<0,05
4 (Імпульсивності)	53,6 ± 4,6 / 51,0 (51,0–53,0)	55,7 ± 6,2 / 53,0 (51,0–58,0)	<0,05
5 (Мужності-жіночності)	54,3 ± 3,5 / 53,0 (51,0–57,0)	55,1 ± 3,3 / 55,0 (53,0–57,0)	<0,05
6 (Ригідності)	56,6 ± 5,6 / 56,0 (53,0–60,5)	56,2 ± 6,1 / 56,0 (50,0–62,0)	>0,05
7 (Тривожності)	72,3 ± 10,8 / 74,0 (66,0–80,0)	76,9 ± 10,6 / 78,0 (72,0–84,0)	<0,01
8 (Індивідуалістичності)	62,0 ± 6,6 / 64,0 (61,0–66,0)	61,8 ± 7,5 / 66,0 (61,0–66,0)	>0,05

1	2	3	4
9 (Оптимістичності)	43,6 ± 10,1 / 40,0 (38,0–43,0)	40,7 ± 6,1 / 38,0 (38,0–40,0)	<0,01
0 (Інтроверсії)	60,6 ± 6,2 / 60,0 (57,0–65,0)	62,2 ± 6,2 / 63,0 (57,0–66,0)	<0,05

Такі показники виявляють більшу виразність гіпостенічних проявів, пасивно-страждальну позицію, схильність до гострого переживання невдач, хвилювання, переважання мотивації уникнення, сензитивності, підвищений рівень тривожності, відмову індивіда від активної діяльності, знижений настрій, загострене почуття провини, невпевненість у собі, а також дезадаптивні стани з почуттям розгубленості, неспокою, нав'язливими страхами, відчуттям небезпеки та диссомніями. Слід також зауважити, що кількісне значення середнього показника в УБД, які перенесли COVID-19, перевищує 70Т балів, що відповідає рівню акцентуації особистості. У поєднанні з підвищеними показниками за шкалою надконтролю це свідчить про формування ознак невротичного надконтролю з підвищеною увагою до соматичного дискомфорту, пригнічення спонтанності, стримування активної самореалізації та прагнення до контролю над агресивністю; при цьому показники за цією шкалою у пацієнтів, які перенесли COVID-19, незначуще вищі, ніж у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19: 65,6 ± 9,0 Т-балів проти 64,9 ± 9,6 Т-балів ( $p>0,05$ ).

В УБД з НІР, які перенесли захворювання на COVID-19, виявлено також підвищені показники за шкалою соціальної інтроверсії. Такі показники поглиблюють гіпостенічні риси і послаблюють стеничні, виявляючи пасивність особистісної позиції, зниження рівня залученості індивіда до соціального середовища, переживання труднощів у налагодженні відносин з мікросоціальним оточенням та міжособистісні конфлікти. При цьому показник у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, значуще вищий, ніж у пацієнтів, які не хворіли на коронавірусну інфекцію: 62,2 ± 6,2 Т-балів проти 60,6 ± 6,2 Т-балів ( $p<0,05$ ).

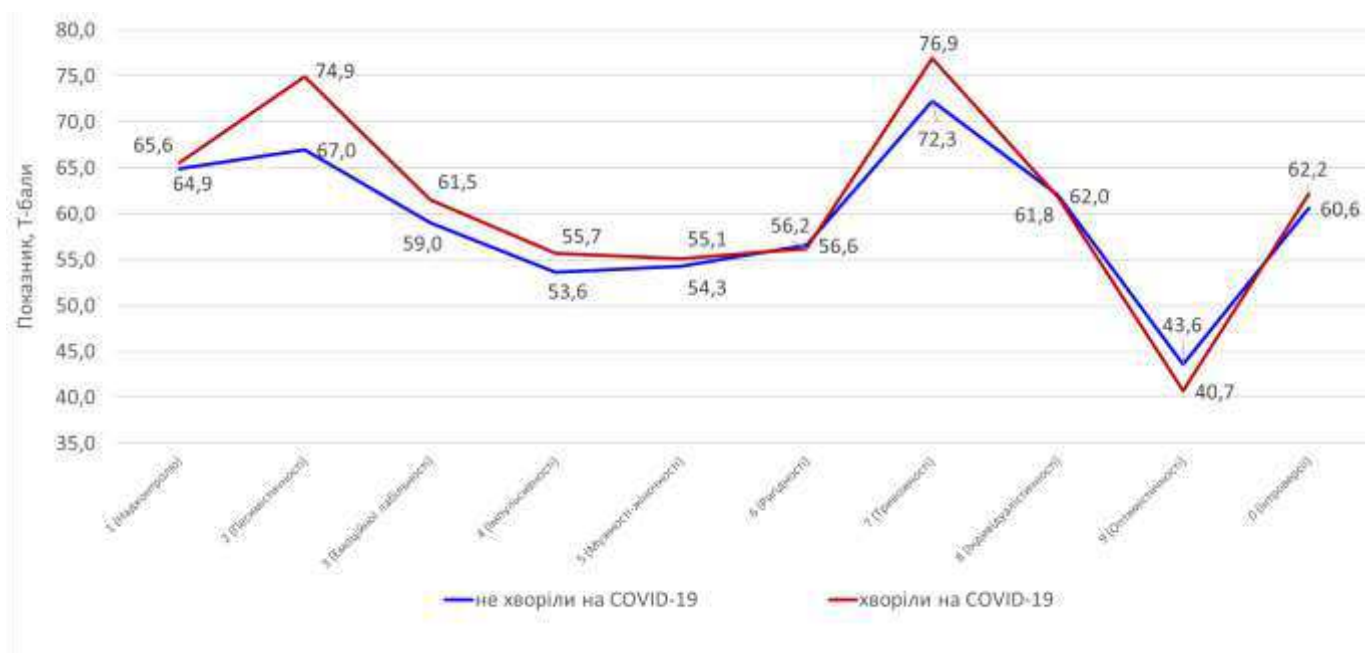


Рис. 4.1. Усереднений стандартизований профіль особистості учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19

Дещо підвищеними (у межах 60 Т-балів) у обстежених пацієнтів були показники за шкалою емоційної лабільності, що виявляють нестійкість емоцій та інтрапсихічний конфлікт різноспрямованих тенденцій, амбівалентність, емоційність та нестійку самооцінку. При цьому показники у пацієнтів, які перенесли COVID-19, були значуще вищими у порівнянні з пацієнтами, які не хворіли на COVID-19:  $61,5 \pm 8,3$  Т-балів проти  $59,0 \pm 7,1$  Т-балів ( $p < 0,05$ ).

Показник за шкалою індивідуалістичності, що виявляють потребу індивіда в актуалізації власної ідентичності, схильність до фантазування, готовність до протидії оточуючим, у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, був незначуще вищим, ніж у пацієнтів, які перенесли COVID-19:  $62,0 \pm 6,6$  Т-балів проти  $61,8 \pm 7,5$  Т-балів ( $p > 0,05$ ).

Натомість, показник за шкалою ригідності, що виявляє підвищену дратівливість, почуття образи, схильність до дисфорій виявився незначуще вищим у

пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19:  $56,2 \pm 6,1$  Т-балів проти  $56,6 \pm 5,6$  Т-балів ( $p > 0,05$ ).

Показники за шкалою імпульсивності, що виявляє протидію оточенню, відсутність конформності, переважання емоцій над інтелектуальним контролем загалом в УБД з НПР були невисокими, в межах 50-60 балів; при цьому показники були значуще вищими у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19:  $55,7 \pm 6,2$  Т-балів проти  $53,6 \pm 4,6$  Т-балів ( $p < 0,05$ ).

Показник за шкалою маскулінності-фемінності був значуще вищим у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19:  $55,1 \pm 3,3$  Т-балів проти  $54,3 \pm 3,5$  Т-балів ( $p < 0,05$ ). У дослідженого контингенту такий показник може розглядатися як індикатор маскулінності (жорсткість характеру, відсутність сентиментальності, схильність до полігамії).

Репресивну позицію у профілі особистості УБД з НПР займала шкала оптимістичності, що виявляє позитивний емоційний настрій, оптимістичність, активність, екстравертованість, що закономірно відображує негативний вплив стресу бойових дій, а також НПР та COVID-19 на психіку. Показник за цією шкалою у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, був значуще нижчим у порівнянні з тими, хто не хворів на COVID-19:  $40,7 \pm 6,1$  Т-балів проти  $43,6 \pm 10,1$  Т-балів ( $p < 0,01$ ).

Одержані дані дозволяють говорити про наявність специфічного індивідуально-психологічного профілю особистості в УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19. Стрижневими характеристиками цього профілю є стійкі тривожно-депресивні та гіпостенічні прояви, що можуть розглядатися як ознаки невротизації, а в якості допоміжних індивідуально-психопатологічних конструктів виступають стійкі астеничні, іпохондричні, емоційно-лабільні та дисфоричні прояви. Виявлені особливості необхідно враховувати при плануванні лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19.

#### 4.2. Особливості копінг-поведінки учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Дослідження особливостей копінг-поведінки УБД з НПП, які хворіли та не хворіли на COVID-19, має важливе значення для розуміння індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів, психопатологічних механізмів формування несприятливих змін у психіці під впливом стресу війни та захворювання на COVID-19, а також для планування та розробки адресних лікувально-реабілітаційних заходів для цих пацієнтів.

Вивчення структури і співвідношення різних типів долаючої поведінки в УБД, які хворіли та не хворіли на COVID-19 дозволило виявити ряд важливих закономірностей (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

#### Показники за опитувальником «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19

Варіанти копінгу	Показники за шкалами, $M \pm m / Me (Q_{25}-Q_{75})$		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
1	2	3	4
Конфронтаційний копінг	41,4 ± 13,8 / 38,9 (33,3–50,0)	49,9 ± 16,8 / 44,4 (38,9–52,8)	<0,01
Дистанціювання	55,0 ± 14,5 / 50,0 (44,4–61,1)	48,8 ± 14,2 / 44,4 (38,9–55,6)	<0,01
Самоконтроль	73,1 ± 11,8 / 71,4 (66,7–81,0)	66,8 ± 10,8 / 66,7 (61,9–71,4)	<0,01



1	2	3	4
Пошук соціальної підтримки	68,8 ± 15,0 / 72,2 (61,1–77,8)	59,6 ± 19,5 / 66,7 (50,0–72,2)	<0,01
Прийняття відповідальності	66,7 ± 18,6 / 66,7 (50,0–83,3)	63,0 ± 18,6 / 66,7 (50,0–75,0)	>0,05
Втеча-уникнення	37,4 ± 12,1 / 37,5 (29,2–45,8)	46,0 ± 10,7 / 45,8 (39,6–54,2)	<0,01
Планування вирішення проблеми	54,0 ± 17,7 / 52,8 (38,9–66,7)	45,1 ± 15,0 / 44,4 (33,3–55,6)	<0,01
Позитивна переоцінка	48,1 ± 13,9 / 45,3 (38,1–57,1)	41,0 ± 11,5 / 38,1 (33,3–47,6)	<0,01

Показник конфронтаційного копінгу виявився значуще вищим в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19:  $49,9 \pm 16,8$  балів проти  $41,4 \pm 13,8$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 4.2). Конфронтаційний копінг передбачає спроби вирішення проблем за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, спрямованої або на розв'язання ситуації, або на відреагування негативних емоцій, пов'язаних з актуальними труднощами. Стратегія конфронтаційного копінгу супроводжується імпульсивністю поведінки, впертістю, ворожістю й конфліктністю, труднощами у плануванні дій, прогнозуванні результатів діяльності й корекції поведінки. При цьому дії долаючої поведінки втрачають цілеспрямованість і є лише засобом розрядки емоційної напруги. Слід зазначити, що при помірному використанні ця стратегія може забезпечувати спротив особистості поточним труднощам і опиратися проблемним ситуаціям, однак, загалом вона розглядається як неконструктивна, і сприяє посиленню соціальної дезадаптації.

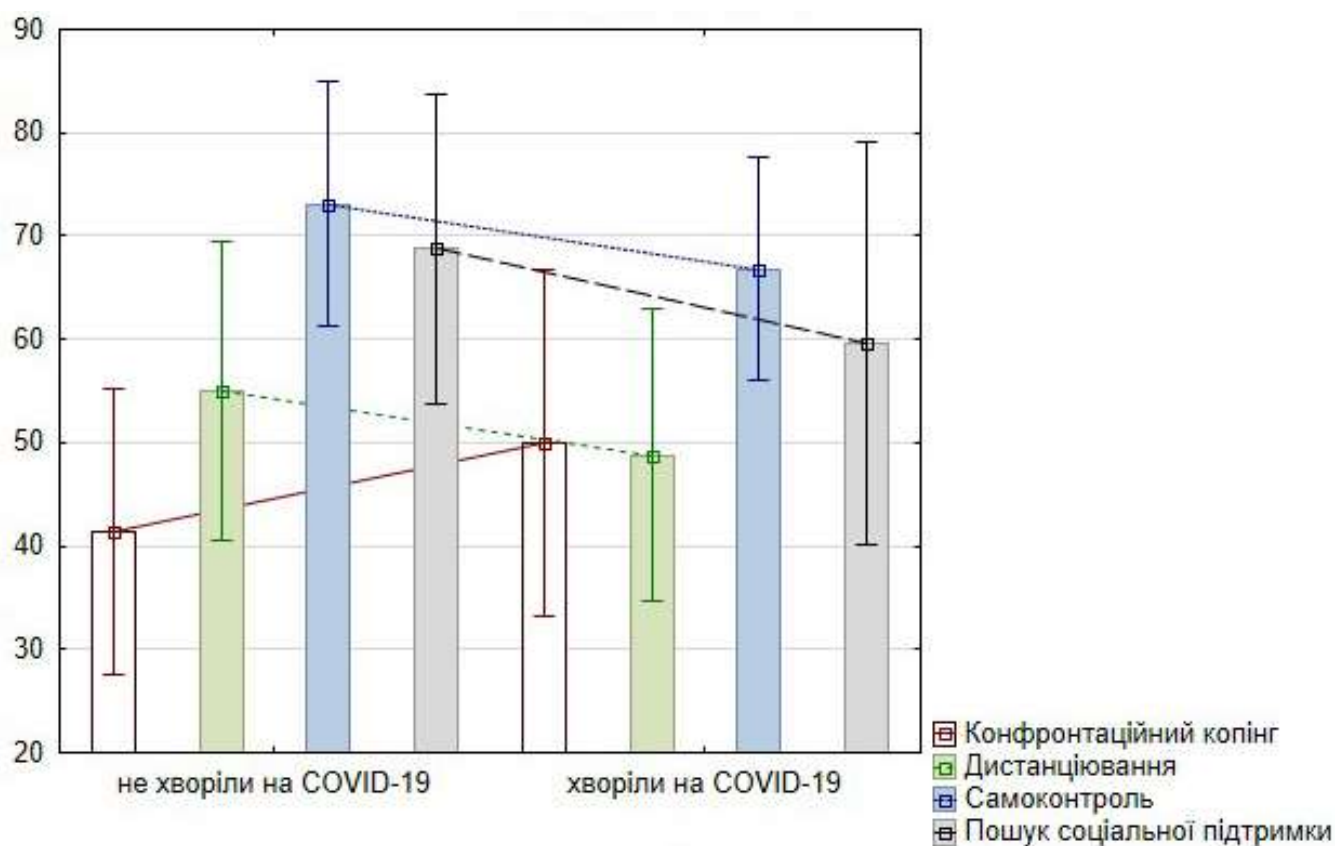


Рис. 4.2. Показники виразності копінг-стратегій конфронтаційного копіngu, дистанціювання, самоконтролю та пошуку соціальної підтримки (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Показники копінг-стратегії дистанціювання виявилися значуще вищими в УБД, які не хворіли на COVID-19:  $55,0 \pm 14,5$  балів проти  $48,8 \pm 14,2$  балів ( $p < 0,01$ ). Стратегія дистанціювання передбачає подолання негативних переживань, пов'язаних з актуальною проблемою, за рахунок суб'єктивного зменшення її значення та зниження емоційного залучення у проблему. Для цієї стратегії характерно використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, відсторонення, переключення уваги, знецінення, гумору тощо.

Стратегія самоконтролю, яка передбачає спроби подолати негативні переживання, які пов'язані з проблемою, за рахунок цілеспрямованого пригнічення та стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації та вибір поведінкової стратегії, високий рівень контролю за поведінкою і прагнення до оволодіння

власними емоціями, більшою мірою була притаманна УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19:  $73,1 \pm 11,8$  балів проти  $66,8 \pm 10,8$  балів ( $p < 0,01$ ). Істотна виразність стратегії самоконтролю, що виявлена в УБД з НПР, також проявляється прагненням індивіда приховувати від оточуючих власні переживання і поведінку, пов'язані з проблемною ситуацією, побоюваннями саморозкриття, надмірною вимогливістю до себе, що призводить до надконтролю поведінки. Ці дані узгоджуються з результатами дослідження профілю особистості за СМДО.

В УБД, які не хворіли на COVID-19, виявлено також більш високі показники за копінг-стратегією пошуку соціальної підтримки:  $68,8 \pm 15,0$  балів проти  $59,6 \pm 19,5$  балів ( $p < 0,01$ ). Стратегія пошуку соціальної підтримки розглядається як конструктивна копінг-стратегія, що передбачає вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх соціальних ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки з боку оточуючих. Для цієї стратегії характерні орієнтація на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, поради та співчуття. В залежності від домінантного варіанту стратегія може реалізуватися через пошук переважно інформаційної підтримки, що передбачає звернення до осіб, яких індивід вважає експертами у цій проблемі, а також до інших осіб з мікросоціального оточення, що володіють необхідною інформацією, або через пошук емоційної підтримки, що проявляється у бажанні індивіда бути почутим, отримати емпатію і розділити з кимось власні переживання, або ж через пошук переважно дієвої підтримки, коли провідною є потреба у одержанні допомоги конкретними діями.

Відносно стратегії прийняття відповідальності не було виявлено значущих відмінностей між УБД з НПР, які перехворіли та не перехворіли на COVID-19, хоча кількісні показники були дещо вищими у пацієнтів, які не хворіли на коронавірусну інфекцію:  $66,7 \pm 18,6$  балів проти  $63,0 \pm 18,6$  балів у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19 ( $p > 0,05$ ) (рис. 4.3). Ця стратегія передбачає визнання індивідом власної ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення. При помірному використанні стратегія прийняття відповідальності відображує прагнення особистості до розуміння зв'язку між власними діями та їх наслідками, готовність індивіда аналізувати власну поведінку і шукати причини наявних

труднощів у власних недоліках і помилках. Водночас, надмірна виразність даної стратегії призводить до невиправданої самокритики, переживанню провини і незадоволеності собою, що є фактором, який сприяє розвитку депресивних станів.

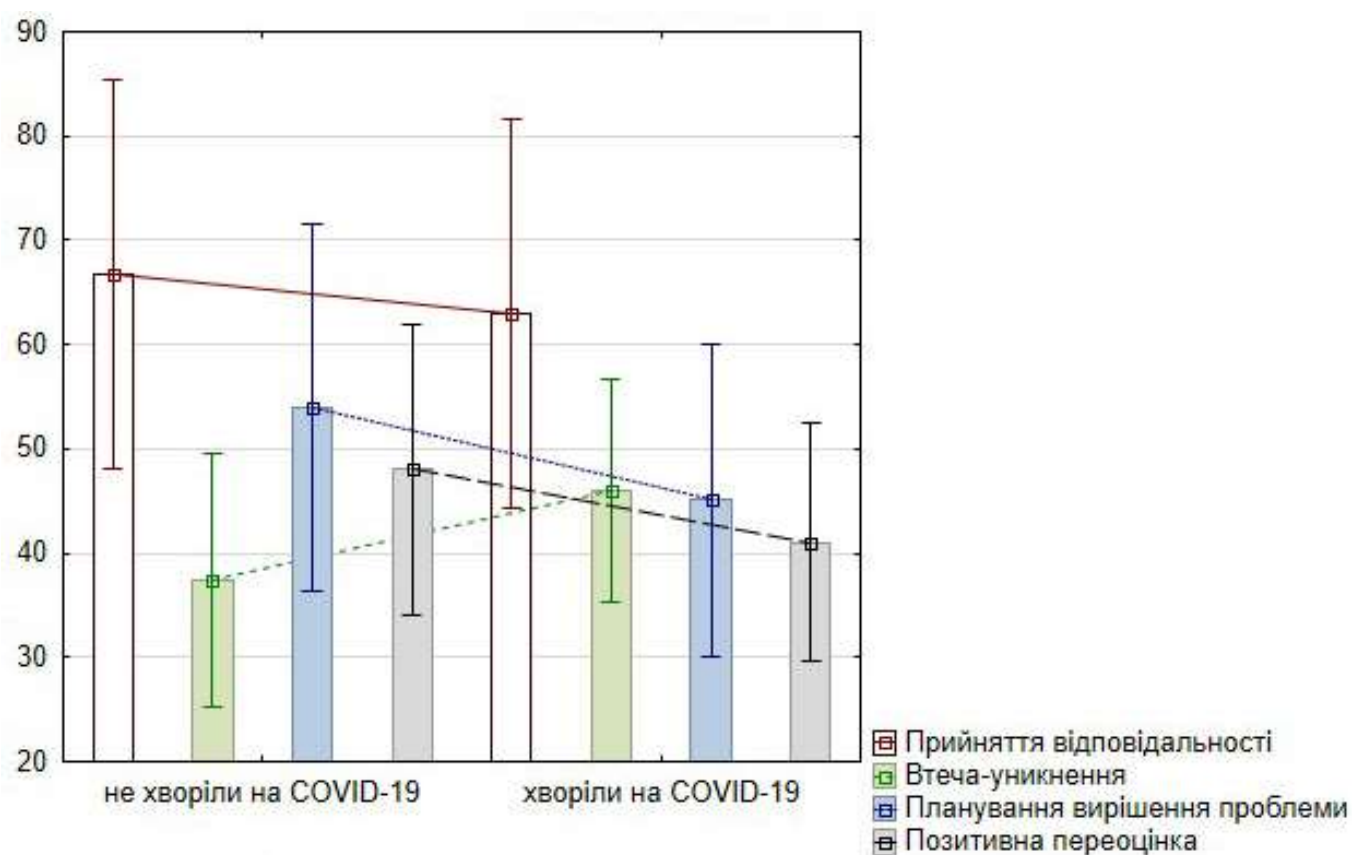


Рис. 4.3. Показники виразності копінг-стратегій прийняття відповідальності, втечі-уникнення, планування вирішення проблем та позитивної переоцінки (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Натомість, УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, була більшою мірою притаманна копінг-стратегія втечі-уникнення:  $46,0 \pm 10,7$  балів проти  $37,4 \pm 12,1$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 4.3). Ця стратегія передбачає спроби подолання індивідом негативних переживань, пов'язаних з труднощами, за рахунок реагування за типом ухиляння, зокрема, заперечення проблеми, невиправданих очікувань, відволікання, фантазування тощо. Ця стратегія при частому застосуванні є неконструктивною і пов'язана з неефективною поведінкою у стресових ситуаціях, зокрема, із запереченням або ігноруванням проблеми, ухилянням від відповідальності

та активних дій по усуненню наявних труднощів, пасивністю, нетерпінням, спалахами роздратування, а також із схильністю до аддиктивної поведінки для зменшення емоційної напруги.

Найбільш конструктивна копінг-стратегія планування вирішення проблеми, що передбачає спроби подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, а також напрацювання стратегії вирішення існуючих проблем через планування власних дій з урахуванням власного досвіду, об'єктивних умов та наявних у особистості ресурсів, була більш притаманною УБД, які не хворіли на COVID-19:  $54,0 \pm 17,7$  балів проти  $45,1 \pm 15,0$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 4.3).

Стратегія позитивної переоцінки, що передбачає подолання негативних переживань, пов'язаних з проблемою, за рахунок її позитивного переосмислення і розгляду її як стимулу для особистісного розвитку, з орієнтацією на філософське, надособистісне осмислення проблемної ситуації з включенням її у більш широкий контекст саморозвитку особистості, виявився більш вираженим в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19:  $48,1 \pm 13,9$  балів проти  $41,0 \pm 11,5$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 4.3).

Таким чином, одержані дані свідчать про більшу виразність в УБД з НПР неконструктивних стратегій копіngu, зокрема, втечі-уникнення та конфронтаційного копіngu, і меншу виразність конструктивних копінг-стратегій планування вирішення проблеми, самоконтролю, пошуку соціальної підтримки та позитивної переоцінки. Ці особливості можуть бути пов'язані з проявами невротизації та патохарактерологічних трансформацій, більш вираженими у пацієнтів, які перехворіли на COVID-19. Також слід враховувати більшу виразність в УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, стійких депресивних і тривожних проявів, що також можуть справляти певний вплив на копінг-репертуар обстежених пацієнтів. При інтерпретації даних вивчення копінг-поведінки УБД з НПР необхідно зауважити, що у їх копінг-репертуарі поєднуються конструктивні та неконструктивні копінг-стратегії, що є відображенням як початково задовільного стану психічного і психологічного здоров'я (усі обстежені до розвитку у них НПР були психічно здоровими особами з достатньо високим рівнем стресостійкості), так і патологічних змін психіки, що

виникли внаслідок НІР, впливу стресу війни та перенесеного захворювання на COVID-19.

#### **Висновки до розділу 4**

Вивчення індивідуально-типологічних особливостей за допомогою СМДО виявило, що домінуючі позиції у профілях особистості УБД з НІР, які перенесли захворювання на COVID-19, займають шкали тривожності та песимістичності, показники за якими у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, значуще вищі, ніж у тих, хто не хворів на COVID-19:  $76,9 \pm 10,6$  Т-балів проти  $72,3 \pm 10,8$  Т-балів ( $p < 0,01$ ) та  $74,9 \pm 10,0$  Т-балів проти  $67,0 \pm 18,6$  Т-балів ( $p < 0,05$ ), що виявляє більшу виразність гіпостенічних проявів, підвищений рівень тривожності, відмову від активної діяльності, знижений настрій, загострене почуття провини, невпевненість у собі, а також дезадаптивні стани з почуттям розгубленості, неспокою, нав'язливими страхами, відчуттям небезпеки та диссомніями, що у поєднанні з підвищеними показниками за шкалою надконтролю ( $65,6 \pm 9,0$  Т-балів проти  $64,9 \pm 9,6$  Т-балів,  $p > 0,05$ ) свідчить про формування ознак невротичного надконтролю з підвищеною увагою до соматичного дискомфорту, пригнічення спонтанності, стримування активної самореалізації та прагнення до контролю над агресивністю. В УБД з НІР, які перенесли захворювання на COVID-19, виявлено також підвищені показники за шкалою соціальної інтроверсії, що поглиблюють гіпостенічні риси і послаблюють стенічні:  $62,2 \pm 6,2$  Т-балів проти  $60,6 \pm 6,2$  Т-балів ( $p < 0,05$ ). Дещо підвищеними у межах 60 Т-балів у обстежених пацієнтів були показники за шкалою емоційної лабільності, що виявляють нестійкість емоцій та інтрапсихічний конфлікт, амбівалентність, емоційність та нестійку самооцінку:  $61,5 \pm 8,3$  Т-балів проти  $59,0 \pm 7,1$  Т-балів ( $p < 0,05$ ). Показники за шкалою індивідуалістичності, що виявляють потребу індивіда в актуалізації власної ідентичності, схильність до фантазування, готовність до протидії оточуючим, у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, був незначуще вищим, ніж у пацієнтів, які не перенесли COVID-19:  $62,0 \pm 6,6$  Т-балів проти  $61,8 \pm 7,5$  Т-балів ( $p > 0,05$ ). Натомість, показник за шкалою ригідності, що

виявляє підвищену дратівливість, почуття образи, схильність до дисфорій виявився незначуще вищим у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19:  $56,2 \pm 6,1$  Т-балів проти  $56,6 \pm 5,6$  Т-балів ( $p > 0,05$ ). Показники за шкалою імпульсивності, що виявляє протидію оточенню, відсутність конформності, переважання емоцій над інтелектуальним контролем загалом в УБД з НПР були невисокими, в межах 50-60 балів; при цьому показники були значуще вищими у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19:  $55,7 \pm 6,2$  Т-балів проти  $53,6 \pm 4,6$  Т-балів ( $p < 0,05$ ). Показник за шкалою маскулінності-фемінності, що може розглядатися як індикатор маскулінності, був значуще вищим у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19:  $55,1 \pm 3,3$  Т-балів проти  $54,3 \pm 3,5$  Т-балів ( $p < 0,05$ ). Репресивну позицію у профілі особистості УБД з НПР займала шкала оптимістичності; показник за цією шкалою у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, був значуще нижчим у порівнянні з тими, хто не хворів на COVID-19:  $40,7 \pm 6,1$  Т-балів проти  $43,6 \pm 10,1$  Т-балів ( $p < 0,01$ ).

Аналіз даних СБОО дозволяє говорити про наявність специфічного індивідуально-психологічного профілю особистості в УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19; стрижневими характеристиками якого є стійкі тривожно-депресивні та гіпостенічні прояви, що можуть розглядатися як ознаки невротизації, а в якості допоміжних індивідуально-психопатологічних конструктів виступають стійкі астеничні, іпохондричні, емоційно-лабільні та дисфоричні прояви.

Дослідження особливостей копінг-поведінки виявило в УБД з НПР, які перенесли COVID-19, значуще вищі показники виразності неконструктивних копінг-стратегій конфронтаційного копінгу:  $49,9 \pm 16,8$  балів проти  $41,4 \pm 13,8$  балів ( $p < 0,01$ ) та втечі-уникнення:  $46,0 \pm 10,7$  балів проти  $37,4 \pm 12,1$  балів ( $p < 0,01$ ). Натомість, в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, були більш виражені конструктивні та умовно конструктивні копінг-стратегії планування вирішення проблеми:  $54,0 \pm 17,7$  балів проти  $45,1 \pm 15,0$  балів ( $p < 0,01$ ), позитивної переоцінки:  $48,1 \pm 13,9$  балів проти  $41,0 \pm 11,5$  балів ( $p < 0,01$ ), пошуку соціальної підтримки:  $68,8 \pm 15,0$  балів проти  $59,6 \pm 19,5$  балів ( $p < 0,01$ ), дистанціювання:  $55,0 \pm 14,5$  балів проти  $48,8 \pm 14,2$  балів ( $p < 0,01$ ), самоконтролю:  $73,1 \pm 11,8$  балів проти  $66,8 \pm 10,8$  балів ( $p < 0,01$ ). Щодо

стратегії прийняття відповідальності не було виявлено значущих відмінностей між УБД з НПП, які перехворіли та не перехворіли на COVID-19, хоча кількісні показники були дещо вищими у пацієнтів, які не хворіли на коронавірусну інфекцію:  $66,7 \pm 18,6$  балів проти  $63,0 \pm 18,6$  балів.

Більша поширеність в УБД з НПП, які перенесли захворювання на COVID-19, неконструктивних стратегій копіngu може бути пов'язана з проявами невротизації та патохарактерологічних трансформацій, більшій виразності стійких депресивних і тривожних проявів, а також складним поєднанням різних стратегій у копінг-репертуарі пацієнтів.

Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПП.

*Результати, викладені у даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:*

1. Коваль М.Є. Індивідуально-психологічні особливості та стан психосоціальної адаптації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Вісник медичних і біологічних досліджень. 2023. № 16 (2). С. 8-14.



## Розділ 5

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СТАН ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ  
БОЙОВИХ ДІЙ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ  
ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19

5.1. Якість життя учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Питання вивчення ЯЖ пацієнтів з різними формами психічної патології останніми десятиліттями привертають особливу увагу дослідників. Це пов'язане з переходом від патерналістської моделі надання психіатричної допомоги до партнерської, в рамках якої ЯЖ розглядається в якості одного з провідних критеріїв оцінки стану психічного здоров'я та адаптації пацієнта, що відображує основні аспекти його психічного, соціального та фізичного функціонування [154-184]. При цьому актуальні питання ЯЖ УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, залишаються практично недослідженими, що утруднює розробку персоніфікованих лікувально-реабілітаційних заходів для цього контингенту.

Виходячи з цього, ми вивчили особливості ЯЖ та соціального функціонування УБД, які перенесли захворювання на COVID-19 у порівняльному аспекті.

Кількісні показники ЯЖ в УБД, які хворіли та не хворіли на COVID-19, наведено у табл. 5.1.

Загальною тенденцією, притаманною обстеженому контингенту, були низькі показники ЯЖ у сферах, що відображують психологічне функціонування, і, меншою мірою – фізичне функціонування, при збереженні високих показників у сферах, що стосуються впливу оточення і соціальної підтримки.

Так, показник ЯЖ за сферою фізичного благополуччя, яка відображує відчуття енергії, відсутність соматичного болю і фізичних проблем, у обстежених пацієнтів загалом виявився зниженим (рис. 5.1).

Таблиця 5.1

**Кількісні показники якості життя в учасників бойових дій, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)**

Сфера ЯЖ	Показник, $M \pm m/Me$ ( $Q_{25}-Q_{75}$ )		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
1	2	3	4
Фізичне благополуччя	7,67 ± 1,10 / 8,00 (7,00–8,00)	7,10 ± 1,29 / 8,00 (6,00–8,00)	<0,01
Психологічне (емоційне) благополуччя	5,59 ± 1,95 / 6,00 (4,00–7,00)	4,60 ± 1,96 / 5,00 (3,00–6,00)	<0,01
Самообслуговування і незалежність дій	9,46 ± 0,78 / 10,00 (9,00–10,00)	9,03 ± 1,01 / 9,00 (8,00–10,00)	<0,01
Працездатність	7,70 ± 1,35 / 8,00 (7,00–9,00)	7,02 ± 1,48 / 7,00 (6,00–8,00)	<0,01
Міжособистісна взаємодія	6,15 ± 2,32 / 7,00 (5,00–8,00)	4,91 ± 2,45 / 5,00 (2,00–7,00)	<0,01
Соціо-емоційна підтримка	9,23 ± 1,01 / 10,00 (9,00–10,00)	8,75 ± 1,20 / 9,00 (7,50–10,00)	<0,01
Громадська і службова підтримка	9,40 ± 0,73 / 10,00 (9,00–10,00)	9,01 ± 0,91 / 9,00 (8,00–10,00)	<0,01
Особистісна реалізація	5,96 ± 1,98 / 6,00 (4,00–8,00)	4,95 ± 2,06 / 5,00 (3,00–6,00)	<0,01
Духовна реалізація	7,76 ± 1,06 / 8,00 (7,00–9,00)	7,23 ± 1,01 / 7,00 (6,00–8,00)	<0,01

Продовж. табл. 5.1

1	2	3	4
Загальне сприйняття життя	4,88 ± 1,90 / 5,00 (3,00–6,00)	3,92 ± 1,74 / 4,00 (2,00–5,00)	<0,01
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	18,14 ± 4,87 / 19,00 (14,00– 21,00)	15,62 ± 4,88 / 17,00 (11,00– 19,00)	<0,01
Виконання соціальних ролей	29,28 ± 6,26 / 30,50 (25,50– 35,00)	25,91 ± 6,87 / 26,00 (19,00– 31,50)	<0,01
Зовнішні життєві умови	26,39 ± 2,70 / 28,00 (25,00– 29,00)	24,98 ± 3,04 / 25,00 (21,50– 28,00)	<0,01
Показник якості життя	7,38 ± 1,37 / 7,70 (6,40–8,50)	6,65 ± 1,47 / 6,80 (5,20–7,80)	<0,01

При цьому в УБД, які не хворіли на COVID-19, середнє значення показника було значуще вищим порівняно з УБД, які перехворіли на COVID-19:  $7,67 \pm 1,10$  балів проти  $7,10 \pm 1,29$  балів ( $p < 0,01$ ).

Такі відмінності, ймовірно, відображують наявність широкого спектру постковідних соматичних ускладнень, що розвиваються у значній кількості перехворілих (слід зазначити, що обстежений контингент складався з людей, які були соматично практично здоровими до моменту захворювання, тому виявлене у них зниження показника за сферою фізичного здоров'я відносно максимального є доволі суттєвим).

Показник за сферою психологічного (емоційного) благополуччя, яка охоплює суб'єктивну оцінку індивідом самопочуття, задоволеність собою, відчуття психологічного комфорту і задоволеність власною психічною діяльністю, в УБД з

НПР виявився вельми низьким (рис. 5.1). При цьому в УБД, які не хворіли на COVID-19, він був значуще вищим:  $5,59 \pm 1,95$  балів проти  $4,60 \pm 1,96$  балів в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19 ( $p < 0,01$ ). Очевидно, зниження показника ЯЖ за сферою психологічного (емоційного) благополуччя в УБД з НПР відображує насамперед негативний вплив психічного розладу, а у обстежених другої групи – також прямі і непрямі наслідки впливу коронавірусної інфекції на психіку (у інших наших дослідженнях, виконаних на цьому ж контингенті обстежених, були виявлені виражені ознаки постковідної астенії, постковідних афективних розладів, зниження когнітивного функціонування у поєднанні з посттравматичними та іншими непсихотичними розладами).

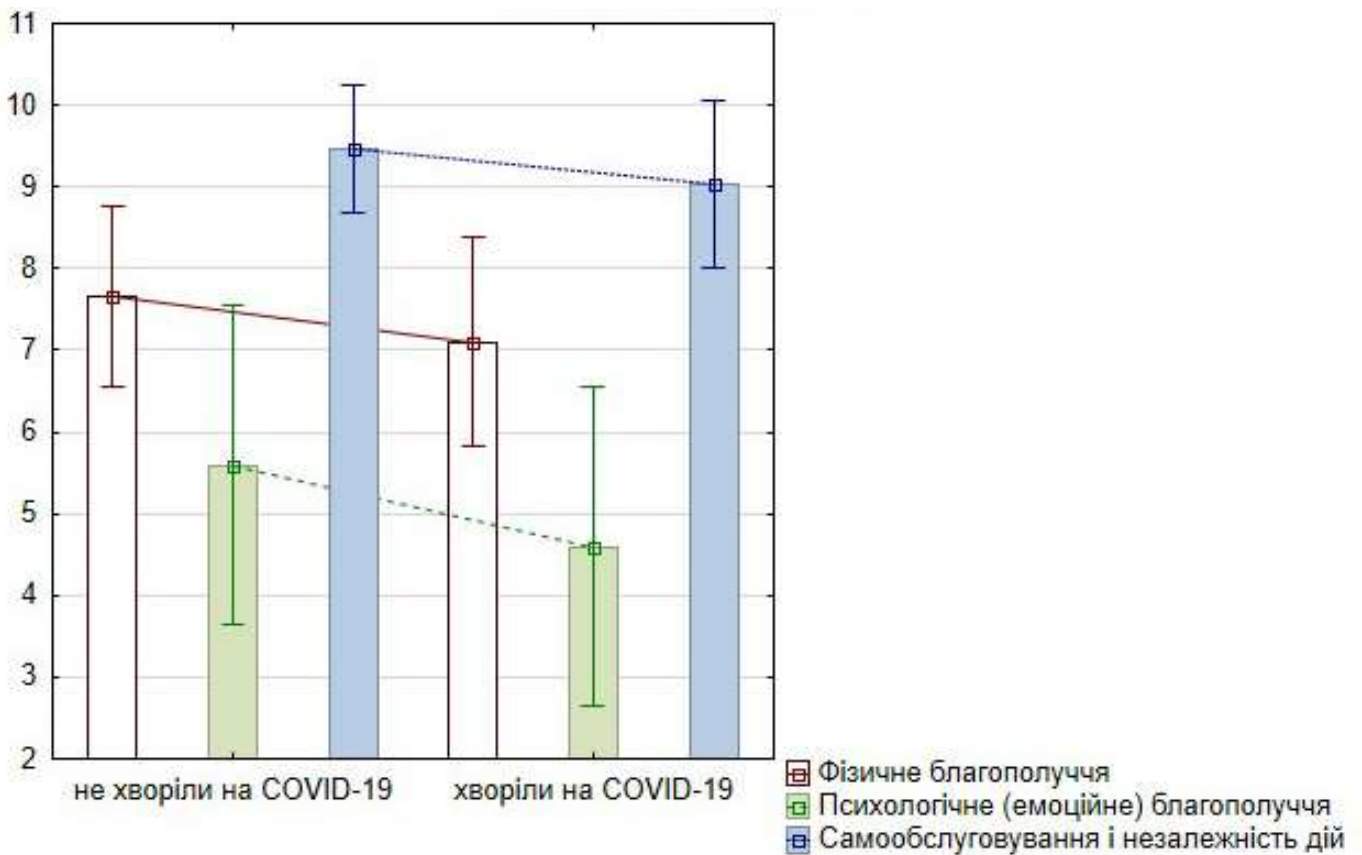


Рис. 5.1. Показники якості життя за сферами фізичного благополуччя, психологічного (емоційного) благополуччя, самообслуговування і незалежності дій (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Показник за сферою самообслуговування і незалежності дій, що оцінює здатність людини до виконання повсякденних життєвих завдань і прийняття власних рішень, загалом в УБД з НПР виявився достатньо високим (понад 9 балів) (рис. 5.1). При цьому в УБД, які не хворіли на COVID-19, показник склав  $9,46 \pm 0,78$  балів, що значуще більше, ніж в УБД, які хворіли на COVID-19:  $9,03 \pm 1,01$  балів ( $p < 0,01$ ). Загалом, одержані дані дозволяють зробити висновок про збереження в УБД з НПР можливостей для повсякденного функціонування у достатньому ступені.

У сфері працездатності, що оцінює можливість виконувати робочі, шкільні чи домашні обов'язки, показник ЯЖ в УБД з НПР виявився зниженим, що, ймовірно, відображує зниження рівня фізичного та психічного здоров'я внаслідок захворювання на НПР та COVID-19 (рис. 5.2). При цьому в УБД, які не хворіли на COVID-19, показник виявився значуще більшим, ніж у пацієнтів, які перехворіли на COVID-19:  $7,70 \pm 1,35$  балів проти  $7,02 \pm 1,48$  балів ( $p < 0,01$ ).

Показники за сферою міжособистісної взаємодії, що оцінює можливість відповідати і підтримувати гарні відносини з родиною, друзями, соціальними групами, у обстежених пацієнтів виявився низьким, що, на нашу думку, відображує загальне зниження рівня психічного функціонування та наявність НПР і постковідних ускладнень (рис. 5.2). При цьому в УБД, які не хворіли на COVID-19, показник склав  $6,15 \pm 2,32$  балів, що значуще вище, ніж в УБД з НПР, які перенесли COVID-19:  $4,91 \pm 2,45$  балів ( $p < 0,01$ ).

У сфері соціо-емоційної підтримки, що оцінює наявність людей, яким індивід довіряє, і які можуть запропонувати йому допомогу та емоційну підтримку, в УБД з НПР загалом виявився доволі високим (рис. 5.2). При цьому в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, показник був значуще вищим у порівнянні з УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19:  $9,23 \pm 1,01$  балів проти  $8,75 \pm 1,20$  балів ( $p < 0,01$ ).

Показники за сферою громадської і службової підтримки, яка включає приємних і безпечних сусідів, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів, в УБД з НПР загалом виявився високим, що відображує високий рівень суспільної підтримки військовослужбовців в Україні: в УБД, які не хворіли на COVID-19, він склав  $9,40 \pm 0,73$  балів проти  $9,01 \pm 0,91$  балів в УБД, які не хворіли на

COVID-19 (рис. 5.3). Розбіжності між групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ). Нижчі показники за цією сферою в УБД, які перенесли COVID-19, на нашу думку, пов'язані з загальним гіршим станом фізичного і психічного здоров'я у цих пацієнтів, що відбивається на сприйнятті ними мікросоціального оточення та власного соціально-психологічного функціонування.

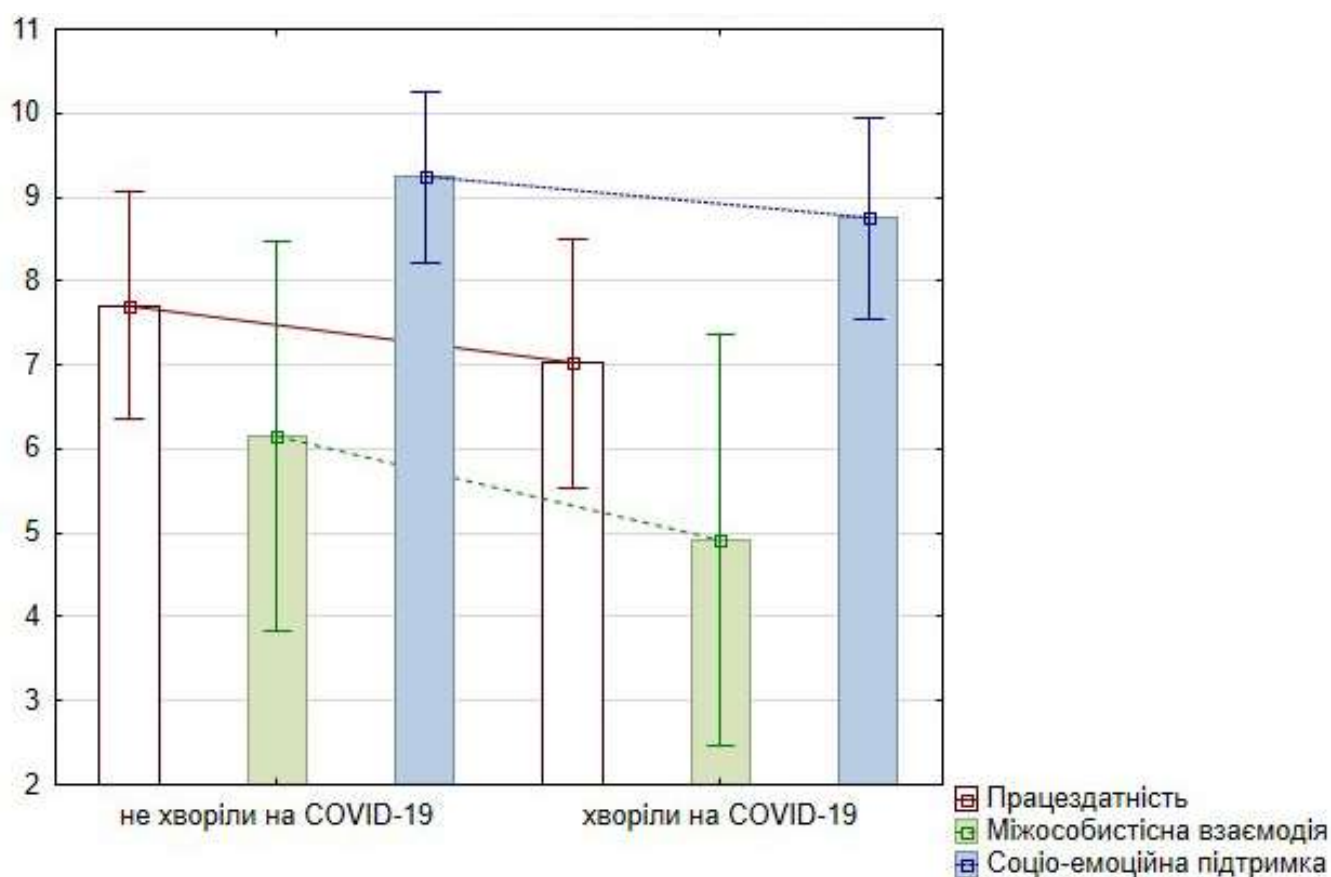


Рис. 5.2. Показники якості життя за сферами працездатності, міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Натомість, показник у сфері особистісної реалізації, що включає наявність почуття рівноваги, власної солідарності, одержання задоволення від сексу, мистецтва тощо в УБД з НПР виявився доволі низьким, що, ймовірно, відображує вплив

психічного захворювання, а в УБД з НПР, які хворіли на COVID-19, також вплив коронавірусної інфекції (рис. 5.3). Підтвердженням цього є виявлені в УБД, які перенесли COVID-19, значуще нижчі показники за цією сферою:  $4,95 \pm 2,06$  балів проти  $5,96 \pm 1,98$  балів ( $p < 0,01$ ).

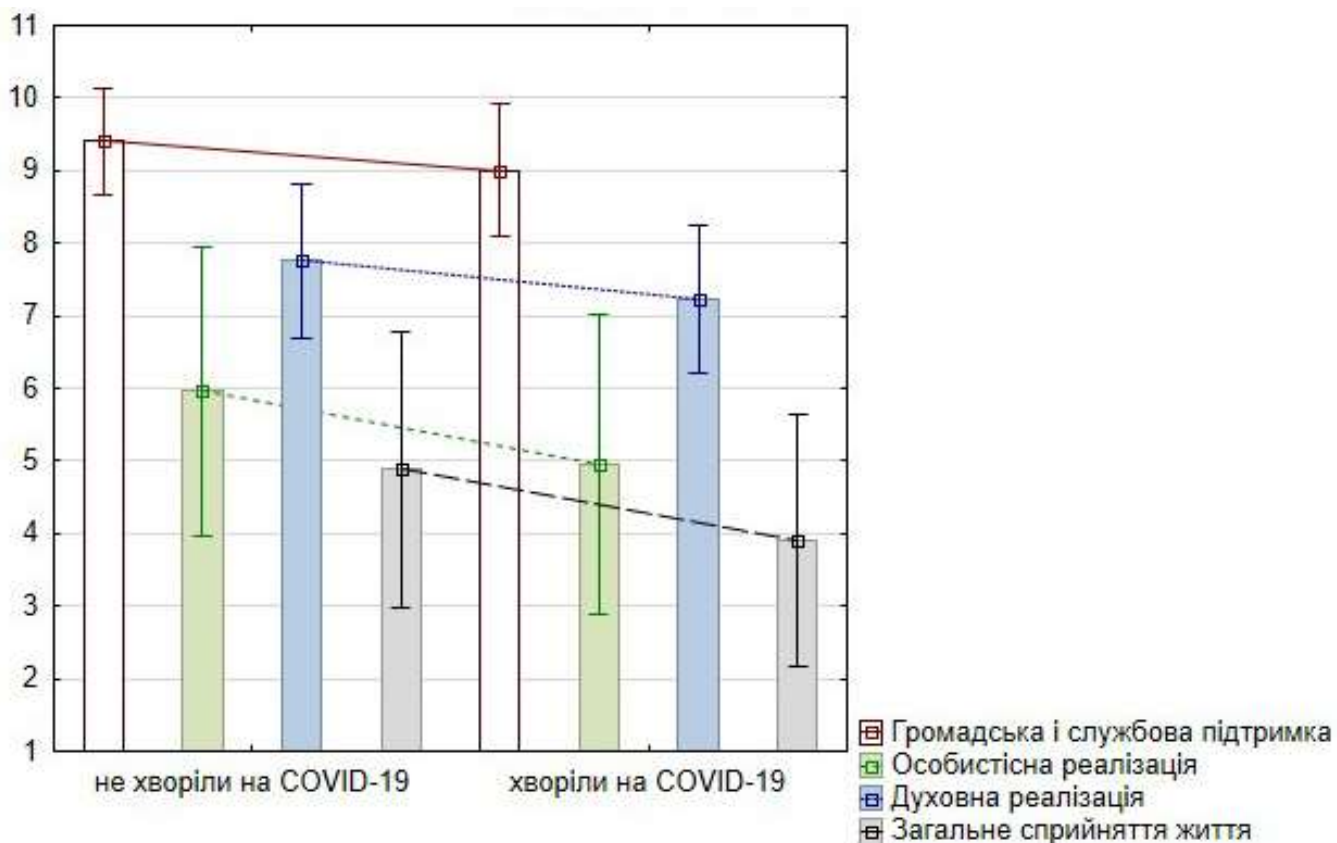


Рис. 5.3. Показники якості життя за сферами громадської і службової підтримки, особистісної реалізації, духовної реалізації, загального сприйняття життя (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Аналогічно, показник у сфері духовної реалізації, що включає почуття віри, релігійність і вихід за межі звичайного матеріального життя, в УБД з НПР був дещо зниженим (рис. 5.3). При цьому у хворих, які не хворіли на COVID-19, показник виявився значуще вищим у порівнянні з УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19:  $7,76 \pm 1,06$  балів проти  $7,23 \pm 1,01$  балів ( $p < 0,01$ ).

У сфері загального сприйняття життя, що включає відчуття задоволеності і щастя у житті взагалі, при загалом низькому показнику в УБД з НПР, у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, показник був значуще вишим:  $4,88 \pm 1,90$  балів проти  $3,92 \pm 1,74$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 5.3). Зниження показника за цією сферою є закономірним відображенням впливу психічного розладу та коронавірусної інфекції на психічне та соціальне функціонування пацієнтів.

Дослідження ЯЖ в інтегральних сферах в УБД з НПР підтвердили закономірності, виявлені в окремих сферах ЯЖ (рис. 5.4).

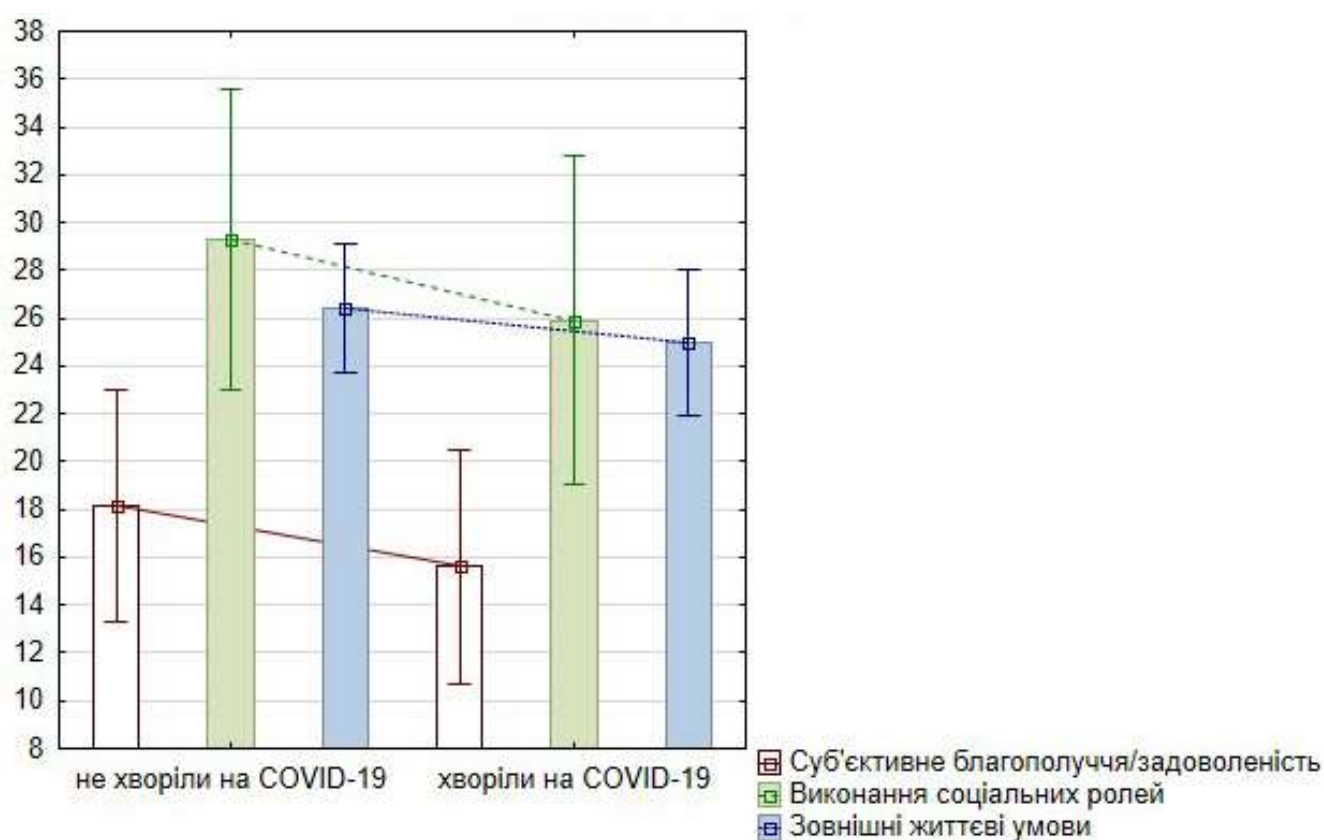


Рис. 5.4. Показники якості життя за інтегральними сферами суб'єктивного благополуччя / задоволеності, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Зокрема, показники в УБД, які не хворіли на COVID-19, виявилися значуще ( $p < 0,01$ ) більшими, ніж у пацієнтів, які хворіли на COVID-19. Так, показник за



інтегральною шкалою суб'єктивного благополуччя/задоволеності в УБД, які не хворіли на COVID-19, склав  $18,14 \pm 4,87$  балів проти  $15,62 \pm 4,88$  балів у пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію; показник за сферою виконання соціальних ролей – відповідно  $29,28 \pm 6,26$  балів проти  $25,91 \pm 6,87$  балів ( $p < 0,01$ ); за сферою зовнішніх життєвих умов – відповідно  $26,39 \pm 2,70$  балів проти  $24,98 \pm 3,04$  балів ( $p < 0,01$ ).

Загальний показник ЯЖ в УБД з НПР виявився зниженим, що закономірно відображує погіршення ЯЖ в окремих сферах, пов'язане з психічним розладом і коронавірусною інфекцією. При цьому в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, показник був значуще нижчим:  $6,65 \pm 1,47$  балів проти  $7,38 \pm 1,37$  балів ( $p < 0,01$ ), що свідчить про негативний вплив перенесеної коронавірусної інфекції на ЯЖ.

Таким чином, виявлені закономірності переконливо свідчать про негативний вплив перенесеного COVID-19 в УБД з НПР на ЯЖ в цілому та за окремими її сферами. При цьому найбільш виражений негативний вплив НПР і коронавірусної інфекції виявлений щодо сфер психологічного (емоційного благополуччя), особистісної реалізації, міжособистісної взаємодії та загального сприйняття життя.

Кореляційний аналіз виявив тісний зв'язок між показниками ЯЖ та виразності психопатологічної симптоматики (табл. 5.2). Найбільш тісні кореляційні зв'язки були виявлені між показниками тривоги з одного боку, і показниками за шкалами суб'єктивного благополуччя/задоволеності, виконання соціальних ролей, а також загального показника ЯЖ. Сильними (коефіцієнт раногової кореляції перевищує 0,7) виявилися також кореляційні зв'язки депресії (за даними опитувальника SCL-90-R), соматизації та міжособистісної сензитивності з основними показниками ЯЖ, соматизації у сферах суб'єктивного благополуччя/задоволеності, виконання соціальних ролей, та загального показника ЯЖ.

Кореляційний зв'язок зворотний (при збільшенні виразності психопатологічної симптоматики ЯЖ знижується).

Виявлені закономірності слід враховувати при розробці лікувальних та реабілітаційних заходів для УБД, які перенесли захворювання на COVID-19.

Таблиця 5.2

**Кореляційні зв'язки між показниками психопатологічної симптоматики та ЯЖ**

Показник	Сфери якості життя							
	Суб'єктивне благополуччя / задоволеність		Виконання соціальних ролей		Зовнішні життєві		Показник якості життя	
	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p
Показник за HRDS	-0,615	<0,01	-0,620	<0,01	-0,621	<0,01	-0,623	<0,01
Показник за HARS	-0,829	<0,01	-0,839	<0,01	-0,803	<0,01	-0,836	<0,01
Соматизація	-0,710	<0,01	-0,710	<0,01	-0,702	<0,01	-0,711	<0,01
Обсес.-компульс. розлади	-0,359	<0,01	-0,366	<0,01	-0,375	<0,01	-0,366	<0,01
Міжособистісна сензитивн.	-0,718	<0,01	-0,717	<0,01	-0,697	<0,01	-0,717	<0,01
Депресія	-0,769	<0,01	-0,773	<0,01	-0,766	<0,01	-0,776	<0,01
Тривожність	-0,403	<0,01	-0,387	<0,01	-0,378	<0,01	-0,395	<0,01
Ворожість	-0,397	<0,01	-0,392	<0,01	-0,355	<0,01	-0,391	<0,01
Фобічна тривожність	-0,165	<0,01	-0,149	<0,05	-0,141	<0,05	-0,155	<0,05
Паранояльні симптоми	-0,172	<0,01	-0,177	<0,01	-0,168	<0,01	-0,172	<0,01
Психотизм	-0,092	>0,05	-0,080	>0,05	-0,081	>0,05	-0,084	>0,05

5.2. Стан психосоціальної адаптації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Наявність НПП є актуальним фактором психосоціальної дезадаптації (ДА) пацієнтів. Водночас, стрес бойових дій також негативно впливає на стан адаптації,

посилюючи і пролонгуючи дезадаптивні прояви. Коронавірусна інфекція, справляючи прямий і опосередкований негативний вплив на психіку пацієнтів, також сприяє формуванню ДА. Тому оцінка стану психосоціальної ДА в УБД з НПП, які перенесли захворювання на COVID-19, має важливе значення для комплексної оцінки психосоціального функціонування пацієнтів, а також для оцінки стану ресурсів особистості і терапевтичного потенціалу при плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів. Виходячи з цього, нами було проаналізовано стан соціально-психологічної адаптації в УБД з НПП, які хворіли та не хворіли на COVID-19. Результати аналізу наведено у табл. 5.3.

Таблиця 5.3

**Кількісні показники за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond в учасників бойових дій, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)**

Показник	Показник, $M \pm m/Me$ ( $Q_{25}-Q_{75}$ )		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
1	2	3	4
Адаптивність	$57,8 \pm 17,4 / 56,5$ (42,0–72,5)	$48,3 \pm 16,7 / 47,0$ (37,0–59,5)	<0,01
Дезадаптивність	$128,8 \pm 43,0 / 149,0$ (93,0–162,0)	$137,9 \pm 40,2 / 157,0$ (116,5–166,5)	<0,05
Брехливість ні	$10,8 \pm 4,8 / 10,0$ (7,0–13,0)	$10,1 \pm 4,6 / 9,0$ (7,0–13,0)	>0,05
Брехливість так	$13,6 \pm 2,8 / 14,0$ (12,0–16,0)	$13,2 \pm 2,7 / 13,0$ (11,0–15,0)	>0,05
Прийняття себе	$12,8 \pm 5,7 / 12,0$ (9,0–17,0)	$10,0 \pm 5,3 / 10,0$ (6,0–13,0)	<0,01
Неприйняття себе	$22,0 \pm 7,9 / 24,0$ (15,0–28,0)	$24,3 \pm 6,7 / 25,0$ (21,0–29,0)	<0,05

Продовж. табл. 5.3

1	2	3	4
Прийняття інших	12,4 ± 3,5 / 12,0 (10,0–15,0)	10,6 ± 3,2 / 11,0 (8,0–13,0)	<0,01
Неприйняття інших	26,5 ± 10,0 / 30,0 (22,0–34,0)	27,1 ± 9,7 / 31,0 (22,0–34,0)	>0,05
Емоційний комфорт	14,1 ± 5,0 / 14,0 (11,0–18,0)	12,6 ± 5,2 / 12,0 (9,0–16,5)	<0,05
Емоційний дискомфорт	29,6 ± 7,9 / 32,0 (24,5–36,0)	31,6 ± 6,5 / 33,0 (27,0–37,0)	<0,05
Внутрішній контроль	35,0 ± 8,2 / 34,0 (30,0–40,5)	32,3 ± 7,3 / 33,0 (28,0–37,0)	<0,01
Зовнішній контроль	33,5 ± 10,6 / 37,0 (32,0–40,5)	33,8 ± 10,9 / 38,0 (29,0–41,0)	>0,05
Домінування	3,5 ± 2,8 / 3,0 (1,0–5,5)	2,6 ± 2,2 / 2,0 (1,0–4,0)	<0,05
Ведомість	22,5 ± 8,4 / 26,5 (16,0–29,0)	23,1 ± 8,0 / 26,0 (19,5–29,0)	>0,05
Ескапізм	17,2 ± 6,7 / 19,0 (13,0–22,0)	17,9 ± 7,1 / 20,0 (13,0–23,0)	>0,05

Як видно з табл. 5.2, показники адаптивності в УБД з НІР, які не хворіли на COVID-19, були значуще вищими у порівнянні з УБД, які перенесли захворювання на COVID-19:  $57,8 \pm 17,4$  балів проти  $48,3 \pm 16,7$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 5.5). При цьому кількісне значення показника адаптації в обох групах є низьким (менше 68 балів), що свідчить про наявність у даного контингенту виражених проблем адаптації.

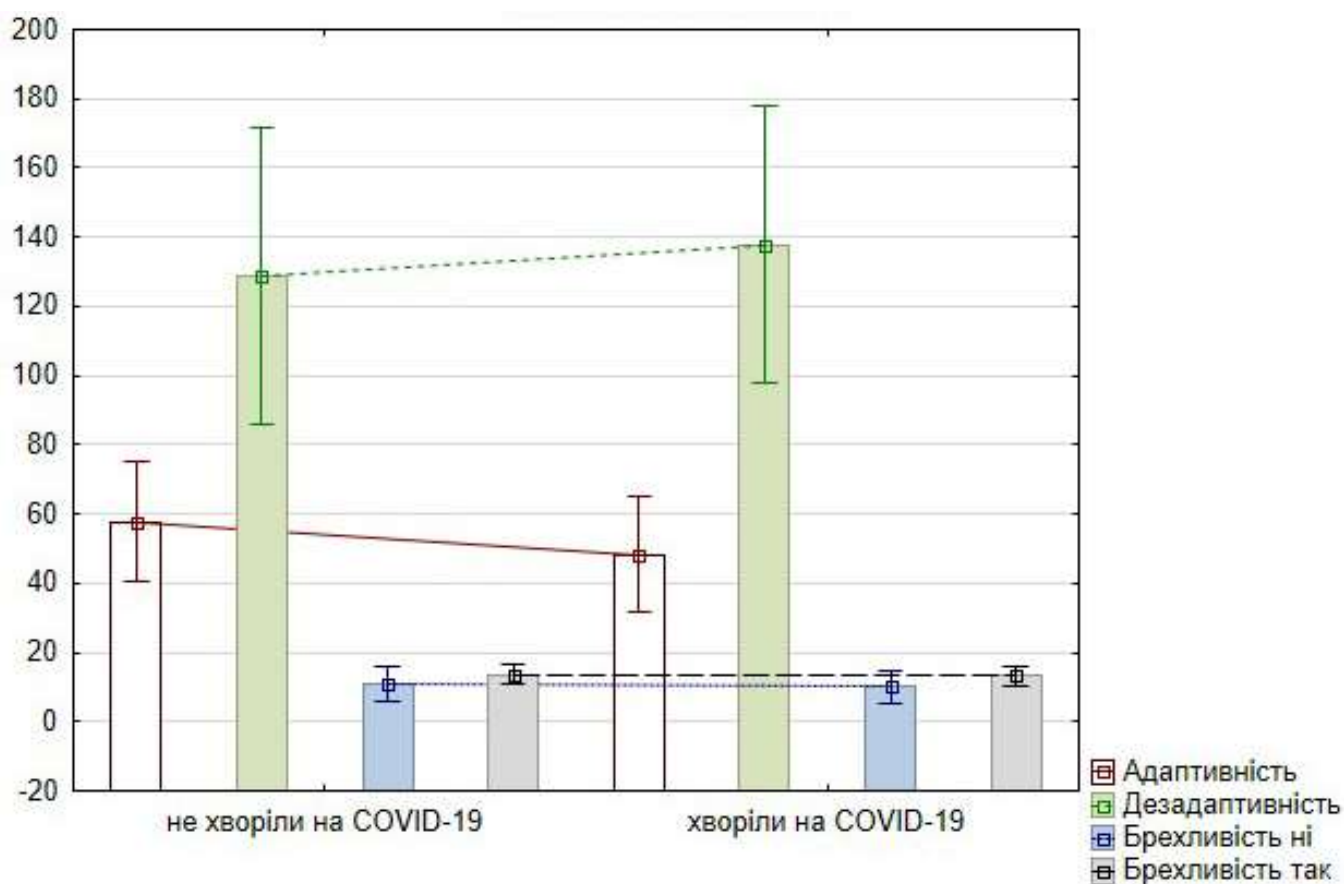


Рис. 5.5. Показники адаптивності, дезадаптивності та брехливості за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Натомість, показники дезадаптивності були значуще вищими в УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19:  $137,9 \pm 40,2$  балів проти  $128,8 \pm 43,0$  балів ( $p < 0,05$ ); при цьому кількісне значення показника є високим, що дозволяє говорити про виражені ознаки психосоціальної ДА в УБД з НПР (рис. 5.5). При цьому в УБД з НПР, які перенесли COVID-19, значення показника перевищує верхню межу норми (136 балів).

Показники брехливості, як негативної, так і позитивної, в УБД з НПР, які не хворіли і хворіли на COVID-19, значуще не відрізнялися: відповідно  $10,8 \pm 4,8$  балів та  $10,1 \pm 4,6$  балів ( $p > 0,05$ ), і  $13,6 \pm 2,8$  балів та  $13,2 \pm 2,7$  балів ( $p > 0,05$ ) (рис. 5.5).

В УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, виявлено значуще нижчі показники прийняття себе:  $10,0 \pm 5,3$  балів проти  $12,8 \pm 5,7$  балів ( $p < 0,01$ ), і

значуще вищі показники неприйняття себе:  $24,3 \pm 6,7$  балів проти  $22,0 \pm 7,9$  балів ( $p < 0,05$ ), а також значуще нижчі показники прийняття інших:  $10,6 \pm 3,2$  балів проти  $12,4 \pm 3,5$  балів ( $p < 0,01$ ). Загалом, показники прийняття себе в УБД з НПР виявилися низькими (менше 22 балів), прийняття інших в УБД з НПР, які перенесли COVID-19 – низькими, а в УБД, які не хворіли на COVID-19 – наближалися до нижньої межі норми (12 балів). Показники неприйняття інших в УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19, були дещо вищими, але ці відмінності статистично не значущі:  $27,1 \pm 9,7$  балів проти  $26,5 \pm 10,0$  балів ( $p > 0,05$ ); в обох групах показники наближалися до верхньої межі норми (28 бали) (рис. 5.6).

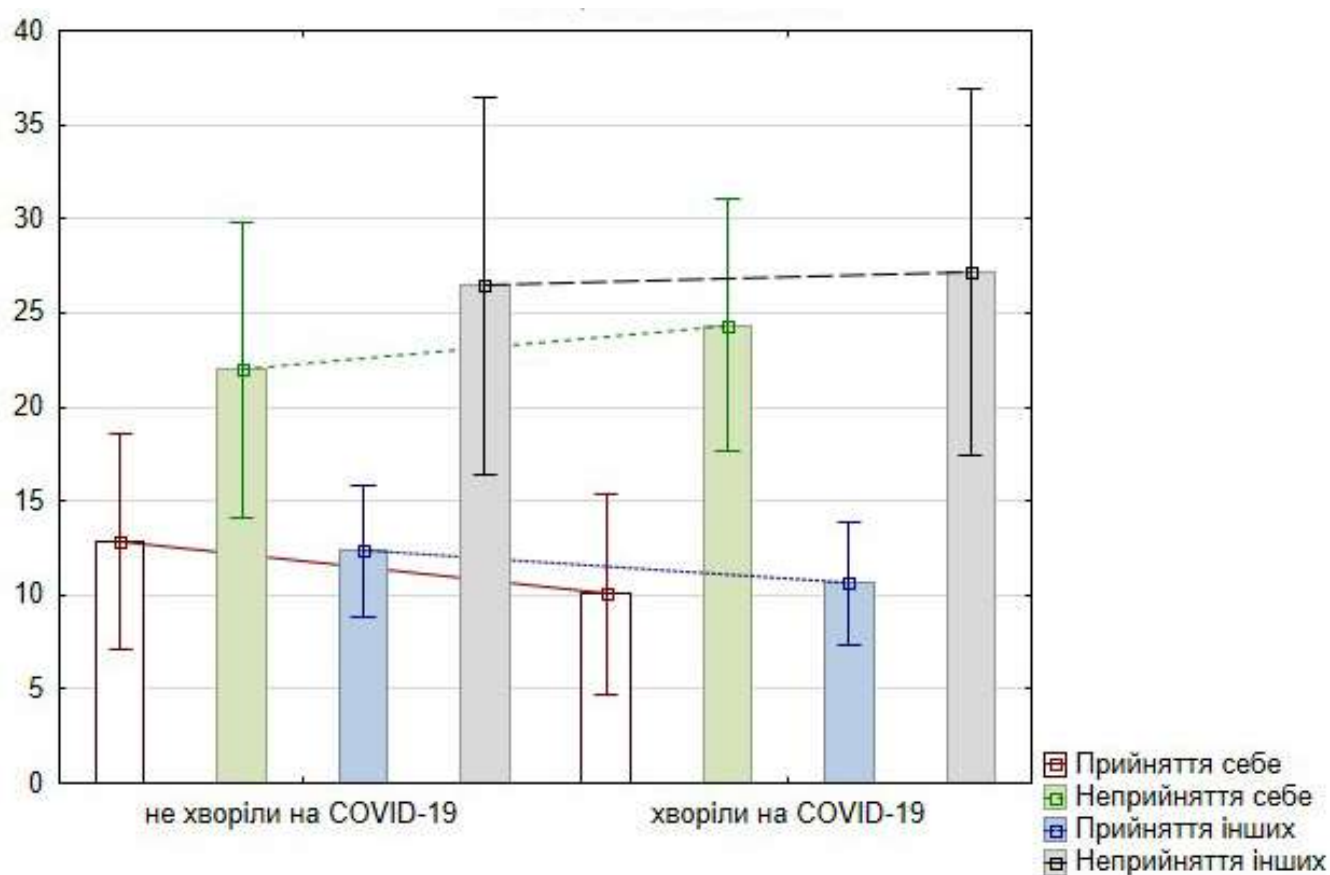


Рис. 5.6. Показники прийняття себе, неприйняття себе, прийняття інших, неприйняття інших за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Аналогічно, показники емоційного комфорту були вищими в УБД, які не хворіли на COVID-19:  $14,1 \pm 5,0$  балів проти  $12,6 \pm 5,2$  балів ( $p < 0,05$ ), при цьому кількісне значення показника у тих, хто хворів на COVID-19, відповідало низькому рівню, а у тих, хто не хворів – наближалось до низького рівня (14 балів). Показники емоційного дискомфорту в УБД, які хворіли на COVID-19 склали  $31,6 \pm 6,5$  балів, що перевищує верхню межу норми (28 балів), а в УБД, які не хворіли на COVID-19 –  $29,6 \pm 7,9$  балів, що наближається до неї ( $p < 0,05$ ).

В УБД з НПП, які не хворіли на COVID-19, виявилися значуще вищими показники внутрішнього контролю:  $35,0 \pm 8,2$  балів проти  $32,3 \pm 7,3$  балів ( $p < 0,01$ ), і не значуще вищими – показники зовнішнього контролю:  $33,5 \pm 10,6$  балів проти  $33,8 \pm 10,9$  балів ( $p > 0,05$ ) (рис. 5.7). Кількісні значення показників в обох групах перебували в межах норми (26-52 бали і 18-36 балів відповідно).

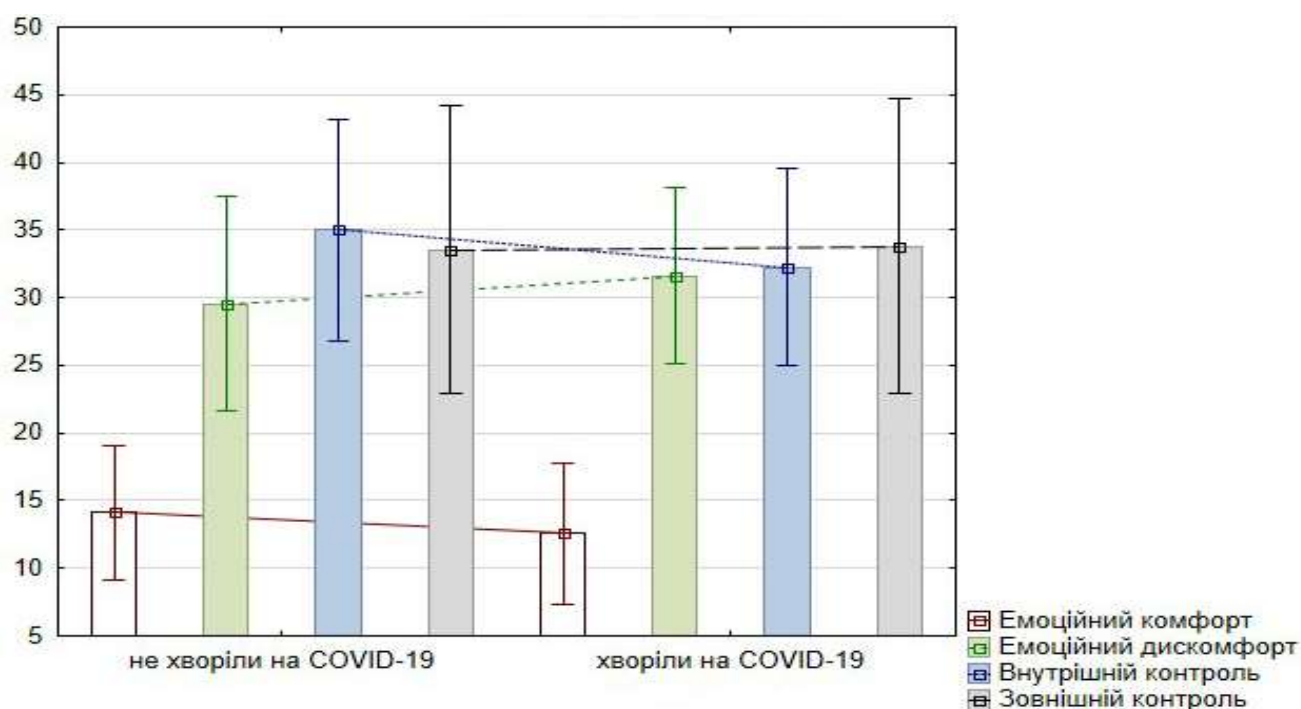


Рис. 5.7. Показники емоційного комфорту, емоційного дискомфорту, внутрішнього контролю, зовнішнього контролю за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

У пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, виявлено значуще вищі показники домінування:  $3,5 \pm 2,8$  балів проти  $2,6 \pm 2,2$  балів ( $p < 0,05$ ); в обох групах кількісне значення показника було низьким (менше 6 балів). Показники ведомості та ескапізму були дещо вищими в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, однак, розбіжності статистично не значущі: відповідно  $23,1 \pm 8,0$  балів проти  $22,5 \pm 8,4$  балів ( $p > 0,05$ ), та  $17,9 \pm 7,1$  балів проти  $17,2 \pm 6,7$  балів ( $p > 0,05$ ); кількісне значення показника в обох групах перебувало в межах норми (рис. 5.8).

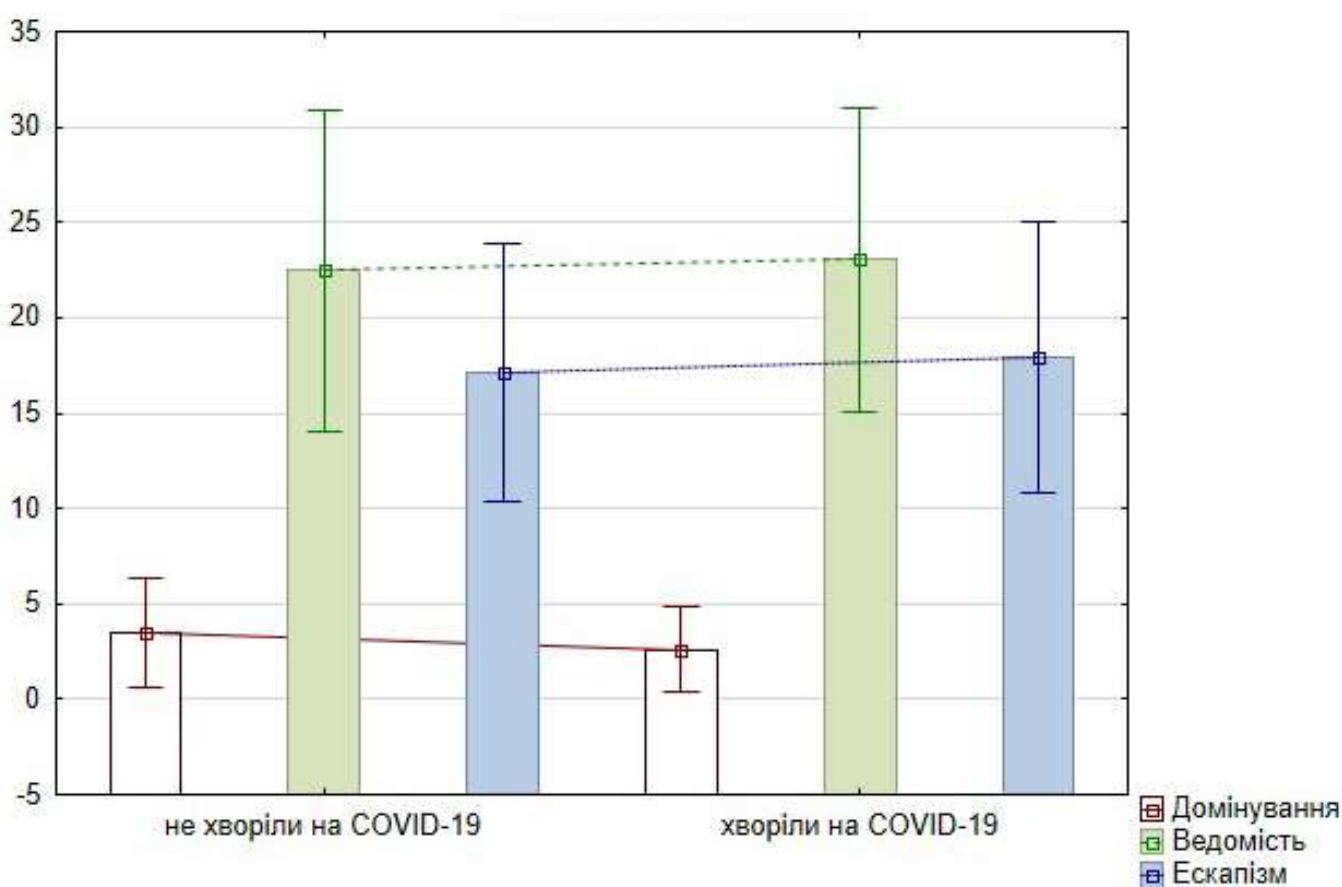


Рис. 5.8. Показники домінування, ведомості та ескапізму за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)



Аналіз інтегральних показників психосоціальної ДА в УБД з НІР дозволив виявити значуще гірший стан ДА за всіма сферами (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

**Кількісні показники за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond в учасників бойових дій, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (у балах)**

Показник	Показник, $M \pm m/Me$ ( $Q_{25}-Q_{75}$ )		p
	Не хворіли на COVID-19	Хворіли на COVID-19	
Адаптація	$33,0 \pm 13,5 / 31,5$ (22,1–39,8)	$27,6 \pm 13,3 / 23,7$ (18,1–35,3)	<0,01
Самоприйняття	$28,5 \pm 13,7 / 28,5$ (17,7–36,6)	$21,7 \pm 13,1 / 20,6$ (11,1–29,3)	<0,01
Прийняття інших	$38,9 \pm 15,9 / 35,3$ (29,8–41,6)	$34,6 \pm 16,1 / 31,0$ (25,7–39,3)	<0,01
Емоційний комфорт	$33,0 \pm 13,0 / 31,4$ (23,9–39,2)	$28,4 \pm 11,4 / 26,9$ (20,4–35,4)	<0,01
Інтернальність	$44,3 \pm 9,2 / 42,6$ (37,9–48,3)	$42,5 \pm 11,0 / 39,5$ (35,2–46,6)	<0,05
Прагнення до домінування	$22,3 \pm 16,3 / 20,0$ (11,3–33,3)	$17,9 \pm 15,2 / 16,0$ (6,7–23,2)	<0,05

Так, показник адаптації в УБД з НІР виявився невисоким, і у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, значуще нижчим у порівнянні з пацієнтами, які не хворіли на COVID-19:  $27,6 \pm 13,3$  балів проти  $33,0 \pm 13,5$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 5.9). Аналогічно, УБД з НІР, які перехворіли на COVID-19, виявили значуще гірші показники самоприйняття:  $21,7 \pm 13,1$  балів проти  $28,5 \pm 13,7$  балів ( $p < 0,01$ ) та прийняття інших –  $34,6 \pm 16,1$  балів проти  $38,9 \pm 15,9$  балів ( $p < 0,01$ ) (рис. 5.9).

У пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, також виявлено значуще нижчі показники емоційного комфорту –  $28,4 \pm 11,4$  балів проти  $33,0 \pm 13,0$  балів ( $p < 0,01$ ). інтернальності:  $42,5 \pm 11,0$  балів проти  $44,3 \pm 9,2$  балів ( $p < 0,05$ ) та прагнення до домінування:  $17,9 \pm 15,2$  балів проти  $22,3 \pm 16,3$  балів ( $p < 0,05$ ) (рис. 5.10).

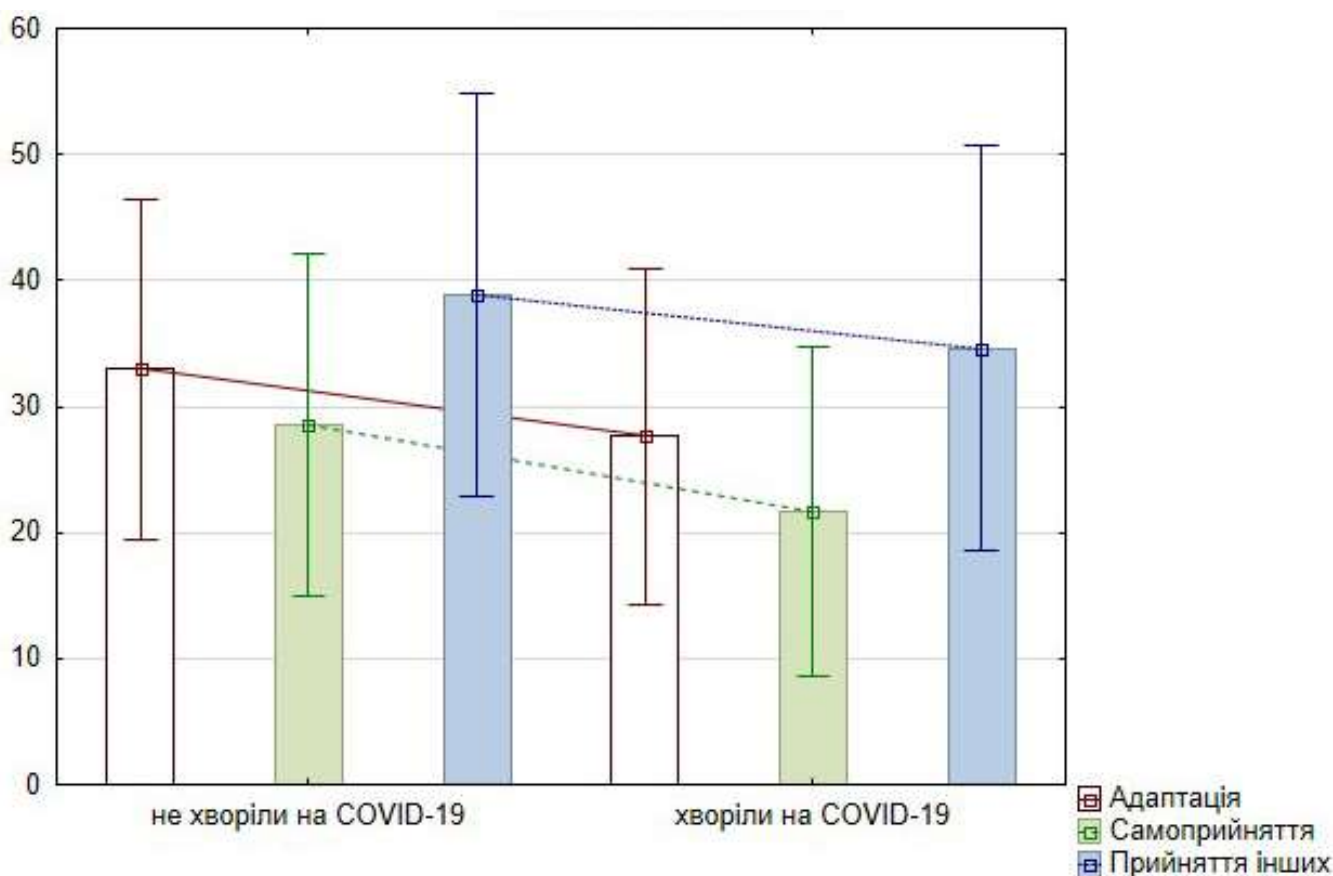


Рис. 5.9. Показники адаптації, самоприйняття та прийняття інших за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Виявлені закономірності дозволяють зробити висновок щодо наявності виражених проявів психосоціальної ДА в УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, за всіма ключовими сферами. Водночас, слід зауважити, що контингенту обстежених УБД з НПР загалом притаманні невисокі показники психосоціальної

адаптації, що свідчить про асоційованість НПР в УБД з проявами психосоціальної ДА.

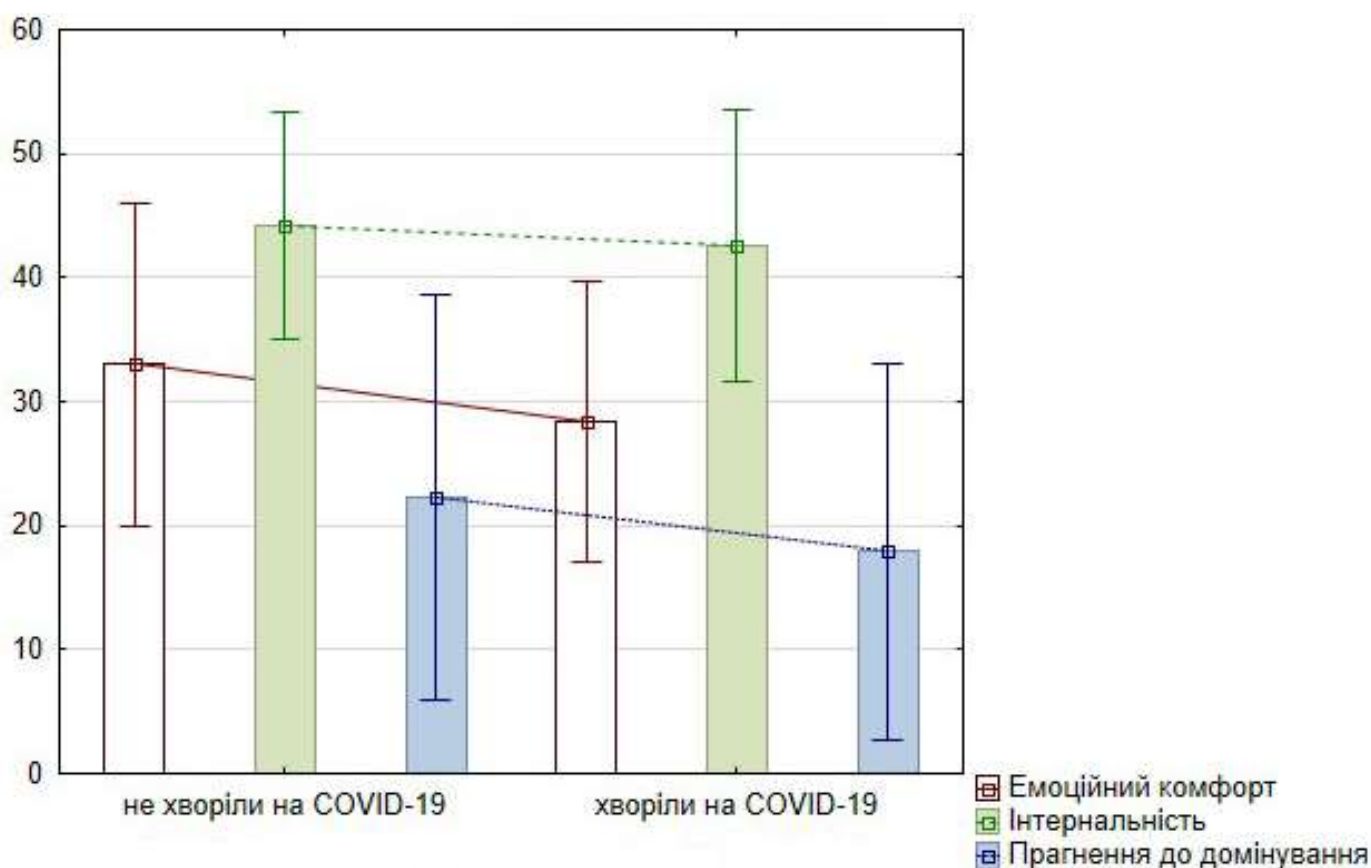


Рис. 5.10. Показники емоційного комфорту, інтернальності та прагнення до домінування за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond (у балах) в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які хворіли та не хворіли на COVID-19 (квадратами позначені середні значення, горизонтальними рисками – середньоквадратичне відхилення)

Кореляційний аналіз виявив тісні зв'язки між виразністю психопатологічних проявів і соціально-психологічною адаптацією (табл. 5.5). Усі кореляції зворотні (при посиленні психопатологічних проявів соціально-психологічна адаптація погіршується). Найбільш суттєвий негативний вплив на стан соціально-психологічної адаптації справляє тривога і депресія.

Таблиця 5.5

## Кореляційні зв'язки між показниками психопатологічної симптоматики та психосоціальної адаптації

Показник	Адаптація		Само- прийняття		Прийняття інших		Емоційний комфорт		Інтернальніс ть		Прагнення до домінування	
	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p	r <sub>s</sub>	p
Показник за HRDS	-0,502	0,000	-0,506	0,000	-0,351	0,000	-0,447	0,000	-0,478	0,000	-0,261	0,000
Показник за HARS	-0,808	0,000	-0,747	0,000	-0,621	0,000	-0,705	0,000	-0,738	0,000	-0,368	0,000
Соматизація	-0,494	0,000	-0,551	0,000	-0,363	0,000	-0,405	0,000	-0,463	0,000	-0,281	0,000
Обсесивно-компульсивні розлади	-0,259	0,000	-0,267	0,000	-0,219	0,000	-0,247	0,000	-0,256	0,000	-0,128	0,043
Міжособистісна сензитивність	-0,562	0,000	-0,523	0,000	-0,484	0,000	-0,452	0,000	-0,570	0,000	-0,327	0,000
Депресія	-0,822	0,000	-0,773	0,000	-0,660	0,000	-0,694	0,000	-0,749	0,000	-0,390	0,000
Тривожність	-0,143	0,023	-0,232	0,000	-0,098	0,120	-0,119	0,058	-0,139	0,027	-0,173	0,006
Ворожість	-0,282	0,000	-0,299	0,000	-0,237	0,000	-0,209	0,001	-0,299	0,000	-0,154	0,014
Фобічна тривожність	-0,055	0,384	-0,030	0,632	-0,068	0,284	-0,074	0,243	-0,007	0,909	-0,084	0,182
Паранояльні симптоми	-0,159	0,012	-0,165	0,009	-0,152	0,016	-0,081	0,200	-0,191	0,002	-0,024	0,700
Психотизм	-0,046	0,463	-0,026	0,683	-0,065	0,302	-0,060	0,341	-0,030	0,640	-0,057	0,364

## Висновки до розділу 5

Вивчення особливостей ЯЖ в УБД, які хворіли та не хворіли на COVID-19, виявило низькі показники ЯЖ у сферах, що відображують психологічне функціонування, і, меншою мірою – фізичне функціонування, при збереженні високих показників у сферах, що стосуються впливу оточення і соціальної підтримки. Так, у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, виявлено значуще вищі показники за сферами фізичного благополуччя:  $7,67 \pm 1,10$  балів проти  $7,10 \pm 1,29$  балів ( $p < 0,01$ ), психологічного (емоційного) благополуччя:  $5,59 \pm 1,95$  балів проти  $4,60 \pm 1,96$  балів ( $p < 0,01$ ), самообслуговування і незалежності дій:  $9,46 \pm 0,78$  балів проти  $9,03 \pm 1,01$  балів ( $p < 0,01$ ), працездатності:  $7,70 \pm 1,35$  балів проти  $7,02 \pm 1,48$  балів ( $p < 0,01$ ), міжособистісної взаємодії:  $6,15 \pm 2,32$  балів проти  $4,91 \pm 2,45$  балів ( $p < 0,01$ ), соціо-емоційної підтримки:  $9,23 \pm 1,01$  балів проти  $8,75 \pm 1,20$  балів ( $p < 0,01$ ), громадської і службової підтримки:  $9,40 \pm 0,73$  балів проти  $9,01 \pm 0,91$  балів ( $p < 0,01$ ), особистісної реалізації:  $4,95 \pm 2,06$  балів проти  $5,96 \pm 1,98$  балів ( $p < 0,01$ ), духовної реалізації:  $7,76 \pm 1,06$  балів проти  $7,23 \pm 1,01$  балів ( $p < 0,01$ ), та загального сприйняття життя:  $4,88 \pm 1,90$  балів проти  $3,92 \pm 1,74$  балів ( $p < 0,01$ ). Аналогічно, показники ЯЖ в інтегральних сферах були вищими в УБД, які не хворіли на COVID-19: за інтегральною сферою суб'єктивного благополуччя/задоволеності –  $18,14 \pm 4,87$  балів проти  $15,62 \pm 4,88$  балів, за сферою виконання соціальних ролей – відповідно  $29,28 \pm 6,26$  балів проти  $25,91 \pm 6,87$  балів ( $p < 0,01$ ); за сферою зовнішніх життєвих умов – відповідно  $26,39 \pm 2,70$  балів проти  $24,98 \pm 3,04$  балів ( $p < 0,01$ ). Загальний показник ЯЖ в УБД з НПР виявився зниженим, що закономірно відображує погіршення ЯЖ в окремих сферах, пов'язане з психічним розладом і коронавірусною інфекцією, при цьому в УБД, які перенесли COVID-19, показник був значуще нижчим:  $6,65 \pm 1,47$  балів проти  $7,38 \pm 1,37$  балів ( $p < 0,01$ ), що свідчить про негативний вплив перенесеної коронавірусної інфекції на ЯЖ.

Дослідження особливостей психосоціальної адаптації в УБД з НПР дозволило встановити наявність у них виражених проявів психосоціальної ДА, більш суттєво виражених у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19. Так, показники

адаптивності в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, були значуще вищими у порівнянні з УБД, які перенесли захворювання на COVID-19:  $57,8 \pm 17,4$  балів проти  $48,3 \pm 16,7$  балів ( $p < 0,01$ ); показники дезадаптивності були значуще вищими в УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19:  $137,9 \pm 40,2$  балів проти  $128,8 \pm 43,0$  балів ( $p < 0,05$ ). Показники брехливості, як негативної, так і позитивної, в УБД з НПР, які не хворіли і хворіли на COVID-19, значуще не відрізнялися: відповідно  $10,8 \pm 4,8$  балів та  $10,1 \pm 4,6$  балів ( $p > 0,05$ ), і  $13,6 \pm 2,8$  балів та  $13,2 \pm 2,7$  балів ( $p > 0,05$ ). В УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, виявлено значуще нижчі показники прийняття себе:  $10,0 \pm 5,3$  балів проти  $12,8 \pm 5,7$  балів ( $p < 0,01$ ), і значуще вищі показники неприйняття себе:  $24,3 \pm 6,7$  балів проти  $22,0 \pm 7,9$  балів ( $p < 0,05$ ), а також значуще нижчі показники прийняття інших:  $10,6 \pm 3,2$  балів проти  $12,4 \pm 3,5$  балів ( $p < 0,01$ ). Показники неприйняття інших в УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19, були дещо вищими, однак, відмінності статистично не значущі:  $27,1 \pm 9,7$  балів проти  $26,5 \pm 10,0$  балів ( $p > 0,05$ ); показники емоційного комфорту були вищими в УБД, які не хворіли на COVID-19:  $14,1 \pm 5,0$  балів проти  $12,6 \pm 5,2$  балів ( $p < 0,05$ ), а показники емоційного дискомфорту – в УБД, які хворіли на COVID-19:  $31,6 \pm 6,5$  балів проти  $29,6 \pm 7,9$  балів ( $p < 0,05$ ). В УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, виявилися значуще вищими показники внутрішнього контролю:  $35,0 \pm 8,2$  балів проти  $32,3 \pm 7,3$  балів ( $p < 0,01$ ), і не значуще вищими – показники зовнішнього контролю:  $33,5 \pm 10,6$  балів проти  $33,8 \pm 10,9$  балів ( $p > 0,05$ ). У пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, виявлено значуще вищі показники домінування:  $3,5 \pm 2,8$  балів проти  $2,6 \pm 2,2$  балів ( $p < 0,05$ ), а показники ведомості та ескапізму були дещо вищими в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, однак, розбіжності статистично не значущі: відповідно  $23,1 \pm 8,0$  балів проти  $22,5 \pm 8,4$  балів ( $p > 0,05$ ) та  $17,9 \pm 7,1$  балів проти  $17,2 \pm 6,7$  балів ( $p > 0,05$ ).

Аналіз інтегральних показників психосоціальної ДА в УБД з НПР дозволив виявити значуще гірший стан ДА за всіма сферами; при цьому показник адаптації в УБД з НПР виявився невисоким, і у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, значуще нижчим у порівнянні з пацієнтами, які не хворіли на COVID-19:  $27,6 \pm 13,3$  балів проти  $33,0 \pm 13,5$  балів ( $p < 0,01$ ). Аналогічно, УБД з НПР, які перехворіли

на COVID-19, виявили значуще гірші показники самоприйняття:  $21,7 \pm 13,1$  балів проти  $28,5 \pm 13,7$  балів ( $p < 0,01$ ) та прийняття інших –  $34,6 \pm 16,1$  балів проти  $38,9 \pm 15,9$  балів ( $p < 0,01$ ), емоційного комфорту –  $28,4 \pm 11,4$  балів проти  $33,0 \pm 13,0$  балів ( $p < 0,01$ ), інтернальності:  $42,5 \pm 11,0$  балів проти  $44,3 \pm 9,2$  балів ( $p < 0,05$ ) та прагнення до домінування:  $17,9 \pm 15,2$  балів проти  $22,3 \pm 16,3$  балів ( $p < 0,05$ ). Виявлені закономірності дозволяють зробити висновок щодо наявності виражених проявів психосоціальної ДА в УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, за всіма ключовими сферами. Водночас, слід зауважити, що контингенту обстежених УБД з НПР загалом притаманні невисокі показники психосоціальної адаптації, що свідчить про асоційованість НПР в УБД з проявами психосоціальної ДА.

Виявлені закономірності необхідно враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР.

*Результати, викладені у даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:*

1. Коваль М.Є., Венгер О.П. Якість життя учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, Вип. 1(114). С. 30-34.

## Розділ 6

ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ  
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ  
РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19

Виявлені закономірності несприятливих змін у психоемоційній сфері УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, дали нам можливість визначити основні напрямки удосконалення психіатричної допомоги цьому контингенту. В основу такого удосконалення покладені принципи комплексності, системності, послідовності та наступності лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у поєднанні з персоналізацією терапевтичного впливу і поєднання лікувальних і реабілітаційних заходів з метою максимального відновлення психосоціального функціонування пацієнтів.

6.1. Обґрунтування комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для учасників бойових дій з несприятливими психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Аналіз результатів дослідження дозволив нам виділити чотири ключових сфери, в яких виявлено несприятливі зміни в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19.

Перша сфера – афективна, патологічні зміни у цій сфері представлені депресивними і тривожними розладами, переважно середньої важкості, що поєднуються з астеничними і диссомнічними проявами.

Друга сфера – когнітивна, порушення у якій представлені сповільненням швидкості психічних процесів, ригідністю мислення, загальмованістю, швидкою виснажуваністю, труднощами переосмислення і зміни діяльності, зниженням гнучкості пізнавального контролю і когнітивного мислення, та здатності до довільної концентрації уваги і зосередженні на виконанні поточних завдань.



Третя сфера – поведінкова, що є відображенням перенесеного стресу бойових дій; патологічні зміни у цій сфері представлені симптоматикою посттравматичного стресового розладу.

Четверта сфера – соціального функціонування і соціальної адаптації; при цьому дезадаптивні прояви є наслідками як непсихотичного психічного розладу, так і перенесеного захворювання на COVID-19. Психопатологічні феномени посилюють і пролонгують соціальну дезадаптацію, а дезадаптивні прояви негативно впливають на психопатологічну симптоматику, сприяючи її поглибленню і хронізації.

Базовим принципом лікування і реабілітації УБД з НПР, які перенесли COVID-19, є комплексність лікувально-реабілітаційних заходів, що охоплюють несприятливі зміни в усіх зазначених сферах і передбачають застосування комплексу фармакологічних та психотерапевтичних втручань, а також послідовність, наступність і взаємопов'язаність лікувальних і реабілітаційних заходів.

З урахуванням вищезазначеного, нами було запропоновано комплексну програму лікувально-реабілітаційних заходів для УБД, які перенесли захворювання на COVID-19.

Основними засадами програми є:

1. Наукова обґрунтованість, що забезпечується розробкою заходів з урахуванням сучасних наукових даних щодо психопатологічних механізмів НПР та COVID-19.
2. Оптимальне поєднання біологічної та психосоціальної терапії, чітка послідовність і наступність лікувальних та реабілітаційних заходів.
3. Індивідуальний характер лікувально-реабілітаційних заходів, що враховує індивідуально-психологічні характеристики, особливості постстресового реагування, клінічні особливості та патодинаміку НПР, наслідки перенесеного COVID-19 у психічній та соматичній сфері.
4. Якомога більш ранній початок терапевтичних заходів.
5. Доступність лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР.
6. Залучення пацієнта до активної участі у процесі лікування та реабілітації, і до селф-менеджменту власного психічного стану.

Метою запропонованої програми є усунення психопатологічних проявів, нейтралізація посттравматичної симптоматики, постковідних явищ, недопущення хронізації патологічних змін, покращення психосоціальної адаптації, якості життя та соціального функціонування пацієнтів.

Ключовими цілями комплексної програми є:

1. Забезпечення активної співучасті пацієнта у лікувально-реабілітаційних заходах, формування комплаєнсу, створення конструктивних установок щодо лікування і реабілітації, активне сприяння пацієнта одужанню і соціальній інтеграції.
2. Усунення психопатологічної симптоматики, посттравматичних і постковідних патологічних проявів, патохарактерологічних і патоперсонологічних девіацій.
3. Відновлення повноцінної соціально-психологічної адаптації та психосоціального функціонування пацієнта, підвищення і збереження високої якості життя.

Реалізація заходів комплексної програми здійснюється у три етапи. Схема програми наведена у табл. 6.1.

Заходи програми реалізуються за чотирма сферами, описаними вище, взаємно доповнюють і посилюють дію одне одного, і поєднані наступністю і послідовністю.

**Перший етап – клініко-діагностичний.** Завданням цього етапу є діагностика наявних у пацієнта психічних розладів, визначення нозологічного і функціонального діагнозу, стану психічних функцій, індивідуально-психологічних особливостей, ресурсів особистості, соціально-психологічної адаптації і функціонування та якості життя. На цьому етапі діагностика провадиться за чотирма сферами:

1) Афективна сфера. Завданням дослідження є виявлення депресії, тривоги та інших психопатологічних проявів та оцінку ступеня їх виразності. Ми рекомендуємо визначати стан афективної сфери за допомогою клінічної бесіди та психометричного обстеження, що складається з шкал HADS і HARS та опитувальника виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R.

2) Когнітивна сфера. Завданням є визначення стану когнітивного функціонування та наявності ознак когнітивного дефіциту. Оцінку стану когнітивної

сфери ми рекомендуємо здійснювати на підставі результатів клінічної бесіди та психометричного обстеження з використанням тесту зв'язку символів (ТМТ), тесту вербальної швидкості та тесту Струпа.

3) Поведінкова сфера. Завданням дослідження цієї сфери є встановлення наявності у пацієнта ознак посттравматичного стресового розладу, а також наявності та виразності окремих ознак посттравматичних симптомів. Ми рекомендуємо використовувати для оцінки стану цієї сфери за допомогою Місісіпської шкали посттравматичного стресового розладу та шкали DAS-21. Крім того, для комплексної оцінки психічного стану пацієнта, обстеження рекомендується доповнити психодіагностичними методиками, спрямованими на визначення індивідуально-психологічних особливостей (стандартизований метод дослідження особистості) та копінг-репертуару (опитувальник «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus).

4) Сфера соціального функціонування і соціальної адаптації. Завданням діагностичного етапу є оцінка стану соціальної адаптації та соціального функціонування пацієнта і соціально-демографічних предикторів дезадаптації, визначення проблем і труднощів адаптації, оцінка якості життя як в цілому, так і за окремими сферами. Ми рекомендуємо використовувати для оцінки цієї сфери методiku діагностики соціально-психологічної адаптації C. Rogers et R.F. Dymond і методiku оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути.

Психологічні заходи цього етапу включають встановлення довірчих терапевтичних відносин з пацієнтом, створення умов для комплаєнсу, формування конструктивного ставлення до лікування, розуміння пацієнтом причин і механізмів захворювання, а також шляхів його подолання. Для цього рекомендується використовувати заходи з психоосвіти у поєднанні з психологічним консультуванням і наданням пацієнту у доступній формі інформації про лікувальний режим, необхідні обмеження, зміст і тривалість лікувально-реабілітаційних заходів, а також забезпечити можливість пацієнту вільно задавати питання щодо свого психічного стану, обстеження, лікування, соціальної адаптації і реабілітації тощо.

Таблиця 6.1

**Структура, зміст, послідовність і критерії ефективності заходів комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для УБД, які перенесли захворювання на COVID-19**

Мета етапу	Засоби	Тривалість	Критерії оцінки ефективності
1	2	3	4
<i><b>Клініко-діагностичний етап</b></i>			
<p>Клінічна оцінка психічного стану пацієнта;</p> <p>Визначення психологічних; особливостей і стану психічних функцій;</p> <p>Оцінка якості життя та соціального функціонування;</p> <p>Визначення лікувального та реабілітаційного потенціалу, цілей і мішеней терапії</p>	<p>Клінічна бесіда;</p> <p>Психометричне і психодіагностичне обстеження (шкали оцінки депресії і тривоги, когнітивних функцій, індивідуально-психологічних особливостей, виразності посттравматичної симптоматики, якості життя)</p> <p>Заходи психоосвіти</p>	<p>Протягом першого контакту з пацієнтом</p>	<p>Визначення нозологічного та функціонального діагнозу, індивідуально-психологічних та патохарактерологічних особливостей, оцінка стану психічних функцій</p> <p>Формування комплаєнсу і конструктивного ставлення до лікування</p>

1	2	3	4
<i>Лікувально-інтервенційний етап</i>			
<p>Усунення проявів депресії і тривоги;</p> <p>Нівелювання посттравматичної симптоматики;</p> <p>Зменшення проявів когнітивного дефіциту і покращення когнітивного функціонування;</p> <p>Відновлення і забезпечення соціальної адаптації, покращення якості життя</p>	<p>Фармакотерапія: пароксетин (10-40 мг на добу), сертралін (50-150 мг), есциталопрам (10-20 мг), венлафаксин (75-150 мг), дулоксетин (30-60 мг).</p> <p>Нормотиміки: карбамазепін (100-200 мг), ламотриджин (50-200 мг). Атипові нейролептики: сульпірид (50-200 мг), рисперидон (2-6 мг), амисульприд (100-400 мг), кветіапін (150-400 мг); при безсонні – короткі курси снодійних (мелатонін, зопіклон, залеплон).</p> <p>Ніцерголін (5-10 мг), мексидол (300-500 мг), гінгко білоба (120-360 мг), вітамінотерапія та препарати магнію.</p> <p>Психотерапія здійснюється диференційовано з урахуванням</p>	<p>З першого дня терапії до досягнення клінічного результату (орієнтовно 4-8 тижнів)</p>	<p>Усунення проявів депресії і тривоги;</p> <p>Дезактуалізація нав'язливих думок, компульсій;</p> <p>Усунення посттравматичної симптоматики;</p> <p>Зменшення проявів когнітивного дефіциту і відновлення нормального когнітивного функціонування;</p> <p>Забезпечення повноцінного соціального функціонування;</p> <p>Покращення якості життя</p>

	діагнозу НПР і включає когнітивні тренінги, КПТ, травмофокусовану терапію, тренінг копінг-стратегій, аутосугестивну терапію, сімейну терапію і підтримку, психологічне консультування для вирішення поточних проблем, психоосвіту. Заходи з соціальної реабілітації та адаптації		
<b><i>Реабілітаційно-стабілізаційний етап</i></b>			
Запобігання рецидивуванню психопатологічних проявів; Нормалізація і стабілізація психічного стану; Повноцінна соціальна адаптація, особистісний розвиток та реалізація	Підтримуюча медикаментозна терапія (СІЗЗС, СІЗЗСН, нейролептики). Когнітивний тренінг; Когнітивно-поведінкова терапія; Аутосугестивна терапія; Сімейна підтримка; Психологічне консультування	Визначається індивідуально, але не менше 6 місяців	Відсутність рецидивів психопатологічних проявів; Нормальний психічний стан; Задовільна соціальна адаптація та функціонування в усіх ключових сферах

**Другий етап – лікувально-інтервенційний.** Завданням цього етапу є усунення психопатологічної, насамперед, афективної, симптоматики, нормалізація психічного стану, нівелювання посттравматичних проявів, покращення когнітивного функціонування.

Заходи цього етапу включають біологічну (психофармакологічну) і психосоціальну терапію і реалізується за чотирма основними сферами:

1) Афективна сфера. Психофармакологічна терапія для усунення психопатологічних проявів у цій сфері представлена СІЗЗС: пароксетин (10-40 мг на добу), сертралін (50-150 мг на добу), есциталопрам (10-20 мг на добу), венлафаксин (75-150 мг на добу), дулоксетин (30-60 мг на добу). Нормотиміки: карбамазепін (100-200 мг на добу), ламотриджин (50-200 мг на добу). За наявності показань можуть бути використані атипові нейролептики: сульпірид (50-200 мг на добу), рисперидон (2-6 мг на добу), амисульприд (100-400 мг на добу), кветіапін (150-400 мг на добу); при безсонні – короткі курси снодійних (мелатонін, зопіклон, залеплон).

Психотерапевтичні та психокорекційні заходи, спрямовані на нормалізацію афективної сфери, включають:

- а) когнітивний тренінг;
- б) когнітивно-поведінкову терапію (контроль автоматичних думок, позитивне уявлення, тренінг контролю тривоги, техніки систематичної десенсибілізації) тривалістю до 10 сеансів по 40-60 хвилин з інтервалом 3-7 днів;
- в) аутосугестивну терапію (аутотренінг, медитативні техніки) з навчанням пацієнта аутогенним і медитативним технікам на початковому етапі з подальшим самостійним виконанням їх за індивідуальною схемою;
- г) сімейну терапію і підтримку (забезпечення підтримки з боку сім'ї, вирішення проблем сімейного функціонування, нормалізація і гармонізація сімейних стосунків);
- д) психологічне консультування для вирішення поточних проблем.

Психотерапевтичні заходи здійснюються диференційовано в залежності від діагнозу НПР:

- при ПТСР: травмофокусована терапія, сімейна психотерапія, когнітивний тренінг;

- при генералізованому тривожному розладі: КПТ, тренінг копінг-стратегій, когнітивний тренінг;

- при змішаному тривожно-депресивному розладі: КПТ, когнітивний тренінг;

- при панічних розладах: КПТ, аутотренінг, когнітивний тренінг;

- при розладах адаптації: КПТ, тренінг копінг-стратегій, когнітивний тренінг.

2) Когнітивна сфера. Завданням цього етапу є відновлення нормального когнітивного функціонування та усунення проявів когнітивного дефіциту. Психофармакологічна терапія з метою корекції порушень когнітивного функціонування на лікувально-інтервенційному етапі представлена ніцерголіном (5-10 мг), мексидолом (300-500 мг), гінгко білоба (120-360 мг) а також вітамінотерапією та препаратами магнію. Психотерапевтичні і психокорекційні заходи складаються з тренінгу когнітивних навичок, та КПТ при наявності поведінкових проблем.

3) Поведінкова сфера. Завданням цього етапу є усунення симптоматики ПТСР та окремих посттравматичних симптомів. Основою терапії є немедикаментозні втручання, фармакотерапія застосовується за наявності депресивної, тривожної або диссомнічної симптоматики. Психотерапевтичні втручання представлені когнітивно-поведінковою, травмофокусованою, аутосугестивною терапією, релаксаційними техніками, роботою у психотерапевтичних групах та сімейним консультуванням і підтримкою. Психофармакологічна терапія представлена застосуванням СІЗЗС та СІЗЗСН, короткочасними курсами снодійних препаратів небензодіазепінового ряду (зопіклон, залеплон).

4) Сфера соціального функціонування і соціальної адаптації. Завданням даного етапу є відновлення нормального соціального функціонування, усунення проявів психосоціальної дезадаптації, а також створення передумов для подальшої соціальної реалізації та розвитку пацієнта. Структура заходів представлена психологічним консультуванням, наданням допомоги у працевлаштуванні або розвитку власної справи, сімейною підтримкою, обміном власним досвідом подолання психологічних проблем у складі спеціальних груп, які працюють під контролем психолога.



**Третій етап – реабілітаційно-стабілізаційний.** Завданням цього етапу є запобігання рецидивуванню психопатологічних проявів, нормалізація і стабілізація психічного стану, забезпечення повноцінної соціальної адаптації і соціального функціонування, а також особистісний розвиток та реалізація у визначених сферах діяльності. На цьому етапі проводиться підтримуюча медикаментозна терапія (СІЗЗС, СІЗЗСН, нормотиміки, нейролептики, ноотропи), а також психосоціальна терапія. Її заходи представлені КПТ з періодичністю 1 раз на 2-3 тижня, когнітивним тренінгом, аутосугестивною терапією, сімейною підтримкою та психологічним консультуванням.

Застосування зазначеної комплексної програми дає можливість покращити якість психіатричної допомоги УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, і забезпечити комплексний характер лікувально-реабілітаційних заходів.

6.2. Оцінка ефективності запропонованої комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19

Для оцінки ефективності запропонованої комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19 відповідно до принципів доказовості у медицині нами був виконаний порівняльний аналіз ефективності лікування за традиційною і запропонованою програмами.

Для цього нами було сформовано три групи з числа пацієнтів, що були задіяні у даному дослідженні.

Першу групу (Група 1 – Г1), чисельністю 132 чол., склали УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19. Ці пацієнти отримували лікування відповідно до чинних протоколів МОЗ України.

Другу групу (Група 2 – Г2), чисельністю 60 чол., склали УБД з НПР, які хворіли на COVID-19, і отримували лікування за традиційною схемою відповідно до чинних протоколів МОЗ України щодо лікування НПР.

Третю групу (Група 3 – Г23), чисельністю 60 чол., склали УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, і отримували лікування за описаною вище комплексною програмою.

Відбір пацієнтів до другої і третьої групи виконаний методом рандомізованої селекції, пацієнти цих груп були повністю спільномірними за віком та показниками психодіагностичних методик до початку лікування.

У подальшому декілька пацієнтів вибули з-під спостереження з причин, не пов'язаних з проведенням лікування. Таким чином, остаточна кількість пацієнтів у групах склала: Г1 – 126 чол., Г2 – 56 чол., Г3 – 57 чол.

Оцінка стану проводилася шляхом клінічної бесіди та психодіагностичного обстеження до початку і через 6 місяців після початку терапії.

Психодіагностичне обстеження включало оцінку виразності депресії за шкалою HADS, тривоги за шкалою HARS, стану когнітивного функціонування за допомогою тесту зв'язку символів (ТМТ-А і ТМТ-В), стану посттравматичного реагування за допомогою Місісіпської шкали посттравматичного стресового розладу, соціально-психологічної адаптації за допомогою методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond, та якості життя за допомогою методики оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути.

Результати динаміки суб'єктивних проявів психопатології у обстежених УБД у процесі терапії наведено у табл. 6.2.

Таблиця 6.2

**Динаміка психопатологічної симптоматики за суб'єктивною оцінкою пацієнтів у процесі лікування**

Симптом	Г1, n=126		Г2, n=56		Г3, n=57	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7
До лікування						
Знижений настрій	69	54,8	35	62,5	39	68,4

Продовж. табл. 6.2

1	2	3	4	5	6	7
Страх, тривога	89	70,6	44	78,6	50	87,7
Порушення сну	58	46,0	34	60,7	34	59,6
Відчуття байдужості, апатія	16	12,7	11	19,6	14	24,6
Зниження працездатності	85	67,5	45	80,4	46	80,7
Швидка втомлюваність	65	51,6	36	64,3	39	68,4
Порушення концентрації уваги	31	24,6	26	46,4	24	42,1
Нав'язливі думки	64	50,8	33	58,9	34	59,6
Емоційна лабільність	55	43,7	34	60,7	30	52,6
Дратівливість	50	39,7	29	51,8	32	56,1
Притуплення емоцій	9	7,1	3	5,4	4	7,0
Сензитивність	69	54,8	42	75,0	39	68,4
Соматовегетативна симптоматика	38	30,2	35	62,5	29	50,9
Нав'язливі спогади	46	36,5	21	37,5	18	31,6
Симптоматика уникання	32	25,4	17	30,4	14	24,6
Після лікування						
Знижений настрій	23	18,3	13	23,2	4	7,0
Страх, тривога	25	19,8	18	32,1	3	5,3
Порушення сну	20	15,9	19	33,9	3	5,3
Відчуття байдужості, апатія	6	4,8	5	8,9	2	3,5
Зниження працездатності	36	28,6	20	35,7	4	7,0
Швидка втомлюваність	32	25,4	18	32,1	2	3,5
Порушення концентрації уваги	15	11,9	10	17,9	2	3,5
Нав'язливі думки	24	19,0	19	33,9	10	17,5
Емоційна лабільність	16	12,7	12	21,4	4	7,0

1	2	3	4	5	6	7
Дратівливість	15	11,9	11	19,6	4	7,0
Притуплення емоцій	3	2,4	3	5,4	0	0,0
Сензитивність	20	15,9	12	21,4	3	5,3
Соматовегетативна симптоматика	24	19,0	15	26,8	7	12,3
Нав'язливі спогади	15	11,9	10	17,9	3	5,3
Симптоматика уникання	14	11,1	8	14,3	2	3,5
Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при порівнянні груп до і після лікування						
	до лікування			після лікування		
	Г1–Г2	Г1–Г3	Г2–Г3	Г1–Г2	Г1–Г3	Г2–Г3
Знижений настрій	0,209	0,057	0,321	0,280	0,034	0,015
Страх, тривога	0,176	0,008	0,147	0,055	0,007	0,000
Порушення сну	0,047	0,061	0,531	0,006	0,225	0,000
Відчуття байдужості, апатія	0,161	0,039	0,344	0,222	0,521	0,212
Зниження працездатності	0,053	0,046	0,576	0,214	0,001	0,000
Швидка втомлюваність	0,076	0,024	0,395	0,222	0,000	0,000
Порушення концентрації уваги	0,003	0,014	0,392	0,198	0,055	0,013
Нав'язливі думки	0,197	0,171	0,545	0,042	0,492	0,037
Емоційна лабільність	0,025	0,167	0,249	0,101	0,190	0,026
Дратівливість	0,087	0,028	0,392	0,127	0,233	0,043
Притуплення емоцій	0,466	0,622	0,510	0,268	0,324	0,118
Сензитивність	0,007	0,057	0,286	0,240	0,033	0,011

Продовж. табл. 6.2

1	2	3	4	5	6	7
Соматовегетативна симптоматика	0,000	0,006	0,145	0,164	0,180	0,043
Нав'язливі спогади	0,513	0,318	0,321	0,157	0,162	0,034
Симптоматика уникання	0,301	0,530	0,316	0,482	0,074	0,044
Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) в кожній групі до і після лікування						
	Г1	Г2	Г3			
Знижений настрій	0,000	0,000	0,000			
Страх, тривога	0,000	0,000	0,000			
Порушення сну	0,000	0,004	0,000			
Відчуття байдужості, апатія	0,021	0,088	0,001			
Зниження працездатності	0,000	0,000	0,000			
Швидка втомлюваність	0,000	0,001	0,000			
Порушення концентрації уваги	0,007	0,001	0,000			
Нав'язливі думки	0,000	0,004	0,000			
Емоційна лабільність	0,000	0,000	0,000			
Дратівливість	0,000	0,000	0,000			
Притуплення емоцій	0,068	1,000	0,059			
Сензитивність	0,000	0,000	0,000			
Соматовегетативна симптоматика	0,028	0,000	0,000			
Нав'язливі спогади	0,000	0,009	0,001			
Симптоматика уникання	0,003	0,018	0,001			

Як видно з табл. 6.2, в усіх трьох групах в процесі лікування було досягнуто значущого зменшення проявів психопатологічної симптоматики. Водночас, аналіз динаміки в окремих групах виявив, що за підсумками лікування найгірші показники були виявлені у пацієнтів, які перенесли COVID-19 і отримували традиційну терапію, дещо кращі – у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19 і отримували традиційну терапію, і найкращі – у пацієнтів, які перенесли COVID-19 і отримували запропоновану терапію.

Загалом, питома вага пацієнтів зі зниженим настроєм зменшилася у Г1 на 36,5 %, у Г2 – на 39,3 %, і у Г3 – на 61,4 %; з наявністю страху і тривоги – відповідно на 50,8 %, 46,5 % і 82,4 %; з проявами диссомній – відповідно 30,1 %, 26,8 % і 54,3 %; з відчуттям байдужості і апатією – відповідно на 7,9 %, 10,7 % і 21,1 %; зниженою працездатністю – відповідно на 38,9 %, 44,7 % і 73,7 %; проявами швидкої втомлюваності – відповідно на 26,2 %, 32,2 % і 64,9 %; з порушенням концентрації уваги – відповідно на 12,7 %, 28,5 % і 38,6 %; з нав'язливими думками - відповідно на 31,8 %, 25 % і 42,1 %; проявами емоційної лабільності – відповідно на 31 %, 39,3 % і 45,6 %, дратівливістю – відповідно на 27,8 %, 32,2 % і 49,1 %, притупленням емоцій – відповідно на 4,7 %, 0,0 % і 7,0 %; сензитивністю – відповідно на 38,9 %, 53,6 % і 63,1 %, соматовегетативною симптоматикою – відповідно на 11,2 %, 35,7 % і 38,6 %. Питома вага УБД з нав'язливими спогадами травматичного характеру зменшилася у Г1 на 24,6 %, у Г2 – на 19,6 %, і у Г3 – на 26,3 %, з посттравматичною симптоматикою уникання – відповідно на 14,3 %, 16,1 % і 21,1 %.

Дані суб'єктивної оцінки пацієнтів підкріплюються результатами психометричного обстеження. Так, попри те, що в усіх групах в процесі лікування було виявлено значуще ( $p < 0,001$ ) покращення показників за всіма використаними психометричними методиками, найбільш суттєва позитивна динаміка була виявлена у пацієнтів, які отримували запропоновану комплексну лікувально-діагностичну програму, причому у цій групі вдалося досягти значущо кращих показників після лікування за рядом сфер у порівнянні не лише з пацієнтами, які перенесли COVID-19 і отримували традиційну терапію, а й у порівнянні з пацієнтами, які не хворіли на

COVID-19, при тому що останні мали значуще кращі показники до початку лікування (табл. 6.3, 6.4).

Так, показник депресії за HADS у пацієнтів Г1 у процесі лікування зменшився на 47,9 %, у пацієнтів Г2 – на 46,3 %, а у пацієнтів Г3 – на 64,5 %. Розбіжності значущі при порівнянні між собою усіх груп. При цьому закономірності щодо більш суттєвої позитивної динаміки у пацієнтів Г3 у процесі лікування зберігалися і щодо окремих видів депресії: адинамічної депресії (показник у пацієнтів Г1 зменшився на 48,4 %, у пацієнтів Г2 – на 47,9 %, і у пацієнтів Г3 – на 63,3 %); ажитованої депресії (відповідно на 46,7 %, 45,7 % і 62,4 %), депресії зі страхом (відповідно на 58,8 %, 58,5 % і 70,2 %) та недиференційованої депресії (відповідно 46,6 %, 42,6 % і 66,5 %).

Аналогічно, більш виражена позитивна динаміка у пацієнтів, які отримували запропоновану терапію, була виявлена і щодо тривоги. Так, показник тривоги за шкалою HARS у пацієнтів Г1 в процесі лікування зменшився на 42,6 %, у пацієнтів Г2 – на 39,9 %, і у пацієнтів Г3 – на 57,3 %; показник психічної тривоги – відповідно на 40,8 %, 41,1 % і 57,8 %; показник соматичної тривоги – відповідно на 45,3 %, 37,9 % і 56,7 %. Ці дані дають підстави стверджувати, що запропонована комплексна програма лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли COVID-19, виявила високу ефективність щодо ключової афективної симптоматики, що дає підстави рекомендувати її застосування в УБД з проявами депресивних і тривожних розладів у клінічній картині захворювання.

Запропонована комплексна програма продемонструвала високу ефективність і щодо посттравматичної симптоматики, що є однією з ключових у структурі НПР в УБД. Зокрема, загальний показник ПТСР за Місісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу в процесі лікування у пацієнтів Г1 зменшився на 15,7 %, у пацієнтів Г2 – на 15,9 %, і у пацієнтів Г3 – на 24,0 %, показник симптоматики вторгнення – відповідно на 13,2 %, 12,4 % і 21,1 %; симптоматики уникання – відповідно на 11,6 %, 12,8 % і 22,6 %; симптоматики збудливості – відповідно на 11,6 %, 11,0 % і 20,1 %; симптоматики провини – відповідно на 28,0 %, 29,3 % і 37,7 %.

Таблиця 6.3

**Показники виразності депресії, тривоги, посттравматичної симптоматики, когнітивного функціонування, психосоціальної адаптації та якості життя у процесі лікування (M ± m)**

Показник	Г1, n=126		Г2, n=56		Г3, n=57	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
1	2	3	4	5	6	7
Шкала депресії HADS, бали						
Показник депресії за HADS	15,25 ± 4,14	7,95 ± 4,31	17,86 ± 4,25	9,59 ± 3,79	18,02 ± 4,20	6,39 ± 1,45
Показник адинамічної депресії	9,05 ± 2,88	4,67 ± 2,73	10,63 ± 2,53	5,54 ± 2,02	10,42 ± 2,82	3,82 ± 1,20
Показник ажитованої депресії	8,36 ± 2,55	4,46 ± 2,56	9,57 ± 2,59	5,20 ± 2,22	9,61 ± 2,41	3,61 ± 1,15
Показник депресії зі страхом	6,21 ± 2,27	2,56 ± 2,30	7,13 ± 2,13	2,96 ± 2,16	7,25 ± 1,92	2,16 ± 1,15
Показник недиференційованої депресії	5,58 ± 1,78	2,98 ± 1,84	6,45 ± 1,85	3,70 ± 1,98	6,72 ± 1,84	2,25 ± 1,21
Шкала тривоги HARS, бали						
Показник тривоги за HARS	20,55 ± 7,05	11,79 ± 5,67	24,27 ± 6,73	14,59 ± 4,83	24,68 ± 6,37	10,53 ± 2,92
Показник психічної тривоги	12,29 ± 4,46	7,27 ± 3,65	14,71 ± 3,82	8,66 ± 2,86	14,81 ± 3,61	6,25 ± 2,24



Продовж. табл. 6.3

1	2	3	4	5	6	7
Показник соматичної тривоги	8,26 ± 3,80	4,52 ± 3,12	9,55 ± 3,93	5,93 ± 3,47	9,88 ± 3,62	4,28 ± 2,53
Місісіпська шкала посттравматичного стресового розладу, бали						
Симптоми вторгнення	24,48 ± 4,34	21,26 ± 2,21	26,54 ± 4,48	23,25 ± 2,64	26,30 ± 5,11	20,75 ± 1,93
Симптоми уникання	23,12 ± 5,62	20,43 ± 3,31	25,43 ± 5,23	22,18 ± 3,09	26,00 ± 4,78	20,12 ± 2,45
Симптоми збудливості	21,69 ± 5,09	19,17 ± 3,35	23,73 ± 4,48	21,11 ± 2,85	23,63 ± 4,19	18,89 ± 2,33
Симптоми провини	19,87 ± 5,41	14,30 ± 2,08	21,71 ± 4,92	15,34 ± 1,99	22,23 ± 4,98	13,86 ± 1,80
Загальний показник	89,16 ± 16,40	75,17 ± 8,04	97,41 ± 15,35	81,88 ± 7,14	98,16 ± 15,44	74,63 ± 6,34
Тест зв'язку символів, секунди						
ТМТ А	35,83 ± 11,07	34,92 ± 10,99	38,29 ± 12,64	38,09 ± 12,27	39,19 ± 11,97	32,54 ± 9,89
ТМТ В	147,08 ± 37,70	142,75 ± 36,50	158,73 ± 56,71	155,59 ± 55,69	166,40 ± 50,59	133,09 ± 40,45
Методика діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond, бали						
Адаптація	32,84 ± 13,56	44,81 ± 16,14	27,09 ± 12,13	40,38 ± 12,84	28,65 ± 14,71	46,07 ± 15,93

Продовж. табл. 6.2

1	2	3	4	5	6	7
Самоприйняття	28,35 ± 13,72	44,42 ± 17,81	19,98 ± 11,08	37,54 ± 13,34	23,30 ± 15,01	46,09 ± 16,76
Прийняття інших	38,98 ± 16,20	47,92 ± 17,36	33,81 ± 14,48	43,76 ± 15,09	36,27 ± 18,15	49,84 ± 19,55
Емоційний комфорт	32,85 ± 12,93	42,61 ± 14,79	28,18 ± 10,62	38,91 ± 11,19	28,94 ± 12,12	44,49 ± 11,59
Інтернальність	44,35 ± 9,31	52,29 ± 13,12	42,47 ± 9,63	50,66 ± 11,27	43,10 ± 12,42	54,96 ± 15,96
Прагнення до домінування	22,58 ± 16,22	28,77 ± 18,77	19,84 ± 15,46	24,56 ± 16,48	15,53 ± 14,85	27,03 ± 20,89
Методика оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути, бали						
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	18,05 ± 4,81	20,26 ± 5,02	15,75 ± 4,81	18,11 ± 4,84	15,47 ± 4,80	20,82 ± 5,14
Виконання соціальних ролей	29,21 ± 6,18	31,67 ± 5,98	26,13 ± 6,75	28,96 ± 6,44	25,84 ± 6,89	31,82 ± 6,49
Зовнішні життєві умови	26,34 ± 2,67	26,46 ± 2,48	25,13 ± 2,95	25,36 ± 3,03	24,93 ± 3,08	26,53 ± 3,17
Показник якості життя	7,36 ± 1,35	7,84 ± 1,32	6,70 ± 1,44	7,24 ± 1,41	6,62 ± 1,46	7,92 ± 1,42

Таблиця 6.4

## Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при порівнянні груп

Показник	Значення p при порівнянні груп								
	До / після лікування			До лікування			Після лікування		
	Г1	Г2	Г3	Г1-Г2	Г1-Г3	Г2-Г3	Г1-Г2	Г1-Г3	Г2-Г3
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Шкала депресії HADS									
Показник депресії за HADS	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,840	0,003	0,037	0,000
Показник адинамічної депресії	0,000	0,000	0,000	0,001	0,003	0,720	0,003	0,101	0,000
Показник ажитованої депресії	0,000	0,000	0,000	0,007	0,004	0,926	0,017	0,063	0,000
Показник депресії зі страхом	0,000	0,000	0,000	0,012	0,003	0,783	0,122	0,900	0,070
Показник недиференційованої депресії	0,000	0,000	0,000	0,006	0,000	0,424	0,029	0,015	0,000
Шкала тривоги HARS									
Показник тривоги за HARS	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,936	0,000	0,203	0,000

Продовж. табл. 6.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Показник психічної тривоги	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,982	0,004	0,024	0,000
Показник соматичної тривоги	0,000	0,000	0,000	0,052	0,009	0,554	0,012	0,975	0,013
Місісіпська шкала посттравматичного стресового розладу									
Симптоми вторгнення	0,000	0,000	0,000	0,013	0,044	0,733	0,000	0,068	0,000
Симптоми уникання	0,000	0,000	0,000	0,020	0,005	0,728	0,001	0,284	0,038
Симптоми збудливості	0,000	0,000	0,000	0,016	0,017	0,959	0,000	0,538	0,000
Симптоми провини	0,000	0,000	0,000	0,030	0,004	0,466	0,003	0,216	0,000
Загальний показник	0,000	0,000	0,000	0,004	0,002	0,820	0,000	0,680	0,000
Тест зв'язку символів									
ТМТ-А	0,000	0,003	0,000	0,229	0,018	0,329	0,037	0,035	0,001
ТМТ-В	0,000	0,000	0,000	0,448	0,014	0,181	0,220	0,022	0,025

Продовж. табл. 6.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Методика діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond									
Адаптація	0,000	0,000	0,000	0,005	0,018	0,838	0,084	0,945	0,041
Самоприйняття	0,000	0,000	0,000	0,000	0,006	0,380	0,019	0,760	0,013
Прийняття інших	0,000	0,000	0,000	0,019	0,026	0,963	0,098	0,914	0,171
Емоційний комфорт	0,000	0,000	0,000	0,027	0,071	0,733	0,121	0,927	0,044
Інтернальність	0,000	0,000	0,000	0,121	0,042	0,556	0,511	0,739	0,471
Прагнення до домінування	0,000	0,000	0,000	0,268	0,003	0,121	0,118	0,229	0,644
Методика оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути									
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	0,000	0,000	0,000	0,004	0,001	0,777	0,009	0,439	0,005
Виконання соціальних ролей	0,000	0,000	0,000	0,003	0,002	0,883	0,006	0,699	0,016
Зовнішні життєві умови	0,074	0,023	0,000	0,009	0,004	0,774	0,016	0,348	0,019
Показник якості життя	0,000	0,000	0,000	0,004	0,002	0,820	0,009	0,559	0,010

Слід зауважити, що у процесі лікування за запропонованою схемою вдалося досягти менших показників посттравматичної симптоматики у порівнянні не лише з пацієнтами Г2, а й з пацієнтами Г1, показники яких до лікування були значуще кращими ( $p < 0,05$ ).

Важливим результатом застосування комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли COVID-19, є значуще покращення когнітивного функціонування в процесі терапії, що суттєво перевищує ефективність традиційної схеми лікування. Так, якщо загальний показник за ТМТ-А у пацієнтів Г1 покращився на 2,5 %, у пацієнтів Г2 – лише на 0,5 %, то у пацієнтів Г3 – на 17,0 %, що значуще краще у порівнянні з пацієнтами інших груп ( $p < 0,05$ ). Аналогічно, показник за ТМТ-В у пацієнтів Г1 покращився на 2,9 %, у пацієнтів Г2 – на 2,0 %, і у пацієнтів Г3 – на 20,0 %, що значуще ( $p < 0,05$ ) краще у порівнянні з пацієнтами двох перших груп.

Одним із завдань комплексної програми лікувально-реабілітаційної допомоги УБД з НПР, які перенесли COVID-19, є покращення соціально-психологічної адаптації та якості життя. Аналіз результатів оцінки соціально-психологічної адаптації з використанням методики С. Rogers et R.F. Dymond виявив значуще зростання показника адаптації в процесі лікування у пацієнтів Г1 на 36,4 %, у пацієнтів Г2 на 49,1 %, і у пацієнтів Г3 – на 60,8 %. При цьому слід зауважити, що пацієнти Г3 мали найкращі показники адаптації після лікування серед усіх груп, які були значуще ( $p < 0,05$ ) кращими у порівнянні з пацієнтами Г2. Аналогічно, показник самоприйняття у пацієнтів Г1 збільшився в процесі лікування на 56,7 %, у пацієнтів Г2 – на 87,9 %, і у пацієнтів Г3 – на 97,8 %, показник прийняття інших – відповідно на 22,9 %, 29,4 % і 37,4 %; показник емоційного комфорту – відповідно на 29,7 %, 38,1 % і 53,7 %, інтернальності – відповідно на 17,9 %, 19,3 % і 27,5 %; прагнення до домінування – відповідно на 27,4 %, 23,8 % і 74,1 %.

Якість життя розглядається останніми десятиліттями як один з найважливіших критеріїв ефективності лікування. Аналіз динаміки ЯЖ у процесі терапії за традиційною і запропонованою схемами переконливо довів вищу ефективність комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів щодо покращення ЯЖ в усіх ключових сферах. Так,

у процесі терапії показник ЯЖ на сфері суб'єктивного благополуччя/задоволеності збільшився у пацієнтів Г1 на 12,2 %, у пацієнтів Г2 – на 15,0 %, тоді як у пацієнтів Г3 – на 34,6 %; показник за сферою виконання соціальних ролей – відповідно на 8,4 %, 10,8 % і 23,1 %; за сферою зовнішніх життєвих умов – відповідно на 0,5 %, 0,9 % і 6,4 %. Загальний показник ЯЖ збільшився у пацієнтів Г1 на 6,5 %, у пацієнтів Г2 – на 8,1 % і у пацієнтів Г3 – на 19,6 %, що свідчить про вищу ефективність запропонованої комплексної програми щодо покращення ЯЖ в УБД з НПР.

Таким чином, запропонована комплексна система лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли COVID-19, справляє комплексний позитивний ефект щодо усунення психопатологічної афективної симптоматики, проявів посттравматичного стресового розладу, сприяє покращенню когнітивного функціонування, соціально-психологічної адаптації та якості життя УБД з НПР, що дає підстави рекомендувати її для впровадження у практику охорони здоров'я.

## **Висновки до розділу 6**

Одержані у дослідженні дані щодо клініко-феноменологічних особливостей НПР в УБД, індивідуально-психологічних особливостей, когнітивного функціонування, соціально-психологічної адаптації та якості життя УБД з НПР з урахуванням перенесеного COVID-19, лягли в основу розробленої і запропонованої нами комплексної програми лікувально-реабілітаційної допомоги.

Аналіз результатів дослідження дозволив виділити чотири ключових сфери, в яких виявлено несприятливі зміни в УБД, які перенесли COVID-19: афективну, де патологічні зміни представлені депресивними і тривожними розладами у поєднанні з астеничними і диссомнічними проявами; когнітивну, де порушення представлені сповільненням швидкості психічних процесів, ригідністю мислення, загальмованістю, швидкою виснажуваністю, труднощами переосмислення і зміни діяльності, зниженням гнучкості пізнавального контролю і когнітивного мислення, та здатності до довільної концентрації уваги і зосередженні на виконанні поточних завдань; поведінковою сферою, що є відображенням перенесеного стресу бойових

дій; патологічні зміни у цій сфері представлені симптоматикою посттравматичного стресового розладу; і сферу соціального функціонування і соціальної адаптації. Лікувальні та реабілітаційні заходи у запропонованій програмі орієнтовані на диференційований вплив на патологічні прояви у кожній з цих сфер на кожному з етапів реалізації програми.

Базовим принципом програми є комплексність лікувально-реабілітаційних заходів, що охоплюють несприятливі зміни в усіх зазначених сферах і передбачають застосування комплексу фармакологічних та психотерапевтичних втручань, а також послідовність, наступність і взаємопов'язаність лікувальних і реабілітаційних заходів.

Основними засадами програми є наукова обґрунтованість, оптимальне поєднання біологічної та психосоціальної терапії, чітка послідовність і наступність лікувальних та реабілітаційних заходів, індивідуальний характер лікувально-реабілітаційних заходів, ранній початок терапевтичних заходів, доступність лікувально-реабілітаційних заходів, і залучення пацієнта до активної участі у процесі лікування та реабілітації, і до селф-менеджменту власного психічного стану.

Метою запропонованої програми є усунення психопатологічних проявів, нейтралізація посттравматичної симптоматики, постковідних явищ, недопущення хронізації патологічних змін, покращення психосоціальної адаптації, якості життя та соціального функціонування пацієнтів.

Реалізація заходів комплексної програми здійснюється у три етапи за чотирма сферами, заходи взаємно доповнюють і посилюють дію одне одного, і поєднані наступністю і послідовністю.

Перший етап – клініко-діагностичний, на ньому здійснюється діагностика психічних розладів, визначення нозологічного і функціонального діагнозу, стану психічних функцій, індивідуально-психологічних особливостей, ресурсів особистості, соціально-психологічної адаптації і функціонування та якості життя.

Другий етап – лікувально-інтервенційний, спрямований на усунення психопатологічної, насамперед, афективної, симптоматики, нормалізацію психічного стану, нівелювання посттравматичних проявів, покращення когнітивного функціонування.



Третій етап – реабілітаційно-стабілізаційний, його завданням є запобігання рецидивуванню психопатологічних проявів, нормалізація і стабілізація психічного стану, забезпечення повноцінної соціальної адаптації і соціального функціонування, а також особистісний розвиток та реалізація у визначених сферах діяльності.

Оцінка ефективності запропонованої комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19 відповідно до принципів доказовості у медицині дозволила встановити значуще вищу її ефективність щодо усунення психопатологічної афективної симптоматики, проявів посттравматичного стресового розладу, покращення когнітивного функціонування, соціально-психологічної адаптації та якості життя УБД з НПР, що дає підстави рекомендувати її для впровадження у практику охорони здоров'я.

*Результати, викладені у даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:*

1. Коваль М.Є., Венгер О.П. Якість життя учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, Вип. 1(114). С. 30-34.

2. Коваль М.Є., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

3. Коваль М.Є. Індивідуально-психологічні особливості та стан психосоціальної адаптації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Вісник медичних і біологічних досліджень. 2023. № 16 (2). С. 8-14.

4. Коваль М.Є. Програма комплексної діагностики, лікування та реабілітації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2023. № 4. С. 76-80.

## АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Учасники бойових дій (УБД) є особливою соціальною і психологічною групою, якій притаманні специфічні соціальні, психологічні та медичні характеристики. Кількість УБД в Україні у зв'язку з повномасштабною війною значно зросла. Значна ураженість УБД неспсихотичними психічними розладами (НПР) вимагає трансформації існуючої системи психіатричної допомоги з урахуванням їх потреб [1-5].

Захворювання на коронавірусну інфекцію, спричинену вірусом SARS-COVID-19, супроводжується ураженням ЦНС, що проявляється депресивними і тривожними розладами, посттравматичними стресовими станами, суїцидальною поведінкою, когнітивними порушеннями та патоперсонологічними змінами [20-24]. Поєднання постковідних наслідків з психотравмуючим впливом участі у бойових діях значно обтяжує негативні психопатологічні зміни, поглиблює психосоціальну дезадаптацію і посилює резистентність до терапії.

Попри вагомі медичні і соціальні наслідки, проблема постковідних психіатричних ускладнень в УБД залишається практично не дослідженою, що суттєво ускладнює надання ефективної персоналізованої психіатричної допомоги цьому контингенту пацієнтів. Тому вивчення клініко-психопатологічної феноменології, патопсихологічних характеристик і особливостей психосоціальної дезадаптації УБД, які перенесли коронавірусну хворобу, і розробка на підставі даних цих досліджень комплексної системи психіатричної допомоги є ефективним шляхом розв'язання проблеми реабілітації і реадaptaції УБД та ліквідації наслідків пандемії COVID-19, і має вагоме наукове та практичне значення.

Метою роботи було на підставі комплексного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного та патопсихологічного обстеження учасників бойових дій, які перенесли коронавірусну хворобу, з ознаками неспсихотичних психічних розладів, розробити комплексну програму ранньої діагностики та лікувально-реабілітаційних заходів для цієї категорії пацієнтів.

Відповідно до мети і завдань дослідження було проведено у два етапи. На першому етапі з дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 252 УБД чоловічої статі, яким було встановлено діагноз НПР відповідно до критеріїв МКХ-10. Серед цих пацієнтів було виділено дві групи: пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, чисельністю 132 особи, та пацієнтів, які перенесли захворювання на коронавірусну інфекцію COVID-19, чисельністю 120 осіб. Середній вік пацієнтів першої групи склав  $32,2 \pm 9,0$  років, другої групи –  $33,3 \pm 8,4$  років ( $p > 0,05$ ). Соціально демографічні характеристики обох груп були схожими, за винятком поширеності тютюнопаління: 40,9 % проти 52,5 % ( $p < 0,05$ ). На другому етапі дослідження було розроблено і впроваджено у практику комплексну систему психіатричної допомоги УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, і проведено аналіз її ефективності.

При виконанні дослідження були використані наступні методи: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний, а також методи статистико-математичної обробки даних.

Клініко-психопатологічне дослідження було реалізовано у вигляді клінічної бесіди за схемою напівструктурованого клінічного інтерв'ю. Встановлення клінічного діагнозу здійснювалося відповідно до критеріїв міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

Для психометричної діагностики нами використаний діагностичний комплекс, що складався зі шкали депресії М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS), шкали тривоги М. Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS), опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), методики оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути, тесту зв'язку символів (Trail making test, TMT), тесту вербальної швидкості (Verbal fluency test, VFT), тесту Струпа (Stroop color word interference test), Місісіпської шкали посттравматичного стресового розладу, шкали депресії, тривоги і стресу (Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items (DASS-21)).

Психодіагностичні методи дослідження включали використання стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості (СМДО),

методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond, та опитувальника «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus.

Дослідження особливостей клініко-психопатологічної феноменології непсихотичних психічних розладів в УБД з НПР на тлі перенесеної інфекції COVID-19 дозволило встановити, що найбільш поширеними у структурі психопатологічної симптоматики виявилися прояви тривоги або страху (у 70,5 % УБД, які не хворіли на COVID-19, і у 80,8 % УБД, які перенесли коронавірусну інфекцію,  $p < 0,01$ ); знижений настрій – відповідно 55,3 % і 66,7 % ( $p > 0,05$ ); емоційна лабільність – відповідно 44,7 % і 58,3 % ( $p < 0,05$ ); дратівливість – відповідно 40,9 % і 55,0 % ( $p < 0,05$ ); сензитивність – відповідно 53,0 % та 71,7 %, та притуплення емоцій – відповідно 6,8 % і 6,7 % ( $p > 0,05$ ), і диссомнічна симптоматика, яка була наявна у 47,0 % і у 61, % пацієнтів відповідно. У структурі психопатологічної симптоматики НПР в УБД також поширені скарги на швидку втомлюваність, відчуття виснаженості, млявості виявлені 51,5 % і у 65,8 % УБД відповідно ( $p < 0,05$ ); зниження розумової та фізичної працездатності – відповідно у 68,2 % і у 80,0 %; апатію, байдужість – відповідно у 12,9 % і у 21,7 % ( $p < 0,05$ ); порушення концентрації уваги – відповідно у 25,8 % та у 43,3 % ( $p < 0,01$ ), нав'язливі думки – 50,8 % і у 60,0 % відповідно ( $p > 0,05$ ); флешбеки – відповідно у 37,1 % і 35,0 % ( $p > 0,05$ ). Поширеними також були симптоматика уникання – відповідно у 25,8 % і 28,3 % ( $p > 0,05$ ), суїцидальні думки і думки про смерть: відповідно у 25,0 % і у 35,8 % пацієнтів ( $p < 0,05$ ) і соматовегетативна симптоматика: 29,5 % і 58,3 % пацієнтів відповідно ( $p < 0,01$ ).

УБД з НПР була притаманна значна поширеність симптомів депресії, при цьому ураженість більшістю з них була більшою серед тих, хто переніс коронавірусну хворобу: ангедонії – відповідно 77,3 % і 83,3 % ( $p > 0,05$ ); зниженого настрою – відповідно 55,3 % і 66,7 % ( $p < 0,05$ ), швидкої втомлюваності – відповідно 51,5 % і 65,8 % ( $p < 0,05$ ); почуття провини, марності, тривоги або страху: відповідно 78,0 % і 87,5 % пацієнтів ( $p < 0,05$ ), порушень сну: відповідно 47,0 % та 61,7 % ( $p < 0,05$ ), нездатності концентруватися і приймати рішення – відповідно 25,8 % і 43,3 % ( $p < 0,01$ ); думок про смерть або самогубство – відповідно 25,0 % і 35,8 % ( $p < 0,05$ ); песимізму – відповідно 21,2 % і 31,7 % ( $p < 0,05$ ), заниженої самооцінки – відповідно 21,2 % і 31,7 % ( $p < 0,05$ )

та нестабільного апетиту і втрати ваги – відповідно 17,4 % і 24,2 % ( $p > 0,05$ ). Загалом, одночасна наявність не менш ніж двох основних і трьох додаткових критеріїв депресії, що необхідно для встановлення діагнозу депресивного розладу, була виявлена у 28,8 % УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, і у 53,3 % УБД з НПР, які перенесли COVID-19 ( $p < 0,01$ ).

В УБД з НПР, які перенесли COVID-19, виявлено значуще вищі показники депресивного настрою ( $2,12 \pm 1,04$  балів проти  $2,48 \pm 1,05$  балів,  $p < 0,01$ ), почуття провини ( $1,39 \pm 0,51$  балів проти  $1,53 \pm 0,52$  балів,  $p < 0,05$ ), раннього безсоння ( $0,53 \pm 0,77$  балів проти  $0,74 \pm 0,85$  балів,  $p < 0,05$ ), середнього безсоння ( $0,49 \pm 0,75$  балів проти  $0,73 \pm 0,86$  балів,  $p < 0,05$ ), пізнього безсоння ( $0,43 \pm 0,60$  балів проти  $0,69 \pm 0,76$  балів,  $p < 0,01$ ), працездатності і активності ( $2,56 \pm 1,01$  балів проти  $2,85 \pm 0,90$  балів,  $p < 0,05$ ), психічної тривоги ( $2,87 \pm 1,59$  балів проти  $3,28 \pm 1,30$  балів,  $p < 0,05$ ), соматичної тривоги ( $1,53 \pm 0,90$  балів проти  $1,82 \pm 0,97$  балів,  $p < 0,05$ ), загальної соматичної симптоматики ( $0,97 \pm 0,65$  балів проти  $1,28 \pm 0,75$  балів,  $p < 0,01$ ), іпохондрії ( $0,71 \pm 0,90$  балів проти  $1,04 \pm 0,95$  балів,  $p < 0,01$ ), obsесивної та компульсивної симптоматики ( $0,97 \pm 1,07$  балів проти  $1,28 \pm 1,19$  балів,  $p < 0,05$ ). Загальний показник депресії в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, склав  $15,29 \pm 4,16$  балів, що відповідає середній важкості, ближче до легкого депресивного розладу, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $18,05 \pm 4,29$  балів, що ближче до важкого депресивного розладу ( $p < 0,01$ ). В УБД з НПР, які перенесли COVID-19, були значуще вищими показники адинамічної депресії ( $9,04 \pm 2,90$  балів проти  $10,58 \pm 2,71$  балів,  $p < 0,01$ ), ажитованої депресії ( $8,35 \pm 2,55$  балів проти  $9,63 \pm 2,61$  балів,  $p < 0,01$ ), депресії зі страхом ( $6,27 \pm 2,28$  балів проти  $7,26 \pm 2,05$  балів,  $p < 0,01$ ) та недиференційованої депресії ( $5,60 \pm 1,80$  балів проти  $6,62 \pm 1,90$  балів,  $p < 0,01$ ).

Дані дослідження дозволяють зробити висновок про важливу роль тривоги у комплексній клінічній картині НПР в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19. Так, для УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19, виявилися характерними вищі рівні тривоги: показник тривожного настрою у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $2,87 \pm 1,59$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $3,28 \pm 1,30$  балів ( $p < 0,05$ ), напруження ( $2,51 \pm 1,21$  балів проти  $2,78 \pm 1,26$  балів,  $p < 0,05$ ), інсомнії ( $1,41$

$\pm 1,48$  балів проти  $2,03 \pm 1,60$  балів,  $p < 0,01$ ), когнітивних порушень ( $1,56 \pm 1,06$  балів проти  $2,27 \pm 0,77$  балів,  $p < 0,01$ ), депресивного настрою ( $2,12 \pm 1,04$  балів проти  $2,48 \pm 1,05$  балів,  $p < 0,01$ ), соматичних сенсорних симптомів ( $0,80 \pm 1,07$  балів проти  $1,11 \pm 1,18$  балів,  $p < 0,05$ ), серцево-судинних симптомів ( $1,16 \pm 1,07$  балів проти  $1,53 \pm 1,07$  балів,  $p < 0,05$ ), респіраторних симптомів ( $0,60 \pm 0,91$  балів проти  $0,88 \pm 1,03$  балів,  $p < 0,05$ ). Загальний показник тривоги в УБД з НПР відповідав середньому рівню, при цьому у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, показник був ближчим до низького рівня і склав  $20,52 \pm 7,14$  балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – близьким до межі високого рівня:  $24,53 \pm 6,69$  балів ( $p < 0,01$ ). Підвищені рівні були виявлені для окремих видів тривоги: психічної – відповідно  $12,23 \pm 4,57$  балів і  $14,74 \pm 3,71$  балів ( $p < 0,01$ ) та соматичної – відповідно  $8,29 \pm 3,79$  балів і  $9,78 \pm 3,94$  балів ( $p < 0,01$ ).

При дослідженні виразності психопатологічної симптоматики з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised було виявлено значуще вищі показники більшості психопатологічних симптомів в УБД з НПР, які перенесли COVID-19. Так, середнє значення показника соматизації склало в УБД, які не хворіли на COVID-19, склало  $1,63 \pm 1,07$  балів / медіана 2,00 балів, інтерквартильний діапазон (0,60–2,70) балів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – відповідно  $2,47 \pm 0,80$  / 2,80 (2,25–3,00) балів ( $p < 0,01$ ); obsесивно-компульсивних розладів – відповідно  $2,42 \pm 0,33$  / 2,30 (2,20–2,45) балів та  $2,55 \pm 0,36$  / 2,50 (2,35–2,50) балів ( $p < 0,01$ ); міжособистісної сензитивності – відповідно  $1,23 \pm 0,96$  / 1,20 (0,30–2,05) балів та  $1,52 \pm 0,97$  / 1,30 (0,80–2,30) балів ( $p < 0,05$ ); депресії – відповідно  $2,20 \pm 1,15$  / 2,60 (0,70–3,25) балів та  $2,66 \pm 1,03$  / 2,90 (2,20–3,50) балів ( $p < 0,01$ ); тривожності – відповідно  $2,18 \pm 0,91$  / 2,00 (1,40–2,90) балів та  $2,41 \pm 0,89$  / 2,30 (1,50–3,40) балів ( $p < 0,05$ ); та ворожості – відповідно  $1,31 \pm 0,38$  / 1,30 (0,80–1,70) балів та  $1,42 \pm 0,39$  / 1,40 (1,20–1,70) балів ( $p < 0,05$ ). Не було виявлено значущих відмінностей між показниками в УБД, які не хворіли та хворіли на COVID-19, за фобічною тривожністю: відповідно  $1,23 \pm 0,49$  / 1,10 (0,70–1,70) балів та  $1,28 \pm 0,48$  / 1,10 (0,90–1,70) балів ( $p > 0,05$ ), паранояльною симптоматикою – відповідно  $0,03 \pm 0,08$  / 0,00 (0,00–0,00) та  $0,05 \pm 0,11$  / 0,00 (0,00–0,00) балів ( $p > 0,05$ ), і психотизмом – відповідно  $0,18 \pm 0,17$  / 0,20 (0,00–0,30) балів та  $0,20 \pm 0,16$  / 0,20 (0,00–0,30) балів

( $p > 0,05$ ). Інтегральні показники: загальний показник виразності симптоматики (індекс GSI – General Symptomatical Index), індекс проявів симптоматики (PSI – Positive Symptomatical Index) та індекс виразності дистресу (PDSI – Positive Distress Symptomatical Index) у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, також виявилися значуще нижчими, ніж у тих, хто хворів на COVID-19: відповідно  $1,44 \pm 0,54 / 1,60$  (0,85–1,90) балів та  $1,73 \pm 0,47 / 1,90$  (1,60–2,10) балів ( $p < 0,01$ );  $48,77 \pm 12,71 / 52,50$  (36,00–59,00) балів та  $55,54 \pm 9,92 / 58,00$  (52,00–63,00) балів ( $p < 0,01$ ); і  $2,57 \pm 0,39 / 2,60$  (2,20–2,90) балів та  $2,77 \pm 0,37 / 2,85$  (2,70–3,00) балів ( $p < 0,01$ ).

Встановлено, що УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, були притаманні значуще вищі рівні посттравматичного стресу, а також показників депресії, тривоги та стресу. Так, середнє значення показника симптоматики вторгнення ПТСР за Місісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу у пацієнтів першої групи склало  $24,5 \pm 4,4$  балів  $25,5$  балів (21,0–29,0 балів) проти  $26,3 \pm 4,9 / 26,0$  (23,0–29,0) балів у пацієнтів другої групи ( $p < 0,01$ ); симптоматики уникання – відповідно  $23,1 \pm 5,8 / 25,5$  (18,0–27,0) балів проти  $25,7 \pm 5,0 / 26,0$  (23,0–28,0) балів ( $p < 0,01$ ); симптоматики збудливості – відповідно  $21,6 \pm 5,1 / 21,0$  (17,0–26,0) балів проти  $23,8 \pm 4,5 / 25,0$  (20,0–27,0) балів ( $p < 0,01$ ); симптомів провини – відповідно  $19,7 \pm 5,4 / 20,0$  (15,0–24,0) балів проти  $22,0 \pm 5,0 / 24,0$  (17,5–26,5) балів ( $p < 0,01$ ). Загальний показник виразності ПТСР у пацієнтів склав  $88,9 \pm 16,6 / 91,5$  (77,0–103,0) балів, і  $97,8 \pm 15,7 / 101,0$  (86,0–107,0) балів відповідно ( $p < 0,01$ ).

Показник депресії за шкалою DASS-21 в УБД, які не хворіли на COVID-19, склав  $5,3 \pm 4,1 / 3,0$  (2,0–8,0) балів проти  $8,2 \pm 5,1 / 8,0$  (3,0–14,0) балів в УБД, які перенесли COVID-19 ( $p < 0,01$ ); показник тривоги – відповідно  $4,9 \pm 3,7 / 3,5$  (3,0–8,0) балів проти  $6,8 \pm 3,8 / 7,0$  (3,0–9,0) балів ( $p < 0,01$ ); показник стресу – відповідно  $8,1 \pm 4,2 / 8,0$  (5,0–13,0) балів проти  $10,3 \pm 4,1 / 10,0$  (7,0–14,0) балів ( $p < 0,01$ ).

Вивчення особливостей когнітивної переробки інформації та пізнавальних процесів (гнучкості мислення, робочої пам'яті, контролю уваги та гальмування), з використанням тесту ТМТ дало можливість виявити зниження стану когнітивного функціонування зі сповільненням швидкості та зменшенням ефективності

когнітивних процесів, яке, однак, не досягало рівня вираженої когнітивної дисфункції.

Час виконання першої частини тесту (ТМТ-А) у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, був більшим за середньонормативний показник (29 сек.), але далеким від межі когнітивного дефіциту (78 сек.) і склав  $37,0 \pm 12,2 / 34,0$  (27,5–39,0) сек., У пацієнтів, які перенесли COVID-19 показник також не досягав межі когнітивного дефіциту, але був суттєво вищим за нормативний, і значуще ( $p < 0,01$ ) перевищував показник пацієнтів, які не хворіли на COVID-19:  $45,9 \pm 14,8 / 37,5$  (33,5–62,0) сек. Обстежені пацієнти також гірше, ніж в нормі, виконували другий субтест тесту ТМТ – ТМТ-В, при цьому час виконання тесту пацієнтами другої групи був значуще ( $p < 0,05$ ) більшим, ніж у пацієнтів першої групи. Показник за тестом ТМТ-В у пацієнтів склав  $147,4 \pm 37,6 / 143,0$  (126,0–148,5) сек. та  $164,4 \pm 53,8 / 147,0$  (118,0–220,5) сек. відповідно при середньонормативному значенні виконання тесту 75 сек. При цьому показники виконання тесту ТМТ-В в обох групах не досягали рівня когнітивного дефіциту (273 сек.).

Дослідження стану когнітивних процесів з використанням тесту вербальної швидкості виявило погіршення показників виконання тесту УБД з НІР, як щодо фонетичної вербальної швидкості, так і щодо семантичної вербальної швидкості, більш суттєве у пацієнтів, які перенесли COVID-19. Так, кількість слів на літеру «К» у пацієнтів першої групи склала  $18,2 \pm 5,4 / 16,0$  (14,0–21,0) слів, а у пацієнтів другої групи –  $16,8 \pm 5,4 / 14,0$  (13,0–18,0) слів ( $p < 0,01$ ); кількість слів на літеру «П» – відповідно  $16,6 \pm 5,7 / 15,0$  (12,0–20,0) слів та  $15,2 \pm 5,6 / 13,0$  (12,0–17,0) слів ( $p < 0,05$ ). Кількість слів у категорії «Чоловічі імена» склала відповідно  $17,1 \pm 5,1 / 15,0$  (13,0–20,0) слів та  $15,7 \pm 5,1 / 13,0$  (12,0–17,0) слів ( $p < 0,01$ ); кількість слів у категорії «Фрукти/меблі» – відповідно  $16,0 \pm 5,3 / 14,0$  (12,0–19,0) слів та  $14,7 \pm 5,2 / 12,5$  (12,0–16,0) слів ( $p < 0,05$ ).

В УБД з НІР було виявлено тенденцію до сповільнення виконання усіх субтестів тесту Струпа. Так, середній час читання назв кольорів, надрукованих чорним кольором (ЧНКч), у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, склав  $51,5 \pm 9,6 / 49,0$  (43,0–61,0) сек., а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 –  $57,6 \pm 8,9 / 59,0$  (50,0–



65,0) сек. ( $p < 0,01$ ); середній час називання кольорів (НК) – відповідно  $77,0 \pm 16,9 / 68,0$  (62,5–95,0) сек. і  $86,7 \pm 17,4 / 94,5$  (68,0–97,0) сек. ( $p < 0,01$ ); середній час читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова (ЧНКв) – відповідно  $131,2 \pm 20,4 / 124,5$  (113,0–154,0) сек. і  $142,1 \pm 19,9 / 148,0$  (120,0–159,0) сек.; середній час називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова (НКСв) – відповідно  $50,5 \pm 9,6 / 48,0$  (42,0–60,0) сек. і  $56,6 \pm 8,9 / 58,0$  (49,0–64,0) сек. ( $p < 0,01$ ). Показник ригідності / гнучкості контролю зростання якого є індикатором ефекту інтерференції і ригідності пізнавального контролю, склав відповідно  $54,2 \pm 10,3 / 55,0$  (46,0–61,0) сек. і  $55,4 \pm 7,9 / 57,0$  (55,0–59,0) сек.; показник вербальності, що є індикатором автоматизації пізнавальних функцій і ступеню їх незалежного функціонування – відповідно  $1,5 \pm 0,1 / 1,5$  (1,4–1,6) сек. і  $1,5 \pm 0,1 / 1,5$  (1,4–1,6) сек.

Виявлена у нашому дослідженні наявність в УБД з НПР широкого спектру психопатологічних проявів узгоджується з даними ряду вітчизняних та зарубіжних дослідників, які виявили у комбатантів несприятливі зміни психіки, насамперед, депресивного, тривожного та посттравматичного характеру [217-220]. При цьому нами було кількісно оцінено виразність окремих симптомів та їх співвідношення у психопатологічній картині НПР в УБД. Одержані дані дозволяють визначити в якості стрижневих психопатологічних конструктів obsесивно-компульсивні, депресивні та тривожні прояви, а допоміжні психопатологічні прояви представлені соматизацією, ворожістю, міжособистісною сензитивністю та фобічною тривожністю. Такі особливості можуть розглядатися як прояви невротизації, притаманні пацієнтам з НПР, а також як результат дії психотравми бойового стресу. Більшість показників в УБД з НПР відповідали середньому та підвищеному рівню, при цьому у пацієнтів, які перенесли COVID-19, кількісні значення основних показників виразності психопатологічної симптоматики були значуще вищими, що узгоджується з даними сучасних досліджень, і підтверджує негативний вплив коронавірусної інфекції на психіку [162, 164, 211, 213, 214]. Виявлені закономірності дозволяють говорити про істотну поширеність психопатологічної симптоматики та ознак ПТСР серед УБД з НПР; при цьому ураженість УБД, які перехворіли на COVID-19 патологічними проявами виявилася значуще більшою, що дає підстави розглядати захворювання на

коронавірусну інфекцію в якості значущого чинника, що збільшує ризики ураження комбатантів психопатологічними розладами та ПТСР.

Виявлені у нашому дослідженні гірші показники когнітивного функціонування в УБД з НПР узгоджуються з даними досліджень, що встановили наявність у комбатантів порушень когнітивного функціонування [175, 212, 219, 220], а також з дослідженнями, які виявили несприятливий вплив COVID-19 на когнітивну сферу [195, 221, 223, 224]. Виявлені нами знижені показники виконання тесту ТМТ-А, які є індикатором сповільнення швидкості психічних процесів і зниження переключення уваги, та гірші показники виконання тесту ТМТ-В, що свідчать про ригідність мислення, загальмованість, швидко виснажуваність і є індикаторами нейрокогнітивних порушень, в УБД з НПР можуть бути зумовлені впливом невротизації, депресивних і тривожних психопатологічних феноменів, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – також нейротоксичним впливом коронавірусної інфекції. Знижені показники фонетичної та семантичної вербальної швидкості, що відображують сповільнення психічної і моторної активності, швидко втомлюваність, ригідність мислення у поєднанні з швидкою втомлюваністю і виснажуваністю, в УБД з НПР також можуть бути пояснені впливом депресивної і тривожної симптоматики, а в УБД, які перенесли COVID-19 – також постковідним нейрокогнітивним дефіцитом. Аналогічно, в УБД з НПР були виявлені знижені показники тесту Струпа, який спрямований на виявлення когнітивної ригідності, що свідчить про труднощі переосмислення і зміни діяльності, зниження гнучкості пізнавального контролю і когнітивного мислення, та здатності до довільної концентрації уваги і зосередженні індивіда на виконанні поточних завдань; при цьому у пацієнтів, які перенесли COVID-19, ці патологічні прояви виражені значуще більше. Виявлені закономірності змін у когнітивній сфері дозволяють зробити висновок про зниження когнітивного функціонування в УБД як під впливом НПР, так і під впливом перенесеної коронавірусної інфекції. Перенесене захворювання на COVID-19 може розглядатися в якості обтяжуючого фактору щодо когнітивних порушень в УБД з НПР, і вимагає врахування цих закономірностей при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.

Аналіз профілю особистості за СМДО дозволив виявити, що домінуючі позиції у профілях особистості УБД з НПР, які хворіли на COVID-19, займають шкали тривожності та песимістичності, показники за якими у них значуще вищі, ніж в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19 ( $72,3 \pm 10,8$  балів проти  $76,9 \pm 10,6$  балів,  $p < 0,01$  та  $67,0 \pm 18,6$  балів проти  $74,9 \pm 10,0$  балів,  $p < 0,05$  відповідно). Такі показники виявляють більшу виразність гіпостенічних проявів, пасивно-страждальну позицію, схильність до гострого переживання невдач, хвилювання, переважання мотивації уникнення, підвищений рівень тривожності, відмову від активної діяльності, знижений настрій, загострене почуття провини, невпевненість у собі, а також дезадаптивні стани з почуттям розгубленості, неспокою, нав'язливими страхами, відчуттям небезпеки та диссомніями. У поєднанні з підвищеними показниками за шкалою надконтролю ( $64,9 \pm 9,6$  балів проти  $65,6 \pm 9,0$  балів,  $p > 0,05$ ) це свідчить про формування ознак невротичного надконтролю з підвищеною увагою до соматичного дискомфорту, пригнічення спонтанності, стримування активної самореалізації та прагнення до контролю над агресивністю. В УБД, які хворіли на COVID-19, виявлено також підвищені показники за шкалою соціальної інтроверсії ( $60,6 \pm 6,2$  балів проти  $62,2 \pm 6,2$  балів,  $p < 0,05$ ). Такі показники поглиблюють гіпостенічні риси і послаблюють стенічні, виявляючи пасивність особистісної позиції, зниження рівня залученості індивіда до соціального середовища, переживання труднощів у налагодженні відносин з мікросоціальним оточенням та міжособистісні конфлікти. Дещо підвищеними (у межах 60 Т-балів) у обстежених пацієнтів були показники за шкалою емоційної лабільності, що виявляють нестійкість емоцій та інтрапсихічний конфлікт різноспрямованих тенденцій, амбівалентність, емоційність та нестійку самооцінку; при цьому показники у пацієнтів, які хворіли на COVID-19, були значуще вищими ( $59,0 \pm 7,1$  балів проти  $61,5 \pm 8,3$  балів,  $p < 0,05$ ). Показник за шкалою індивідуалістичності, що виявляє потребу індивіда в актуалізації власної ідентичності, схильність до фантазування, готовність до протидії оточуючим, в УБД, які не хворіли на COVID-19, був незначуще вищим, ніж в УБД, які хворіли на COVID-19 ( $62,0 \pm 6,6$  балів проти  $61,8 \pm 7,5$  балів,  $p > 0,05$ ). Натомість, показник за шкалою ригідності, що виявляє підвищену дратівливість, почуття образи, схильність до

дисфорій, виявився незначуще вищим в УБД, які перенесли COVID-19 ( $56,6 \pm 5,6$  балів проти  $56,2 \pm 6,1$  балів,  $p > 0,05$ ). Показники за шкалою імпульсивності, що виявляє протидію оточенню, відсутність конформності, переважання емоцій над інтелектуальним контролем загалом в УБД з НПР були невисокими, в межах 50-60 балів; при цьому показники були значуще вищими у пацієнтів, які хворіли на COVID-19 ( $53,6 \pm 4,6$  балів проти  $55,7 \pm 6,2$  балів,  $p < 0,05$ ). Показник за шкалою маскулінності-фемінності був значуще вищим в УБД, які хворіли на COVID-19 ( $54,3 \pm 3,5$  балів проти  $55,1 \pm 3,3$  балів,  $p < 0,05$ ), у дослідженого контингенту такий показник може розглядатися як індикатор маскулінності (жорсткість характеру, відсутність сентиментальності, схильність до полігамії). Репресивну позицію у профілі особистості УБД з НПР займала шкала оптимістичності, що виявляє позитивний емоційний настрій, оптимістичність, активність, екстравертованість, що закономірно відображують негативний вплив стресу бойових дій, а також НПР і COVID-19 на психіку. Показник за цією шкалою в УБД з НПР, які хворіли на COVID-19, був значуще нижчим ( $43,6 \pm 10,1$  балів проти  $40,7 \pm 6,1$  балів,  $p < 0,01$ ). Одержані дані дозволяють говорити про наявність специфічного індивідуально-психологічного профілю особистості в УБД з НПР, які хворіли на COVID-19. Стрижневими характеристиками цього профілю є стійкі тривожно-депресивні та гіпостенічні прояви, що можуть розглядатися в якості ознак невротизації, тоді як допоміжними психопатологічними конструктами є стійкі гіпостенічні, емоційно-лабільні, іпохондричні та дисфоричні феномени. Виявлені особливості необхідно враховувати при плануванні лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19.

Вивчення особливостей копінг-репертуару в УБД в залежності від перенесеного захворювання на COVID-19 дозволило виявити більшу виразність у пацієнтів, які перехворіли на COVID-19, неконструктивних видів копінгу. Так, показник конфронтаційного копінгу виявився значуще вищим в УБД, які не хворіли на COVID-19 ( $41,4 \pm 13,8$  балів проти  $49,9 \pm 16,8$  балів,  $p < 0,01$ ). Конфронтаційний копінг спрямований на вирішення проблеми шляхом поведінкової активності, не завжди цілеспрямованої, що проектується на розв'язання ситуації чи на відреагування

негативних емоцій, які з нею пов'язані. Показники копінг-стратегії дистанціювання виявилися значуще вищими в УБД, які не хворіли на COVID-19 ( $55,0 \pm 14,5$  балів проти  $48,8 \pm 14,2$  балів,  $p < 0,01$ ); ця стратегія передбачає нівелювання переживань, пов'язаних з актуальною ситуацією, шляхом суб'єктивного зменшення її значення та зниження емоційного залучення у проблему. Стратегія самоконтролю, яка передбачає спроби усунути негативні переживання шляхом стримування і пригнічення емоцій, зменшення впливу їх на оцінку ситуації та вибір поведінкової стратегії, більшою мірою була притаманна УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19 ( $73,1 \pm 11,8$  балів проти  $66,8 \pm 10,8$  балів,  $p < 0,01$ ). В УБД, які не хворіли на COVID-19, виявлено також більш високі показники за копінг-стратегією пошуку соціальної підтримки, що розглядається як конструктивна і передбачає дезактуалізацію проблеми шляхом залучення зовнішніх ресурсів та емоційної, інформаційної та дієвої підтримки від інших людей ( $68,8 \pm 15,0$  балів проти  $59,6 \pm 19,5$  балів,  $p < 0,01$ ). Відносно стратегії прийняття відповідальності не було виявлено значущих відмінностей між групами ( $66,7 \pm 18,6$  балів проти  $63,0 \pm 18,6$  балів,  $p > 0,05$ ). Натомість, УБД з НПР, які перенесли COVID-19, була більшою мірою притаманна копінг-стратегія втечі-уникнення, що передбачає намагання усунути негативні переживання шляхом ухиляння, заперечення проблеми, відволікання від неї, невиправданих очікувань, фантазування ( $37,4 \pm 12,1$  балів проти  $46,0 \pm 10,7$  балів,  $p < 0,01$ ). Найбільш конструктивна копінг-стратегія планування вирішення проблеми, яка спрямована на розв'язання ситуації через цілеспрямований її аналіз і пошук варіантів поведінки, планування власних дій з урахуванням досвіду, реальних умов та ресурсів, була більш притаманною УБД, які не хворіли на COVID-19 ( $54,0 \pm 17,7$  балів проти  $45,1 \pm 15,0$  балів,  $p < 0,01$ ). Стратегія позитивної переоцінки, що передбачає позитивне переосмислення проблеми і сприйняття її як стимул для особистісного розвитку, також була більш типовою для пацієнтів, які не хворіли на COVID-19 ( $48,1 \pm 13,9$  балів проти  $41,0 \pm 11,5$  балів,  $p < 0,01$ ). Одержані дані свідчать про більшу виразність в УБД з НПР, які перенесли COVID-19, неконструктивних стратегій копінгу, зокрема, втечі-уникнення та конфронтаційного копінгу, і меншу виразність конструктивних копінг-стратегій планування вирішення проблеми, пошуку соціальної підтримки,

самоконтролю та позитивної переоцінки. Ці особливості можуть бути пов'язані з проявами невротизації та патохарактерологічних трансформацій, більш вираженими у осіб, які перенесли COVID-19. Також слід враховувати більшу виразність в УБД з НПР, які хворіли на COVID-19, стійких депресивних і тривожних проявів, що також можуть справляти певний вплив на копінг-репертуар обстежених пацієнтів. При інтерпретації даних вивчення копінг-поведінки УБД з НПР необхідно зауважити, що у їх копінг-репертуарі поєднуються конструктивні та неконструктивні копінг-стратегії, що є відображенням як початково задовільного стану психічного і психологічного здоров'я (всі обстежені до розвитку у них НПР були психічно здоровими особами з достатньо високим рівнем стресостійкості), так і патологічних змін психіки, що виникли внаслідок НПР, впливу стресу війни та перенесеного захворювання на COVID-19.

Вивчення особливостей психосоціальної адаптації в УБД з НПР дозволило встановити наявність у них виражених проявів психосоціальної ДА, більш суттєво виражених у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19. Так, показники адаптивності в УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, були значуще вищими у порівнянні з УБД, які перенесли захворювання на COVID-19:  $57,8 \pm 17,4$  балів проти  $48,3 \pm 16,7$  балів ( $p < 0,01$ ); показники дезадаптивності були значуще вищими в УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19:  $137,9 \pm 40,2$  балів проти  $128,8 \pm 43,0$  балів ( $p < 0,05$ ). Показники брехливості, як негативної, так і позитивної, в УБД з НПР, які не хворіли і хворіли на COVID-19, значуще не відрізнялися: відповідно  $10,8 \pm 4,8$  балів та  $10,1 \pm 4,6$  балів ( $p > 0,05$ ), і  $13,6 \pm 2,8$  балів та  $13,2 \pm 2,7$  балів ( $p > 0,05$ ). В УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, виявлено значуще нижчі показники прийняття себе:  $10,0 \pm 5,3$  балів проти  $12,8 \pm 5,7$  балів ( $p < 0,01$ ), і значуще вищі показники неприйняття себе:  $24,3 \pm 6,7$  балів проти  $22,0 \pm 7,9$  балів ( $p < 0,05$ ), а також значуще нижчі показники прийняття інших:  $10,6 \pm 3,2$  балів проти  $12,4 \pm 3,5$  балів ( $p < 0,01$ ). Показники неприйняття інших в УБД з НПР, які перехворіли на COVID-19, були дещо вищими, однак, відмінності статистично не значущі:  $27,1 \pm 9,7$  балів проти  $26,5 \pm 10,0$  балів ( $p > 0,05$ ); показники емоційного комфорту були вищими в УБД, які не хворіли на COVID-19:  $14,1 \pm 5,0$  балів проти  $12,6 \pm 5,2$  балів ( $p < 0,05$ ), а показники

емоційного дискомфорту – в УБД, які хворіли на COVID-19:  $31,6 \pm 6,5$  балів проти  $29,6 \pm 7,9$  балів ( $p < 0,05$ ). В УБД з НПР, які не хворіли на COVID-19, виявилися значуще вищими показники внутрішнього контролю:  $35,0 \pm 8,2$  балів проти  $32,3 \pm 7,3$  балів ( $p < 0,01$ ), і не значуще вищими – показники зовнішнього контролю:  $33,5 \pm 10,6$  балів проти  $33,8 \pm 10,9$  балів ( $p > 0,05$ ). У пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, виявлено значуще вищі показники домінування:  $3,5 \pm 2,8$  балів проти  $2,6 \pm 2,2$  балів ( $p < 0,05$ ), а показники ведомості та ескапізму були дещо вищими в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, однак, розбіжності статистично не значущі: відповідно  $23,1 \pm 8,0$  балів проти  $22,5 \pm 8,4$  балів ( $p > 0,05$ ) та  $17,9 \pm 7,1$  балів проти  $17,2 \pm 6,7$  балів ( $p > 0,05$ ). Інтегральні показники психосоціальної ДА в УБД з НПР, які перенесли COVID-19, були значуще гіршими: показник адаптації –  $27,6 \pm 13,3$  балів проти  $33,0 \pm 13,5$  балів ( $p < 0,01$ ), самоприйняття:  $21,7 \pm 13,1$  балів проти  $28,5 \pm 13,7$  балів ( $p < 0,01$ ) та прийняття інших –  $34,6 \pm 16,1$  балів проти  $38,9 \pm 15,9$  балів ( $p < 0,01$ ), емоційного комфорту –  $28,4 \pm 11,4$  балів проти  $33,0 \pm 13,0$  балів ( $p < 0,01$ ), інтернальності:  $42,5 \pm 11,0$  балів проти  $44,3 \pm 9,2$  балів ( $p < 0,05$ ) та прагнення до домінування:  $17,9 \pm 15,2$  балів проти  $22,3 \pm 16,3$  балів ( $p < 0,05$ ), що дозволяє зробити висновок щодо наявності виражених проявів психосоціальної ДА в УБД з НПР, які перенесли захворювання на COVID-19, за всіма ключовими сферами. Водночас, слід зауважити, що контингенту обстежених УБД з НПР загалом притаманні невисокі показники психосоціальної адаптації, що свідчить про асоційованість НПР в УБД з проявами психосоціальної ДА.

Вивчення особливостей ЯЖ в УБД, які хворіли та не хворіли на COVID-19, виявило низькі показники ЯЖ у сферах, що відображують психологічне функціонування, і, меншою мірою – фізичне функціонування, при збереженні високих показників у сферах, що стосуються впливу оточення і соціальної підтримки. Так, у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, виявлено значуще вищі показники за сферами фізичного благополуччя:  $7,67 \pm 1,10$  балів проти  $7,10 \pm 1,29$  балів ( $p < 0,01$ ), психологічного (емоційного) благополуччя:  $5,59 \pm 1,95$  балів проти  $4,60 \pm 1,96$  балів ( $p < 0,01$ ), самообслуговування і незалежності дій:  $9,46 \pm 0,78$  балів проти  $9,03 \pm 1,01$  балів ( $p < 0,01$ ), працездатності:  $7,70 \pm 1,35$  балів проти  $7,02 \pm 1,48$  балів ( $p < 0,01$ ),

міжособистісної взаємодії:  $6,15 \pm 2,32$  балів проти  $4,91 \pm 2,45$  балів ( $p < 0,01$ ), соціо-емоційної підтримки:  $9,23 \pm 1,01$  балів проти  $8,75 \pm 1,20$  балів ( $p < 0,01$ ), громадської і службової підтримки:  $9,40 \pm 0,73$  балів проти  $9,01 \pm 0,91$  балів ( $p < 0,01$ ), особистісної реалізації:  $4,95 \pm 2,06$  балів проти  $5,96 \pm 1,98$  балів ( $p < 0,01$ ), духовної реалізації:  $7,76 \pm 1,06$  балів проти  $7,23 \pm 1,01$  балів ( $p < 0,01$ ), та загального сприйняття життя:  $4,88 \pm 1,90$  балів проти  $3,92 \pm 1,74$  балів ( $p < 0,01$ ). Аналогічно, показники ЯЖ в інтегральних сферах були вищими в УБД, які не хворіли на COVID-19: за інтегральною сферою суб'єктивного благополуччя/задоволеності –  $18,14 \pm 4,87$  балів проти  $15,62 \pm 4,88$  балів, за сферою виконання соціальних ролей – відповідно  $29,28 \pm 6,26$  балів проти  $25,91 \pm 6,87$  балів ( $p < 0,01$ ); за сферою зовнішніх життєвих умов – відповідно  $26,39 \pm 2,70$  балів проти  $24,98 \pm 3,04$  балів ( $p < 0,01$ ). Загальний показник ЯЖ в УБД з НПР виявився зниженим, що закономірно відображує погіршення ЯЖ в окремих сферах, пов'язане з психічним розладом і коронавірусною інфекцією, при цьому в УБД, які перенесли COVID-19, показник був значуще нижчим:  $6,65 \pm 1,47$  балів проти  $7,38 \pm 1,37$  балів ( $p < 0,01$ ), що свідчить про негативний вплив перенесеної коронавірусної інфекції на ЯЖ.

Дані нашого дослідження щодо наявності в УБД з НПР певних патохарактерологічних змін, співпадають з результатами робіт Jain N. et al. [94], які підтверджують наявність в УБД стійких несприятливих змін психіки, зокрема, в афективній сфері, а також з відомостями, наведеними Naydabrus A. et al. [91] щодо зміни структури невротизації в українських бійців, які брали участь у відсічі російській агресії.

Одержані відомості щодо специфічних змін психіки в осіб, які перенесли COVID-19, узгоджуються з даними Badenoch J.V. et al. [116], Premraj L et al. [209], Colizzi M et al. [309], якими також було показано домінування у структурі психопатологічної симптоматики депресивних і тривожних проявів. Також підтверджено результати досліджень Steardo L et al. [310] щодо важливої ролі COVID-19 у маніфестації психопатологічної симптоматики у осіб з психопатологічною предрисповищеністю, та дані Colizzi M et al. відносно асоційованості COVID-19 і патохарактерологічних девіацій [278, 279].



Дані нашого дослідження дозволило також підтвердити і доповнити дані щодо трансформації копінг-репертуару у пацієнтів, які перенесли COVID-19, наведені у роботі Pigaiani Y et al., визначивши структуру і оцінивши кількісну виразність дезадаптивних копінг-стратегій, характерних для постковідного періоду [280].

Отримані в результаті даного дослідження дані доповнюють наукові відомості про взаємозв'язок індивідуально-психологічних характеристик з непсихотичними психічними розладами у комбатантів, наведені у роботах Y. Levi-Belz et al. [97] та G. Zerach et al. [98], які виявили, що психічна ригідність та підвищений рівень агресивності можуть розглядатися в якості предикторів непсихотичних посттравматичних розладів, а також з даними G. Zerach et al. [100], які повідомляють, що наявні на момент впливу бойової психологічної травми характерологічні девіації пов'язані з вищим ризиком психічних розладів та психологічних проблем, а також Molendijk T. Et al. (2018), які показали вплив на психологічні проблеми морально-психологічних установок [281]. Одержані нами результати також узгоджуються з дослідженнями D. Assonov [282], у яких було показано, що переживання позитивних емоцій є значущими чинниками відновлення нормального психічного функціонування ветеранів війни у віддаленому періоді, і з наведеною M. Nieto et al. [283] інформацією щодо впливу індивідуально-психологічних характеристик на психологічну адаптивність і здатність опиратися психологічному стресу. Наші дані також підтверджують результати досліджень Miller M.V. et al. (2023), які виявили певні особливості реалізації копінг-стратегій ветеранами [284]. При цьому одержані дані розширюють уявлення про спектр індивідуально-психологічних характеристик, притаманних комбатантам з непсихотичними психічними розладами, а також дають можливість отримати комплексну характеристику патохарактерологічних проявів в УБД, у контексті перенесеного захворювання COVID-19.

Наведені відомості доповнюють результати вивчення особливостей копінг-поведінки ветеранів бойових дій C. Inoue et al., J.L. Morse et al. [93, 285], у яких була показано, що неконструктивні моделі поведінки сприяють виникненню і посиленню посттравматичної стресової, депресивної та іншої психопатологічної симптоматики, а також сприяють проявам психосоціальної дезадаптації. Істотна поширеність проявів

соціально-психологічної дезадаптації в УБД з НПР, співпадає з даними N. Jain et al., A. Naydabrus et al. [94, 91], і свідчить про асоційованість дезадаптивних проявів з депресивними, тривожними та посттравматичними розладами.

Водночас, вперше були встановлені закономірності патохарактерологічних особливостей, копінг-репертуару та проявів соціально-психологічної дезадаптації в УБД, які хворіли на COVID-19. Асоційованість депресивного і тривожного реагування з перенесеною коронавірусною інфекцією була показана рядом авторів [116, 209, 278], що узгоджується з наведеними у цій роботі даними. Очевидним також є вплив психосоціального стресу, пов'язаного з пандемією, що також узгоджується з даними нашого дослідження [22, 286-291]. Також були підтверджені дані щодо труднощів адаптації та викривлення копінг-репертуару у постковідному періоді, одержані іншими дослідниками [279, 280, 292-302]. Водночас, наукові результати зазначених авторів були отримані на загальній популяції, тоді як контингент цієї роботи представлений УБД, яким притаманні специфічні психопатологічні, патоперсонологічні та індивідуально-психологічні характеристики.

Грунтовний аналіз результатів дослідження, яке виявило специфічні особливості клінічної феноменології психопатологічних проявів у афективній сфері, когнітивному функціонуванні, посттравматичному реагуванні, погіршенні ЯЖ та соціального функціонування, дало можливість визначити основні напрямки удосконалення психіатричної допомоги УБД з НПР. В основу удосконалення психіатричної допомоги покладені принципи комплексності, системності, послідовності та наступності лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у поєднанні з персоналізацією терапевтичного впливу і поєднання лікувальних і реабілітаційних заходів з метою максимального відновлення психосоціального функціонування пацієнтів.

Аналіз результатів дослідження дозволив нам виділити чотири ключових сфери, в яких виявлено несприятливі зміни в УБД, які перенесли захворювання на COVID-19: афективну, патологічні зміни у цій сфері представлені депресивними і тривожними розладами, переважно середньої важкості, що поєднуються з астеничними і диссомнічними проявами; когнітивну, порушення у якій представлені

сповільненням швидкості психічних процесів, ригідністю мислення, загальмованістю, швидкою виснажуваністю, труднощами переосмислення і зміни діяльності, зниженням гнучкості пізнавального контролю і когнітивного мислення, та здатності до довільної концентрації уваги і зосередженні на виконанні поточних завдань; поведінкову, що є відображенням перенесеного стресу бойових дій; патологічні зміни у цій сфері представлені симптоматикою посттравматичного стресового розладу; соціального функціонування і соціальної адаптації; при цьому дезадаптивні прояви є наслідками як несприятливого психічного розладу, так і перенесеного захворювання на COVID-19. Психопатологічні феномени посилюють і пролонгують соціальну дезадаптацію, а дезадаптивні прояви негативно впливають на психопатологічну симптоматику, сприяючи її поглибленню і хронізації.

Базовим принципом лікування і реабілітації УБД з НПР, які перенесли COVID-19, є комплексність лікувально-реабілітаційних заходів, що охоплюють несприятливі зміни в усіх зазначених сферах і передбачають застосування комплексу фармакологічних та психотерапевтичних втручань, а також послідовність, наступність і взаємопов'язаність лікувальних і реабілітаційних заходів.

Нами було запропоновано комплексну програму лікувально-реабілітаційних заходів для УБД, які перенесли захворювання на COVID-19, основними засадами якої є: наукова обґрунтованість, що забезпечується розробкою заходів з урахуванням сучасних наукових даних щодо психопатологічних механізмів НПР та COVID-19; оптимальне поєднання біологічної та психосоціальної терапії, чітка послідовність і наступність лікувальних та реабілітаційних заходів; індивідуальний характер лікувально-реабілітаційних заходів, що враховує індивідуально-психологічні характеристики, особливості постстресового реагування, клінічні особливості та патодинаміку НПР, наслідки перенесеного COVID-19 у психічній та соматичній сфері; ранній початок терапевтичних заходів; доступність лікувально-реабілітаційних заходів і залучення пацієнтів до активної участі у процесі лікування та реабілітації, і до селф-менеджменту власного психічного стану.

Метою запропонованої програми є усунення психопатологічних проявів, нейтралізація посттравматичної симптоматики, постковідних явищ, недопущення

хронізації патологічних змін, покращення психосоціальної адаптації, якості життя та соціального функціонування пацієнтів.

Ключовими цілями комплексної програми є: забезпечення активної співучасті пацієнта у лікувально-реабілітаційних заходах, формування комплаєнсу, створення конструктивних установок щодо лікування і реабілітації, активне сприяння пацієнта одужанню і соціальній інтеграції; усунення психопатологічної симптоматики, посттравматичних і постковідних патологічних проявів, патохарактерологічних і патоперсонологічних девіацій; відновлення повноцінної соціально-психологічної адаптації та психосоціального функціонування пацієнта, підвищення і збереження високої якості життя.

Реалізація заходів комплексної програми здійснюється у три етапи, а заходи програми реалізуються за чотирма зазначеними сферами, взаємно доповнюють і посилюють дію одне одного, і поєднані наступністю і послідовністю.

Перший етап – клініко-діагностичний, його завданням є діагностика наявних у пацієнта психічних розладів, визначення нозологічного і функціонального діагнозу, стану психічних функцій, індивідуально-психологічних особливостей, ресурсів особистості, соціально-психологічної адаптації і функціонування та якості життя, за чотирма сферами: афективною (виявлення депресії, тривоги та інших психопатологічних проявів та оцінку ступеня їх виразності); когнітивною (визначення стану когнітивного функціонування та наявності ознак когнітивного дефіциту); поведінковою (встановлення наявності у пацієнта ознак посттравматичного стресового розладу, а також наявності та виразності окремих ознак посттравматичних симптомів); соціального функціонування і соціальної адаптації (оцінка стану соціальної адаптації та соціального функціонування пацієнта і соціально-демографічних предикторів дезадаптації, визначення проблем і труднощів адаптації, оцінка якості життя як в цілому, так і за окремими сферами).

Другий етап – лікувально-інтервенційний, його завданням є усунення психопатологічної, насамперед, афективної, симптоматики, нормалізація психічного стану, нівелювання посттравматичних проявів, покращення когнітивного функціонування. Заходи етапу включають біологічну (психофармакологічну) і

психосоціальну терапію і реалізуються за чотирма основними сферами: афективною, когнітивною, поведінковою і сферою соціального функціонування і соціальної адаптації.

Третій етап – реабілітаційно-стабілізаційний. Завданням цього етапу є запобігання рецидивуванню психопатологічних проявів, нормалізація і стабілізація психічного стану, забезпечення повноцінної соціальної адаптації і соціального функціонування, а також особистісний розвиток та реалізація у визначених сферах діяльності. На цьому етапі проводиться підтримуюча медикаментозна терапія та психосоціальна терапія.

Застосування зазначеної комплексної програми дає можливість покращити якість психіатричної допомоги УБД з НПП, які перенесли захворювання на COVID-19, і забезпечити комплексний характер лікувально-реабілітаційних заходів.

Нами було проведено оцінку ефективності запропонованої комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПП, які перенесли захворювання на COVID-19 відповідно до принципів доказовості у медицині. Для цього нами було сформовано три групи з числа обстежених нами пацієнтів: першу групу, чисельністю 132 чол., склали УБД з НПП, які не хворіли на COVID-19 і отримували лікування відповідно до чинних протоколів МОЗ України; другу групу, чисельністю 60 чол., склали УБД з НПП, які хворіли на COVID-19, і отримували лікування за традиційною схемою відповідно до чинних протоколів; третю групу, чисельністю 60 чол., склали УБД з НПП, які перенесли захворювання на COVID-19, і отримували лікування за описаною вище комплексною програмою. Пацієнти другої і третьої груп були повністю спільномірними за віком та показниками психодіагностичних методик до початку лікування. У подальшому декілька пацієнтів вибули з-під спостереження, і остаточно кількість пацієнтів у групах склала відповідно 126 чол., 56 чол. і 57 чол. Оцінка стану проводилася шляхом клінічної бесіди та психодіагностичного обстеження до початку і через 6 місяців після початку терапії.

В результаті лікування в усіх трьох групах було досягнуто значущого зменшення проявів психопатологічної симптоматики; при цьому найгірші показники

після лікування були виявлені у пацієнтів, які перенесли COVID-19 і отримували традиційну терапію, дещо кращі – у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19 і отримували традиційну терапію, і найкращі – у пацієнтів, які перенесли COVID-19 і отримували запропоновану терапію. Так, питома вага пацієнтів зі зниженим настроєм зменшилася у першій групі на 36,5 %, у другій – на 39,3 %, і у третій – на 61,4 %; з наявністю страху і тривоги – відповідно на 50,8 %, 46,5 % і 82,4 %; з проявами диссомній – відповідно 30,1 %, 26,8 % і 54,3 %; з відчуттям байдужості і апатією – відповідно на 7,9 %, 10,7 % і 21,1 %; зниженою працездатністю – відповідно на 38,9 %, 44,7 % і 73,7 %; проявами швидкої втомлюваності – відповідно на 26,2 %, 32,2 % і 64,9 %; з порушенням концентрації уваги – відповідно на 12,7 %, 28,5 % і 38,6 %; з нав'язливими думками - відповідно на 31,8 %, 25 % і 42,1 %; проявами емоційної лабільності – відповідно на 31 %, 39,3 % і 45,6 %, дратівливістю – відповідно на 27,8 %, 32,2 % і 49,1 %, притупленням емоцій – відповідно на 4,7 %, 0,0 % і 7,0 %; сензитивністю – відповідно на 38,9 %, 53,6 % і 63,1 %, соматовегетативною симптоматикою – відповідно на 11,2 %, 35,7 % і 38,6 %, з нав'язливими спогадами травматичного характеру – відповідно на 24,6 %, 19,6 %, і 26,3 %, з посттравматичною симптоматикою уникання – відповідно на 14,3 %, 16,1 % і 21,1 %.

Дані суб'єктивної оцінки пацієнтів були підтверджені результатами психометричного обстеження: найбільш суттєва позитивна динаміка була виявлена у пацієнтів, які отримували запропоновану комплексну лікувально-діагностичну програму, причому у цій групі вдалося досягти значуще кращих показників після лікування за рядом сфер у порівнянні не лише з пацієнтами, які перенесли COVID-19 і отримували традиційну терапію, а й у порівнянні з пацієнтами, які не хворіли на COVID-19. Так, показник депресії за HADS у пацієнтів першої групи зменшився на 47,9 %, другої – на 46,3 %, третьої – на 64,5 %, показник тривоги за HARS - відповідно на 42,6 %, 39,9 %, і 57,3 %, показник за Місісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу – на 15,7 %, 15,9 %, і 24,0 %. У процесі терапії було також досягнуто значуще покращення когнітивного функціонування за ТМТ-А – у пацієнтів першої групи на 2,5 %, другої – на 0,5 %, третьої – на 17,0 %, ТМТ-В – на 2,9 %, 2,0 %, і 20,0 %, поліпшення соціально-психологічної адаптації – відповідно на

36,4 %, 49,1 %, і 60,8 %, та якості життя: на 6,5 %, 8,1 % і 19,6 %, що свідчить про вищу ефективність запропонованої комплексної програми в УБД з НПР.

Таким чином, запропонована комплексна система лікувально-реабілітаційних заходів для УБД з НПР, які перенесли COVID-19, справляє комплексний позитивний ефект щодо усунення психопатологічної афективної симптоматики, проявів посттравматичного стресового розладу, сприяє покращенню когнітивного функціонування, соціально-психологічної адаптації та якості життя УБД з НПР, що дає підстави рекомендувати її для впровадження у практику охорони здоров'я.

Підсумовуючи дані дослідження, необхідно зазначити, що лікування УБД з НПР, які перенесли COVID-19, повинно бути персоналізованим з урахуванням виразності і динаміки психопатологічних змін, стану когнітивного функціонування, посттравматичного реагування, соціально-психологічної адаптації та якості життя. Аналіз та узагальнення результатів дисертаційного дослідження дали можливість сформулювати висновки та запропонувати практичні рекомендації для використання результатів дослідження у практиці охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне узагальнення і наведено нове вирішення актуального завдання психіатрії щодо розробки програми лікування та реабілітації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, на підставі аналізу соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та психосоціальних факторів.

1. Встановлено, що основними соціально-демографічними характеристиками учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, є молодий вік ( $33,3 \pm 8,4$  років), проживання у сільській місцевості (60,0 %), невисокий освітній рівень (вища освіта наявна у 14,2 %), відносно висока питома вага неодружених (10,8 %) і розлучених (20,8 %), а також істотна ураженість основними аддикціями: тютюнопалінням (52,5 %) та вживанням алкоголю (71,7 % обстежених – епізодично, і 17,5 % – з ознаками зловживання).

2. Клініко-психопатологічна характеристика у обстежених учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19, включає наявність у них широкого спектру непсихотичних психічних розладів: посттравматичного стресового розладу, розладів адаптації, змішаного тривожного та депресивного розладу, генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, змішаних нав'язливих думок та дій, специфічних фобій та соціальних фобій. При порівнянні з групою учасників бойових дій, які не хворіли на COVID-19, визначено переважання пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом: (34,2 % проти 23,5 %,  $p < 0,05$ ), та меншу питому вагу пацієнтів з розладами адаптації (33,3 % проти 36,4 %,  $p > 0,05$ ), змішаним тривожним та депресивним розладом (9,2 % проти 12,1 %,  $p > 0,05$ ), генералізованим тривожним розладом (7,5 % проти 9,8 %,  $p > 0,05$ ), панічним розладом (5,8 % проти 6,8 %,  $p > 0,05$ ) змішаними нав'язливими думками і діями (5,8 % проти 6,1 %,  $p > 0,05$ ), специфічними фобіями (2,5 % проти 3,0 %,  $p > 0,05$ ) та соціальними фобіями (1,7 % проти 2,3 %,  $p > 0,05$ ).



3. Виявлено, що учасникам бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, притаманний поліморфний характер змін у психоемоційній сфері. У структурі психопатологічної симптоматики домінують прояви тривоги (80,8 %), підвищена емоційна чутливість і сензитивність (71,7 %), депресивні прояви (66,7 %), порушення сну (61,7 %) обсессивно-компульсивна симптоматика (60,0 %) і афективна лабільність (55,0 %). У 53,3 % обстежених наявні ознаки клінічно окресленого депресивного розладу, переважно помірного ступеню, представленого тривожно-депресивними, депресивно-фобічними та астено-депресивними клінічними варіантами.

4. В учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, виявлено достовірне зниження когнітивного функціонування, переважно рівня легкої і помірної когнітивної дисфункції, основу яких складають прояви дефіциту уваги, когнітивного сповільнення та зниження виконавчих функцій, асоційованих з депресивними проявами, що проявлялося збільшенням часу виконання тестів ТМТ-А:  $45,9 \pm 14,8$  с проти  $37,0 \pm 12,2$  с ( $p < 0,05$ ) і ТМТ-В:  $164,4 \pm 53,8$  с проти  $147,4 \pm 37,6$  ( $p < 0,05$ ), гіршими показниками фонетичної і семантичної вербальної швидкості щодо кількості слів на літеру «К»:  $16,8 \pm 5,4$  слів проти  $18,2 \pm 5,4$  слів ( $p < 0,01$ ), кількості слів на літеру «П»:  $15,2 \pm 5,6$  слів проти  $16,6 \pm 5,7$  слів ( $p < 0,05$ ), кількості слів у категорії «Чоловічі імена»:  $15,7 \pm 5,1$  слів проти  $17,1 \pm 5,1$  слів ( $p < 0,01$ ), кількості слів у категорії «Фрукти/меблі»:  $14,7 \pm 5,2$  слів проти  $16,0 \pm 5,3$  слів ( $p < 0,05$ ), а також гіршими показниками виконання тесту Струпа: ЧНКч –  $57,6 \pm 8,9$  с проти  $51,5 \pm 9,6$  с ( $p < 0,01$ ), НК –  $86,7 \pm 17,4$  с проти  $77,0 \pm 16,9$  с ( $p < 0,01$ ), ЧНКв –  $142,1 \pm 19,9$  с проти  $131,2 \pm 20,4$  с ( $p < 0,01$ ) і НКСв –  $56,6 \pm 8,9$  с проти  $50,5 \pm 9,6$  с ( $p < 0,01$ ) відповідно.

5. Встановлено, що учасникам бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, притаманна достовірно більша виразність симптоматики посттравматичного стресового розладу у порівнянні з учасниками бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які не хворіли на COVID-19:  $97,8 \pm 15,7$  балів проти  $88,9 \pm 16,6$  балів ( $p < 0,01$ ) при більшій виразності усіх її складових: симптоматики вторгнення:  $26,3 \pm 4,9$  балів проти  $24,5 \pm 4,4$  балів

( $p < 0,01$ ), уникання:  $25,7 \pm 5,0$  балів проти  $23,1 \pm 5,8$  балів ( $p < 0,01$ ), збудливості:  $23,8 \pm 4,5$  балів проти  $21,6 \pm 5,1$  балів ( $p < 0,01$ ) та провини:  $22,0 \pm 5,0$  балів проти  $19,7 \pm 5,4$  балів ( $p < 0,01$ ).

6. Виявлено, що учасникам бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, притаманний специфічний індивідуально-психологічний профіль особистості, стрижневими характеристиками якого є стійкі тривожно-депресивні та гіпостенічні прояви, що можуть розглядатися як ознаки комплексного травматичного впливу (воєнного і пандемічного), а в якості допоміжних індивідуально-психопатологічних конструктів виступають стійкі астеничні, іпохондричні, емоційно-лабільні та дисфоричні прояви. Ці зміни проявлялися вищими показниками СМДО за шкалами тривожності:  $76,9 \pm 10,6$  Т балів проти  $72,3 \pm 10,8$  Т балів ( $p < 0,01$ ), песимістичності:  $74,9 \pm 10,0$  Т балів проти  $67,0 \pm 18,6$  Т балів ( $p < 0,05$ ), соціальної інтроверсії:  $62,2 \pm 6,2$  Т балів проти  $60,6 \pm 6,2$  Т балів ( $p < 0,05$ ), емоційної лабільності:  $61,5 \pm 8,3$  Т балів проти  $59,0 \pm 7,1$  Т балів ( $p < 0,05$ ), імпульсивності:  $55,7 \pm 6,2$  Т балів проти  $53,6 \pm 4,6$  Т балів ( $p < 0,05$ ), маскулінності-фемінності:  $55,1 \pm 3,3$  Т балів проти  $54,3 \pm 3,5$  Т балів ( $p < 0,05$ ), і нижчими показниками за шкалою оптимістичності:  $40,7 \pm 6,1$  Т балів проти  $43,6 \pm 10,1$  Т балів ( $p < 0,01$ ).

7. Встановлено більшу виразність серед учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, неконструктивних копінг-стратегій: конфронтаційного копінгу ( $49,9 \pm 16,8$  балів проти  $41,4 \pm 13,8$  балів,  $p < 0,01$ ) і втечі-уникнення ( $46,0 \pm 10,7$  балів проти  $37,4 \pm 12,1$  балів,  $p < 0,01$ ), при меншому використанні конструктивних та умовно конструктивних копінг-стратегій планування вирішення проблеми ( $45,1 \pm 15,0$  балів проти  $54,0 \pm 17,7$  балів,  $p < 0,01$ ), позитивної переоцінки ( $41,0 \pm 11,5$  балів проти  $48,1 \pm 13,9$  балів,  $p < 0,01$ ), пошуку соціальної підтримки ( $59,6 \pm 19,5$  балів проти  $68,8 \pm 15,0$  балів,  $p < 0,01$ ), дистанціювання ( $48,8 \pm 14,2$  балів проти  $55,0 \pm 14,5$  балів,  $p < 0,01$ ) та самоконтролю ( $66,8 \pm 10,8$  балів проти  $73,1 \pm 11,8$  балів,  $p < 0,01$ ), що може бути пов'язане з проявами невротизації і патохарактерологічними трансформаціями.

8. В учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, виявлено низькі показники якості життя у сферах, що відображують психологічне функціонування: суб'єктивного благополуччя/задоволеності –  $15,62 \pm 4,88$  балів проти  $18,14 \pm 4,87$  балів ( $p < 0,01$ ), при збереженні відносно високих показників у сферах, що стосуються впливу оточення і соціальної підтримки: виконання соціальних ролей –  $25,91 \pm 6,87$  балів проти  $29,28 \pm 6,26$  балів ( $p < 0,01$ ) і зовнішніх життєвих умов –  $24,98 \pm 3,04$  балів проти  $26,39 \pm 2,70$  балів ( $p < 0,01$ ), а також загального показника якості життя:  $6,65 \pm 1,47$  балів проти  $7,38 \pm 1,37$  балів ( $p < 0,01$ ).

9. Визначено, що учасники бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, характеризувалися достовірно більш низькими показниками адаптації:  $27,6 \pm 13,3$  балів проти  $33,0 \pm 13,5$  балів ( $p < 0,01$ ), самоприйняття:  $21,7 \pm 13,1$  балів проти  $28,5 \pm 13,7$  балів ( $p < 0,01$ ), прийняття інших:  $34,6 \pm 16,1$  балів проти  $38,9 \pm 15,9$  балів ( $p < 0,01$ ), емоційного комфорту:  $28,4 \pm 11,4$  балів проти  $33,0 \pm 13,0$  балів ( $p < 0,01$ ), інтернальності:  $42,5 \pm 11,0$  балів проти  $44,3 \pm 9,2$  балів ( $p < 0,05$ ) та прагнення до домінування:  $17,9 \pm 15,2$  балів проти  $22,3 \pm 16,3$  балів ( $p < 0,05$ ), що пов'язано як з наявністю неспсихотичного психічного розладу, так і з перенесеним захворюванням на COVID-19.

10. Науково обґрунтована, розроблена і впроваджена в практику охорони здоров'я комплексна програма лікувально-реабілітаційних заходів для учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, що спрямована на корекцію афективної, когнітивної і поведінкової сфери та відновлення соціального функціонування. Структурними компонентами розробленої програми є фармакотерапія, психотерапія та психоосвіта. Встановлена висока ефективність запропонованої програми щодо нормалізації психоемоційної сфери, когнітивного функціонування та соціальної адаптації учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19. Катамнестичні дослідження, проведені протягом 6-12 місяців, підтвердили стійкість отриманого терапевтичного ефекту.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. В учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, з метою всебічної оцінки психопатологічних і дезадаптивних змін проводити обстеження з використанням шкал HADS і HARS, опитувальника виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, тесту зв'язку символів (ТМТ), тесту вербальної швидкості та тесту Струпа, Місісіпської шкали посттравматичного стресового розладу, шкали DAS-21, стандартизованого методу дослідження особистості, опитувальника «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus, методики діагностики соціально-психологічної адаптації C. Rogers et R.F. Dymond та методики оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути.

2. Застосовувати при лікуванні УБД з НІР, які перенесли захворювання на COVID-19, комплексну систему психіатричної допомоги, що здійснюється у три етапи за чотирма сферами: афективною, когнітивною, поведінковою та соціального функціонування, що передбачає поєднання психофармакологічних засобів: пароксетин (10-40 мг на добу), сертралін (50-150 мг на добу), есциталопрам (10-20 мг на добу), венлафаксин (75-150 мг на добу), дулоксетин (30-60 мг на добу), карбамазепін (100-200 мг на добу), ламотриджин (50-200 мг на добу), сульпірид (50-200 мг на добу), рисперидон (2-6 мг на добу), амісульприд (100-400 мг на добу), кветіапін (150-400 мг на добу), короткі курси снодійних (мелатонін, зопіклон, залеплон) з психотерапевтичними та психокорекційними заходами, спрямованими на нормалізацію афективної сфери, що включають: когнітивний тренінг, когнітивно-поведінкову терапію (контроль автоматичних думок, позитивне уявлення, тренінг контролю тривоги, техніки систематичної десенсибілізації), аутосугестивну терапію (аутотренінг, медитативні техніки), сімейну терапію і підтримку, психологічне консультування для вирішення поточних проблем та заходами з соціальної реабілітації і адаптації.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Друзь О.В., Марута Н.О., Лінський І.В. та ін. Охорона ментального здоров'я: медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика. – Київ: ВСВ «Медицина», 2021.
2. Forbes D., Pedlar D., Adler A.B., Bennett C., Bryant R., Busuttill W., Wessely S. Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: Challenges, innovations, and the way forward // *International Review of Psychiatry*. 2019. Vol. 31. P. 95–110.
3. Крупа В., Лобода І., Кшановська, Р. Медико-психологічна та фізична реабілітація учасників військових конфліктів // *Scientific Collection «InterConf+»*. 2022. № 2(117). С. 260-267. doi: 10.51582/interconf.19-20.07.2022.027.
4. Матяш М., Худенко Л. Мультиmodalний підхід в лікуванні віддалених наслідків мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми та посттравматичного стресового розладу в учасників АТО // *Міжнародний неврологічний журнал*. 2018. № 3. С. 23–26.
5. Назаренко І., Якимець В., Печиборщ В., Слабкий Г., Іванов В., Поліщук А. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури) // *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1. С. 48–58.
6. Комітет Верховної Ради України з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів. [https://www.rada.gov.ua/news/news\\_kom/234988.html](https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/234988.html). (дата звернення: 23.09.2023).
7. Гуцуляк Н.М., Корнівська М.М., Матейчук Н.Г. Особливості соціально-психологічної реадaptaції демобілізованих учасників АТО. Організаційна психологія // *Економічна психологія*. 2018. № 1(12). С. 17–26.
8. Зелений Д.А. Захисні механізми психіки у військовослужбовців, які брали участь в АТО. Тези доповідей XVI Міжнародної наукової конференції студентів,

аспірантів та молодих учених «Шевченківська весна 2018: військові науки» 29 березня 2018. С. 33-34.

9. Пирог Г.В., Шмиглюк О.Г., Горбачук Ю.О. Особливості психологічних станів учасників антитерорестичної операції / операції об'єднаних сил // Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 3, т. 2. С. 130–134.

10. Асонов Д., Хаустова О. Резилієнс у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку: огляд та клінічний випадок // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. № 14. С. 58–67. doi: 10.26565/2312-5675-2020-14-07.

11. Черняєв М. Клініко-психологічний аналіз станів психологічної дезадаптації у військослужбовців Державної Прикордонної Служби України. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/302> (дата звернення: 15.06.2023).

12. Харченко А.О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 58. С. 67–79.

13. Waitzkin H., Cruz M., Shuey B., Smithers D., Muncy L., Noble M. Military Personnel Who Seek Health and Mental Health Services Outside the Military // *Mil Med*. 2018. Vol. 1. P. 183(5-6). P. e232-e240.

14. Williamson V., Greenberg N., Murphy D. Moral injury in UK armed forces veterans: A qualitative study // *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. № 10. P. 1562842.

15. Baez S., Santamaría-García H., Ibáñez A. Disarming Ex-Combatants' Minds: Toward Situated Reintegration Process in Post-conflict Colombia // *Front. Psychol*. 2019. Vol. 10. P. 73.

16. Griffin B.J., Purcell N., Burkman K., Litz B.T., Bryan C.J., Schmitz M., Maguen S. Moral injury: An integrative review // *Journal of Traumatic Stress*. 2019. Vol. 32. P. 350–362.

17. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., Pollak T.A., McGuire P., Fusar-Poli P. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19

pandemic // *Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7(7). P. 611–627. [https://doi: 10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0).

18. Troyer E.A., Kohn J.N., Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms // *Brain Behav Immun*. 2020. Vol. 87 P. 34–39.

19. Mazza M.G., De Lorenzo R., Conte C., Poletti S., Vai B., Bollettini I. et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors // *Brain Behav Immun*. 2020. Vol. 89 P. 594–600. doi:10.1016/j.bbi.2020.07.037.

20. Deng J., Zhou F., Hou W., Silver Z., Wong C.Y., Chang O. et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis // *Ann N Y Acad Sci*. 2021. Vol. 1486(1). P. 90–111. doi:10.1111/nyas.14506.

21. Khraisat B., Toubasi A., AlZoubi L., Al-Sayegh T., Mansour A. Meta-analysis of prevalence: the psychological sequelae among COVID-19 survivors // *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2021. doi:10.1080/13651501.2021.1993924.

22. Maruta N., Fedchenko V., Yavdak I., Tkachenko O., Zavorotnyy V. Features of the structure of psychopathological consequences in COVID-19 // *European Psychiatry*. 2022. Vol. 65(S1) P. S483-S484. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.1229.

23. Maruta N., Fedchenko V., Yavdak I., Lapinska O. Peculiarities of the initial psychopathological manifestations after the transferred coronavirus disease COVID-19. // *European Psychiatry*. 2023. Vol. 66(S1). P. S801-S802. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.1697.

24. Benedetti F., Palladini M., Paolini M., Melloni E., Vai B., De Lorenzo R. et al. Brain correlates of depression, post-traumatic distress, and inflammatory biomarkers in COVID-19 survivors: A multimodal magnetic resonance imaging study // *Brain Behav Immun Health*. 2021. Vol. 18 P. 100387. doi:10.1016/j.bbih.2021.100387.

25. Zhou F., Yu T., Du R., Fan G., Liu Y., Liu Z. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study // *Lancet*. 2020. Vol. 395(10229) P. 1054–1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

26. Bassetti M., Vena A., Giacobbe D.R. The novel Chinese coronavirus (2019-nCoV) infections: Challenges for fighting the storm // *Eur J Clin Invest*. 2020. Vol. 50(3). P. e13209. doi: 10.1111/eci.13209.
27. Kabashneh S., Ali H., Alkassis S. Multi-Organ failure in a patient with diabetes due to COVID-19 with clear lungs // *Cureus*. 2020. Vol. 12(5) P. e8147. doi: 10.7759/cureus.8147.
28. Salehi S., Abedi A., Balakrishnan S., Gholamrezanezhad A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a systematic review of imaging findings in 919 patients // *Am J Roentgenol*. 2020. Vol. 215(1) P. 87–93. doi: 10.2214/AJR.20.23034.
29. Gasnier M., Montani D., Corruble E., Colle R. COMEBAC study group. Psychiatric disorders and long COVID // *Respir Med Res*. 2022. Vol. 82 P. 100958. doi: 10.1016/j.resmer.2022.100958.
30. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations // *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2020. Vol. 74(4) P. 281. doi: 10.1111/pcn.12988.
31. Fernández-de-Las-Peñas C., Pellicer-Valero O.J., Navarro-Pardo E., Rodríguez-Jiménez J., Martín-Guerrero J.D., Cigarán-Méndez M. The number of symptoms at the acute COVID-19 phase is associated with anxiety and depressive long-term post-COVID symptoms: A multicenter study // *Journal of Psychosomatic Research*. 2021. Vol. 150 P. 110625. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110625.
32. Huarcaya-Victoria J., Barreto J., Aire L., Podestá A., Caqui M., Guija-Igreda R. et al. Mental Health in COVID-2019 Survivors from a General Hospital in Peru: Sociodemographic, Clinical, and Inflammatory Variable Associations // *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2021. P. 1–22. doi: 10.1007/s11469-021-00659-z.
33. Huang C., Huang L., Wang Y., Li X., Ren L., Gu X. et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study // *The Lancet*. 2021. Vol. 397(10270) P. 220–232. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8.
34. Peace and Security: Bulletin of United Nations. New York: UN, 2020. 36 p.



35. Menges D., Ballouz T., Anagnostopoulos A., Aschmann H.E., Domenghino A., Fehr J.S. et al. Burden of post-COVID-19 syndrome and implications for healthcare service planning: A population-based cohort study // *PloS one*. 2021. Vol. 16(7) P. e0254523. doi: 10.1371/journal.pone.0254523
36. Kasozi J. The refugee crisis and the situation in Sub-Saharan Africa. <http://oegfe.at/2017/06/the-refugee-crisis-and-the-situation-in-sub-saharan-africa/>. (дата звернення: 14.03.2023).
37. Lalbahadur A. Peacekeeping and sexual abuse: A persistent stain on the United Nation's Image. <https://www.africaportal.org/features/peacekeeping-and-sexual-assault-persistent-stain-united-nations-image/> (дата звернення: 25.07.2023).
38. Pringle Y. Psychiatry and decolonization in Uganda: mental health in historical perspectives. 2019. Vol. 7. P. 177–207.
39. Mike G. Durkheim's theory of violence // *Int. Soc. Sci. J.* 2018. Vol. 58. P. 41–50.
40. Poldrack R.A., Monahan J., Imrey P.B., Reyna V., Raichle M.E., Faigman D. et al. Predicting violent behavior: what can neuroscience add? // *Trends Cogn. Sci.* 2018. Vol. 22. P. 111–123.
41. Jusyte A., Schonenberg M. Impaired social cognition in violent offenders: perceptual deficit or cognitive bias? // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2017. Vol. 267. P. 257–266.
42. Kabengele Mpinga E., Koya M., Hasselgard-Rowe J., Jeannot E., Rehani S.B., Chastonay P. Rape in armed conflicts in the Democratic Republic of Congo: a systematic review of the scientific literature // *Trauma Violence Abuse.* 2017. Vol. 18(5). P. 581–592.
43. Kok B.E., Singer T. Effects of contemplative dyads on engagement and perceived social connectedness over 9 months of mental training: a randomized clinical trial // *JAMA Psychiatry.* 2017. Vol. 74. P. 126–134.
44. LeGrand C.C., Isschot L.V., Riaño-Alcalá P. Land, justice, and memory: challenges for peace in Colombia // *J. Latin Am. Caribbean Stud.* 2017. Vol. 42. P. 259–276.

45. Molenberghs P., Gapp J., Wang B., Louis W.R., Decety J. Increased moral sensitivity for outgroup perpetrators harming ingroup members // *Cereb. Cortex*. 2018. Vol. 26. P. 225–233.

46. Mutamba B.B., Kane J.C., de Jong J.T.V.M., Okello J., Musisi S., Kohrt B.A. Psychological treatments delivered by lay community health workers in low resource government health systems: effectiveness of group interpersonal psychotherapy for caregivers of children affected by nodding syndrome In Uganda // *Psychol Med*. 2018. Vol. 48(15). P. 2573–2583.

47. Sheikh T.L., Mohammed A., Nuhu F.T., Akande Y. Coordinating psychosocial interventions for the internally displaced persons (IDPs) following insurgency in North Eastern Nigeria // *Afr J Traumatic Stress*. 2016. Vol. 5(1). P. 17–22.

48. Sommer J., Hinsberger M., Elbert T., Holtzhausen L., Kaminer D., Seedat S. et al. The interplay between trauma, substance abuse and appetitive aggression and its relation to criminal activity among high-risk males in South Africa // *Addictive Behav*. 2017. Vol. 64. P. 29–34.

49. Tete A. Human cost of illicit flow of small arms, and light weapons permanent observer of the African Union to the United Nations. URL: <https://www.un.org/press/en/2015/sc11889.doc.htm>. (дата звернення: 19.01.2023).

50. Belalcazar Valencia, J.G. The weavings of mampuján women: aestheticartistic practices of situated memory in the colombian armed conflict context // *Andamios*. 2017. Vol. 14. P. 59–85.

51. Mejía Gómez L.F. La reintegración social y económica de los grupos armados ilegales en Colombia: Reflexiones a partir de la trayectoria de nueve ex-combatientes [The social and economic reintegration of illegal armed groups in Colombia: Reflections from the trajectories of nine ex-combatants] (Master's thesis, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá, Colombia). URL: <http://www.reintegracion.gov.co/es/la-reintegracion/centro-de-documentacion/Documentos/La %20Reintegración %20social %20y %20económica %20de %20los %20grupos %20armados %20ilegales %20en %20Colombia.pdf> (дата звернення: 18.01.2023).

52. Morgenstein J. Consolidating disarmament: Lessons from Colombia's reintegration program for demobilized paramilitaries (USIP Special Report 2017). Retrieved from United States Institute of Peace website // URL: <http://www.usip.org/publications/consolidating-disarmament-lessons-colombia-s-reintegration-program-demobilized> (дата звернення: 21.05.2023).

53. Nussio E., Oppenheim B. Anti-social capital in former members of non-state armed groups: A case study of Colombia // *Studies in Conflict & Terrorism*. 2014. Vol. 37(12). P. 999-1023.

54. Porch D., Rasmussen M.J. Demobilization of paramilitaries in Colombia: Transformation or transition? // *Studies in Conflict & Terrorism*. 2008. Vol. 31(6). P. 520-540.

55. Thrasher J., Handfield T. Honor and Violence: an account of feuds, duels, and honor killings // *Hum. Nat.* 2018. Vol. 29. P. 371–389.

56. Trujillo S., Trujillo N., Lopez J.D., Gomez D., Valencia S., Rendon J., Pineda D.A., Parra M.A. Social Cognitive Training Improves Emotional Processing and Reduces Aggressive Attitudes in Ex-combatants // *Front Psychol.* 2017. Vol. 8. P. 510. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00510.

57. Valk S.L., Bernhardt B.C., Trautwein F.M., Böckler A., Kanske P., Guizard N., Collins D.L., Singer T. Structural plasticity of the social brain: Differential change after socio-affective and cognitive mental training // *Sci Adv.* 2017. Vol. 3(10). P. e1700489. doi: 10.1126/sciadv.1700489.

58. Bowd R., Özerdem A. How to assess social reintegration of excombatants // *J. Interven. Statebuild.* 2013. Vol. 7. P. 453–475.

59. Buxton J. Reintegration and long-term development: Linkages and challenges (Thematic Working Paper 5) [Contribution to the Project: DDR and Human Security: Post-Conflict Security-Building and the Interests of the Poor]. Bradford, United Kingdom: University of Bradford. 2008.

60. Cárdenas Díaz J.A., Pérez Páez N.S., Clavijo Mejía R.I. DDR y Comisiones de verdad, límites y puntos de encuentro: evidencia desde los casos de Namibia, El Congo, Indonesia y Colombia // *Análisis Político*. 2018. Vol. 31(93). P. 20–42.

61. García Peña J.J., Arana Medina C.M. Condiciones de base para la reintegración social en el posconflicto // *Cienc Soc.* 2018. Vol. 43(4). P. 69–81.
62. Medina Pérez N.A., Yáñez Pérez K.J. Retos para el actual sistema de salud en el marco de los acuerdos de paz y el post conflicto en Colombia. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, 2018. P. 52.
63. Reardon S. Colombia: after the violence // *Nature* Vol. 2018. № 557. P. 19–24. doi:10.1038/d41586-018-04976-7.
64. Roberts D.L., Combs D.R., Willoughby M., Mintz J., Gibson C., Rupp B. et al. A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders // *Br. J. Clin. Psychol.* 2014. Vol. 53. P. 281–298.
65. Theidon K. Transitional subjects: The disarmament, demobilization and reintegration of former combatants in Colombia // *The International Journal of Transitional Justice.* 2007. Vol. 1. P. 66-90.
66. Theidon K. Reconstructing masculinities: The disarmament, demobilization, and reintegration of former combatants in Colombia // *Human Rights Quarterly.* 2009. Vol. 31. P. 1-34.
67. HealthRight International. Peter C. Alderman Program For Global Mental Health. <https://healthright.org>. (дата звернення: 07.02.2023).
68. Musisi S., Muron J., Nakku J. Using Mobile Mental Health Clinics to Increase Access to Mental Health Care in Post-Conflict Rural Uganda. USA: Symposium Proceeds at the APA-San Francisco, 2019.
69. Sankoh O., Sevalie S., Weston M. Mental Health In Africa. Comment // *Lancet Global Health.* 2018. Vol. 6(9). P. PE954–E955.
70. Toth S.L., Cicchetti D. Remembering, forgetting, and the effects of trauma on memory: A developmental psychopathology perspective // *Development and Psychopathology.* 2018. Vol. 10(4). P. 589–605.
71. Puerta Silva C.P., Dover R.V.H. Salud, recursos naturales y el proceso de paz en Colombia // *J Lat Am Caribb Anthropol.* 2017. Vol. 22(1). P. 183–188.

72. Gállego-Diéguez J., Aliaga P., Belén C. et al. Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón // *Gac Sanit.* 2016. Vol. 30. P. 55–62.
73. Kadir A., Shenoda S., Goldhagen J., Pitterman S. The Effects of Armed Conflict on Children // *Pediatrics.* 2018. Vol. 142(6). P. 2018-2586.
74. Meyer-Parlapanis D., Weierstall R., Nandi C., Bambonyé M., Elbert T., Crombach A. Appetitive aggression in women: comparing male and female war combatants // *Front Psychol.* 2016. Vol. 6. P. 1972.
75. Dennis P.A., Dennis N.M., Van Voorhees E.E., Calhoun P.S., Dennis M.F., Beckham J.C. Moral transgression during the Vietnam war: A path analysis of the psychological impact of veterans' involvement in wartime atrocities // *Anxiety, Stress & Coping.* 2017. Vol. 30. P. 188–201.
76. Elbert T., Moran J., Schauer M. Lust for violence: Appetitive aggression as a fundamental part of human nature // *e-Neuroforum.* 2017. Vol. 23(2). P. 77–84.
77. Elbert T., Schauer M., Moran J.K. Two pedals drive the bi-cycle of violence: reactive and appetitive aggression // *Curr Opin Psychol.* 2018. Vol. 19. P. 135–138.
78. Bryan C.J., Bryan A.O., Roberge E., Leifker F.R., Rozek D.C. Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behavior among national guard personnel // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2018. Vol. 10. P. 36–45.
79. Hemmings S.M.J., Xulu K., Sommer J., Hinsberger M., Malan-Muller S., Tromp G. et al. Appetitive and reactive aggression are differentially associated with the STin2 genetic variant in the serotonin transporter gene // *Sci Rep.* 2018. Vol. 8(1). P. 6714.
80. Williamson V., Stevelink S. A. M., Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: Systematic review and meta-analysis // *British Journal of Psychiatry.* 2018. Vol. 212. P. 339–346.
81. Богомолець О.В., Пінчук І.Я., Ладик-Бризгалова А.К. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій // *Архів психіатрії.* 2016. Т. 22, № 2. С. 11-15. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2016\\_22\\_2\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_4).

82. Матяш М.М., Худенко Л.І. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій // Міжнародний неврологічний журнал. 2016. № 6(84). С. 58–64.

83. Науменко Л.Ю., Спіріна І.Д., Борисова І.С., Кузьменко В.І., Тітов Г.І., Березовський В.М. Критерії обмежень життєдіяльності при посттравматичному стрессовому розладі у учасників бойових дій // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 2017. Том 17, вип. 23. С. 139–146.

84. Платинюк О.Б. Феноменологія непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які одержали поранення // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 4 (89). С. 74-78. doi: 10.35339/msz.2020.89.04.10

85. Радецька Л.В., Лаба І.О., Смачило А.І., Нечаєва О.О., Лопатенко К.О., Баумер М.М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій // Медсестринство. 2020. № 4. С. 23-26. doi: 10.11603/2411-1597.2020.4.11868.

86. Malinen A. Marriage Guidance, Women and the Problem(s) of Returning Soldiers in Finland, 1944–1946 // Scandinavian Journal of History. 2017. Vol. 3. P. 137-149.

87. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи (навчальний посібник) / під ред. Л. Гридковець. Т. 3. Київ, Міністерство соціальної політики України. 2018. С. 27–44.

88. Харченко А. Особенности организации травматических эмоций // Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools. 2016. Vol. 17, № 5. P. 54–60.

89. Харченко А.О. Особливості психотерапевтичної роботи з травматичним емоційним досвідом комбатантів // Психологічне консультування і психотерапія. 2017. Том 1, Вип.8. С. 66–72.

90. Харченко А.О. Структурні особливості мотиваційно-сенсової сфери учасників бойових дій з постстрессовою психологічною дезадаптацією. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 59. С. 119–130.

91. Haydabrus A., Santana-Santana M., Lazarenko Y., Giménez-Llort L. Current War in Ukraine: Lessons from the Impact of War on Combatants' Mental Health during the Last Decade // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19(17). P. 10536. doi: 10.3390/ijerph191710536.
92. Балабушка Є.О. Динаміка ригідності комбатантів у процесі адаптації до умов мирного життя / дис. ... канд. психол. наук. - 19.00.09. Хмельницький, Національна академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. 2018. 201 с.
93. Inoue C., Shawler E., Jordan C.H., Jackson C.A. Veteran and Military Mental Health Issues. 2022. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283458/> (дата звернення: 13.06.2023).
94. Jain N., Prasad S., Czárth Z.C. et al. War Psychiatry: Identifying and Managing the Neuropsychiatric Consequences of Armed Conflicts // *J Prim Care Community Health*. 2022. Vol. 13. P. 21501319221106625. doi: 10.1177/21501319221106625.
95. Rivera A.C., LeardMann C.A., Rull R.P., Cooper A., Warner S., Faix D., Deagle E., Neff R., Caserta R., Adler A.B. Millennium Cohort Study Team. Combat exposure and behavioral health in U.S. Army Special Forces // *PLoS One*. 2022. Vol. 17(6). P. e0270515. doi: 10.1371/journal.pone.0270515.
96. Pavlova I., Graf-Vlachy L., Petrytsa P., Wang S., Zhang S.X. Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion // *Eur Psychiatry*. 2022. Vol. 65(1). P. e79. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2335.
97. Levi-Belz Y., Ben-Yehuda A., Zerach G. Suicide risk among combatants: The longitudinal contributions of pre-enlistment characteristics, pre-deployment personality factors and moral injury // *J Affect Disord*. 2023. Vol. 324. P. 624-631. doi: 10.1016/j.jad.2022.12.160.
98. Zerach G., Ben-Yehuda A., Levi-Belz Y. Pre-deployment aggressiveness, combat exposure and moral injury as contributors to posttraumatic stress symptoms among combatants: A two-year prospective study // *J Psychiatr Res*. 2023. Vol. 161. P. 158-164. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.03.015.

99. Zerach G., Ben-Yehuda A., Levi-Belz Y. Prospective associations between psychological factors, potentially morally injurious events, and psychiatric symptoms among Israeli combatants: The roles of ethical leadership and ethical preparation // *Psychol Trauma*. 2023. Vol. 3. doi: 10.1037/tra0001466.

100. Zerach G., Ben-Yehuda A., Levi-Belz Y. A prospective investigation of protective factors for moral injury and psychiatric symptomatology among Israeli combatants: A Latent Class Analysis approach // *Int J Soc Psychiatry*. 2023. Vol. 3. P. 207640231152211. doi: 10.1177/00207640231152211.

101. Тополь О.В. Соціально–психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції // *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія «Педагогічні науки»*. 2015. № 124. С. 231–232.

102. Климчук В.О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії // *Наука і освіта*. 2016. № 5. С. 46-52.

103. Зубовський Д.С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період // *Молодий вчений*. 2018. № 8(60). С. 47–52.

104. Турецька Х.І., Штольцель Ю.В. Особливості копінг-стратегій учасників бойових дій в зоні АТО // *Психологія і особистість*. 2016. № 2 (10) Ч. 2. С. 136-145.

105. Ассонов Д. Психокорекція резилієнсу ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку у віддаленому періоді: протокол дослідження та результати оцінки методології // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2021. Vol. 16. P. 43–49. doi:10.26565/2312-5675-2021-16-05.

106. Assonov D. Resilience-oriented interventions for patients with traumatic brain injury: prototypes analysis and new program development // *Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*. 2021. Vol. 124(2). P. 15-26. doi:10.32345/USMYJ.2(124).2021.15-26.

107. Assonov D. Two-Step Resilience-Oriented Intervention for Veterans with Traumatic Brain Injury: A Pilot Randomized Controlled Trial // *Clinical neuropsychiatry*. 2021. Vol. 18(5). P. 247–259. doi:10.36131/cnfioritieditore20210503.

108. Bhatia R., Abraham P. COVID-19 pandemic: Current & future perspectives // *Indian J Med Res*. 2022. Vol. 155(5&6). P. 445-449. doi: 10.4103/ijmr.ijmr\_1493\_22.



109. Kaul V., Chahal J., Schrarstzhaupt I.N., Geduld H., Shen Y., Cecconi M., Siqueira A.M., Markoski M.M., Kawano-Dourado L. Lessons Learned from a Global Perspective of Coronavirus Disease-2019 // *Clin Chest Med.* 2023. Vol. 44(2). P. 435-449. doi: 10.1016/j.ccm.2022.11.020.
110. Leggat P.A., Freaun J., Blumberg L. COVID-19: Current Challenges and Future Perspectives // *Trop Med Infect Dis.* 2022. Vol. 7(2). P. 16. doi: 10.3390/tropicalmed7020016.
111. Mishra T., Patel D.A., Awadelkarim A., Sharma A., Patel N., Yadav N., Almas T., Sattar Y., Alraies M.C. A National Perspective on the Impact of the COVID-19 Pandemic on Heart Failure Hospitalizations in the United States // *Curr Probl Cardiol.* 2023. Vol. 48(9). P. 101749. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2023.101749.
112. COVID-19 Rapid Guideline: Managing the long-term effects of COVID-19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), London, 2020.
113. Whittaker A., Anson M., Harky A. Neurological Manifestations of COVID-19: A systematic review and current update // *Acta Neurol Scand.* 2020. Vol. 142. P. 14–22. doi: 10.1111/ANE.13266.
114. Rothstein A., Oldridge O., Schwennesen H., Do D., Cucchiara B.L. Acute Cerebrovascular Events in Hospitalized COVID-19 Patients // *Stroke.* 2020. Vol. 51. P. e219–e222. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.030995.
115. Ahmad S.J., Feigen C.M., Vazquez J.P., Kobets A.J., Altschul D.J. Neurological Sequelae of COVID-19 // *J Integr Neurosci.* 2022. Vol. 21. doi: 10.31083/J.JIN2103077.
116. Badenoch J.B., Rengasamy E.R., Watson C., Jansen K., Chakraborty S., Sundaram R.D. et al. Persistent neuropsychiatric symptoms after COVID-19: a systematic review and meta-analysis // *Brain Commun.* 2021. Vol. 4. doi: 10.1093/BRAINCOMMS/FCAB297.
117. Beghi E., Giussani G., Westenberg E., Allegri R., Garcia-Azorin D., Guekht A. et al. Acute and post-acute neurological manifestations of COVID-19: present findings, critical appraisal, and future directions // *J Neurol.* 2022. Vol. 269. P. 2265–2274. doi: 10.1007/S00415-021-10848-4.

118. Ceban F., Ling S., Lui L.M.W., Lee Y., Gill H., Teopiz K.M. et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis // *Brain Behav Immun*. 2022. Vol. 101. P. 93–135. doi: 10.1016/J.BBI.2021.12.020.

119. Chen C., Hauptert S.R., Zimmermann L., Shi X., Fritsche L.G., Mukherjee B. Global Prevalence of Post COVID-19 Condition or Long COVID: A Meta-Analysis and Systematic Review // *J Infect Dis*. 2022. doi: 10.1093/INFDIS/JIAC136.

120. Kuroda N., Gajera P.K., Yu H., Kubota T. Seizure Control in Patients with Epilepsy During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis // *Intern Med*. 2022. doi: 10.2169/INTERNALMEDICINE.9321-22

121. Nersesjan V., Fonsmark L., Christensen R.H.B., Amiri M., Merie C., Lebech A.M. et al. Neuropsychiatric and Cognitive Outcomes in Patients 6 Months After COVID-19 Requiring Hospitalization Compared With Matched Control Patients Hospitalized for Non-COVID-19 Illness // *JAMA psychiatry*. 2022. Vol. 79. P. 486–497. doi: 10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2022.0284.

122. Rogers J.P., Watson C.J., Badenoch J., Cross B., Butler M., Song J. et al. Neurology and neuropsychiatry of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of the early literature reveals frequent CNS manifestations and key emerging narratives // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2021. Vol. 92. P. 932–941. doi: 10.1136/jnnp-2021-326405

123. Tannous J., Vahidy F.S. The Collateral Damage of COVID-19 // *Neurology*. 2022. Vol. 98. P. 219–220. doi: 10.1212/WNL.0000000000013196

124. Vannorsdall T.D., Brigham E., Fawzy A., Raju S., Gorgone A., Pletnikova A. et al. Cognitive Dysfunction, Psychiatric Distress, and Functional Decline After COVID-19 // *J Acad Consult Psychiatry*. 2022. Vol. 63. P. 133–143. doi: 10.1016/J.JACLP.2021.10.006

125. Bohmwald K., Gálvez N.M.S., Ríos M., Kalergis A.M. Neurologic alterations due to respiratory virus infections // *Front Cell Neurosci*. 2018. Vol. 12. P. 386. doi: 10.3389/fncel.2018.00386.

126. Alquisiras-Burgos I., Peralta-Arrieta I., Alonso-Palomares L.A., Zacapala-Gómez A.E., Salmerón-Bárceñas E.G., Aguilera P. Neurological complications associated with the blood-brain barrier damage induced by the inflammatory response during SARS-

CoV-2 infection // *Mol Neurobiol.* 2021. Vol. 58(2). P. 520–35. doi: 10.1007/s12035-020-02134-7.

127. Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y.I. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China // *Lancet.* 2020. Vol. 395(10223). P. 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

128. Maiese A., Passaro G., De Matteis A., Fazio V., La Russa R., Di Paolo M. Thromboinflammatory response in SARS-CoV-2 sepsis // *Med Leg J.* 2020. Vol. 88(2). P. 78–80. doi: 10.1177/0025817220926915.

129. Zangrillo A., Beretta L., Scandroglio A.M., Monti G., Fominskiy E., Colombo S. et al. Characteristics, treatment, outcomes and cause of death of invasively ventilated patients with COVID-19 ARDS in Milan, Italy // *Crit Care Resusc.* 2020. Vol. 22(3). P. 200–11.

130. Sanyaolu A., Okorie C., Marinkovic A., Patidar R., Younis K., Desai P. et al. Comorbidity and its impact on patients with COVID-19 // *SN Compr Clin Med.* 2020. Vol. 2(8). P. 1069–76. doi: 10.1007/s42399-020-00363-4.

131. Wang B., Li R., Lu Z., Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis // *Aging.* 2020. Vol. 12(7). P. 6049–57. doi: 10.18632/aging.103000.

132. Reichard R.R., Kashani K.B., Boire N.A., Constantopoulos E., Guo Y., Lucchinetti C.F. Neuropathology of COVID-19: a spectrum of vascular and acute disseminated encephalomyelitis (ADEM)-like pathology // *Acta Neuropathol.* 2020. Vol. 140(1). P. 1–6. doi: 10.1007/s00401-020-02166-2.

133. Al-Dalahmah O., Thakur K.T., Nordvig A.S., Prust M.L., Roth W., Lignelli A. et al. Neuronophagia and microglial nodules in a SARS-CoV-2 patient with cerebellar hemorrhage // *Acta Neuropathol Commun.* 2020. Vol. 8(1). P. 147. doi: 10.1186/s40478-020-01024-2.

134. Bradley B.T., Maioli H., Johnston R., Chaudhry I., Fink S.L., Xu H. et al. Histopathology and ultrastructural findings of fatal COVID-19 infections in Washington State: a case series // *Lancet.* 2020. Vol. 396(10247). P. 320–32. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31305-2.

135. Deigendesch N., Sironi L., Kutza M., Wischnewski S., Fuchs V., Hench J. et al. Correlates of critical illness-related encephalopathy predominate postmortem COVID-19 neuropathology // *Acta Neuropathol.* 2020. Vol. 140(4). P. 583–6. doi: 10.1007/s00401-020-02213-y.
136. Remmelink M., De Mendonça R., D’Haene N., De Clercq S., Verocq C., Lebrun L. et al. Unspecific post-mortem findings despite multiorgan viral spread in COVID-19 patients // *Crit Care.* 2020. Vol. 24(1). P. 495. doi: 10.1186/s13054-020-03218-5.
137. Hanley B., Naresh K.N., Roufosse C., Nicholson A.G., Weir J., Cooke G.S. et al. Histopathological findings and viral tropism in UK patients with severe fatal COVID-19: a post-mortem study // *Lancet Microbe.* 2020. Vol. 1(6). P. e245–53. doi: 10.1016/S2666-5247(20)30115-4.
138. Kantonen J., Mahzabin S., Mäyränpää M.I., Tynnenen O., Paetau A., Andersson N. et al. Neuropathologic features of four autopsied COVID-19 patients // *Brain Pathol.* 2020. Vol. 30(6). P. 1012–6. doi: 10.1111/bpa.12889.
139. Kirschenbaum D., Imbach L.L., Ulrich S., Rushing E.J., Keller E., Reimann R.R. et al. Inflammatory olfactory neuropathy in two patients with COVID-19 // *Lancet.* 2020. Vol. 396(10245). P. 166. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31525-7.
140. Jaunmuktane Z., Mahadeva U., Green A., Sekhawat V., Barrett N.A., Childs L. et al. Microvascular injury and hypoxic damage: emerging neuropathological signatures in COVID-19 // *Acta Neuropathol.* 2020. Vol. 140(3). P. 397–400. doi: 10.1007/s00401-020-02190-2.
141. Matschke J., Lütgehetmann M., Hagel C., Sperhake J.P., Schröder A.S., Edler C. et al. Neuropathology of patients with COVID-19 in Germany: a post-mortem case series // *Lancet Neurol.* 2020. Vol. 19(11). P. 919–929. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30308-2.
142. Paniz-Mondolfi A., Bryce C., Grimes Z., Gordon R.E., Reidy J., Lednicky J. et al. Central nervous system involvement by severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) // *J Med Virol.* 2020. Vol. 92(7). P. 699–702. doi: 10.1002/jmv.25915.
143. Solomon I.H., Normandin E., Bhattacharyya S., Mukerji S.S., Keller K., Ali A.S. et al. Neuropathological features of Covid-19 // *N Engl J Med.* 2020. Vol. 383(10). P. 989–92. doi: 10.1056/NEJMc2019373.

144. Schurink B., Roos E., Radonic T., Barbe E., Bouman C.S.C., de Boer H.H. et al. Viral presence and immunopathology in patients with lethal COVID-19: a prospective autopsy cohort study // *Lancet Microbe*. 2020. Vol. 1(7). P. e290–299. doi: 10.1016/S2666-5247(20)30144-0.

145. von Weyhern C.H., Kaufmann I., Neff F., Kremer M. Early evidence of pronounced brain involvement in fatal COVID-19 outcomes // *Lancet*. 2020. Vol. 395(10241). P. e109. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31282-4.

146. Fabbri V.P., Foschini M.P., Lazzarotto T., Gabrielli L., Cenacchi G., Gallo C. et al. Brain ischemic injury in COVID-19-infected patients: a series of 10 post-mortem cases // *Brain Pathol*. 2021. Vol. 31(1). P. 205–210. doi: 10.1111/bpa.12901.

147. Jensen M.P., Le Quesne J., Officer-Jones L., Teodòsio A., Thaventhiran J., Ficken C. et al. Neuropathological findings in two patients with fatal COVID-19 // *Neuropathol Appl Neurobiol*. 2021. Vol. 47(1). P. 17–25. doi: 10.1111/nan.12662.

148. Rhodes R.H., Love G.L., Lameira F.D.S., Sadough M.S., Fox S.E., Heide RSV. Acute endotheliitis (type 3 hypersensitivity vasculitis) in ten COVID-19 autopsy brains // *medRxiv*. 2021 P. 21249632. doi: 10.1101/2021.01.16.21249632

149. Bryce C., Grimes Z., Pujadas E., Ahuja S., Beasley M.B., Albrecht R. et al. Pathophysiology of SARS-CoV-2: the Mount Sinai COVID-19 autopsy experience // *Mod Pathol*. 2021. Vol. 34(8). P. 1456–67. doi: 10.1038/s41379-021-00793-y.

150. Maiese A., Manetti A.C., Bosetti C., Del Duca F., La Russa R., Frati P., Di Paolo M., Turillazzi E., Fineschi V. SARS-CoV-2 and the brain: A review of the current knowledge on neuropathology in COVID-19 // *Brain Pathol*. 2021. Vol. 31(6). P. e13013. doi: 10.1111/bpa.13013.

151. Chen T., Wu D., Chen H. et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study // *BMJ*. 2020. Vol. 368. P. m1091.

152. Brann D.H., Tsukahara T., Weinreb C., Lipovsek M., Van den Berge K., Gong B. et al. Non-neuronal expression of SARS-CoV-2 entry genes in the olfactory system suggests mechanisms underlying COVID-19-associated anosmia // *Sci Adv*. 2020. Vol. 6(31). P. eabc5801. doi: 10.1126/sciadv.abc5801.

153. Cantuti-Castelvetri L., Ojha R., Pedro L.D., Djannatian M., Franz J., Kuivanen S. et al. Neuropilin-1 facilitates SARS-CoV-2 cell entry and infectivity // *Science*. 2020. Vol. 370(6518). P. 856–60. doi: 10.1126/science.abd2985.
154. Wang K.E., Chen W., Zhang Z., Deng Y., Lian J-Q., Du P. et al. CD147-spike protein is a novel route for SARS-CoV-2 infection to host cells // *Signal Transduct Target Ther*. 2020. Vol. 5(1). P. 283. doi: 10.1038/s41392-020-00426-x.
155. Wang K., Chen W., Zhou Y.S., Lian J.Q., Zhang Z., Du P. et al. SARS-CoV-2 invades host cells via a novel route: CD147-spike protein // *Microbiology*. 2020. doi: 10.1101/2020.03.14.988345.
156. Efe I.E., Aydin O.U., Alabulut A., Celik O., Aydin K. COVID-19-associated encephalitis mimicking glial tumor // *World Neurosurg*. 2020. Vol. 140. P. 46–48. doi: 10.1016/j.wneu.2020.05.194.
157. Hernández-Fernández F., Sandoval Valencia H., Barbella-Aponte R.A., Collado-Jiménez R., Ayo-Martín Ó., Barrena C. et al. Cerebrovascular disease in patients with COVID-19: neuroimaging, histological and clinical description // *Brain*. 2020. Vol. 143(10). P. 3089–103. doi: 10.1093/brain/awaa239.
158. Meinhardt J., Radke J., Dittmayer C., Franz J., Thomas C., Mothes R. et al. Olfactory transmucosal SARS-CoV-2 invasion as a port of central nervous system entry in individuals with COVID-19 // *Nat Neurosci*. 2021. Vol. 24(2). P. 168–75. doi: 10.1038/s41593-020-00758-5.
159. Chen G., Wu D.I., Guo W., Cao Y., Huang D.A., Wang H. et al. Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019 // *J Clin Invest*. 2020. Vol. 130(5). P. 2620–2629. doi: 10.1172/JCI137244.
160. Connors J.M., Levy J.H. COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation // *Blood*. 2020. Vol. 135(23). P. 2033–2040. doi: 10.1182/blood.2020006000.
161. Thachil J., Tang N., Gando S., Falanga A., Cattaneo M., Levi M. et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19 // *J Thromb Haemost*. 2020. Vol. 18(5). P. 1023–1026. doi: 10.1111/jth.14810.

162. Xie Y., Xu E., Al-Aly Z. Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study // *BMJ*. 2022. Vol. 376. P. e068993. doi: 10.1136/bmj-2021-068993.
163. Taquet M., Luciano S., Geddes J.R., Harrison P.J. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA // *Lancet Psychiatry*. 2021. Vol. 8(2). P. 130-140. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4.
164. Păunescu R.L., Miclu Ia I.V., Verișezan O.R., Crecan-Suciu B.D.. Acute and long-term psychiatric symptoms associated with COVID-19 (Review) // *Biomed Rep*. 2022. Vol. 18(1). P. 4. doi: 10.3892/br.2022.1586.
165. Iadecola C., Anrather J., Kamel H. Effects of COVID-19 on the Nervous System // *Cell*. 2020. Vol. 183. P. 16–27.e1. doi: 10.1016/j.cell.2020.08.028.
166. Watson C.J., Thomas R.H., Solomon T., Michael B.D., Nicholson T.R., Pollak T.A. COVID-19 and psychosis risk: Real or delusional concern? // *Neurosci Lett*. 2021. Vol. 741(135491) doi: 10.1016/j.neulet.2020.135491.
167. Smith C.M., Gilbert E.B., Riordan P.A., Helmke N., von Isenburg M., Kincaid B.R., Shirey K.G. COVID-19-associated psychosis: A systematic review of case reports // *Gen Hosp Psychiatry*. 2021. Vol. 73. P. 84–100. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2021.10.003.
168. Ferrando S.J., Klepacz L., Lynch S., Tavakkoli M., Dornbush R., Baharani R., Smolin Y., Bartell A. COVID-19 Psychosis: A potential new neuropsychiatric condition triggered by novel coronavirus infection and the inflammatory response? // *Psychosomatics*. 2020. Vol. 61. P. 551–555. doi: 10.1016/j.psym.2020.05.012.
169. Correa-Palacio A.F., Hernandez-Huerta D., Gómez-Arnau J., Loeck C., Caballero I. Affective psychosis after COVID-19 infection in a previously healthy patient: A case report // *Psychiatry Res*. 2020. Vol. 290(113115) doi: 10.1016/j.psychres.2020.113115.
170. Alba L., Coll C., Sáez S., Alonso L., Pérez H., Palma S., Vallés V., Ortiz S. New-onset psychosis: A case report of brief psychosis related to COVID-19 infection // *Psychiatry Res*. 2021. Vol. 301(113975) doi: 10.1016/j.psychres.2021.113975.

171. Noone R., Cabassa J.A., Gardner L., Schwartz B., Alpert J.E., Gabbay V. Letter to the Editor: New onset psychosis and mania following COVID-19 infection // *J Psychiatr Res.* 2020. Vol. 130. P. 177–179. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.07.042.
172. Bernard-Valnet R., Pizzarotti B., Anichini A. et al. Two patients with acute meningoencephalitis concomitant with SARS-CoV-2 infection // *Eur J Neurol.* 2020. doi: 10.1111/ene.14298.
173. Huang Y.H., Jiang D., Huang J.T. SARS-CoV-2 Detected in Cerebrospinal Fluid by PCR in a Case of COVID-19 Encephalitis // *Brain Behav Immun.* 2020. Vol. 87. P. 149.
174. Moriguchi T., Harii N., Goto J. et al. A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2 // *Int J Infect Dis.* 2020. Vol. 94. P. 55–58.
175. Beach S.R., Praschan N.C., Hogan C., Dotson S., Merideth F., Kontos N., Fricchione G.L., Smith F.A. Delirium in COVID-19: A case series and exploration of potential mechanisms for central nervous system involvement // *Gen Hosp Psychiatry.* 2020. Vol. 65. P. 47–53. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.05.008.
176. Garcez F.B., Aliberti M.J., Poco P.C. et al. Delirium and adverse outcomes in hospitalized patients with COVID-19 // *J Am Geriatr Soc.* 2020. Vol. 68(11). P. 2440–2446.
177. Helms J., Kremer S., Merdji H. et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection // *N Engl J Med.* 2020. Vol. 382(23). P. 2268–2270.
178. Ahmed G.K., Khedr E.M., Hamad D.A., Meshref T.S., Hashem M.M., Aly M.M. Long term impact of Covid-19 infection on sleep and mental health: A cross-sectional study // *Psychiatry Res.* 2021. Vol. 305(114243) doi: 10.1016/j.psychres.2021.114243.
179. Damiano R.F., Caruso M.J.G., Cincoto A.V., de Almeida Rocca C.C., de Pádua Serafim A., Bacchi P., Guedes B.F., Brunoni A.R., Pan P.M., Nitrini R. et al. Post-COVID-19 psychiatric and cognitive morbidity: Preliminary findings from a Brazilian cohort study // *Gen Hosp Psychiatry.* 2022. Vol. 75. P. 38–45. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2022.01.002.
180. Zazzara M.B., Penfold R.S., Roberts A.L. et al. Probable delirium is a presenting symptom of COVID-19 in frail, older adults: a cohort study of 322 hospitalized and 535 community-based older adults // *Age Ageing.* 2020. doi: 10.1093/ageing/afaa223.



181. Tan T., Khoo B., Mills E.G., Phylactou M., Patel B., Eng P.C., Thurston L., Muzi B., Meeran K., Prevost A.T. et al. Association between high serum total cortisol concentrations and mortality from COVID-19 // *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020. Vol. 8. P. 659–660. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30216-3.
182. Balcioglu Y.H., Yesilkaya U.H., Gokcay H., Kirlioglu S.S. May the central nervous system be fogged by the cytokine storm in COVID-19?: An Appraisal // *J Neuroimmune Pharmacol.* 2020. Vol. 15. P. 343–344. doi: 10.1007/s11481-020-09932-9.
183. Li T., Zhang Y., Gong C., Wang J., Liu B., Shi L., Duan J. Prevalence of malnutrition and analysis of related factors in elderly patients with COVID-19 in Wuhan, China // *Eur J Clin Nutr.* 2020. Vol. 74. P. 871–875. doi: 10.1038/s41430-020-0642-3.
184. Morgello S. Coronaviruses and the central nervous system // *J Neurovirol.* 2020. Vol. 26. P. 459–473. doi: 10.1007/s13365-020-00868-7.
185. Saleh J., Peyssonnaud C., Singh K.K., Edeas M. Mitochondria and microbiota dysfunction in COVID-19 pathogenesis // *Mitochondrion.* 2020. Vol. 54. P. 1–7. doi: 10.1016/j.mito.2020.06.008.
186. Singh K.K., Chaubey G., Chen J.Y., Suravajhala P. Decoding SARS-CoV-2 hijacking of host mitochondria in COVID-19 pathogenesis // *Am J Physiol Cell Physiol.* 2020. Vol. 319. P. C258–C267. doi: 10.1152/ajpcell.00224.2020.
187. Wang F., Nie J., Wang H., Zhao Q., Xiong Y., Deng L., Song S., Ma Z., Mo P., Zhang Y. Characteristics of peripheral lymphocyte subset alteration in COVID-19 Pneumonia // *J Infect Dis.* 2020. Vol. 221. P. 1762–1769. doi: 10.1093/infdis/jiaa150.
188. Soni P., Soni A., Singh P., Verma M. Association of depression with il-6 and crp levels among covid recovered patients: A hospital based case control study. *International Journal of Toxicological and Pharmacological Research* // 2021. P. 23–27.
189. Tanriverdi A., Savci S., Kahraman B.O., Ozpelit E. Extrapulmonary features of post-COVID-19 patients: muscle function, physical activity, mood, and sleep quality // *Irish Journal of Medical Science (1971-).* 2022. Vol. 191(3). P. 969–75. doi: 10.1007/s11845-021-02667-3
190. Dankowski R., Sacharczuk W., Duszyńska D., Mikołajewska W., Szalek-Goralewska A., Łojko-Dankowska A. et al. Depression and anxiety in patients recently

recovered from coronavirus disease (COVID 19). // *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*. 2021. Vol. 16(1). P. 11–6.

191. Romero-Duarte Á., Rivera-Izquierdo M., Guerrero-Fernández de Alba I., Pérez-Contreras M., Fernández-Martínez N.F., Ruiz-Montero R. et al. Sequelae, persistent symptomatology and outcomes after COVID-19 hospitalization: the ANCOHVID multicentre 6-month follow-up study // *BMC medicine*. 2021. Vol. 19(1). P. 1–13.

192. Taquet M., Dercon Q., Luciano S., Geddes J.R., Husain M., Harrison P.J. Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19 // *PLoS medicine*. 2021. Vol. 18(9). P. e1003773. doi: 10.1371/journal.pmed.1003773

193. Samrah S.M., Al-Mistarehi A.H., Aleshawi A.J., Khasawneh A.G., Momany S.M., Momany B.S., Abu Za'nouneh F.J., Keelani T., Alshorman A., Khassawneh B.Y. Depression and Coping Among COVID-19-Infected individuals after 10 days of mandatory in-hospital quarantine, Irbid, Jordan // *Psychol Res Behav Manag*. 2020. Vol. 13. P. 823–830. doi: 10.2147/PRBM.S267459.

194. Morin C.M., Bjorvatn B., Chung F., Holzinger B., Partinen M., Penzel T., Ivers H., Wing Y.K., Chan N.Y., Merikanto I. et al. Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: An International collaborative study // *Sleep Med*. 2021. Vol. 87. P. 38–45. doi: 10.1016/j.sleep.2021.07.035.

195. Alemanno F., Houdayer E., Parma A., Spina A., Del Forno A., Scatolini A., Angelone S., Brugliera L., Tettamanti A., Beretta L., Iannaccone S. COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience // *PLoS One*. 2021. Vol. 16(e0246590) doi: 10.1371/journal.pone.0246590.

196. Grover S., Sahoo S., Mishra E., Gill K.S., Mehra A., Nehra R. et al. Fatigue, perceived stigma, self-reported cognitive deficits and psychological morbidity in patients recovered from COVID-19 infection // *Asian journal of psychiatry*. 2021. Vol. 64. P. 102815. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102815.

197. O'Sullivan O., Barker-Davies R., Thompson K., Bahadur S., Gough M., Lewis S. et al. Rehabilitation post-COVID-19: cross-sectional observations using the Stanford Hall remote assessment tool // *BMJ Mil Health*. 2021. doi: 10.1136/bmjilitary-2021-001856.

198. Islam M.S., Ferdous M.Z., Islam U.S., Mosaddek A.S.M., Potenza M.N., Pardhan S. Treatment, persistent symptoms, and depression in people infected with COVID-19 in Bangladesh // *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18(1453) doi: 10.3390/ijerph18041453.
199. Li X., Yu H., Yang W., Mo Q., Yang Z., Wen S., Zhao F., Zhao W., Tang Y., Ma L. et al. Depression and anxiety among quarantined people, Community workers, medical staff, and general population in the early stage of COVID-19 Epidemic // *Front Psychol*. 2021. Vol. 12(638985) doi: 10.3389/fpsyg.2021.638985.
200. Moayed M.S., Vahedian-Azimi A., Mirmomeni G., Rahimi-Bashar F., Goharimoghadam K., Pourhoseingholi M.A., Abbasi-Farajzadeh M., Hekmat M., Sathyapalan T., Guest P.C., Sahebkar A. Depression, anxiety, and stress among patients with COVID-19: A cross-sectional study // *Adv Exp Med Biol*. 2021. Vol. 1321. P. 229–236. doi: 10.1007/978-3-030-59261-5\_19.
201. Mohammadkhanizadeh A., Nikbakht F. Investigating the potential mechanisms of depression induced-by COVID-19 infection in patients // *J Clin Neurosci*. 2021. Vol. 91. P. 283–287. doi: 10.1016/j.jocn.2021.07.023.
202. Bachani S., Sahoo S.M., Nagendrappa S., Dabral A., Chandra P. Anxiety and depression among women with COVID-19 infection during childbirth-experience from a tertiary care academic center // *AJOG Glob Rep*. 2022. Vol. 2(100033) doi: 10.1016/j.xagr.2021.100033.
203. Campo-Arias A., Pedrozo-Pupo J.C., Caballero-Domínguez C.C. Relation of perceived discrimination with depression, insomnia and post-traumatic stress in COVID-19 survivors // *Psychiatry Res*. 2022. Vol. 307(114337) doi: 10.1016/j.psychres.2021.114337.
204. Zandifar A., Badrfam R., Yazdani S., Arzaghi S.M., Rahimi F., Ghasemi S., Khamisabadi S., Mohammadian Khonsari N., Qorbani M. Prevalence and severity of depression, anxiety, stress and perceived stress in hospitalized patients with COVID-19 // *J Diabetes Metab Disord*. 2020. Vol. 19. P. 1431–1438. doi: 10.1007/s40200-020-00667-1.
205. Liu C., Pan W., Li L., Li B., Ren Y., Ma X. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia symptoms among patients with COVID-19: A meta-analysis of quality effects model // *J Psychosom Res*. 2021. Vol. 147(110516) doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110516.

206. Dai L.L., Wang X., Jiang T.C., Li P.F., Wang Y., Wu S.J., Jia L.Q., Liu M, An L, Cheng Z. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jianghan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China // *PLoS One*. 2020. Vol. 15(e0238416) doi: 10.1371/journal.pone.0238416.
207. Ismael F., Bizario J.C.S., Battagin T., Zaramella B., Leal F.E., Torales J., Ventriglio A., Marziali M.E., Martins S.S., Castaldelli-Maia J.M. Post-infection depressive, anxiety and post-traumatic stress symptoms: A prospective cohort study in patients with mild COVID-19 // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021. Vol. 111(110341) doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110341.
208. Renaud-Charest O., Lui L.M.W., Eskander S., Ceban F., Ho R., Di Vincenzo J.D., Rosenblat J.D., Lee Y., Subramaniapillai M., McIntyre R.S. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review // *J Psychiatr Res*. 2021. Vol. 144. P. 129–137. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.09.054.
209. Premraj L., Kannapadi N.V., Briggs J., Seal S.M., Battaglini D., Fanning J., Suen J., Robba C., Fraser J., Cho S.M. Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis // *J Neurol Sci*. 2022. Vol. 434(120162) doi: 10.1016/j.jns.2022.120162.
210. Wang Y., Zhu L.Y., Ma Y.F., Bo H.X., Deng H.B., Cao J., Wang Y., Wang X.J., Xu Y., Lu Q.D. et al. Association of insomnia disorder with sociodemographic factors and poor mental health in COVID-19 in patients in China // *Sleep Med*. 2020. Vol. 75. P. 282–286. doi: 10.1016/j.sleep.2020.06.011.
211. Choudhry A.A., Shahzeen F., Choudhry S.A., Batool N., Murtaza F., Dilip A., Rani M., Chandnani A. Impact of COVID-19 infection on quality of sleep // *Cureus*. 2021. Vol. 13(e18182) doi: 10.7759/cureus.18182.
212. Pappa S., Barmparessou Z., Athanasiou N., Sakka E., Eleftheriou K., Patrinos S., Sakkas N., Pappas A., Kalomenidis I., Katsaounou P. Depression, insomnia and post-traumatic stress disorder in COVID-19 Survivors: Role of Gender and Impact on Quality of Life // *J Pers Med*. 2022. Vol. 12(486) doi: 10.3390/jpm12030486.
213. Kyzar E.J., Purpura L.J., Shah J., Cantos A., Nordvig A.S., Yin M.T. Anxiety, depression, insomnia, and trauma-related symptoms following COVID-19 infection at long-

term follow-up // *Brain Behav Immun Health*. 2021. Vol. 16(100315) doi: 10.1016/j.bbih.2021.100315.

214. Schou T.M., Joca S., Wegener G., Bay-Richter C. Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19-A systematic review // *Brain Behav Immun*. 2021. Vol. 97. P. 328–348. doi: 10.1016/j.bbi.2021.07.018.

215. Yuan K., Gong Y.M., Liu L., Sun Y.K., Tian S.S., Wang Y.J., Zhong Y., Zhang A.Y., Su S.Z., Liu X.X. et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: A meta-analysis and systematic review // *Mol Psychiatry*. 2021. Vol. 26. P. 4982–4998. doi: 10.1038/s41380-021-01036-x.

216. Giannopoulou I., Galinaki S., Kollintza E., Adamaki M., Kypouropoulos S., Alevyzakis E., Tsamakias K., Tsangaris I., Spandidos D.A., Siafakas N. et al. COVID-19 and post-traumatic stress disorder: The perfect ‘storm’ for mental health (Review) // *Exp Ther Med*. 2021. Vol. 22(1162) doi: 10.3892/etm.2021.10596.

217. Janiri D., Carfi A., Kotzalidis G.D., Bernabei R., Landi F., Sani G. Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 Infection // *JAMA Psychiatry*. 2021. Vol. 78. P. 567–569. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0109. Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group.

218. Nagarajan R., Krishnamoorthy Y., Basavarachar V., Dakshinamoorthy R. Prevalence of post-traumatic stress disorder among survivors of severe COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis // *J Affect Disord*. 2022. Vol. 299. P. 52–59. doi: 10.1016/j.jad.2021.11.040.

219. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A., Davies N.W.S., Pollak T.A., Tenorio E.L., Sultan M., Easton A., Breen G., Zandi M. et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: A UK-wide surveillance study // *Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7. P. 875–882. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X.

220. Tavares-Júnior J.W.L., de Souza A.C.C., Borges J.W.P., Oliveira D.N., Siqueira-Neto J.I., Sobreira-Neto M.A., Braga-Neto P. COVID-19 associated cognitive impairment: A systematic review // *Cortex*. 2022. Vol. 152. P. 77-97. doi: 10.1016/j.cortex.2022.04.006.

221. De Lorenzo R., Conte C., Lanzani C., Benedetti F., Roveri L., Mazza M.G., Brioni E., Giacalone G., Canti V., Sofia V. et al. Residual clinical damage after COVID-19: A retrospective and prospective observational cohort study // *PLoS One*. 2020. Vol. 15(e0239570) doi: 10.1371/journal.pone.0239570.
222. Hellmuth J., Barnett T.A., Asken B.M., Kelly J.D., Torres L., Stephens M.L., Greenhouse B., Martin J.N., Chow F.C., Deeks S.G. et al. Persistent COVID-19-associated neurocognitive symptoms in non-hospitalized patients // *J Neurovirol*. 2021. Vol. 27. P. 191–195. doi: 10.1007/s13365-021-00954-4.
223. Hosp J.A., Dressing A., Blazhenets G., Bormann T., Rau A., Schwabenland M., Thurow J., Wagner D., Waller C., Niesen W.D. et al. Cognitive impairment and altered cerebral glucose metabolism in the subacute stage of COVID-19 // *Brain*. 2021. Vol. 144. P. 1263–1276. doi: 10.1093/brain/awab009.
224. Jaywant A., Vanderlind W.M., Alexopoulos G.S., Fridman C.B., Perlis R.H., Gunning F.M. Frequency and profile of objective cognitive deficits in hospitalized patients recovering from COVID-19 // *Neuropsychopharmacology*. 2021. Vol. 46. P. 2235–2240. doi: 10.1038/s41386-021-00978-8.
225. Frontera J.A., Yang D., Lewis A., Patel P., Medicherla C., Arena V., Fang T., Andino A., Snyder T., Madhavan M. et al. A prospective study of long-term outcomes among hospitalized COVID-19 patients with and without neurological complications // *J Neurol Sci*. 2021. Vol. 426(117486) doi: 10.1016/j.jns.2021.117486.
226. Pilotto A., Cristillo V., Cotti Piccinelli S., Zoppi N., Bonzi G., Sattin D., Schiavolin S., Raggi A., Canale A., Gipponi S. et al. Long-term neurological manifestations of COVID-19: Prevalence and predictive factors // *Neurol Sci*. 2021. Vol. 42. P. 4903–4907. doi: 10.1007/s10072-021-05586-4.
227. García-Sánchez C., Calabria M., Grunden N., Pons C., Arroyo J.A., Gómez-Anson B., Lleó A., Alcolea D., Belvis R., Morollón N. et al. Neuropsychological deficits in patients with cognitive complaints after COVID-19 // *Brain Behav*. 2022. Vol. 12(e2508) doi: 10.1002/brb3.2508.
228. Miskowiak K.W., Fugledalen L., Jespersen A.E., Sattler S.M., Podlekareva D., Rungby J., Porsberg C.M., Johnsen S. Trajectory of cognitive impairments over 1 year after

COVID-19 hospitalisation: Pattern, severity, and functional implications // *Eur Neuropsychopharmacol.* 2022. Vol. 59. P. 82–92. doi: 10.1016/j.euroneuro.2022.04.004.

229. Delamarre L., Gollion C., Grouteau G. et al. COVID-19-associated acute necrotising encephalopathy successfully treated with steroids and polyvalent immunoglobulin with unusual IgG targeting the cerebral fibre network // *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2020. Vol. 91(9). P. 1004–1006.

230. Garcia P., Revet A., Yroni A. et al. Psychiatric Disorders and Hydroxychloroquine for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A VigiBase Study // *Drug Saf.* 2020. Vol. 43(12). P. 1315–1322.

231. Dubey S., Biswas P., Ghosh R. et al. Psychosocial impact of COVID-19 // *Diabetes Metab Syndr.* 2020. Vol. 14(5). P. 779–788.

232. Scavone C., Brusco S., Bertini M. et al. Current pharmacological treatments for COVID-19: What's next? // *Br J Pharmacol.* 2020. Vol. 177(21). P. 4813–4824.

233. Gebreyesus H., Teweldemedhin M., Mamo A. Determinants of reproductive health services utilization among rural female adolescents in Asgede-Tsimbla district Northern Ethiopia: a community based cross-sectional study // *Reprod Health.* 2019. Vol. 16(1). P. 4.

234. Zang Y., Gallagher T., McLean C.P., Tannahill H.S., Yarvis J.S., Foa E.B. The impact of social support, unit cohesion, and trait resilience on PTSD in treatment-seeking military personnel with PTSD: The role of posttraumatic cognitions // *Journal of Psychiatric Research.* 2017. Vol. 86. P. 18–25.

235. Murray L.K., Dorsey S., Haroz E. et al. A common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries // *Cognitive and Behavior Practice.* 2014. Vol. 21. P. 111-23.

236. López M.R., Andreoulis E., Howartha C. From Ex-Combatants to Citizens: Connecting Everyday Citizenship and Social Reintegration in Colombia // *Journal of Social and Political Psychology.* 2015. Vol. 3(2). P. 171–191.

237. Шпильовий Я.В. Система комплексної медико-психологічної допомоги жінкам з невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу, та її ефективність // *Journal of Education, Health and Sport.* 2017. Vol. 3. P. 34-39.

238. Matthews M.D. Toward a positive military psychology // *Military Psychology*. 2008. Vol. 20. P. 289-298.
239. Шумейко А.П. Види реадaptaції і психореабілітації учасників бойових дій // *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2017. № 1. С. 128-132.
240. Berk R., Sorenson S.B., Barnes G. Forecasting domestic violence: a machine learning approach to help inform arraignment decisions // *J. Empir. Legal Stud*. 2016. Vol. 13 P. 94–115.
241. Berk R. An impact assessment of machine learning risk forecasts on parole board decisions and recidivism // *J. Exp. Criminol*. 2017. Vol. 13. P. 193–216.
242. Baez S., Herrera E., Garcia A., Manes F., Young L., Ibanez A. Outcome-oriented moral evaluation in terrorists // *Nat. Hum. Behav*. 2017. Vol. 1. P. 118.
243. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it:Rapid review of the evidence // *Lancet*. 2020. Vol. 395. P. 912–20.
244. García C.A., Sánchez E.B., Huerta D.H., Gómez-Arnau J. COVID-19 treatment-induced neuropsychiatric adverse effects // *Gen Hosp Psychiatry*. 2020. Vol. 67. P. 163–4.
245. Hao F., Tan W., Jiang L., Zhang L., Zhao X., Zou Y. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown?A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry // *Brain Behav Immun*. 2020. Vol. 87. P. 100–6.
246. Hossain M.M., Tasnim S., Sultana A., Faizah F., Mazumder H., Zou L. et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19:A review // *F1000Res*. 2020. Vol. 9. P. 636.
247. Kunzler A.M., Röthke N., Günthner L., Stoffers-Winterling J., Tüscher O., Coenen M. et al. Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic:Systematic review and meta-analyses // *Global Health*. 2021. Vol. 17. P. 34.
248. Sahoo S., Mehra A., Suri V., Malhotra P., Yaddanapudi L.N., Dutt Puri G. et al. Lived experiences of the corona survivors (patients admitted in COVID wards):A



narrative real-life documented summaries of internalized guilt, shame, stigma, anger // *Asian J Psychiatr.* 2020. Vol. 53. P. 102187.

249. Taquet M., Geddes J.R., Husain M., Luciano S., Harrison P.J. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236?379 survivors of COVID-19:A retrospective cohort study using electronic health records // *Lancet Psychiatry.* 2021. Vol. 8. P. 416–27.

250. Wu T., Jia X., Shi H., Niu J., Yin X., Xie J. et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic:A systematic review and meta-analysis // *J Affect Disord.* 2021. Vol. 281. P. 91–98.

251. Grover S., Sahoo S., Mehra A., Avasthi A. Management of mental health issues in Persons with Acute COVID-19 infection and during the post-COVID phase // *Indian J Psychiatry.* 2022 Mar;64(Suppl 2):S499-S508. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\_801\_21.

252. Brough D.N., Abel S., Priddle L. A service evaluation of a community project combining psychoeducation and mind-body complementary approaches to support those with long covid in the UK // *Eur J Integr Med.* 2022. Vol. 55. P. 102182. doi: 10.1016/j.eujim.2022.102182.

253. Compagno S., Palermi S., Pescatore V., Brugin E., Sarto M., Marin R., Calzavara V., Nizzetto M., Scevola M., Aloï A., Biffi A., Zanella C., Carretta G., Gallo S., Giada F. Physical and psychological reconditioning in long COVID syndrome: Results of an out-of-hospital exercise and psychological - based rehabilitation program // *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2022. Vol. 41. P. 101080. doi: 10.1016/j.ijcha.2022.101080.

254. García-Molina A., García-Carmona S., Espiña-Bou M., Rodríguez-Rajo P., Sánchez-Carrión R., Enseñat-Cantallops A. Neuropsychological rehabilitation for post-COVID-19 syndrome: results of a clinical programme and six-month follow up // *Neurologia (Engl Ed).* 2022. Vol. 15. P. S2173-5808(22)00094-3. doi: 10.1016/j.nrleng.2022.06.007.

255. Philip K.E.J., Owles H., McVey S., Pagnuco T., Bruce K., Brunjes H., Banya W., Mollica J., Lound A., Zumpe S., Abrahams A.M., Padmanaban V., Hardy T.H., Lewis A., Lalvani A., Elkin S., Hopkinson N.S. An online breathing and wellbeing programme (ENO Breathe) for people with persistent symptoms following COVID-19: a parallel-group,

single-blind, randomised controlled trial // *Lancet Respir Med*. 2022. Vol. 10(9). P. 851-862. doi: 10.1016/S2213-2600(22)00125-4.

256. Wagner B., Steiner M., Markovic L., Crevenna R. Successful application of pulsed electromagnetic fields in a patient with post-COVID-19 fatigue: a case report // *Wien Med Wochenschr*. 2022. Vol. 172(9-10). P. 227-232. doi: 10.1007/s10354-021-00901-2.

257. Grein J., Ohmagari N., Shin D.. et al. Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19 // *N Engl J Med*. 2020. Vol. 382(24). P. 2327–2336.

258. Eastman R.T., Roth J.S., Brimacombe K.R.. et al. Remdesivir: A Review of Its Discovery and Development Leading to Emergency Use Authorization for Treatment of COVID-19 // *ACS Cent Sci*. 2020 doi: 10.1021/acscentsci.0c00489.

259. Beigel J.H., Tomashek K.M., Dodd L.E. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report // *Reply N Engl J Med*. 2020. Vol. 383(10). P. 994.

260. Gulati G., Kelly B.D. Does remdesivir have any neuropsychiatric adverse effects? // *Ir J Psychol Med*. 2020. P. 1–2. doi: 10.1017/ipm.2020.67.

261. Lewis D.A., Smith R.E. Steroid-induced psychiatric syndromes. A report of 14 cases and a review of the literature // *J Affect Disord*. 1983. Vol. 5(4). P. 319–332.

262. Foroughi M., Gupta R., Ganguly A., Mirza J., Fotros A. Neuropsychiatric Manifestations of COVID-19: A Review // *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*. 2021. Vol. 1(1). P. 161–72. doi: 10.1016/j.ypsc.2021.05.003.

263. Warrington T.P., Bostwick J.M. Psychiatric adverse effects of corticosteroids // *Mayo Clin Proc*. 2006. Vol. 81(10). P. 1361–1367.

264. Miller B.J., Dias J.K., Lemos H.P.. et al. An open-label, pilot trial of adjunctive tocilizumab in schizophrenia // *J Clin Psychiatry*. 2016. Vol. 77(2). P. 275–276. [Google Scholar

265. Lan S.-H., Lai C.-C., Huang H.-T.. et al. Tocilizumab for severe COVID-19: a systematic review and meta-analysis // *Int J Antimicrob Agents*. 2020. Vol. 56(3). P. 106103.

266. Hamilton M. A rating scale for depression by Max Hamilton // *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*. 1960. № 23. P. 56–62.

267. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // *British Journal of Medical Psychology*. 1959, № 32. P. 50–55.

268. Derogatis, L.R. *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. 2nd Edition, Clinical Psychometric Research, Inc., Towson, 1992.

269. Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А., Семькина Е.Е. Критерий качества жизни в психиатрической практике. Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004.

270. Reitan R.M. Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage // *Perceptual and Motor Skills*. 1958. 8(3). 271–276. doi:10.2466/pms.1958.8.3.271.

271. Lezak M.D. *Neuropsychological assessment*. Oxford: Oxford University Press, 1995. ISBN 978-0-19-509031-4.

272. Stroop J.R. Studies of interference in serial verbal reactions // *Journal of Experimental Psychology*. 1935. Vol. 18(6). 643–662. doi:10.1037/h0054651.

273. Keane T., Caddell J., Taylor K. *Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three Studies in Reliability and Validity*. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988. Vol. 56. 85-90. 10.1037/0022-006X.56.1.85.

274. The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21): MAIC. URL: <https://maic.qld.gov.au/wp-content/uploads/2016/07/DASS-21.pdf>.

275. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. МКЦ, 1991. 76 с.

276. Rogers C.R., Dymond R.F. *Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach*. Chicago: University of Chicago Press, 1954.

277. Folkman S., Lazarus R.S. Coping as a mediator of emotion // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988. Vol. 54(3). P. 466–475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466.

278. Colizzi M., Peghin M., De Martino M., Bontempo G., Gerussi V., Palese A., Isola M., Tascini C., Balestrieri M. Mental health symptoms one year after acute COVID-

19 infection: Prevalence and risk factors // *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2023 Jan-Mar. Vol. 16. P. 38-46. doi: 10.1016/j.rpsm.2022.05.008.

279. Colizzi M., Sironi E., Antonini F., Ciceri M.L., Bovo C., Zoccante L. Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey // *Brain Sci.* 2020. Vol. 10(6). P. 341. doi: 10.3390/brainsci10060341.

280. Pigaiani Y., Zoccante L., Zocca A., Arzenton A., Menegolli M., Fadel S., Ruggeri M., Colizzi M. Adolescent Lifestyle Behaviors, Coping Strategies and Subjective Wellbeing during the COVID-19 Pandemic: An Online Student Survey // *Healthcare (Basel).* 2020. Vol. 8(4). P. 472. doi: 10.3390/healthcare8040472.

281. Molendijk T., Kramer E.-H., Verweij D. Moral aspects of “moral injury”: Analyzing conceptualizations on the role of morality in military trauma // *Journal of Military Ethics.* 2018. Vol. 17. P. 36–53.

282. Assonov D. Correlates and predictors of resilience in veterans with persistent traumatic brain injury symptoms // *Advances in Psychiatry and Neurology.* 2020. Vol. 31(3). P. 1-11. doi:10.5114/ppn.2022.120600.

283. Nieto M., Visier M.E., Silvestre I.N., Navarro B., Serrano J.P., Martínez-Vizcaíno V. Relation between resilience and personality traits: The role of hopelessness and age // *Scand J Psychol.* 2023. Vol. 64(1). P. 53-59. doi: 10.1111/sjop.12866.

284. Miller M.B., Monk J.K., Flores L.Y., Everson A.T., Martinez L.D., Massey K., Blanke E.M., Dorimé-Williams M.L., Williams M.S., McCrae C.S., Borsari B. Impact of discrimination and coping on Veterans' willingness to seek treatment for physical and mental health problems // *Psychol Addict Behav.* 2023 Mar. Vol. 37(2). P. 209-221. doi: 10.1037/adb0000861.

285. Morse J.L., Wooldridge J.S., Afari N., Angkaw A.C., Schnurr P.P., Lang A.J., Capone C., Norman S.B. Associations among meaning in life, coping, and distress in trauma-exposed U.S. military veterans // *Psychol Serv.* 2023. Vol. 27. doi: 10.1037/ser0000755.

286. González-Sanguino C., Ausín B., Castellanos M.A., Saiz J., López-Gómez A., Ugidos C., Muñoz M. Mental Health Consequences during the Initial Stage of the 2020

Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Spain // *Brain Behav. Immun.* 2020. Vol. 5. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040.

287. Lei L., Huang X., Zhang S., Yang J., Yang L., Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the covid-19 epidemic in southwestern China // *Med. Sci. Monit.* 2020. Vol. 26. doi: 10.12659/MSM.924609.

288. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., McIntyre R.S., Choo F.N., Tran B., Ho R., Sharma V.K., Ho C. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China // *Brain Behav Immun.* 2020. Vol. 87. P. 40-48. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.

289. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S., Ho R.C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China // *Int J Environ Res Public Health.* 2020. Vol. 17(5). P. 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.

290. Zhang Y., Ma Z.F. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study // *Int J Environ Res Public Health.* 2020. Vol. 17(7). P. 2381. doi: 10.3390/ijerph17072381.

291. Bortoletto R., Di Gennaro G., Antolini G., Mondini F., Passarella L., Rizzo V., Silvestri M., Darra F., Zoccante L., Colizzi M. Sociodemographic and clinical changes in pediatric in-patient admissions for mental health emergencies during the COVID-19 pandemic: March 2020 to June 2021 // *Psychiatry Res Commun.* 2022. Vol. 2(1). P. 100023. doi: 10.1016/j.psycom.2022.100023.

292. Mishra V.R., Zhuang X., Sreenivasan K.R., Banks S.J., Yang Z., Bernick C., Cordes D. Multimodal MR Imaging Signatures of Cognitive Impairment in Active Professional Fighters // *Radiology.* 2017. Vol. 285(2). P. 555-567. doi: 10.1148/radiol.2017162403.

293. Stephen S.J., Shan G., Banks S.J., Bernick C., Bennett L.L. The Relationship Between Fighting Style, Cognition, and Regional Brain Volume in Professional

Combatants: A Preliminary Examination Using Brief Neurocognitive Measures // *J Head Trauma Rehabil.* 2020. Vol. 35(3). P. E280-E287. doi: 10.1097/HTR.0000000000000540.

294. Bertuccelli M., Ciringione L., Rubega M., Bisiacchi P., Masiero S., Del Felice A. Cognitive impairment in people with previous COVID-19 infection: A scoping review // *Cortex.* 2022. Vol. 154. P. 212-230. doi: 10.1016/j.cortex.2022.06.002.

295. Henneghan A.M., Lewis K.A., Gill E., Kesler S.R. Cognitive Impairment in Non-critical, Mild-to-Moderate COVID-19 Survivors // *Front Psychol.* 2022. Vol. 13. P. 770459. doi: 10.3389/fpsyg.2022.770459.

296. Houben S., Bonnechère B. The Impact of COVID-19 Infection on Cognitive Function and the Implication for Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Int J Environ Res Public Health.* 2022. Vol. 19(13). P. 7748. doi: 10.3390/ijerph19137748.

297. Steardo L., Zorec R., Verkhatsky A. Neuroinfection may contribute to pathophysiology and clinical manifestations of COVID-19 // *Acta Physiol (Oxf)* 2020. Vol. 229. P. e13473.

298. Tu Y., Zhang Y., Li Y., Zhao Q., Bi Y., Lu X., Kong Y., Wang L., Lu Z., Hu L. Post-traumatic stress symptoms in COVID-19 survivors: A self-report and brain imaging follow-up study // *Mol Psychiatry.* 2021. Vol. 26. P. 7475–7480. doi: 10.1038/s41380-021-01223-w.

299. Mao L., Jin H., Wang M.. et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China // *JAMA Neurol.* 2020. Vol. 77(6). P. 683–690.

300. Xiao Y., Sharma M.M., Thiruvalluru R.K., Gimbrone C., Weissman M.M., Olfson M., Keyes K.M., Pathak J. Trends in psychiatric diagnoses by COVID-19 infection and hospitalization among patients with and without recent clinical psychiatric diagnoses in New York city from March 2020 to August 2021 // *Transl Psychiatry.* 2022. Vol. 12(1). P. 492. doi: 10.1038/s41398-022-02255-8.

301. Boldrini M., Canoll P.D., Klein R.S. How COVID-19 affects the brain // *JAMA Psychiatry.* 2021. Vol. 78. P. 682–683.

302. Poyraz B., Poyraz C.A., Olgun Y., Gürel Ö., Alkan S., Özdemir Y.E.. et al. Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19 // *Psychiatry Res.* 2021. Vol. 295. P. 113604.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

##### **Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

*Стаття у зарубіжному виданні,*

*яке індексується у міжнародній наукометричній базі Scopus*

1. Koval M., Venger O., Mysula Y. Features of affective symptoms in combatants with non-psychotic mental disorders that have suffered from COVID-19 // Wiadomości Lekarskie Medical Advances. 2023. Vol. LXXVI. Issue 9. P. 1938-1945.

*Статті у фахових виданнях України, в яких дозволено публікацію результатів дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня доктора філософії відповідно до переліку, затвердженого наказами МОН України:*

1. Venger O., Koval M., Shved M., Ivanitska T. Comparative characteristics of symptoms in neurotic and affective patients after COVID-19 // International Journal of Medicine and Medical Research. 2022. Vol. 8. Issue 22. P. 56-66.

2. Коваль М.Є., Венгер О.П. Якість життя учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, Вип. 1(114). С. 30-34.

3. Коваль М.Є., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

4. Коваль М.Є. Індивідуально-психологічні особливості та стан психосоціальної адаптації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Вісник медичних і біологічних досліджень. 2023. № 16 (2). С. 8-14.

5. Коваль М.Є. Програма комплексної діагностики, лікування та реабілітації учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли

захворювання на COVID-19 // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2023. № 4. С. 76-80.

### **Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

1. Коваль М.Є. Вивчення структури непсихотичних розладів серед військовослужбовців / Матеріали XXV Міжнародного конгресу студентів і молодих вчених. м. Тернопіль, 12-14 квітня 2021 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2021. С. 216.

2. Коваль М. Є. Особливості клінічної симптоматики непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали LXV Науково-практичної конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини». м. Тернопіль, 9 червня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 15-17.

3. Коваль М.Є. Клініко-феноменологічні особливості депресивної та тривожної симптоматики в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали Четвертого наукового симпозиуму з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку». м. Тернопіль, 21-23 вересня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 17-20.

4. Коваль М.Є., Венгер О.П. Порушення когнітивного функціонування в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 (Матеріали VI Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку», м. Харків, 6-7 жовтня 2022 р.) // Український вісник психоневрології. 2022. Том 30. Вип. 3(112). С. 62.

5. Коваль М.Є. Особливості стресового реагування учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19 / Матеріали XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання патології за умов дії надзвичайних факторів на організм». м. Тернопіль, 26-28 жовтня 2022 р. Тернопіль: ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2022. С. 33-34.



## Додаток Б

### АПРОБАЦІЯ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні стратегії діагностики та лікування неврологічних та психіатричних захворювань». м. Тернопіль, 25-26 березня 2021р. – усна доповідь.
2. Підсумкова LXIV Науково-практична конференція «Здобутки клінічної та експериментальної медицини». м. Тернопіль, 11 червня 2021 року. – усна доповідь і публікація тез.
3. XXV Міжнародний конгрес студентів і молодих вчених. м. Тернопіль, 12-14 квітня 2021 р. – усна доповідь і публікація тез
4. XVIII науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення». м. Тернопіль, 20-21 травня 2021 р. – усна доповідь
5. Науково-практична конференція «Сучасні нейробиологічні та нейропсихологічні аспекти у лікуванні психічних розладів». м. Тернопіль, 20-21 жовтня 2021 р. – усна доповідь.
6. Науково-практична конференція «Психологічна допомога в умовах війни». м. Тернопіль, 2 березня 2022. – усна доповідь.
7. Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я». м. Тернопіль, 25-26 травня 2022 р. – усна доповідь.
8. LXV Науково-практичної конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини». м. Тернопіль, 9 червня 2022 р. – усна доповідь і публікація тез.
9. Четвертий науковий симпозіум з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку», м. Тернопіль, 21-23 вересня 2022 р. – усна доповідь і публікація тез.

10. VI Національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку». м. Харків, 6-7 жовтня 2022 р. – усна доповідь і публікація тез.

11. XIII Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання патології за умов дії надзвичайних факторів на організм». м. Тернопіль, 26-28 жовтня 2022 р – усна доповідь і публікація тез.

12. III Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи». м. Київ, 4-6 листопада 2022 року. – стендова доповідь.

13. VII Щорічна науково-практична конференція з міжнародною участю «На межі компетенції психіатрії і неврології. Коморбідність психічних та неврологічних розладів». м. Харків, 8-10 грудня 2022 р. – стендова доповідь.

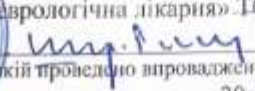
14. Науково-практична конференція «Оптимізація мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування психіатричних та неврологічних захворювань». м. Тернопіль, 23-24 березня 2023 року – усна доповідь.

15. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика». м. Київ, 21-22 квітня 2023 рік. – усна доповідь.


## Додаток В

## АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Генеральний директор  
КНП «Тернопільська обласна  
клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР

Шкробот В.В.   
(керівник установи, в якій проведено впровадження)

« 23 » 10 2023 р.



## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

**Назва пропозиції:** Покращення діагностики та лікування якості життя учасників бойових дій, які хворіли на непсихотичні психічні розлади та перенесли захворювання на COVID-19.

**Установа-розробник:** Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна.

**Автори:** д.мед.н. проф. Венгер Олена Петрівна, Коваль Маріанна Євгенівна

**Джерело інформації:** 1. Коваль М.С., Венгер О.П. Якість життя учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, Вип. 1(114). С. 30-34.

**Де впроваджено:** В лікувально-профілактичну роботу 10 психіатричного відділення КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР.

**Термін впровадження:** з березня 2023 року по теперішній час.

**Ефективність впровадження:** підвищення обізнаності здобувачів вищої медичної освіти про сучасні підходи до діагностики непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

**Пропозиція щодо впровадження та її результативність обговорена на засіданні кафедри психіатрії, наркології та медичної психології 23.10.2023 р. (протокол № 10 а).**

**Зауваження, пропозицій:** зауважень немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Завідувач 10 психіатричного відділення



О.І. Шершун

« 23 » жовтня 2023 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 генеральний директор КНП «Прикарпатський  
 обласний клінічний центр психічного здоров'я  
 Івано-Франківської обласної ради»  
 \_\_\_\_\_ Мирон МУЛИК  
 Підпис/печатка  
 (керівник установи в якій проведено впровадження).  
 Дата 25 жовтня 2023 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

#### Результатів науково-дослідної роботи у практичну охорону здоров'я

1. Назва впровадження: Покращення діагностики та лікування учасників бойових дій, які хворіли на непсихотичні психічні розлади та перенесли захворювання на COVID-19.  
 (назва пропозиції для впровадження?)

2. Установа-розробник, її поштовий індекс, ППІ авторів : Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна.

Автори: д.мед.н. проф. Венгер Олена Петрівна, Коваль Маріанна Євгенівна.

3. Джерело інформації:

Коваль М.Є., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

(інформаційний лист, вихідні данні статті, № патенту тощо).

4. Впроваджено за ПРВ 20 \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_

5. Строк впровадження (4): з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

6. Загальна кількість спостережень: \_\_\_\_\_

7. Ефективність впровадження з критеріями, викладеними в джерелі інформації (п.3).

Показники	За даними установи, яка проводила впровадження
Покращення діагностики та лікування учасників бойових дій, які хворіли на непсихотичні психічні розлади та перенесли захворювання на COVID-19.	57%
Ранній скринінг та попередження супутніх ускладнень	36%
Зменшення термінів непрацездатності	на 1,5 дні

8. Зауваження, додатки (4): зауважень немає \_\_\_\_\_

медичний директор, КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я Івано-Франківської обласної ради», Стрільців Н.Е.

(відповідальний за впровадження)

(посада, ПІБ) (Підпис/печатка)

« 25 » « жовтня » 20 23 р.

1. Узгоджені акти, впровадження затверджено зам. Завідуючого відділом охорони здоров'я.
2. Заповнюється розробником.
3. Тільки по пропозиціях включених до республіканського плану впровадження.
4. Заповнюється установою, яка проводила впровадження.
5. До акту заносяться ті показники, на які впливає впроваджувальна розробка.



«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
Пилипенко І.Ф.

« 26 » 10 2023 року

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

**Назва пропозиції:** Покращення діагностики та лікування учасників бойових дій, які хворіли на неспсихотичні психічні розлади та перенесли захворювання на COVID-19.

**Установа-розробник:** Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна.

**Автори:** д.мед.н. проф. Венгер Олена Петрівна, Коваль Маріанна Євгенівна

**Джерело інформації:** Коваль М.С., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників

бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

**Де впроваджено:** У лікувально-профілактичну роботу в Київській клінічній лікарні на залізничному транспорті №1

**Термін впровадження:** з березня 2023 року по теперішній час.

**Ефективність впровадження:** підвищення обізнаності здобувачів вищої медичної освіти про сучасні підходи до діагностики неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

**Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Зав.відділенням

Гапоненко А.О.

« 26 » Жовтня 2023 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Проректор з навчально-педагогічної (наукової)  
 роботи Тернопільського національного медичного  
 Університету імені І.Я. Горбачевського  
 д.мед.н., професор Іван Кліш  
 «23» жовтня 2023 року



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

**Назва пропозиції:** Покращення діагностики та лікування учасників бойових дій, які хворіли на непсихотичні психічні розлади та перенесли захворювання на COVID-19.

**Установа-розробник:** Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна.

**Автори:** д.мед.н. проф. Венгер Олена Петрівна, Коваль Маріанна Євгенівна

**Джерело інформації:** Коваль М.С., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

**Де впроваджено:** У педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету.

**Термін впровадження:** з березня 2023 року по теперішній час.

**Ефективність впровадження:** підвищення обізнаності здобувачів вищої медичної освіти про сучасні підходи до діагностики непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

**Пропозиція щодо впровадження та її результативність обговорена на засіданні кафедри психіатрії, наркології та медичної психології 25.10.2023 р. (протокол № ).**

**Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Професор ЗВО кафедри психіатрії, наркології  
 та медичної психології  
 д.мед.н., професор О.П. Венгер  
 М. С. Коваль

«23» жовтня 2023 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Проректор з навчально-педагогічної (наукової)  
 роботи Тернопільського національного медичного  
 Університету імені І.Я. Горбачевського  
 д.мед.н., професор Іван Кліш  
 «23» листопада 2023 року

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

**Назва пропозиції:** Покращення діагностики та лікування учасників бойових дій, які хворіли на неспсихотичні психічні розлади та перенесли захворювання на COVID-19.

**Установа-розробник:** Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна.

**Автори:** д.мед.н. проф. Венгер Олена Петрівна, Коваль Маріанна Євгенівна

**Джерело інформації:** Коваль М.С., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

**Де впроваджено:** У педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету.


**Термін впровадження:** з березня 2023 року по теперішній час.

**Ефективність впровадження:** підвищення обізнаності здобувачів вищої медичної освіти про сучасні підходи до діагностики неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

**Пропозиція щодо впровадження та її результативність обговорена на засіданні кафедри психіатрії, наркології та медичної психології 25.10.2023 р. (протокол № ).**

**Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Професор ЗВО кафедри психіатрії, наркології  
 та медичної психології  д.мед.н., професор О.П. Венгер  
 М. С. Коваль

«23» листопада 2023 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи  
Харківського національного  
медичного університету  
професор В. В. М'ясоєдов

« 24 » 10 20 23 р:

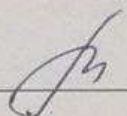
### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції: Покращення діагностики та лікування учасників бойових дій, які хворіли на неспсихотичні психічні розлади та перенесли захворювання на COVID-19.
2. Ким і коли запропонований: д.мед.н.. проф. Венгер Олена Петрівна, Коваль Маріанна Євгенівна, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна.
3. Джерела інформації: Коваль М.Є., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.
4. Де і коли впроваджено: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ, завідувач кафедри д.мед.н., проф. Кожина Г.М., з березня 2023 року по теперішній час.
5. Результати застосування методу з березня 2023 року по теперішній час.: Впровадження у науково-навчальний процес на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ в лекційному курсі, при проведенні практичних занять зі студентами, аспірантами, а також у науково-дослідну роботу кафедри.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п. 3): підвищення освітнього та наукового рівня підготовки студентів та аспірантів підвищення обізнаності щодо сучасних підходів до діагностики неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19..
7. Зауваження, пропозиції – немає.

#### Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри психіатрії, наркології,  
медичної психології та соціальної роботи  
Харківського національного медичного  
університету, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

24.10.23





«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з навчально-педагогічної (наукової)  
роботи Вінницького національного медичного  
університету імені М.І.Пирогова

д.мед.н., професор

Олег ВЛАСЕНКО

«24»

2023 року



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

**Назва пропозиції:** Покращення якості діагностики непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

**Установа-розробник:** Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, майдан Волі, 1, Тернопіль, Україна.

**Автори:** д.мед.н.. проф. Венгер Олена Петрівна, Коваль Маріанна Євгенівна

**Джерело інформації:** Коваль М.Є., Венгер О.П. Особливості психопатологічної симптоматики в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19 // Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. Том 8, № 1 (41). С. 115-121.

**Де впроваджено:** У педагогічний процес кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету.

**Термін впровадження:** з березня 2023 року по теперішній час.

**Ефективність впровадження:** підвищення обізнаності здобувачів вищої медичної освіти про сучасні підходи до діагностики непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які перенесли захворювання на COVID-19.

**Пропозиція щодо впровадження та її результативність обговорена на засіданні кафедри медичної психології та психіатрії 24.10.2023 р. (протокол № 2).**

**Зауваження, пропозицій:** зауважень немає.

**Відповідальний за впровадження:**

доцент ЗВО кафедри медичної  
психології та психіатрії

д.мед.н, доцент О.О. Белов

«24» *жовтня* 2023 р.