

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ
INTERREGIONAL ACADEMY OF PERSONNEL MANAGEMENT

ISSN 2663-0672

**ПСИХОЛОГІЧНЕ
ЗДОРОВ'Я**

**PSYCHOLOGICAL
HEALTH**

**ВИПУСК 1 (6)
ISSUE 1 (6)**

2021



**Видавничий дім
«Гельветика»
2021**

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Міжрегіональної Академії управління персоналом
(протокол № 5 від 29 вересня 2021 року)*

Психологічне здоров'я / [Головний редактор О. Макаренко]. – Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2021. – Випуск 1 (6). – 112 с.

Журнал «Психологічне здоров'я» є науковим рецензованим медичним виданням, в якому здійснюється публікація матеріалів науковців різних рівнів у вигляді наукових статей з метою їх поширення як серед вітчизняних дослідників, так і за кордоном.

Редакційна колегія не обов'язково поділяє позицію, висловлену авторами у статтях, та не несе відповідальності за достовірність наведених даних і посилань.

Ідея створення видання:

Коляденко Н. В. – д-р мед. наук, доц., завідувач кафедри медичної психології Інституту медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна).

Головний редактор:

Макаренко О. М. – д-р мед. наук, професор кафедри загальномедичних дисциплін Інституту медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна).

Редакційна колегія:

Бєленічев І. Ф. – д-р біол. наук, проф., завідувач кафедри фармакології та медичної рецептури з курсом нормальної фізіології, Запорізький державний медичний університет (Україна); **Горчакова Н. О.** – д-р мед. наук, професор кафедри фармакології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна); **Головчанська О. Д.** – д-р мед. наук, доц., доцент кафедри стоматології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна); **Дорошенко О. М.** – д-р мед. наук, проф., директор Інституту стоматології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Друзь О. В.** – д-р мед. наук, заслужений лікар України, начальник клініки психіатрії, Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», професор кафедри медичної психології Інституту медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна); **Карачевський А. Б.** – канд. мед. наук, доц., доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Мальцев Д. В.** – канд. мед. наук, доц., завідувач лабораторії імунології та молекулярної біології Інституту експериментальної і клінічної медицини, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна); **Михайлов Б. В.** – д-р мед. наук, проф., професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Нусейр Мохамед Халед** – д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри біохімії, Йорданський університет науки і технологій (Ірбід, Йорданія); **Омельянович В. Ю.** – д-р мед. наук, проф., професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Свиридова Н. К.** – д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Соловійов О. С.** – д-р мед. наук, д-р фармац. наук, проф., професор кафедри загальної і клінічної фармації Інституту медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна); **Харченко О. В.** – д-р мед. наук, професор кафедри анатомії, клінічної анатомії, оперативної хірургії, патоморфології та судової медицини Медичного інституту, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (Україна); **Черненко І. О.** – канд. мед. наук, ординатор клініки психіатрії, Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», доцент кафедри медичної психології Інституту медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна); **Черно В. С.** – д-р мед. наук, проф., професор кафедри анатомії, клінічної анатомії, оперативної хірургії, патоморфології та судової медицини Медичного інституту, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (Україна); **Чопчик В. Д.** – д-р мед. наук, доц., професор кафедри стоматології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна).

*Свідомство про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
«Психологічне здоров'я» Серія КВ № 24774-14714Р від 21.04.2021 р.*

Усі електронні версії статей журналу оприлюднюються на офіційній сторінці видання
<http://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health>

Статті у виданні перевірені на наявність плагіату за допомогою програмного забезпечення
StrikePlagiarism.com від польської компанії Plagiat.pl.

Recommended for publication
by Interregional Academy of Personnel Management
(Minutes No. 5 dated 29.09.2021)

Psychological Health / [chief editor Oleksandr Makarenko]. – Kyiv: Interregional Academy of Personnel Management, 2021. – Issue 1 (6). – 112 p.

Journal «Psychological Health» is a peer-reviewed scientific medical edition, which publishes materials of scientists of various levels in the form of scientific articles for the purpose of their dissemination both among domestic researchers and abroad.

Editorial board do not necessarily reflect the position expressed by the authors of articles, and are not responsible for the accuracy of the data and references.

The idea of creating edition:

Nina Koliadenko – Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Medical Psychology of the Institute of Medical and Pharmaceutical Sciences, Interregional Academy of Personnel Management (Ukraine).

Chief editor:

Oleksandr Makarenko – Doctor of Medicine, Professor at the Department of General Medical Disciplines of the Institute of Medical and Pharmaceutical Sciences, Interregional Academy of Personnel Management (Ukraine).

Editorial Board:

Ihor Bielenichev – Doctor of Biology, Professor, Head of the Department of Pharmacology and Medical Formulation with Course of Normal Physiology, Zaporizhzhia State Medical University (Ukraine); **Nadiia Horchakova** – Doctor of Medicine, Professor at the Department of Pharmacology, Bogomolets National Medical University (Ukraine); **Oleksandra Holovchanska** – Doctor of Medicine, Associate Professor, Senior Lecturer at the Department of Dentistry, Bogomolets National Medical University (Ukraine); **Olena Doroshenko** – Doctor of Medicine, Professor, Director of the Institute of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Ukraine); **Oleh Druz** – Doctor of Medicine, Honored Doctor of Ukraine, Head of the Psychiatry Clinic, National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital», Professor at the Department of Medical Psychology, Institute of Medical and Pharmaceutical Sciences, Interregional Academy of Personnel Management (Ukraine); **Andrii Karachevskiy** – PhD in Medicine, Associate Professor, Senior Lecturer at the Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Ukraine); **Dmytro Maltsev** – PhD in Medicine, Associate Professor, Head of the Laboratory of Immunology and Molecular Biology of the Institute of Experimental and Clinical Medicine, Bogomolets National Medical University (Ukraine); **Borys Mykhailov** – Doctor of Medicine, Professor, Professor at the Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Ukraine); **Mohamad Nusier Khalid Ibrahim** – Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Biochemistry, Jordan University of Science and Technology (Irbid, Jordan); **Vitalii Omelianovych** – Doctor of Medicine, Professor, Professor at the Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Ukraine); **Nataliia Svyrydova** – Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Neurology and Reflexotherapy, Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Ukraine); **Oleksii Soloviov** – Doctor of Medicine, Doctor of Pharmacy, Professor, Professor at the Department of General and Clinical Pharmacy of the Institute of Medical and Pharmaceutical Sciences, Interregional Academy of Personnel Management (Ukraine); **Oleksandr Kharchenko** – Doctor of Medicine, Professor at the Department of Anatomy, Clinical Anatomy, Operative Surgery, Anatomic Pathology and Forensic Medicine of the Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University (Ukraine); **Inna Chernenko** – PhD in Medicine, Resident of the Psychiatry Clinic, National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital», Senior Lecturer at the Department of Medical Psychology, Institute of Medical and Pharmaceutical Sciences, Interregional Academy of Personnel Management (Ukraine); **Valerii Chernov** – Doctor of Medicine, Professor, Professor at the Department of Anatomy, Clinical Anatomy, Operative Surgery, Anatomic Pathology and Forensic Medicine of the Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University (Ukraine); **Vitalii Chopchyk** – Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor at the Department of Dentistry, Bogomolets National Medical University (Ukraine).

*Print media registration certificate «Psychological Health»
series KV No. 24774-14714P dated 21.04.2021*

All electronic versions of articles in the collection are available on the official website edition
<http://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health>

The articles were checked for plagiarism using the software
StrikePlagiarism.com developed by the Polish company Plagiat.pl.

© Interregional Academy of Personnel Management, 2021

© Copyright by the contributors, 2021

ЗМІСТ

СТОМАТОЛОГІЯ

Діана МАЙБОРОДІНА
СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ6

Олег САВЧУК
ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 11

МЕДИЦИНА

Оксана КОБЗАР, Галина ПИЛЯГІНА
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЙНО-ДЕРЕАЛІЗАЦІЙНИЙ РОЗЛАД: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ16

Ніна КОЛЯДЕНКО
ДИЛЕМА ЖЕРТОВНОСТІ В ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ: МОРАЛЬНА ЦІННІСТЬ ЧИ ВІКТИМІЗАЦІЯ?23

Дмитро МАЛЬЦЕВ
АСОЦІАЦІЯ ГЕНЕТИЧНОГО ДЕФЦИТУ ФОЛАТНОГО ЦИКЛУ І РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ:
ІМУНОЗАЛЕЖНІ МЕХАНІЗМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ
І МОЖЛИВОСТІ ІМУНОТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....34

Тетяна ЧОРНА
РУХОВА КОРЕКЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СПЕКТРУ АУТИЗМУ46

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Наталія ЗДОРОВЕНКО, Олеся АНТОНЮК, Ольга ЦИМАЄНКО
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОНЛАЙН-НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ
ФІЗИЧНОГО ТА РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ52

Наталія ПАВЛИК
ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ВИВЧЕННЯ
ГАРМОНІЙНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ.....63

Віра СТАРИЧЕНКО
ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПОСТСТРЕСОВИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ РОЛЬОВИХ
КОНФЛІКТАХ БАТЬКІВ, ЯКІ МАЮТЬ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВІДХИЛЕННЯМИ РОЗВИТКУ76

Євген ЧОРНОШТАН
СЕНС ЛЮБОВІ ЯК МОРАЛЬНОЇ ЧЕСНОТИ ЛІКАРЯ-ПСИХОЛОГА
В КОНТЕКСТІ ДУХОВНОЇ ПАРАДИГМИ ПРАВОСЛАВ'Я.....86

ФАРМАЦІЯ, ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ

Христина ЖИВАГО
ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ З ДЕПРЕСИВНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ.....92

Крістіан ДІЛ
ВПЛИВ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ НА СТАН ШКІРИ І НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ МІСЦЕВІЙ ТЕРАПІЇ
У ХВОРИХ НА БУЛЬОЗНИЙ ЕПІДЕРМОЛІЗ.....102

CONTENTS

STOMATOLOGY

Diana MAIBORODINA

THE STATE OF CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS
ON THE BACKGROUND OF OBESITY6

Oleh SAVCHUK

THE MAIN DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS OF DENTAL DISEASES
IN HEALTH CARE INSTITUTIONS OF UKRAINE..... 11

MEDICINE

Oksana KOBZAR, Galina PILYAGINA

DEPERSONALIZATION-DEREALIZATION DISORDER: MODERN IDEAS16

Nina KOLYADENKO

THE SACRIFICE DILEMMA IN THE MEDICAL PROFESSION: MORAL VALUE OR VICTIMIZATION?23

Dmytro MALTSEV

ASSOCIATION OF GENETIC FOLATE DEFICIENCY AND AUTISM SPECTRUM DISORDERS
IN CHILDREN: IMMUNE-DEPENDENT MECHANISMS OF CEREBRAL DAMAGE AND THE POSSIBILITY
OF IMMUNOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS (LITERATURE REVIEW).....34

Tetiana CHORNA

MOTOR CORRECTION IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....46

MEDICAL PSYCHOLOGY

Natalia ZDOROVENKO, Olesya ANTONYUK, Olga TSIMAYENKO

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ONLINE LEARNING
FOR CHILDREN WITH PHYSICAL AND MENTAL DISABILITIES.....52

Natalia PAVLYK

THE PSYCHODIAGNOSTIC METHODS FOR STUDYING THE HARMONY
OF THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF A PERSONALITY63

Vira STARYCHENKO

RESEARCH OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF POST-STRESS DISORDERS
IN ROLE CONFLICTS OF PARENTS WHO HAVE CHILDREN WITH CONGENITAL MALFORMATIONS..... 76

Eugene CHORNOSHTAN

THE MEANING OF LOVE AS A MORAL VIRTUE OF A MEDICAL PSYCHOLOGIST
IN THE CONTEXT OF THE SPIRITUAL PARADIGM OF ORTHODOXY86

PHARMACY, INDUSTRIAL PHARMACY

Khrystyna ZHYVAHO

THE USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN THE COMPLEX OF MEASURES OF MEDICAL AND SOCIAL
REHABILITATION OF PATIENTS WITH PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA
WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS92

Kateryna KOLIADENKO, Oleksandr FEDORENKO, Christian DIEHL

THE EFFECT OF SUPEROXIDE DISMUTASE ON SKIN CONDITION AND QUALITY OF LIFE
IN TOPICAL THERAPY IN PATIENTS WITH BULLOUS EPIDERMOLYSIS.....102

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.31

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-1>

Діана МАЙБОРОДИНА

PhD, асистент кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, бульв. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, індекс 01001 (diana.mayborodina@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1444-023X>

Diana MAIBORODINA

PhD MD, Assistant at the Department of Dentistry of the Institute of Postgraduate Education, Bogomolets National Medical University, Director of the Clinic «Medical Practice», 13 Tarasa Shevchenka Blvd., Kyiv, Ukraine, postal code 01001 (diana.mayborodina@gmail.com)

Бібліографічний опис статті: Майбородіна Д. Стан вуглеводного обміну у хворих на генералізований пародонтит на фоні ожиріння. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 6–10. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-1>

Bibliographic description of the article: Maiborodina, D. (2021). Stan vuhlevodnoho obminu u khvorykh na heneralizovanyi parodontyt na foni ozhyrinnia [The state of carbohydrate metabolism in patients with generalized periodontitis on the background of obesity]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 6–10. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-1>

СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ

Анотація. Постановка проблеми. Ожиріння призводить до метаболічних порушень, що сприяє ранньому руйнуванню комплексу тканин пародонту.

Огляд літератури. Однією з провідних проблем в розвинених країнах є цукровий діабет 2 типу, якому передують метаболічний синдром, серед основних компонентів якого є ожиріння та інсулінорезистентність. Вплив таких патогенетичних змін на ймовірність формування генералізованого пародонтиту вивчено недостатньо.

Формулювання мети статті. Мета – дослідити зміни глюкози сироватки крові та імунореактивного інсуліну у хворих на генералізований пародонтит на тлі ожиріння.

Виклад основного матеріалу. Вибірка досліджуваних пацієнтів становила 94 особи у віці від 19 до 35 років. Проводилося дослідження глюкози сироватки крові (натще і після навантаження глюкозою) та імунореактивного інсуліну. Виявлено стан гіперінсулінемії у хворих на генералізований пародонтит в асоціації з ожирінням, що свідчить про наявність порушення вуглеводного обміну у таких пацієнтів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У хворих на хронічний генералізований пародонтит на тлі ожиріння має місце підвищений вміст глюкози, а рівень стимульованого інсуліну в крові значно перевищував норму. Такий дисбаланс у вуглеводному обміні може ініціювати продукцію прозапальних цитокінів та сприяти прогресуванню захворювань пародонта у таких пацієнтів. В подальшому ми плануємо продовжити дослідження в цьому напрямку, щоб розробити ефективні заходи лікування та профілактики захворювань пародонта.

Ключові слова: пародонт, пародонтит, ожиріння, діабет, фактори ризику, діагностика, профілактика.

THE STATE OF CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS ON THE BACKGROUND OF OBESITY

Abstract. Formulation of the problem. Obesity leads to metabolic disorders, which contributes to the early destruction of the periodontal tissue complex.

Literature review. One of the leading problems in developed countries is type 2 diabetes, which is preceded by metabolic syndrome, the main components of which are obesity and insulin resistance. The influence of such pathogenetic changes on the probability of generalized periodontitis has not been studied enough.

Formulation of the purpose of the article. The goal is to investigate changes in serum glucose and immunoreactive insulin in patients with generalized periodontitis on the background of obesity.

Presenting main material. The sample of patients was 94 people aged 19 to 35 years. Serum glucose (fasting and post-glucose loading) and immunoreactive insulin were studied. The state of hyperinsulinemia in patients with generalized periodontitis in association with obesity was revealed, which indicates the presence of disorders of carbohydrate metabolism in such patients.

Conclusions and prospects for further research. Patients with chronic generalized periodontitis on the background of obesity have elevated glucose levels, and the level of stimulated insulin in the blood was much higher than normal. Such an imbalance in carbohydrate metabolism can initiate the production of pro-inflammatory cytokines and contribute to the progression of periodontal disease in such patients. In the future, we plan to continue research in this direction to develop effective measures for the treatment and prevention of periodontal disease.

Key words: periodontitis, obesity, diabetes, risk factors, diagnosis, prevention.

Вступ. Постановка проблеми. В останні роки, за даними ВООЗ, біля 1,9 млрд людей віком понад 18 років мають надлишкову вагу, з них понад 650 млн осіб страждають від ожиріння, при цьому є тенденція до щорічного зростання цих показників. На сьогодні в Україні ожиріння чи надлишкову масу тіла мають 35–36% чоловіків, 41% жінок і 15–16% дітей, при цьому зберігається тенденція до зростання цих показників (Пасієшвілі, Л. М., 2014). Доведено зв'язок між ожирінням і захворюваннями порожнини рота (de Almeida Bastos, I. N., Alves, E. S., de Sousa, et al., 2018), насамперед пародонтиту (Suvan, J. E., Finer, N., & D'Aiuto, F., 2018), тоді як підтримання екологічної динамічної стабільності мікробіоти ротової порожнини є запорукою її клінічного здоров'я (Nyvad, B., & Takahashi, N., 2020). Ожиріння ж призводить, зокрема, до метаболічних порушень (цукрового діабету 2 типу, інсулінорезистентності, метаболічного синдрому), тому дослідження останніх десятиліть відмічають, що у молодих осіб з ожирінням, хворих на генералізований пародонтит, виявляються відхилення в білковому, жировому та вуглеводному обміні (Ємельянова, Н. Ю., Ємельянов, Д. В., 2018; Montero, E., López, M., Vidal, H., et al., 2020), що сприяє ранньому руйнуванню комплексу тканин пародонту та швидкій втраті зубів (Ємельянова, Н. Ю., Ємельянов, Д. В., 2011; Передерій, В. Г., Ткач, С. М., Кутовий, В. М., Роттер, М. Н., 2013; Moura-Gres, P. G., Marsicano, J. A., 2014; Дедов, І. І., Мельниченко, Г. А., Шестакова, М. В., та ін., 2018; Кустрьо, Т. В., Антоненко, М. Ю., Губська, О. Ю., та ін., 2020). На сьогоднішній день однією з провідних проблем в розвинених країнах є цукровий діабет 2 типу (ЦД 2), якому передують стан інсулінорезистентності (ІР) тканин, що визначається як метаболічний синдром (МС) або синдром інсулінорезистентності. Основними компонентами МС є: ожиріння, інсулінорезистентність, дисліпідемія і артеріальна гіпертензія (Передерій, В. Г., Ткач, С. М., Кутовий, В. М., Роттер, М. Н., 2013). Початком формування МС є інсулінорезистентність, яка запускає ланцюг метаболічних порушень і сприяє розвитку різноманітних патологічних станів. Найпоширенішим фактором виникнення ІР є надлишкова маса тіла, яка, в свою чергу, призводить до розвитку артеріальної гіпертензії та зниження чутливості периферичних тканин до інсуліну з подальшим прогресуючим накопиченням зайвої ваги. Провідними патогенетичними механізмами в реалізації компонентів МС є активація

факторів запалення, ендотеліальна дисфункція, порушення процесів фібринолізу, зміна прокоагулянтної активності плазми крові, оксидативний стрес, виражені імунологічні зрушення, порушення автономної нервової регуляції, які реалізуються на рівні різних органів і систем (Atabay, V. E. & Lutfioglu, M., 2017; Lamster, I. B. & Pagan, M., 2017). Вплив патогенетичних змін, які супроводжують ІР, у осіб, які не мають маніфестуючого діабету, на ймовірність формування ГП, особливості його клінічного перебігу вивчені недостатньо.

Формулювання мети статті. *Мета* – дослідити зміни глюкози сироватки крові та імунореактивного інсуліну у хворих на генералізований пародонтит на тлі ожиріння.

Виклад основного матеріалу. *Матеріали та методи дослідження.* Представлені в цій статті матеріали є продовженням комплексного дослідження проблеми пародонтиту, окремі результати якого, проведені на тій же самій рандомізованій вибірці пацієнтів, були опубліковані в минулому році (Maiborodina, D., 2020). В дослідженні взяли участь 94 особи у віці від 19 до 35 років. Серед них: 32 особи хворі на генералізований пародонтит на фоні надлишкової маси тіла (19 чоловіків та 13 жінок) – 1 група, 40 пацієнтів із генералізованим пародонтитом та ожирінням (21 чоловіків та 19 жінок) – 2 група, а також контрольна група – 22 практично здорових особи тієї ж вікової категорії. При діагностиці ураження пародонта використовували стандартний алгоритм клініко-рентгенологічного дослідження та класифікацію М. Ф. Данилевського (2001). Критеріями включення у дослідження стали: вік (19–35 років), пацієнти з надлишковою масою тіла (індекс маси тіла ≥ 25 кг/м²) та ожирінням (індекс маси тіла ≥ 30 кг/м²). Критеріями виключення з дослідження були гострі запальні захворювання і загострення хронічних запальних захворювань на момент дослідження, важкі соматичні захворювання, що перешкоджають обстеженню (гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, злоякісні новоутворення тощо), і формальна відсутність діагностованих афективних розладів.

Вивчення порушень вуглеводного обміну у хворих досліджуваних груп включало в себе дослідження глюкози сироватки крові натще та імунореактивного інсуліну. Вміст глюкози визначали в капілярній крові натще і після наван-

таження глюкозою. Навантаження виконували шляхом перорального призначення глюкози з подальшим визначенням вмісту її в крові через 60 і 120 хвилин після прийому. Вміст імунореактивного інсуліну в сироватці венозної крові визначали натще і через 2 години після навантаження глюкозою. Критеріями гіперінсулемії вважали рівень інсуліну натще більше 12,5 мкЕД/мл і вище, через 2 години після навантаження глюкозою – 28,5 мкЕД/мл і вище.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою програми Microsoft Excel з використанням t-критерію Ст'юдента.

Етичні питання в процесі дослідження вирішувалися шляхом дотримання принципів біоетики, відповідних вітчизняних і міжнародних нормативних документів, принципів академічної доброчесності. Дослідження проводили за інформованою згодою відповідно до вимог Комісії з питань біоетичної експертизи. Всі пацієнти були ознайомлені з цілями і завданнями дослідження і добровільно підписали інформовану згоду. Спеціальне фінансування на проведення дослідження не виділялося, конфлікту інтересів не було.

Результати дослідження. Дані, отримані при дослідженні глюкози сироватки крові без навантаження глюкозою та з навантаженням, наведені в таблиці 1.

Показники базальної глюкози у 2 та 3 групах пацієнтів достовірно не відрізнялися між собою (5,1-5,5 ммоль/л). При аналізі показників вуглеводного обміну натще і через 2 години після навантаження глюкозою (тест толерантності до глюкози – ТТГ) вміст глюкози у крові був підвищений у хворих з ожирінням на 31% (у порівнянні з кон-

трольною групою), тоді як у хворих з надлишковою масою тіла показники були в нормі і достовірно не відрізнялися.

Результати визначення імунореактивного інсуліну крові (базального та стимульованого) у пацієнтів з усіх досліджуваних груп наведені в Таблиці 2.

Показники базального інсуліну були максимальними у пацієнтів з ожирінням, що свідчило про максимально виражену компенсаторну реакцію у хворих з ожирінням (2 група) при зниженій чутливості рецепторів до інсуліну

Таким чином, тест толерантності до глюкози і визначення рівня інсуліну натще і через 2 години після навантаження дозволили виявити стан гіперінсулінемії у хворих на ГП в асоціації з ожирінням, що свідчить про наявні порушення вуглеводного обміну у таких пацієнтів.

Обговорення результатів дослідження. Проблема зв'язку стоматологічних захворювань із метаболічними порушеннями є однією з найбільш актуальних у сучасній стоматології, однак попри значну увагу науковців вона досі залишається не вирішеною. Тим не менше, вона всебічно розглядається дослідниками в усьому світі. Пародонтит вважається як багатофакторне хронічне запальне захворювання, яке характеризується прогресуючим руйнуванням опорного апарату зуба та має зв'язок із ожирінням і метаболічним синдромом (Jepsen, S., Suvan, J., & Deschner, J., 2020). Завдяки моделюванню ожиріння в лабораторних умовах (Chen, Z. Y., Xu, T. T., Liang, Z. J., et al., 2021) було доведено, що ожиріння є фактором посиленої метаболічної реакції на пародонтит, що обумовлює метаболічну сприйнятливість до загостреного руйнування пародонту. Надмірна вага та ожиріння розглядаються як істотний фактор ризику щодо захворювань

Таблиця 1

Рівень глюкози у сироватці крові натще і після навантаження глюкозою у хворих на ГП на тлі ожиріння

Глюкоза сироватки крові, ммоль/л	I група (n=32)	II група (n=40)	Контроль (n=22)
Натще	5,5 ± 0,3*	5,2 ± 0,2	4,8 ± 0,2
Стимульована			
через 1 годину	6,8 ± 0,9	7,8 ± 0,4	6,9 ± 0,3
через 2 години	5,4 ± 0,6	6,2 ± 0,4***	4,7 ± 0,2

Примітка: Достовірність відмінностей показників у порівнянні з контрольною групою: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

Таблиця 2

Рівень імунореактивного інсуліну в сироватці крові у хворих на ГП на тлі ожиріння

Імунореактивний інсулін, мкОд/мл	I група (n=32)	II група (n=40)	Контроль (n=22)
Базальний	19,1 ± 0,4	16,1 ± 1,4*	11,4 ± 1,2
Стимульований	55,0 ± 7,0***	56,1 ± 3,9***	18,9 ± 1,2

Примітка: Достовірність відмінностей показників у порівнянні з контрольною групою: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

пародонту (Vaziri, F., Bahrololoomi, Z., Savabieh, Z., & Sezavar, K., 2022). Крім того, захворювання пародонту, пародонтит, а також попередній гінгівіт асоціюються як з ожирінням, так і з цукровим діабетом (Woelber, J. P., Tennert, C., Ernst, S. F., 2021). Виявлення в нашому дослідженні в пацієнтів із ГП стану гіперінсулінемії в асоціації з ожирінням корелює з цими даними джерел наукової літератури. Дослідники (Preshaw, P. M., & Bissett, S. M., 2019) підкреслюють взаємопов'язаність пародонтиту з цукровим діабетом і вказують на те, що для оцінки ризику слід проводити глікемічний контроль. Це підтверджується й результатами нашого дослідження, виявленням стану гіперінсулінемії у хворих на ГП в асоціації з ожирінням.

Водночас рядом авторів доводиться значення профілактичних заходів "здорової поведінки", регулярного відвідування стоматолога щодо зменшення ризику захворювання на пародонтит при наявності ожиріння (Porcelli, I. C. D. S., Corsi, N. M., Fracasso, M. D. L. C., et al., 2019; Khan, S., Bettiol, S., Kent, K., et al., 2021). Вказується, що дотримання спеціальної дієти сприяє зняженню частоти запалення пародонту ((Holmer, H., Widén, C., Wallin Bengtsson, et al., 2018; Woelber, J. P., & Tennert, C., 2020; Woelber, J. P., Tennert, C., Ernst, S. F., 2021), що можна розглядати як один із перспективних напрямків розробки профілактичних заходів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Виявлено підвищення вмісту глюкози в крові хворих з ожирінням на 31% (у порівнянні з контрольною групою), тоді як у хворих з надлишковою масою тіла показники були в нормі і достовірно не відрізнялися. Встановлено, що в хворих з ожирінням компенсаторна реакція є максимально вираженою при зниженій чутливості рецепторів до інсуліну. Виявлений стан гіперінсулінемії у хворих на генералізований пародонтит в асоціації з ожирінням свідчить про наявні порушення вуглеводного обміну в таких пацієнтів.

Доведено, що в сироватці крові та ротовій рідині хворих на генералізований пародонтит на фоні надлишкової маси тіла та ожиріння мають місце достовірні зміни показників вуглеводного метаболізму. Ці порушення більш виражені у хворих на генералізований пародонтит на фоні ожиріння. У хворих на хронічний генералізований пародонтит на тлі ожиріння має місце підвищений вміст глюкози, а рівень стимульованого інсуліну в крові значно перевищував норму. Такий дисбаланс у вуглеводному обміні може ініціювати продукцію прозапальних цитокінів та сприяти прогресуванню захворювань пародонта в таких пацієнтів. В подальшому ми плануємо продовжити дослідження в цьому напрямку, щоб розробити ефективні заходи лікування та профілактики захворювань пародонта.

Список використаних джерел:

1. Данилевський М. Ф., Борисенко А. В. До питання про класифікацію та термінологію захворювань пародонта. *Новини стоматології*. 2001. № 1. С. 8–10.
2. Дедов І. І., Мельниченко Г. А., Шестакова М. В. та ін. Національні клінічні рекомендації щодо лікування морбідного ожиріння у дорослих. Третій перегляд (лікування морбідного ожиріння у дорослих). *Ожиріння та метаболізм*. 2018. № 15(1). С. 53–70. (Ru)
3. Ємельянова Н. Ю., Ємельянов Д. В. Особливості прояву ішемічної хвороби серця в порожнині рота. *Web of Scholar*. 2018. № 1(8). С. 41–44. (Ru)
4. Ємельянова Н. Ю., Ємельянов Д. В. Аналіз стоматологічного статусу в хворих з надлишковою масою тіла: міждисциплінарний підхід. *Український терапевтичний журнал*. 2011. № 4. С. 79–81. (Ru)
5. Кустрьо Т. В., Антоненко М. Ю., Губська О. Ю. та ін. Структура та клініко-рентгенологічні особливості уражень пародонта в пацієнтів із глютен-асоційованими захворюваннями. *Сучасна стоматологія*. 2020. № 2. С. 40.
6. Пасієшвілі Л. М. Проблема ожиріння в загальнолікарській практиці. *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*. 2014. № 1. С. 37–43. (Ru)
7. Передерій В. Г., Ткач С. М., Кутовий В. М., Роттер М. Н. Надмірна вага та ожиріння. Наслідки для здоров'я та життя, сучасні рекомендації по досягненню та підтриманню нормальної маси тіла : Монографія. К. : Старт, 2013. 240 с. ISBN 978-966-2244-07-06 (Ru)
8. Atabay V. E., Lutfioglu M. Obesity and oxidative stress in patients with different periodontal status: a case-control study. *J Periodontal Res*. 2017. Vol. 52(1). P. 51–60.
9. Chen Z. Y., Xu T. T., Liang Z. J. et al. Untargeted and targeted gingival metabolome in rodents reveal metabolic links between high-fat diet-induced obesity and periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2021. Vol. 48(8). P. 1137–1148.
10. de Almeida Bastos I. H., Alves E. S., de Sousa C. D. et al. Prevalence of risk factors for oral diseases in obese patients referred for bariatric surgery. *The Journal of the American Dental Association*. 2018. Vol. 149(12). P. 1032–1037.
11. Holmer H., Widén C., Wallin Bengtsson V. et al. Improved general and oral health in diabetic patients by an okinawan-based nordic diet: A pilot study. *International Journal of Molecular Sciences*. 2018. Vol. 19(7). P. 1949.
12. Jepsen S., Suvan J., & Deschner J. The association of periodontal diseases with metabolic syndrome and obesity. *Periodontology*. 2020. Vol. 83(1). P. 125–153.
13. Khan S., Bettiol S., Kent K. et al. Association between obesity and periodontitis in Australian adults: A single mediation analysis. *Journal of Periodontology*. 2021. Vol. 92(4). P. 514–523.
14. Lamster I. B., Pagan M. Periodontal disease and the metabolic syndrome. *Int Dent J*. 2017. Vol. 67(2). P. 67–77.
15. Maiborodina D. Alternative changes of lipides of blood and saliva in patients with generalized periodontitis with obesity background. *Sciences of Europe*. 2020. Vol. 47–2 (47).

16. Montero E., López M., Vidal H. et al. Impact of periodontal therapy on systemic markers of inflammation in patients with metabolic syndrome: A randomized clinical trial. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2020. Vol. 22(11). P. 2120–2132.
17. Moura-Grec P.G., Marsicano J.A. Obesity and periodontitis: systematic review and meta-analysis. *Cien Saude Colet*. 2014. Vol. 19(6). P. 63–72.
18. Nyvad B., Takahashi N. Integrated hypothesis of dental caries and periodontal diseases. *Journal of oral microbiology*. 2020. Vol. 12(1). 1710953.
19. Porcelli I. C. D. S., Corsi N. M., Fracasso M. D. L. C. et al. Oral health promotion in patients with morbid obesity after gastroplasty: a randomized clinical trial. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2019. Vol. 32.
20. Preshaw P. M., Bissett S. M. Periodontitis and diabetes. *British dental journal*. 2019. Vol. 227(7). P. 577–584.
21. Suvan J. E., Finer N., D'Aiuto F. Periodontal complications with obesity. *Periodontology 2000*. 2018. Vol. 78(1). P. 98–128.
22. Vaziri F., Bahrololoomi Z., Savabieh Z., Sezavar K. The relationship between children's body mass index and periodontal status. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2022. Vol. 26(1). P. 64.
23. Woelber J. P., Tennert C. Diet and periodontal diseases. *The impact of nutrition and diet on oral health*. 2020. Vol. 28. P. 125–133.
24. Woelber J. P., Tennert C., Ernst S. F. et al. Effects of a Non-Energy-Restricted Ketogenic Diet on Clinical Oral Parameters. An Exploratory Pilot Trial. *Nutrients*. 2021. Vol. 13(12). P. 4229.

References:

1. Danilevsky, M.F., & Borisenko, A.V. (2001), On the question of classification and terminology of periodontal diseases, *Dentistry News*, vol. 1, pp. 8–10.
2. Dedov, I.I., Melnichenko, G.A., Shestakova, M.V., et al. (2018), National clinical guidelines for the treatment of morbid obesity in adults. Third revision (treatment of morbid obesity in adults), *Obesity and metabolism*, vol. 15 (1), pp. 53–70. (Ru)
3. Yemelyanova, N.Yu., Yemelyanov, D.V. (2018), Features of the manifestation of coronary heart disease in the oral cavity, *Web of Scholar*, vol. 1 (8), pp. 41–44. (Ru)
4. Yemelyanova, N. Yu., Yemelyanov, D. V. (2011), Analysis of dental status in patients with excess body weight: an interdisciplinary approach, *Ukrainian Therapeutic Journal*, vol. 4, pp. 79–81. (Ru)
5. Kustryo, TV, Antonenko, M. Yu., Gubskaya, O. Yu., et al. (2020), Structure and clinical and radiological features of periodontal lesions in patients with gluten-associated diseases, *Modern Dentistry*, vol. 2, pp. 40.
6. Pasieshvili, L. M. (2014), The problem of obesity in general practice, *Eastern European Journal of Internal and Family Medicine*, vol. 1, pp. 37–43. (Ru)
7. Perederiy, V. G., Tkach, S. M., Kutovy, V. M. & Rotter, M. N. (2013), Overweight and obesity. Consequences for health and life, modern recommendations for achieving and maintaining a normal body weight: Monograph, K.: Start, 240 pp., ISBN 978-966-2244-07-06 (Ru)
8. Atabay, V. E. & Lutfioglu, M. (2017), Obesity and oxidative stress in patients with different periodontal status: a case-control study, *J Periodontal Res.*, vol. 52(1), pp. 51–60.
9. Chen, Z. Y., Xu, T. T., Liang, Z. J., et al. (2021), Untargeted and targeted gingival metabolome in rodents reveal metabolic links between high-fat diet-induced obesity and periodontitis, *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 48(8), pp. 1137–1148.
10. de Almeida Bastos, I. H., Alves, E. S., de Sousa, C. D., et al. (2018), Prevalence of risk factors for oral diseases in obese patients referred for bariatric surgery, *The Journal of the American Dental Association*, vol. 149(12), pp. 1032–1037.
11. Holmer, H., Widén, C., Wallin Bengtsson, V., et al. (2018), Improved general and oral health in diabetic patients by an okinawan-based nordic diet: A pilot study, *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 19(7), pp. 1949.
12. Jepsen, S., Suvan, J., & Deschner, J. (2020), The association of periodontal diseases with metabolic syndrome and obesity, *Periodontology*, vol. 83(1), pp. 125–153.
13. Khan, S., Bettiol, S., Kent, K., et al. (2021), Association between obesity and periodontitis in Australian adults: A single mediation analysis, *Journal of Periodontology*, vol. 92(4), pp. 514–523.
14. Lamster, I. B. & Pagan, M. (2017), Periodontal disease and the metabolic syndrome, *Int Dent J.*, vol. 67(2), pp. 67–77.
15. Maiborodina, D. (2020), Alternative changes of lipides of blood and saliva in patients with generalized periodontitis with obesity background, *Sciences of Europe*, vol. 47-2 (47).
16. Montero, E., López, M., Vidal, H., et al. (2020), Impact of periodontal therapy on systemic markers of inflammation in patients with metabolic syndrome: A randomized clinical trial, *Diabetes, Obesity and Metabolism*, vol. 22(11), pp. 2120–2132.
17. Moura-Grec, P.G., Marsicano, J.A. (2014), Obesity and periodontitis: systematic review and meta-analysis, *Cien Saude Colet.*, vol. 19(6), pp. 63–72.
18. Nyvad, B., & Takahashi, N. (2020), Integrated hypothesis of dental caries and periodontal diseases, *Journal of oral microbiology*, vol. 12(1), 1710953.
19. Porcelli, I. C. D. S., Corsi, N. M., Fracasso, M. D. L. C., et al. (2019), Oral health promotion in patients with morbid obesity after gastroplasty: a randomized clinical trial. *ABCD, Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, vol. 32.
20. Preshaw, P. M., & Bissett, S. M. (2019), Periodontitis and diabetes, *British dental journal*, vol. 227(7), pp. 577–584.
21. Suvan, J. E., Finer, N., & D'Aiuto, F. (2018), Periodontal complications with obesity, *Periodontology 2000*, vol. 78(1), vol. 98–128.
22. Vaziri, F., Bahrololoomi, Z., Savabieh, Z., & Sezavar, K. (2022), The relationship between children's body mass index and periodontal status, *Journal of Indian Society of Periodontology*, vol. 26(1), pp. 64.
23. Woelber, J. P., & Tennert, C. (2020), Diet and periodontal diseases, *The impact of nutrition and diet on oral health*, vol. 28, pp. 125–133.
24. Woelber, J. P., Tennert, C., Ernst, S. F., et al. (2021), Effects of a Non-Energy-Restricted Ketogenic Diet on Clinical Oral Parameters. An Exploratory Pilot Trial, *Nutrients*, vol. 13(12), pp. 4229.

УДК 616.31:614.2

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-2>

Олег САВЧУК

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна, індекс 02000 (kab413@ukr.net)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5771-3990>

Oleh SAVCHUK

DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of Dentistry, Interregional Academy of Personnel Management, st. Frometivska, 2, Kyiv, Ukraine, postal code 02000 (kab413@ukr.net)

Бібліографічний опис статті: Савчук О. Основні напрямки удосконалення методів лікування стоматологічних захворювань в закладах охорони здоров'я України. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 11–15. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-2>

Bibliographic description of the article: Savchuk, O. (2021). Osnovni napriamky udoskonalennia metodiv likuvannia stomatolohichnykh zakhvoriuvan v zakladakh okhorony zdorovia Ukrainy [The main directions of improvement of treatment methods of dental diseases in health care institutions of Ukraine]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 11–15. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-2>

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Анотація. Постановка проблеми. Напрямок формування нової системи управління, виховання кадрових ресурсів та керівників-менеджерів в сфері охорони здоров'я, зокрема стоматології, має стати державно-приватне партнерство (ДПП).

Огляд літератури. Закордонний і вітчизняний досвід свідчить про те, що впровадження механізмів ДПП в охороні здоров'я, зокрема в стоматології, сприяє підвищенню якості, рівня сервісу та доступності медичних (в т.ч. стоматологічних) послуг населенню.

Постановка мети дослідження. Мета – дослідити та узагальнити досвід підготовки кадрових ресурсів для медичних стоматологічних закладів, створюваних на принципах державно-приватного партнерства.

Матеріали та методи дослідження. Узагальнення досвіду підготовки кадрових ресурсів для медичних стоматологічних закладів здійснено на основі системного підходу та системного аналізу з використанням експертного та порівняльного аналізу. Інформаційною базою виступили наукові праці спеціалістів із організації та управління охороною здоров'я.

Результати дослідження. Формування ефективного механізму управління кадрами в медичних стоматологічних закладах на принципах ДПП є важливою умовою створення стійкої системи господарювання та забезпечення високих темпів економічного зростання закладу. Робота з кадровими ресурсами в стоматологічному закладі на принципах ДПП має бути спрямована на приведення можливостей медичних працівників у відповідність із цілями його діяльності, створення ефективної системи підготовки кадрів.

Обговорення отриманих результатів. Для управління персоналом необхідним є функціонування системи післядипломної підготовки та перепідготовки, а також неперервного розвитку кадрів з урахуванням умов інформаційно-комунікаційного прогресу.

Висновки та перспективи подальших досліджень. В сучасних економічних умовах України державним медичним (в т.ч. стоматологічним) закладам необхідно перейти від реалізації «стратегії виживання» до «стратегії сталого розвитку», до формування нової системи управління на принципах ДПП. Перспективи подальших досліджень полягають у використанні запропонованих підходів до управління кадровими ресурсами при розробці функціонально-організаційної моделі стоматологічного центру на принципах державно-приватного партнерства (ДПП).

Ключові слова: заклади охорони здоров'я, стоматологія, управління, державно-приватне партнерство.

THE MAIN DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS OF DENTAL DISEASES IN HEALTH CARE INSTITUTIONS OF UKRAINE

Abstract. Formulation of the problem. Public-private partnership (PPP) should be the direction of the formation of a new system of management, education of human resources and managers in the field of health care, including dentistry.

Literature review. Foreign and domestic experience shows that the introduction of PPP mechanisms in health care, in particular in dentistry, helps to improve the quality, level of service and accessibility of medical (including dental) services to the public.

Formulation the purpose of the study. The goal is to study and summarize the experience of training human resources for medical dental institutions, created on the principles of public-private partnership.

Materials and methods of research. The generalization of the experience of training human resources for medical dental institutions is based on a systematic approach and systematic analysis using expert and comparative analysis. The information base was a scientific work of specialists in the organization and management of health care.

Results of the research. The formation of an effective mechanism of personnel management in medical dental institutions on the principles of PPP is an important condition for creating a sustainable management system and ensuring high rates of economic growth of the institution. Work with human resources in the dental institution on the principles of PPP should be aimed at bringing the capabilities of health professionals in line with the objectives of its activities, creating an effective training system.

Discussion. For personnel management it is necessary to operate a system of postgraduate training and retraining, as well as continuous staff development, taking into account the conditions of information and communication progress.

Conclusions and prospects for further research. In the current economic conditions of Ukraine, public medical (including dental) institutions need to move from the implementation of «survival strategy» to «sustainable development strategy», to the formation of a new management system based on the principles of PPP. Prospects for further research are to use the proposed approaches to human resource management in the development of functional and organizational model of the dental center on the principles of public-private partnership (PPP).

Key words: health care facilities, dentistry, management, public-private partnership.

Вступ. Постановка проблеми. В сучасних економічних умовах України найважливішими напрямками реформування системи охорони здоров'я є перехід медичних закладів від стратегій виживання до «стратегії сталого розвитку», формування нової системи управління, виховання кадрових ресурсів та керівників-менеджерів. Такою системою управління має стати державно-приватне партнерство (ДПП) (Gharaee, H., Tabrizi, J. S., Azami-Aghdash, S., et al, 2019; Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., et al., 2021).

Закордонний і вітчизняний досвід свідчить про те, що впровадження механізмів ДПП в охороні здоров'я, зокрема в стоматології (Chopchik, V. D., & Kaniuga, O. A., 2020), дозволяє оптимізувати бюджетні витрати, забезпечити конкурентоздатність закладів охорони здоров'я, систематизувати ринок медичних (в т.ч. стоматологічних) послуг та розвинути його з урахуванням реальних потреб населення (Prasad, M., Manjunath, C., Murthy, A. K., et al., 2019), інвестувати додаткові ресурси в об'єкти охорони здоров'я, залучати висококваліфікований персонал (Kosinova, N. N., Sazonov, S. P., & Glazkova, N. G., 2018). Все це сприятиме підвищенню якості, рівня сервісу та доступності медичних (в т.ч. стоматологічних) послуг населенню (Варнавський В. Г., 2010; Гойда, Н. Г., Курділь Н. В., 2012; Кравченко В. В., 2017; Gharaee, H., Tabrizi, J. S., Azami-Aghdash, S., et al, 2019).

Велика відповідальність в організації системи нового управління покладається на підготовку кадрових ресурсів. Аналізуючи шляхи реформування галузі охорони здоров'я в світі, Всесвітня організація охорони здоров'я дійшла висновку, що серед усіх організаційних змін, спрямованих на підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху в сучасних економічних умовах досягають заходи в сфері управління кадрами (Латуха О. А., 2016; Муравйова Н. Н., Самарін Н. А., 2010).

В багатьох країнах світу складовою планів модернізації виробництва медичних послуг та створення нових технологій надання медичної допомоги населенню стають питання підвищення освітнього рівня медичних кадрів (Мисін М. Н., 2015). Провідна роль кадрових ресурсів, а також їхня значимість у діяльності галузі, пояснюються

тим, що об'єми фінансового та матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я при створенні відповідних умов формуються та відновлюються швидше, ніж її кадровий потенціал. Відновлення, стабілізація та ефективне використання професійних кадрів є реальним лише через кілька років (Рухман А. А., Слинко А. А., 2014; Латуха О. А., 2015).

Постановка мети дослідження. Мета – дослідити та узагальнити досвід підготовки кадрових ресурсів для медичних стоматологічних закладів, створюваних на принципах державно-приватного партнерства.

Матеріали та методи дослідження. Основним методом дослідження був аналітичний. На основі матеріалів вітчизняних і закордонних авторів, а також результатів власних досліджень, проаналізовано значення кадрів для реалізації стратегії сталого розвитку медичних стоматологічних закладів у ринкових умовах. Узагальнення досвіду підготовки кадрових ресурсів для медичних стоматологічних закладів здійснене на основі системного підходу та системного аналізу з використанням експертного та порівняльного аналізу. Інформаційною базою виступили наукові праці спеціалістів із організації та управління охороною здоров'я.

Обмеження дослідження були пов'язані з порівняно невеликою кількістю наукових джерел, в яких розкривається тема підготовки кадрів саме для стоматології, тоді як загальні питання управління охороною здоров'я розглядаються в науковій літературі досить докладно.

Етичні питання в процесі дослідження вирішувалися дотриманням принципу академічної доброчесності та інших норм біоетики. Фінансових питань і конфліктів інтересів при підготовці статті не виникало.

Результати дослідження. Вплив фактора кадрового ресурсу на сталість розвитку медичної організації в сучасних умовах є досить значним. Формування ефективного механізму управління кадрами в медичних стоматологічних закладах на принципах ДПП є важливою умовою створення стійкої системи господарювання та забезпечення високих темпів економічного

зростання закладу. З урахуванням даних обставин, проблеми управління кадрами набувають важливого значення з боку такого регулятора, як підбір високопрофесійного медичного персоналу для стоматологічних закладів, що працюють на засадах ДПП. При цьому, ключовими гравцями в сфері формування ефективного управління на рівні реального стоматологічного закладу є лікарі (Prasad, M., Manjunath, C., Murthy, A. K., et al., 2019; Chopchik, V. D., & Kaniura, O. A., 2020).

В результаті проведеного дослідження ми встановили, що робота з кадровими ресурсами в стоматологічному закладі на принципах ДПП має бути спрямована на приведення можливостей медичних працівників у відповідність із цілями його діяльності, – зокрема, на забезпечення активного зростання, лідерства закладу на ринку та стабільного його розвитку шляхом впровадження інновацій. Необхідним вбачається створення такої системи підготовки кадрів, коли лікарі добровільно та самостійно прагнуть вивчити основні проблеми закладу, покращити клінічні можливості, забезпечити довірливі відносини між лікарями та пацієнтами, підтримувати високу якість медичного обслуговування.

Треба підкреслити, що реорганізація медичного закладу, підбір, підготовка, розташування та використання медичних кадрів не може базуватися на традиційному емпіризмі. Підготовка кадрів потребує розробки спеціальної системи, що передбачає тісну взаємодію теорії та практики в питаннях управління, застосування методів психологічного тестування для оцінки особистісних і професійних якостей індивіда на етапі формування колективу з наступною цілеспрямованою його підготовкою.

Глобальна мета управління персоналом полягає в формуванні ефективного кадрового потенціалу шляхом покращення роботи кожного співробітника, в нарощуванні та оптимальному використанні трудового і творчого потенціалу. Кадрова політика має бути орієнтована на розвиток цілісної корпоративної культури та досягнення конкурентних переваг закладу. Підготовка кадрового ресурсу має бути спрямована на наступне:

- оптимізацію процесу взаємодії персоналу з пацієнтами, тому що пацієнти є одними з основних інвесторів розвитку медичного закладу на принципах ДПП;
- планування чисельного складу персоналу з урахуванням якісної складової (освіта, мотивація, професійні компетенції та навички персоналу, цінності тощо);
- підбір персоналу на основі розробленої технології відбору, чітких його критеріїв та координації відбору з керівниками структурних підрозділів;
- залучення висококваліфікованого персоналу, забезпечення його мотивування та закріплення в закладі;

– закріплення персоналу на основі розробленої технології процесу адаптації та аналізу особистої ефективності;

- стимулювання персоналу на основі розробленої ефективної системи мотивації;
- формування кадрового резерву.

Робота з персоналом повинна відповідати вимогам законодавства та сучасним принципам системи менеджменту якості (ДСТУ ISO 9001:2015), а також потребам і очікуванням як клієнтів, так і медичного персоналу.

Обговорення отриманих результатів. Для управління персоналом необхідним є функціонування системи післядипломної підготовки та перепідготовки, а також неперервного розвитку кадрів (Пушкарьов, Ю. В., Пушкарьова, Є. А., 2015). В умовах інформаційно-комунікаційного прогресу, невід'ємною часткою здобуття знань є інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ), з урахуванням яких слід скоригувати підготовку лікарів. ІКТ сприяють прискоренню технічних, соціальних, політичних та економічних перетворень, що відбуваються в сучасному суспільстві, організованому навколо ІКТ (Гущина Ю. І., 2014).

ІКТ мають потенціал, який здатний прискорити, збагатити на поглибити навички, мотивувати лікарів у процесі навчання, допомогти пов'язати навчальний досвід із практичною діяльністю та працею, допомогти забезпечити економічну стабільність підприємства. ІКТ можуть зробити сферу підготовки лікарів більш ефективною та продуктивною, тим самим створюючи різноманітні інструменти для покращення та спрощення навчального процесу.

Можна виокремити наступні нові можливості, які надають ІКТ для сфери освіти:

- спілкування з іноземними колегами по електронній пошті для своєчасного інформування про новинки та досягнення в медичній науці, через ведення листування та здійснення групових розсилок;
- швидкий і легкий доступ до широкої актуальної інформації в мережі Інтернет, що дозволяє використовувати найактуальнішу інформацію та найновіші методики в медицині (в т. ч. в стоматології), акумулювати весь накопичений світовий досвід;
- можливість дистанційного навчання, що дозволяє прослуховувати лекції, навчатися кращих університетів світу не виходячи з дому, за меншу вартість, ніж при традиційній освіті;
- можливість публікації матеріалів у міжнародних виданнях, що дозволяє ділитися досвідом з всесвітньою науковою спільнотою лікарів, отримувати критику та схвалення з урахуванням практичних особливостей оточуючої дійсності, а також здобувати популярність та можливість брати участь у всесвітніх форумах і конференціях.

На основі 28 основних доповідей по інтеграції технології в американських школах, Кіршнер та Вуперіс в 2013 р. обґрунтували три основні причини важливості ролі ІКТ в освіті (Kirshner, P., Woperies, I., 2013):

- ІКТ є інструментом для вирішення проблем у сфері освіти та навчання;
- ІКТ визначають зміни, що відбуваються в сфері освіти;
- ІКТ є центральною силою в забезпеченні економічної конкурентоспроможності закладів.

Таким чином, для вдосконалення системи управління є необхідною розробка стратегії сталого розвитку кадрових ресурсів. Ця стратегія має передбачати створення умов для стабільної роботи медичного закладу та сприяти ефективному використанню ресурсного забезпечення, нарощуванню інтелектуального капіталу персоналом клініки за рахунок комплексної системи навчання та розвитку кадрів, укомплектування штатів компетентними фахівцями, впровадження ефективної системи мотивації, в тому числі оплати праці, достатньої для утримання та мотивування співробітників.

Ефективність здійснення стратегії сталого розвитку медичного, зокрема стоматологічного, закладу залежить від професійної компетенції керівників вищої ланки та можливостей її реалізовувати. Слід підкреслити, що для управління персоналом потрібні підготовлені керівники, які повинні знати кращі світові практики ДПП, вміти ефективно використовувати інструменти залучення інвестицій, інновацій та підвищення якості послуг, що надаються населенню, тощо. В порівнянні з типовим управлінцем в умовах централізованого управління, роль менеджера в медичному закладі, що працює на принципах ДПП, кардинально змінюється, а складність управлінських завдань різко підвищується.

За твердженням класика менеджменту Пітера Друкера (Друкер Пітер Ф., 2004), менеджмент – це не управління предметами, а організація та управління працею людей, це система щоденного та перспективного планування, прогнозування та організації виробництва, реалізація послуг з метою отримання максимального прибутку (матеріального, інтелектуального та духовного). «Рідко, якщо взагалі коли-небудь, який-небудь новостворений

інститут так швидко доводив свою необхідність, як розвивався менеджмент з початку нинішнього століття» (Друкер П., 2012). Менеджмент в охороні здоров'я – це діяльність, спрямована на підвищення ефективності медичного закладу за допомогою сукупності принципів, методів і засобів, що активізують трудову діяльність, інтелект і мотиви поведінки як окремих медичних працівників, так і всього колективу (Портер Майкл, Тайсберг Елізабет О., 2007). Менеджер є відповідальним за досягнення конкретних запланованих результатів діяльності медичного, стоматологічного закладу та за ефективне використання кадрових та інших ресурсів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. На основі проведеного дослідження особливостей менеджменту в сфері охорони здоров'я, зокрема в стоматології, аналізу досвіду підготовки кадрових ресурсів для медичних стоматологічних закладів, створюваних на принципах державно-приватного партнерства, ми дійшли наступних висновків:

В сучасних економічних умовах України державним медичним (в т.ч. стоматологічним) закладам необхідно перейти від реалізації «стратегії виживання» до «стратегії сталого розвитку», до формування нової системи управління на принципах ДПП.

Вплив фактору кадрового ресурсу на сталий розвиток закладу охорони здоров'я на принципах ДПП є значним. Кваліфіковані кадри сприяють ефективному використанню ресурсного забезпечення закладу, впровадженню в роботу інновацій, підвищенню якості медичних послуг.

Напрямки роботи з кадровими ресурсами в медичних (зокрема стоматологічних) закладах, що створюються на принципах ДПП, мають свої особливості, вмщують певну послідовність та необхідний об'єм роботи для проведення реорганізації закладу на принципах ДПП, на соціально-економічний розвиток закладу. Для цього потрібно розробити систему та програми навчання персоналу.

Перспективи подальших досліджень полягають у використанні запропонованих підходів до управління кадровими ресурсами при розробці функціонально-організаційної моделі стоматологічного центру на принципах державно-приватного партнерства (ДПП).

Список використаних джерел:

1. Chopchik V. D., Kaniura O. A. Conceptual approaches to organizing model of university stomatological clinic, based on public-private partnership. *Wiad Lek*, 2020. Vol. 73(8). P. 1650–1654.
2. Gharaee H., Tabrizi J. S., Azami-Aghdash S. et al. Analysis of public-private partnership in providing primary health care policy: an experience from Iran. *Journal of primary care & community health*. 2019. Vol. 10. 2150132719881507.
3. Joudyian N., Doshmangir L., Mahdavi M. et al. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2021. Vol. 21(1). P. 1–18.
4. Kirshner P., Woperies I. Mind tools for teacher communities: a European perspective. *Technology, Pedagogy, and Education*. 2013. Vol. 12. Issue 1. P. 127–149.
5. Kosinova N. N., Sazonov S. P., Glazkova N. G. Public-Private Partnership in Regional Health Care Modernization: Analysis and Strategic Priorities of its Development. *V sbornike: Competitive, Sustainable and Secure Development of the Regional Economy: Response*

to *Global Challenges (CSSDRE 2018) Proceedings of the International Scientific Conference. Ser.» Advances in economics, business and management research*. 2018. P. 466–470.

6. Prasad M., Manjunath C., Murthy A. K. et al. Integration of oral health into primary health care: A systematic review. *Journal of family medicine and primary care*. 2019. Vol. 8(6). P. 1838.
7. Варнавський В. Г. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: міжнародний досвід. *Управління охороною здоров'я*. 2010. № 1. С. 9–16. (Рос.)
8. Гойда Н. Г., Курділь Н. В. Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. № 2/3. С. 68–71.
9. Гушчина Ю. І. Освіта в умовах інформаційного і комунікаційного прогресу. *Креативна економіка*. 2014. № 9 (93). С. 162–166. (рос.)
10. Друкер П. Менеджмент. Виклики XXI ст. Б. : Вид. Дім «Вільямс», 2012. 162 с. (рос.)
11. Друкер Пітер Ф. Енциклопедія менеджменту. М. : Вид. Дім «Вільямс», 2004. 432 с. (рос.)
12. Кравченко В. В. Актуальність підготовки менеджерів для впровадження державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 4. С. 72–79.
13. Латуха О. А. Формування кадрового резерву для охорони здоров'я: вузівський аспект. *Вісник НДПУ*. 2015. № 4. С. 77–84. DOI: <http://dx.doi.org/10.15293/2226-3365.1504.08> (рос.)
14. Латуха О. А. Стратегія як ключовий фактор успіху роботи медичної організації. *Вісник Новосибірського державного педагогічного університету*, 2016. №1. С. 149–156. DOI: <http://dx.doi.org/10.15293/2226-3365/1601/14> (рос.)
15. Мисін М. Н. Освіта в умовах інформаційного та комунікаційного прогресу. *Вісник СПбГУКИ*. № 3(24). С. 180–183. (рос.)
16. Муравйова Н. Н., Самарін Н. А. Людські ресурси в системі охорони здоров'я в умовах модернізації. *Наука та економіка*. 2010. № 4. С. 76–77. (рос.)
17. Портер Майкл, Тайсберг Елізабет О. Переосмислення системи охорони здоров'я, К.: Вид. А. Капусти, 2007. 599 с. (рос.)
18. Пушкарьов Ю. В., Пушкарьова Є. А. Неперервна освіта в сучасних умовах: основні концептуальні підходи. *Вісник НДПУ*. 2015. № 6. С. 161–171. DOI: <http://dx.doi.org/10.15293/2226-3365.1506.17> (рос.)
19. Рухман А. А., Слинко А. А. Кадрова політика і формування ефективної системи менеджменту в охороні здоров'я. *Регіон: системи, економіка, управління*. № 4. С. 103–106. (рос.)

References:

1. Chopchik, V. D., & Kaniura, O. A. (2020), Conceptual approaches to organizing model of university stomatological clinic, based on public-private partnership, *Wiad Lek*, vol. 73 (8), pp. 1650–1654.
2. Gharaei, H., Tabrizi, J. S., Azami-Aghdash, S., et al. (2019), Analysis of public-private partnership in providing primary health care policy: an experience from Iran, *Journal of primary care & community health*, vol. 10, 2150132719881507.
3. Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., et al., (2021), Public-private partnerships in primary health care: a scoping review, *BMC Health Services Research*, vol. 21 (1), pp. 1–18.
4. Kirshner, P. & Woperies, I. (2013), Mind tools for teacher communities: a European perspective, *Technology, Pedagogy, and Education*, vol. 12, issue 1, pp. 127–149.
5. Kosinova, N.N., Sazonov, S.P., & Glazkova, N.G. (2018), Public-Private Partnership in Regional Health Care Modernization: Analysis and Strategic Priorities of its Development. *V Proceedings: Competitive, Sustainable and Secure Development of the Regional Economy: Response to Global Challenges (CSSDRE 2018) Proceedings of the International Scientific Conference. Ser. «Advances in economics, business and management research*, pp. 466–470.
6. Prasad, M., Manjunath, C., Murthy, A. K., et al. (2019), Integration of oral health into primary health care: A systematic review, *Journal of family medicine and primary care*, vol. 8 (6), p. 1838.
7. Varnavsky, V.G. (2010), Public-Private Partnership in Health Care: International Experience, *Health Care Management*, vol. 1, pp. 9–16. (Ru)
8. Goyda, N.G., Kurdil, N.V. (2012), Public-private partnership in hospital activities: world experience and prospects for implementation in Ukraine, *Eastern European Journal of Public Health*, vol. 2/3, pp. 68–71.
9. Gushchina, Yu. I. (2014), Education in the conditions of information and communication progress, *Creative economy*, vol. 9 (93), pp. 162–166. (Ru)
10. Drucker, P. (2012), *Management. Challenges of the XXI century*, B.: Ed. Williams House, 162 p. (Ru)
11. Drucker, P.F. (2004), *Encyclopedia of Management*, M.: Ed. Williams House, 432 p. (Ru)
12. Kravchenko, V.V. (2017), The relevance of training managers for the implementation of public-private partnerships in health care, *Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organization of Ukraine*, vol. 4, pp. 72–79.
13. Latukha, O.A. (2015), Formation of a personnel reserve for health care: the university aspect, *Bulletin of the NDPU*, vol. 4, pp. 77–84, doi: 10.15293/2226-3365.1504.08 (Ru)
14. Latukha, O.A. (2016), Strategy as a key factor in the success of the medical organization, *Bulletin of the Novosibirsk State Pedagogical University*, vol. 1, pp. 149–156. doi: 10.15293/2226-3365/1601/14 (Ru)
15. Mysin, M.N. Education in the conditions of information and communication progress, *Visnyk SPbGUKI*, G3 (24), pp. 180–183. (Ru)
16. Muravyova, N.N., Samarin, N.A. (2010), Human resources in the health care system in the context of modernization, *Science and Economics*, vol. 4, pp. 76–77. (Ru)
17. Porter, Michael, Theisberg, Elizabeth O. (2007), *Rethinking the Health Care System*, K.: Ed. A. Cabbage, 599 p. (Ru)
18. Pushkarev, Yu.V., Pushkareva, E.A. (2015), Continuing education in modern conditions: basic conceptual approaches, *Bulletin of the NDPU*, vol. 6, pp. 161–171, doi: 10.15293/2226-3365.1506.17 (Ru)
19. Rukhman, A.A., Slinko, A.A. Personnel policy and formation of an effective management system in health care, *Region: systems, economics, management*, vol. 4, pp. 103–106. (Ru)

МЕДИЦИНА

УДК 616.89-008.42:616.89-008.428.1-053.7/.84-036.1-079.4-08
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-3>

Оксана КОБЗАР

аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупіка, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, індекс 04112 (04071avic@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1827-1189>

Галина ПИЛЯГІНА

завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупіка, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, індекс 04112 (gpil.doctor@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0169-1256>

Oksana KOBZAR

Postgraduate student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, National University of Health of Ukraine named after P.L. Shupika, street Dorogozhytska, 9, Kyiv, Ukraine, postal code 0411 (04071avic@gmail.com)

Galina Pilyagina

Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical psychology, National University of Health of Ukraine named after P.L. Shupika, Street Dorogozhytska, 9, Kyiv, Ukraine, postal code 04112 (gpil.doctor@gmail.com)

Бібліографічний опис статті: Кобзар О., Пилягіна Г. Деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад: сучасні уявлення. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 16–22. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-3>

Bibliographic description of the article: Kobzar, O., Pilyagina, G. (2021). Depersonalization-derealization disorder: modern ideas. *Psychological Health*, 1 (6), 16–22. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-3>

ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЙНО-ДЕРЕАЛІЗАЦІЙНИЙ РОЗЛАД: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ

Анотація. Постановка проблеми. Феномен “деперсоналізації” як психопатологічний симптомокомплекс був вперше описаний наприкінці XIX ст., «дереалізація» як психопатологічний феномен була виділена в 1935 році, і з того часу ні в наукових дослідженнях, ні в клінічній практиці опис основних проявів деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу (ДДР) не змінився.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ця стаття має оглядовий характер. Багато даних вказують на наявність деперсоналізації/дереалізації у людей без психічних порушень в умовах зниження психічного тону, перевтоми, стресу та кризи ідентифікації в підлітковому віці.

Виклад основного матеріалу. З'ясовано, що деперсоналізаційно-дереалізаційний синдром (ДДС) за даними епідеміологічних досліджень зустрічається у 1–2% людей серед загальної популяції. ДДС бере свій початок у ранньому віці, частіше зустрічається серед осіб чоловічої статі та значно погіршує якість життя та функціонування. Пацієнти з даним розладом, незважаючи на кращий рівень освіти, частіше стають безробітними.

Висновки. Недостатність вивчення ДДР є вагомою підставою для подальшого наукового вивчення цього порушення задля розробки ефективних методів його лікування, результати яких планується представити в наших наступних публікаціях.

Ключові слова: деперсоналізація, дереалізація, феноменологія, лікування.

DEPERSONALIZATION-DEREALIZATION DISORDER: MODERN IDEAS

Abstract. Formulation of the problem. The phenomenon of “depersonalization” as a psychopathological symptom complex was first described in the late nineteenth century. has not changed.

Analysis of recent research and publications. This article is an overview. Many data indicate the presence of depersonalization / derealization in people without mental disorders in conditions of decreased mental tone, fatigue, stress and crisis of identification in adolescence.

Presenting main material. According to epidemiological studies, depersonalization-derealization syndrome (DDS) has been found in 1–2% of people in the general population. DDS originates at an early age, is more common in males, and significantly

impairs quality of life and functioning. Patients with this disorder, despite a better level of education, are more likely to become unemployed.

Conclusions. *Insufficient study of DDR is an important basis for further scientific study of this disorder in order to develop effective methods of treatment, the results of which are planned to be presented in our next publications.*

Key words: *depersonalization, derealization, phenomenology, treatment.*

Постановка проблеми. Феномен «деперсоналізації» як психопатологічний симптомокомплекс був вперше описаний наприкінці XIX ст., «дереалізація» як психопатологічний феномен була виділена згодом, в 1935 році (Sierra, 2010). З того часу ні в наукових дослідженнях, ні в клінічній практиці опис основних проявів деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу (ДДР) не змінився (Sierra & Berrio, 2001): пацієнти «виказують скарги на якісні зміни в ментальній активності, тілі або навколишньому світі так, як наче останні стають віддаленими, нереальними або автоматичними». Важливо, що, незважаючи на крайню важкість у переживанні відчуження, пацієнти усвідомлюють нереальність і суб'єктивність цих змін. Водночас у хворих не виявляється порушень сенсорного апарату чи емоційної регуляції. Найчастішими скаргами пацієнтів з феноменом деперсоналізації-дереалізації є: втрата емоцій, відчуття відчуженості або відстороненості, тіла або реального світу (World Health Organization, 1992). І хоча в DSM-V, як і в попередніх її версіях, починаючи з DSM-III-R7 (Masó Et al., 2004), симптоми дереалізації розглядаються як додаткові до симптому деперсоналізації (DSM-V, 2013). В МКХ-10 ДДР має єдину категорію з наступними діагностичними критеріями – наявність критерію а або b, або їх двох, а також наявність критерію с та d:

- a) симптоми деперсоналізації;
- b) симптоми дереалізації;
- c) дані суб'єктивні переживання не викликані екзогенним впливом;
- d) чутливість не порушена.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Епідеміологічні дані щодо деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу.

ДДР може переживатися людиною як транзиторний, постійний чи рекурентний симптом, за наявності котрого досить важко досягнути повного одужання (Mula Met al., 2007). ДДР зустрічається приблизно в 2% людей серед загальної популяції (Simeon, 2004). В той час як минулі епізоди деперсоналізації протягом життя поширені серед загального населення з частотою від 26% до 74% (Dewe et al., 2018). Ці епізоди, зазвичай виникають в умовах стресу, втоми або вживання наркотиків (Schweden et al., 2018). Однак недостатнє діагностування клініцистами ДДР значно занижує епідеміологічні показники захворюваності на ДДР (Hunter et al., 2017).

Середній вік початку розладу – близько 16 років, хоча дехто може жити з симптомами ДДР, починаючи з дитинства чи підліткового віку, однак

в інших випадках їх клінічна маніфестація може проявитися після 20–30 або навіть 40 років (Simeon et al., 2003). У більшості досліджень наведені дані про однакову поширеність серед чоловіків і жінок (Baker, 2013). ДДР може виникати як гостро, так і поступово. При гострому початку пацієнти нерідко можуть назвати конкретний момент, коли вони вперше відчули патологічний стан. Як правило, різкий початок ДДР є характерним за таких тригерів як: травматична подія, вживання психотропних речовин (кетаміну, галюциногенів, марихуани, тощо), різкий початок іншого психічного захворювання, таких як депресія, панічний розлад – у цих випадках симптоми основного захворювання можуть швидко пройти, а ознаки ДДР залишитися надовго. При поступовому початку епізоди деперсоналізації-дереалізації виникають спочатку короткочасно, нетривало, і є не надто вираженими. Проте згодом їх частота збільшується, а вираженість прогресивно посилюється (Simeon et al., 2003).

Зазвичай, не дивлячись на край неприємні відчуття, пацієнти можуть роками не звертатися з цією проблемою до спеціаліста, не розуміючи патологічний характер цього стану. За даними науковців, середня тривалість симптомів доходить до дванадцяти років, перш ніж пацієнт потрапить до фахівця психіатра чи психотерапевта, який спеціалізується на лікуванні саме ДДР (Baker et al., 2003). До основних причин пізнього звертання хворих до фахівців по допомогу ДДР можна віднести:

1) страх пацієнта перед стигматизацією щодо психіатричного лікування, тому що більшість людей досі неохоче звертаються до психіатрів через небажання відчути себе людиною, яка має психічну хворобу;

2) складнощі в описі власних патологічних переживань та відчуттів внаслідок розуміння їх незвичності (деякі пацієнти навіть використовують для цього власні терміни), для пояснення переживань, оскільки вони відносяться до відчуттів довербального рівня (Neznanov & Aleksandrovsky, 2018);

3) несприятливий досвід попередніх звернень у заклади охорони здоров'я при відсутності ефективної допомоги, недікатному поведженні персоналу;

4) специфічна «нечутливість» спеціалістів, в тому числі і психіатрів, саме до проблеми ДДР, його гіподіагностика при гіпердіагностуванні депресивних проявів.

Феноменологія деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу.

Клінічна феноменологія деперсоналізації та дереалізації складно піддається опису, оскільки як відчуття відноситься до довербального рівня розвитку особистості. Тому, при описі своїх переживань, тобто симптомів ДДР, пацієнти часто використовують наступні формулювання: «так, наче...», «неначе», «це схоже на», «здається». Вербалізація відчуттів подібним чином свідчить про критичне ставлення до цих переживань. Деякі дослідники пропонують виділити чотири основні домени ДДР (Sierra and David, 2011):

1) Відчуття тілесної розлагодженості, яке хворий описує як:

- відчуття тіла чужим, наче воно не належить власникові, а всі рухи здаються автоматизованими;
- відстороненість від власного тіла, наче людина спостерігає за ним зі сторони з відчуттям, що воно рухається без їхнього свідомого втручання;
- відчуття певних частин тіла незвичними (легкими, довгими тощо, що фахівець може діагностувати як прояви дисморфобії), проте це не впливає на координацію рухів та пересування).

Ілюстрацією до цих проявів ДДР є збірний опис отриманий Simeon a D., Abugel J. (2006) від пацієнтів: «Мої думки відокремлені від мого тіла, наче мій розум знаходиться в одному місці, а тіло – в іншому. Я бачу, що роблю певні речі, наче в кінофільмі. Я рухаюсь наче у грі. Як я можу одночасно бути всередині себе і при цьому спостерігати за собою? Слова виходять з мого рота наче без мого спрямування. Я не відчуваю руки і ноги своїми. Як я їх контролюю? Що змушує їх рухатись? Я дивлюсь у дзеркало аби перевірити, але все ще відчуваю себе наче у «сутінковій зоні» (Simeon D., & Abugel J., 2006).

2) Емоційне заціпеніння. Це специфічне відчуття, градієнт вираженості якого може бути різним – від грубої втрати здатності відчувати до незначного зменшення насиченості в сфері емоцій. Хворі описують, нібито в них зменшується або зникає емоційна насиченість образів та відчуттів. Також пацієнти можуть скаржитися на нездатність співчувати. При цьому пацієнти з ДДР здатні «розуміти» емоції інших людей, але не здатні співпереживати їм, що свідчить про збереження, певною мірою, емоційного інтелекту («когнітивної емпатії») при порушеннях у сегменті «афективної емпатії» (Lawrence, Shaw et al., 2007).

3) Порушення суб'єктивності спогадів, яке виражається в тому, що пацієнти з ДДР часто скаржаться на емоційну безбарвність спогадів та образів. Пацієнти з ознаками ДДР знають, що така подія мала місце в їхньому житті, які емоції вона у них викликала, але нездатні пригадати і відчутти їх з відповідною емоційною відповіддю. Деякі пацієнти з деперсоналізацію описують свої спогади так, наче вони були очевидцями і глядачами, що підпадає під

термін “пригадування з перспективи споглядача”, запропонований G. Nigro.

4) Дереалізація є ще одним патогенетично зв'язаним компонентом ДДР. Вона відчувається хворим як сприймання навколишнього світу незнайомим, плоским, нереальними, несправжніми або віддаленим. Деякі пацієнти відмічають, що навколишнє сприймається двовимірним, плоским або наче в тумані.

Коморбідність деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу з іншими психічними порушеннями.

ДДР частіше зустрічається у коморбідному поєднанні з іншими психічними порушеннями, ніж ізольовано. Найбільш часто він є коморбідним до тривожно-фобічних розладів, а саме панічного розладу (Baker et al., 2003), соціальної фобії (Simeon et al., 2003), а також до афективних розладів (Sedman & Reed, 2017), розладами особистості (межовим, уникаючим і обсесивно-компульсивним) (Baker et al., 2003), посттравматичним стресовим розладом (Stein et al., 2013). За даними літератури, 50% пацієнтів з ДДР вже мали в минулому виставлений психіатричний діагноз, найчастіше депресію або тривожний розлад, і лише близько 10% з них не мали депресії або тривоги в анамнезі. А нещодавнє дослідження показало пряму залежність підвищеного ризику виникнення депресивного або тривожного розладу в осіб з симптомами деперсоналізації та дереалізації (Schlaxa et al., 2020).

Сучасні погляди на патогенез деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу.

Сучасні погляди на ДДР зводяться до дослідження дисоціативного процесу, що лежить в основі патогенезу. Хоча ДДР має значні відмінності від групи інших дисоціативних розладів, більшість досліджень підтверджують дану концепцію. Різні автори досліджували феномен деперсоналізації з різних кутів, різними підходами, тому існує багато гіпотез стосовно патогенетичного механізму ДДР.

Одна з сучасних гіпотез пропонує наступне пояснення виникнення ДДР: патогенез ДДР пов'язаний з ПТСР. Так одне з нещодавніх досліджень вказало на помірний та високий кореляційний зв'язок ДДР з жорстоким поведінням в дитинстві (King et al., 2020). Цією концепції притримуються й інші автори, зазначаючи, що група з високими показниками деперсоналізації мала значно більше несприятливих переживань у дитинстві, зокрема, емоційне насильство та нехтування. Вони також переживають більше травмуючих подій в дорослому віці, мають вищий рівень тривоги, надмірну емоційну збудливість, та використовують менш адаптивні емоційно-орієнтовані стратегії подолання стресу (Thomson, et al, 2018). Оскільки патогенез ПТСР і ДДР зав'язаний на механізмі дисоціації, дана теорія має також і нейрофізіологічне підтвер-

дження, що ґрунтується на теорії про порушення опіоїдної системи мозку. Деякі дослідження демонструють зменшення проявів деперсоналізації при застосуванні антагоністів опіатів, оскільки вони зменшували стресс-асоційовану аналгезію у пацієнтів з ПТСР та симптоми дисоціації у пацієнтів з межовим розладом особистості в одному дослідженні. Для лікування хронічних станів деперсоналізації налоксон теж показує свою ефективність (Nuller et al., 2001), хоча не всі дослідження це підтверджують (Philipsen et al., 2004).

Існує інша гіпотеза заснована на ролі глутамата в процесі дисоціації. Дослідження Krystal, в якому суб-знеболюючі дози кетаміну, антагоніста N-метил D-аспартатних рецепторів, посилює суб'єктивне відчуття деперсоналізації, підтверджує його. Деякі автори пропонують наступне пояснення такого ефекту: дисоціація посилюється за рахунок підвищеного вивільнення глутамата у відповідь на блокаду NMDA-рецепторів та, відповідно, посилену дію глутамату на non-NMDA-рецептори (Abel, et al., 2003).

Окрім того, проведений ряд досліджень електрошкірних реакції у пацієнтів з деперсоналізацією. Оскільки емоційний досвід відноситься до сукупності суб'єктивних, поведінкових і нейрофізіологічних реакцій, викликаних афективно-навантаженими подразниками (наприклад, Barrett, 2017), то електрошкірна активність може бути використана як маркер вегетативних реакцій на дані подразники. Підсумовуючий огляд цього ряду досліджень свідчить про те, що деперсоналізація може характеризуватися гіперпильністю разом із сплосненою емоційною реактивністю на негативні подразники (Horn et al., 2020).

Основні підходи у лікуванні деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу.

Щодо медикаментозного лікування пацієнтів з ДДР результати досліджень розходяться. Так, наприклад, було запропоновано використання ламотриджину для пацієнтів з хронічним ДДР, оскільки тимостабілізатор перешкоджає пресинаптичному вивільненню глутамату – одному з основних нейромедіаторів збудження в ЦНС. Проте монотерапія ламотриджином не показала достатньої ефективності (Sierra-Siegert et al., 2003). Інші дослідження наводять дані про потенційну ефективність застосування ламотриджину в якості додаткової терапії при ДДР (Sierra, et al., 2006). Така комбінація ламотриджину з антидепресантами групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну є більш ефективною порівняно з комбінацією ламотриджину з трициклічними антидепресантами.

В основу інших досліджень була покладена теорія про порушення нейромедіації в опіоїдній системі мозку при ДДР. Було запропоновано засто-

сування антагоністів опіатних рецепторів при цьому розладі, зокрема, налоксону і налтрексону (Nuller et al., 2001; Simeon et al., 2005). Деякі автори навели дані своїх досліджень, що зменшення проявів ДДР при застосуванні цих препаратів ефективно, оскільки вони зменшували стресс-асоційовану аналгезію у пацієнтів з ПТСР та симптоми дисоціації у пацієнтів з межовим розладом особистості. Проте в іншому дослідженні результат не підтвердився (Philipsen et al., 2004).

Матеріали та методи дослідження. Основним методом дослідження на даному його етапі є історико-аналітичний, – вивчення представленості проблеми ДДР в науковій літературі в історичному аспекті, порівняльний метод – порівняння змісту публікацій по темі ДДР протягом ХХ ст. та в сучасних джерелах.

Етичні питання в процесі нашого дослідження стосувалися дотримання принципу академічної доброчесності.

Конфлікту інтересів не було, фінансових дотацій на проведення дослідження не отримували.

Виклад основного матеріалу. Дана стаття має оглядовий характер. Слід зауважити, що як теоретичним дослідженням, так і практичним аспектам проблеми ДДР в останні роки не приділялося достатньо уваги. Тому в аналізі наукової літератури, проведеному в рамках нашого дослідження, ми зверталися до праць авторів у історичному аспекті, що дозволило відслідкувати динаміку розуміння питання ДДР психіатричною спільнотою. За принципами сучасних психіатричних класифікацій ДДР віднесений в рубрику дисоціативних розладів з причини порушення інтеграції відчуття особистісної цілісності. Однак йому притаманні характеристики, які є нетиповими для дисоціативних розладів. При ДДР відсутня амнезія, хоча наявним є відчуження від власних спогадів, котре проявляється не відсутністю спогадів, а ставленням до них як до емоційно-нейтральних, особісно «непривласнених» фактів. І хоча пацієнти з ДДР мають відчуття відстороненості від власної особистості чи зовнішнього світу, ця відстороненість не супроводжується порушенням свідомості у сприйнятті себе або зовнішнього середовища – його афективним звуженням, що властиве для дисоціативних порушень. Саме ця особливість ДДР мають враховуватися при психотерапевтичному лікуванні таких пацієнтів. Оскільки відчуття деперсоналізації та дереалізації переживаються ними суб'єктивно складно, з наслідковим obsesивним шаром думок і постійним особістисним відстеженням інтенсивності відчуження, то до загальних психокорекційних втручань у таких хворих можна віднести техніки заземлення або фокусування на миттєвості переживань.

Дослідження деперсоналізації та дереалізації в незручних соціальних взаємодіях проявляє певні дезадаптивні процеси (наприклад, неправильне тлумачення власних дій як незграбних та недолгих). Виправлення цих дезадаптацій (наприклад, дисфункціональна реструктуризація пізнання) зменшує симптоми деперсоналізації (Colic et al., 2020). Прикладом цього може служити дослідження пацієнтів з коморбідною соціальною фобією (Schweden et al., 2016). Психодинамічні підходи можуть бути допоміжними в роботі з пацієнтами, чий деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад не хроніфікувався і має прив'язку до певної динаміки (Simeon, 2004).

Більшість досліджень, в котрих вивчалася ефективність лікування ДДР, показали або непереконливу ефективність терапії, що застосовувалася, або її повну неефективність. Тому можна стверджувати, що на сьогоднішній день не знайдено доказово ефективного лікування ДДР. Основні рекомендації, які надаються пацієнтам, це – уникати тригерів які посилюють стан деперсоналізації та дереалізації, а також за допомогою психологічних налаштувань долати ці відчуття. Таким чином, у фармакотерапії ДДР можуть бути перспективним застосування антидепресантів, антиконвульсантів, антагоністів опіатних рецепторів у поєднанні з повторювальними процедурами транскраніальної магнітної стимуляції, але доказовість цих терапевтичних підходів потребує подальших досліджень (Simeon D. et al., 2005).

Висновки. Дана стаття є оглядом сучасних літературних даних на проблематику ДДР. В сучасній

психіатричній та психотерапевтичній практиці ДДР є актуальною проблемою, насамперед, за відсутності єдиного підходу у розумінні феноменології та діагностуванні цього важкого хронічного невротичного порушення та доказової ефективної терапевтичної стратегії при ньому.

Поширеною є концепція, що деперсоналізація свідчить про важкість захворювання (насамперед, депресивного розладу), коли втрата здатності «відчувати» стає суб'єктивно обтяжливою (Mula et al., 2007). Окрім цього, ДДР суттєво погіршує якість життя пацієнтів, які не можуть опанувати власні емоційні переживання, а радше є сторонніми споглядачами за життям, їх повсякденні дії набувають автоматичного характеру, спогади стають лише фактами без емоційного відгуку, а світ видається чужим, далеким, нереальним. Нові концепції допускають ймовірність, що стійкі симптоми деперсоналізації та дереалізації можуть бути фактором ризику у виникненні депресивного та тривожного розладу.

Оскільки таким хворим важко пояснити оточуючим свої переживання (через страх бути неправильно зрозумілим та через складність вербалізації), відчуття відчуженості і відстороненості тільки посилюється. Тому вчасне виявлення та лікування ДДР здатне покращити якість життя пацієнтів.

Недостатність вивчення ДДР є вагомою підставою для подальшого наукового вивчення цього порушення задля розробки ефективних методів його лікування, результати яких планується представити в наших наступних публікаціях.

Список використаних джерел:

1. Abel K.M., Allin M.P., Kucharska-Pietura K. et al. Ketamine and fMRI BOLD signal: distinguishing between effects mediated by change in blood flow versus change in cognitive state. *Hum Brain Mapp.* 2013. Vol. 18 (2), pp. 135-45.
2. American Psychiatric Association Publishing. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Fifth Edition. 2013. pp. 301-304.
3. Baker D., Hunter E., Lawrence E., et al. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases, *The British Journal of Psychiatry.* 2003. Vol. 182. Issue 5. pp. 428-433.
4. Barrett L.F., Mesquita B., Ochsner K.N. & Gross J.J. *The experience of emotion.* *Annu Rev Psychol.* 2007. Vol. 58, pp. 373-403.
5. Colic J., Bassett T. R., Latysheva A. et al. Depersonalization and derealization in embarrassing social interactions: an experience sampling study in social phobia, major depression and controls. *J Anxiety Disord.* 2020. Vol. 70. pp. 102-189.
6. Dewe H., Watson D.G., Kessler K., Braithwaite J.J. The depersonalized brain: New evidence supporting a distinction between depersonalization and derealization from discrete patterns of autonomic suppression observed in a non-clinical sample. *Conscious Cogn.* 2018. Vol. 63. pp. 29-46.
7. Horn M., Fovet T., Vaiva G. et al. Emotional response in depersonalization: A systematic review of electrodermal activity studies. *J Affect Disord.* 2020. Nov 1; 276. pp. 877-882.
8. Hunter E.C., Charlton J., David A.S. Depersonalisation and derealisation: assessment and management. *BMJ.* 2017. Vol. 356:j745.
9. King C.D., Hill S.B., Wolff J.D., et al. Childhood maltreatment type and severity predict depersonalization and derealization in treatment-seeking women with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res.* 2020. Vol. 292. pp. 113-301.
10. Lawrence E.J., Shaw P., Baker D., et al. Empathy and enduring depersonalization: the role of self-related processes. *Social Neuroscience.* 2007. Vol. 2(3-4), pp. 292-306.
11. Masó B., Ortega J. & Díaz C. Depersonalization: from disorder to the symptom. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004. Vol. 32(2), pp. 107-17.
12. Michal M., Wiltink J., Subic-Wrana C., et al. Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2009. Vol. 197(7). pp. 499-506.
13. Mula M., Pini S. & Cassano G. The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: a critical reappraisal. *Affect Disorder.* 2007. Vol. 99(1-3). pp. 91-94.

14. Neznanov N. & Aleksandrovsky Y. *Психиатрия: национальное руководство*. 2 edition. 2018. pp. 284–288.
15. Nuller Y., Morozova M., Kushnir O. & Hamper N. Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study. *Psychopharmacology*. 2001. Vol. 5(2), pp. 93–95.
16. Philipsen A., Schmahl C. & Lieb K. Naloxone in the Treatment of Acute Dissociative States in Female Patients with Borderline Personality Disorder. *Pharmacopsychiatry*. 2004. Vol. 37(5). pp. 196–199.
17. Schlax J., Wiltink J., Beutel M.E., et al. Symptoms of depersonalization/derealization are independent risk factors for the development or persistence of psychological distress in the general population: Results from the Gutenberg health study. *J Affect Disord*. 2020. Vol. 273, pp. 41–47.
18. Schweden T. L. K., Pittig A., Bräuer D., et al. Reduction of depersonalization during social stress through cognitive therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2016. Vol. 43. pp. 99–105.
19. Schweden T. L. K., Wolfradt U., Jahnke S., Hoyer J. Depersonalization Under Academic Stress: Frequency, Predictors, and Consequences, *Psychopathology*. 2018. Vol. 51(4). pp. 252–261.
20. Sedman G. & Reed G.F. Relationship of depersonalization and suicidality in depressed patients. *Vojnosanitetski pregled. Military-medical and pharmaceutical review*. 2017. Vol. 75(00). p. 23.
21. Sierra M. Depersonalization. A New Look at a Neglected Syndrome. *Cambridge University Press*. 2010. Chapter 1, pp. 7–12.
22. Sierra M. & Berrio G. The Phenomenological Stability of Depersonalization: Comparing the Old with the New. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001. Vol. 189. No. 9. pp. 629–635.
23. Sierra M. & David A. Depersonalization: a selective impairment of self-awareness, *The Journal Conscious Cogn*. 2011. Vol. 20(1), pp. 99–108.
24. Sierra M., Baker D., Medford N., et al. Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases. *Clinical Pharmacology*. 2008. Vol. 29(5). pp. 253–258.
25. Sierra-Siebert M., Phillips M. L., Ivin G., et al. A placebo-controlled, cross-over trial lamotrigine in depersonalisation disorder. *The Journal of Psychopharmacology*. 2003. Vol. 17. No. 1. pp. 103–105.
26. Simeon D. & Knutelska M. An Open Trial of Naltrexone in the Treatment of Depersonalization Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2005. Vol. 25(3), pp. 267–270.
27. Simeon D. Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs*. 2005. Vol. 18(6), pp. 343–54.
28. Simeon D., & Abugle J. Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self, *Oxford: Oxford University Press*. Reviewed by Etzel Cardeña, Ph. D., Thorsen Professor, Lund University, Sweden, 2006. pp. 353–358.
29. Simeon D., Guralnik O., Knutelska M., Yehuda R. & Schmeidler J. Basal norepinephrine in depersonalization disorder. *Psychiatry Research*. Vol. 121(1). pp. 93–97.
30. Simeon D., Knutelska M., Nelson D. & Guralnik O. Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *The Journal Clinical Psychiatry*. Vol. 64(9). pp. 990–997.
31. Stein D.J., Koenen K.C., Friedman M.J., et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *The Journal of Biological Psychiatry*. 2013. Vol. 73(4). pp. 302–312
32. Thomson P., Jaque S.V. Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *J Trauma Dissociation*. 2018. Vol. 19(2). pp. 143–161.
33. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 1992. Vol. 1. Geneva: WHO.

References:

1. Abel K.M., Allin M.P., Kucharska-Pietura K., et al. (2003). Ketamine and fMRI BOLD signal: distinguishing between effects mediated by change in blood flow versus change in cognitive state. *Hum Brain Mapp*. Vol. 18 (2). pp. 135–45.
2. American Psychiatric Association Publishing (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Fifth Edition. pp. 301–304.
3. Baker D., Hunter E., Lawrence E., et al. (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 182. Issue 5. pp. 428–433.
4. Barrett L.F., Mesquita B., Ochsner K.N. & Gross J.J (2007) *The experience of emotion*, *Annu Rev Psychol*. Vol. 58. pp. 373–403.
5. Colic J., Bassett T.R., Latysheva A., et al. (2020). Depersonalization and derealization in embarrassing social interactions: an experience sampling study in social phobia, major depression and controls, *J Anxiety Disord*. Vol. 70. pp. 102–189.
6. Dewe H., Watson D.G., Kessler K., Braithwaite J.J. (2018). The depersonalized brain: New evidence supporting a distinction between depersonalization and derealization from discrete patterns of autonomic suppression observed in a non-clinical sample. *Conscious Cogn*. Vol. 63, pp. 29–46.
7. Horn M., Fovet T., Vaiva G., et al. (2020). Emotional response in depersonalization: A systematic review of electrodermal activity studies. *J Affect Disord*, Nov 1; 276. pp. 877–882.
8. Hunter E.C., Charlton J., David A.S. (2017). Depersonalisation and derealisation: assessment and management. *BMJ*. Vol. 356:j745.
9. King C.D., Hill S.B., Wolff J.D., et al. (2020). Childhood maltreatment type and severity predict depersonalization and derealization in treatment-seeking women with posttraumatic stress disorder, *Psychiatry Res*. Vol. 292. pp. 113–301.
10. Lawrence E.J., Shaw P., Baker D., et al. (2007). Empathy and enduring depersonalization: the role of self-related processes. *Social Neuroscience*. Vol. 2(3-4). pp. 292–306.
11. Masó B., Ortega J. & Díaz C. (2004) Depersonalization: from disorder to the symptom. *Actas Esp Psiquiatr*. Vol. 32(2). pp. 107–17.

12. Michal M., Wiltink J., Subic-Wrana C., et al. (2009). Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population, *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 197(7). pp. 499–506.
13. Mula M., Pini S. & Cassano G. (2007). The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: a critical reappraisal. *Affect Disorder*, Vol. 99(1-3). pp. 91–94.
14. Neznanov N. & Aleksandrovsky Y. (2018). *Психиатрия: национальное руководство*. 2 edition. pp. 284–288.
15. Nuller Y., Morozova M., Kushnir O. & Hamper N. (2001). Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study. *Psychopharmacology*. Vol. 5(2). pp. 93–95.
16. Philipsen A., Schmahl C. & Lieb K. (2004). Naloxone in the Treatment of Acute Dissociative States in Female Patients with Borderline Personality Disorder. *Pharmacopsychiatry*. Vol. 37(5). pp. 196–199.
17. Schlax J., Wiltink J., Beutel M.E., et al. (2020). Symptoms of depersonalization/derealization are independent risk factors for the development or persistence of psychological distress in the general population: Results from the Gutenberg health study. *J Affect Disord*. Vol. 273. pp. 41–47.
18. Schweden T.L.K., Pittig A, Bräuer D. et al. (2016). Reduction of depersonalization during social stress through cognitive therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. Vol. 43. pp. 99–105.
19. Schweden T.L.K., Wolfradt U., Jahnke S., Hoyer J. (2018). Depersonalization Under Academic Stress: Frequency, Predictors, and Consequences. *Psychopathology*. Vol. 51(4). pp. 252–261.
20. Sedman G. & Reed G.F. (2017). Relationship of depersonalization and suicidality in depressed patients. *Vojnosanitetski pregled. Military-medical and pharmaceutical review*. Vol. 75(00). p. 23.
21. Sierra M. (2010). Depersonalization. A New Look at a Neglected Syndrome. *Cambridge University Press*. Chapter 1. pp. 7–12.
22. Sierra M. & Berrio G. (2001). The Phenomenological Stability of Depersonalization: Comparing the Old with the New. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 189, No. 9, pp. 629–635.
23. Sierra M. & David A. (2011). Depersonalization: a selective impairment of self-awareness. *The Journal Conscious Cogn*. Vol. 20(1). pp. 99–108.
24. Sierra M., Baker D., Medford N. et al. (2006). Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases. *Clinical Pharmacology*. Vol. 29(5). pp. 253–258.
25. Sierra-Siegert M., Phillips M.L., Ivin G. et al. (2003). A placebo-controlled, cross-over trial lamotrigine in depersonalisation disorder. *The Journal of Psychopharmacology*. Vol. 17. No. 1. pp. 103–105.
26. Simeon D. & Knutelska M. (2005). An Open Trial of Naltrexone in the Treatment of Depersonalization Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 25(3). pp. 267–270.
27. Simeon D. (2004). Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs*. Vol. 18(6). pp. 343–54.
28. Simeon D., & Abugiel J. (2006). Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self, *Oxford: Oxford University Press*. Reviewed by Etzel Cardeña, Ph. D., Thorsen Professor, Lund University, Sweden, pp. 353–358.
29. Simeon D., Guralnik O., Knutelska M., Yehuda R. & Schmeidler J. (2003). Basal norepinephrine in depersonalization disorder. *Psychiatry Research*. Vol. 121(1). pp. 93–97.
30. Simeon D., Knutelska M., Nelson D. & Guralnik O. (2003). Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *The Journal Clinical Psychiatry*. Vol. 64(9). pp. 990–997.
31. Stein D.J., Koenen K.C., Friedman M.J. et al. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *The Journal of Biological Psychiatry*. Vol. 73(4), pp. 302–312
32. Thomson P., Jaque S.V. (2018). Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *J Trauma Dissociation*. Vol. 19(2), pp. 143–161.
33. World Health Organization (1992). International statistical classification of diseases and related health problems. Vol. 1, Geneva: WHO.

УДК 613.8/614.2+159.9
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-4>

Ніна КОЛЯДЕНКО

доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна, індекс 02000 (nina-k@ukr.net)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2099-0163>

Nina KOLYADENKO

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Medical Psychology, PJSC "Interregional Academy of Personnel Management", st. Frometivska, 2, Kyiv, Ukraine, postal code 02000 (nina-k@ukr.net)

Бібліографічний опис статті: Коляденко Н. Дилема жертовності в професії лікаря: моральна цінність чи віктимізація? *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 23–33. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-4>

Bibliographic description of the article: Kolyadenko, N. (2021). Dylema zhertovnosti v profesii likaria: moralna tsinnist chy viktyimizatsiia? [The Sacrifice Dilemma in the Medical Profession: Moral Value or Victimization?]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 23–33. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-4>

ДИЛЕМА ЖЕРТОВНОСТІ В ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ: МОРАЛЬНА ЦІННІСТЬ ЧИ ВІКТИМІЗАЦІЯ?

Анотація. Постановка проблеми. В процесі реформування вітчизняної медицини відбувається зміна парадигми в напрямку комерціалізації надання медичних послуг, що не збігається з традиційним для нашого суспільства образом лікаря, який у своїй професійній діяльності керується моральними якостями та жертвує особистими інтересами задля блага своїх пацієнтів.

Формулювання мети статті. Мета – з'ясувати ставлення студентів медичного факультету до феномену жертовності як складової лікарської професії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Жертовність лікаря в процесі його професійної діяльності детермінується нормами етики та деонтології, гуманним прагненням надавати допомогу хворим, що становить сутність професійної честі та гідності медичних працівників.

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні взяли участь 47 студентів 1-3 курсів медичних факультетів різних вищих навчальних закладів м. Києва, середній вік респондентів становив 19,3 років. Дослідження складалося з двох частин: написання студентами коротких есе за темою жертовності в професії лікаря з наступним аналізом їх змістової сутності, та психодіагностики за допомогою Методики діагностики соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері О. Ф. Потьомкіної.

Результати дослідження. За методикою Ф. Потьомкіної, альтруїзм виявився провідною орієнтацією 51,1% студентів-медиків, при наявності тісного (сильного) прямого зв'язку між орієнтацією на альтруїзм та результатом і аргументацією жертовності як моральної складової професії лікаря (коефіцієнт кореляції дорівнює 0,754). Навпаки, між цією аргументацією та орієнтацією на владу та гроші кореляційний зв'язок виявився зворотним (коефіцієнт кореляції дорівнює -0,956).

Обговорення результатів дослідження. Аналіз текстів есе дозволив виділити кілька основних точок зору на питання жертовності, зокрема: розуміння жертовності як рудименту, прояву прихильності до вже застарілих і неактуальних традицій (10,7%); надання пріоритету власним, приватним інтересам перед інтересами пацієнта, коли в ситуації вибору перевага надається потребам сім'ї лікаря (31,9%); трактування жертовності як маніпулятивної техніки задля отримання певних переваг, визнання (2,1%), а також визнання жертовності як свідомо обраної необхідної складової лікарської професії (55,3%).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Висловлювання щодо проблеми жертовності професії лікаря, якими студенти аргументували свою думку, досить яскраво ілюструють світоглядні й професійні орієнтири сучасної молоді. Наше дослідження вказує на важливість питання моральної складової професійної діяльності лікаря. Питанням професійної етики, біоетики та деонтології в програмі підготовки майбутніх лікарів, а також розгляду в процесі вивчення історії медицини питання жертовності як свідомого морального вибору лікаря має бути приділено першочергову увагу як основі виховання особистості студентів. Тільки за умов покладання процесу формування ключових освітніх компетенцій на моральну основу може бути забезпечене гідне сьогодення у майбутнє вітчизняної медицини.

Ключові слова: медицина, особистість лікаря, жертовність, мораль, етика деонтологія, ціннісні орієнтації.

THE SACRIFICE DILEMMA IN THE MEDICAL PROFESSION: MORAL VALUE OR VICTIMIZATION?

Abstract. Formulation of the problem. In the process of reforming domestic medicine there is a paradigm shift in the direction of commercialization of medical services, which does not coincide with the traditional image of our society, a doctor who in his professional activity is guided by moral qualities and sacrifices personal interests for the benefit of their patients.

Formulation of the purpose of the article. The aim is to find out the attitude of medical students to the phenomenon of sacrifice as a component of the medical profession.

Analysis of recent research and publications. The sacrifice of a doctor in the process of his professional activity is determined by the norms of ethics and deontology, the humane desire to provide care to patients, which is the essence of professional honor and dignity of medical workers.

Materials and methods of research. The study involved 47 students of 1-3 courses of medical faculties of various higher educational institutions of Kyiv, the average age of respondents was 19.3 years. The study consisted of two parts: writing meek essays by students on the topic of sacrifice in the medical profession, followed by analysis of their content, and psychodiagnostics using the Methodology of diagnosis of socio-psychological attitudes of personality in the motivational-needs sphere OF Potemkina.

Research results. According to the method of F. Potemkina, altruism was the leading orientation of 51.1% of medical students, with a close (strong) direct link between the orientation to altruism and the result and the argument of sacrifice as a moral component of the medical profession (correlation coefficient equal to 0.754). On the contrary, the correlation between this argument and the focus on power and money turned out to be inverse (the correlation coefficient is -0.956).

Discussion. The analysis of the essay texts allowed to identify several main points of view on the issue of sacrifice, in particular: understanding of sacrifice as a rudiment, a manifestation of commitment to already outdated and irrelevant traditions (10.7%); giving priority to one's own, private interests over the patient's interests, when in the situation of choice the needs of the doctor's family are given priority (31.9%); interpretation of sacrifice as a manipulative technique in order to obtain certain benefits, recognition (2.1%), as well as recognition of sacrifice as a consciously chosen necessary component of the medical profession (55.3%).

Conclusions and prospects for further research. Statements on the problem of sacrifice of the medical profession, with which students argued their opinion, quite vividly illustrate the worldview and professional guidelines of modern youth. Our study points to the importance of the moral component of a doctor's professional activity. Issues of professional ethics, bioethics and deontology in the training program for future physicians, as well as consideration in the process of studying the history of medicine, the issue of sacrifice as a conscious moral choice of physician should be given priority as a basis for educating students. Only under the condition of entrusting the process of formation of key educational competencies on a moral basis can a decent present in the future of domestic medicine be ensured.

Key words: medicine, doctor's personality, sacrifice, morality, ethics, deontology, value orientations.

Вступ. Питання про систему ціннісних орієнтацій в професії лікаря, завдяки якому з'явилася дана стаття, підняли на заняттях самі студенти медичного факультету. Справа в тому, що в процесі вивчення історії медицини вони ознайомилися з багатьма прикладами жертвності медичних працівників: випробовування на собі нових ліків і вакцин, робота у вогнищах епідемій чуми та холери, оперування поранених у військово-польових шпиталях. Та й у теперішній час – щоденна важка праця в умовах підвищеного ризику та відповідальності, виснажливі нічні чергування - при відсутності достойної заробітної плати та водночас наявності хронічного хаотичного процесу реформування того, що залишилося від вітчизняної системи охорони здоров'я, мотивації молодим лікарям не додають. В суспільстві існує усталений стереотип «доктора Айболіта», який із ризиком для власного життя цілодобово і безкоштовно приходять на допомогу стражденим, зовсім не маючи часу на задоволення своїх особистих потреб, створений та підживлюваний численними прикладами героїчних образів лікаря, оспіваних класиками – М. Булгаковим, В. Вересаєвим, А. Чеховим, Б. Пастернаком, М. Амосовим та іншими, причому багато хто з цих письменників самі були відомими, видатними лікарями, а їхні твори мають автобіографічну основу. Тут можна згадати існування й протилежного образу лікаря, як його зображував у своїх комедіях Мольєр – пихатого невігласа в квадратному «академічному» капелюсі верхом на мулі – але то інша епоха та інша країна. До того ж М. Булгаков, який вважав Мольєра своїм учителем у театральному мистецтві, описував своїх персонажів-лікарів ніби в постійному намаганні спростувати бачення Мольєра.

Сьогоднішня комерціалізація медицини, розвиток приватних закладів охорони здоров'я, ви-

мірювання якості надання медичної допомоги за критерієм її відповідності протокольним стандартам перетворюють медицину із галузі мистецтва та філософії (як її розуміли Арістотель, Гіппократ, Авіценна, Парацельс, Леонардо да Вінчі) у сферу послуг, роблять її напрямком бізнесу, джерелом збагачення. Розвиток цифрових технологій робить можливим дистанційне лікування, не за горами й цілковита заміна лікаря-людини на робота – діагноста, робота – хірурга. Всі ці тенденції може й віддзеркалюють прогрес, але водночас піднімають багато етичних питань, та й що для покращення стану хворого є важливішим – чітке проведення маніпуляцій чи застокійливий голос лікаря, його теплий дотик і добра посмішка?

Студенти обирали майбутню професію лікаря-психолога, йдучи в медицину за покликанням, за потягом душі, вони були готові вчити фундаментальні дисципліни – але зіткнення з етичною дилемою медицини стало для них несподіванкою. У В. Войно-Ясенецького (св. єпископа Луки Кримського) за юнацьких років проблема професійного вибору була вирішена на користь медицини саме з етичних міркувань, бажання допомагати людям – і він довів вірність цього вибору всім своїм трагічним, стражденим життям (св. Лука (Войно-Ясенецький), 2018), врешті-решт удостоєний причислення до лику святих. Такими ж самовідданими лікарями були Ф. Яновський, П. Гааз, які хоч і не мали духовного звання, в народі здобули назву «святих». Лікар-письменник А. Чехов продав свій маєток у Мелехові й на ці кошти заснував у Криму санаторій для дітей, хворих на туберкульоз. А чи готові сучасні лікарі до подібних моральних вчинків? Як поєднати бажання служити людям із необхідністю задоволення потреб нижчого рівня піраміди Маслоу? Те, що це питання схвилювало студентів, показує розумін-

ня ними важливості моральної складової професії лікаря, а от наскільки процес навчання впливає на формування відповідних особистісних якостей, яке місце вони мають посідати в процесі науково-практичної діяльності лікаря-психолога, як ставитися до жертвних вчинків медиків і чи треба їх наслідувати – стало предметом нашого дослідження.

Мета даної роботи – з'ясувати ставлення студентів медичного факультету до феномену жертвності як складової лікарської професії.

Завдання дослідження: 1) проаналізувати джерела наукової літератури з етичних питань медицини та розглянути теоретичні основи поняття жертвності з поглядів віктимології та вчинкової психології; 2) провести емпіричне дослідження ставлення студентів медичного факультету до прояву жертвності в професійній діяльності лікарів, співставивши їхню точку зору з результатами дослідження ціннісних орієнтацій особистості. **Гіпотеза дослідження** була заснована на припущенні, що в сучасних студентів провідною залишається моральна складова мотивації вибору лікарської спеціальності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сьогодні віктимність розглядається не лише з погляду кримінальної психології, а розуміється значно ширше - як складна властивість особистості, її якісна характеристика, що є комплексною психологічною рисою, яка впливає на відповідну жертвну поведінку суб'єкта, детермінує її (Вакуліч, 2015). Що ж стосується професії лікаря, то ще понад 100 років тому професор І. Сикорський зазначав, що «за розмірами жертв особистою працею, здоров'ям і життям лікарі займають перше та єдине місце у вітчизні» (рис. 1), вказуючи, що це становить моральну сторону професії, здобуття якої від самого початку потребує певної жертвності, бо необхідно «відмовитися від багатьох задоволень заради того, щоб присвятити себе серйозній праці» (Сикорський, 1897).

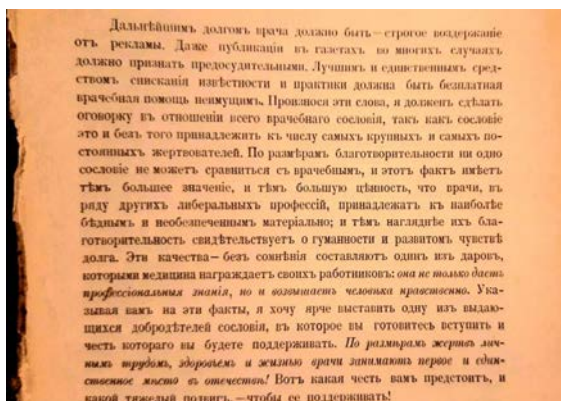


Рис. 1. Сторінка журналу «Питання нервово-психічної медицини» (т. II, 1897 р.) із текстом доповіді І. Сикорського «Перший і останній день клінічних занять студентів» (фрагмент)

Принципи етики та деонтології як етичні норми професії лікаря визначаються гуманним прагненням надавати допомогу хворим. Вони сформульовані Гіппократом, розвинені в працях Асклепіада, Цельса, Галена і залишаються непорушними зі стародавніх часів (Котвіцька, Кубарева, Горбаньов, 2019). Ці морально-етичні принципи мають втілюватися в сукупність конкретних поведінкових норм, які становлять сутність професійної честі та гідності медичних працівників (Котвіцька, Кубарева, Горбаньов, 2019).

Сучасна ситуація в медицині стикається з протиріччям між милосердям і комерціалізацією. Спроби замінити медичну етику, яка протягом тисячоліть була невід'ємною складовою розвитку наукової медицини, правовими нормами роблять наочною невідповідність права та моралі в межах медичної діяльності, поглиблюючи кризову ситуацію і роблячи реальною перспективу втрати медичною власного предмету (Фоменко, Голубєв, 2018). Суспільне значення проблеми пов'язане з ризиками спотворення людської природи в ситуації, коли науковий прогрес поєднується з регресом моральності, коли необмеженість технологічних можливостей спонукає до зміни сенсу, змісту і спрямування медичної діяльності, до прагматичного знецінення людського життя та спроб щодо узаконення антигуманних напрямків, до втрати в медицині поняття милосердя (Фоменко, Голубєв, 2018).

Питання самореалізації людини завжди було пов'язане з аксіологією, пошуком відповідей на питання ціннісних орієнтацій, істини та ідеалів. В якості критерію для визначення соціальної реальності використовується людський досвід і християнська антропологія, яка привносить трансцендентність у розуміння основ буття. Такий підхід є корисним для визначення особистого та соціального цілепокладання, особливо в контексті вирішення сучасної суспільної кризи (Кислий, 2020). Серед виразників цієї кризи є проблема жертвності ідентичності, серед параметрів якої виділяють модність, відчуженість життя та смерті, фрагментарність, дегуманізацію, самогубство напоказ (Воронюк, 2017). Загострення суспільних проблем відбувається при поєднанні негативних суспільних процесів, таких як зростання дитячої бездоглядності і травматизму, алкогольної, наркотичної та тютюнової залежності, з поширенням інфекційних хвороб епідемічного рівня, з платним медичним забезпеченням і недосконалістю системи охорони здоров'я (Білавич, 2017). Водночас історичний досвід вітчизняної медицини кінця XIX – початку XX століття знає приклади ініціювання медичною інтелігенцією та громадськими організаціями створення альтернативних благодійних лікарських інституцій, спрямованих на компенсацію прогалин у державній соці-

альній політиці. При цьому своїм завданням лікарі вважали надання безкоштовної лікарської допомоги малозабезпеченим хворим, постачання їм ліків зі знижкою (Білавич, 2017). Національна свідомість українського лікаря, його патріотизм виявлялися в добротності, активній громадській позиції, медичному просвітництві, в самовідданій безкорисливій та жертвовній праці (Білавич, 2017). Підкреслюється подвижницький, жертвовний характер як праці лікарів, так і служіння сестер милосердя (Давибида, 2018).

Нині в масовій свідомості відбувається спотворення уявлень про моральність і духовність, підміна понять, коли духовність зводиться до загальнолюдських цінностей, моральність - до егоцентризму, віра - в довіру лише матеріальним речам. Пропагується толерантність до зла, а творення добра розуміється як взаємні послуги, товарно-грошові стосунки. Активуються нижчі потреби. (Савчин, 2019). Стають непопулярними, зникають мотиви терпіння, смирення, каяття, поваги до людей старшого віку, немічних і неповносправних. Для того, щоб оздоровити суспільство, слід повернути в суспільну свідомість цілісне уявлення про людину, про єдність її тілесної, душевної та духовної природи, реалізувати духовну парадигму в усіх сферах суспільного життя (Савчин, 2019). При тому, що в царині нинішнього розуміння ідеалу людини існують різні позиції між філософськими та богословськими вченнями і науковими знаннями, трансцендентність аспектів людського буття стверджує універсальність християнської думки у вирішенні питання ідеалу людської особистості (Кислий, 2019) як основи національно-культурного відродження українського народу в умовах його новітньої історії (Телячий, 2019). В такому контексті, жертвовність розглядається з погляду сакральності, метафізичного виміру, коли значення жертви позначає підтримання звичного порядку подій або підтримання його, протиставлення буденності та надання індивіду іншого буттєвого статусу (Гончарова, 2017).

Питання здоров'язбереження виходить із розуміння того, що здоров'я людини є найвищою соціальною цінністю (Гриньова, 2018). В цьому контексті, ставлення людей як потенційних пацієнтів до медицини та лікарів, а також самосприйняття та самоусвідомлення медичних працівників певною мірою міфологізовані (Стуканова, 2020). Загальні риси позитивного образу лікаря стосуються, в першу чергу, його ставлення до свого професійного обов'язку, і виявляються в самовідданості, готовності зробити вибір між власним життям та життям хворої людини на її користь, здатності до ризику, рішучості, гуманності та увазі до пацієнтів. Крім того, лікар має бути гарним психологом, вміти знайти

потрібні слова для підтримки пацієнтів (Стуканова, 2020). Навпаки, прагнення лікаря до здобуття добробуту завдяки своїй професії розглядається як суто негативна риса, збагачення за рахунок чужої біди (Стуканова, 2020). Міфологічні стереотипи транслують уявлення про лікаря як представника героїчної професії, що вимагає рішучості та альтруїзму та символізує боротьбу між життям та смертю (Стуканова, 2020).

Категорія жертвовності в сучасному суспільстві залишається критерієм, базовим для визначення рівня суспільної довіри, тобто, моральність є провідною характеристикою оцінювання діяльності. Українське суспільство найвище шанує прояви жертвовності, причому жертва може бути як часом і фінансами, так і добрими справами і навіть життям, а метою є досягнення Блага, що, за Платоном, є причиною всього правильного та прекрасного (Куц, 2018). З такої позиції, наробки українських лікарів за останні 120 років оцінюються як приклад служіння, патріотизму та великої жертвовності українських медиків (Заячківська, Лончина, 2018).

Онтологічне розуміння сенсу життя включає поняття мудрості як вищого, цілісного, духовно-практичного знання, що безпосередньо пов'язане з діяльністю людини та сповідуваними нею цінностями. Мудрість як моральна чеснота поєднується з розважливістю та обачливістю та виявляється в готовності шанувати й реалізовувати добро через відповідні діяння на основі любові як вираженні природних і духовних глибин особистості (Огірко, 2017). Саме любов, а зовсім не віктимність особистості, спонукає до жертвовності, бо вона визначається як старання про справжнє добро для ближніх, не зважаючи на себе, готовність умерти для себе та жити для іншого. Давньогрецьке поняття "agape" позначає особливу форму любові - любов жертвовну, яка виявляється в невичерпній добродійності (Огірко, 2017), що відповідає ціннісним аспектам християнського суспільного ідеалу в умовах його сучасних перетворень (Кислий, 2020). На таких поглядах базується, зокрема, ставлення до донорства крові як не просто акту добровільного волевиявлення, а як до жертвування біоматеріалів конкретно людиною (Сидорчук, 2017).

Враховуючи вищезазначене, стає зрозумілою важливість викладання на медичному факультеті таких дисциплін, як біоетика, професійна етика лікаря та медична деонтологія, а серед ключових компетентностей медичних працівників першочерговою має бути моральна компетентність. Однак серед завдань викладачів щодо підготовки компетентного лікаря (Tkachuk, Kulbashna & Zakharova, 2018) провідними названі зовсім інші ключові завдання освітнього процесу, такі як формування здоров'язберігаючої та іншомовної компе-

тентностей майбутніх лікарів, відповідно до яких рекомендується здійснити оновлення педагогічної парадигми. Такий підхід до навчання орієнтований на випуск спеціалістів, конкурентоспроможних в сучасному медичному середовищі не стільки на державному, як на міжнародному рівні, однак, при всій привабливості пропагування студентоцентрованості та інших інноваційних започаткувань (Вовк, Ікрамов, Вовк, Малахов, 2020), залишає осторонь виховання особистості лікаря на основі моральних цінностей вітчизняної лікарської школи, завдяки яким вона здобула світове визнання і без яких повноцінна професійна реалізація медичного працівника є неможливою.

Матеріали та методи дослідження. Дизайн дослідження передбачав його традиційне виконання в декілька послідовних етапів: аналітичний огляд джерел наукової літератури з питання жертвовності як особистісної характеристики, її суспільного значення та місця в професійній діяльності лікаря; визначення мети та завдання дослідження; формування вибірки респондентів та підбір валідних психодіагностичних методик; проведення емпіричного дослідження, статистична обробка та аналіз отриманих результатів, формулювання висновків та практичних рекомендацій, окреслення перспективи подальших досліджень.

Група досліджуваних була сформована способом простої рандомізації зі студентів 1–3 курсів, які навчаються на медичному факультеті різних вищих навчальних закладів м. Києва, і склала 47 осіб, середній вік яких становив 19,3 років. Дослідження складалося з двох частин: написання студентами коротких есе за темою жертвовності в професії лікаря з наступним аналізом їх змістової сутності, та психодіагностики за допомогою Методики діагностики соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребовій сфері О.Ф. Потьомкіної. Ця методика спрямована на виявлення соціально-психологічних установок «альтруїзм-егоїзм», «процес-результат», «свобода-влада», «праця-гроші». Результати, отримані за цією методикою, дозволяють виокремити такі групи досліджуваних, як: високомотивовані досліджувані з гармонійними орієнтаціями; високомотивовані досліджувані з дуже слабо вираженими орієнтаціями; досліджувані з дисгармонійними орієнтаціями. **Статистична обробка результатів дослідження** за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона і t-критерієм Стюдента проводилася за допомогою онлайн-калькулятора з використанням програми STATISTICA 13.3 (розробник – StatSoft.Inc).

Етичні питання вирішувалися через дотримання принципів анонімності, поінформованої згоди та інших норм біоетики. Гендерні та расові особливості в процесі дослідження не враховувалися.

Обмеження дослідження були пов'язані з невеликою вибіркою, яка, однак, може вважатися релевантною в даному конкретному випадку, а отримані результати – поширені на всіх студентів молодших курсів медичних факультетів магістерського рівня освіти м. Києва. Наше дослідження є лише пілотним, і його проведення в медичних університетах інших міст України та в інших країнах може показати дещо інакші результати. Тим не менше, воно довело актуальність проблеми жертвовності в професії лікаря, привернення уваги до якої дозволить відкоригувати парадигму сучасної медичної освіти з тим, щоб акцентувати її моральну компоненту.

Додаткового фінансування на проведення дослідження не виділялося, конфлікту інтересів не було.

Результати досліджень. На першому етапі дослідження, всі його учасники отримали завдання написати коротке есе розміром 1-3 сторінки на тему жертвовності в професійній діяльності сучасного лікаря. Наступний аналіз текстів есе дозволив виділити кілька основних точок зору на питання жертвовності, співвідношення між якими представлено на рис. 1. До них відносяться: розуміння жертвовності як рудименту, прояву прихильності до вже застарілих і неактуальних традицій (10,7%); надання пріоритету власним, приватним інтересам перед інтересами пацієнта, коли в ситуації вибору перевага надається потребам сім'ї лікаря (31,9%); трактування жертвовності як маніпулятивної техніки задля отримання певних переваг, визнання (2,1%), а також визнання жертвовності як свідомо обраної необхідної складової лікарської професії (55,3%).

Тут варто навести деякі найбільш характерні висловлювання, якими студенти аргументували свою думку і які досить яскраво ілюструють світоглядні й професійні орієнтири сучасної молоді. Так, щодо негативного ставлення до жертвовності були такі фрази:

– «є деякі фанатики своєї справи, які заради лікарні готові відмовитися від свого особистого життя, але це їх власний вибір, який не повинен поширюватися на загал, бо це не є добре»;

– «лікар – це не робот, а людина, і він не повинен виконувати свою роботу на шкоду собі, своєму власному здоров'ю та особистому життю»;

– «чужі люди не оцінять і забудуть, бо сприймуть твою жертву як належне, а близькі зазнають шкоди і це не є нормальним»;

– «лікар не повинен заради пацієнта порушувати власні границі, треба вибудовувати межі між роботою та особистим життям»;

– «жертвовність не є бажаною для лікаря рисою характеру, вона протирічить його професійним компетенціям, заважає справі та має характер маніпуляції, позиція жертви – ознака слабкості»;

– «жертвність – це особистий вибір, я не відчуваю власної готовності до цього».

Слід ще раз підкреслити, що таких критичних робіт було загалом 44,7%. Натомість інші 55,3% студентів зазначили жертвність як свідомо обрану професійну поведінку, а в якості аргументів на користь своєї думки наводили приклади як лікарів минулого, цитуючи відомий вислів Ван Тульпа «Світязи іншим, згораю», так і сучасних медиків, які ризикують власним життям у боротьбі з пандемією COVID-19, в зоні АТО/ООС або інших ситуаціях підвищеної небезпеки для власного життя. Далі – досить емоційні цитати з цих творів:

– «три роки тому лікарі на власні кошти за рахунок відпустки вирушили на схід України, щоб надати допомогу військовим та цивільним»;

– «лікарям доводилося буквально збирати людей по шматках в польових умовах, при обмежених ресурсах, але вони це робили, бо були дуже потрібні пораненим людям і своїм колегам, які потребували фахової допомоги»;

– «ми будемо лікарями, це велика відповідальність за людей, і це потребує жертвності стосовно самого себе»;

– «важко уявити, як можна спокійно пройти повз людину, якій раптово стало погано на вулиці, більшість людей не зможе, тим більше лікар, куди б він не поспішав»;

– «в умовах надзвичайних ситуацій дуже складно робити вибір, кому надавати допомогу в першу чергу, це питання сортування хворих, для лікаря такі умови є великим психологічним навантаженням, але він мусить працювати, щоб полегшити страждання потерпілих»;

– «лікар мусить зробити все, щоб людина вижила, навіть якщо для цього йому доведеться пожертвувати власним життям»;

– «лікар – це професія надзвичайно складна та відповідальна, і не кожна людина готова допомагати іншим; жертвність лікаря свідчить про силу його духу та щире бажання допомогти»;

– «мій найбільший страх – це страх не виправдати сподівання хворих, виявитися недостатньо компетентним щоб надати кваліфіковану допомогу, тому щоб стати хорошим лікарем треба наполегливо вчитися, жертвуючи вільним часом, це також є жертва».

У наступній Таблиці 2 представлено розподіл респондентів по типах орієнтацій за методикою О.Ф. Потьомкіної.

Як можна бачити з цієї таблиці, незважаючи на те, що в більшості досліджуваних студентів (51,1%) було визначено гармонійний тип орієнтацій, в 19,1% мало місце слабе вираження будь-яких орієнтацій, а в 29,4% випадків спостерігався дизгармонійний тип.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних студентів-медиків по типах орієнтацій за методикою О.Ф. Потьомкіної

Тип орієнтації	Кількість студентів	
	Абс.число	%
Група високомотивованих осіб із гармонійними орієнтаціями. Всі орієнтації виражені сильно та в різній степені	24	51,1
Група низькомотивованих осіб, у яких усі орієнтації виражені надзвичайно слабо	9	19,1
Група з дизгармонійними орієнтаціями, коли одні орієнтації виражені сильно, а інші слабо чи навіть взагалі відсутні	14	29,8
Всього	47	100

У Таблиці 3 показано співвідношення досліджуваних студентів за типом переважаючих орієнтацій за методикою О.Ф. Потьомкіної.

Таблиця 3

Переважаючі орієнтації студентів-медиків за методикою О.Ф. Потьомкіної

Тип орієнтації	Кількість студентів		t-критерій Стьюдента	p
	Абс. число	%		
Альтруїзм	24	51,1	15,56	<0,05
Егоїзм	23	48,9		
Процес	16	34,0	226,27	<0,05 <0,05
Результат	31	66,0		
Свобода	28	59,6	135,76	<0,05 <0,05
Влада	19	40,4		
Праця	15	31,9	204,35	<0,05
Гроші	32	68,1		
Всього	47	100		

Як бачимо, альтруїзм виявився провідною орієнтацією 51,1% студентів-медиків, тобто, кількість орієнтованих на альтруїзм трохи більша за кількість орієнтованих на егоїзм (48,9%), і хоча різниця між цими показниками є статистично значимою, по суті студенти за даними полярними орієнтаціями розподілилися майже порівну (24 і 23 особи). На результат виявилася орієнтованою переважна більшість досліджуваних студентів (66,0%), тоді як на процес – майже вдвічі менше (34,0%). Значна частина студентів прагне до влади (40,4%), однак переважна більшість (59,6%) віддають перевагу свободі. Не можна назвати не-

сподіванкою те, що аж 68,1% відсотків досліджуваних студентів надали перевагу грошам, і тільки 31,9% виявилися орієнтованими на працю.

Розрахувавши коефіцієнт кореляції Пірсона, ми виявили наявність тісного (сильного) прямого зв'язку між орієнтацією на альтруїзм та результат і аргументацією жертвовності як моральної складової професії лікаря (коефіцієнт кореляції дорівнює 0,754). Навпаки, між цією аргументацією та орієнтацією на владу та гроші кореляційний зв'язок виявився зворотним (коефіцієнт кореляції дорівнює -0,956).

Обговорення отриманих результатів. Якщо уважно розглянути змістову складову написаних студентами есе, то можна зрозуміти, що висловлені в них негативні думки не є остаточно сформованими і мають своїм джерелом, як правило, певні моделі досягнення професійного успіху, критерієм якого є насамперед матеріальний добробут і кар'єрне зростання. Прагнучи до здобутків, ці студенти не завжди здатні пояснити різницю між кар'єрним і професійним статусом і нерідко не усвідомлюють, що для здійснення мети необхідна постійна наполеглива праця. Вибір на користь сімейних цінностей можна розглядати загалом як прояв позитивних ціннісних устремлінь, що відповідають українському менталітету. Протиставлення ж інтересів сім'ї і роботи відбувається, скоріше за все, через брак життєвого досвіду, можливі непривабливі приклади трудоголізму в мікросоціальному оточенні та підсвідоме бажання психологічного комфорту, впевненості та захищеності. Поки що не маючи клінічної практики, студенти молодших курсів сприймають уявного пацієнта як абстрактну фігуру, заради якої немає сенсу принести будь-яку жертву, навіть кілька хвилини свого вільного часу. Однак якщо як пацієнта уявити близьку людину, то тут акценти зміщуються, а до лікаря висуваються підвищені вимоги.

Втім, не можна стверджувати, що протилежна думка є більш виваженою. Обґрунтування жертвовності багато в чому нав'яне стереотипами образу лікаря, який сформовано в результаті сімейного та шкільного виховання. Захоплюючись прикладами самовідданої праці лікарів, такі студенти не впевнені, що зможуть піти таким самим професійним шляхом. Ті ж студенти, які представили есе з більш глибоким аналізом проблеми, продемонстрували здатність до критичного мислення, як правило, мали певний особистий досвід надання медичної допомоги під час навчання в медичному коледжі або в якості волонтерів, чи бачили приклади жертвовності серед знайомих лікарів, які є для них взірцевим прикладом. Привертає увагу також те, що позитивний образ жертвовного лікаря був змальований студентами більш емоційно, яскраво, пристрасно, тоді як віднесення жертвовності до негативних рис особистості супроводжувалося бід-

ністю емоцій, млявістю, безбарвністю описових характеристик.

Висока кореляція тверджень, висловлених в есе, з результатами визначення ціннісних орієнтацій за методикою Л.Ф. Потьомкіної, свідчить про усталеність особистісних спрямувань студентів. З отриманих результатів можна побачити, що кількість студентів, які в своїх творах підкреслили значимість морального аспекту професійної діяльності лікаря, в своїй більшості відносяться до групи високомотивованих осіб із гармонійними, сильно вираженими орієнтаціями. Ті ж, хто розглядав жертвовність як негативну рису маніпулятивного кола, потрапили до групи низькомотивованих осіб із слабкими та невизначеними орієнтаціями. Дизгармонійність орієнтацій ми схильні пояснювати недостатньою сформованістю особистості, особистісним пошуком, що властиве молодому віку.

Якщо в радянські часи матеріальна зацікавленість лікаря засуджувалася (Стуканова, 2020), то в нинішній час питання достойної винагороди за важку працю видається цілком слушним. Тому пріоритет грошей перед працею розглядається нами не як корисливий мотив, а як прагнення молодої людини до самостійності, матеріальної незалежності. До речі, в традиціях вітчизняної медицини був диференційований підхід, коли заможні люди сплачували за лікування, а для малозахищених верств населення існувала система благодійництва, започаткована 1000 років тому засновником української медицини св. Агапітом Печерським – лікарем безмеждним, і продовжена в XIX ст. Св. Анастасією Київською (Олександрою Петрівною Романовою) – засновницею Покровського монастиря та лікарні при ньому, яка на той час була визнана кращою в Європі, М. Терещенком – представником видатної династії бізнесменів, промисловців і меценатів, завдяки якому в Києві з'явилися безкоштовні лікарні для робітників, спадкоємцем однієї з яких є сучасний Охматдит (рис. 2); Ф.Г. Яновський – лікар і науковець, який надавав безкоштовну медичну допомогу біднякам, хворим на туберкульоз (рис. 3), і багатьма іншими.

В будь-якому разі наше дослідження вказує на важливість питання моральної складової професійної діяльності лікаря, без якої процесом діагностики та лікування може займатися й робот. Однак ні жодний стандартний протокол, ні відповідні сучасні навчальні плани і програми підготовки майбутніх лікарів (Вовк, Ікрамов, Вовк, Малахов, 2020) не враховують один із найважливіших постулатів медицини: лікувати не хворобу, а хворого, з його проблемами та переживаннями, характерологічними особливостями і внутрішньою картиною хвороби. Тільки чуйний, емпатійний лікар, готовий моментально прийти на допомогу, підтримувати весь складний шлях подолання хвороби, здатний досягти професійного успіху, не заплямувавши високу честь білого халату.



Рис. 2. Пам'ятник М. Терещенку на території лікарні Охматдит в м. Києві

(джерело: <https://oktv.ua/ua/turizm/dostoprimechatelnosti-kieva/ohmatdet>)



Рис. 3. Пам'ятник Ф. Яновському на території створеного ним Київського туберкульозного інституту (тепер – Національний Інститут фізіатрії та пульмонології, названий на його честь)

(джерело: https://uk.wikipedia.org/wiki/Пам'ятник_Феофілу_Яновському)

Отже, питанням професійної етики, біоетики та деонтології в програмі підготовки майбутніх лікарів, а також розгляду в процесі вивчення історії медицини питання жертвовності як свідомого морального вибору лікаря має бути приділено першочергову увагу як основі виховання особистості студентів. Тільки за умов покладання процесу формування ключових освітніх компетенцій на моральну основу може бути забезпечене гідне сьогодення у майбутнє вітчизняної медицини.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Висловлювання щодо проблеми жертвовності професії лікаря, якими студенти аргументували свою думку, досить яскраво ілюструють світоглядні й професійні орієнтири сучасної молоді. Висловлені студентами негативні думки не є остаточно сформованими і мають своїм джерелом, як правило, певні моделі досягнення професійного успіху, критерієм якого є насамперед матеріальний добробут і кар'єрне зростання. Прагнучи до здобутків, ці студенти не завжди здатні пояснити різницю між кар'єрним і професійним статусом і нерідко не усвідомлюють, що для здійснення мети необхідна постійна наполеглива праця.

Вибір на користь сімейних цінностей можна розглядати загалом як прояв позитивних ціннісних устремлінь, що відповідають українському менталітету. Протиставлення ж інтересів сім'ї і роботи

відбувається, скоріше за все, через брак життєвого досвіду, можливі непривабливі приклади трудового лізму в мікросоціальному оточенні та підсвідоме бажання психологічного комфорту, впевненості та захищеності.

Не маючи клінічної практики, студенти молодших курсів сприймають уявного пацієнта як абстрактну фігуру, заради якої немає сенсу принести будь-яку жертву, навіть кілька хвилини свого вільного часу. Однак якщо як пацієнта уявити близьку людину, то тут акценти зміщуються, а до лікаря висувуються підвищені вимоги.

Обґрунтування жертвовності багато в чому нав'язане стереотипами образу лікаря, який сформовано в результаті сімейного та шкільного виховання. Позитивний образ жертвовного лікаря був змальований студентами більш емоційно, яскраво, пристрасно, тоді як віднесення жертвовності до негативних рис особистості супроводжувалося бідністю емоцій, млявістю, безбарвністю описових характеристик.

Висока кореляція тверджень, висловлених в есе, з результатами визначення ціннісних орієнтацій за методикою Л. Ф. Потьомкіної, свідчить про усталеність особистісних спрямувань студентів. З отриманих результатів можна побачити, що кількість студентів, які в своїх творах підкреслили значимість морального аспекту професійної діяльності лікаря, в своїй більшості відносяться до групи

високомотивованих осіб із гармонійними, сильно вираженими орієнтаціями. Ті ж, хто розглядав жертвовність як негативну рису маніпулятивно-го кола, потрапили до групи низькомотивованих осіб із слабкими та невизначеними орієнтаціями. Дизгармонійність орієнтацій ми схильні пояснювати недостатньою сформованістю особистості, особистісним пошуком, що властиве молодому віку. Пріоритет грошей перед працею розглядається нами не як корисливий мотив, а як прагнення молоді людини до самостійності, матеріальної незалежності.

Наше дослідження вказує на важливість питання моральної складової професійної діяльності лікаря. Питанням професійної етики, біоетики та деонтології в програмі підготовки майбутніх лікарів, а також розгляду в процесі вивчення історії медицини питання жертвовності як свідомого морально-

го вибору лікаря має бути приділено першочергову увагу як основі виховання особистості студентів. Тільки за умов покладання процесу формування ключових освітніх компетенцій на моральну основу може бути забезпечене гідне сьогодення у майбутнє вітчизняної медицини.

Автор висловлює подяку студентам 2-го курсу кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”» і особисто Ренату Хабусеву за ініціювання розгляду теми жертвовності та за активну участь у проведенні дослідження й обговоренні його результатів. Зацікавленість майбутніх лікарів-психологів моральною стороною професійної діяльності дозволяє сподіватися, що вони стануть гідними послідовниками кращих традицій вітчизняної медичної школи та будуть сумлінно втілювати морально-етичні норми в медичній науці та практиці.

Список використаних джерел:

1. Сидорчук А. Поняття донорства крові у чинному законодавстві, *Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. Приватне право*. 2017. № 5. С. 67–74.
2. Вакуліч Т.М. Сутнісна характеристика особистісної віктимності як психологічного феномену. *Актуальні проблеми психології*. 2015. № 24. С. 25–31.
3. Вовк О.Ю., Ікрамов В.Б., Вовк О.О., Малахов С.С. Роль викладача фундаментальних дисциплін в сучасній медичній освіті з позицій студентоцентризму. *Студентоцентризований навчальний процес як запорука забезпечення якості вищої медичної освіти: матеріали ІІІ навч.-метод. конф. ХНМУ (Харків, 29 січня 2020 р.) / Міністерство охорони здоров'я України, Харк. нац. мед. ун-т. Харків : ХНМУ, 2020. Вип. 10. С. 24–26.*
4. Воронюк О. Жертвовна «ідентичність». *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Культурологія»*, 2017. Вип.18. С. 118–120.
5. Куц Г. Влада і суспільство в постмайданній Україні: діагностика відносин. *Наукові записки*. 2018. Вип. 2(94). С. 159–171.
6. Гриньова Я. Про деякі питання здоров'язбереження сучасного українського суспільства. *Збірник наукових праць Національної Академії прикордонної служби України, Серія: Педагогічні науки*. 2018. № 4(15). С. 46–55. *Хмельницький : Вид-во НАДПСУ*.
7. Білавич І. Громадська праця українських лікарів у Західній Україні (кінець ХІХ – початок 40-х років ХХ сторіччя). *Матеріали ІІ міжнародної науково-практичної конференції «Соціальні трансформації у кризовий період»*. м. Краматорськ, 26 січня 2017 р. С. 22–24.
8. Сикорський І. Перший і останній день клінічних занять студентів, *Питання нервово-психічної медицини*, 1897. Т. ІІ, с. 5–16.
9. Кислий А.О. Проблема ідеалу людини в сучасній християнській думці. *Гілея: науковий вісник*. 2019. Вип. 142 (№ 3), Ч. 2. Філософські науки. С. 65–69. Київ : «Видавництво «Гілея».
10. Кислий А.О. Ціннісні аспекти християнського суспільного ідеалу в умовах трансформації сучасного світу, *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. Warsaw, Poland, 2020. Part 7. № 2 (54). S. 50–55.
11. Кислий А.О. Людина в контексті осмислення соціального ідеалу в сучасній християнській думці. *Релігієзнавство*. 2020. Вип. 42 (55). С. 102–109.
12. Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Горбаньов В.В. Дослідження історичних аспектів становлення та розвитку фармацевтичної етики і деонтології в стародавньому світі, *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи : матеріали V Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 25–26 квіт. 2019 р.*, Харків : НФаУ, 2019. С. 74–82.
13. Лев Давибіда Діяльність згромадження дочок милосердя св. Вікентія де Поля у галузі охорони здоров'я на території Східної Галичини у ХVІІІ – першій третині ХХ ст. 1 *Vnesky Krajevoi rady zdorovia u spravi likarskoj opiky v shpytaliakh Sester Myloserdia, TsDIAL Ukrainy. (Tsentr. derzh. ist. arkhiv Ukrainy, m. Lviv)*. 2018. F. 668. Op. 1. Spr. 2. Ark. 7, 8., pp. 262–270.
14. Фоменко Л., Голубев О. Медична етика: на перетині науки і моральності, *Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, серія «Філософські науки»*. 2018. №11(384). URL: <http://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/17749>.
15. Гончарова Н. Сакральність жертви. *Bulletin of the Cherkasy Bohdan Khmelnytsky National University. Series Philosophy*. 2017. № 1(2017). URL: <https://philosophy-ejournal.cdu.edu.ua/article/view/2008>.
16. Огірко О.В. Любов до мудрості як сенс філософії. *ФіП: Філософія*. 2017. № 1. URL: [file:///C:/Users/BV3F~1/AppData/Local/Temp/filipol_2017_1_29\(1\).pdf](file:///C:/Users/BV3F~1/AppData/Local/Temp/filipol_2017_1_29(1).pdf).
17. Заячківська О., Лончина В. Розвиток лікарської комісії наукового товариства шм. Шевченка крізь призму століть (до 120-річчя заснування). *Огляд. Праці НТШЖ Медичні науки*. 2018. Т. 52. № 1. С. 10

18. Савчин М.В. Здоров'я людини: духовний, особистісний і тілесний виміри : монографія. Дрогобич : ПП «Посвіт», 2019. 232 с.
19. Св. Лука (Войно-Ясенецький) (2018). Я полюбив страждання. URL: https://azbyka.ru/otechnik/Luka_Vojno-Jasenskiy/ja-poljubil-stradanie-avtobiografija/.
20. Стуканова Ю.Р. Образ лікаря в художній літературі Донецького регіону в 1950-1960-ті роки, *Way Science: 10th International Scientific and Practical Internet Conference "Modern Movement of Science"*. 2020. 2-3 квітня 2020 р. Дніпро. Р. 2. С. 457-462.
21. Телячий Ю.В. Українське національно-культурне відродження в 1917-1921 рр.: до методологічного контексту проблеми, *Electronic National Academy of Ukraine on Culture And Arts Management Staff Institutional Repository*. 2019. URL: <http://elib.nakkkim.edu.ua/handle/123456789/2929>.
22. Elena Tkachuk, Yaroslava Kulbashna & Valeriia Zakharova. Нові завдання і функції сучасного викладача закладу вищої медичної освіти у підготовці компетентного лікаря, *Educological Discourse: Science electronic professional edition*, 2021. № 1-2 (20-21). URL: <https://www.od.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/497>.

References:

1. Sidorchuk, A. (2017). The concept of blood donation in current legislation, *Foreign trade: economics, finance, law. Private Law*, Vol. 5, pp. 67-74.
2. Vakulich, T.M. (2015). The essential characteristics of personal victimhood as a psychological phenomenon, *Actual problems of psychology*. Vol. 24. P. 25-31.
3. Vovk, O.Yu., Ikramov, V.B., Vovk, O.O. (2020). The role of the teacher of fundamental disciplines in modern medical education from the standpoint of student-centeredness, *Student-centered educational process as a guarantee of quality assurance in higher medical education: materials L III teaching method. conf. KhNMU (Kharkiv, January 29, 2020)*, Kharkiv: KhNMU, Issue. 10. pp. 24-26.
4. Voronyuk, O. (2017), *Sacrificial Identity, Scientific Notes of the National University "Ostroh Academy". Series "Culturology"*. Issue 18. pp. 118-120.
5. Kuts, H. (2018). Power and society in post-Maidan Ukraine: diagnostics of relations, *Scientific notes*. Vol. 2 (94), pp. 159-171.
6. Hrynyova, Ya. (2018). On Some Issues of Health Preservation of Modern Ukrainian Society. *Collection of Scientific Papers of the National Academy of Border Guard Service of Ukraine, Series: Pedagogical Sciences*. Vol. 4 (15). Khmelnytsky: NADPSU Publishing House, P. 46-55.
7. Bilavych, I. (2017). Public work of Ukrainian doctors in Western Ukraine (late XIX - early 40s of the XX century), *Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference "Social Transformations in Crisis"*, Kramatorsk, January 26th, pp. 22-24.
8. Sikorsky I. (1897). The first and last day of clinical classes of students, *Questions of neuropsychiatric medicine*, Vol. II. p. 5-16.
9. Kisly, A.A. (2019), The problem of the human ideal in modern Christian thought, *Gileya: scientific bulletin*, Kyiv: Gileya Publishing House, Vol. 142 (№ 3), Part 2. Philosophical Sciences, pp. 65-69.
10. Kisly, A.A. (2020). Value aspects of the Christian social ideal in the conditions of transformation of the modern world. *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. Warsaw, Poland, Part 7, Vol. 2 (54), pp. 50-55.
11. Sour, A.O. (2020). Man in the context of understanding the social ideal in modern Christian thought, *Religious Studies*, Vol. 42 (55), pp. 102-109.
12. Kotvitska, A.A., Kubareva, I.V., Gorbanev, V.V. (2019). Research of historical aspects of formation and development of pharmaceutical ethics and deontology in the ancient world, *Social pharmacy: state, problems and prospects: materials V International: scientific-practical Internet conference*, Kharkiv, April 25-26, pp. 74-82.
13. Davybidia L. (2018). Activities of the Congregation of the Daughters of Mercy of St. Vikentiya de Polya in the field of health care in Eastern Galicia in the eighteenth - first third of the twentieth century. (Tsentr. Derzh. Ist. Arkhiv Ukrainy, m. Lviv). F. 668. Op. 1. Spr. 2. P. 7, 8., pp. 262-270.
14. Lyudmila Fomenko, Oleksandr Golubev (2018). Medical Ethics: at the Crossroads of Science and Morality. *Scientific Bulletin of the Lesia Ukrainka East European National University. Philosophical Sciences Series*. Vol. 11 (384), [Online] available at: <http://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/17749>.
15. Goncharova N. (2017). Sacrality of the Victim, *Bulletin of the Cherkasy Bohdan Khmelnytsky National University. Philosophy Series*. Vol. 1 (2017), [Online] available at: <https://philosophy-ejournal.cdu.edu.ua/article/view/2008>.
16. Ogirko, O.V. (2017). Love of Wisdom as the Meaning of Philosophy, *PhiP: Philosophy*, № 1, file: [file:///C:/Users/BB3F~1/AppData/Local/Temp/filipol_2017_1_29\(1\).pdf](file:///C:/Users/BB3F~1/AppData/Local/Temp/filipol_2017_1_29(1).pdf).
17. Zayachkivska O., Lonchyna V. (2018). Development of the Medical Commission of the Scientific Society of Shm. Shevchenko through the prism of centuries (to the 120th anniversary of the foundation). *Review. Proceedings of the NTShZh Medical Sciences*. Vol. 52. № 1. P. 10

18. Savchyn, M.V. (2019), Human health: spiritual, personal and physical dimensions: Monograph, Drohobych: PE "Posvit", 232 p.
19. St. Luke (Voyno-Yasenetsky) (2018). I fell in love with suffering [Online] available at: https://azbyka.ru/otechnik/Luka_Vojno-Jasenetskij/ja-poljubil-stradanie-avtobiografija/.
20. Stukanova, Yu.R. (2020). The image of a doctor in the fiction of the Donetsk region in the 1950-1960s, *Way Science: 10th International Scientific and Practical Internet Conference "Modern Movement of Science"*, April 2-3. 2020, Dnipro, R. 2, Pp. 457-462.
21. Telyachy, Yu.V. (2019). Ukrainian national-cultural revival in 1917-1921: to the methodological context of the problem, Electronic National Academy of Ukraine on Culture and Arts Management Staff Institutional Repository, [Online] available at: <http://elib.nakkim.edu.ua/handle/123456789/2929>.
22. Elena Tkachuk, Yaroslava Kulbashna & Valeriia Zakharova (2018). New tasks and functions of a modern teacher of higher medical education in the training of a competent doctor, *Educological Discourse: Science electronic professional edition*, Vol. 1-2 (20-21). [Online] available at: <https://www.od.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/497>.

УДК 612.017.1:616-008]:577.164.17:577.121
DOI https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-5

Дмитро МАЛЬЦЕВ

член Європейської академії неврології (EAN), член Українського товариства фахівців з імунології, алергології та імунореабілітації (УТІАІ), один із засновників та секретар Асоціації фахівців з нейроімунології, імунотерапії та нейрореабілітації (АНІН), кандидат медичних наук, доцент, завідувач лабораторії імунології та молекулярної біології, Інститут експериментальної і клінічної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, бульвар Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, індекс 01004 (dmaltsev@ukr.net)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6615-3072>

Dmytro MALTSEV

Member of the European Academy Of Neurology (EAN), Member of the Ukrainian Society Of Immunology, Allergology and Immunorehabilitation (UTIAI), One of the Founders and Secretary of the Association of Neuroimmunology, Immunotherapy and Neurorehabilitation (ANIN), Candidate of Medical Sciences and Laboratory, Associate Professor of Biology, Institute of Experimental and Clinical Medicine of National Medical University named after O.O. Bogomolets of the Ministry of Health of Ukraine, T. Shevchenko Boulevard, 13, Kyiv, Ukraine, postal code 01004 (dmaltsev@ukr.net)

Бібліографічний опис статті: Мальцев Д. Асоціація генетичного дефіциту фолатного циклу і розладів спектру аутизму у дітей: імунозалежні механізми церебрального пошкодження і можливості імунотерапевтичних втручань (огляд літератури). *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 34–45. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-5>

Bibliographic description of the article: Maltsev, D. (2021). Asotsiatsiia henetychnoho defitsytu folatnoho tsykladu i rozladiv spektru autyzmu u ditei: imunozelezni mekhanizmy tserebralnoho poshkozhdzhennia i mozhlyvosti imunoterapevtychnykh vtruchan (ohliad literatury) [Association of genetic folate deficiency and autism spectrum disorders in children: immune-dependent mechanisms of cerebral damage and the possibility of immunotherapeutic interventions (literature review)]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 34–45. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-5>

**АСОЦІАЦІЯ ГЕНЕТИЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФОЛАТНОГО ЦИКЛУ І РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ:
ІМУНОЗАЛЕЖНІ МЕХАНІЗМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ
І МОЖЛИВОСТІ ІМУНОТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

Анотація. Постановка проблеми. Розлади аутистичного спектру (РАС) – це група гетерогенних нейropsychiатричних порушень, які є варіабельними за фенотипом і клінічно характеризуються дефіцитом соціальних взаємодій, порушенням комунікації та стереотипною поведінкою. Одним із важливих досягнень в психіатрії останніх років є з'ясування асоціації генетичного дефіциту фолатного циклу (ГДФЦ) і РАС у дітей, на що вказують результати 5 мета-аналізів рандомізованих контрольованих клінічних досліджень.

Формулювання мети дослідження. В даному науковому огляді розглянута доказова база асоціації ГДФЦ з РАС у дітей, а також – результати досліджень щодо особливостей біохімічного профілю, оксидативного стресу, імунної дисфункції, імунозалежних механізмів ураження ЦНС, включаючи опортуністичні та умовно патогенні інфекції, автоімунні реакції, алергію, імунозапальний синдром та схильність до онкологічних уражень.

Матеріали та методи дослідження. Методологічною основою роботи є цілісне розуміння людини як біопсихосоціальної істоти, єдності психічного та соматичного. Було використано аналітичний та порівняльний методи дослідження.

Виклад основного матеріалу. Проаналізовано 27 відповідних випробувань, з них – 4 проспективних контрольованих (одне подвійне сліпе плацебо контрольоване), 6 – проспективних неконтрольованих, 2 ретроспективних контрольованих і 15 ретроспективних неконтрольованих). Загальний клінічний результат апробації препаратів нормального в/в імуноглобуліну людини за даними цього мета-аналізу полягає у покращанні з боку спілкування, гіперзбудливості, гіперактивності, пізнання, уваги, соціальної взаємодії, зорового контакту, ехолоалії, мовлення, реакції на команди, сонливості, зниженої активності, а в деяких випадках – і в повному усуненні симптомів РАС.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Наведені дані щодо успіхів апробації специфічної дієти, суплементації, імуномодуючих та протизапальних терапевтичних стратегій у дітей з РАС та намічені найперспективніші напрямки подальших клінічних досліджень. Є підстави вважати, що успішна апробація таких лікувальних стратегій в майбутньому дозволить зробити прорив у лікуванні РАС, асоційованих з ГДФЦ, у дітей, що забезпечить не тільки вилуження від важкого і наразі некурабельного нейropsychiатричного розладу, однак і сприятиме зупинці масштабної загрозливої епідемії аутизму у всьому світі.

Ключові слова: гомоцистеїн, опортуністичні інфекції, антимозковий автоімунітет, інтрацеребральне запалення, імуноterapia, імуномодуляція.

ASSOCIATION OF GENETIC FOLATE DEFICIENCY AND AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN: IMMUNE-DEPENDENT MECHANISMS OF CEREBRAL DAMAGE AND THE POSSIBILITY OF IMMUNOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS (LITERATURE REVIEW)

Abstract. Formulation of the problem. Autism spectrum disorders (ASD) are a group of heterogeneous neuropsychiatric disorders that are variable in phenotype and clinically characterized by a lack of social interactions, communication disorders and stereotyped behavior. One of the important advances in psychiatry in recent years has been to elucidate the association between the genetic folate deficiency cycle (GDFC) and RAS in children, as indicated by the results of 5 meta-analyses of randomized controlled clinical trials.

Formulation of the purpose of research. This scientific review considers the evidence base of the association of GDFC with RAS in children, as well as - the results of studies on the features of biochemical profile, oxidative stress, immune dysfunction, immune-dependent mechanisms of CNS damage, including opportunistic and opportunistic infections, autoimmune reactions, allergies and allergies. susceptibility to cancer.

Materials and methods of research. The methodological basis of the work is a holistic understanding of man as a biopsychosocial being, the unity of mental and somatic. Analytical and comparative research methods were used.

Presenting main material. 27 relevant trials were analyzed, of which 4 were prospective controlled (one double-blind placebo controlled), 6 were prospective uncontrolled, 2 retrospective controlled, and 15 retrospective uncontrolled). The general clinical result of approbation of drugs of normal iv human immunoglobulin according to this meta-analysis is improvement in communication, hyperexcitability, hyperactivity, cognition, attention, social interaction, eye contact, echolalia, speech, reaction to commands, drowsiness, decreased activity, and in some cases - in the complete elimination of symptoms of RAS.

Conclusions and prospects for further research. Data on the success of testing a specific diet, supplementation, immunomodulatory and anti-inflammatory therapeutic strategies in children with ASD are presented and the most promising areas for further clinical research are outlined. There is reason to believe that successful testing of such treatment strategies in the future will make a breakthrough in the treatment of GAD-associated PACs in children, which will not only ensure recovery from severe and currently incurable neuropsychiatric disorder, but also help stop a large-scale epidemic of autism.

Key words: homocysteine, opportunistic infections, anti-brain autoimmunity, intracerebral inflammation, immunotherapy, immunomodulation.

Постановка проблеми. Розлади аутистичного спектру (РАС) – це група гетерогенних нейропсихіатричних порушень, які є варіабельними за фенотипом і клінічно характеризуються дефіцитом соціальних взаємодій, порушенням комунікації та стереотипною поведінкою (Frye R.E., 2015; Keirns C.S., 2021). Наразі відбувається стрімке зростання частоти цієї важкої патології в дитячій популяції, причини чого досі не достатньо зрозумілі. Як зазначають, Hughes H.K., Ko E.M. зі спів. (2018) у систематичному огляді з проблеми РАС, в США за період з 1972 по 2014 рік частота зареєстрованих випадків зазначеної нейропсихіатричної патології зростає з 1 випадку на 10 тисяч осіб (0,01%) до 1 випадку на 57 дітей (2%), тобто – у 200 разів, що не можна пояснити лише підвищенням якості виявлення цієї патології сучасною медициною.

Матеріали та методи дослідження. Методологічною основою роботи є цілісне розуміння людини як біопсихосоціальної істоти, єдності психічного та соматичного. Було використано аналітичний та порівняльний методи дослідження.

Обмеження дослідження були пов'язані з тим, що в даному огляді літератури враховані лише ті джерела наукової літератури, які є у вільному доступі у вітчизняних та міжнародних наукометричних базах.

Етичні питання вирішувалися урахуванням принципу академічної доброчесності та норм біоетики.

Додаткове фінансування на проведення досліджень не виділялося, конфлікту інтересів не було.

Докази залучення імунозалежних механізмів.

На даний момент накопичені докази участі імунних механізмів у патогенезі РАС у дітей, що може відкрити шлях для апробації імунотерапевтичних втручань при цій важкій і поширеній хворобі. Так, продемонстровано зв'язок РАС з певними локусами антигенів гістосумісності HLA, так само, як це відзначається в ряду аутоімунних і алергічних синдромів людини (Puangpetch A. зі спів., 2015). У дітей з РАС описані різні форми імунодефіцитів (Reinert P. зі спів. 1972; Russo A.J. зі спів., 2009; Juonouchi H. зі спів., 2012), а дослідження, присвячені деяким первинним імунним дисфункціям, вказують на підвищений ризик розвитку аутизму в таких випадках (Warren R.P. зі спів., 1997; Santaella M.L. зі спів., 2008; Wasilewska J. зі спів., 2012). Існують непоодинокі повідомлення про появу РАС у дорослих і дітей після перенесених епізодів нейроінфекцій, переважно — опортуністичної природи (DeLong G.R. зі спів., 1981; Gillberg I.C., 1991; Ghaziuddin M. зі спів., 1992). У дітей з РАС виявляють різні автоантитіла до мозкових автоантигенів, які не утворюються у здорових осіб (Singh V.K. зі спів. 1993; Cabanlit M. зі спів., 2007; Frye R.E. зі спів. 2013). Більше того, результати ряду клінічних досліджень вказують на користь від застосування імунотерапії в окремих пацієнтів з РАС (Melamed I.R. зі спів., 2018; Rossignol D.A., Frye R.E., 2021). Усі ці вагомі аргументи змушують звернути увагу на роль імунозалежних механізмів у патогенезі РАС у людей.

Генетичний дефіцит фолатного циклу (ГДФЦ).

Цикл фолієвої кислоти є одним із ключових компонентів метаболізму людини, в якому часто відзнача-

ються патогенні поліморфні заміни нуклеотидів, асоційовані із нейропсихіатричною захворюваністю (Wan L. зі спів., 2018). Вважається, що хоча б одна зазначена заміна міститься у геномі щонайменше 30% представників сучасної популяції (Arag A.H., Elhawary N.A., 2019).

Як відомо, цикл фолієвої кислоти реалізується завдяки діяльності трьох ключових ферментів: метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR), метіонінсинтази-редуктази (MTRR) і метіонінсинтази (MTR). Цей цикл функціонує в нерозривній зв'язку з циклом метіоніну, в результаті чого синтезується токсичний продукт, який отримав назву гомоцистеїну. На даний момент описано два основних патогенних поліморфних заміни нуклеотидів в гені MTHFR, пов'язаних із заміною цитозину на тимін у кодоні 677 (MTHFR 677 S>T; rs1801133) та аде-

ніну на цитозин у кодоні 1298 (MTHFR 1298 A>C; rs1801131), якими асоційовано розвиток PAC у дітей. У генах MTRR і MTR відомі другорядні патогенні поліморфізми, обумовлені заміною аденіну на гуанозин (A>G) в кодонах 66 (MTRR A66G; rs1801394) і 2756 (MTR A2756G), що посилюють біохімічні порушення, викликані MTHFR C677T та MTHFR A1298CMTHC (рис. 1) (Li Y. зі спів., 2020).

Принцип роботи циклу. Рецептори фолієвої кислоти транспортують харчовий фолат в клітини, і цей фолат перетворюється в дигідрофолат (DHF), а потім – у тетрагідрофолат (THF) за допомогою ферменту дигідрофолатредуктази (DHFR). У метаболічному циклі фолатів THF трансформується у 5,10-метилентHF, субстрат 5,10-метилентHF-редуктази (MTHFR), потім – у 5-метилТНФ. 5-метилТНФ може бути перероблений за допомогою ензимів метіонінсинтази/метіонінсинтази редуктази (MTR/MTRR) до ТНФ і метіоніну. В якості альтернативи, 5-метилТНФ може використовуватися для синтезу пуринів, що важливо для обміну ДНК та контролю інтенсивності проліферації клітин. Метіонін може застосовуватися в циклі метіоніну для синтезу S-аденозилметіоніну (SAM), S-аденозил-гомоцистеїну (SAH) і гомоцистеїну, останній з яких має виразні нейро- та імунотоксичні властивості. Для перетворення SAM в SAH необхідний бетаїн, продукт метаболізму холіну. SAM є основним агентом клітинного метилювання ДНК, РНК, білків і фосфоліпідів, що є механізмом генної цензури та епігенетичного контролю обміну речовин (рис. 2) (Mohammad N.S. зі спів., 2016).

Дослідження асоціацій між ГДФЦ і PAC. Одним із важливих досягнень в психіатрії останніх років є з'ясування асоціації ГДФЦ і PAC у дітей. Дані історично першого мета-аналізу рандомізованих контрольованих клінічних досліджень Pu D. зі спів. 2013 року, в якому проаналізовано результати 8 випробувань за участю 1672 дітей з розладами спектру аутизму та 6760 здорових дітей, продемонстрував, що патогенний поліморфний варіант MTHFR C677T асоційований з розладами спектру аутизму у дітей. Надалі мета-аналіз рандомізованих контрольованих клінічних досліджень Mohammad N.S. зі спів. 2016 року, що охоплював дані 1361 дітей з розладами спектру аутизму і 6591 здорових дітей показав, що MTHFR C677T і пов'язана з цим гіпергомоцистеїнемія асоційовані з розладами спектру аутизму у дітей. Додатково було продемонстровано синергізм MTHFR C677T і MTRR A66G в індукції гіпергомоцистеїнемії і підвищенні ризику розвитку розладів спектру аутизму у носія.

Результати наступного мета-аналізу рандомізованих контрольованих клінічних досліджень Rai V. 2016 року, що охоплював дані 13 випробувань за участю 1978 дітей з розладами спектру аутизму та 7257 здорових дітей, встановив асоціацію між MTHFR

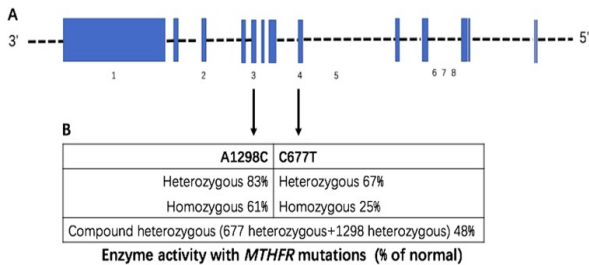


Рис. 1. Зниження активності MTHFR (у % від норми) при різних варіантах патогенних поліморфних замін нуклеотидів (Li Y. зі спів., 2020)

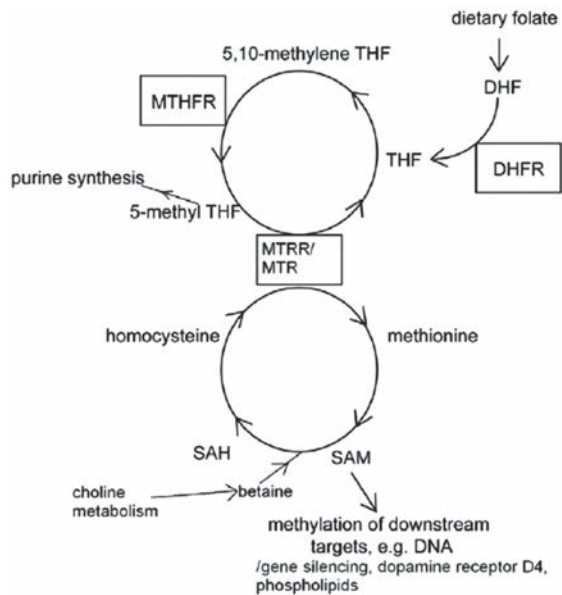


Рис. 2. Принципова схема функціонування циклу фолієвої кислоти у тісній взаємодії з циклом метіоніну (Mohammad N.S. зі спів., 2016)

C677T і розладами спектру аутизму у дітей як серед європейців, так й осіб азіатської популяції. MTHFR C677T підвищував ризик розвитку розладів спектру аутизму у всіх 4 застосовуваних генетичних моделях (ORT проти C = 1,48; 95 % CI = 1,18-1,86; P = 0,0007; ORTT + CT проти CC = 1,70, 95 % CI = 0,96-2,9, p = 0,05; ORTT проти CC = 1,84, 95 % CI = 1,12-3,02, p = 0,02; ORCT проти CC = 1,60, 95 % CI = 1,2-2,1, p = 0,003; ORTT проти CT+CC = 1,5, 95 % CI = 1,02-2,2, p = 0,03). Дані нещодавнього мета-аналізу рандомізованих контрольованих клінічних досліджень Sadeghiyeh T. зі спів. 2019 року, в якому проаналізували результати 25 клінічних досліджень за типом випадок-контроль, виявили асоціацію між MTHFR 677C>T і розладами спектру аутизму в загальній популяції, та MTHFR 1298A>C та розладами спектру аутизму у дітей тільки серед європейців. Зокрема, MTHFR 677C>T підвищував ризик розвитку розладів спектру аутизму у дітей у 5 генетичних моделях (T проти C: OR = 1,483, 95% CI = 1,188-1,850, p ≤ 0,001; TT проти CC: OR = 1,834, 95% CI = 1,155-2,913, p = 0,010; TC проти CC: OR = 1,512, 95% CI = 1,101-2,078, p = 0,011; TT + TC проти CC: OR = 1,632, 95% CI = 1,261-2,113, p ≤ 0,001; TT проти TC + CC: OR = 1,427, 95% CI = 1,002-2,032, p = 0,049). Останній мета-аналіз рандомізованих контрольованих клінічних досліджень Li Y. зі спів. 2020 року, що охоплює результати 15 випробувань вказує на асоціацію MTHFR C677T з розладами спектру аутизму у дітей в 5 генетичних моделях (viz, алельна, домінантна, рецесивна, гетерозиготна, гомозиготна). Підгрупний аналіз показав асоціацію як MTHFR C677T, так і MTHFR A1298C з розладами спектру аутизму у дітей.

Результати контрольованого клінічного дослідження Naghiri R. зі спів. (2016) за участю 103 дітей з розладами спектру аутизму і 130 здорових дітей групи контролю показали тісну асоціацію MTR A2756G і розладів спектру аутизму у дітей. Продемонстровано збільшення ризику розвитку розладів спектру аутизму в 1,6 разів у носіїв MTR A2756G. Таким чином, всі 4 основних поліморфних варіанти генів ферментів фолатного циклу асоційовані з розладами спектру аутизму у дітей, однак поточна доказова база такої асоціації більша у MTHFR C677T і MTHFR A1298C і менша – у MTR A2756G і MTRR A66G.

Mohammad N.S. зі спів. (2016), використовуючи модель ANN (artificial neural network) у контрольованому клінічному дослідженні зі участю 138 дітей з розладами спектру аутизму та 138 здорових дітей показали, що визначення патогенних поліморфних варіантів генів GCP11 C1561T, SHMT1 C1420T, MTHFR C677T,

MTR A2756G, та MTRR A66G з діагностичною метою дозволяє встановити ризик розвитку розладів спектру аутизму у носія з точністю в 63,8%.

Різні патогенні поліморфні варіанти генів фолатного циклу можуть діяти синергічно, суттєво підвищуючи ризик розвитку розладів спектру аутизму у дітей. Про синергізм між MTHFR C677T і MTRR A66G йшлося в результатах мета-аналізу Mohammad N.S. зі спів. (2016). Натомість Arab A.H. зі спів. (2019) у контрольованому клінічному дослідженні за участю 112 дітей з розладами спектру аутизму та 104 здорових дітей встановили синергічний ефект MTHFR C677T і MTHFR A1298C в формуванні ризику розвитку розладів спектру аутизму у дітей (рис. 3). Чим більше кількість патогенних поліморфних варіантів генів фолатного циклу в геномі носія, тим вищий ризик розвитку розладів спектру аутизму в нього.

Результати клінічних досліджень демонструють, що патогенні поліморфні варіанти генів фолатного циклу здатні призводити до розвитку енцефалопатії з клінічною картиною розладів спектру аутизму принаймні трьома шляхами: (а) метаболічним, тісно пов'язаним з феноменом гіпергомоцистеїнемії та індукцією оксидативного стресу в тканині ЦНС, (б) імунозалежним, зумовленим розвитком нейротропних опортуністичних інфекцій, антинейронального автоімунітету та персистуючого системного/інтрацеребрального запалення, та (в) генорегуляторним, опосередкованим шляхом дерепресії інших патогенних мутацій/поліморфізмів в геномі носія внаслідок порушення процесів метилювання ДНК (Bhatia P, Singh N, 2015; Rai V, 2018).

Біохімічний профіль. Відомо, що гіпергомоцистеїнемія є основним біохімічним порушенням

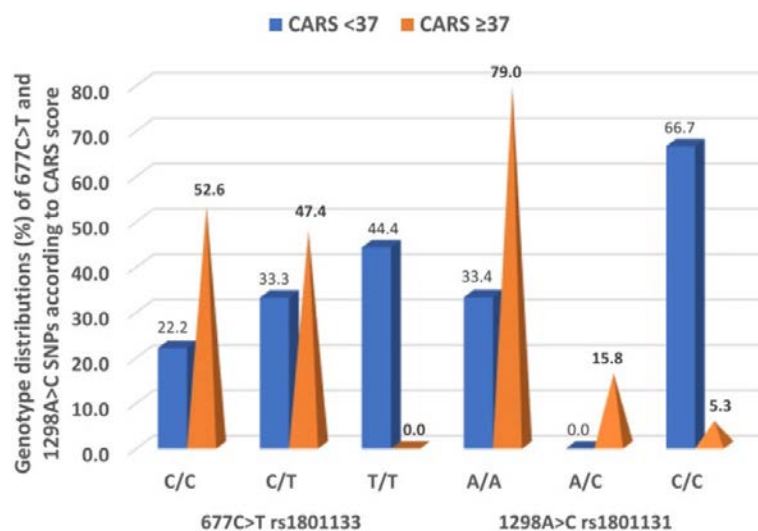


Рис. 3. Розподіл 677C>T rs1801133 та 1298A>C rs1801131 SNPs у випадках CARS (childhood autism rating scale) <37 та ≥37 (за Arab A.H. зі спів., 2019)

при ГДФЦ у людей. Результати мета-аналізу рандомізованих контрольованих клінічних досліджень Guo B.Q. зі спів. 2020 року, що охоплював 31 випробування за участю 3304 дітей, включаючи 1641 пацієнтів з розладами спектру аутизму, продемонстрували, що гіпергомоцистеїнемія асоційована з розладами спектру аутизму (Hedges's $g = 0,56$; 95% CI = 0,36-0,76, $P < 0,001$). Нейротоксичні ефекти гомоцистеїну наразі добре вивчені, і з ними, найімовірніше, пов'язані прямі дисметаболичні механізми розвитку енцефалопатії, які зазвичай призводять до певних клінічних результатів (Bhatia P., Singh N., 2015).

Результати мета-аналізу контрольованих клінічних досліджень, підготовленого Wang Z. зі спів. у 2020 році, що охоплювали результати 34 випробувань за участю 20580 дітей, вказують, що знижена сироваткова концентрація вітаміну D є характерною ознакою дітей з розладами спектру аутизму (mean difference (MD): -7.46 ng/mL, 95% CI: -10.26; -4.66 ng/mL, $p < 0,0001$, $I^2 = 98\%$). Відповідно до цього, дані систематичного огляду та мета-аналізу контрольованих клінічних досліджень Li B. зі спів. 2020 року, що включає результати 5 випробувань за участю 349 осіб, вказують, що суплементация препаратами вітаміну D з приводу дефіциту цього нутрієнту в сироватці крові допомагає вірогідно знизити виразність проявів гіперактивності (pooled MD: -3.20; 95% CI: [-6.06, -0.34]) з низькою гетерогенністю ($I^2 = 10\%$, $p = 0,33$) у дітей з розладами спектру аутизму.

Результати контрольованого клінічного дослідження Yektaş Ç. зі спів. (2019) за участю 118 дітей продемонстрували вірогідне підвищення сироваткової концентрації гомоцистеїну та зниження – вітаміну B12, однак не фолієвої кислоти у дітей з розладами спектру аутизму і синдромом дефіциту уваги та гіперактивності у порівнянні зі здоровими особами. Дані контрольованого клінічного дослідження Belardo A. зі спів. (2019) за участю 120 пацієнтів свідчать про вірогідне зниження сироваткових концентрацій вітамінів B6 і B12, а також – фолієвої кислоти у дітей з РАС порівняно зі здоровими дітьми.

Результати контрольованих клінічних досліджень Lv M.N. зі спів. (2016) та Al-Mosalem O.A. зі спів. (2009), проведених незалежно один від одного, вказують на вірогідне підвищення сироваткової концентрації та активності креатинфосфокінази у дітей з РАС порівняно зі здоровими особами. Дані контрольованого клінічного дослідження El-Ansary A. зі спів. (2020) свідчать, що підвищення сироваткової концентрації лактатдегідрогенази і креатинфосфокінази є біомаркерами розладів спектру аутизму у дітей поряд з деякими іншими показниками метаболічного профілю.

Як зазначають Gevi F. зі спів. (2020), дефіцит вітаміну B6 сповільнює трансформацію збуджуючої амінокислоти глутамату у гальмівний нейромедіатор гамма-аміномасляну кислоту, що може мати важливу роль в індукції симптомів гіперактивності та гіперзбудливості у дітей з розладами спектру аутизму.

Також є важливим питання щодо походження виявлених біохімічних порушень. Наразі встановлено, що механізм біохімічного дисбалансу у дітей з розладами спектру аутизму є складним і багатокомпонентним. Так, деякі порушення є прямим наслідком наявності патогенних поліморфних варіантів генів циклу фолієвої кислоти, тобто безпосередньо пов'язані з дисфункцією ензимів фолатного циклу. Зокрема, йдеться про феномен гіпергомоцистеїнемії. Інші порушення можуть мати непрямий механізм розвитку. Наприклад, дефіцит ряду вітамінів пояснюють як порушення всмоктування нутрієнтів у тонкій кишці у зв'язку з розвитком персистуючого ентероколіту у дітей з розладами спектру аутизму, так і поведінковими порушеннями, що передбачають обмеження харчового раціону через вибірковість у їжі при РАС (Molina-López J. зі спів., 2021). Ознаки мітохондріальної дисфункції, що включають підвищення сироваткової концентрації креатиніну, лактатдегідрогенази і креатинфосфокінази, є наслідком оксидативного стресу, що розвивається як через пряму пошкоджуючу дію гомоцистеїну на білки і фосфоліпіди цитолемі клітин, в також – ферменти антиоксидантної системи, так й – непрямий вплив обумовленої біохімічними порушеннями імунної дизрегуляції, що асоційована з посиленням виробленням прооксидантних сполук (Chen L. зі спів., 2021).

Отже, при ГДФЦ у дітей з РАС відзначається специфічний паттерн біохімічних порушень, що відрізняється від біохімічного профілю здорових дітей, і може мати суттєве практичне значення.

Оксидативний стрес. Біохімічні розлади, включаючи цитотоксичність гомоцистеїну, так само як і порушення механізмів генної цензури шляхом метилювання ДНК, індуковані ГДФЦ, як вважають, призводять до розвитку стану персистуючого оксидативного стресу в організмі людини. Результати мета-аналізу та систематичного огляду рандомізованих контрольованих клінічних досліджень, підготовлених Frustaci A. зі спів. у 2012 році, показують ознаки оксидативного стресу у дітей з РАС, асоційованими з ГДФЦ. Відзначалося зниження сироваткової концентрації антиоксидантних сполук глутатіону (27%), глутатіонпероксидази (18%), метіоніну (13%) та цистеїну (14%) та аномальне підвищення концентрації окисленого глутатіону у сироватці крові (на 45% від нормального рівня).

Стан імунної системи. Наразі відкриті імунозалежні шляхи ураження нервової системи у дітей

з ГДФЦ, які імплементують у патогенез енцефалопатії при РАС. Показано, що біохімічні порушення і оксидативний стрес, викликані ГДФЦ, призводять до ураження імунної системи з індукцією імунодефіциту і пов'язаних з цим станів зниженої імунорезистентності та імунної дизрегуляції (Mead J. зі спів. 2015). Як зазначають Hughes H.K. зі спів. (2018) у систематичному огляді, присвяченому феномену порушення роботи імунної системи у дітей з РАС, в таких випадках відзначається абберантний цитокіновий профіль, відхилення у абсолютній і відносній кількості імунокомпетентних клітин та їх субпопуляцій, ознаки нейрозапалення, порушення роботи системи адаптивного та природженого імунітету, дисбаланс імуноглобулінів різних класів та ознаки автоімунітету. Імунна дисфункція, що має місце у дітей з РАС з ГДФЦ, найбільш ймовірно, є причиною розвитку інфекцій, викликаних опортуністичними та умовно патогенними мікроорганізмами, через зниження імунорезистентності та автоімунних, алергічних та імунозапальних синдромів у зв'язку зі станом імунної дизрегуляції.

Інфекційний синдром. Наявність імунної дисфункції передбачає зниження резистентності організму до мікробних чинників. Справді, дотепер накопичено чимало повідомлень про аномальний розвиток опортуністичних та умовно патогенних інфекцій у дітей з РАС, який можна пояснити ураженням імунної системи, індукованим ГДФЦ. Binstock T. (2001) вперше вказав на вибірково чинном знижену імунорезистентність у дітей з РАС, виділивши субгрупу пацієнтів з так званими інтрамоноцитарними патогенами – вірусом кору, цитомегаловірусом, вірусом герпеса 6 типу та *Yersinia enterocolitica*. Для таких дітей було характерно пригнічення гемопоезу, порушення периферичного імунітету, підвищення проникності гематоенцефалічного бар'єру та прояви демієлінізації в білій речовині півкуль великого мозку – ознаки, як стало тепер відомо, типові для ГДФЦ. Nicolson G.L. зі спів. (2007) у контрольованому клінічному дослідженні за допомогою ПЛР крові показали аномально часто виявлення мікоплазми пневмонії, хламідії пневмонії та вірусу герпеса 6 типу у дітей з РАС порівняно зі здоровими людьми. Sakamoto A. зі спів. (2015) в спеціально спланованому дослідженні виявили, що природжена CMV-інфекція з ураженням ЦНС у дітей з РАС зустрічається вірогідно частіше (7,4%), ніж у загальній популяції (0,31% випадків) ($p=0,004$). CMV ідентифікували за допомогою real-time ПЛР сухих зразків крові новонародженого і зразків пуповинної крові, отриманих відразу ж після пологів. Valayi S. зі спів. (2017) в контрольованому клінічному дослідженні продемонстрували, що специфічні IgM до EBV в сироватці крові дітей з РАС зустрічаються вірогідно частіше, ніж у здорових осіб ($P<0,05$).

Yuonouchi H. зі спів. (2012) у спеціально спланованому дослідженні показали зв'язок РАС з первинним дефіцитом специфічних антиполісахаридних антитіл, що може пояснити відому схильність до розвитку хронічної стрептококової інфекції у таких дітей. Hughes H.K., Ashwood P. (2018) в контрольованому клінічному дослідженні встановили, що серопозитивність до *Candida albicans* у дітей з РАС зустрічається в 36,5% випадків, тоді як у здорових дітей – лише в 14,3% випадків (OR = 3,45; 95% CI = 1,0409 – 11,4650; $p = 0,041$). Була показана асоціація серопозитивності до кандиди з проявами гастроінтестинальної дисфункції. Nayeri T. зі спів. (2020) провели мета-аналіз рандомізованих контрольованих клінічних досліджень, в якому продемонстрували асоціацію РАС з токсоплазмозом, а також те, що наявність токсоплазмової інфекції збільшує ризик розвитку РАС у дитини в 1,93 рази (95% CI = 1,01–3,66). Kuhn M. зі спів. (2012) повідомили про серію клінічних випадків поєднання борреліозу та РАС у дітей та про суттєве зменшення проявів РАС внаслідок тривалої терапії ампіциліном та азитроміцином з приводу борреліозу.

Автоімунний синдром. Особливу роль в патогенезі енцефалопатії у дітей з РАС відводять автоімунним механізмам (Venâncio P. зі спів., 2014). Такі уявлення ґрунтуються на ряді доказів. По-перше, результати ряду контрольованих клінічних досліджень вказують на аномальне виявлення у пацієнтів з РАС автоантитіл до нейронів ЦНС, валідованих як маркери автоімунних енцефалітів, які не відзначаються у здорових дітей. Так, Rout U.K. зі спів. (2012) виявили автоантитіла до автоантигенів головного антигену GAD65 (GADA) серед дітей з аутизмом у 15% випадків, аутистичним спектром – у 27% випадків і ні в одного здорової дитини групи контролю. Ці автоантитіла є визнаним лабораторним маркером автоімунного анти-GAD65 лімбічного енцефаліту, що призводить до розвитку ряду тяжких порушень психіки у дітей та дорослих. В цей же час, Frye R.E. зі спів. (2013) ідентифікували автоантитіла до рецептів фолієвої кислоти нейронів головного мозку у дітей з РАС, що вказує на гетерогенність проявів антимозкового автоімунітету в таких випадках. Cabanlit M. зі спів. (2007) установили асоціацію РАС та наявності автоантитіл до нейронів гіпоталамуса та таламуса головного мозку. По-друге, існує ряд описаних випадків розвитку клінічних проявів РАС після початку верифікованого автоімунного лімбічного енцефаліту у дітей та досягнення клінічного поліпшення при лікуванні автоімунної хвороби ЦНС. Так, González-Toro M.C. зі спів. (2013) повідомили про два випадки автоімунного анти-NMDA лімбічного енцефаліту у дітей, клінічні прояви якого відповідали симптомам РАС. Kiani R. зі спів. (2015) також доповіли про аутистич-

тичний регрес психічної діяльності при розвитку автоімунного анти-NMDA лімбічного енцефаліту у дитини. По-третє, при РАС продемонстрували клінічну ефективність кілька препаратів з протизапальними та імуномодулюючими діями, механізми позитивного впливу яких пов'язують саме з пригніченням антинейронального автоімунітету та пов'язаного з цим інтрацеребрального запалення (Rossignol D.A. зі спів., 2021).

Алергічний синдром. Велике популяційне клінічне дослідження за участю 199520 дітей, проведене Xu G. зі спів. (2019), показало, що харчова алергія, респіраторна алергія та шкірна алергія зустрічалися у дітей з РАС у 11,25%, 18,73% та 16,81% випадків відповідно, тоді як у психічно здорових дітей такі розлади реєструвалися достеменно рідше (4,25%, 12,08% та 9,84% відповідно). Відношення шансів у дітей з РАС щодо різних видів алергії були такими: харчової алергії – OR=2,29; 95% CI95%=1,87-2,81, респіраторної алергії – OR=1,28; 95% CI95%=1,10-1,50 та шкірної алергії – OR=1,50; 95% CI95%=1,28-1,77.

Імунозапальний синдром. Докази розвитку персистуючої системної запальної реакції у дітей з РАС ґрунтуються на результатах 2 мета-аналізів рандомізованих контрольованих клінічних досліджень. Зокрема, дані першого систематичного огляду і мета-аналізу рандомізованих контрольованих клінічних досліджень показують підвищення сироваткової концентрації прозапальних медіаторів інтерлейкіну-1бета (ІЛ-1бета) ($p < 0,001$), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) ($p = 0,03$), інтерлейкіну-8 ($p = 0,04$), інтерферону-гамма (ІФН-гамма) ($p = 0,02$), еотаксину ($p = 0,01$) і моноцитарного хемотаксичного фактору 1 ($p < 0,05$) і зниження вмісту протизапального цитокіну трансформуючого фактору росту бета 1 ($p < 0,001$) у дітей з РАС ($n = 743$) порівняно зі здоровими пацієнтами ($n = 592$) (Masi A. зі спів., 2015). Результати мета-аналізу рандомізованих контрольованих клінічних досліджень, підготовленого Saghazadeh A. зі спів. (2019), який охоплює 38 випробувань за участю 2487 дітей, показують вірогідне підвищення сироваткових концентрацій фактору некрозу пухлини альфа (ФНП-альфа), ІФН-гамма, ІЛ-1бета та ІЛ-6 у дітей з РАС порівняно зі здоровими особами.

Онкологічний синдром. Транскриптомний мета-аналіз зразків фронтальної кори дітей з РАС, проведений Forés-Martos J. зі спів. (2019), показав аналогічну експресію генів та активацію біологічних шляхів у цих пацієнтів порівняно з малігнізованими тканинами 22 різних видів раку. Наразі встановлена асоціація ГДФЦ з різними видами неоплазій у людей. Зокрема, результати мета-аналізу рандомізованих контрольованих клінічних досліджень, підготовленого Chen F. зі спів. в 2019 році, продемонстрував асоціацію ГДФЦ та раку легень у людей. Остаточний аналіз показав, що патогенні поліморфні заміни нуклеотидів MTRR

rs1801394 (домінантна модель: $p = 0,01$; рецесивна модель: $p = 0,04$; алейна модель: $p = 0,005$) і MTHFR rs1801133 (домінантна модель: $p = 0,008$; рецесивна модель: $p = 0,0003$; алейна модель: $p = 0,0002$) були тісно пов'язані зі високою сприйнятливостю до раку легень в загальній популяції.

Лікувальні підходи. Враховуючи вищевказані дані, дотепер неодноразово здійснювалися спроби терапевтичних втручань у біохімічні та пов'язані з цим імунозалежні механізми формування енцефалопатії у дітей з РАС для нормалізації психічного статусу пацієнтів.

Систематичний огляд, присвячений аналізу контрольованих досліджень щодо обмежувальної дієти при аутизмі, рекомендує застосовувати безглютенову і безказеїнову дієту тільки при лабораторно підтвердженій целиакиї та алергії на казеїн з метою покращення діяльності кишечника і оптимізації загального нутритивного статусу дитини. Не продемонстровано прямого ефекту дієти на стан психіки у дітей з аутизмом (Marí-Bauset S. зі спів., 2014).

В 2018 році Li Y.J. зі спів. провели систематичний огляд результатів рандомізованих контрольованих клінічних досліджень, присвячених корекції мікронутритивних порушень, що відзначаються у дітей з розладами спектру аутизму. Результати 7 таких досліджень вказують, що суплементация препаратами вітаміну В6 неефективна щодо корекції розладів психічного статусу у дітей з аутизмом. Дані двох інших випробувань показали, що застосування метильної форми вітаміну В12 призводить до деякого покращання з боку показників психічного статусу у дітей з розладами спектру аутизму. Результати трьох досліджень із застосування препаратів вітаміну D3 свідчать про недостатню ефективність цього підходу щодо корекції психічних розладів у дітей з аутизмом. Дані ще одного випробування показали користь від призначення фолієвої кислоти при розладах спектру аутизму у дітей.

Як зазначають Marchezan J. зі спів. (2018) у систематичному огляді, присвяченому аналізу обмеженої доказової бази клінічних випробувань протизапальних ліків при РАС, всі апробовані дотепер препарати можна поділити на дві основні групи: (а) засоби з первинною протизапальною та імуномодулюючою дією, куди відносяться сульфорафан, целекоксиб, леналідомід, пентоксифілін, спіронолактон, лютеолін флавоноїдів, кортикостероїди, пероральний та в/в імуноглобулін, клітинна терапія, діалізований екстракт лімфоцитів крові, міноциклін та піоглітазон, та (б) інші препарати, які призначаються за неімунологічними показаннями, однак мають додаткові імуномодулюючі впливи, не пов'язані з основним механізмом дії, зокрема, – риперидон, вітамін D, омега3-поліненасичені жирні кислоти, гінкго білоба, L-карнозин, N-ацетилцистеїн та відновлення кишкової мікрофлори.

Результати проведених клінічних досліджень в царині імуноглобулінотерапії РАС наразі узагальнені в даних систематичного огляду та мета-аналізу клінічних досліджень, підготовлених Rossignol D.A., Frye R.E. зі спів. в 2021 році. Проаналізовано 27 відповідних випробувань, з них – 4 проспективних контрольованих (одне подвійне сліпе плацебо контрольоване), 6 – проспективних неконтрольованих, 2 ретроспективних контрольованих і 15 ретроспективних неконтрольованих). Загальний клінічний результат апробації препаратів нормального в/в імуноглобуліну людини за даними цього мета-аналізу полягає у покращанні з боку спілкування, гіперзбудливості, гіперактивності, пізнання, уваги, соціальної взаємодії, зорового контакту, ехолалії, мовлення, реакції на команди, сонливості, зниженої активності, а в деяких випадках – і в повному усуненні симптомів РАС.

Напрями подальших досліджень. Накопичена дотепер доказова база свідчить про те, що імунна дисфункція і пов'язані з цим імунозалежні механізми церебрального пошкодження, без сумніву, є важливими компонентами шляхів формування енцефалопатії у дітей з РАС, асоційованими з ГДФЦ. Подальші клінічні дослідження мають бути зосереджені на уточненні і розширенні сучасних уявлень щодо залучення імунної системи у патогенез РАС у людей. Зокрема, бракує систематизації накопиче-

них даних і формулювання єдиної наукової концепції сценарію патологічних подій, починаючи з наявності патогенних поліморфних замін нуклеотидів в генах ензимів циклу фолієвої кислоти і закінчуючи клінічними проявами РАС у дитини. Подібні систематизація й узагальнення не тільки надади б струнку систему теоретичних знань щодо імунозалежних механізмів патогенезу енцефалопатії при РАС, асоційованими з ГДФЦ, для фундаментальної науки, однак і допомогли б створити дієвий діагностичний алгоритм надання медичної допомоги для клінічної практики. Необхідно також проводити подальші клінічні дослідження з апробації імунотропного лікування у пацієнтів з РАС, асоційованими з ГДФЦ, зважаючи на обнадійливі результати попередніх випробувань в даному напрямку. Результати нещодавніх генетичних, біохімічних, імунологічних, імунобіохімічних, нейроімунологічних досліджень вказують на нові потенційно корисні точки прикладення дії імунотерапевтичних втручань для лікування енцефалопатії у дітей з РАС. Є підстави вважати, що успішна апробація таких лікувальних стратегій дозволить зробити прорив у лікуванні РАС, асоційованих з ГДФЦ, у дітей, що забезпечить не тільки видужання від важкого і наразі некурабельного нейропсихіатричного розладу, однак і сприятиме зупинці масштабної загрозливої епідемії аутизму у всьому світі.

Список використаних джерел:

1. Al-Mosalem O.A., El-Ansary A., Attas O., Al-Ayadhi L. Metabolic biomarkers related to energy metabolism in Saudi autistic children. *Clin. Biochem.*, 2009. Vol. 42 Issue 10-11, pp. 949-957.
2. Arab A.H., Elhawary N.A. Methylenetetrahydrofolate Reductase Gene Variants Confer Potential Vulnerability to Autism Spectrum Disorder in a Saudi Community. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2019. Vol. 15, pp. 3569-3581.
3. Belardo A., Gevi F., Zolla L. et al. The concomitant lower concentrations of vitamins B6, B9 and B12 may cause methylation deficiency in autistic children. *J. Nutr. Biochem.* 2019. Vol. 70, pp. 38-46.
4. Bhatia P., Singh N. Homocysteine excess: delineating the possible mechanism of neurotoxicity and depression. *Fundam. Clin. Pharmacol.* 2015. Vol. 29 Issue 6, pp. 522-528.
5. Binstock T. Intra-monocyte pathogens delineate autism subgroups. *Med. Hypotheses* 2001. Vol. 56 Issue 4. pp. 523-531.
6. Cabanlit M., Wills S., Goines P. et al. Brain-specific autoantibodies in the plasma of subjects with autistic spectrum disorder. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2007. Vol. 107, pp. 92-103.
7. Chen F., Wen T., Lv Q., Liu F. Associations between Folate Metabolism Enzyme Polymorphisms and Lung Cancer: A Meta-Analysis. *Nutr. Cancer.* 2020. Vol. 72 Issue 7, pp. 1211-1218.
8. Chen L., Shi X.J., Liu H. et al. Oxidative stress marker aberrations in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of 87 studies (N = 9109). *Transl. Psychiatry.* 2021. Vol. 11 Issue 1. p. 15.
9. DeLong G.R., Bean S.C., Brown F.R. 3rd. Acquired reversible autistic syndrome in acute encephalopathic illness in children. *Arch. Neurol.* 1981. Vol. 38 Issue 3. pp. 191-194.
10. El-Ansary A., Hassan Wail M., Daghestani M. et al. Preliminary evaluation of a novel nine-biomarker profile for the prediction of autism spectrum disorder. *PLoS One.* 2020. Vol. 15 Issue 1. p. e0227626.
11. Forés-Martos J., Catalá-López F., Sánchez-Valle J. et al. Transcriptomic metaanalyses of autistic brains reveals shared gene expression and biological pathway abnormalities with cancer. *Mol. Autism.* 2019. Vol. 10. p. 17.
12. Frustaci A., Neri M., Cesario A. et al. Oxidative stress-related biomarkers in autism: systematic review and meta-analyses. *Free Radic. Biol. Med.* 2012. Vol. 52. Issue 10. pp. 2128-2141.
13. Frye R.E. Metabolic and mitochondrial disorders associated with epilepsy in children with autism spectrum disorder. *Epilepsy Behav.* 2015. Vol. 47. pp. 147-157.
14. Frye R.E., Sequeira J.M., Quadros E.V. et al. Cerebral folate receptor autoantibodies in autism spectrum disorder. *Mol. Psychiatry.* 2013. Vol. 18 Issue 3. pp. 369-381.
15. Gevi F., Belardo A., Zolla L. A metabolomics approach to investigate urine levels of neurotransmitters and related metabolites in autistic children. *Biochim. Biophys. Acta Mol. Basis. Dis.* 2020. Vol. 1866 Issue 10. p. 165859.

16. Ghaziuddin M., Tsai L.Y., Eilers L., Ghaziuddin N. Brief report: autism and herpes simplex encephalitis. *J. Autism. Dev. Disord.* 1992. Vol. 22 Issue 1. pp. 107-113.
17. Gillberg I.C. Autistic syndrome with onset at age 31 years: herpes encephalitis as a possible model for childhood autism. *Dev. Med. Child. Neurol.* 1991. Vol. 33 Issue 10. pp. 920-924.
18. González-Toro M.C., Jadraque-Rodríguez R., Sempere-Pérez Á. et al. Anti-NMDA receptor encephalitis: two paediatric cases. *Rev. Neurol.* 2013. Vol. 57. Issue 11. pp. 504-508.
19. Guo B.Q., Li H.B., Ding S.B. et al. Blood homocysteine levels in children with autism spectrum disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020. Vol. 291. pp. 113-283.
20. Haghiri R., Mashayekhi F., Bidabadi E., Salehi Z. Analysis of methionine synthase (rs1805087) gene polymorphism in autism patients in Northern Iran. *Acta Neurobiol. Exp. (Wars).* 2016. Vol. 76 Issue 4, pp. 318-323.
21. Hughes H.K., Ashwood P. Anti-Candida albicans IgG Antibodies in Children With Autism Spectrum Disorders. *Front. Psychiatry.* 2018. Vol. 26 Issue 9. p. 627.
22. Hughes H.K., Ko E.M., Rose D., Ashwood P. Immune Dysfunction and Autoimmunity as Pathological Mechanisms in Autism Spectrum Disorders. *Front Cell Neurosci.* 2018. Vol. 12, p. 405.
23. Jyonouchi H., Geng L., Streck D.L., Toruner G.A. Immunological characterization and transcription profiling of peripheral blood (PB) monocytes in children with autism spectrum disorders (ASD) and specific polysaccharide antibody deficiency (SPAD): case study. *J. Neuroinflammation.* 2012. Vol. 9, p. 4.
24. Keirns C.C. Child Developmental Delays and Disorders: Autism Spectrum Disorder. *FP Essent.* 2021. Vol. 510. pp. 28-34.
25. Kiani R., Lawden M., Eames P. et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis presenting with catatonia and neuroleptic malignant syndrome in patients with intellectual disability and autism. *BJ Psych. Bull.* 2015. Vol. 39. Issue 1. pp. 32-35.
26. Kuhn M., Grave S., Bransfield R., Harris S. Long term antibiotic therapy may be an effective treatment for children comorbid with Lyme disease and autism spectrum disorder. *Med Hypotheses.* 2012. Vol. 78 Issue 5. pp. 606-615.
27. Li B., Xu Y., Zhang X. et al. The effect of vitamin D supplementation in treatment of children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr. Neurosci.* 2020. Vol. 7. pp. 1-11.
28. Li Y., Qiu S., Shi J. et al. Association between MTHFR C677T/A1298C and susceptibility to autism spectrum disorders: a meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2020. Vol. 20 Issue 1. p. 449.
29. Li Y.J., Li Y.M., Xiang D.X. et al. Supplement intervention associated with nutritional deficiencies in autism spectrum disorders: a systematic review. *Eur. J. Nutr.* 2018. Vol. 57 Issue 7. pp. 2571-2582.
30. Li Ye., Viscidi R.P., Kannan G. et al. Chronic Toxoplasma gondii Infection Induces Anti-N-Methyl-d-Aspartate Receptor Autoantibodies and Associated Behavioral Changes and Neuropathology. *Infect. Immun.* 2018. Vol. 86 Issue 10, p. e00398-18.
31. Lv M.N., Zhang H., Shu Y. et al. The neonatal levels of TSB, NSE and CK-BB in autism spectrum disorder from Southern China. *Transl. Neurosci.* 2016. Vol. 7 Issue 1. pp. 6-11.
32. Marchezan J., Winkler Dos Santos E.A., Deckmann I., Dos Santos Riesgo R. Immunological Dysfunction in Autism Spectrum Disorder: A Potential Target for Therapy. *Neuroimmunomodulation* 2018. Vol. 25 Issue 5-6, pp. 300-319.
33. Marí-Bauset S., Zazpe I., Mari-Sanchis A. et al. Evidence of the gluten-free and casein-free diet in autism spectrum disorders: a systematic review. *J. Child. Neurol.* 2014. Vol. 29 Issue 12. pp. 1718-1727.
34. Masi A., Quintana D.S., Glozier N. et al. Cytokine aberrations in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol. Psychiatry.* 2015. Vol. 20 Issue 4, pp. 440-446.
35. Mead J., Ashwood P. (2015). Evidence supporting an altered immune response in ASD. *Immunol. Lett.* 2015. Vol. 163 Issue 1. pp. 49-55.
36. Melamed I.R., Heffron M., Testori A., Lipe K. A pilot study of high-dose intravenous immunoglobulin 5% for autism: Impact on autism spectrum and markers of neuroinflammation. *Autism Res.* 2018. Vol. 11 Issue 3. pp. 421-433.
37. Mohammad N.S., Shruti P.S., Bharathi V. et al. Clinical utility of folate pathway genetic polymorphisms in the diagnosis of autism spectrum disorders. *Psychiatr. Genet.* 2016. Vol. 26 Issue 6. pp. 281-286.
38. Molina-López J., Leiva-García B., Planells E., Planells P. Food selectivity, nutritional inadequacies, and mealtime behavioral problems in children with autism spectrum disorder compared to neurotypical children. *Int. J. Eat Disord.* 2021. Oct 27. Online ahead of print.
39. Nayeri T., Sarvi S., Moosazadeh M. et al. Relationship between toxoplasmosis and autism: A systematic review and meta-analysis. *Microb. Pathog.* 2020. Vol. 147, p. 104434.
40. Nicolson G.L., Gan R., Nicolson N.L., Haier J. Evidence for Mycoplasma ssp., Chlamydia pneumoniae, and human herpes virus-6 coinfections in the blood of patients with autistic spectrum disorders. *J. Neurosci Res.* 2007. Vol. 85 Issue 5. pp. 1143-1148.
41. Noriega D.B., Savelkoul H.F. Immune dysregulation in autism spectrum disorder. *Eur. J. Pediatr.* 2014. Vol. 173 Issue 1. pp. 33-43.
42. Pu D., Shen Y., Wu J. Association between MTHFR gene polymorphisms and the risk of autism spectrum disorders: a meta-analysis. *Autism Res.* 2013. Vol. 6 Issue 5. pp. 384-392.
43. Puangpetch A., Suwannarat P., Chamnanphol M. et al. Significant Association of HLA-B Alleles and Genotypes in Thai Children with Autism Spectrum Disorders: A Case-Control Study. *Dis. Markers.* 2015. Vol. 2015, p. 724935.
44. Rai V. Association of methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) gene C677T polymorphism with autism: evidence of genetic susceptibility. *Metab. Brain Dis.* 2016. Vol. 31 Issue 4, pp. 727-735.
45. Rai V. Strong Association of C677T Polymorphism of Methylenetetrahydrofolate Reductase Gene With Nosyndromic Cleft Lip/Palate (nsCL/P). *Indian. J. Clin. Biochem.* 2018. Vol. 33 Issue 1, pp. 5-15.
46. Reinert P., Loulios R., Goust J.M. Demonstration of cellular immunity deficiency limited to measles virus in 20 cases of subacute sclerosing leukoencephalitis. *Arch. Fr. Pediatr.* 1972. Vol. 29 Issue 6. pp. 655-665.
47. Rossignol D.A., Frye R.E. A Systematic Review and Meta-Analysis of Immunoglobulin G Abnormalities and the Therapeutic Use of Intravenous Immunoglobulins (IVIg) in Autism Spectrum Disorder. *J. Pers. Med.* 2021. Vol. 11 Issue 6, pp. 488.

48. Rout U.K., Mungan N.K., Dhossche D.M. Presence of GAD65 autoantibodies in the serum of children with autism or ADHD. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2012. Vol. 21 Issue 3. pp. 141-147.
49. Russo A.J., Kringsman A., Jepson B., Wakefield A. Low serum myeloperoxidase in autistic children with gastrointestinal disease. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 2009. Vol. 2. pp. 85-94.
50. Sadeghiyeh T., Dastgheib S.A., Mirzaee-Khoramabadi K. et al. Association of MTHFR 677C>T and 1298A>C polymorphisms with susceptibility to autism: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatry*. 2019. Vol. 46, pp. 54-61.
51. Saghazadeh A., Ataenia B., Keynejad K. et al. A meta-analysis of pro-inflammatory cytokines in autism spectrum disorders: Effects of age, gender, and latitude. *J. Psychiatr. Res.* 2019. Vol. 115, pp. 90-102.
52. Sakamoto A., Moriuchi H., Matsuzaki J. et al. (2015). Retrospective diagnosis of congenital cytomegalovirus infection in children with autism spectrum disorder but no other major neurologic deficit. *Brain. Dev.* 2015. Vol. 37 Issue 2, pp. 200-205.
53. Santaella M.L., Varela Y., Linares N., Disdier O.M. Prevalence of autism spectrum disorders in relatives of patients with selective immunoglobulin A deficiency. *P. R. Health. Sci J.* 2008. Vol. 27 Issue 3, pp. 204-208.
54. Singh V.K., Warren R.P., Odell J.D. et al. Antibodies to myelin basic protein in children with autistic behavior. *Brain. Behav. Immun.* 1993. Vol. 7 Issue 1, pp. 97-103.
55. Valayi S., Eftekharian M.M., Taheri M., Alikhani M.Y. (2017). Evaluation of antibodies to cytomegalovirus and Epstein-Barr virus in patients with autism spectrum disorder. *Hum. Antibodies*, Vol. 26 Issue 3, pp. 165-169.
56. Venâncio P., Brito M. J., Pereira G., Vieira J. P. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis with positive serum antithyroid antibodies, IgM antibodies against mycoplasma pneumoniae and human herpesvirus 7 PCR in the CSF. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2014. Vol. 33 Issue 8. pp. 882-883.
57. Wan L., Li Y., Zhang Z., Sun Z. et al. Methylenetetrahydrofolate reductase and psychiatric diseases. *Transl. Psychiatry*. 2018. Vol. 8 Issue 1, pp. 242.
58. Wang Z., Ding R., Wang J. et al. The Association between Vitamin D Status and Autism Spectrum Disorder (ASD): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2020. Vol. 13 Issue 1, p. E86.
59. Warren R.P., Odell J.D., Warren W.L. et al. Brief report: immunoglobulin A deficiency in a subset of autistic subjects. *J. Autism. Dev. Disord.* 1997. Vol. 27 Issue 2, pp. 187-192.
60. Wasilewska J., Kaczmarek M., Stasiak-Barmuta A. et al. Low serum IgA and increased expression of CD23 on B lymphocytes in peripheral blood in children with regressive autism aged 3-6 years old. *Arch. Med. Sci.* 2012. Vol. 8 Issue 2, pp. 324-331.
61. Xu G., Snetselaar L.G., Jing J. et al. Association of Food Allergy and Other Allergic Conditions With Autism Spectrum Disorder in Children. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2019. Vol. 15, p. 84.
62. Yektaş Ç., Alpay M., Tufan A.E. et al. Comparison of serum B12, folate and homocysteine concentrations in children with autism spectrum disorder or attention deficit hyperactivity disorder and healthy controls. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2019. Vol. 15, pp. 2213-2219.

References:

1. Al-Mosalem O.A., El-Ansary A., Attas O., Al-Adhbi L. (2009). Metabolic biomarkers related to energy metabolism in Saudi autistic children. *Clin. Biochem.*, Vol. 42 Issue 10-11, pp. 949-957.
2. Arab A.H., Elhawary N.A. (2019). Methylenetetrahydrofolate Reductase Gene Variants Confer Potential Vulnerability to Autism Spectrum Disorder in a Saudi Community. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, Vol. 15, pp. 3569-3581.
3. Belardo A., Gevi F., Zolla L. et al. (2019). The concomitant lower concentrations of vitamins B6, B9 and B12 may cause methylation deficiency in autistic children. *J. Nutr. Biochem.*, Vol. 70, pp. 38-46.
4. Bhatia P., Singh N. (2015). Homocysteine excess: delineating the possible mechanism of neurotoxicity and depression. *Fundam. Clin. Pharmacol.*, Vol. 29 Issue 6, pp. 522-528.
5. Binstock T. (2001). Intra-monocyte pathogens delineate autism subgroups. *Med. Hypotheses*, Vol. 56 Issue 4, pp. 523-531.
6. Cabanlit M., Wills S., Goines P. et al. (2007). Brain-specific autoantibodies in the plasma of subjects with autistic spectrum disorder. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, Vol. 107, pp. 92-103.
7. Chen F., Wen T., Lv Q., Liu F. (2020). Associations between Folate Metabolism Enzyme Polymorphisms and Lung Cancer: A Meta-Analysis. *Nutr. Cancer*. Vol. 72 Issue 7, pp. 1211-1218.
8. Chen L., Shi X.J., Liu H. et al. (2021). Oxidative stress marker aberrations in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of 87 studies (N = 9109). *Transl. Psychiatry*, Vol. 11 Issue 1, p. 15.
9. DeLong G.R., Bean S.C., Brown F.R. 3rd. (1981). Acquired reversible autistic syndrome in acute encephalopathic illness in children. *Arch. Neurol.*, Vol. 38 Issue 3, pp. 191-194.
10. El-Ansary A., Hassan Wail M., Daghestani M. et al. (2020). Preliminary evaluation of a novel nine-biomarker profile for the prediction of autism spectrum disorder. *PLoS One*, Vol. 15 Issue 1, p. e0227626.
11. Forés-Martos J., Catalá-López F., Sánchez-Valle J. et al. (2019). Transcriptomic metaanalyses of autistic brains reveals shared gene expression and biological pathway abnormalities with cancer. *Mol. Autism*, Vol. 10, p. 17.
12. Frustaci A., Neri M., Cesario A. et al. (2012). Oxidative stress-related biomarkers in autism: systematic review and meta-analyses. *Free Radic. Biol. Med.*, Vol. 52 Issue 10, pp. 2128-2141.
13. Frye R.E. (2015). Metabolic and mitochondrial disorders associated with epilepsy in children with autism spectrum disorder. *Epilepsy Behav.*, Vol. 47, pp. 147-157.
14. Frye R.E., Sequeira J.M., Quadros E.V. et al. (2013). Cerebral folate receptor autoantibodies in autism spectrum disorder. *Mol. Psychiatry*, Vol. 18 Issue 3, pp. 369-381.
15. Gevi F., Belardo A., Zolla L. (2020). A metabolomics approach to investigate urine levels of neurotransmitters and related metabolites in autistic children // *Biochim. Biophys. Acta Mol. Basis. Dis.*, Vol. 1866 Issue 10, p. 165859.

16. Ghaziuddin M., Tsai L.Y., Eilers L., Ghaziuddin N. (1992). Brief report: autism and herpes simplex encephalitis. *J. Autism. Dev. Disord.*, Vol. 22 Issue 1, pp. 107-113.
17. Gillberg I.C. (1991). Autistic syndrome with onset at age 31 years: herpes encephalitis as a possible model for childhood autism. *Dev. Med. Child. Neurol.* Vol. 33 Issue 10, pp. 920-924.
18. González-Toro M.C., Jadraque-Rodríguez R., Sempere-Pérez Á. et al. (2013). Anti-NMDA receptor encephalitis: two paediatric cases. *Rev. Neurol.*, Vol. 57 Issue 11, – pp. 504-508.
19. Guo B.Q., Li H.B., Ding S.B. et al. (2020). Blood homocysteine levels in children with autism spectrum disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.*, Vol. 291, pp. 113283.
20. Haghiri R., Mashayekhi F., Bidabadi E., Salehi Z. (2016). Analysis of methionine synthase (rs1805087) gene polymorphism in autism patients in Northern Iran. *Acta Neurobiol. Exp. (Wars)*, Vol. 76 Issue 4, pp. 318-323.
21. Hughes H.K., Ashwood P. (2018). Anti-Candida albicans IgG Antibodies in Children With Autism Spectrum Disorders. *Front. Psychiatry*, Vol. 26 Issue 9, p. 627.
22. Hughes H.K., Ko E.M., Rose D., Ashwood P. (2018). Immune Dysfunction and Autoimmunity as Pathological Mechanisms in Autism Spectrum Disorders. *Front Cell Neurosci.*, Vol. 12, p. 405.
23. Jyonouchi H., Geng L., Streck D.L., Toruner G.A. (2012). Immunological characterization and transcription profiling of peripheral blood (PB) monocytes in children with autism spectrum disorders (ASD) and specific polysaccharide antibody deficiency (SPAD): case study. *J. Neuroinflammation.*, Vol. 9, p. 4.
24. Keirns C.C. (2021). Child Developmental Delays and Disorders: Autism Spectrum Disorder. *FP Essent.*, Vol. 510, pp. 28-34.
25. Kiani R., Lawden M., Eames P. et al. (2015). Anti-NMDA-receptor encephalitis presenting with catatonia and neuroleptic malignant syndrome in patients with intellectual disability and autism. *BJ Psych. Bull.*, Vol. 39 Issue 1, – pp. 32-35.
26. Kuhn M., Grave S., Bransfield R., Harris S. (2012). Long term antibiotic therapy may be an effective treatment for children co-morbid with Lyme disease and autism spectrum disorder. *Med Hypotheses.*, Vol. 78 Issue 5, – pp. 606-615.
27. Li B., Xu Y., Zhang X. et al. (2020). The effect of vitamin D supplementation in treatment of children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr. Neurosci.*, Vol. 7, pp. 1-11.
28. Li Y., Qiu S., Shi J. et al. (2020). Association between MTHFR C677T/A1298C and susceptibility to autism spectrum disorders: a meta-analysis. *BMC Pediatr.*, Vol. 20 Issue 1, p. 449.
29. Li Y.J., Li Y.M., Xiang D.X. et al. (2018). Supplement intervention associated with nutritional deficiencies in autism spectrum disorders: a systematic review. *Eur. J. Nutr.*, Vol. 57 Issue 7, pp. 2571-2582.
30. Li Ye., Viscidi R.P., Kannan G. et al. (2018). Chronic *Toxoplasma gondii* Infection Induces Anti-N-Methyl-d-Aspartate Receptor Autoantibodies and Associated Behavioral Changes and Neuropathology. *Infect. Immun.*, Vol. 86 Issue 10, p. e00398-18.
31. Lv M.N., Zhang H., Shu Y. et al. (2016). The neonatal levels of TSB, NSE and CK-BB in autism spectrum disorder from Southern China. *Transl. Neurosci.*, Vol. 7 Issue 1, pp. 6-11.
32. Marchezan J., Winkler Dos Santos E.A., Deckmann I., Dos Santos Riesgo R. (2018). Immunological Dysfunction in Autism Spectrum Disorder: A Potential Target for Therapy. *Neuroimmunomodulation*, Vol. 25 Issue 5-6, pp. 300-319.
33. Marí-Bauset S., Zazpe I., Mari-Sanchis A. et al. (2014). Evidence of the gluten-free and casein-free diet in autism spectrum disorders: a systematic review. *J. Child. Neurol.*, Vol. 29 Issue 12, pp. 1718-1727.
34. Masi A., Quintana D.S., Glozier N. et al. (2015). Cytokine aberrations in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol. Psychiatry*, Vol. 20 Issue 4, pp. 440-446.
35. Mead J., Ashwood P. (2015). Evidence supporting an altered immune response in ASD. *Immunol. Lett.*, Vol. 163 Issue 1, pp. 49-55.
36. Melamed I.R., Heffron M., Testori A., Lipe K. (2018). A pilot study of high-dose intravenous immunoglobulin 5% for autism: Impact on autism spectrum and markers of neuroinflammation. *Autism Res.*, Vol. 11 Issue 3, pp. 421-433.
37. Mohammad N.S., Shruti P.S., Bharathi V. et al. (2016). Clinical utility of folate pathway genetic polymorphisms in the diagnosis of autism spectrum disorders. *Psychiatr. Genet.*, Vol. 26 Issue 6, pp. 281-286.
38. Molina-López J., Leiva-García B., Planells E., Planells P. (2021). Food selectivity, nutritional inadequacies, and mealtime behavioral problems in children with autism spectrum disorder compared to neurotypical children. *Int. J. Eat Disord.*, Oct 27. Online ahead of print.
39. Nayeri T., Sarvi S., Moosazadeh M. et al. (2020). Relationship between toxoplasmosis and autism: A systematic review and meta-analysis. *Microb. Pathog.*, Vol. 147, p. 104434.
40. Nicolson G.L., Gan R., Nicolson N.L., Haier J. (2007). Evidence for *Mycoplasma ssp.*, *Chlamydia pneumoniae*, and human herpes virus-6 coinfections in the blood of patients with autistic spectrum disorders. *J. Neurosci Res.*, Vol. 85 Issue 5, pp. 1143-1148.
41. Noriega D.B., Savelkoul H.F. (2014). Immune dysregulation in autism spectrum disorder. *Eur. J. Pediatr.*, Vol. 173 Issue 1, pp. 33-43.
42. Pu D., Shen Y., Wu J. (2013). Association between MTHFR gene polymorphisms and the risk of autism spectrum disorders: a meta-analysis. *Autism Res.*, Vol. 6 Issue 5, pp. 384-392.
43. Puangpetch A., Suwannarat P., Chamnanphol M. et al. (2015). Significant Association of HLA-B Alleles and Genotypes in Thai Children with Autism Spectrum Disorders: A Case-Control Study. *Dis. Markers.*, Vol. 2015, p. 724935.
44. Rai V. (2016). Association of methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) gene C677T polymorphism with autism: evidence of genetic susceptibility. *Metab. Brain Dis.*, Vol. 31 Issue 4, pp. 727-735.
45. Rai V. (2018). Strong Association of C677T Polymorphism of Methylenetetrahydrofolate Reductase Gene With Nosyndromic Cleft Lip/Palate (nsCL/P). *Indian. J. Clin. Biochem.*, Vol. 33 Issue 1, pp. 5-15.
46. Reinert P., Moulia R., Goust J.M. (1972). Demonstration of cellular immunity deficiency limited to measles virus in 20 cases of subacute sclerosing leukoencephalitis. *Arch. Fr. Pediatr.*, Vol. 29 Issue 6, pp. 655-665.
47. Rossignol D.A., Frye R.E. (2021). A Systematic Review and Meta-Analysis of Immunoglobulin G Abnormalities and the Therapeutic Use of Intravenous Immunoglobulins (IVIG) in Autism Spectrum Disorder. *J. Pers. Med.*, Vol. 11 Issue 6, pp. 488.

48. Rout U.K., Mungan N.K., Dhossche D.M. (2012). Presence of GAD65 autoantibodies in the serum of children with autism or ADHD. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*, Vol. 21 Issue 3, pp. 141-147.
49. Russo A.J., Krigsman A., Jepson B., Wakefield A. (2009). Low serum myeloperoxidase in autistic children with gastrointestinal disease. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, Vol. 2, pp. 85-94.
50. Sadeghiyeh T., Dastgheib S.A., Mirzaee-Khoramabadi K. et al. (2019). Association of MTHFR 677C>T and 1298A>C polymorphisms with susceptibility to autism: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatr.*, Vol. 46, pp. 54-61.
51. Saghazadeh A., Ataenia B., Keynejad K. et al. (2019). A meta-analysis of pro-inflammatory cytokines in autism spectrum disorders: Effects of age, gender, and latitude. *J. Psychiatr. Res.*, Vol. 115, pp. 90-102.
52. Sakamoto A., Moriuchi H., Matsuzaki J. et al. (2015). Retrospective diagnosis of congenital cytomegalovirus infection in children with autism spectrum disorder but no other major neurologic deficit. *Brain. Dev.*, Vol. 37 Issue 2, pp. 200-205.
53. Santaella M.L., Varela Y., Linares N., Disdier O.M. (2008). Prevalence of autism spectrum disorders in relatives of patients with selective immunoglobulin A deficiency. *P. R. Health. Sci J.*, Vol. 27 Issue 3, pp. 204-208.
54. Singh V.K., Warren R.P., Odell J.D. et al. (1993). Antibodies to myelin basic protein in children with autistic behavior. *Brain. Behav. Immun.*, Vol. 7 Issue 1, pp. 97-103.
55. Valayi S., Eftekharian M.M., Taheri M., Alikhani M.Y. (2017). Evaluation of antibodies to cytomegalovirus and Epstein-Barr virus in patients with autism spectrum disorder. *Hum. Antibodies*, Vol. 26 Issue 3, pp. 165-169.
56. Venâncio P., Brito M. J., Pereira G., Vieira J. P. (2014). Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis with positive serum antithyroid antibodies, IgM antibodies against mycoplasma pneumoniae and human herpesvirus 7 PCR in the CSF. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, Vol. 33 Issue 8, pp. 882-883.
57. Wan L., Li Y., Zhang Z., Sun Z. et al. (2018). Methylenetetrahydrofolate reductase and psychiatric diseases. *Transl. Psychiatry*, Vol. 8 Issue 1, pp. 242.
58. Wang Z., Ding R., Wang J. et al. (2020). The Association between Vitamin D Status and Autism Spectrum Disorder (ASD): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. Vol. 13 Issue 1, p. E86.
59. Warren R.P., Odell J.D., Warren W.L. et al. (1997). Brief report: immunoglobulin A deficiency in a subset of autistic subjects. *J. Autism. Dev. Disord.* Vol. 27 Issue 2, pp. 187-192.
60. Wasilewska J., Kaczmarek M., Stasiak-Barmuta A. et al. (2012). Low serum IgA and increased expression of CD23 on B lymphocytes in peripheral blood in children with regressive autism aged 3-6 years old. *Arch. Med. Sci.*, Vol. 8 Issue 2, pp. 324-331.
61. Xu G., Snetselaar L.G., Jing J. et al. (2019). Association of Food Allergy and Other Allergic Conditions With Autism Spectrum Disorder in Children. *Allergy Asthma Clin Immunol.* Vol. 15, p. 84.
62. Yektaş Ç., Alpay M., Tufan A.E. et al. (2019). Comparison of serum B12, folate and homocysteine concentrations in children with autism spectrum disorder or attention deficit hyperactivity disorder and healthy controls. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* Vol. 15, pp. 2213-2219.

УДК 159.936

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-6>

Тетяна ЧОРНА

медичний психолог, доктор філософії у галузі психології, дійсний член Європейської академії природничих наук, вул. Каплан, 9, м. Ганновер, Німеччина, індекс 30449 (tovat@i.ua)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2396-4377>

Tetiana CHORNA

Medical Psychologist, Doctor of Philosophy in Psychology, member of the European Academy of Natural Sciences, Kalplan str., 9, Hannover, Germany, postal code 30449 (tovat@i.ua)

Бібліографічний опис статті: Чорна Т. Рухова корекція при захворюваннях спектру аутизму. Психологічне здоров'я. 2021. Вип. 1 (6). С. 46–51. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-6>

Bibliographic description of the article: Chorna, T. (2021). Rukhova korektsiia pry zakhvoriuvanniakh spektru autyzmu [Motor correction in autism spectrum disorders]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 46–51. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-6>

РУХОВА КОРЕКЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

Анотація. Постановка проблеми. Раннє втручання допомагає дитині з аутизмом швидше та якісніше подолати проблеми свого розвитку. Завдяки кінезітерапії з'являється можливість впливати на онтогенез психіки на ранньому етапі.

Формулювання мети дослідження. Мета – дослідити вплив рухової корекції дітей із захворюваннями спектру аутизму на їх психічний стан і когнітивні функції, розвиток рухових та функціональних можливостей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Останнім часом спостерігається стрімке зростання кількості дітей із аутизмом. Правильно підібрані програми ранньої реабілітації допомагають знизити рівень івалідації дітей та навчити їх життєво важливим навичкам. Фізична активність має значний позитивний вплив не лише на моторні навички дітей із розладами спектру аутизму, але й на здатність до соціальної взаємодії.

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні взяли участь 59 дітей дошкільного віку (від 2 до 5 років). У 32 із них було встановлено діагноз дитячого аутизму і у 27 – психоорганічний синдром. Використовувалася авторська методика комплексної ігрової кінезітерапії, що включає пальцевий масаж, елементи краніосакральної терапії, елементи йоги, динамічну гімнастику на м'ячі для фітнесу, сенсорні ігри, тренінг для мозку.

Виклад основного матеріалу. При порівнянні результатів групи дітей з аутизмом із групою дітей з органічними ураженнями головного мозку можна зробити висновок, що ігрова кінезітерапія однаково позитивно впливає на всі групи обстежених дітей. У дітей з аутистичними розладами під впливом ігрової кінезітерапії спостерігаються більш виражені поліпшення в галузі комунікації, когнітивних здібностей, мови, ігрової здатності та моторики, орієнтації в навколишньому просторі, що в цілому сприяє їх соціалізації.

Висновки. Доведено покращення психофізичного стану дітей після 10 сеансів ігрової кінезітерапії: спостерігалось збільшення зросту дитини до 4 см, розвиток дрібної та великої моторики, поліпшення комунікації (діти починали дивитися в очі, починали цікавитися іграшками, якими раніше нехтували, поводитися відкрито по відношенню до близьких, намагалися контактувати з дитьми), на більш високий рівень переходила ігрова діяльність. Підтверджено гіпотезу, що рухова корекція сприяє покращенню психічного стану дітей із розладами спектру аутизму завдяки поліпшенню сенсорного синтезу.

Ключові слова: аутизм, розлади спектру аутизму, діти, психомоторні розлади, ігрова кінезітерапія, сенсорна інтеграція, реабілітація.

MOTOR CORRECTION IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Abstract. Formulation of the problem. Early intervention helps a child with autism to overcome the problems of their development faster and better. Kinesitherapy makes it possible to influence the ontogenesis of the psyche at an early stage.

Formulation of the purpose of the study. The aim is to study the influence of motor correction of children with autism spectrum disorders on their mental state and cognitive functions, development of motor and functional capabilities.

Analysis of recent research and publications. Recently, there has been a rapid increase in the number of children with autism. Properly selected early rehabilitation programs help reduce the disability of children and teach them vital skills. Physical activity has a significant positive effect not only on the motor skills of children with autism spectrum disorders, but also on the ability to socialize.

Materials and methods of research. The study involved 59 preschool children (2 to 5 years). 32 of them were diagnosed with childhood autism and 27 were diagnosed with psychoorganic syndrome. The author's method of complex game kinesitherapy was used, which includes finger massage, elements of craniosacral therapy, elements of yoga, dynamic gymnastics on fitness balls, sensory games, brain training.

Presenting main material. Comparing the results of the group of children with autism with the group of children with organic brain lesions, it can be concluded that play kinesitherapy has an equally positive effect on all groups of examined children. In children

with autistic disorders under the influence of play kinesitherapy there are more pronounced improvements in communication, cognitive abilities, speech, play and motor skills, orientation in the environment, which generally contributes to their socialization.

Conclusions. Proven improvement of children's psychophysical condition after 10 sessions of play kinesiotherapy: there was an increase in the child's height to 4 cm, the development of fine motor skills, improved communication (children began to look into the eyes, began to be interested in toys, previously neglected, contact with children), play activities moved to a higher level. The hypothesis that motor correction helps to improve the mental state of children with autism spectrum disorders by improving sensory synthesis has been confirmed.

Key words: autism, autism spectrum disorders, children, psychomotor disorders, game kinesitherapy, sensory integration, rehabilitation.

Постановка проблеми. Реабілітація дітей з аутизмом, кількість захворювань на який неухильно зростає, є невід'ємною частиною послуг з охорони здоров'я в усьому світі. Правильний вибір допомоги дітям допомагає адаптувати дітей у соціумі та покращити прогноз їхніх рухових та психічних можливостей. Раннє втручання допомагає дитині швидше та якісніше подолати проблеми свого розвитку. Рух для дітей є однією з основних фізіологічних складових нормального формування та розвитку організму (А. П. Чуприков, 2017). Своєчасна поява в психічному розвитку дитини необхідних вікових досягнень залежить від низки умов: нормального функціонування головного мозку, фізичного здоров'я малюка, безпеки органів чуття, благополуччя соціального середовища, виховання. Завдяки кінезітерапії з'являється можливість впливати на онтогенез психіки на ранньому етапі, коли дитина ще мала і не може вступати в мовний контакт (А. П. Чуприков, 2017).

Формулювання мети дослідження. Мета – дослідити вплив рухової корекції дітей із зхворюваннями спектру аутизму на їх психічний стан і когнітивні функції, розвиток рухових та функціональних можливостей.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що рухова корекція сприяє покращенню психічного стану дітей із розладами спектру аутизму завдяки поліпшенню сенсорного синтезу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Останнім часом спостерігається стрімке зростання кількості дітей із аутизмом. Якщо в 2000 році вважалося, що поширеність аутизму становить від 5 до 26 випадків на 10000 дитячого населення, то в 2005 році вже 1 випадок аутизму припадав на 150 дітей, а в 2012 році – 1 випадок аутизму на кожні 88 дітей. Тобто, за 12 років кількість дітей з аутизмом зросла в 10 разів (Гулбані, 2018). Відповідно, перед суспільством постає завдання пошуку ефективних методів допомоги таким дітям. Правильно підібрані програми ранньої реабілітації допомагають знизити рівень івалідації дітей та навчити їх життєво важливим навичкам (Гінзбург, Гутшабаш, Іванова, 2018). Поняття ранньої реабілітації має на увазі, що вона надається на ранніх етапах розвитку дитини віку 0-3 роки, коли її мозок пластичний і може позитивно реагувати

на абілітаційні зусилля. При складанні комплексної реабілітаційної програми потрібно розставити пріоритети. Діти з аутизмом відрізняються не лише своєю поведінкою, мисленням, сприйняттям світу, – в них також часто зустрічаються рухові порушення у вигляді незграбності, незвичайної ходи, координації руху, гіпотонусу або гіпертонусу м'язів. Найбільш яскраво картина порушення проявляється від двох із половиною до трьох років. Однак проблема раннього втручання ускладнюється недостатністю методів ефективного впливу на рівень компетентності батьків дітей, хворих на аутизм, щодо оптимізації їх соціального спілкування як на мікро-, так і на макрорівні, що має сприяти компетентному позитивному соціально-психологічному розвитку дитини з аутизмом (Khvorova, 2019).

Аутизм розглядається як багатофункціональне порушення, основу якого складають різноманітні відхилення: імунологічні, неврологічні, біохімічні, ендокринні (Гулбані, 2018). Розладам аутистичного спектру притаманні ускладнення в спілкуванні, соціальній взаємодії, обмежені інтереси та стереотипна поведінка (Jung, 2021). При цьому, порушення рухової сфери, такі як гіпотонія, диспраксія, ходіння на носках і проблеми з дрібною моторикою, спостерігаються в понад 87% дітей з аутизмом, що робить кінезіотерапію одним із найважливіших фізіотерапевтичних втручань, яке впливає не лише на розвиток моторних навичок дитини, але й на її соціальну та комунікативну сферу (Jung, 2021). Кінезіотерапія також позитивно впливає на психоемоційні стани дітей з аутизмом, дозволяє знизити зазвичай притаманні їм прояви тривожності (Tuganbekova, Kudarinova, Sagynbekova, Shugyla, 2018). При цьому необхідно, щоб терапія виходила з індивідуального профілю розвитку дитини та охоплювала різні сфери, в тому числі мовленнєву та поведінкову. Ранній початок терапії має поєднуватися з індивідуальним підходом, що є запорукою комплексного позитивного впливу на психологічні, соціальні та фізичні характеристики дитини. Особливо важливі фізіотерапевтичні втручання із застосуванням кінезіотерапії, бо вони сприяють зменшенню сенсомоторного дефіциту (Nikolina Manojlovic, 2019). При цьому слід пам'ятати, що фізіотерапія в дітей потребує значно більш ретельного ставлення, ніж у дорослих, і пов'язана з обов'язковою співпрацею із батьками хво-

рої дитини (Jaworski, 2021). Діти з розладами спектру аутизму страждають на істотні психомоторні порушення, зокрема, довільності рухів та розуміння їх доцільності. Заняття адаптивним фізичним вихованням сприяє фізичному, розумовому та емоційному розвитку дітей із розладами спектру аутизму, їхній суспільній інтеграції (Мусієнко, Кізло, 2017). Доведено зв'язок фізичної активності та самооцінки фізичного стану з координацією рук, силою та спритністю. Позитивне фізичне сприйняття підтримується діяльністю, спрямованою на розвиток фізичної активності (Chia-Hua Chu, Chia-Liang Tsai, Fu-Chen Chen, et al., 2020). Розлади спектру аутизму та фізичної активності пов'язані з багатьма вимірами якості життя, - фізичним та психологічним здоров'ям, адаптацією в навколишньому середовищі та соціалізацією. Відповідно, фізична активність виявляється інструментом для покращення сприйняття різноманітних вимірів здоров'я (Jessica Hamm & Joonkoo Yun, 2019).

Завданням терапії дітей із розладами спектру аутизму є зміцнення моторних навичок та вплив на інші функціональні зони дітей з урахуванням вікових особливостей (Imankhah, Khanzadeh, Nasirchaman, 2018). Треба мати на увазі, що для кращого виконання завдань має значення мотиваційний компонент (Ya-Shu Kang & Yao-Jen Chang, 2019). Для підтримки рухових терапевтичних втручати у дітей із розладами спектру аутизму рекомендують використовувати інтерактивну звукову обробку для озвучування рухів, що підвищує здатність дітей до правильного виконання рухів (Cibrian, Ley-Flores, Newbold et al., 2021).

Фізична активність має значний позитивний вплив не лише на моторні навички дітей із розладами спектру аутизму, але й на здатність до соціальної взаємодії, спілкування (Huang, Jinfeng, Chunjie Du, Jianjin Liu, and Guangxin Tan, 2020). Це є особливо важливим, якщо брати до уваги дефіцит соціального спілкування та соціального інтересу як основні ознаки розладів аутистичного спектру. Тож покращення фізичного стану сприяє підвищенню самооцінки, комунікативних навичок таких дітей, їхній адаптації та інтеграції в суспільство (Draudvilienė, Sosunkevič, Daniusevičiūtė-Brazaitė, Burkauskienė, Draudvila, 2020). Є дані про істотний потенціал фізичних вправ щодо подолання стереотипної поведінки (Christopher, Ashlea Rineer-Hershey & Karen Larwin, 2019). Доведено, що реабілітаційне лікування дітей із аутизмом у соматосенсорних іграх позитивно впливає на їхній розумовий розвиток, посилює соціальні функції та покращує ефект лікування (Xufeng Ma, Yazhou Song, Unzi Kim, Joonki Paik, 2020). Тому розвиток рухових функцій є одним із основних напрямків терапії при аутизмі (Homa Rafiei Milajerdi, Mahmoud Sheikh, Mahboubeh

Ghayour Najafabadi, et al., 2021). Питання складності активізації фізичної активності дітей із розладами спектру аутизму може бути вирішене завдяки сприянню афективним задоволенням від руху (Jachuga, Renwick, Gladstone et al., 2020).

Матеріали та методи дослідження. Співпрацюючи з клініцистами на кафедрі дитячої психіатрії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, ми розробили програму комплексної психодіагностики дітей із захворюваннями спектру аутизму, з використанням патопсихологічного та клініко-психопатологічного методів дослідження, експертного аналізу відгуків батьків. Оцінка параметрів розвитку дитини проводилася за оцінкою шкалою дитячого аутизму CARS та TEACCH. **Статистична обробка результатів дослідження** (визначення χ^2) здійснювалася з використанням онлайн-калькулятора і програми STATISTICA 13.3 (розробник – StatSoft.Inc).

В дослідженні використовувалася авторська методика комплексної ігрової кінезітерапії, що включає пальцевий масаж, елементи краніо-акральної терапії, елементи йоги, динамічну гімнастику на м'ячі для фітнесу, сенсорні ігри, тренінг для мозку.

В дослідженні взяли участь 59 дітей дошкільного віку (від 2 до 5 років). У 32 із них було встановлено діагноз дитячого аутизму і у 27 – психоорганічний синдром внаслідок наслідків перенесеної перинатальної гіпоксичної енцефалопатії різного ступеня вираженості (затримки психомовного розвитку, дефіцит інтелектуально-когнітивних здібностей, порушення стато-кінетики до ДЦП). В групу дітей з психоорганічним синдромом входило кілька пацієнтів із розумовою відсталістю внаслідок синдромів Дауна та Вільямса. У всіх групах переважали хлопчики.

Обмеження дослідження були пов'язані з тим, що в ньому брали участь лише ті діти, які знаходилися під нашим безпосереднім клінічним спостереженням. Втім, вибірку можна вважати достатньо релевантною, а результати дослідження такими що відображають загальні особливості впливу ігрової кінезітерапії на розвиток рухової та розумової сфер дітей із розладами спектру аутизму.

Етичні питання вирішувалися дотриманням у процесі дослідження норм біоетики, таких як інформована згода батьків (опікунів) на участь дітей у проведенні дослідження, принципи анонімності, толерантності, а також академічної доброчесності.

Виклад основного матеріалу. В ході дослідження було доведено істотний вплив ігрової кінезітерапії на психічне здоров'я всіх дітей. Такі особливості поведінки, як комунікабельність, поява прямого погляду, прагнення до спілкування покращилися у

57 (96,6%) обстежених дітей, когнітивні здібності – у 46 (77,9%), покращення мовлення та поживлення мовної активності спостерігаються в 48 випадках (81,3%), покращення емоційного стану та покращення фізичних можливостей – у 51 дитини (86,4%), поява функціональності у грі, інтересу до іграшок – у 39 (66,1%), покращення психосоматичних показників – у 53 (89,3%), покращення ходи, дрібної моторики, координації рухів – у 12 (20,3%), діти з ДЦП). При порівнянні результатів групи дітей з аутизмом із групою дітей з органічними ураженнями головного мозку було з'ясовано, що ігрова кінезітерапія однаково позитивно впливає на всі групи обстежених дітей. У дітей з аутистичними розладами під впливом ігрової кінезітерапії спостерігаються більш виражені поліпшення в галузі комунікації, когнітивних здібностей, мови, ігрової здатності та моторики, орієнтації в навколишньому просторі, що в цілому сприяє їх соціалізації (Чуприков, 2017). У дітей з органічним ураженням головного мозку ці показники були дещо нижчими, ніж у попередній групі і яскравіше проходить реабілітація в галузі психосоматики та моторики.

Діти з аутизмом потребують корекційних занять з розвитку рухової сфери. Для цих цілей добре підходить розроблений нами авторський метод комплексної ігрової кінезітерапії. Досвід використання цього методу показує, що ігрова складова корекційних занять сприяє створенню близьких відносин між учасниками, знімає напруженість, тривогу, страх перед оточуючими дитини, підвищує самооцінку, дозволяє перевірити себе в різних ситуаціях спілкування, знімаючи небезпеку соціально значущих наслідків (Чуприков, 2013; Чуприков, 2014). Відмітні ознаки

розгортання гри - ситуації, що швидко змінюються, в яких виявляється об'єкт після дій з ним, і так само швидко пристосування дій до нової ситуації.

Рухова корекція дітей із аутизмом заснована на вивченні та аналізі специфіки поведінки дітей з особливостями психіки. Усвідомлена участь дитини в процесі реабілітації є ознакою успішного розвитку навичок (Чуприков, 2017). Для того, щоб спонукати дитину виконувати завдання, необхідно бути з нею ігровим партнером. Насамперед потрібно домогтися позитивного сприймання занять дитиною. Найлегший і ніжний обережний дотик може продемонструвати дитині ваше добре до неї ставлення. У жодному разі не можна вдаватися до насильства та форсувати події.

Висновки. Виявлено, що рухова корекція впливає різні сфери психічної діяльності: поліпшується мова, когнітивні здібності, емоційно-вольовий стан. Доведене покращення психофізичного стану дітей після 10 сеансів ігрової кінезіотерапії: спостерігалось збільшення зросту дитини до 4 см, розвиток дрібної та великої моторики, поліпшення комунікації (діти починали дивитися в очі, починали цікавитися іграшками, якими раніше нехтували, поводитися відкрито по відношенню до близьких, намагалися контактувати з дітьми), на більш високий рівень переходила ігрова діяльність. Підтверджено гіпотезу, що рухова корекція сприяє покращенню психічного стану дітей із розладами спектру аутизму завдяки поліпшенню сенсорного синтезу.

Розроблена та апробована нами методика ігрової кінезіотерапії може поєднуватися з іншими видами допомоги дітям з відхиленнями у розвитку: психофармакотерапією, фізіотерапією, методами корекційної педагогіки та психології, анімалотерапії.

Список використаних джерел:

1. Гінзбург А.А., Гутшабаш М.Є., Іванова Я.Л. Підготовка до дорослого життя людей з РАС та іншими особливостями розвитку в АНО «Адаїн Ло». Співпраця фахівців та батьків. *Аутизм та порушення розвитку*. 2018. Т. 16. № 1. С. 29-35, doi:10.17759/autdd.2018160105 (Ru)
2. Гулбані Р.Ш. Дитячий аутизм і фізична реабілітація. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2018. Вип. 5(99), С. 79–82.
3. Мусієнко О., Кізло Н. Досвід застосування біомеханічних принципів керування рухами у адаптивному фізичному вихованні дітей з розладами спектру аутизму, Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, 2017. Т. 1. № 13. URL: <https://www.spp.org.ua/index.php/journal/article/view/94>.
4. Чуприков А.П., Зайцев Д.В., Таршинов І.В., Чорна Т.В. Патент на корисну модель №78372 «Спосіб лікування дитячого аутизму із застосуванням ігрової кінезітерапії». Зареєстровано у Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 11.03.2013 р.
5. Чуприков А.П., Чуприкова О.Г., Чорна Т.В. та ін. Патент на корисну модель № 88247 «Спосіб лікування дитячого аутизму». Зареєстровано у Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 11.03.2014 р.
6. Чуприков А.П. Цунами детского аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. Москва : Гнозис, 2017. с. 20–36.
7. Chia-Hua Chu, Chia-Liang Tsai, Fu-Chen Chen, et al. The role of physical activity and body-related perceptions in motor skill competence of adolescents with autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*. 2020. 42:10, 1373-1381, DOI: 10.1080/09638288.2018.1526334
8. Cibrian, F.L., Ley-Flores, J., Newbold, J.W. et al. Interactive sonification to assist children with autism during motor therapeutic interventions. *Pers Ubiquit Comput*. 2021. Vol. 25. pp. 391–410. URL: <https://doi.org/10.1007/s00779-020-01479-z>.

9. Draudvilienė, Lina, Sosunkevič, Sergej, Daniusevičiūtė-Brazaitė, Laura, Burkauskienė, Aušra, Draudvila, Justas. The benefit assessment of the physiotherapy sessions for children with autism spectrum disorder. *Baltic journal of sport & health sciences*. Kaunas : Lietuvos sporto universitetas. 2020. Vol. 3. Issue 118. pp. 25–32. ISSN 2351-6496, eISSN 2538-8347, DOI: 10.33607/bjshs.v3i118.971
10. Homa Rafiei Milajerdi, Mahmoud Sheikh, Mahboubeh Ghayour Najafabadi, et al. The Effects of Physical Activity and Exergaming on Motor Skills and Executive Functions in Children with Autism Spectrum Disorder. *Games for Health Journal*. 2021. Vol. 10. No. 1 Original Articles.
11. Huang, Jinfeng, Chunjie Du, Jianjin Liu, & Guangxin Tan (2020), Meta-Analysis on Intervention Effects of Physical Activities on Children and Adolescents with Autism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 17. Issue 6. P. 1950. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17061950>.
12. Jaworski, Piotr. Reports of recent years on physiotherapy and the health of children. *Journal of Education. Health and Sport*. 2021. Vol. 11. Issue 9. pp. 440–448. DOI 10.12775/JEHS.2021.11.09.057.
13. Jessica Hamm & Joonkoo Yun. Influence of physical activity on the health-related quality of life of young adults with and without autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*. 2019. 41:7. 763–769, DOI: 10.1080/09638288.2017.1408708.
14. Jung, D. 'DJECA S AUTIZMOM I FIZIOTERAPIJSKE INTERVENCIJE', Završni rad, Veleučilište "Lavoslav Ružička" u Vukovaru, citirano: 28.11.2021. URL: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:150:457116>.
15. Khvorova H. Introduction and content of training of competent interaction of specialists with parents of children with autism and training of competent parenting by children with autism. *EUROPEAN HUMANITIES STUDIES: State and Society*, 2019. 18(2), 98-112. URL: <https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2019.2.09>.
16. Nikolina Manojlovic. Children with Autism and Psychoterapy Interventions. *Biomedicina I Zdravstvo*. 2021. URL: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/vevu:534>.
17. Patrick Jachyra, Rebecca Renwick, Brenda Gladstone et al. Physical activity participation among adolescents with autism spectrum disorder. *Autism*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1177/1362361320949344>.
18. Tuganbekova, Clara M., Kudarinova, Assel S., Sagynbekova, Shugyla B. Correction of anxiety in children with special needs with the help of kinesiotherapy. *Education & Science Without Borders*. 2018. Vol. 9. Issue 18. pp. 58–60.
19. Xufeng Ma, Yazhou Song, Unzi Kim, Joonki Paik. The Limitation of Tobacco Control on Mainland China. *The Frontiers of Society. Science and Technology*. 2020. Vol. 2 Issue 18, pp. 122–126. URL: <https://doi.org/10.25236/FSST.2020.021819>.
20. Ya-Shu Kang & Yao-Jen Chang. Using game technology to teach six elementary school children with autism to take a shower independently. *Developmental Neurorehabilitation*, 2019. 22:5. 329–337. DOI: 10.1080/17518423.2018.1501778.
21. Imankhah F, Khanzadeh H., Hasirchaman A. The Effectiveness of Combined Music Therapy and Physical Activity on Motor Coordination in Children With Autism. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2018. Vol. 16 (4), pp. 405–412. URL: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-889-en.html>.

References:

1. Ginzburg A.A., Gutshabash M.E., Ivanova Y.L. (2018) Preparation for adult life of people with ASD and other features of development in ANO "Adain Lo". Cooperation of specialists and parents. *Autism and developmental disorders*. Vol. 16. № 1. P. 29–35. doi: 10.17759 / autdd.2018160105 (Ru)
2. Gulbani, R.Sh. (2018) Children's autism and physical rehabilitation, *Scientific journal of NPU named after M.P. Drahomanov*. Vol. 5 (99), pp. 79–82.
3. Musienko O., Kizlo N. (2017) Experience in the application of biomechanical principles of movement control in adaptive physical education of children with autism spectrum disorders, *Education of people with special needs: ways of development*. Vol. 1. № 13. Retrieved from: <https://www.spp.org.ua/index.php/journal/article/view/94>.
4. Chuprikov A.P., Zaitsev D.V., Tarshinov I.V., Chorna T.V. (2013) Patent for utility model №78372 "Method of treating childhood autism with the use of game kinesiotherapy" Registered in the State Register of Patents of Ukraine on utility models March 11, 2013
5. Chuprikov A.P., Chuprikova O.G., Chorna T.V. et al. (2014) Patent for utility model №88247 "Method of treating childhood autism", Registered in the State Register of Patents for Utility Models of Ukraine on March 11, 2014.
6. Chuprikov A.P. (2017), *Tsunami of childhood autism: medical and psychological - pedagogical assistance*. Moscow: Gnosis, 2017. p. 20–36.
7. Chia-Hua Chu, Chia-Liang Tsai, Fu-Chen Chen, et al. (2020) The role of physical activity and body-related perceptions in motor skill competence of adolescents with autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*. 42:10. 1373-1381. DOI: 10.1080/09638288.2018.1526334
8. Cibrian, F.L., Ley-Flores, J., Newbold, J.W. et al. (2021) Interactive sonification to assist children with autism during motor therapeutic interventions. *Pers Ubiquit Comput*. Vol. 25. pp. 391–410 Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s00779-020-01479-z>
9. Draudvilienė, Lina, Sosunkevič, Sergej, Daniusevičiūtė-Brazaitė, Laura, Burkauskienė, Aušra, Draudvila, Justas (2020) The benefit assessment of the physiotherapy sessions for children with autism spectrum disorder. *Baltic journal of sport & health sciences*. Kaunas : Lietuvos sporto universitetas. Vol. 3. Issue 118. pp. 25-32. ISSN 2351-6496, eISSN 2538-8347, DOI: 10.33607/bjshs.v3i118.971
10. Homa Rafiei Milajerdi, Mahmoud Sheikh, Mahboubeh Ghayour Najafabadi, et al. (2021). The Effects of Physical Activity and Exergaming on Motor Skills and Executive Functions in Children with Autism Spectrum Disorder. *Games for Health Journal*. Vol. 10. No. 1 Original Articles.
11. Huang, Jinfeng, Chunjie Du, Jianjin Liu, & Guangxin Tan (2020) Meta-Analysis on Intervention Effects of Physical Activities on Children and Adolescents with Autism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 17. Issue 6. P. 1950. Retrieved from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17061950>.

12. Jaworski, Piotr (2021) Reports of recent years on physiotherapy and the health of children. *Journal of Education, Health and Sport*. Vol. 11, Issue 9, pp. 440–448. DOI 10.12775/JEHS.2021.11.09.057.
13. Jessica Hamm & Joonkoo Yun (2019) Influence of physical activity on the health-related quality of life of young adults with and without autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*. 41:7. 763-769. DOI: 10.1080/09638288.2017.1408708.
14. Jung, D. (2021). 'Djeca s autizmom i fizioterapijske intervencije', Završni rad, Veleučilište "Lavoslav Ružička" u Vukovaru, citirano: 28.11.2021., <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:150:457116>
15. Khvorova, H. (2019). Introduction and content of training of competent interaction of specialists with parents of children with autism and training of competent parenting by children with autism. *EUROPEAN HUMANITIES STUDIES: State and Society*. 18(2), 98–112. Retrieved from: <https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2019.2.09>
16. Nikolina Manojlovic (2019). Children with Autism and Psychotjerapy Interventions. *Biomedicina I Zdravstvo*. Retrieved from: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/vevu:534>.
17. Patrick Jachyra, Rebecca Renwick, Brenda Gladstone et al. (2020). Physical activity participation among adolescents with autism spectrum disorder. *Autism*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/1362361320949344>.
18. Tuganbekova, Clara M.; Kudarinova, Assel S.; Sagynbekova, Shugyla B. (2018). Correction of anxiety in children with special needs with the help of kinesiotherapy. *Education & Science Without Borders*. Vol. 9. Issue 18. pp. 58–60.
19. Xufeng Ma, Yazhou Song, Unzi Kim, Joonki Paik (2020), The Limitation of Tobacco Control on Mainland China. *The Frontiers of Society, Science and Technology*. Vol. 2. Issue 18. pp. 122–126. Retrieved from: <https://doi.org/10.25236/FSST.2020.021819>.
20. Ya-Shu Kang & Yao-Jen Chang (2019), Using game technology to teach six elementary school children with autism to take a shower independently. *Developmental Neurorehabilitation*. 22:5. 329-337. DOI: 10.1080/17518423.2018.1501778
21. Imankhah F, Khanzadeh H, Hasirchaman A. (2018) The Effectiveness of Combined Music Therapy and Physical Activity on Motor Coordination in Children With Autism. *Iranian Rehabilitation Journal*. Vol. 16 (4). pp. 405–412. Retrieved from: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-889-en.html>

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9:159.97+612.8+159.92:159.93+159.944
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-7>

Наталія ЗДОРОВЕНКО

магістр психології, психолог, Спеціальна загальноосвітня школа «Надія», вул. Янгеля, 2, м. Київ, Україна, індекс 03057 (zdor_nat@ukr.net)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6636-7628>

Олеся АНТОНЮК

викладач, Спеціальна загальноосвітня школа «Надія», вул. Янгеля, 2, м. Київ, Україна, індекс 03057

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5212-4863>

Ольга ЦИМАЄНКО

магістр соціальної роботи, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна, індекс 02000

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8844-5204>

Natalia ZDOROVENKO

Master of Psychology, Psychologist, Special Secondary School "Nadiya", st. Yangelya, 2, Kyiv, Ukraine, postal code 03057 (zдор_nat@ukr.net)

Olesya ANTONYUK

Teacher, Special Secondary School "Nadiya", st. Yangelya, 2, Kyiv, Ukraine, postal code 03057

Olga TSIMAYENKO

Master of Social Work, PJSC "Interregional Academy of Personnel Management", st. Frometivska, 2, Kyiv, Ukraine, postal code 02000

Бібліографічний опис статті: Здоровенко Н., Антонюк О., Цимаєнко О. Медико-психологічні аспекти організації онлайн-навчання дітей із порушеннями фізичного та розумового розвитку. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 52–62. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-7>

Bibliographic description of the article: Zdorovenko, N., Antonyuk, O., Tsimayenko, O. (2021). Medyko-psykholohichni aspekty orhanizatsii onlain-navchannia ditei iz porushenniamy fizychnoho ta rozumovoho rozvytku [Medical and psychological aspects of online learning for children with physical and mental disabilities]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 52–62. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-7>

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОНЛАЙН-НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФІЗИЧНОГО ТА РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ

Анотація. Постановка проблеми. Втрата безпосереднього спілкування з учителем та однолітками, при збільшенні часу знаходження перед екраном комп'ютера в умовах онлайн-навчання, поставила перед педагогами складне завдання: забезпечити ефективність навчального процесу при мінімізації шкоди та ризиків для здоров'я учнів. Успішність організації освітнього процесу в онлайн-режимі для дітей із вадами розвитку, як показав досвід, може бути забезпечена лише спільними зусиллями вчителів і батьків, які в такому разі стають активними учасниками проведення занять.

Постановка мети дослідження. Мета – розробити програму дистанційних занять для учнів початкових класів із особливими освітніми потребами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На тлі спалаху COVID-19 відбулася трансформація освітнього середовища. Швидкість переходу на онлайн-форму навчання стала джерелом корисного досвіду і засвідчила необхідність нормативного та методичного забезпечення онлайн-освіти. Провідним завданням психпрофілактики для дітей із особливими освітніми потребами вбачається визначення найбільш здоров'язбережувальних варіантів онлайн-навчання.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі СЗОШ "Надія" м. Києва. Розроблену програму онлайн-занять апробовано та впроваджено серед 12 учнів 1 класу із вадами фізичного та розумового розвитку.

Результати дослідження. В даній статті ми надаємо опис авторської програми супроводу онлайн-занять, що складається з чотирьох уроків з інструкцією для батьків щодо їх організації. Уроки складаються з психологічно-організаційної та корекційно-розвиваючої частин. Батьки повинні коротко зафіксувати письмово та сфотографувати результати виконання дитиною вправ по кожному уроку та відправити вчителю для того, щоб він міг проконтролювати розвиток знань, умінь і навичок дитини та розробляти для неї наступні корекційно-розвивальні заняття.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Діти з вадами розумового розвитку зазвичай не сприймають вчителя, якого бачать на екрані комп'ютера, не виконують його завдань, - в такому разі вчитель працює з дитиною опосередковано, за допомогою батьків, супроводжуючи та контролюючи навчально-розвивальний процес. Впровадження розробленої нами корекційно-розвиваючої програми в процес онлайн-занять учнів 1 класу СЗОШ "Надія" м. Києва довело її ефективність за умови активної участі батьків у навчальному процесі.

Ключові слова: онлайн-навчання, діти з особливими освітніми потребами, навчальна програма, плани уроків, залучення батьків до навчального процесу.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ONLINE LEARNING FOR CHILDREN WITH PHYSICAL AND MENTAL DISABILITIES

Abstract. Formulation of the problem. The loss of direct communication with teachers and peers, while increasing the time spent in front of a computer screen in online learning, has set teachers a difficult task: to ensure the effectiveness of the educational process while minimizing harm and risks to student health. The experience of online education for children with disabilities, as experience has shown, can only be ensured by the joint efforts of teachers and parents, who in this case become active participants in the lessons.

Formulation the purpose of the study. The aim is to develop a program of distance learning for primary school students with special educational needs.

Analysis of recent research and publications. Against the background of the COVID-19 outbreak, the educational environment was transformed. The speed of the transition to online learning has become a source of useful experience and demonstrated the need for regulatory and methodological support for online education. Identifying the most healthy online learning options is one of the main goals of mental health education for children with special educational needs.

Materials and methods of research. The research was conducted on the basis of Nadiya Secondary School in Kyiv. The developed program of online classes was tested and implemented among 12 1st grade students with disabilities.

Research results. In this article, we provide a description of the author's online support program, which consists of four lessons with instructions for parents on how to organize them. Lessons consist of psychological-organizational and correctional-developmental parts. Parents should briefly record in writing and photograph the results of the child's exercises in each lesson and send them to the teacher so that he can monitor the development of knowledge, skills and abilities of the child and develop for him the next correctional and developmental classes.

Conclusions and prospects for further research. Children with intellectual disabilities usually do not perceive the teacher they see on the computer screen, do not perform his tasks - in this case, the teacher works with the child indirectly, with the help of parents, accompanying and controlling the learning and development process. The introduction of the correctional and developmental program developed by us in the process of online classes of 1st grade students of Nadiya Secondary School in Kyiv has proved its effectiveness with the active participation of parents in the educational process.

Key words: online learning, children with special educational needs, curriculum, lesson plans, involvement of parents in the educational process.

Постановка проблеми. Завдання забезпечення якості навчання й успішної соціалізації дітей із особливими потребами в Україні в останні роки вирішувалося завдяки розвитку інклюзивного підходу. Однак ситуація пандемії COVID-19 з необхідністю вимушеного соціального дистанціювання створила значну перешкоду для здобуття дітьми з особливими освітніми потребами соціального досвіду. Втрата безпосереднього спілкування з учителем та однолітками, при збільшенні часу знаходження перед екраном комп'ютера в умовах онлайн-навчання, поставила перед педагогами складне завдання: забезпечити ефективність навчального процесу при мінімізації шкоди та ризиків для здоров'я учнів. Особливі складнощі постали щодо адаптації до процесу навчання першокласників, яким важко було зрозуміти навчальну ситуацію, віддиференціювати процес уроку від комп'ютерної гри. Успішність організації освітнього процесу в онлайн-режимі для

дітей із вадами розвитку, як показав досвід, може бути забезпечена лише спільними зусиллями вчителів і батьків, які в такому разі стають активними учасниками проведення занять. Тому актуальною проблемою є методична розробка онлайн-уроків для дітей із особливими освітніми потребами

Аналіз останніх досліджень і публікацій. При порушеннях розвитку для дітей має важливе значення система раннього втручання та скринінгу, впливу на їхні досягнення, бо такі діти мають не лише особливі потреби в медичній допомозі, але й особливі освітні потреби (Paul H. Lipkin & Michelle M. Macias, Kenneth W. Norwood, et al., 2020). Порушення психічного та розумового розвитку, виявлені в ранньому дитинстві, мають вплив на все подальше життя, тому слід усіма можливими засобами сприяти здоровому розвитку дітей (Robyn A. Cree, Rebecca H. Bitsko, Lara R. Robinson, et al. 2018). Нинішня ситуація пандемії COVID-19 спричинила ба-

гато несприятливих впливів на психічне здоров'я дітей, пов'язаних із вимушеною ізоляцією та, як наслідок, формуванням стигми соціального відчуження та появою страхів (Imran, Amer, Sharif, Bodla, & Naveed, 2020). Ситуація карантину стала для дітей фактором ризику щодо розвитку гострих стресових розладів, розладів адаптації, горя та посттравматичного стресового розладу. Збільшення часу, проведеного перед екраном комп'ютеру, корелювало з проявами неспокою, дратівливості, тривожності, в'язкості та неувважності (Imran, Amer, Sharif, Bodla, Naveed, 2020). Значний психосоціальний вплив спалаху COVID-19 на дітей та підлітків, виявляючись у підвищенні рівнів тривожності та депресії, свідчить про необхідність пошуку ефективних засобів подолання емоційного стресу та цільових психопрофілактичних заходів (Li Duan, Xiaojun Shao, Yuan Wang, Yinglin Huang, et al., 2020). Крім негайних, прогноуються довгострокові несприятливі наслідки пандемії COVID-19 для дітей, бо архітектура мозку, що швидко розвивається, є дуже вразливою та чутливою до несприятливого навколишнього середовища. Тому значний відсоток дітей ризикує отримати руйнівні фізичні, соціально-емоційні та когнітивні наслідки впливу на весь хід їхнього життя (Hirokazu Yoshikawa, Alice J. Wuermli, Pia Rebello Britto, et al. 2020). Якість і розміри впливу ситуації пандемії COVID-19 на психосоціальне здоров'я неповнолітніх визначаються багатьма факторами вразливості, серед яких дослідники називають: віковий розвиток, освітній статус, наявний стан психічного здоров'я, недостатню матеріальну забезпеченість, страх зараження тощо (Shweta Singh, Deblina Roy, Kritika Sinha, et al., 2020).

На тлі спалаху COVID-19 відбулася трансформація освітнього середовища. В зв'язку з цим було виявлено різноманітні проблеми онлайн-викладання, але стала зрозумілою невідворотність розвитку онлайн-освіти та необхідність відповідної підтримки учнів щодо адаптації до дистанційної форми навчання (Zhang, Wunong, Yuxin Wang, Lili Yang, and Chuanyu Wang, 2020). Швидкість переходу на онлайн-форму навчання стала джерелом корисного досвіду і засвідчила необхідність нормативного та методичного забезпечення онлайн-освіти (Basilaia, Giorgi; Kvavadze, David, 2020). Також стала зрозумілою потреба навчання батьків позитивним та ефективним стратегіям виховання дітей (Sege RD, Siegel BS, 2018).

Перехід від традиційного очного навчання до онлайн-освіти, що через пандемію COVID-19 відбувся революційним способом у глобальному масштабі, безпосередньо вплинув на якість освітнього процесу, що потребує відповідних розробок, спрямованих на підвищення його рівня (Chen, Tinggui, Lijuan Peng, Xiaohua Yin, Jingtao Rong, Jianjun Yang,

& Guodong Cong, 2020). Актуальною є розробка плану дій, спрямованих на задоволення особливих психосоціальних, психічних, освітніх потреб уразливих дітей як під час пандемії, так і по її завершенні, забезпечення заходів підтримки їх психічного здоров'я та фізичного стану в інноваційних навчальних умовах, на основі співпраці психіатрів, психологів, педіатрів, батьків та громадських волонтерів (Shweta Singh, Deblina Roy, Kritika Sinha, et al., 2020). Пропоновані теоретичні основи та моделі онлайн-освіти зосереджуються на її педагогічних аспектах (Picciano, Antan Integrated Modelhony G. 2017). Крім того, дослідники зауважують, що пов'язані з пандемією травми та економічна нестабільність особливо негативно вплинуть на дітей, які перебувають у бідності, покладаються переважно на шкільні послуги для забезпечення потреб у харчуванні, фізичному та психічному здоров'ї, а також мають особливі освітні потреби через розлади розвитку та поведінки, в поєднанні з низьким контролем батьків за процесом онлайн-навчання (Abbey R. Masonbrink & Emily Hurley, 2020). Вчителі в ситуації пандемії мають бути джерелом емоційної підтримки учнів, помічати попереджувальні ознаки кризових станів психічного здоров'я або небезпечних ситуацій. Однак за умов дистанційного навчання педагоги обмежені у своїх можливостях емоційної підтримки, спостереження за дітьми груп ризику та способах втручання. Отже, слід шукати шляхи компенсації шкідливого впливу на дітей через обмежений доступ до життєво важливих шкільних ресурсів (Abbey R. Masonbrink & Emily Hurley, 2020).

Серед потенційних ризиків для здоров'я дітей в умовах карантину, пов'язаних із онлайн-навчанням, називають: вплив екрану, вплив навколишнього середовища, зниження фізичної активності, сидячий спосіб життя, порушення режимів сну та харчування, негативні психологічні реакції, параметри фізичного здоров'я і травми. При цьому, в якості основних проблем виокремлюють соціально-афективні ускладнення та недостатню фізичну активність (Rubén López-Bueno, Guillermo F. López-Sánchez, José A. Casajús, et al., 2021). Також істотною проблемою є те, що через перехід на онлайн-навчання порушується соціальна взаємодія учнів, що для дітей із особливими потребами є життєво важливим. В цій ситуації необхідна допомога батьків у організації процесу онлайн-навчання та налагодженні ефективного спілкування дитини з викладачами через екран комп'ютера (Bhamani, Makhdoom, Bharuchi, et al., 2020).

Вивчення проблеми організації командного психолого-педагогічного супроводу дистанційного інклюзивного навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах довготривалого карантину засвідчило необхідність комплексного під-

ходу щодо надання освітніх послуг, включаючи психолого-педагогічні та інформаційно-комунікаційні, в домашньому освітньому середовищі. Дослідники (Коваленко, Колісник, 2020) підкреслюють роль батьків щодо організації та проведення навчальних занять, необхідність адаптації навчального матеріалу викладача асистентом, створення батьками домашнього освітнього середовища та організації режиму дня дітей з особливими освітніми потребами. Навчальне та фізичне навантаження в процесі онлайн-занять має відповідати можливостям дітей із особливими потребами, з урахуванням їхніх вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних вимог (Ващенко, Найдовська, 2017). Тож провідним завданням психпрофілактики для дітей із особливими освітніми потребами вбачається здійснення гігієнічної оцінки фактичних дистанційних форм організації навчального процесу під час карантину та визначення на цій основі найбільш здоров'язберезливих варіантів навчання (Воротникова, Чайковська, 2020; Scherban, Noblyk, 2020; Соломаха, Гаркавий, 2020; Гозак, Станкевич, Єлізарова, Парац, 2021).

Зручність дистанційної освіти полягає в можливості навчатися та отримувати необхідні знання віддалено від навчального закладу та в будь-який час, що є особливо значимим для дітей із інвалідністю. Важливим фактором успіху дистанційного навчання є ініціатива викладача щодо впровадження інноваційних освітніх технологій (Тохтамиш, Лісняк, 2020). Досвід впровадження дистанційної освіти в Україні дозволяє визначити її як життєздатну та ефективну стратегію викладання (Шептуха, 2020).

Мета статті – розробити програму дистанційних занять для учнів початкових класів із особливими освітніми потребами.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі СЗОШ "Надія" м. Києва. Розроблену програму онлайн-занять апробовано та впроваджено серед 12 учнів 1 класу із вадами фізичного та розумового розвитку. Статистична обробка результатів дослідження не проводилася через малу вибірку респондентів.

Обмеження дослідження стосувалися його проведення серед учнів першого класу лише одного спеціального навчального закладу. Втім, практично підтверджена ефективність запропонованої навчальної програми для онлайн-занять першокласників із особливими освітніми потребами дозволяє рекомендувати її для апробації та впровадження в інших аналогічних навчальних закладах України.

Етичні питання вирішувалися дотриманням біоетичних принципів, зокрема: інформованої згоди, анонімності, толерантності, академічної доброчесності.

Для проведення дослідження додаткового фінансування не виділялося, конфлікту інтересів не було.

Виклад основного матеріалу. В даній статті ми надаємо опис авторської програми супроводу онлайн-занять, що містить чотири уроки з інструкцією для батьків щодо їх організації. Уроки складаються з психологічно-організаційної та корекційно-розвиваючої частин. Додатково наприкінці уроків батькам надавалася також добірка розвиваючих відео з посиланнями.

Урок №1

1. Психологічно-організаційна частина заняття.

Інструкція для батьків:

1.1. Підготуйте кімнату, в якій ви будете проводити заняття:

– щоб дитина не відволікалася, попросіть інших членів сім'ї не заходити до кімнати, поки триває навчання;

– усі малюнки, олівці, книжки, зошити... що потрібно буде на занятті, підготуйте заздалегідь та сховайте від очей дитини, поки вони вам не потрібні (під стіл, в спеціальну коробку тощо).

1.2. Заспокойте дитину і налаштуйте на подальшу роботу:

Посадіть дитину на стілець перед собою, погладьте її руки, ноги. Коротко поясніть, що зараз у вас буде заняття, ви трішки попрацюєте. Якщо вдома є маленький масажний м'ячик Су Джок, помасажуйте руки дитини; в процесі масажу опишіть колір і форму м'ячика).

2. Корекційно-розвивальна частина:

2.1. Вправа «Робота з кінетичним піском, пластиліном» спрямована на розвиток взаємодії між двома півкулями головного мозку, дрібної моторики, просторової уяви.

Спочатку дитина має розминати матеріал (пісок або пластилін) правою рукою, робимо галявинку, потім теж саме лівою рукою, далі двома руками одночасно – розрівняти, тобто зробити галявинку. Наступний крок – двома руками дитина накладає пісок у форми; слід порахувати, скільки всього отримали фігур. Попросіть дитину накласти фігуру на фігуру, покласти біля фігури, покласти фігуру з лівої сторони, зробити і покласти фігуру з правої сторони галявини ... і т.д.

2.2. Вправа «Виконання хатніх справ» сприяє соціалізації дитини, що завжди починається з домашнього побуту.

Інструкція для батьків: Підберіть домашню роботу під силу Вашій дитині: прибирання іграшок, пропилососити кімнату, витерти пил, помити підлогу і т.д. Виконуйте цю роботу з дитиною систематично щодня в міру її настрою.

2.3. Вправа «Гра в кубики» спрямована на те, щоб навчити дитину сприймати і виконувати нову

інструкцію, розвиток навиків гри, диференціації зорового сприймання та логічного мислення.

Інструкція для батьків: Викладіть перед дитиною різнокольорові кубики і пограйтесь з нею так, як вона Вам запропонує. Якщо дитина кидає кубики, тоді нехай принесе Вам червоний, жовтий, улюблений...

Коли дитячі емоції вгамуються, запропонуйте:

- 1) збудувати з кубиків пірамідку;
- 2) вибрати і скласти в рядок кубики тільки одного (вибраного за домовленістю) кольору;
- 3) покласти два жовтих з правої сторони, один зелений з лівої сторони (комбінації можете придумувати на власний розсуд).

2.4. Хвилинка релаксації.

Інструкція для батьків: За потреби дайте дитині тихенько відпочити на дивані або проведіть 1–2 логоритмічних вправи під музичний супровід.

2.5. Вправа «Улюблена книжка» сприяє розвитку слухової уваги, співвідношенню слухової інформації із зображенням на малюнку, розвитку емоційності дитини.

Інструкція для батьків: Запропонуйте дитині вибрати книжку. Дайте можливість дитині погортати (якщо починає рвати сторінки, не дозволяйте), розглянути малюнки самостійно, Ви тільки спостерігаєте за діями. (Якщо дитина більше не хоче працювати з книгою, відкладіть в сторону і переключіть на те, що їй подобається. Наступного дня повторіть заняття з книгою. І так потроху, але щодня). Якщо дитина йде з Вами на контакт, запропонуйте послухати казку, історію; потім попросіть дитину переказати, що вона запам'ятала, показати на малюнку певних персонажів.

3. Завершення заняття:

Інструкція для батьків: Слід обійняти дитину та похвалити її, сказавши приблизно наступне: «Наше заняття завершено, ти молодець! Старайся і надалі. Ти вільний, можеш відпочивати (гратись своїми іграшками тощо)».

Медико-психологічні рекомендації для батьків:

- слід проводити заняття в першій половині дня;
- якщо дитина виявляє протест, зупиніть процес навчання і переключіть на інший вид діяльності (гра, відпочинок, поїсти);
- коли дитина справилась із завданням, похваліть, продемонструйте свої позитивні емоції;
- ви для дитини «новий педагог», до якого вона звикає. Не наполягайте, щоб усі запропоновані завдання були виконані одразу або за один день. Якщо дитині важко, розподіліть по 1–2 завдання в день.

Пам'ятайте! Ваш емоційний стан, настрої діти дуже відчувають і сприймають. Якщо маєте поганий настрій, розкажіть про це дитині прямо, коротко поясніть причину. Налаштуйте спочатку на ро-

боту себе! Якщо Ви в змозі виконати 1–2 завдання в день – це теж досягнення. Головне – це дозування навантаження і систематичність!!! Успіхів!!!

Урок № 2

1. Психологічно-організаційна частина заняття.

Інструкція для батьків:

1.1. Підготуйте кімнату, в якій ви будете проводити заняття:

– щоб дитина не відволікалася, попросіть інших членів сім'ї не заходити до кімнати, поки триває навчання;

– усі малюнки, олівці, книжки, зошити що потрібно буде на занятті, підготуйте заздалегідь та сховайте від очей дитини, поки вони вам не потрібні (під стіл, в спеціальну коробку і т.д.).

1.2. Заспокойте дитину і налаштуйте на подальшу роботу:

Посадіть дитину на стілець перед собою, погладьте її руки, ноги. Коротко поясніть, що зараз у вас буде заняття, ви трішки попрацюєте. Якщо вдома є маленький масажний м'ячик Су Джок, помасажуйте руки дитини; в процесі масажу опишіть колір і форму м'ячика).

2. Корекційно-розвивальна частина:

2.1. Вправа «Робота з кінетичним піском, пластиліном» спрямована на розвиток взаємодії між двома півкулями головного мозку, розвиток дрібної моторики, засвоєння понять «велике», «мале».

Інструкція для батьків:

Дотримуйтесь наступного принципу: спочатку розминаємо пісок або пластилін правою рукою, далі лівою рукою, потім двома руками водночас. Виберіть формочки для піску – велику та меншу. Зробіть разом із дитиною одну велику пасочку і одну маленьку. Далі дитина сама робить пасочки, а ви контролюєте, допомагаєте дитині, щоб маленькі пасочки були поряд із маленькими, великі поряд із великими.

2.2. Вправа «Гра "Сортувальник"» – спрямована на розвиток зорового сприймання предметів за величиною, тренування швидкості переключення уваги, диференціації за кольором і формою, швидкості рухової активності.

Інструкція для батьків:

Підготуйте із кольорового картону по 10 шт. різних фігур: 10 шт. великих кружечків, 10 шт. маленьких кружечків; 10 шт. великих квадратів, 10 шт. маленьких квадратів). Розміри більшої та меншої фігур створюєте за власним бажанням, головне, щоб дитина візуально могла сприйняти різницю та зрозуміти значення поняття «великий», «маленький».

Хід гри (Інструкція для батьків):

1) Дайте дитині ознайомитися зі створеними Вами фігурами, потримати їх у руках;

2) Візьміть кружечки та розкладіть їх на купки – «великі» та «маленькі». При цьому коментуйте свої дії. Повторіть дане виконання без участі дитини приблизно 5 разів. Коли побачили, що дитина хоч трішки звертає увагу на Ваші дії, запропонуйте їй допомогти Вам. Наприклад: «Великий кружечок покладемо до..?, вірно, до великого. Маленький кружечок покладемо до..? маленького і так далі.

3) Даний етап розпочинаємо із квадратів. Принцип той же, що з кружечками, однак роботу з квадратами краще розпочати на другий чи третій день занять. Темп занять підбирається індивідуально, – все залежить від того, як дитина сприймає уроки, чи з цікавістю виконує завдання, наскільки швидко втомлюється.

4) Найважчий етап: а) сортуєте фігури разом із дитиною за формою; б) сортуєте фігури за формою і кольором; в) усі фігури на столі перед дитиною перемішані, Ви викладаєте лише по одній фігурі (за кольором чи формою, щоб дитина точно знала що і куди покласти) і просите дитину виконати дане сортування.

2.3. Вправа «Гра в кубики» (продовження) спрямована на те, щоб навчити дитину сприймати і виконувати нову інструкцію, розвиток навиків гри, диференціації зорового сприймання та логічного мислення.

Інструкція для батьків:

Викладіть перед дитиною різнокольорові кубики і пограйтесь із нею так, як вона Вам запропонує. Якщо дитина кидає кубики, тоді нехай принесе Вам червоний, жовтий, улюблений...

Коли дитячі емоції вгамуються, запропонуйте:

- а) збудувати з кубиків пірамідку;
- б) вибрати і скласти в рядок кубики тільки одного (вибраного за домовленістю) кольору;
- в) покласти два жовтих кубики з правої сторони, один зелений з лівої сторони (комбінації кольорів можете придумувати на власний розсуд).

2.4. Хвилинка релаксації (Інструкція для батьків):

За потреби дайте дитині тихенько відпочити на дивані або проведіть 1–2 логорифмічні вправи під музичний супровід.

2.5. Вправа «Улюблена книжка» (продовження) спрямована на розвиток слухової уваги, співвідношення слухової інформації із зображенням на малюнку, розвиток емоційності дитини.

Інструкція для батьків:

Запропонуйте дитині вибрати книжку. Дайте можливість дитині погортати (якщо починає рвати сторінки, не дозволяйте), розглянути малюнки самостійно, ви тільки спостерігаєте за діями. (Якщо дитина більше не хоче працювати з книгою, відкладіть в сторону і переключіть на те, що

їй подобається. Наступного дня повторіть заняття із книгою. І так потроху щодня). Якщо дитина йде з Вами на контакт, запропонуйте послухати казку, історію, переказати що запам'ятала, показати на малюнку певних персонажів.

2.6. Гра «Що в коробці» спрямована на розвиток зорової пам'яті, концентрації уваги та її переключення.

Інструкція для батьків:

Підготуйте коробку із знайомими для дитини іграшками, предметами (не більше 10-ти). Продемонструйте 3 іграшки 2–3 рази. Попросіть дитину розповісти, які іграшки вона запам'ятала (для початку можна без послідовності). Якщо дитина не в змозі відповідати, викладіть перед дитиною ці три іграшки і ще одну додайте. Попросіть показати, які саме іграшки щойно були витягнуті із коробки.

Далі кількість іграшок для демонстрації поступово збільшуєте, додаєте щоразу по 1–2. Можливо, дитина буде краще запам'ятовувати іграшки, якщо між ними буде певна асоціація (наприклад: кораблик, човен, якір).

3. Завершення заняття:

Інструкція для батьків: Слід обійняти дитину та похвалити її, сказавши приблизно наступне: «Наше заняття завершено, ти молодець! Старайся і надалі. Ти вільний, можеш відпочивати (гратись своїми іграшками і т.п.)».

Медико-психологічні рекомендації для батьків:

- слід проводити заняття в першій половині дня;
- якщо дитина виявляє протест, зупиніть процес навчання і переключіть на інший вид діяльності (гра, відпочинок, поїсти);
- коли дитина справилась із завданням, похваліть, продемонструйте свої позитивні емоції;
- дайте собі відповідь на запитання: «Чи сприймає дитина Вас як педагога, чи Ви для неї тільки люблячі батьки, з якими вона грається і поводить себе спокійно?». Нехай відповідь на це запитання додасть Вам внутрішнього спокою і впевненості в подальшому процесі навчання;
- не наполягайте, щоб усі запропоновані завдання були виконані одразу, або за один день. Якщо дитині важко, розподіліть по 1–2 завдання щодня;
- завжди спонукайте дитину до гри і всі запропоновані завдання проводьте в ігровій формі.

Урок № 3

1. Психологічно-організаційна частина заняття.

Інструкція для батьків:

1.1. Підготуйте кімнату, в якій ви будете проводити заняття:

- щоб дитина не відволікалася, попросіть інших членів сім'ї не заходити до кімнати, поки триває навчання;

– усі малюнки, олівці, книжки, зошити ... що потрібно буде на занятті, підготуйте заздалегідь та сховайте від очей дитини, поки вони вам не потрібні (під стіл, в спеціальну коробку і т.д.).

1.2. Заспокойте дитину і налаштуйте на подальшу роботу:

Посадіть дитину на стілець перед собою, погладьте її руки, ноги. Коротко поясніть, що зараз у вас буде заняття, ви трішки попрацюєте. Якщо вдома є маленький масажний м'ячик Су Джок, помасажуйте руки дитини; в процесі масажу опишіть колір і форму м'ячика).

2. Корекційно-розвивальна частина – розвиток концентрації уваги, переключення та стійкості уваги. Розвиток слухової уваги, самоконтролю.

1) Вправа «Гра з м'ячем “Істівне – не істівне”». Кількість учасників гри: два і більше.

Дорослий пояснює правила гри: «Коли я кидаю м'яча і називаю істівне, ти ловиш. Якщо я кидаю м'яча і називаю не істівне – ти м'яч відштовхуєш, не ловиш». Потім дорослий міняється ролями з дитиною.

2) Вправа «Гра “Кольорові олівці”». На столі перед дитиною кладуть три кольорових олівці – синій, зелений, жовтий. Дорослий називає слова, які можуть відповідати тому чи іншому кольору, а дитина повинна швидко взяти в руку потрібний олівець і піднести його догори. Слова до кольорів готуються завчасно. Поступово кількість кольорових олівців збільшують (і слів до них). Приклади: синій – небо, футболка, машина; жовтий – сонце, курча, квіти; зелений – трава, листочки, олівець, посуд... (Гру можна ускладнити, щоб дитина сама називала предмети відповідно до кольорів).

3) Вправа «Гра “Дзеркало”». Дорослий показує різні рухи, вправи, а дитина має в точності відтворити за дорослим, не помилившись.

4) Вправа «Гра “Уважно слухай”». Дорослий роз'яснює дитині, що вона має повторювати за ним рухи, які чує, а не бачить. Наприклад: дорослий підносить ліву руку, а дитині каже нахилити голову вправо. В такому разі дитина повинна нахилити голову вправо, а руку піднімати не потрібно. Тобто дорослий робить одне, а говорить зовсім інше. Завдання ж дитини виконати те, що каже дорослий, а не те, що він робить.

3. Завершення заняття:

Інструкція для батьків: Слід обійняти дитину та похвалити її, сказавши приблизно наступне: «Наше заняття завершено, ти молодець! Старайся і надалі. Ти вільний, можеш відпочивати (гратись своїми іграшками і т.п.)».

Урок № 4

1. Психологічно-організаційна частина заняття.

Інструкція для батьків:

1.1. Підготуйте кімнату, в якій ви будете проводити заняття:

– щоб дитина не відволікалася, попросіть інших членів сім'ї не заходити до кімнати, поки триває навчання;

– усі малюнки, олівці, книжки, зошити ... що потрібно буде на занятті, підготуйте заздалегідь та сховайте від очей дитини, поки вони вам не потрібні (під стіл, в спеціальну коробку тощо).

1.2. Заспокойте дитину і налаштуйте на подальшу роботу:

Посадіть дитину на стілець перед собою, погладьте її руки, ноги. Коротко поясніть, що зараз у вас буде заняття, ви трішки попрацюєте. Якщо вдома є маленький масажний м'ячик Су Джок, помасажуйте руки дитини; в процесі масажу опишіть колір і форму м'ячика).

2. Корекційно-розвивальна частина:

2.1. Вправа «Робота з ножицями» спрямована на розвиток взаємодії між двома півкулями головного мозку, дрібної моторики, логічного мислення, зорової пам'яті.

Інструкція для батьків:

На кольоровому папері (5–7 кольорів) намалюйте широкі полоси (приблизно по 10 см кожна). Попросіть дитину вирізати їх акуратно по лініях. Якщо дитина виконала це завдання, намалюйте круги (діаметром 10–15 см), запропонуйте дитині їх теж вирізати. Тепер намалюйте вузькі полоси і дайте дитині їх вирізати. (Якщо процес вирізання набрид дитині або втомив, зупиніться. Інше вирізання продовжите на наступний день).

Наступним кроком буде «будівництво». Із вирізаних смужок і кружечків складіть певну фігуру, будинок, сонечко, ялинку, гілочку з ягідками тощо і попросіть дитину скласти теж саме за зразком. Якщо завдання виконано, ускладнюємо. Складіть фігуру, попросіть дитину уважно роздивитись і запам'ятати, далі зразок забираєте і дитина по пам'яті складає. Коли дитина засвоїть цей етап, переходьте до наступного – складаєте дві фігури, дитина запам'ятовує, прибираєте зразок і дитина сама має відтворити уже дві фігури і так далі.

2.2. Вправа «Гра зі словами, протилежними за значенням» спрямована на розвиток самоконтролю в діях, слухової уваги, логічного мислення.

Інструкція для батьків:

Поясніть дитині, що таке протилежне значення: покладіть велику тарілку, а біля неї маленьку; чорні шкарпетки, а поруч них білі ... Коли ви бачите, що дитина зрозуміла інструкцію, переходьте до наступного завдання. Дитина має підібрати до пари слова з протилежним значенням:

– Багатий – бідний

– Чорний –

- Високий
- Зима -
- Грубий -
- Сумний -
- Легкий -
- М'який -
- Радість -
- Здоровий -
- Світло -
- Кричати -
- Повний -

2.3. Вправа «Робота перед дзеркалом» спрямована на розвиток власних сенсорних відчуттів дитини, усвідомлення нею понять «Я», «Ти», «Ми».

Інструкція для батьків:

Попросіть дитину стати перед дзеркалом і виконати наступні інструкції:

- погладь себе по голові, по руках, по ногах, закрий одне око, два ока;
- як гусочка пощипай себе пальцями по руках, за носик, за вушка;
- тепер поклади долоню собі на груди і скажи: «Це Я», назви своє ім'я, покажи пальцем на мене і скажи: «Ти мама», і т.д.

Поясніть дитині, що «Я» і «Ти» разом буде «Ми» («Ми» стоїмо перед дзеркалом, «Ми» займаємось, «Ми» в кімнаті).

Перевірте, як дитина засвоїла знання, запропонували їй виконати наступні завдання:

- покажи, де «Ти»; скажи, хто ти?
- а хто «Я»?
- якщо мама і дитина разом перебувають у кімнаті, то можна сказати: «... перебуваємо у кімнаті» і т.д.

2.4. Вправа «Гра "Ознаки"» спрямована на розвиток слухової уваги, логічного та абстрактного мислення.

Інструкція для батьків:

Ви називаєте ознаки, дитина каже, до якої пори року вони відносяться. Наприклад:

- сонце, пісок, ягоди, фрукти, шорти, панамка - це буває влітку;
- сніг, холодний вітер, рукавиці, сніговик - це буває ...
- падає листя, дощ, зонтик, сонце світить, а не гріє, урожай - це буває...
- сонечко пригріває, підсніжник, свято матері, зелені бруньки на деревах - це буває ...

Наступний етап - ознаки домашніх предметів:

- чотири ніжки, м'яке сидіння, на ньому можна сидіти - це...
- металева, має форму гачка, на неї вішають одяг - це...
- великий, квадратний, показує мультики, новини - це... і т.д.

2.5. Вправа «Коректурна проба-малюнок» спрямована на розвиток стійкості, концентрації та переключення уваги. Запропонуйте дитині розмалювати малюнок (рис. 1) відповідними кольорами. Процес розмальовування поділіть на 3-4 рази. Малюнок не простий, тому слідкуйте, щоб у дитини не виникло перевтоми, реакцій протесту.

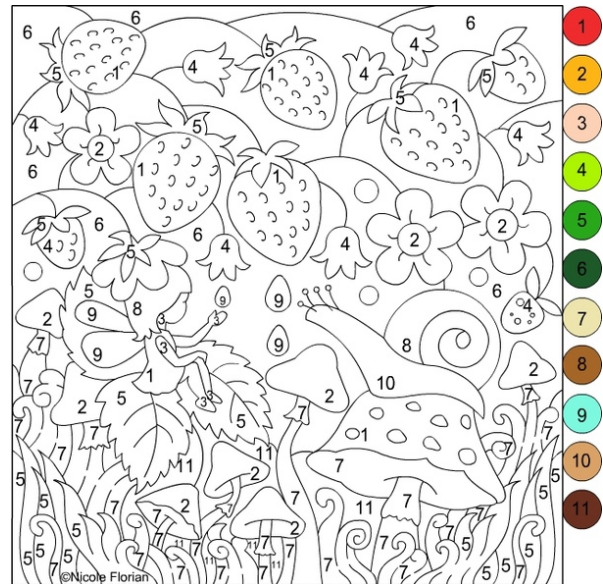


Рис. 1. Зразок стимульного матеріалу до вправи «Коректурна проба-малюнок»

2.6. Хвилинка релаксації:

За потребою дайте дитині тихенько відпочити на дивані 5-10 хв. або проведіть 1-2 логоритмічних вправ під музичний супровід.

2.7. Вправа «Гра "Так" чи "Ні"» спрямована на розвиток процесів мисленнєвих операцій: аналіз, синтез; розвиток логічного і абстрактного мислення; розвиток позитивних емоцій, почуття гумору.

Інструкція для батьків:

Роздрукуйте стимульний матеріал (картинки із різними зображеннями: пори року, тварини, їжа тощо). По черзі викладайте картинку перед дитиною, дайте їй уважно роздивитись зображення і по черзі задавайте подані запитання до кожного малюнку. Запитайте, чи є щось смішне в цих запитаннях. Прослідкуйте за адекватністю прояву емоцій.

3. Завершення заняття:

Інструкція для батьків: Слід обійняти дитину та похвалити її, сказавши приблизно наступне: «Наше заняття завершено, ти молодець! Старайся і надалі. Ти вільний, можеш відпочивати (гратись своїми іграшками і т.п.)».

Батьки повинні коротко зафіксувати письмово та сфотографувати результати виконання дитиною вправ по кожному уроку та відправити вчителю

для того, щоб він міг проконтролювати розвиток знань, умінь і навичок дитини та розробляти для неї наступні корекційно-розвивальні заняття.

Діти з вадами розумового розвитку зазвичай не сприймають вчителя, якого бачать на екрані комп'ютера, не виконують його завдань, - в такому разі вчитель працює з дитиною опосередковано, за допомогою батьків, супроводжуючи та контролюючи навчально-розвивальний процес. Впровадження даної програми в процес онлайн-занять учнів 1 класу СЗОШ «Надія» м. Києва довело її ефективність за умови активної участі батьків у навчальному процесі.

Обговорення отриманих результатів. Розвиток онлайн-освіти розпочався давно, але відбувався досить повільно. Ситуація ж пандемії спричинила раптовий і загальний перехід на дистанційне навчання, що поставило перед освітянами ряд складних проблем і завдань по їх вирішенню. Попри те, що онлайн-навчання має ряд позитивних аспектів, таких як можливість доступу до віддалених ресурсів, навчання в зручний час тощо, воно потребує здатності до самостійної роботи та певного рівня абстрагування, що в початковій школі забезпечити складно через вікові психофізичні особливості дітей молодшого шкільного віку. Якщо ж мова йде про дітей із особливими освітніми потребами, то їм притаманне конкретне стереотипне мислення, дотримання певних правил і однозначність понять. Тому для таких дітей школа – це відповідне приміщення, вчитель – реальна людина, яка навчає. Зображення на екрані комп'ютера такі діти не ідентифікують як справжнього вчителя, та й до самого комп'ютера ставляться як до предмету, призначеного для розваги, а не для навчання. Наші спостереження свідчать про те, що навіть фотокартка вчителя ідентифікується з ним більше, ніж той же самий вчитель онлайн в режимі реального часу. Тому для забезпечення ефективності навчального процесу учнів із особливими освітніми потребами в умовах дистанційного навчання слід залучати батьків, які в такому разі відіграють роль учителя. Звичайно, усвідомити нову роль батьків дітям із вадами розумового розвитку досить важко, але все-таки це вбачається достатньо дієвим способом створення навчальної ситуації в домашніх умовах. Такий підхід потребує від учителя розробки методологічного апарату проведення уроків, покро-

кових інструкцій для батьків дітей із особливими освітніми потребами, що є інноваційним вирішенням проблеми, бо раніше, до карантинних обмежень, подібну форму організації навчання було навіть неможливо уявити. Завдяки творчому підходу вчителів щодо забезпечення якості дистанційного навчання дітей із особливими освітніми потребами, в закладах освіти завдяки онлайн-платформам отримала новий поштовх інклюзивна освіта. Тобто, при збільшенні обмежень було віднайдено нові можливості, розроблено інноваційні форми роботи з учнями, що дозволило втримати якість навчання дітей із особливими освітніми потребами на належному рівні. Представлені в даній статті розробки уроків для учнів першого класу СЗОШ «Надія» сприяли адаптації першачків до нових умов навчання. Ігровий формат занять дозволяв подолати втому, зняти напругу. Співпраця вчителя і батьків виявилася дієвим тандемом забезпечення успішності навчального процесу.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Діти з вадами розумового розвитку зазвичай не сприймають вчителя, якого бачать на екрані комп'ютера, не виконують його завдань, - в такому разі вчитель працює з дитиною опосередковано, за допомогою батьків, супроводжуючи та контролюючи навчально-розвивальний процес. Впровадження розробленої нами корекційно-розвиваючої програми в процес онлайн-занять учнів 1 класу СЗОШ «Надія» м. Києва довело її ефективність за умови активної участі батьків у навчальному процесі

Звичайно, усвідомити нову роль батьків дітям із вадами розумового розвитку досить важко, але все-таки це вбачається достатньо дієвим способом створення навчальної ситуації в домашніх умовах. Такий підхід потребує від учителя розробки методологічного апарату проведення уроків, покрокових інструкцій для батьків дітей із особливими освітніми потребами, що є інноваційним вирішенням проблеми, а співпраця вчителя і батьків є дієвим тандемом забезпечення успішності навчального процесу.

Перспективним напрямком подальших досліджень вбачається апробація та впровадження розроблених уроків для дистанційного навчання першокласників із особливими освітніми потребами в інших спеціальних навчальних закладах України.

Список використаних джерел:

1. Коваленко В., Колісник О. Організація дистанційного навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах довготривалого карантину. *Педагогічні науки*. 2020. №4(80). URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-4-80-121>
2. Ващенко М.І., Найдовська Ж.М. Створення здоров'язберігаючого освітнього середовища як фактору гармонійного розвитку дітей. *Педагогіка здоров'я: Збірник наукових праць*. 2017. Т. 1, С. 115–119.
3. Гозак С.В., Станкевич Т.В., Єлізарова О.Т., Парац А.М. Гігієнічні аспекти організації дистанційного навчання школярів в умовах першого локдауну під час пандемії COVID-19 в Україні. *Актуальні проблеми громадського здоров'я: Матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції «Освіта і здоров'я» (15-16 квітня 2021 р., Суми)*. 2021. Т. 1(5), С. 17–21.

4. Воротникова І.П., Чайковська Н.В. Дистанційне навчання: виклики, результати та перспективи. *Порадник з досвіду роботи освітян міста Києва : навч.-метод. посіб.* Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2020. 456 с.
5. Соломаха К.В., Гаркавий С.І. Проблеми та перспективи дистанційної освіти в Україні. *Довкілля і здоров'я*. 2020. № 3(96), С. 60–64. DOI:10.32402/dovkil2020.03.060
6. Тохтамиш Т.О., Лісняк А.А. Дистанційна освіта і цифрове суспільство в умовах карантину. *Проблеми та перспективи розвитку системи вищої освіти в Україні: Матеріали Всеукраїнської науково-методичної інтернет-конференції 15 жовтня 2020 р.* Харків : ХНУБА, 2020. С. 48–50.
7. Шептуха О.М. Розвиток онлайн-освіти в умовах пандемії COVID-19. *Проблеми та перспективи розвитку системи вищої освіти в Україні: Матеріали Всеукраїнської науково-методичної інтернет-конференції 15 жовтня 2020 р.* Харків : ХНУБА, 2020. С. 51–53 с.
8. Abbey R. Masonbrink & Emily Hurley Advocating for Children During the Covid-19 School Closures. *Pediatrics Perspectives*. 2020. Vol. 146(3): e20201440.
9. Basilaia, Giorgi; Kvavadze, David Transition to Online Education in Schools during a SARS-CoV-2 Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Georgia. *ERIC*. 2020. EJ1263561, P.9, ISSN: EISSN-2468-4929
10. Bhamani, S., Makhdoom, A.Z., Bharuchi, V., et al. Home Learning in Times of COVID: Experiences of Parents. *Journal of Education and Educational Development*. 2020. Vol. 7(1), pp. 9–26.
11. Chen, Tingui, Lijuan Peng, Xiaohua Yin, et al. "Analysis of User Satisfaction with Online Education Platforms in China during the COVID-19 Pandemic" *Healthcare*. 2020. Vol. 8. Issue 3. P. 200. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8030200>
12. Hirokazu Yoshikawa, Alice J. Wuermli, Pia Rebello Britto, et al. Effects of the Global Coronavirus Disease-2019 Pandemic on Early Childhood Development: Short- and Long- Term Risks and Mitigating Program and Policy Actions. *The Journal of Pediatrics*. 2020. Vol. 223, pp. 188–223. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.020>.
13. Imran, N., Aamer, I., Sharif, M. I., et al. Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(5), 2020. 1106–1116. DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>.
14. Li Duan, Xiaojun Shao, Yuan Wang, et al., An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*. 2020. Volume 275. pp. 112–118. ISSN 0165-0327. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>.
15. Paul H. Lipkin & Michelle M. Macias, Kenneth W. Norwood, et al., Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening, *Pediatrics*. 2020. Vol. 145. Issue 1. e20193449. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>.
16. Picciano, Antan Integrated Modelhony g. (2017), Theories and Frameworks for Online Education: Seeking an Integrated Model. *Online Learning*. Vol. 21. Issue 3. pp. 166–190.
17. Preventive Medicine. Vol. 143. 106349. ISSN 0091-7435. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.106349>.
18. Robyn A. Cree, Rebecca H. Bitsko, Lara R. Robinson, et al. Health Care, Family, and Community Factors Associated with Mental, Behavioral, and Developmental Disorders and Poverty Among Children Aged 2-8 Years – United States, 2016. *MMWR*. 2018. Vol. 67(50), pp. 1377–1383.
19. Rubén López-Bueno, Guillermo F. López-Sánchez, José A. Casajús, Jet al. (2021). Potential health-related behaviors for pre-school and school-aged children during COVID-19 lockdown: A narrative review.
20. Sege RD, Siegel BS; Council on Child Abuse and Neglect; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*. 2018. Vol. 142(6). e20183112.
21. Scherban T.D., Hoblyk V.V. Distance (online) education in the conditions of extreme situation (on the example of self-isolation: March – May 2020): scientific publication. Mukachevo: ED MSU, 2020. 160 p.
22. Shweta Singh, Deblina Roy, Kritika Sinha, et al., (2020), Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*. Volume 293. 113429. ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>.
23. Zhang, Wunong, Yuxin Wang, Lili Yang, and Chuanyi Wang "Suspending Classes Without Stopping Learning: China's Education Emergency Management Policy in the COVID-19 Outbreak" *Journal of Risk and Financial Management*. 2020, 13, no. 3: 55. DOI: <https://doi.org/10.3390/jrfm13030055>.

References:

1. Viktoriya Kovalenko, Olena Kolisnyk (2020) b Organization of distance learning for children with special educational needs in conditions of long-term quarantine, *Pedagogical Sciences*. № 4. (80). DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-4-80-121>.
2. Vashchenko M.I., Naidovskaya J.M. (2017). Creating a healthy educational environment as a factor in the harmonious development of children. *Pedagogy of health: Collection of scientific papers*. Vol. 1. pp. 115–119.
3. Gozak S.V., Stankevich T.V., Elizarova O.T., Parats A.M. (2021). Hygienic aspects of the organization of distance learning of schoolchildren in the conditions of the first lockdown during the COVID-19 pandemic in Ukraine, Actual problems of public health: Proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference "Education and Health" (April 15–16, 2021, Sumy). Vol. 1 (5), pp. 17–21.
4. Vorotnikov I.P., Tchaikovsky N.V. (2020). Distance Learning: Challenges, Outcomes and Prospects. Adviser. From the experience of educators of the city of Kiev: teaching method. manual, Kyiv. Univ. B. Hrinchenko, 456 p.
5. Solomakha K.V., Garkavy S.I. (2020). Problems and prospects of distance education in Ukraine. *Environment and Health*. № 3 (96), P. 60–64. doi.:10.32402/dovkil2020.03.060.
6. Tokhtamysh T.O., Lisnyak A.A. (2020), Distance education and digital society in quarantine, Problems and prospects of higher education in Ukraine: Proceedings of the All-Ukrainian scientific-methodical Internet conference on October 15, 2020, Kharkiv: KNUBA, pp. 48–50.

7. Sheptukha O.M. (2020), Development of online education in the context of the COVID-19 pandemic, Problems and prospects for the development of higher education in Ukraine: Proceedings of the All-Ukrainian scientific and methodological Internet conference October 15, 2020, Kharkiv: KhNUBA, S. 51-53 p.
8. Abbey R. Masonbrink & Emily Hurley (2020), Advocating for Children During the Covid-19 School Closures. *Pediatrics Perspectives*. Vol. 146(3): e20201440.
9. Basilaia, Giorgi; Kvavadze, David (2020), Transition to Online Education in Schools during a SARS-CoV-2 Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Georgia, *ERIC*, EJ1263561, P.9, ISSN: EISSN-2468-4929.
10. Bhamani, S., Makhdoom, A. Z., Bharuchi, V., et al., (2020). Home Learning in Times of COVID: Experiences of Parents. *Journal of Education and Educational Development*, Vol. 7(1), pp. 9–26.
11. Chen, Tinggui, Lijuan Peng, Xiaohua Yin, et al., (2020), "Analysis of User Satisfaction with Online Education Platforms in China during the COVID-19 Pandemic". *Healthcare*, Vol. 8, Issue 3. P. 200. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8030200>
12. Hirokazu Yoshikawa, Alice J. Wuermli, Pia Rebello Britto, et al. (2020), Effects of the Global Coronavirus Disease-2019 Pandemic on Early Childhood Development: Short- and Long- Term Risks and Mitigating Program and Policy Actions. *The Journal of Pediatrics*. Vol. 223, pp. 188–123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.020>
13. Imran, N., Aamer, I., Sharif, M. I., et al., (2020). Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(5), 1106–1116. DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>.
14. Li Duan, Xiaojun Shao, Yuan Wang, et al., (2020), An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19, *Journal of Affective Disorders*, Volume 275, pp. 112-118, ISSN 0165-0327. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>.
15. Paul H. Lipkin & Michelle M. Macias, Kenneth W. Norwood, et al. (2020). Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening, *Pediatrics*. Vol. 145, Issue 1, e20193449, DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>.
16. Picciano, Antan Integrated Modelhony G. (2017), Theories and Frameworks for Online Education: Seeking an Integrated Model, *Online Learning*, Vol. 21, Issue 3, pp. 166–190.
17. Preventive Medicine, Vol. 143, 106349, ISSN 0091-7435, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106349>.
18. Robyn A. Cree, Rebecca H. Bitsko, Lara R. Robinson, et al. (2018), Health Care, Family, and Community Factors Associated with Mental, Behavioral, and Developmental Disorders and Poverty Among Children Aged 2-8 Years – United States. 2016. *MMWR*. Vol. 67(50), pp. 1377–1383.
19. Rubén López-Bueno, Guillermo F. López-Sánchez, José A. Casajús, et al., (2021), Potential health-related behaviors for pre-school and school-aged children during COVID-19 lockdown: A narrative review.
20. Sege R.D., Siegel B.S. Council on Child Abuse and Neglect; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2018), Effective Discipline to, Raise Healthy Children. *Pediatrics*. Vol. 142(6), e20183112.
21. Scherban TD, Hoblyk VV (2020), Distance (online) education in the conditions of extreme situation (on the example of self-isolation: March – May 2020): scientific publication. Mukachevo: ED MSU, 160 p.
22. Shweta Singh, Deblina Roy, Krittika Sinha, et al., (2020), Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations, *Psychiatry Research*, Volume 293, 113429, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>.
23. Zhang, Wunong, Yuxin Wang, Lili Yang, & Chuanyi Wang (2020), "Suspending Classes Without Stopping Learning: China's Education Emergency Management Policy in the COVID-19 Outbreak" *Journal of Risk and Financial Management* 13, no. 3: 55. <https://doi.org/10.3390/jrfm13030055>.

УДК 159.9.01:316.37

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-8>

Наталія ПАВЛИК

доктор психологічних наук, старший науковий співробітник, старший науковий співробітник відділу психології праці, Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих ім. Івана Зязюна НАПН України, вул. М. Берлінського, 9, м. Київ, Україна, індекс 04060 (kirilitsa07@rambler.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5828-606X>

Natalia PAVLYK

Doctor of Psychology, Senior Researcher, Senior Researcher, Department of Occupational Psychology, Institute of Pedagogical Education and Adult Education. Ivan Zyazyun NAPS of Ukraine, street M. Berlinskoho, 9, Kyiv, Ukraine, index 04060 (kirilitsa07@rambler.ru)

Бібліографічний опис статті: Павлик Н. Психодіагностичний інструментарій вивчення гармонійності психологічного здоров'я особистості. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 63–75. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-8>

Bibliographic description of the article: Pavlyk, N. (2021) Psykhodiagnostychnyi instrumentarii vyvchennia harmoniinoosti psykhologichnoho zdorov'ia osobystosti [The psychodiagnostic methods for studying the harmony of the psychological health of a personality]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 63–75. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-8>

**ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ВИВЧЕННЯ
ГАРМОНІЙНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ**

Анотація. Постановка проблеми. Втрата психологічного здоров'я суттєво впливає на якість життя особистості й негативно позначається на ефективності її діяльності. Хронічна втома, роздратованість, емоційна неврівноваженість, депресія, відчуття спустошеності життя, втрата самовладання, агресивність, слабовілля, егоцентризм – усе це є проявами дисгармоній психологічного здоров'я, які постають причинами психологічних проблем наших співвітчизників. Тому нагальною проблемою психологічної науки є розробка методів психодіагностики стану психологічного здоров'я людини й своєчасне виявлення психологічних дисгармоній, які згодом можуть мати психопатологічні наслідки.

Формулювання мети статті. Мета – презентація теоретичної моделі й психодіагностичної методики вивчення стану психологічного здоров'я особистості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психологічне здоров'я є одним зі значимих понять психології. Йому присвячені праці А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкла, Б. Г. Ананьєва, Б. С. Братуся, Ф. Ю. Василюка, І. В. Дубровіної, О. В. Хухлаєвої, В. Є. Пахальян, О. В. Шувалова та інших. Дослідження психологічного здоров'я (його сутності, видів, рівнів, критеріїв норми) триває досі, й сьогодні стає все більш актуальним у зв'язку з тим, що психіка сучасної людини відчуває потужні негативні впливи соціального, природного, побутового, політичного характеру. У зв'язку із цим виникає потреба в проведених спеціальних заходів психодіагностики та гармонізації психологічного здоров'я сучасної людини.

Виклад основного матеріалу. Психологічне здоров'я – складне, багаторівневе утворення. Духовно-смысловий компонент (духовне здоров'я) визначається якістю смыслових ставлень людини; соціально-особистісний компонент (соціально-психологічне здоров'я) зумовлює здатність до соціально-психологічної адаптації; індивідуально-психологічний компонент (психічне здоров'я) залежить від здатності людини до здійснення адекватних способів саморегуляції, розвитку психічних функцій (мислення, уяви, почуттів, волі); психосоматичний компонент (психосоматичне здоров'я) визначається особливостями нейрофізіологічної організації психічної діяльності й фізичним станом людини. Для оцінки рівня сформованості кожного з компонентів було визначено систему дихотомічних критеріїв і розроблено психодіагностичний опитувальник, який дозволяє визначити рівень гармонійності психологічного здоров'я особистості.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Психологічне здоров'я – складне, багаторівневе утворення, що презентує гармонійний тілесно-душевно-соціально-духовний стан особистості, основою якого є баланс між внутрішніми процесами (духовними, соціальними, емоційними, вольовими, інтелектуальними, соматичними). Структура психологічного здоров'я представлена духовно-смысловим, соціально-особистісним, індивідуально-психологічним та психосоматичним компонентами. Презентована інноваційна методика дозволяє визначити рівень гармонійності психологічного здоров'я (низький, нижче за середній, вище за середній, високий). Перспективи подальших досліджень полягають у розробці методів гармонізації психологічного здоров'я особистості.

Ключові слова: психологічне здоров'я, структура психологічного здоров'я, гармонія психологічного здоров'я особистості.

**THE PSYCHODIAGNOSTIC METHODS FOR STUDYING THE HARMONY
OF THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF A PERSONALITY**

Abstract. Formulation of the problem. Loss of mental health significantly affects the quality of life of an individual and negatively affects the effectiveness of its activities. Chronic fatigue, irritability, emotional imbalance, depression, feelings of life

devastation, loss of self-control, aggression, weakness, egocentrism - all these are manifestations of mental health disharmony, which are the causes of psychological problems of our compatriots. Therefore, the urgent problem of psychological science is the development of methods for psychodiagnostics of the state of psychological health and timely detection of psychological disharmonies, which can later have psychopathological consequences.

Formulation of the purpose of the article. The purpose is to present a theoretical model and psychodiagnostic methods for studying the state of psychological health of the individual.

Analysis of recent research and publications. Psychological health is one of the important concepts of psychology. The works of A. Maslow, K. Rogers, V. Frankl, BG Ananiev, BS Bratus, F. Yu. Vasilyuk, IV Dubrovina, OV Khukhlaeva, VE Pakhalyan are devoted to him. , OV Shuvalov and others. The study of psychological health (its essence, types, levels, criteria of the norm) continues to this day, and today is becoming increasingly important due to the fact that the psyche of modern man is experiencing strong negative influences of social, natural, domestic, political nature. In this regard, there is a need for special measures of psychodiagnostics and harmonization of psychological health of modern man.

Presenting main material. Mental health is a complex, multi-level education. The spiritual-semantic component (spiritual health) is determined by the quality of a person's semantic attitudes; socio-personal component (social health) determines the ability to social and psychological adaptation; individual psychological component (mental health) depends on a person's ability to implement adequate methods of self-regulation, the development of mental functions (thinking, imagination, feelings, will); the psychosomatic component (psychosomatic health) is determined by the features of the neurophysiological organization of mental activity and the physical condition of the person. To assess the level of formation of each of the components, a system of dichotomous criteria was determined and a psychodiagnostic questionnaire was developed, which allows to determine the level of harmony of the psychological health of the individual.

Conclusions and prospects for further research. Psychological health is a complex, multilevel education that presents a harmonious physical, mental, social and spiritual state of the individual, based on the balance between internal processes (spiritual, social, emotional, volitional, intellectual, somatic). The structure of psychological health is represented by spiritual-semantic, socio-personal, individual-psychological and psychosomatic components. The presented innovative technique allows to determine the level of harmony of mental health (low, below average, above average, high). Prospects for further research are to develop methods for harmonizing the psychological health of the individual.

Key words: psychological health, structure of psychological health, harmony of psychological health of a personality.

Постановка проблеми. Останніми роками відбулися серйозні зміни в екологічному, економічному житті суспільства, що безперечно відбивається на психологічному кліматі в Україні й на здоров'ї її громадян. Загострення політичної та економічної кризи, коронавірусна пандемія, зростання безробіття, вимушена міграція, закордонне заробітчанство є показниками дисгармонійного існування людини, що зумовлює порушення психологічного здоров'я серед різних верств населення (дітей, молоді, дорослих). Психіка сучасної людини відчуває потужні негативні впливи соціального, природного, політичного характеру, що вимагає спеціальних заходів для охорони психологічного здоров'я. Хронічна втома, емоційна невірноваженість, депресія, роздратованість, невротичність, відчуття спустошеності життя, втрата самовладання, агресивність, слабовілля егоцентризм – усе це є проявами дисгармоній психологічного здоров'я, які постають причинами психологічних проблем наших співвітчизників. Тому нагальною проблемою психологічної науки є розробка методів психодіагностики стану психологічного здоров'я людини й своєчасне виявлення психологічних дисгармоній, які згодом можуть мати психопатологічні наслідки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психологічне здоров'я є одним зі значимих понять психології. Йому присвячені праці А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкла, В.А. Ананьєва, Б.С. Братуся, І.В. Дубровіної, О.В. Хухлаєвої, В.Е. Пахальян, О.В. Шувалова та інших.

У психологію поняття «психологічне здоров'я» вперше було введено І.В. Дубровіною (Dubrovina, 2014) і тривалий час входило в базовий зміст поняття психічного здоров'я як його частина. Однак сучасна наука розмежовує сфери психічного й психологічного здоров'я, адже існує декілька специфічних рівнів життєдіяльності людини: біологічний, психічний, психологічний, соціальний, духовний. І на кожному з цих рівнів здоров'я має специфічні особливості свого прояву. На біологічному рівні здоров'я припускає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив зовнішнього середовища. На психічному рівні здоров'я розглядається як стан душевного благополуччя, що забезпечує регуляцію поведінки людини за рахунок розвитку вищих психічних функцій (емоційних, вольових, інтелектуальних, соціальних), які дозволяють людині адекватно взаємодіяти з людьми, культурою, природою, пізнавати, відчувати й розуміти світ. На психологічному рівні здоров'я пов'язане з особистісним контекстом, у межах якого людина з'являється як психічне ціле. На духовному рівні психологічне здоров'я має відношення до особистості в цілому й тісно пов'язане з вищими проявами людського духу. Ю Бохонкова й В. Пліско, пов'язуючи категорії «якість життя» і «психічне здоров'я особистості», визначають, норму психічного здоров'я як «гармонійний розвиток психіки, відповідний віку людини» (Bohonkova, Plisko, 2017). Kashlyuk, Y. (2017) пропонує двофакторну структуру психологічного здоров'я (по-перше, структурно-процесуальне психологічне здо-

ров'я, і по-друге, психологічне здоров'я та психічне здоров'я), а також визначає три рівні психологічного здоров'я за рівнями системи психологічного функціонування (особистісно-смысловий рівень, рівень індивідуально-психологічного здоров'я, рівень психофізичного здоров'я). В якості критеріїв психологічного здоров'я вона виділяє специфіку особистості, психічні стани і психічні процеси. Побудова моделі психологічного здоров'я (Kashlyuk, 2017) при цьому вміщує аксіологічний та інструментальний компоненти, потреби (мотиваційний компонент), розвиваючий та соціокультурний компоненти. Отже, психічне здоров'я, як гармонійний розвиток психіки, визначає стан емоційного благополуччя людини, її здатність до соціально-психологічної адаптації й реалізації особистісного потенціалу.

Як зазначалося у наших попередніх публікаціях, «ключовим» словом для опису психологічного здоров'я є слово «гармонія», або «баланс» (Pavlyuk, 2020). Це гармонія між підструктурами особистості (духовною, соціальною, інтелектуальною, емоційною, вольовою, тілесною), гармонія між людиною й оточуючими людьми, природою; гармонія між умінням адаптуватися до середовища й умінням адаптувати його у відповідності до своїх потреб. Гармонія – це не статичний стан, а процес. Тому психологічне здоров'я являє собою динамічну сукупність психічних властивостей людини, що забезпечують гармонію між потребами особистості й навколишнього світу (Pavlyuk, 2020). Л.М. Карамушка, Ю.С. Снігур (2020) визначають психологічне здоров'я як «сукупність особистісних характеристик, що є передумовами стресостійкості, соціальної (в тому числі й професійної) адаптації, успішної самореалізації й характеризується прийняттям себе, своїх достоїнств і недоліків, усвідомленням власної унікальності, своїх здібностей і можливостей; добре розвинутою рефлексією, умінням розпізнавати свої емоційні стани, мотиви поведінки, наслідки вчинків, умінням знаходити власні ресурси у важкій ситуації».

Центральною характеристикою психологічно здорової людини можна назвати здатність до саморегуляції, яка забезпечує можливість адекватного пристосування до нових умов. При адаптації до складних ситуацій психологічно здорова людина не тільки розв'язує проблеми, а й використовує їх для власного розвитку. Основна функція психологічного здоров'я – це підтримка активного динамічного балансу між людиною й навколишнім середовищем у ситуаціях, що вимагає мобілізації ресурсів особистості. На думку О.В. Шувалова (Shuvalov, 2009), психологічне здоров'я відбиває суцільно людський вимір. Воно є науковим еквівалентом здоров'я духовного. Вчений ставить пи-

тання про норму й патологію духовного розвитку людини. Визначальними критеріями психологічного здоров'я є спрямованість особистісного розвитку та актуалізація духовних якостей (людяності, совісності, любові тощо) (Shuvalov, 2009).

Відповідно до концепції С.Л. Рубінштейна (Rubinshtejn, 1973), повноцінна сформованість конструктивних особистісних якостей на психофізіологічному, індивідуально-психологічному та соціально-особистісному рівнях визначає відповідні типи психологічного здоров'я: психосоматичне, психічне й психологічне здоров'я. Б. С. Братусь додає до цієї моделі вищий – екзистенційний рівень – рівень життєтворчості, що досягається через здійснення особистісного вибору, знаходження сенсу життя, керування смисловою регуляцією. Він відзначає, що критерієм психологічного здоров'я особистості є її моральна орієнтація, підкреслюючи при цьому, що людина може бути психічно здоровою, але особистісно хворою (Bratus', 1997). С.Д. Максименко зближує категорії психічного, психологічного й духовного здоров'я, розглядаючи їх як шаблі процесу особистісного розвитку (Maksymenko, 2002). Т. Митник визначає такі критерії психологічного здоров'я як: безумовне прийняття, визнання самоцінності кожної людини, адекватне вираження своїх думок, почуттів, конгруентність, відповідальність, оптимізм, врівноваженість, адекватний рівень домагань, впевненість, незалежність, відповідальність; почуття гумору, толерантність, самоповага (Mytnyk, 2017).

Західні автори досліджують проблему духовного благополуччя як складової психологічного здоров'я в її окремих прикладних аспектах. Зокрема, вони вивчають наявність зв'язків між дозвіллям і духовним благополуччям, концептуалізуючи духовного благополуччя та розробляючи інструменти його вимірювання Paul Heintzman (2020).

Lara Dresser (2005) підкреслює необхідність покращення психологічного та емоційного здоров'я як засобу впливу на підвищення рівня навчання студентів.

Одними з актуальних напрямків досліджень психологічного здоров'я в останні роки є вивчення аспектів, пов'язаних із профілактикою ПТСР у військових (Jean L. Otto, Erin H. Beech, Daniel P. Evatt, Bradley E. Belsher, Don E. Workman & Marjorie S. Campbell, 2018) та запобіганням академічного вигорання студентів-медиків (Mariano García-Izquierdo, Maria Isabel Ríos-Risquez, César Carrillo-García & Emiliana de los Ángeles Sabuco-Tebar, 2018). Натомість Yaroshyk M. (2020) розглядає проблему психологічного здоров'я у контексті широкого поширення фізичної, моральної та психологічної кризи серед громадян України, насамперед серед студентської молоді. Однак при цьому вона ототод-

нює психологічне здоров'я не з духовним, а з емоційним здоров'ям, що включає показники настрою, самопочуття, загальної активності і тривожності. А.В. Пасічніченко (2020), наголошуючи, що «збереження психологічного здоров'я є актуальною проблемою сучасності», звертає увагу на зважливість забезпечення психологічного здоров'я педагога як запоруки його успішної професійної діяльності. Відтак психологічне здоров'я – складне, багаторівневе утворення, що зумовлене оптимальним функціонуванням всіх психологічних підструктур особистості. Психологічне здоров'я є підґрунтям особистісної стійкості та психологічного імунітету людини в ситуаціях соціально-економічних, політичних, екологічних тощо криз.

Формулювання мети статті. Мета – презентація теоретичної моделі й психодіагностичної методики вивчення стану психологічного здоров'я особистості. Завдання: визначити сутність поняття «психологічне здоров'я»; виокремити компоненти його структури; визначити критерії психологічного здоров'я; розробити психодіагностичну методику вивчення стану гармонійності психологічного здоров'я особистості та презентувати результати її апробації.

Матеріали та методи дослідження. Методологія дослідження базувалася на цілісному розумінні людини як біопсихосоціальної істоти. Були використані аналітичний, психодіагностичний методи дослідження, а також метод моделювання. З метою апробації авторської методики вивчення стану гармонійності психологічного здоров'я особистості було проведено емпіричне дослідження стану психологічного здоров'я серед випускників педагогічного навчального закладу і працюючих педагогів. У дослідженні брали участь 117 респондентів. Серед них: 68 студентів 4 курсу Кременчуцького педагогічного коледжу імені А.С. Макаренка за спеціальністю «Початкова освіта» денної форми навчання, 25 студентів заочної форми навчання Брянського педагогічного університету імені І. Г. Петровського та 24 педагоги міст Києва та Кременчука. Статистична обробка отриманих результатів проводилася використанням програми STATISTICA 13.3 (розробник – StatSoft.Inc) (Stattech [Online], available at: <https://medstatistic.ru>). Накопичення, коригування, систематизація вихідної інформації та візуалізація отриманих результатів здійснювались у електронних таблицях Microsoft Office Excel 2016.

Обмеження дослідження. Дане дослідження є пілотним, релевантність вибірки респондентів дозволяє з великою долею вірогідності припустити отримання аналогічних результатів при дослідженні інших осіб педагогічної професії в Україні, за умов відповідності за віком і статтю. Однак за інших умов та при дослідженні представників

інших професій результати можуть істотно відрізнятися, що планується перевірити в подальших дослідженнях.

Етичні питання вирішувалися шляхом дотримання в процесі дослідження принципів біоетики, зокрема анонімності, конфіденційності, толерантності та інформованої згоди, а також принципу академічної доброчесності.

Спеціального фінансування на проведення дослідження не виділялося, конфлікту інтересів не спостерігалось.

Виклад основного матеріалу. В наших попередніх публікаціях, спираючись на концепції С.Л. Рубінштейна й Б.С. Братуся, було визначено структуру психологічного здоров'я, яка має наступні компоненти. Духовно-смысловий компонент (духовне здоров'я) визначається якістю смислових ставлень людини; соціально-особистісний компонент (соціальне здоров'я) зумовлює здатність до соціально-психологічної адаптації; індивідуально-психологічний компонент (психічне здоров'я) залежить від здатності людини до здійснення адекватних способів саморегуляції, розвитку психічних функцій (мислення, уяви, почуттів, волі); психофізіологічний компонент (психосоматичне здоров'я) визначається особливостями нейрофізіологічної організації психічної діяльності й фізичним станом людини. Для оцінки сформованості кожного з компонентів психологічного здоров'я було визначено систему дихотомічних критеріїв у відповідності до кожного компоненту і побудовано теоретичну модель вивчення психологічного здоров'я особистості (Табл. 1).

З метою розробки психодіагностичного інструментарію вивчення психологічних показників психологічного здоров'я, у відповідності до кожного з дихотомічних критеріїв було визначено по п'ять запитань і скомпоновано інноваційний опитувальник «Психологічне здоров'я особистості». Зазначена методика містить 16 пар дихотомічних шкал і дозволяє визначати показники прояву конструктивних і деструктивних ознак психологічного здоров'я у відповідності до кожного його компоненту, а також показники гармонійності (повноцінної сформованості) кожного з компонентів і загального показника психологічного здоров'я особистості. Далі презентовано зміст опитувальника й процедуру обробки емпіричних даних.

Досліджуваним надається інструкція: Оцініть за 3-х бальною шкалою ступінь своєї згоди з кожним твердженням: 0 – ЗОВСІМ НЕ ЗГОДЕН, 1 – ЧАСТКОВО ЗГОДЕН (іноді трапляється), 2 – ЦІЛКОВИТО ЗГОДЕН. Намагайтесь якнайрідше використовувати відповідь ЧАСТКОВО ЗГОДЕН.

Текст опитувальника складається зі 160 запитань, наведених нижче. Відповіді заносяться у спеціальний бланк для відповідей, представлений в Табл. 2.

Модель вивчення психологічного здоров'я особистості

Компоненти структури психологічного здоров'я	Дихотомічні критерії гармонійності психологічного здоров'я	
	Критерії гармонійності психологічного здоров'я	Критерії дисгармонійності психологічного здоров'я
Духовно-смысловий	Духовна осмисленість життя	Беззмістовність життя
	Саморефлексія	Неусвідомленість себе
	Відповідальність (внутрішній локус контролю)	Екстернальність (зовнішній локус контролю)
	Творча реалізованість	Творча нереалізованість
Соціально-особистісний	Соціально-психологічна адаптованість	Соціально-психологічна дезадаптованість
	Децентрація	Егоцентризм
	Доброчинність	Агресивність
	Оптимізм	Песимізм (негативізм)
Індивідуально-психологічний	Гнучкість мислення	Ригідність
	Емоційний комфорт	Емоційна лабільність
	Вольовий самоконтроль	Слабовілля
	Стресостійкість	Невротичність
Психосоматичний	Енергійність	Млявість
	Активність	Пасивність
	Піднесений настрій	Депресивність
	Корисні звички (почуття міри й самообмеження як стиль життя, помірність у сні, їжі)	Шкідливі звички (непомірність у їжі, у сні, паління, алкоголь, пристрасть до солодощів)

Текст опитувальника «Психологічне здоров'я особистості»:

- Для мене дуже важливим є пошук і усвідомлення сенсу життя.
- Я насолоджуюсь життям і не прагну до вищих матерій (самопізнання, саморозвитку).
- Я вважаю що обов'язково треба чесно зізнаватися собі у своїх поганих вчинках.
- Якщо тебе не запитують про твій нечесний вчинок, краще взагалі про це не думати й нікому нічого не говорити.
- У конфліктах я частіше відчуваю відповідальність й визнаю свою неправоту.
- Часто в моїх проблемах винуватий не я, а обставини або інші люди, і це мене дратує.
- В мене є власне цікаве хобі, якому я приділяю багато часу.
- В мене немає ні хобі, ні творчої діяльності.
- Перебуваючи в групі людей, я завжди приймаю правила й вимоги, які слід виконувати.
- Перебуваючи серед багатьох людей я часто відчуваю самотність, скутість, й внутрішню несвободу.
- Мені приємно піклуватися про інших людей.
- Я люблю в усьому бути першим.
- Більшість людей – симпатичні й гарні люди.
- Буває що я відчуваю ненависть та неконтрольовану лють до людини.
- Я впевнений, що все, що відбувається, веде до кращого життя.
- Мене нерідко залишає надія на успіх моєї справи.

17. Мене можна назвати гнучкою й поступливою людиною.

- Ні, я – людина непоступлива й вперта.
- Зазвичай я всім задоволений і відчуваю емоційний комфорт.
- Я часто сумую або скаржуся на поганий стан та невдачі.
- Зазвичай я організований у будь-якій справі й все встигаю вчасно.
- Зазвичай я не можу взяти себе в руки, організуватися, вчасно зібратися, тому часто запізнююсь.
- У стресовій ситуації мені зазвичай вдається опанувати себе й гідно вирішити проблему.
- Мені дуже неприємно від несподіваних різких звуків, яскравого світла, сильного шуму.
- Як правило, протягом дня я гарно себе почувую.
- Зазвичай я важко засинаю, а з ранку я млявий і сонливий.
- Я часто активно подорожую і відчуваю від цього задоволення.
- Доволі часто я залишаюсь осторонь суспільного життя.
- Зазвичай у мене гарний, піднесений настрій.
- Навпаки, настрої у мене часто псується: накочує нудьга, зневіра.
- Я завжди дотримуюсь розпорядку дня, часу підйому, регламенту роботи й відпочинку, кількості їжі та якості харчування.
- Я не в змозі перебороти кулінарні спокуси, навіть якщо мені прописана строга дієта.

33. Для мене важливо удосконалювати власний характер.
34. Мені часто не щастить, тому моє життя сіре і не має унікального сенсу.
35. Я люблю займатись аналізом своїх думок, почуттів, вчинків.
36. Зазвичай я не розумію, чому саме я так вчинив.
37. Я точно знаю, що мої невдачі були результатом власних помилок.
38. Мої успіхи залежать не стільки від моїх знань, скільки від настрою начальства.
39. Зазвичай я ніколи не нудьгую, а знаходжу для себе цікаві заняття.
40. Моя робота не викликає у мене захоплення.
41. Я вільно, без страху, можу звернутися із проханням до незнайомих людей.
42. У мене немає бажання розкриватися перед іншими людьми.
43. Коли я комусь допомагаю, то не ображаюся, якщо мені не віддячили увагою.
44. Я не вмю просити прощення, тому не маю в цьому потреби.
45. Я уникаю суперечок, щоб зберегти мирні відносини із друзями.
46. Я гостро реагую і різко відповідаю, коли мені роблять зауваження.
47. Я – природжений оптиміст, і вірю в добро.
48. Я песимістично думаю про майбутнє.
49. Я не зациклююся на проблемах, а завжди шукаю шляхи їх вирішення.
50. Мені докучають неприємні думки, які настирливо лізуть у голову.
51. Зазвичай я – життєрадісна людина, у мене завжди легко на душі.
52. Я часто на когось ображаюсь або злюся.
53. Я завжди вольовим зусиллям долаю лінощі, щоб зробити справу належним чином.
54. Зазвичай мені дуже складно зробити вибір і прийняти важливе рішення, я довго коливаюся.
55. Я спокійно можу тривалий час виконувати кропітку роботу.
56. Я швидко втомлююся від кропіткої роботи, і тоді мене все дратує.
57. Мені завжди добре вдається фізична робота.
58. Нерідко я погано почуваюся, відчуваю фізичну слабкість.
59. Як правило, у мене завжди є бажання кудись йти, бігти, щось робити.
60. Зазвичай складну роботу я відкладаю на потім.
61. Життєві негаразди надовго не засмучують мене.
62. Настрій у мене зазвичай знижений.
63. Я часто стримую себе у споживанні смачної але шкідливої їжі.
64. Я дуже люблю поспати, тому не можу вчасно піднятися вранці й завжди тягну до останньої хвилини.
65. Для мене важливо чітко визначитися щодо власної релігійної позиції.
66. Релігійні питання мене не цікавлять.
67. Я часто замислююся над подіями свого життя, шукаю причинно-наслідкові закономірності.
68. Я просто живу, особо не замислюючись над мотивами власних вчинків.
69. А ні обставини, ні інші люди, тільки я сам є причиною своїх проблем.
70. У своєму житті я зазвичай відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається із мною.
71. Я завжди знаходжу спосіб творчо реалізувати себе.
72. На роботі й вдома я часто нудьгую.
73. У мене завжди є коло людей, які поділяють мої думки та інтереси.
74. Зазвичай я намагаюся триматися осторонь від усіх.
75. Я гостро відчуваю переживання іншої, навіть незнайомої людини.
76. Я завжди засуджую людей, коли вони не праві.
77. Я нікого не вважаю своїм ворогом і доброзичливо ставлюся практично до всіх.
78. Якщо хтось мене скривдить, то одержить від мене сповна й навіть більше.
79. Я завжди сподіваюся на краще.
80. Я часто турбуюсь про можливі невдачі.
81. У складних ситуаціях я часто знаходжу вихід принципово новим способом.
82. Я довго не можу заспокоїтися через неприємності.
83. Зазвичай я спокійний і не відчуваю внутрішнього напруження.
84. Нерідко без причини я турбуюся, як би чого не трапилося.
85. Мені зазвичай вдається управляти своїми думками й почуттями.
86. Нерідко нецікаві розпочаті справи я відкладаю на потім.
87. Коли я лягаю спати, то відразу засинаю, не думаючи про минулі чи майбутні події.
88. Перевтомившись перед сном, я важко засинаю.
89. Зранку я зазвичай свіжий і бадьорий.
90. Я часто відчуваю втому і млявість.
91. Я завжди прагну до активної діяльності й намагаюся зробити все якнайкраще.
92. Зазвичай я тривалий час дивлюся телевизор, зависаю в соц. мережах або граюся на комп'ютері.
93. Більшу частину свого життя я відчуваю себе задоволеним і щасливим.
94. Я часто відчуваю розчарування й почуття самотності.
95. Я звик вставати рано, і мені це подобається.
96. Я регулярно палю, вживаю алкоголь або їм багато солодощів.
97. Я приділяю значний час духовному пошуку, молитві, читанню духовної літератури тощо.
98. У мене немає ні бажання ні навичок до самовдосконалення.
99. Пізнання внутрішнього світу для мене важливіше ніж пізнання зовнішнього.
100. Я зазвичай не помічаю своїх недоліків.

101. Я завжди особисто відповідаю за свої стосунки з людьми.

102. Люди, яких я кривдив, самі винуваті в моєму поганому ставленні до них.

103. Мені подобається нестандартно вирішувати складні завдання.

104. Я не люблю експериментувати.

105. Зазвичай мені вдається мирно домовлятися з людьми.

106. Я часто відчуваю незручність, коли вступаю у розмову з незнайомою людиною.

107. У конфлікті я щиро намагаюся зрозуміти почуття свого опонента.

108. У конфлікті я завжди наполегливо відстоюю свою правоту.

109. Я щиро довіряю людям.

110. Коли я злюся, то мені хочеться кого-небудь ударити або щось розбити.

111. Я задоволений своєю долею.

112. Досить часто я відчуваю незадоволеність життям.

113. Я не тримаю довго образи й швидко пробачаю.

114. Я ретельно стежу за тим, щоб кожна річ була на своєму місці.

115. Я можу свідомо керувати своїми почуттями: позбавлятися страху, гніву, тривоги.

116. Незначний привід може викликати в мене злість, лютю, або навпаки сум і депресію.

117. Коли завдання складне, я буду працювати доки не знайду правильне рішення.

118. Коли мені набридає нецікава робота, я її кидаю й займаюся іншими справами.

119. Мене приваблює робота в екстремальних умовах.

120. Нерідко під час втоми я можу зірватися на близьких людей.

121. Я завжди енергійний, люблю активні види діяльності.

122. Тривала робота мене дуже виснажує, і я довго відновлюю сили.

123. Я досить активна й говірка людина.

124. Переважно я мовчазний і повільний.

125. Вранці я зазвичай встаю в гарному настрої.

126. Нерідко в мене буває такий поганий настрій, що хочеться все кинути й сховатися.

127. Я завжди дотримуюся строгої міри у сні, їжі, обмежуючи себе у солодощах, користуванні інтернетом, просмотрі серіалів та інших задоволеннях.

128. Перебуваючи в інтернеті, в соц. мережах або дивлячись телевізор, я не помічаю часу, і зазвичай витрачаю на це більше чотирьох годин на добу.

129. Я усвідомлюю безсмертну природу своєї душі й прагну до пізнання духовних законів життя.

130. Якщо чесно, мені цікаво обговорювати з іншими недоліки моїх друзів.

131. Я часто спостерігаю за своїми думками, намагаюся керувати власним мисленням та уявою.

132. Час від часу я не помічаю, що підвищую голос при спілкуванні з людьми.

133. Я завжди сам відповідаю за те, що зі мною відбувається.

134. Здійснення моїх бажань залежить переважно від щасливого випадку.

135. Я дуже люблю займатися творчістю.

136. Ні, творчість – це не моє.

137. Я легко адаптуюся в складній ситуації й сходжуся з людьми.

138. Мені складно адаптуватися до інших людей і несподіваних ситуацій.

139. Я впевнений, що варто ризикувати своїм авторитетом, рятуючи іншу людину.

140. Мене дуже дратують будь-які зауваження на мою адресу.

141. В людях більше гарних якостей ніж недоліків.

142. Час від часу мене немов тягне посваритися з ким-небудь.

143. Я завжди вірю у досягнення поставленої мети.

144. Іноді я дуже сумніваюся в собі, а часом мені здається, що я взагалі ні на що не здатний.

145. Я люблю нововведення, мені не складно змінювати свої звички.

146. Я глибоко переживаю образи й прокручую гідну відповідь кривдникові.

147. Я вкрай рідко ображаюся і майже ні на кого не гніваюся.

148. Я не справляюся зі своїми емоціями й влаштовую бурхливі скандали.

149. Зазвичай я здатний перебороти себе і зробити те що треба, а не те, чого хочеться.

150. Мені завжди дуже важко протистояти спокусам.

151. Я одержую задоволення від ризику.

152. Часто я відчуваю тривогу, роздратованість, втому.

153. Я займаюсь спортом або фізичною працею у побуті й зазвичай досить витривалий.

154. Я зовсім не витривалий: за годину роботи я вже стомлений і неухважний.

155. Протягом усього дня я зазвичай активний у роботі, спілкуванні.

156. В мене немає заповітних мрій, сильних бажань і прагнень.

157. Зазвичай я життєрадісний й сповнений надій.

158. Нерідко буває так, що все, що раніше мене хвилювало, раптом стає байдужим.

159. Я взагалі не палю, майже не вживаю алкоголь.

160. Коли я голодний, я починаю швидко їсти й не помічаю як переїдаю.

Таблиця 2

Зразок бланка для відповідей інноваційного опитувальника «Психологічне здоров'я особистості»

1		33		65		97		129		Д/ос. -	
2		34		66		98		130		Б/ж -	
3		35		67		99		131		С/реф. -	
4		36		68		100		132		Н/усв. -	
5		37		69		101		133		Від. -	
6		38		70		102		134		Екс. -	
7		39		71		103		135		Тв/р -	
8		40		72		104		136		Тв/н.-	
9		41		73		105		137		Сп/а. -	
10		42		74		106		138		Сп/д. -	
11		43		75		107		139		Дец. -	
12		44		76		108		140		Ег. -	
13		45		77		109		141		Доб. -	
14		46		78		110		142		Аг. -	
15		47		79		111		143		Опт. -	
16		48		80		112		144		Пес. -	
17		49		81		113		145		Гн/м. -	
18		50		82		114		146		Риг. -	
19		51		83		115		147		Ем/к. -	
20		52		84		116		148		Лаб. -	
21		53		85		117		149		С/к -	
22		54		86		118		150		Слаб. -	
23		55		87		119		151		Стр/ст. -	
24		56		88		120		152		Невр. -	
25		57		89		121		153		Ен. -	
26		58		90		122		154		Мл. -	
27		59		91		123		155		А. -	
28		60		92		124		156		П. -	
29		61		93		125		157		Н. -	
30		62		94		126		158		Деп. -	
31		63		95		127		159		Зд.зв. -	
32		64		96		128		160		Шк.зв. -	
$\Sigma (+) =$				$\Sigma (-) =$				$\Sigma (+) / \Sigma (-)$			

Підрахунок результатів. Після заповнення анкети виконується підрахунок показників по кожній шкалі. Ступінь сформованості кожного показника визначається шляхом підрахування суми загальної кількості балів по кожній шкалі (алгебраїчна сума балів по горизонталі) і записується у правому стовпчику після відповідного позначення кожного показника (Духовна осмисленість життя – «Д/ос.», Беззмістовність життя – «Б/ж» і т.д.). Зверніть увагу, що показники позитивних показників розташовуються у правому стовпчику, а негативних – у лівому (тобто, сумарний бал за показником «Духовна осмисленість життя» записується після «Д/ос.», а за показником «Беззмістовність життя» – після «Б/ж» і так далі у шаховому порядку).

Дихотомічні показники духовно-смыслового компонента:

1. Духовна осмисленість життя (Д/ос.) – запитання 1, 33, 65, 97, 129;
– Беззмістовність життя (Б/ж) – запитання: 2, 34, 66, 98, 130.
2. Саморефлексія (С/реф.) – запитання: 3, 35, 67, 99, 131;
– Неусвідомленість себе (Н/усв.) – запитання: 4, 36, 68, 100, 132.
3. Відповідальність (Від.) – запитання: 5, 37, 69, 101, 133;
– Екстернальність (Екс.) – запитання: 6, 38, 70, 102, 134.
4. Творча реалізованість (Тв/р) – запитання: 7, 39, 71, 103, 135;
– Творча нереалізованість (Тв/н.) – запитання: 8, 40, 72, 104, 136.

Дихотомічні показники соціально-особистісного компонента:

5. Соціально-психологічна адаптованість (Сп/а.) – запитання: 9, 41, 73, 105, 137;
 - Соціально-психологічна дезадаптованість (Сп/д.) – запитання: 10, 42, 74, 106, 138.
 6. Децентрація (Дец.) – запитання: 11, 43, 75, 107, 139;
 - Егоцентризм (Ег.) – запитання: 12, 44, 76, 108, 140.
 7. Доброзичливість (Доб.) – запитання: 13, 45, 77, 109, 141;
 - Агресивність (Аг.) – запитання: 14, 46, 78, 110, 142.
 8. Оптимізм (Опт.) – запитання: 15, 47, 79, 111, 143;
 - Песимізм (негативізм) (Пес.) – запитання: 16, 48, 80, 112, 144.
- Дихотомічні показники індивідуально-психологічного компонента:
9. Гнучкість мислення (Гн/м.) – запитання: 17, 49, 81, 113, 145;
 - Ригідність (Риг.) – запитання: 18, 50, 82, 114, 146;
 10. Емоційний комфорт (Ем/к.) – запитання: 19, 51, 83, 115, 147
 - Емоційна лабільність (Лаб.) – запитання: 20, 52, 84, 116, 148.
 11. Вольовий самоконтроль (С/к) – запитання: 21, 53, 85, 117, 149;
 - Слабоволля (Слаб.) – запитання: 22, 54, 86, 118, 150.
 12. Стресостійкість (Стр/ст.) – запитання: 23, 55, 87, 119, 151;
 - Невротичність (Невр.) – запитання: 24, 56, 88, 120, 152.
- Дихотомічні показники психосоматичного компонента
13. Енергійність (Ен.) – запитання: 25, 57, 89, 121, 153;
 - Млявість (Мл.) – запитання: 26, 58, 90, 122, 154.
 14. Активність (А.) – запитання: 27, 59, 91, 123, 155;
 - Пасивність (П.) – запитання: 28, 60, 92, 124, 156.
 15. Піднесений настрій (Н.) – запитання: 29, 61, 93, 125, 157
 - Депресивність; (Деп.) – запитання: 30, 62, 94, 126, 158.
 16. Корисні звички (Зд.зв.) – запитання: 31, 63, 95, 127, 159;
 - Шкідливі звички (Шк.зв.) – запитання: 32, 64, 96, 128, 160.

Шкала оцінки прояву гармонійних та дисгармонійних показників психологічного здоров'я: **0-3** бали – низький рівень; **4-7** – середній; **8-10** балів – високий.

Рівень гармонійності психологічного здоров'я визначається відношенням прояву його гармонійних та дисгармонійних ознак: $\Sigma (+) / \Sigma (-)$, де $\Sigma (+)$ – сума балів по показниках усіх конструктивних ознак, а $\Sigma (-)$ – сума балів по показниках усіх деструктивних ознак.

Для показника гармонійності психологічного здоров'я, спираючись на статистичні дані нормального розподілу показників, було експериментально визначено **шкалу оцінки**:

0-1 – низький рівень гармонійності визначається домінуванням деструктивних ознак при відсутності конструктивних.

1,1-1,4 – рівень гармонійності нижче від середнього – відрізняється від попереднього тим, що відзначається дифузністю позитивних і негативних ознак (домінують негативні ознаки, але присутні й позитивні).

1,41-1,8 – рівень гармонійності вище від середнього – рівень прояву гармонійних ознак вище, ніж дисгармонійних.

1,81-7 – високий рівень гармонійності, зумовлений домінуванням виключно конструктивних ознак, повноцінною сформованістю усіх компонентів.

У осіб з **низьким** рівнем психологічного здоров'я несформований морально-вольовий самоконтроль, деактуалізований духовний потенціал (вони не усвідомлюють своє життя й не прагнуть до добра, краси, істини, пошуку сенсів); емоційний фон нестабільний і зазвичай знижений (роздратованість, тривожність, депресія), в поведінці проявляються егоцентризм, агресивність, конфліктність, безвідповідальність, слабовілля, прагнення до споживацтва, маніпулювання, що зумовлює їх неспроможність до конструктивної взаємодії та самореалізації. Внаслідок неусвідомленої ригідної впертості вони не здатні до адаптивного входження в соціальне середовище. Самопочуття погане, що зумовлює звичку до лінощів, постійного ниття; якщо й виникає фізична активність, то спрямовується вона у деструктивний напрям: плітки, скарги, агресію, саморуїнування.

Респонденти, що мають рівень гармонійності психологічного здоров'я **нижче від середнього**, відзначаються дисбалансом між стеничними та астеничними психічними проявами (активністю, рішучістю, наполегливістю, з одного боку, й млявістю, пасивністю, вередливістю, з іншого); несформованістю духовних і моральних якостей (совісності, емпатії, поваги до людей). Емоційно-вольова активність, що позбавлена морального змісту, спрямована лише на прагматичне самоствердження особистості. Такі особи неврівноважені, що зумовлено активним прагненням до соціально-схвалюваних дій й слабкістю емоційно-вольового самоконтролю, що визначає їх нездатність ке-

рувати своїми почуттями, відповідати моральним вимогам й конструктивно адаптуватися в соціумі. Самоусвідомлення у них розвинуто на початковому рівні, локус контролю зовнішній, поведінка непослідовна. Попри прагнення до щирого спілкування з іншими, їх стосунки не гармонійні, нестабільні, що викликає стан психологічного неблагополуччя й страждання.

При гармонійності психологічного здоров'я **вище від середнього** рівня спостерігаються достатньо розвинутий емоційно-вольовий самоконтроль, стресостійкість, емоційний комфорт (життєрадісність, оптимізм), розвинутий інтелект, здатність до соціально-психологічної адаптації. Незважаючи на тимчасові складнощі з соматичними проявами (млявистію, втомленістю, пасивністю), ці особи зазвичай успішно справляються з життєвими проблемами, але фокус їх особистісної спрямованості, як правило, не виходить за межі власних, нерідко егоїстичних, інтересів. Тому духовний потенціал таких людей залишається певною мірою не актуалізованим.

Особи з **високим рівнем** психологічного здоров'я мають гарне самопочуття, розвинутий моральний самоконтроль, гнучкість мислення. Вони активні, сумлінні, відповідальні й здатні до самовладання у складних ситуаціях, до морального вибору, побудови гармонійних стосунків, альтруїзму, безкорисливої допомоги потребуючим, співпраці з іншими, духовної самоактуалізації, плідної усвідомленої життєтворчості.

При апробації методики, в результаті проведення емпіричного дослідження 117 респондентів – студентів і викладачів педагогічних навчальних закладів кількох міст України – виявилось, що високий рівень психологічного здоров'я мають 42,7% від усіх досліджуваних; 16,3% мають рівень психологічного здоров'я вище за середній; 23,9% опитаних продемонстрували рівень психологічного здоров'я

нижче за середній, а в 17,1% (це дуже високий відсоток!) респондентів виявився низький рівень психологічного здоров'я (Рис. 1). Відсотковий розподіл представників студентства та працюючих педагогів представлено на Рисунку 2.

Як бачимо з діаграми, високий рівень психологічного здоров'я демонструють 41,2% майбутніх педагогів очної форми (з педагогічним стажем у межах педагогічної практики), 40% майбутніх педагогів заочної форми навчання (з педагогічним стажем 1–3 роки). У педагогів з тривалим стажем цей відсоток значно вищий (50%). Кількість осіб, що мають рівень психологічного здоров'я вище за середній, з набуттям педагогічного стажу знижується: у випускників денної форми навчання він дорівнює 19,1%, у студентів-заочників і досвідчених педагогів – 12–12,5%. Рівень психологічного здоров'я нижче за середній коливається у межах 22–25%. Відсоток осіб з низьким рівнем психологічного здоров'я також знижується від студентів (17,6%–20%) до досвідчених вчителів (12%). Це можна пояснити тим, що педагоги з низьким рівнем психологічного здоров'я або прикладають зусиль й адаптуються до професійної діяльності, або взагалі не затримуються у педагогічній професії. Отже, набуття педагогічного стажу сприяє розвитку саморегуляції та адаптаційних механізмів, які є основою гармонізації психологічного здоров'я людини.

Далі було підраховано середньостатистичні показники по кожному з компонентів психологічного здоров'я (Рис. 3).

Найбільш розвиненим у студентів і педагогів є духовно-смысловий компонент. І це не дивно, адже ця категорія досліджуваних приділяє значну частину свого життя навчанню, духовному пошуку, саморозвитку. Психосоматичний і соціально-особистісний компоненти займають другу сходинку у рейтингу компонентів психологічного здоров'я.

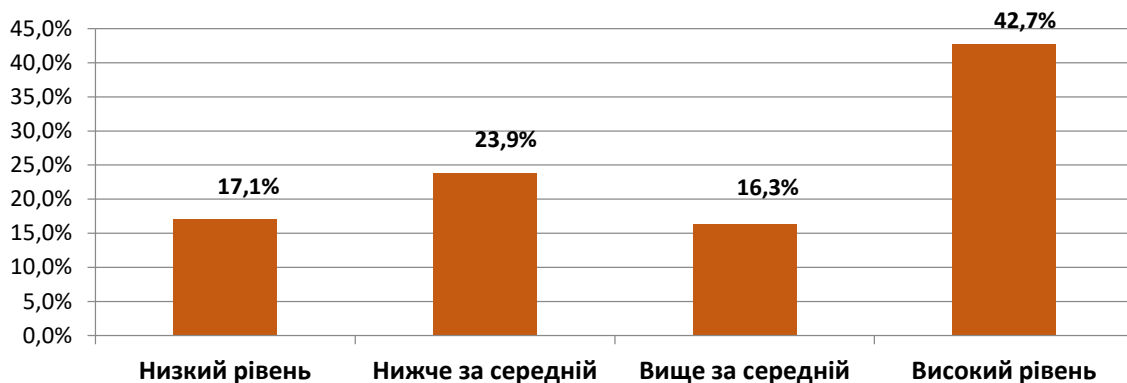


Рис. 1. Відсотковий розподіл осіб з низьким, нижче за середній, вище за середній та високим рівнем психологічного здоров'я

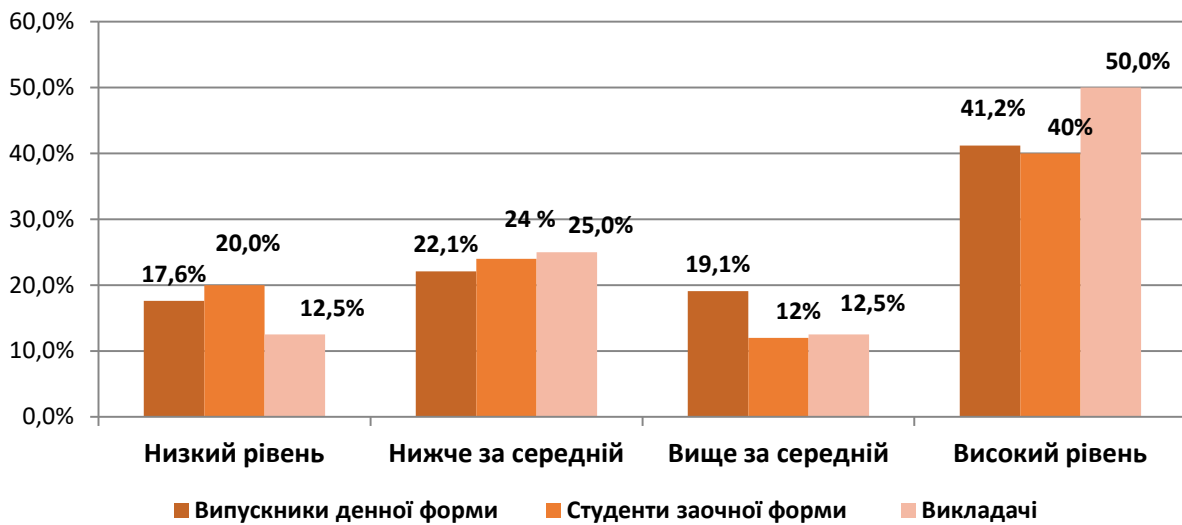


Рис. 2. Відсотковий розподіл серед студентів та педагогів з низьким, нижче за середній, вище за середній та високим рівнем психологічного здоров'я

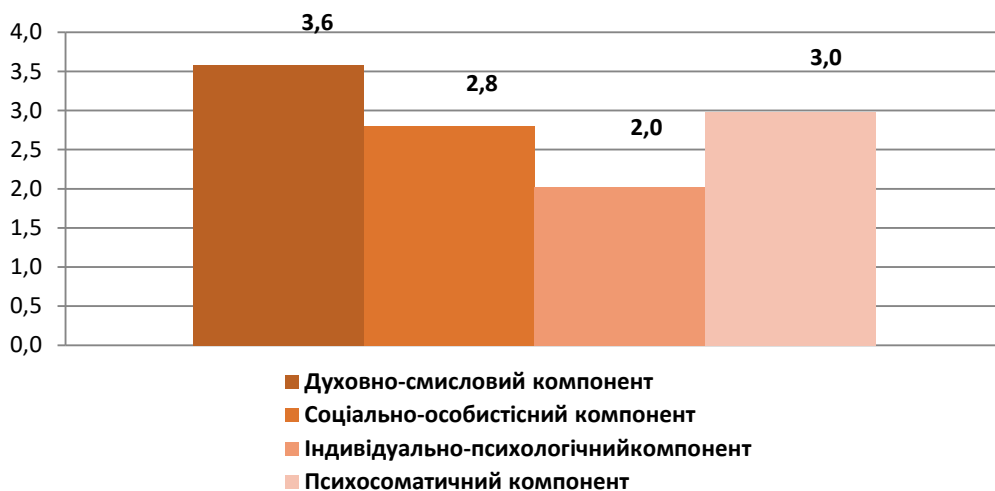


Рис. 3. Середньостатистичні показники по компонентах психологічного здоров'я

Найменш розвиненим виявляється індивідуально-психологічний компонент, який відповідає саме за емоційно-вольову саморегуляцію поведінки. Тож в організації навчально-виховного процесу в педагогічних закладах слід приділяти особливу увагу розвитку емоційно-вольової сфери майбутніх вчителів, навчаючи їх методам психологічного самоврядування й саморегуляції.

Таким чином, в процесі апробації інноваційної методики "Психологічне здоров'я особистості" було отримано цікаві результати, які дозволяють визначати як ресурсні, так і найбільш проблемні сторони особистісного розвитку й розробляти психокорекційні програми гармонізації психологічного здоров'я особистості.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Психологічне здоров'я – складне, багаторівневе утворення, що презентує гармонійний тілесно-душевно-соціально-духовний стан особистості, основою якого є баланс між внутрішніми процесами (духовними, соціальними, емоційними, вольовими, інтелектуальними, соматичними). Структура психологічного здоров'я представлена духовно-смысловим, соціально-особистісним, індивідуально-психологічним та психосоматичним компонентами.

Презентована інноваційна методика дозволяє визначати рівень гармонійності психологічного здоров'я (низький, нижче за середній, вище за середній, високий).

Проведене дослідження показало, що, незважаючи на переважну більшість осіб з високим рівнем психологічного здоров'я, існує великий відсоток людей (17,1%), які мають значний дефіцит психологічного здоров'я, що є передумовою виникнення життєвих проблем, пов'язаних з поганим само-

почуттям, емоційним дискомфортом, соціальною дезадаптацією, слабовіллям, невротичним розвитком тощо.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці методів гармонізації психологічного здоров'я особистості.

Список використаних джерел:

1. Бохонкова Ю., Пліско В. Якість життя та психічне здоров'я особистості, *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: Збірник тез II Всеукр. наук.-практ. конф.*, Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2017. С. 59–63.
2. Братусь Б.С. До проблеми людини у психології. *Питання психології*. 1997. № 5. С. 3–19.
3. Дубровіна І.В. Практична психологія в лабіринтах сучасної освіти. Москва: НОУ ВПО «МПСУ», 2014. 464 с.
4. Карамушка Л.М., Снігур Ю.С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. I. Вип. 55. С. 24–30.
5. Максименко С.Д. Психічне здоров'я дітей. *Психолог*. 2002. С. 4.
6. Митник Т. Особливості психічного здоров'я особистості: критерії та показники. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: Збірник тез II Всеукр. наук.-практ. конф.* Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2017. С. 269–271.
7. Павлик Н.В. Психологічне здоров'я як передумова конструктивного особистісного розвитку педагога. *Психологічне здоров'я*. 2020. № 2 (5). С. 83–109. URL: <http://maup.com.ua/assets/files/psihologz/2020-2/ph-2020-2.pdf>.
8. Пасічніченко А.В. Психологічне здоров'я як умова успішної професійної діяльності педагога. *Інноваційні педагогічні технології в цифровій школі: матеріали II наук.-практ. конф. молодих учених (14-15 травня 2020 р.)*. Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2020. С. 172–174.
9. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. Москва, 1973. 123 с.
10. Шувалов А.В. Психологічне здоров'я людини. *Вісник. Серія: Педагогіка. Психологія*. Вип. 4 (15). С. 87–101.
11. Jean L. Otto, Erin H. Beech, Daniel P. Evatt, Bradley E. Belsher, Don E. Workman & Marjorie S. Campbell (2018) A systematic approach to the identification and prioritization of psychological health research gaps in the Department of Defense. *Military Psychology*. 30:6. 557-563. DOI: 10.1080/08995605.2018.1521683.
12. Kashlyuk Y. Psychological Health and Psychological Well-Being of The Individual as A Component of Satisfaction With Life. *Psychological Journal*. Vol. 3(3). pp. 47-58. [Online]available at: <https://doi.org/10.31108/1.2017.3.7.5>
13. Lara Dresser (2005) Promoting Psychological Health in Law Students, *Legal Reference Services Quarterly*, 24:1-2, 41-72, DOI: 10.1300/J113v24n01_02.
14. Mariano García-Izquierdo, Maria Isabel Ríos-Risquez, César Carrillo-García & Emiliana de los Ángeles Sabuco-Tebar (2018) The moderating role of resilience in the relationship between academic burnout and the perception of psychological health in nursing students, *Educational Psychology*, 38:8, 1068-1079, DOI: 10.1080/01443410.2017.1383073
15. Paul Heintzman (2020) Empirical research on leisure and spiritual well-being: conceptualisation, measurement and findings, *Leisure Studies*, 39:1, 146-155, DOI: 10.1080/02614367.2019.1684981
16. Yaroshyk M. Assessment of the state of emotional health of Ukrainian university student youth that is involved into different levels of physical activity / Marta Yaroshyk, Halyna Malanchyk, Alla Solovei. *Society. Integration. Education: proceedings of the International Scientific Conference (May 22th -23th)*. Rēzekne. Vol. VI. P. 467–475.

References:

1. Bohonkova Yu., Plisko V. (2017) Yakist' zhyttya i psyhichne zdorov'ya osobystosti [Quality of life and mental health of the individual], *Psyhichne zdorov'ya osoby`stosti u kryzovomu suspil'stvi / zbirny`k tez II Vseukr. nauk.-prakt. konf. L'viv: L'viv's'kyj derzhavnyj universytet vnutrishnix sprav*. pp. 59-63. (Uk).
2. Bratus', B.S. (1997) K probleme cheloveka v psihologii [To the problem of man in psychology], *Voprosy psihologii*, Vol. 5. pp. 3-19 (Ru).
3. Dubrovina, I.V. (2014) Prakticheskaya psihologiya v labirintah sovremennogo obrazovaniya [A Practical Psychology in the Labyrinths of Modern Education]. M.: NOU VPO «MPSU», 464 p. (Ru).
4. Karamushka, L.M., Snigur, Yu. S. (2020) Coping strategies: essence, approaches to classification, value for psychological health of the person and the organization. *Actual problems of psychology*. TI. Vol. 55. pp. 24-30
5. Maksymenko, S.D. (2002) Psyhichne zdorov'ya ditej [Mental health of children]. *Psycholog*. № 1. S. 4. (Uk).
6. Mytnyk, T. (2017). Osobly`vosti psyhichnogo zdorov'ya osobystosti: kry`teriyy ta pokaznyky [The peculiarities of a person's mental health: criteria and indicators]. *Psyhichne zdorov'ya osobystosti u kryzovomu suspil'stvi / zbirnyk tez II Vseukr. nauk.-prakt. konf.L'viv: L'viv's'kyj derzhavnyj universytet vnutrishnix sprav*. pp. 269–271 (Uk).
7. Pavlyk, N.V. (2020). Psykholohichne zdorovia yak peredumova konstruktyvnoho osobystisnogo rozvytku pedahoha [Psychological health as a prerequisite for constructive personal development of the teacher]. *Psykhologichne zdorovia*. Vol. 2 (5). pp. 83-109 [Online]. Available at: <http://maup.com.ua/assets/files/psihologz/2020-2/ph-2020-2.pdf> (Uk).
8. Pasichnichenko A.V. Psychological health as a condition for successful professional activity of a teacher. *Innovative pedagogical technologies in digital school: materials of II scientific-practical. conf. young scientists (May 14-15, 2020)*. Kharkiv: KhNPU named after GS Skovoroda, 2020. P. 172–174.
9. Rubinshtejn, S.L. (1973) Chelovek i mir [Human and the world]. Moscow. 123 p. (Ru).

10. Shuvalov, A.V. (2009) Psihologicheskoe zdorov'e cheloveka [Psychological health of a human] *Vestnik, Seriya : Pedagogika. Psihologiya*. Vol. 4 (15). pp. 87-101, (Ru).
11. Jean L. Otto, Erin H. Beech, Daniel P. Evatt, Bradley E. Belsher, Don E. Workman & Marjorie S. Campbell (2018) A systematic approach to the identification and prioritization of psychological health research gaps in the Department of Defense, *Military Psychology*, 30:6, 557-563, DOI: 10.1080/08995605.2018.1521683
12. Kashlyuk, Y. (2017). Psychological Health and Psychological Well-Being of The Individual as A Component of Satisfaction With Life, *Psychological Journal*, Vol. 3(3). pp. 47-58. Available at: <https://doi.org/10.31108/1.2017.3.7.5>
13. Lara Dresser (2005) Promoting Psychological Health in Law Students, *Legal Reference Services Quarterly*, 24:1-2, 41-72, DOI: 10.1300/J113v24n01_02
14. Mariano García-Izquierdo, Maria Isabel Ríos-Risquez, César Carrillo-García & Emiliana de los Ángeles Sabuco-Tebar (2018) The moderating role of resilience in the relationship between academic burnout and the perception of psychological health in nursing students. *Educational Psychology*. 38:8, 1068-1079, DOI: 10.1080/01443410.2017.1383073.
15. Paul Heintzman (2020) Empirical research on leisure and spiritual well-being: conceptualisation, measurement and findings. *Leisure Studies*. 39:1, 146-155, DOI: 10.1080/02614367.2019.1684981
16. Yaroshyk, M. (2020) Assessment of the state of emotional health of Ukrainian university student youth that is involved into different levels of physical activity. *Society. Integration. Education: proceedings of the International Scientific Conference (May 22th -23th)*. Rēzekne, Vol. VI. P. 467-75.

УДК 159.98:159.96+613.8+616.89

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-9>

Віра СТАРИЧЕНКО

магістр психології, м. Київ, Україна (personal.decision@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6212-5496>

Vira STARYCHENKO

Master of Psychology, Kyiv, Ukraine (personal.decision@gmail.com)

Бібліографічний опис статті: Стариченко В. Дослідження медико-психологічних аспектів постстресових порушень при рольових конфліктах батьків, які мають дітей із вродженими відхиленнями розвитку. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 76–85. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-9>

Bibliographic description of the article: Starychenko, V. (2021). Doslidzhennia medyko-psykholohichnykh aspektiv poststresovykh porushen pry rolovykh konfliktakh batkiv, yaki maiut ditei iz vrodzhenymy vidkhylenniamy rozvytku [Research of medical and psychological aspects of post-stress disorders in role conflicts of parents who have children with congenital malformations]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 76–85. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-9>

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПОСТСТРЕСОВИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ РОЛЬОВИХ КОНФЛІКТАХ БАТЬКІВ, ЯКІ МАЮТЬ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВІДХИЛЕННЯМИ РОЗВИТКУ

Анотація. Постановка проблеми. Батьки хворої від народження дитини опиняються в тривалій психотравмуючій ситуації, яка характеризується складністю подолання внутрішньоособистісного рольового конфлікту.

Формулювання мети дослідження. Мета - дослідити, як рольовий конфлікт, який виникає внаслідок народження дитини з відхиленнями, впливає на формування постстресових розладів у батьків.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розвиток психіки, психічної діяльності, соціальних потреб відбувається не інакше, як у виконанні визначених суспільних рольових функцій, а соціалізація людини являє собою формування її соціальних ролей. Виділяють чотири фази психологічного стану батьків в процесі становлення їх позиції до дитини з особливими потребами: шок; неадекватне ставлення до дефекту; часткове усвідомлення дефекту дитини, яке супроводжується почуттям "хронічного суму"; прийняття дефекту.

Матеріали та методи дослідження. Методологічну базу дослідження склали: рольові теорії особистості; теорії рольових конфліктів; теорії функціонування індивіда в травматичних ситуаціях. Для вирішення поставлених завдань психодіагностичного дослідження використовувалися методики: Опитувальник Плутчіка-Келлермана-Конте; Опитувальник батьківського ставлення А. Я. Варга, В. В. Століна; "Шкала постстресових розладів – Міссісіпська шкала (цивільний варіант)"; Шкала диференційованих емоцій (ШДЕ) К. Ізарда в модифікації А. Б. Леонової; Тест тривожності Спілберга-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI); Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е.Хейма (E. Heim), адаптована в лабораторії клінічної психології психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева, під керівництвом д. м. н. професора Л. І. Вассермана.

Виклад основного матеріалу. Провідними механізмами психологічного захисту у групі є заперечення та виражена проєкція. Біля 63,0 % досліджуваних батьків намагається не встановлювати психологічну дистанцію між собою і дитиною, бути ближче до неї і задовольняти її основні розумні потреби, захистити від неприємностей, а 37,0% батьків - навпаки, встановлюють значну психологічну дистанцію між собою і дитиною, мало піклуються про неї.

За статистичними розрахунками, спрямованими на встановлення зв'язку між результатами дослідження за кількома методиками, було доведено наявність залежності між виявленими показниками.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Підтверджено гіпотезу про те, що рольовий конфлікт, який виникає при народженні дитини з вадами розвитку, призводить до формування постстресових порушень у батьків.

Необхідно розробити програму надання медико-психологічної допомоги батькам із дітьми, які мають вади розвитку, і спрямувати на формування позитивного ставлення батьків до дитини та більш зрілих та конструктивних механізмів захисту – компенсації та раціоналізації.

Ключові слова: медична психологія, психодіагностика, діти, вроджені вади розвитку, ставлення батьків до дітей.

RESEARCH OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF POST-STRESS DISORDERS IN ROLE CONFLICTS OF PARENTS WHO HAVE CHILDREN WITH CONGENITAL MALFORMATIONS

Abstract. Formulation of the problem. The parents of a sick child from birth find themselves in a long traumatic situation, which is characterized by the difficulty of overcoming intrapersonal role conflict.

Formulation of the purpose of research. The aim is to investigate how role conflict, which arises as a result of the birth of a child with disabilities, affects the formation of post-stress disorders in parents.

Analysis of recent research and publications. The development of the psyche, mental activity, social needs occurs only in the performance of certain social role functions, and the socialization of man is the formation of his social roles. There are four phases of the

psychological state of parents in the process of forming their position towards the child with special needs: shock; inadequate attitude to the defect; partial awareness of the child's defect, which is accompanied by a feeling of "chronic sadness"; acceptance of the defect.

Materials and methods of research. The methodological basis of the study were: role theories of personality; role conflict theories; theories of the functioning of the individual in traumatic situations. To solve the tasks of psychodiagnostic research methods were used: Questionnaire Plutchik-Kellerman-Conte; Questionnaire of parental attitude A. Ya. Varga, V. V. Stolin; "Scale of post-stress disorders – Mississippi scale (civil version)"; K. Izard's scale of differentiated emotions (SDE) in modification by A.B. Leonova; Spielberg-Hanin Anxiety Test (State-Traite Anxiety Inventory, STAI); Methods of psychological diagnosis of coping mechanisms E. Heim (E. Heim), adapted in the laboratory of clinical psychology of the Psychoneurological Institute. V.M. Bekhterev, under the leadership of Dr. M.Sc. Professor L.I. Wasserman.

Presenting main material. The leading mechanisms of psychological protection in the group are denial and pronounced projection. About 63.0% of the surveyed parents try not to establish a psychological distance between themselves and the child, to be closer to it and meet its basic reasonable needs, to protect from trouble, and 37.0% of parents – on the contrary, establish a significant psychological distance between themselves and the child. Little care for her. According to statistical calculations aimed at establishing a relationship between the results of the study by several methods, it was proved that there is a relationship between the identified indicators.

Conclusions and prospects for further research. The hypothesis that the role conflict that arises at the birth of a child with developmental disabilities leads to the formation of post-stress disorders in parents has been confirmed. It is necessary to develop a program of medical and psychological assistance to parents with children with developmental disabilities, and aim to form a positive attitude of parents to the child and more mature and constructive protection mechanisms - compensation and rationalization.

Key words: medical psychology, psychodiagnostics, children, congenital malformations, parents' attitude to children.

Постановка проблеми. Народження дитини з особливими потребами завжди викликає травматичний стрес. Чекаючи народження дитини, батьки бачать себе в ролі люблячих і щасливих. Але опинившись в ролі батьків дитини з особливими потребами, стикаються з рольовим внутрішньоособистісним конфліктом, бо виявляються психологічно і практично невідповідними до того, щоб любити, виховувати і розвивати дитину з фізичними або психічними обмеженнями. Внутрішньоособистісний конфлікт являє собою протистояння двох начал в душі людини, який сприймається і емоційно переживається як суб'єктивно значима психологічна проблема, що вимагає свого вирішення і викликає відповідну внутрішню роботу. Батьки хворої дитини опиняються в тривалій психотравмуючій ситуації, яка характеризується складністю подолання внутрішньоособистісного рольового конфлікту.

Формулювання мети дослідження. Мета – дослідити, як рольовий конфлікт, який виникає внаслідок народження дитини з відхиленнями, впливає на формування постстресових розладів у батьків.

Завдання дослідження: проаналізувати існуючі теоретичні підходи до проблеми постстресових порушень при наявності рольових конфліктів; провести емпіричне дослідження постстресових порушень при рольовому конфлікті в батьків унаслідок народження дитини з відхиленнями.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Рольова теорія особистості, або теорія ролей, об'єднує низку підходів до розгляду такої характерної риси людської поведінки, як тенденції до формування типових поведінкових моделей (patterns) чи ролей, що можуть бути передбачені за умови знання соціального контексту. У цій теорії особистість є сукупністю соціальних ролей, які вона засвоює та виконує згідно з нормами і зразками, прийнятими в суспільстві. У найбільш узагальненому розумінні

термін "роль" (від фр. rôle становище, список, перелік) позначає типову реакцію на типові очікування. Поняття "роль" почали систематично використовувати у 20–30-х рр. XX ст. у своїх працях Дж.Мід, Р.Парк, Г.Зіммель, Я.Морено та Р.Лінтон. Інтерес до цього поняття виник у контексті дискусій про те, як місце людини в структурі суспільства зумовлює індивідуальну поведінку, і навпаки. Для того щоб з'ясувати це питання, дослідники почали фокусувати увагу на концепції ролі, в межах якої індивід розглядалися як такі, що грають ролі, закріплені за певними позиціями в ширшій мережі соціальних позицій (Володько, В. В., 2008).

В теорії Дж.Г. Міда (Мід, Джон Герберт, 2009) рольовий розвиток розглядається здебільшого як прийняття ролі, орієнтований на соціальні очікування (рольова соціалізація), а в теорії Я.Л. Морено (Якоб Морено, 2008) – як спонтанне розгортання соматичних, психічних, соціальних і трансцендентних ролей, що стають основою для розвитку «Я» (рольова індивідуалізація). З обома тенденціями пов'язані відповідні потреби особистості, зокрема потреба наслідувати інших, рольове навчання та потреба в дії, акціональний голод, потреба в рольовій самореалізації. Ці потреби можуть вступати в суперечність, провокуючи рольовий конфлікт. Суперечності рольової Я-концепції з рольовими очікуваннями є одним із джерел рольових конфліктів, які можуть протікати відповідно в міжособистісній і внутрішньоособистісній сферах (Гришина, 2008).

Згідно Я.Морено, в процесі рольового розвитку послідовно формуються рольові категорії (Якоб Морено, 2008): соматичні, або «психосоматичні»; психічні; соціальні; трансцендентні, або інтегративні. Соціальні ролі – це ті ролі, в яких людина найчастіше вступає в зіткнення з зовнішніми реаліями життя. Всім соціальним ролям відповідає рольовий статус, існуючий незалежно від носія ролі. Отож, ці ролі стереотипні. В своїх соціальних ролях людина не

тільки діє відповідно до очікувань і вимог суспільства, а й, приймаючи все більш диференційовані ролі, розвиває саму себе. Трансцендентні ролі, навпаки, не можна зрозуміти із зовнішніх потреб. У них людина робить іманентно притаманну світу трансценденцію і приходиться до загального погляду на світ, що є основою етики.

Філософською основою теорії особистісних конструктивів (Дж. Келлі, 2000) є конструктивний альтернативізм, із позицій якого індивідуум розглядається як такий, що передбачає те, що відбудеться далі, й використовує минулі події в теперішній момент як базу для передбачення того, що станеться через мить, день чи рік. Цей процес описується як "конструювання копій". При цьому роль людини визначається характером психологічної активності людини, активності спрямованої на прийняття і розуміння точки зору іншого (Дж. Келлі, 2008).

Теорія символічного інтеракціонізму (Дж. Г. Мід, 2009; Блумер, 2017; Гофман, 2007) розглядає особистість за її соціальними ролями, коли соціальне середовище є вирішальним фактором розвитку особистості, та висуває на перший план значення міжособистісної взаємодії людей (інтеракції), рольової поведінки. Особистість же розглядається як сукупність її соціальних ролей (Орбан-Лембрик, 2010), виконання ролі має велике значення у становленні людської особистості. Розвиток психіки, психічної діяльності, соціальних потреб відбувається не інакше, як у виконанні визначених суспільних рольових функцій, а соціалізація людини являє собою формування її соціальних ролей.

У концепції транзактного аналізу Е.Берна (Берн, 2008) особистість розглядається як сукупність особливих станів Его, що виявляються у специфічних станах свідомості і зразках поведінки: «Батько» (актуалізація моральної сфери особистості) – стан, скопійований з батьків або інших авторитетних у дитинстві особистостей, що відбиває традиції, цінності, норми і правила та уособлює функції контролю над дотриманням норм і розпоряджень, заступництва і турботи; «Дитина» (актуалізація емотивної сфери особистості) – частина особистості, що містить афективні комплекси, пов'язані з ранніми дитячими враженнями і переживаннями; «Дорослий» (актуалізація раціональної сфери особистості) – стан, у якому здійснюється переробка інформації та її імовірна оцінка для ефективної взаємодії з навколишнім світом; демонструються тверезість, незалежність і компетентність. Теорія транзактного аналізу є найбільш самодостатньою з розглянутих рольових теорій, оскільки вона містить майже всі основні компоненти теорії особистості: концепцію структури особистості (структурна модель его-станів), концепцію розвитку (формування життєвого сценарію) та концепцію особистісної психопатології

(контамінації его-станів, дисгармонійність життєвого сценарію).

Однією із найбільш значущих аплікацій рольової теорії особистості є рольова психотерапія, основним видом якої є психодрама (Морено, 2008). Не менш ефективним методом вирішення проблем рольових дисгармоній особистості є транзактний аналіз (Берн, 2008), який дозволяє не лише вдосконалювати репертуар життєвих ролей, але й приводити до особистісної автономії, тобто послаблювати неконструктивність неадаптивної екстернальності рольової поведінки. Іншим напрямом рольової психотерапії є терапія фіксованої ролі (Келлі, 2000), що полягає в зміні конструктивної системи особистості за допомогою фіксованої ролі, тобто ролі вигаданого індивіда, якого необхідно зіграти в реальному житті. Результатом терапії є підвищення функціональності конструктивної системи та вдосконалення рольового репертуару особистості.

Одним із варіантів внутрішніх конфліктів людини є когнітивні конфлікти, в основі яких знаходяться зіткнення несумісних уявлень людини. Дана проблематика описується в психології теорією когнітивного дисонансу (Фестінгер, 2000). Когнітивний дисонанс зачіпає такі важливі явища, як виправдання своїх дій або аргументація вибору.

Частина пережитих людиною внутрішніх конфліктів можуть переживатися як рольові конфлікти, в основі яких лежать проблеми діяльнісної сфери життя особистості (Примут, 2006). Основною тенденцією особистості є прагнення мінімізувати рольовий конфлікт, що виникає в процесі рольового розвитку, проте баланс між екстернальними та інтернальними тенденціями для різних людей виявляється різним, тому що зовнішні і внутрішні рольові конфлікти викликають різні ступені напруги. Одні особистості орієнтуються на внутрішні цінності, обираючи інтернальні стратегії поведінки, збільшуючи протиріччя між власною рольовою поведінкою і соціальними очікуваннями, провокуючи зовнішній чи міжособистісний рольовий конфлікт. Інші ж орієнтуються на зовнішню систему цінностей і обирають екстернальну стратегію, провокуючи внутрішній чи внутрішньоособистісний рольовий конфлікт (Жаворонкова, Скібіцький, Сівашенко, Туз, 2018).

В кожному життєвому періоді людини з'являються, розвиваються чи актуалізуються певні життєві ролі. Зміна їх при переході від одного життєвого етапу до іншого не завжди відбувається гармонійно. Вона може супроводжуватися життєвими кризами, що з погляду рольової теорії можна інтерпретувати як рольовий конфлікт у сфері життєвих ролей особистості. Модель рольового конфлікту дозволяє побудувати концепцію життєвих криз як глибинного рольового конфлікту в сфері життєвих ролей особистості (Грішина, 2008).

Народження дитини з фізичними вадами та порушеннями в розвитку - це дуже тяжка травматична ситуація у житті її батьків, досвід гострого і раптового зіткнення переконань людини з реальністю, яка викликає травматичний стрес. Життєва подія у вигляді травматичної ситуації яка накладається на життєві ролі внутрішнього світу особистості, створює загрозу руйнування моральних цінностей та ідеології особистості, яка виступає у ролі батьків в соціумі. Виникає рольовий конфлікт «Я – роль» з протиріччям між вимогами ролі батьків здорової дитини та ролі батьків дитини з особливими потребами і можливостями особистості. Психічна травма руйнує базисні переконання особистості про світ і про себе. Травматична ситуація народження дитини з фізичними та розумовими вадами призводить до формування постстресових розладів у батьків на підставі внутрішньоособистісного рольового конфлікту (Тарабріна, Журавльов, Сергієнко та ін., 2017).

Виділяють чотири фази психологічного стану батьків в процесі становлення їх позиції до дитини з особливими потребами: шок (характеризується станом розгубленості, безпорадності, страху, виникненням почуття власної неповноцінності – виникає внутрішньоособистісний рольовий конфлікт, а потім і міжрольовий конфлікт; неадекватне ставлення до дефекту (проявляється в негативізмі та запереченні поставленого діагнозу, що є своєрідною захисною реакцією); часткове усвідомлення дефекту дитини, яке супроводжується почуттям «хронічного суму» (депресивний стан, що є результатом постійної залежності батьків від потреб дитини, наслідком відсутності у неї позитивних змін); прийняття дефекту, соціально-психологічна адаптація всіх членів сім'ї, яка викликана встановленням адекватних відносин з фахівцями і досить розумним виконанням їхніх рекомендацій, вироблення позитивних установок по відношенню до самих себе й дитині, формування навичок забезпечення майбутнього своєї дитини (Василіук, 1984).

Матеріали та методи дослідження. Методологічну базу дослідження склали: рольові теорії особистості Дж. Міда, Я. Морено, Е. Берна, Дж. Келлі, Г. Блумера, І. Гофмана (Келлі, 2000; Гофман, 2007; Морено, 2008; Мід, 2009; Берн, 2008; Блумер, 2017); рольові конфлікти в психологічній традиції в роботах О. Лурія, К. Левіна, Л. Фестінгера, Н. В. Грішиної (Фестінгер, 2000; Лурія, 2002; Грішина, 2008; Левін, 2017); функціонування індивіда в травматичних ситуаціях в роботах І.Г. Малкиної-Пих, (2017) В.І. Шебанової (2017), В.Г. Ромека, В.А. Конторович, Є.І. Крукович (2004), Н.В. Тарабріної (2017) та ін.

Дослідження виконувалося в декілька послідовних етапів. На першому (психодіагностичному) етапі була здійснена психодіагностика по обраним методикам. Дослідження проводились у вигляді

тестування. Кожному із батьків були надані роздруковані кожного із шести тестів, по кожному тесту давалась усна інструкція для виконання, бланки тестів наведені у Додатках А-Е. Тип дослідження: індивідуальний. На другому етапі були опрацьовані всі анкети по кожній методикі, обчислені проміжні дані, результати були відображені у підсумкових протоколах. На третьому етапі були проаналізовані результати і проведена їх обробка з використанням стандартних методів математичної статистики для перевірки статистичної гіпотези та встановлення взаємозв'язку між ознаками за допомогою критерію Юла Q та коефіцієнта конгингенції $\phi(\phi_i)$. На завершення були сформульовані висновки й намічені перспективи подальших досліджень.

Для вирішення поставлених завдань психодіагностичного дослідження використовувалися методики: Опитувальник Плутчіка-Келлермана-Конте – для діагностики механізмів психологічного захисту (Кружкова, Шахматова, 2006), Опитувальник батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Століна (Оліфірович, Зінкевич-Куземкіна, Велента, 2006) – для виявлення батьківського ставлення до дитини; «Шкала постстресових розладів – Міссісіпська шкала (цивільний варіант)» – для вимірювання ознак постстресових розладів (Keane, Caddell, & Taylor, 1998; Тарабріна, Журавльов, Сергієнко та ін., 2017); Шкала диференційованих емоцій (ШДЕ) К. Ізарда в модифікації А.Б. Леонової – для визначення домінуючих емоцій, які дозволяють описати самопочуття: позитивне чи негативне (Леонова, 2004; Водоп'янова, 2018); Тест тривожності Спілберга-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) – для виявлення дуже високого рівня реактивної та особистісної тривожності як результату невротичного рольового конфлікту (Миронова, 2005); Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Хейма (E. Heim), адаптована в лабораторії клінічної психології психоневрологічного інституту ім. В.М. Бехтерева, під керівництвом д. м. н. професора Л.І. Вассермана – для визначення адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій батьків (<https://ukrdoc.com.ua/text/16860/index-1.html?page=4>).

Гіпотеза, яка покладена в основу дослідження – «Рольовий конфлікт, що виникає при народженні дитини з особливими потребами, призводить до формування постстресових розладів у батьків», відноситься до виду факторних гіпотез: «на розвиток фактора А впливають фактори В, С, D». Для підтвердження або спростування висунутої гіпотези завданням дослідження є встановлення взаємозв'язку показників, отриманих в емпіричному дослідженні. Дослідження проводились в одній групі і вимірювали декілька ознак за кожною із обраних методик. Таке дослідження належить до 3-го типу задач: «встановлення взаємозв'язку показників, отриманих в одній групі при вимірюванні

декількох ознак». Для цього типу задач перевірка гіпотези здійснюється за допомогою статистичних критеріїв – коефіцієнту Юла Q та коефіцієнту конгінгенції. Підрахунок коефіцієнту Юла Q здійснюється за формулою:

$$Q = \frac{ad - bc}{ad + bc}$$

де a, b, c, d – кількість значень показників, які потрапляють у відповідний проміжок значень (перетинання значень \bar{X} та \bar{Y}); Підрахунок коефіцієнту конгінгенції ϕ здійснюється за формулою:

$$\phi = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a + b) \times (a + c) \times (b + d) \times (c + d)}} \quad (2.2)$$

де a, b, c, d – кількість значень показників, які потрапляють у відповідний проміжок значень (перетинання значень \bar{X} та \bar{Y})

Дослідження було проведене на базі Центру соціально-трудова реабілітації дітей з особливими потребами дошкільного та шкільного віку «Надія» м. Дніпропетровськ. В дослідженні брала участь група батьків дітей з особливими потребами, які мали вроджені вади розвитку, рандомізована вибірка становила 27 осіб. Тип дослідження: індивідуальний.

Обмеження дослідження були пов'язані з тим, що вони проводилися в умовах карантинних пересторог, пов'язаних із пандемією COVID-19, тому ми обмежилися лише одним спеціальним навчальним закладом і вибірка респондентів вийшла невеликою. Тим не менше, отримані цікаві результати можна розглядати як підґрунтя подальших досліджень у даному напрямку.

Етичні питання вирішувалися шляхом забезпечення толерантності, анонімності респондентів шляхом шифрування анкет та конфіденційності здобутої приватної інформації, дотриманням принципу інформованої згоди з підписанням респондентами письмового погодження на участь у дослідженні та отриманні дозволу керівництва і тимчасової біоетичної комісії навчального закладу, виконання інших вимог біоетики.

Спеціальне фінансування на проведення досліджень не виділялося, конфлікту інтересів не було.

Результати дослідження. Дослідження за методикою «Опитувальник Плутчіка-Келлермана-Конте» показало, що провідними механізмами психологічного захисту у групі є заперечення – напруженість захисту 52,9%, та виражена проєкція – напруженість

захисту 44,4%, тоді як показники всіх інших видів психологічного захисту – витіснення (18,5%), регресія (14,8%), заміщення (7,4%), компенсація (18,5%), гіперкомпенсація (22,2%) і раціоналізація (33,3%) – не перевищували межу норми (рис. 1).

Нормативні значення загальної напруженості захисту («ОНЗ») для міського населення дорівнюють 40–50%, значення, які перевищують 50-відсоткову норму, відображає реально існуючі, але не вирішені зовнішні та внутрішні конфлікти. Загальна напруженість механізмів психологічного захисту в групі не перевищувала 50-ти відсоткову норму. Це пояснюється досить високими відсотками використання таких конструктивних механізмів захисту, як компенсація (18,5%), гіперкомпенсація (22,2%) і раціоналізація (33,3%) та достатньо зрілого механізму витіснення (18,5%) на противагу деконструктивним механізмам – заперечення (52,9%) та проєкція (44,4%) (рис. 2).

За тестом «Опитувальник батьківського ставлення» А.Я. Варга, В.В. Століна, виявлено, що за шкалою «прийняття-відкидання» позитивне ставлення до дитини виявляє 77,8% батьків, але по



Рис. 1. Напруженість механізмів психологічного захисту (1 – заперечення; 2 – виражена проєкція; 3 – витіснення; 4 – регресія; 5 – заміщення; 6 – компенсація; 7 – гіперкомпенсація; 8 – раціоналізація)



Рис. 2. Загальна напруженість механізмів психологічного захисту

балах в середньому це становить лише 11, а тоді як за шкалою позитивне відношення виявляється

при 24–33 балах. Негативне ставлення до дитини (в балах) продемонстрували 22,2% опитаних батьків.



Рис. 3. Показники ставлення батьків до своїх дітей із вадами розвитку

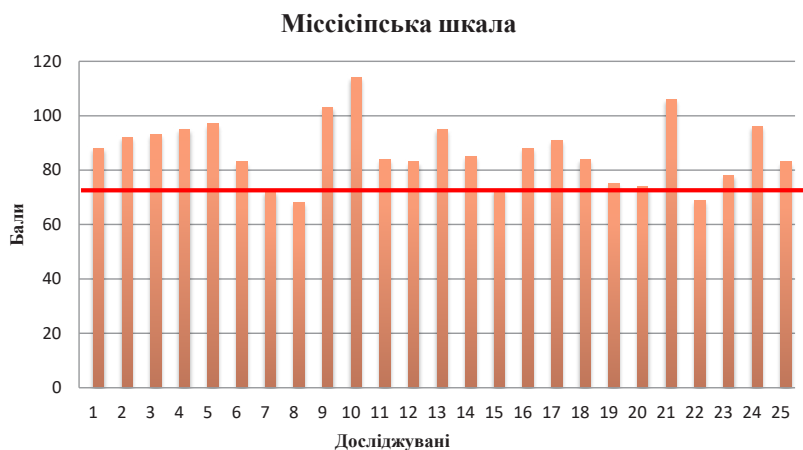


Рис. 4. Результат дослідження батьків дітей з особливими потребами за методикою «Шкала постстресових розладів»

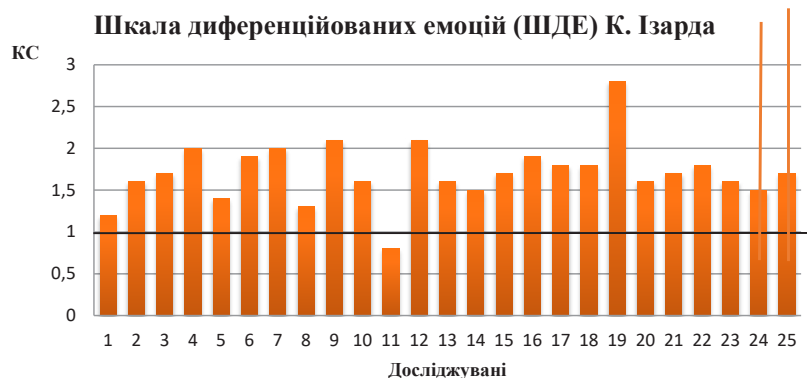


Рис. 5. Результат дослідження емоцій батьків дітей із вадами розвитку за Шкалою К. Ізарда

За шкалою «кооперація» 92,6% батьків виявляють інтерес до того, що цікавить дитину, намагаються оцінювати здібності дитини в позитивному ключі, заохочують самостійність та ініціативу дитини, значення в балах знаходяться близько до визначених за шкалою, тоді як 7,4% батьків мають низькі бали за цією шкалою і, відповідно, протилежне ставлення. За шкалою «симбіоз» 63,0% досліджуваних батьків намагається не встановлювати психологічну дистанцію між собою і дитиною, бути ближче до неї і задовольняти її основні розумні потреби, захистити від неприємностей, а 37,0% батьків – навпаки, встановлюють значну психологічну дистанцію між собою і дитиною, мало піклуються про неї (рис. 3). За шкалою «контроль» оптимально, коли рівень контролю складає 3–5 балів, такий показник мають біля третини досліджуваних. Низькі бали за шкалою «ставлення до невдач дитини» свідчать про те, дорослий вірить в неї, поділяє її інтереси, захоплення, думки і почуття – тут високий результат (по балах) показали фактично всі батьки.

В дослідженні за тестом «Шкала постстресових розладів – Міссісіпська шкала (цивільний варіант)» 92,6% (25 із 27) досліджуваних осіб отримали бали вище за 70 (рис. 4), при тому що за тестом «Шкала диференційованих емоцій (ШДЕ) К. Ізарда» був визначений домінуючий емоційний стан. Виявилось, що 96,3% (26 осіб із 27) досліджуваних мають позитивне самопочуття (рис. 5).

За результатами самооцінки рівня тривожності (методика Спілбергера-Ханіна) в групі були отримані наступні результати: середня реактивна тривожність на даний момент (як стан) становить 35 балів, що характеризується як помірна тривожність; середня особистісна тривожність (як стійка характеристика) становить 43 бали і може бути визначена як помірна

тривожність. Однак майже в 40% була виявлена висока тривожність, що має прямий тісний зв'язок (коефіцієнт кореляції 8,431) з наявністю невротичного (рольового) конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

В когнітивних копінг-стратегіях (методика Е. Хейма) використовувалися майже в рівній мірі всі форми поведінки: адаптивні, відносно адаптивні, неадаптивні. В емоційних копінг-стратегіях істотно переважали адаптивні форми поведінки, тоді як відносно адаптивні форми використовувалися лише в 10-12% (рис. 6).

За статистичними розрахунками, спрямованими на встановлення зв'язку між результатами дослідження за кількома методиками, було отримане значення коефіцієнту Юла $Q = -1$, що потрапляє у проміжки $[-1; -0,6]$ та $[0,6; 1]$, що підтверджує наявність залежності між виявленими показниками.

Значимість емпіричної величини $\phi = 0,64$ було перевірено за допомогою критерію χ^2 (хи квадрат): отримане значення χ^2 емпіричне = 10,12 > 3,84, отже, зв'язок між показниками існує.

Обговорення результатів дослідження. Заперечення – механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість або заперечує деякі обставини чи який-небудь внутрішній імпульс, які викликають тривогу і приводять до стану фрустрації, або сторона заперечує саму себе. Як правило, дія цього механізму виявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які очевидні для оточуючих, проте не приймаються, не визнаються самою особистістю. Це найбільш ранній і примітивний механізм захисту, коли увага сприймається як емоційне прийняття, при цьому будь-які негативні аспекти цієї уваги блокуються на стадії сприйняття, а позитивні допускаються (Malkina-Pykh, Pykh, 2017). В результаті отримується можливість безболісно виражати почуття прийняття світу і самого

себе, але для цього необхідно постійно залучати до себе увагу оточуючих доступними способами. Звідси стають зрозумілі особливості захисного поведінки: демонстративність, егоцентризм, невимушеність у спілкуванні, оптимізм, афектована манера поведінки (Василюк, 1984; Водоп'янова, 2018).

В основі проекції лежить процес, за допомогою якого неусвідомлювані і неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються зовні, приписуються іншим людям і таким чином стають ніби вторинними (Кружкова, Шахматова, 2006). Рідше зустрічається інший вид проекції, при якому значущим особам (частіше з мікросоціального оточення) приписуються позитивні, соціально схвалювані почуття, думки або дії, які здатні піднести власну особистість. Тому необхідно програму надання медико-психологічної допомоги батькам із дітьми, які мають вади розвитку, спрямувати на формування більш зрілих та конструктивних механізмів захисту – компенсації та раціоналізації, підґрунтям для цього є виявлена достатня напруженість цього механізму захисту. Використання конструктивних захистів знижує ризик виникнення конфлікту або його загострення.

Компенсація – це найпізніший і когнітивно складний захисний механізм, який розвивається і використовується, як правило, свідомо. Він призначений для стримування почуття смутку та горя з приводу реальної чи уявної втрати, невідповідності або неповноцінності (Василюк, 1984; Водоп'янова, 2018). Компенсація передбачає спробу виправлення або знаходження заміни цієї неповноцінності. Особливості захисної поведінки припускають установку на серйозну і методичну роботу над собою, знаходження і виправлення своїх недоліків, подолання труднощів, досягнення високих результатів в діяльності, прагнення до оригінальності, схильність до спогадів. При раціоналізації особистість створює логічні обґрунтування своєї або чужої по-



Рис. 6. Результати дослідження копінг-стратегій батьків дітей із вадами розвитку

ведінки, дій або переживань, викликаних причинами, які вона (особа) не може визнати через загрозу втрати самоповаги (Василіук, 1984; Водоп'янова, 2018). При цьому способом захисту нерідко спостерігаються очевидні спроби знизити цінність не досяжного для особистості досвіду. Опинившись в ситуації конфлікту, людина захищає себе від її негативного впливу шляхом зниження значущості для себе та інших причин, що викликали цей конфлікт або психотравматичну ситуацію.

Найбільш яскравим проявом протиріччя (в балах) було виявлення невідповідності між досить слабким позитивним ставленням до дитини і вірою в дитину. Це може бути підтвердженням внутрішньоособистісного рольового конфлікту, тому що важко уявити причини віри в свою дитину без заперечного прийняття її індивідуальності. Тому програма медико-психологічної допомоги має бути спрямована на формування позитивного відношення до дитини. Зменшення відсотка використання неадаптивних форм поведінки від когнітивних до поведінкових копінг-стратегій виявляє тенденцію того, що форми когнітивної переробки та емоційного реагування неадаптаційних форм поведінки знаходять реальне відображення в поведінкових адаптивних формах поведінки. Тобто людина приймає на себе відповідальність та вирішує наявні труднощі та проблеми. Позитивне значення коефіцієнту самопочуття КС в дослідженні ШДЕ К. Ізарда ндуже добре корелюється з переважаючими адаптивними формами поведінки в емоційних копінг-стратегіях (коефіцієнт кореляції Пірсона 7,826), тоді як у когнітивних та поведінкових копінг-стратегіях використання адаптивної поведінки становить лише біля третини.

Значення χ^2 емпіричне в поведінкових стратегіях менше 1, тому що тільки менше 20% батьків використовують неадаптивні форми поведінки. Тобто у поведінкових формах відбувається переробка когнітивного та емоційного досвіду в відповідальний поведінковий.

Виявлення однаково високого зв'язку між показниками загальної напруженості захисту, особистісною тривожністю та посттравматичного стресу ($\chi^2 = 2,77$) доводить наявність прямої кореляції з наяв-

ністю невротичного (рольового) конфлікту. Отже, підтверджується гіпотеза про те, що рольовий конфлікт, який виникає при народженні дитини з вадами розвитку, призводить до формування постстресових порушень у батьків.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Найбільш яскравим проявом протиріччя (в балах) було виявлення невідповідності між досить слабким позитивним ставленням до дитини і вірою в дитину. Це може бути підтвердженням внутрішньоособистісного рольового конфлікту, тому що важко уявити причини віри в свою дитину без заперечного прийняття її індивідуальності.

Виявлення однаково високого зв'язку між показниками загальної напруженості захисту, особистісною тривожністю та посттравматичного стресу ($\chi^2 = 2,77$) доводить наявність прямої кореляції з наявністю невротичного (рольового) конфлікту. Отже, підтверджується гіпотеза про те, що рольовий конфлікт, який виникає при народженні дитини з вадами розвитку, призводить до формування постстресових порушень у батьків.

Необхідно розробити програму надання медико-психологічної допомоги батькам із дітьми, які мають вади розвитку, і спрямувати на формування більш зрілих та конструктивних механізмів захисту – компенсації та раціоналізації, підґрунтям для цього є виявлена достатня напруженість цього механізму захисту.

Програма медико-психологічної допомоги має бути спрямована на формування позитивного батьками дитини з вродженими вадами. Зменшення відсотка використання неадаптивних форм поведінки від когнітивних до поведінкових копінг-стратегій виявляє тенденцію того, що форми когнітивної переробки та емоційного реагування неадаптаційних форм поведінки знаходять реальне відображення в поведінкових адаптивних формах. Тобто людина приймає на себе відповідальність та вирішує наявні труднощі та проблеми.

Рольова поведінка органічно входять у структуру особистості, допомагає краще зрозуміти її сутність, особливості функціонування та життєдіяльності, виробити механізми психотерапевтичного впливу і вирішити цілий ряд інших практичних завдань, що постають перед лікарем-психологом.

Список використаних джерел:

1. Берн Е.Л. За межами ігор та сценаріїв (Beyond Games and Scripts) [укл. Клод М. Штайнер і Кармен Керр] [пер. Ю.І. Герасимчик]. 2-ге вид. 2017. Мн: Попуррі, 464 с. ISBN 978-985-15-0352-6. (Ru)
2. Василіук Ф.Е. Психологія переживання (аналіз преодолення критических ситуацій). Москва : Вид.-во МДУ, 1984. 2000 с.
3. Водоп'янова Н.Є. Стрес-менеджмент 2018. URL: <https://stud.com.ua/124943/psihologiya/stress-menedzhment>.
4. Ромек В., Конторович В., Крукович О. Психологічна допомога в кризових ситуаціях, Вид.-во «Речь», 2004. SBN 5-9268-0247-4
5. Володько В.В. Рольова теорія в сучасній соціологічній перспективі. 2008. URL: <http://www.ukr-socium.org.ua/Arhiv/Stati/2.2008/Pages%20from%2019-33.pdf>.

6. Герберт Блумер Символічний інтеракціонізм. Вид-во «Елементарні форми», 2017. ISBN 978-5-9500244-1-2.
7. Грішина Н.В. Психологія конфлікту. Вид-во Пітер : Класики психології, 2008. ISBN 978-5-388-00183-2 (Ru)
8. Дж. Келлі Психологія особистості. Теорія особистих конструктів, Вид-во «Речь», 2000. ISBN 5-9268-0007-2 (Ru)
9. Жаворонкова Г.В., Скібіцький О.М., Сівашенко Т.В., Туз О.І. Управління конфліктами. Текст лекцій : Навч. посібник, Київ : Кондор, 2018. 170 с.
10. Ірвінг Гофман Уявлення себе іншим у повсякденному житті. Вид-во «Директмедіа Паблішинг», 2007. ISBN 978-5-94865-949-7.
11. Кружкова Е.В., Шахматова Е.Н. Психологические защиты личности: учебн. пособие, Екатеринбург : Изд-во РГППУ, 2006. 153 с.
12. Курт Левин Теория поля в социальных науках. Изд-во «Академический проект». ISBN 978-5-8291-2060-3.
13. Леон Фестингер Теория когнитивного диссонанса, Изд-во «Речь», 2000. ISBN 5-87399-129-4.
14. Леонова А.Б. Комплексна методологія аналізу професійного стресу: від діагностики до профілактики та корекції. *Психологічний журна*. 2004. № 2.
15. Лурія О.Р. Природа людських конфліктів. Об'єктивне вивчення дезорганізації поведінки людини. Вид-во «Когіто-Центр». 2002. ISBN 5-89353-032-2.
16. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Хейма (E. Heim), адаптована в лабораторії клінічної психології психоневрологічного інституту ім. В.М. Бехтерева, під керівництвом д.м.н. професора Л.І. Вассермана. URL: <https://ukrdoc.com.ua/text/16860/index-1.html?page=4>.
17. Миронова Є.Є. Збірник психологічних тестів, Ч. I, Мн: Жіночий Інститут ЕНВІЛА, 2005. С. 16–18.
18. Мід Джон Герберт. Вибране. Вид-во «ІНІОН РАЙ». 2009. ISBN 978-5-248-00476-8.
19. Оліфірович Н.І., Зінкевич-Куземкіна Т.А., Велента Т.Ф. Психологія сімейних криз. Вид-во «Речь», 2006. 360 с.
20. Орбан-Лембрик Л.Е. Психологія управління. 2-ге вид. Київ : Академвидав, 2010. 543 с. ISBN 978-966-8226-89-2.
21. Примут М. Конфліктологія : навч. посібник. Київ : ТОВ «Професіонал», 2006. 237 с.
22. Тарабріна Н.В., Журавльов А.Л., Сергієнко Є.А. та ін. Повсякденний і травматичний стрес: сучасні напрямки досліджень. *Фундаментальні науки-медицині: Тези доповідей*. 2017. С. 1468-1474
23. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: навчально-методичні рекомендації. Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2017. 135 с.
24. Якоб Морено Психодрама, Вид-во «Психотерапія», 2008. ISBN 978-5-903182-39-8.
25. Keane T.M., Caddell, J.M., & Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998. 90 p.
26. Malkina-Pykh I.G., Pykh Yu.A. Generalized multiplicative model for predicting post-traumatic stress disorder after natural disasters: *Theoretical considerations, WIT Transactions on The Built Environment*, Vol. 173. Disaster Management and Human Health Risk V. Reducing Risk, Improving Outcomes, C.A. Brebbia (ed.). Southampton Boston : WIT Press 2017. pp. 79-89. (Ru)

References:

1. Bern, E.L. (2008). Beyond Games and Scripts [incl. Claude M. Steiner and Carmen Kerr] [trans. Yu. I. Gerasimchik], 2nd ed., Mn: Potpourri, 464 pp., ISBN 978-985-15-0352-6. (Ru)
2. Vasilyuk, F.E. (1984). Psychology of experience (analysis of overcoming critical situations). Moscow: MSU Publishing House, 2000 p.
3. Stress Management. Available at: <https://stud.com.ua/124943/psihologiya/stress-menedzhment>.
4. Volodymyr Romek, Viktoriya Kontorovych, Olena Krukovych (2004). Psychological Assistance in Crisis Situations, Rech Publishing House, ISBN 5-9268-0247-4 (Ru)
5. Volodko, V.V. (2008) Role theory in the modern sociological perspective. Available at: <http://www.ukr-socium.org.ua/Arhiv/Stati/2.2008/Pages%20from%2019-33.pdf>.
6. Herbert, Blumer (2017). Symbolic Interactionism, Elementary Forms Publishing House. ISBN 978-5-9500244-1-2 (Ru)
7. Grishina, N.V. (2008) Psychology of Conflict, Peter Publishing House: Classics of Psychology, ISBN 978-5-388-00183-2 (Ru)
8. Kelly, J. (2000), Psychology of personality. Theory of Personal Constructs, Rech Publishing House, ISBN 5-9268-0007-2 (Ru)
9. Zhavoronkova, G.V., Skibitsyky, O.M., Sivashenko, T.V., Ace, O.I. (2018) Conflict Management. Text of lectures: Textbook manual, Kyiv: Condor, 170 p.
10. Irving Hoffman (2007) Imagining Others in Everyday Life, Direct Media Publishing, ISBN 978-5-94865-949-7 (En)
- Kruzhkova, O.V., Shakhmatova, O.N. (2006) Psychological protection of personality: Textbook. Manual, Ekaterinburg: Published by RGPPU, 153 p.
11. Kurt Levin (2017) Field Theory in the Social Sciences. Academic Project Publishing House. ISBN 978-5-8291-2060-3 (Ru)
12. Leon Festinger (2000). Theory of Cognitive Dissonance. Rech Publishing House, ISBN 5-87399-129-4 (Ru)
13. Leonova, A.B. (2004). Complex methodology of occupational stress analysis: from diagnosis to prevention and correction. *Psychological Journal*. Vol. 2.
14. Luria, Alexander Romanovich (2002). The nature of human conflicts. Objective Study of Disorganization of Human Behavior, Cogito Center Publishing House, ISBN 5-89353-032-2 (Ru)
15. Methods of psychological diagnosis of coping mechanisms E. Heim (E. Heim), adapted in the laboratory of clinical psychology of the V.M. Bekhterev Psychoneurological Institute , under the leadership of Dr. M.Sc. Professor LI Wasserman. Available at: <https://ukrdoc.com.ua/text/16860/index-1.html?page=4>.
16. Mironova, Ye.Ye. (2005). Collection of psychological tests, Part I, Mn: Women's Institute ENVILA, P. 16-18.
17. Mead, John Herbert (2009) Favorites. INION PARADISE Publishing House. ISBN 978-5-248-00476-8 (Ru)

18. Olifirovych, N.I., Zinkevich-Kuzemkina, T.A., Velenta, T.F. (2006). Psychology of family crises, Rech Publishing House, 360 p. (Ru)
19. Orban-Lembrik, L.E. (2010). Psychology of management, 2nd ed., Kyiv: Akademydav, 543 pp., ISBN 978-966-8226-89-2.
20. Primut M. (2006). Conflictology: Textbook, Kyiv: TOB "Professional", 237 p.
21. Tarabrina, N.V., Zhuravlyov, A.L., Sergienko, E.A., and others. (2017). Everyday and Traumatic Stress: Contemporary Areas of Research, Basic Science-Medicine: Abstracts, pp. 1468-1474
22. Shebanova, V.I. (2017). Practices of counseling and therapy in crisis situations: educational and methodical recommendations. Kherson: PE Vyshemirsky V.S., 135 p.
23. Jakob Moreno (2008). Psychodrama. Psychotherapy Publishing House. ISBN 978-5-903182-39-8 (Ru)
24. Keane, T.M., Caddell, J.M., & Taylor, K.L. (1998), Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90 p.
25. Malkina-Pykh I.G., Pykh Yu.A. (2017). Generalized multiplicative model for predicting post-traumatic stress disorder after natural disasters: *Theoretical considerations, WIT Transactions on The Built Environment*. Vol. 173. Disaster Management and Human Health Risk V. Reducing Risk, Improving Outcomes, C.A. Brebbia (ed.), Southampton Boston: WIT Press 2017. 79-89 (Ru)

УДК 613.8/17:37:01+27

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-10>

Євген ЧОРНОШТАН

доктор філософії в галузі політології, викладач кафедри соціальної роботи та соціології «ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна, індекс 02000 (Black53253@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5515-0482>

Eugene CHORNOSHTAN

Doctor of Philosophy in the field of Political Science, Lecturer at the Department of Social Work and Sociology, PJSC "Interregional Academy of Personnel Management", st. Frometivska, 2, Kyiv, Ukraine, postal code 02000 (Black53253@gmail.com)

Бібліографічний опис статті: Черноштан Є. Сенс любові як моральної чесноти лікаря-психолога в контексті духовної парадигми православ'я. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 86–91. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-10>

Bibliographic description of the article: Chornoshtan, E. (2021). Sens ljubovi yak moralnoi chesnoty likaria-psykhologa v konteksti dukhovnoi paradyhmy pravoslav'ia [The meaning of love as a moral virtue of a medical psychologist in the context of the spiritual paradigm of Orthodoxy]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 86–91. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-10>

**СЕНС ЛЮБОВІ ЯК МОРАЛЬНОЇ ЧЕСНОТИ ЛІКАРЯ-ПСИХОЛОГА
В КОНТЕКСТІ ДУХОВНОЇ ПАРАДИГМИ ПРАВОСЛАВ'Я**

Анотація. Постановка проблеми. В сучасних умовах інформаційно-технологічного прогресу спостерігається запад суспільної моралі та падіння загальнолюдських цінностей, порушення традиційного інституту сім'ї, що загострює проблему морального виховання підростаючого покоління і, як результат – зростання ризику кризових станів особистості, які потребують медико-психологічного втручання. Тому актуальним є визначення моральних орієнтирів, на які має спиратися лікар-психолог у процесі своєї професійної діяльності, насамперед питання любові до ближнього.

Формулювання мети статті. Метою є визначення особливості розуміння «любові», як морально-етичної основи професійної діяльності лікаря-психолога, з позицій канонічного православ'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тема любові була і є актуальною для всіх часів. Над даною темою замислювалися багато вчених та науковців, серед них: Конфуцій, Платон та Сенека, відомі педагоги – Й. Герберт, Я. Коменський, Дж. Локк, Й. Песталоцці, Ж. Ж. Руссо, а також К. Гельвецій, А. Макаренко, Ф. Прокопович, Г. Сковорода, К. Ушинський, В. Сухомлинський та інші. Особливу увагу слід звернути на праці отців церкви: Іоан Злотоуст, Августин Блаженний, Василій Великий та інші. Серед сучасних учених любов як психологічну категорію досліджували: І. Бех, О. Гай, О. Джура, О. Сухомлинська, К. Чорна, Л. Бабенко, У. Уварова, О. Яковенко та ін.

Матеріали та методи дослідження. В основу методології даної статті було покладено аксіологічне вчення про духовні, моральні, естетичні цінності. Використані наступні методи дослідження: аналітичний, порівняльний, а також богословський, який дозволив осмислити священні тексти християнства.

Виклад основного матеріалу. Поняття «любов» у православній інтерпретації постає водночас і як дар Божий, і як особливий стан душі. На відміну від філософських концепцій любові – ерос, або плотської любові – постає особлива християнська любов, де авторитетом є Бог, у Якому закладені основи любові, доброти, співчуття та миру. На жаль, у наш час відхід від Бога, від розуміння любові як божественного дару, збагачення не духовними, а матеріальними цінностями спричиняють величезні проблеми глобального масштабу, які відбиваються зростанням порушень психологічного здоров'я, агресії, конфліктів, депресії.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Місія лікаря-психолога вбачається, насамперед, в поверненні особистості клієнта до системи справжніх цінностей, серед яких найбільшою, за відомими словами апостола Павла, є любов. Гуманність, милосердя, співчуття, любов до людей – ось та область почуттів і моральних принципів, відкрита християнством, поставлена в основу будови нової культури, що мусить бути основою парадигми професійної діяльності лікаря-психолога.

Ключові слова: християнство, медична психологія, моральні якості лікаря-психолога, любов, милосердя, доброзичливість, щастя, сенс життя.

**THE MEANING OF LOVE AS A MORAL VIRTUE OF A MEDICAL PSYCHOLOGIST
IN THE CONTEXT OF THE SPIRITUAL PARADIGM OF ORTHODOXY**

Abstract. Formulation of the problem. In modern conditions of information and technological progress there is a decline in public morality and the decline of universal values, the violation of the traditional institution of the family, which exacerbates the problem of moral education of the younger generation and, as a result, increases the risk of personal crises. Therefore, it is

important to determine the moral guidelines on which the psychologist should be based in the process of his professional activity, first of all the question of love of neighbor.

Formulation of the purpose of the article. The aim is to determine the peculiarities of understanding "love" as a moral and ethical basis for the professional activity of a psychologist, from the standpoint of canonical Orthodoxy.

Analysis of recent research and publications. The theme of love has been and is relevant for all times. Many scientists and scholars have thought about this topic, among them: Confucius, Plato and Seneca, famous teachers - J. Herbert, J. Comenius, J. Locke, J. Pestalozzi, J. J. Rousseau, as well as K. Helvetius, A. Makarenko, F. Prokopovich, G. Skovoroda, K. Ushinsky, V. Sukhomlinsky and others. Particular attention should be paid to the work of the church fathers: John Chrysostom, St. Augustine, Basil the Great and others. Among modern scientists, love as a psychological category was studied by: I. Bekh, O. Gai, O. Jura, O. Sukhomlynska, K. Chorna, L. Babenko, U. Uvarova, O. Yakovenko, and others.

Materials and methods of research. The methodology of this article was based on the axiological doctrine of spiritual, moral, aesthetic values. The following research methods were used: analytical, comparative, and theological, which allowed to comprehend the sacred texts of Christianity.

Presenting main material. The concept of "love" in the Orthodox interpretation appears both as a gift of God and as a special state of mind. In contrast to the philosophical concepts of love – eros, or carnal love – there is a special Christian love, where the authority is God, in whom the foundations of love, kindness, compassion and peace are laid. Unfortunately, in our time, the departure from God, from the understanding of love as a divine gift, enrichment not with spiritual but with material values cause huge problems on a global scale, which are reflected in the growth of mental health disorders, aggression, conflict, depression.

Conclusions and prospects for further research. The mission of a psychologist is seen, first of all, in the return of the client's personality to the system of true values, among which the greatest, according to the famous words of the Apostle Paul, is love. Humanity, mercy, compassion, love for people - this is the area of feelings and moral principles, opened by Christianity, is the basis for the construction of a new culture, which must be the basis of the paradigm of professional activity of a psychologist.

Key words: Christianity, medical psychology, moral qualities of a psychologist, love, mercy, benevolence, happiness, meaning of life.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день особливо гостро постала проблема кризи суспільної моралі та падіння загальнолюдських цінностей. Особливо це стосується молоді та підростаючого покоління, адже сучасний світ – є світ інформаційно-технологічного прогресу, де не тільки можливо досягти успіху в плані реалізації, а й згубити себе. Головне завдання полягає в тому, де знайти межу? Той важіль який би переважив, направив людину в правильне русло. Зростання ризику кризових станів особистості, які потребують медико-психологічного втручання, робить актуальним визначення моральних орієнтирів, на які має спиратися лікар-психолог у процесі своєї професійної діяльності, насамперед питання любові до ближнього.

Сучасна молодь значну частину часу перебуває у віртуальному світі, відірвана від реалій життя, втрачаючи критичність сприйняття. Реальний світ лякає, а прагнення позбутися внутрішніх страхів робить привабливими фільми жахів, неприйняття оточуючими викликає інтерес до негативних героїв, які наділені злобою, підступністю, заздрістю, а то й жорстокістю. Молодь все частіше віддаляється від таких важливих чеснот, що були притаманні традиційним патріархальним суспільствам, як віра, милість, любов, співчуття, доброзичливість, повага до батьків і т. п. Як наслідок - спостерігається зростання порушень психологічного здоров'я, втрата сенсу життя. До професійних завдань лікаря-психолога відноситься як медико-психологічна допомога таким пацієнтам, психокорекційна робота з їхнім мікросоціальним оточенням, так і психопрофілактичні втручання та психогігієна. Ми досліджуємо в даній роботі поняття, що не включене до стандартних протоколів лікування

пацієнтів, однак без нього жодні зусилля медиків не будуть ефективними, бо це поняття є похідним від Бога, основою всього сущого, його втрата веде до знищення, тоді як здобуття здатне зцілити і душу, і тіло. Це є поняття любові, і далі ми всебічно його розглянемо з точки зору як світської науки, так і, насамперед, богослов'я.

Формулювання мети статті. Метою є визначення особливості розуміння «любові» як морально-етичної основи професійної діяльності лікаря-психолога, з позицій канонічного православ'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Звісно, щоб дати відповідь на питання щодо моральних основ професійної діяльності лікаря-психолога в умовах кризи моралі і свідомості суспільства, потрібно звернутися до першооснов виникнення самої людини, адже основою всього сущого є Любов. Тема любові була і є актуальною для всіх часів. Над даною темою замислювалися як отці церкви, серед яких Іоан Златоуст, Августин Блаженний (Аврелій Августин, 2015), Василь Великий, так і багато інших учених та науковців різних країн та епох, зокрема: Конфуцій, Платон (Мироненко, 2010, Сенека, відомі педагоги – Й. Герберт, Я. Коменський, Дж. Локк, Й. Песталоцці, Ж.Ж. Руссо, а також К. Гельвецій, А. Макаренко, Ф. Прокопович, Г. Сковорода (Григорій Сковорода, 2015), В. Сухомлинський, К. Ушинський та інші.

Серед сучасних учених любов як психологічну категорію досліджували: І. Бех, О. Гай, О. Джура, О. Сухомлинська, К. Чорна, Л. Бабенко, У. Уварова, О. Яковенко та ін. Особливо слід відмітити погляди Ю. Ковальчука (Ковальчук, 2016), який розуміє та ототожнює поняття «любов» виключно у зв'язку з людською екзистенцією, зневільо-

вуючи будь – яке окремого онтологічного статусу любові, де любов визначається як те, що діється між «Я» і «Ти» людського порогу. Між тим, учений Д. Мартишин окреслюючи стан та перспективи розвитку сучасного суспільства, наголошує на необхідності подальшого вивчення проблем соціальної доктрини християнства та морального богослов'я, оскільки сучасна етична проблема та питання щодо впливу релігії на ціннісні основи облаштування сучасного суспільства фундаментально пропрацьовано релігійною етикою і соціальним вченням церкви (Мартишин, 2015). Науковець А. Скляр вважає, що любов спрямована на порятунок як окремої людини, так і всього суспільства в цілому. Християнство проповідує насамперед діяльну любов, спрямовану на вдосконалення світу, на таке його перетворення, де головним є дух любові, милосердя, співчуття (Скляр, 2017).

Матеріали та методи дослідження. В основу методології даної статті було покладено аксіологічне вчення про духовні, моральні, естетичні цінності, їх зв'язок між собою, з соціальними і культурними чинниками та особистістю людини (Киридон, 2016). Використані наступні методи дослідження: аналітичний, порівняльний, а також богословський, який дозволив осмислити священні тексти християнства.

Обмеження дослідження були пов'язані з тим, що воно на даному етапі було суто теоретичним, орієнтовним щодо вибору стратегії подальшого вивчення поняття любові в його практичному значенні професійного міжособистісного спілкування лікарів-психологів.

Етичні аспекти дослідження враховували норми біоетики, деонтології та суспільної толерантності.

В процесі дослідження конфлікту інтересів не було, фінансові питання не виникали.

Виклад основного матеріалу. Незважаючи наплинність часу, зміну історичних подій, епох та століть, поняття «любов» залишається надзвичайно актуальним в житті кожної людини. Розвиток та створення нових технологій, поліпшення матеріальних умов ніколи не принесуть людству радості та спокою душі, якщо в глибині своєї душі вони не будуть відчувати любові. Відповідно до філософського словника: «Любов – це задоволення, породжуване речами, живими істотами або особами» (Шинкарук, 2016). Дане твердження ґрунтується на тому, що любов приносить лише задоволення. У свою чергу, задоволення – це позитивно забарвлена емоція, що стверджує вдовolenня однієї або кількох проблем. Слід зауважити та погодитися з даним твердженням, що любов – це задоволення. Однак задоволення – це більш твердження, яке можна віднести до егоїзму, і в сучасному світі, на жаль, люди нерідко обмежують-

ся даною тезою. Як наслідок всього цього, на сьогоднішній день маємо розлучення, війни, людські страждання. Напевно, відповідь криється в тому, що любов сприймають та використовують, перш за все, як задоволення власних потреб.

За останні роки, науковцями було здійснено чимало опитувань серед молоді стосовно ставлення і розуміння поняття «любов». До прикладу, згідно з дослідженнями О. Екимчик, уявлення дівчат про кохання є більш диференційованими і більшою мірою асоціюються з прив'язаністю, емоційністю, турботою один про одного. Як правило, така любов проявляється у вигляді флірту, в процесі спілкування. А от у чоловіків, любов проявляється набагато простіше та раціоналістичніше (Екимчик, 2017). За результатами наукових досліджень (Стрижова, Лупандін, 2011), у чоловіків і жінок юнацького віку виявлено і відмінності у конативному компоненті романтичних взаємин. При цьому, провідним типом любові і у чоловіків, і у жінок є любов-сторге (прив'язаності, дружби).

Однак у пізньому юнацькому віці суб'єктивна значущість сторге, любові-дружби, знижується. Менш значущою стає і стратегія агапе – жертвовної любові. При цьому, у чоловіків зростає значущість прагми – егоїстичного кохання, а у жінок – манії, надмірної захопленості особистості проблемами романтичних взаємин (Екимчик, 2017).

А от Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) любов (вірніше закоханість) взагалі включено до переліку психічних відхилень за типом залежності, на кшталт алкоголізму, kleptomанії й токсикоманії, тому що любов спричиняє занепокоєння, безсоння, переривчастий сон, головні болі (Соболев, 2018). Виникає запитання: чи насправді це так? Якщо розглянути етимологію поняття «любов», то стане зрозуміло, що воно позначає не лише потребу, прив'язаність чи задоволення, але й повагу, шану (Гаплевська, 2006).

Поняття «любов», на нашу думку, найглибше розкривається в християнському віровченні, де джерелом любові є Господь. У Євангеліє зазначається, що любов є виток і першоосновою всіх благ: «По тому пізнають усі, – говорить Господь, – що ви учні мої» (Ін.13, 35). Саме любов є тою основою, на якій тримається світ. Любов – це насамперед жертвовність, і вона понад усе: «Любов всього і є глава всіх благ: хоч і пророцтва припиняться, і мови замовкнуть, і знання скасується ... перебувають три: віра, надія, любов; але любов із них більше» (1 Кор.19, 8, 13). Аналізуючи дане твердження, потрібно звернути увагу на те, що в ньому любов постає загальним світовим законом. Як зазначає св Іоанн Златоуст, «Не потрібно нам ні труди, ні подвигів, якщо ми любимо один одного, – це шлях, який сам собою веде до основних моральних чеснот» (Іоанн Златоуст, 2006).

В основі християнського вчення – любов (агапе) постає як всеосяжна Божа любов. Саме вона є сутністю і милістю Господа. Любов людини до Бога складається з його любові до самого себе і любові до інших людей. Прикладом тому є типовий християнський вислів апостола Павла, до Галатів: «Люби ближнього свого, як самого себе» (Біблія: Новий Заповіт, Послання св. Апостола Павла до Галатів, 1988). В цьому вислові криється вся сутність християнської любові, яка закликає любити не тільки друзів, родичів, а й ворогів своїх. Сам Бог подав людям приклад нескінченної і рятівної любові, і Новий Заповіт, а за ним і християнські мислителі протягом всієї історії християнства невинно закликають людей до наслідування божественної любові. «Отже, будьте наслідувачами Богові, як улюблені діти, і поведіться в любові, як і Христос полюбив вас, і видав за нас Самого Себе, як дар і жертву Богові на приємні пахощі» (Біблія: Новий Заповіт, Послання св. Апостола Павла до Ефесян, 1988). Якщо заглиблюватися і порівнювати Старий і Новий Заповіти то чітко простежується пояснення агапічної любові в Новому заповіді. Де полюбити Бога можна лише тоді, коли полюбиш ближнього свого. На тайній вечері Господь тричі сконцентрує свою увагу саме на цьому: «Нову заповідь Я вам даю: Любіть один одного! Як Я вас полюбив, так любіть один одного й ви!» (Біблія: Новий Заповіт, 1988).

В більшості монотеїстичних релігій – ісламу, іудаїзму, а також віровченні буддизму – пропагується любов лише до однодумців. Християнство ж відрізняється тим, що проповідує любов до всіх людей, незалежно від віросповідання, національностей чи політичної приналежності. Сам Ісус Христос зазначає: «І язичники люблять тих, хто їх любить. А я кажу вам – любіть ворогів ваших. Не проклинайте, а любіть і благословляйте їх» (Біблія: Новий Заповіт, 1988). Тобто християнська любов відрізняється від звичайного розуміння любові в побутовому сенсі цього феномену. Оскільки для плотського життя любов – це піклування та прояв її до своїх близьких, родичів, друзів, а в християнстві поняття любові є всеосяжним, тобто любов, яка є проявом благодаті, потрібно проявляти до всіх людей. Для того щоб відчувати цю благодать, потрібно злитися з Богом через Його Церкву, а також подавляти свої пристрасті, такі як: гординю, блуд, ненависть, брехню і т.п. Любов – це внутрішній духовний світ кожної людини.

До прикладу, в стародавній Греції поняття «любов» розуміли в трьох значеннях: ерос, філіос і агапе: ерос – любов плотська, філіос – любов до батьківщини, агапе – це найвища, жертвна ступінь любові, коли той, хто любить, готовий померти за того, кого любить. В цьому контексті цікавими виявляються погляди Платона щодо любові – еросу. Філософ вирізняє два поняття: «гімерос» – що означає потяг, жагу, та «потос» – любовна жага (Миро-

ненко, 2011). Ці поняття близькі за значенням щодо поняття «ерос», фактично вони – його синоніми. По суті, це піднесені відносини, в яких партнери знаходяться разом через глибокі почуття один до одного. Такі почуття абсолютно безкорисливі і позбавлені очікування майбутньої вигоди. Також цими людьми рухає зовсім не пристрасть, а більш високі мотиви, тому тут не важлива сексуальна близькість.

Якромантикідеаліст Платон вірив, що після створення світу Богом, душі людей розділяються. З тих пір кожна душа страждає від втрати і шукає свою половинку. Ця теорія лежить в основі вчення про душевну близьку та про значення любові як потреби кожної людини знайти споріднену душу. Під любов'ю мається на увазі повернення втраченої єдності, гармонії протилежності, половинки, якої не вистачає (Мироненко, 2011). Тобто, якщо для стародавніх греків любов розглядалася у певних вузьких значеннях, то для християнина це значення значно ширше, оскільки додаються ще кілька характеристик: вірність, чесність, чистота почуттів. Тобто, якщо двоє людей, які люблять один одного, готові пожертвувати собою заради іншого, вірні й чесні один перед одним, а також у помислах, значить, це і є християнська любов. Стародавні греки розуміли поняття «любов» як суто земне, тоді як для християнина вона є божественна, тобто Божа любов. Слід нагадати думки Августина Блаженного, який розвивав ідею агапічної любові. Він зазначав, що: «Позаяк чеснота веде нас до блаженного життя, вона є ніщо інше, як найвища любов до Бога» (Аврелій Августин, 2015). Тобто Августин серед всіх різновидів любові, найбільшу перевагу віддавав агапічній любові, яку заповідав сам Господь, Його Творіння були створені з любов'ю, тому можлива любов тільки в Богові. Ревність богослова по душам людським заключалася в тому, щоб переконати і споглянуть на красу Бога і полюбити Його. «Якщо ви любите душі людські, любите їх у Бозі... і наводьте якнайбільше їх до Нього». «Ти Сам, Боже, є їхньою радістю. Щастя в тому, щоб радіти в Тобі і для Тебе, і через Тебе. Це і є справжнє щастя, і немає більше жодного іншого» (Аврелій Августин, 2015). Цікаву позицію по даному питанню висловив святий Василій Великий, який вважав, що через любов до Бога можна здобути успіх у любові до ближнього, а через любов до ближнього знов повернутися до любові до Бога (Василій великий, 2007); хто любить Бога, той любить і ближнього. Господь сказав: «Хто любить Мене, той держатиме слово Моє» (Біблія: Новий Заповіт, 1988).

Цілком очевидним і зрозумілим є той факт, що все живе на землі було створено з любов'ю і для любові. І Господь постає її джерелом. Тому доцільним буде зазначити, що любов є найперша християнська чеснота, і також виявлення дару Святого Духа. Апостол

Павло говорить про любов в контексті інших духовних дарів на називає її найдосконалішим даром, який ніколи не перестає (Біблія, Новий Заповіт. Полання апостола Павла до Коринтян, 1988). Дійсно, справжня любов, завжди надихає людину, сповнює її новими емоціями, робить її сильнішою, наділяє її здатністю творити щось нове та вдосконалюватися.

Доцільним буде пригадати аксіологічні роздуми українського філософа та мислителя Г. Сковороди, творча спадщина якого пронизана проблемами любові, радості та щастя. У своїх численних творах мислитель розкриває концепцію любові, яка заключається у занятті улюбленою справою, що приносить втіху: «Хто по-справжньому що-небудь любить, той, доки любимий предмет з ним, не відчуває, здається, від цього особливого задоволення, але як тільки предмета не стане, як він вже переживає найжорстокіші любовні муки. Чому це? Тому що коли не любити всією душею корисних наук, то всякий труд буде марним» (Григорій Сковорода, 2011). Як бачимо, слова філософа звучать вельми сучасно й тісно переплітаються не лише із ідеями християнських теологів, але й з проблемою професійної етики, яка має бути провідною компетенцією лікарів. Медичні психологи мають усвідомлювати, що фармакотерапія може полегшити симптом, алевилікувати хвору душу можливо лише завдяки любові. В нинішньому прагматичному світі любов знецінюється, її не вистачає. Вимушене дотримання соціальної дистанції в зв'язку з пандемією

ще більше віддаляє людей один від одного. І в цій складній реалії на лікарів-психологів покладається майже рівноапостольна місія – зігрівати душі, примножувати любов, що робить морально-етичний аспект професійної діяльності медичних психологів найважливішою фаховою компетенцією.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отже, розглянувши поняття «любові» в православній інтерпретації, слід зробити певні узагальнення. З одного боку, любов постає як дар Божий, і з іншого, як особливий стан душі. На відміну від філософських концепцій любові – ерос, або плотської любові, постає особлива християнська любов, де авторитетом є Бог. Саме в Ньому закладені основи любові, доброти, співчуття та миру.

Місія лікаря-психолога вбачається насамперед в поверненні особистості клієнта до системи справжніх цінностей, серед яких найбільшою, за відомими словами апостола Павла, є любов. Гуманність, милосердя, співчуття, любов до людей – ось та область почуттів і моральних принципів, відкрита християнством, поставлена в основу будови нової культури, що мусить бути основою парадигми професійної діяльності лікаря-психолога.

Наше дослідження є суто теоретичним, однак це лише перший його етап. Надалі планується провести ґрунтовне емпіричне вивчення розуміння поняття любові лікарями-психологами і того значення, яке вона має у їхній професійній діяльності, в порівнянні з аналогічним опитуванням пацієнтів.

Список використаних джерел:

1. Аврелій Августин – книги і біографія (2015). URL: https://www.yakaboo.ua/ua/author/view/Avrelij_Avgustin/.
2. Біблія або Книги Святого письма Старого і Нового Заповіту (1988), Іван Огієнко (пер.). URL: <http://www.my-bible.info/biblio/ukrainskaya-bibliya/poslanie-k-galatam.html>.
3. Василій Великий Морально-аскетичні твори (Пер. з давньогрецьк. Л. Звонської), Львів : Свічадо, 2007. 380 с. (серія: Джерела Християнського Сходу). ISBN 978-966-395-082-2 (Ru).
4. Шинкарук В. Філософський словник. URL: https://chtyvo.org.ua/authors/Shynkaruk_Volodymyr/Filosofskiy_entsyklopedychnyi_slovnuk/.
5. Гаплевська О.І. До етимології поняття любов. *Гуманітарний часопис*. 2006. URL: [file:///C:/Users/BB3F~1/AppData/Local/Temp/gumc_2006_1_11\(1\).pdf](file:///C:/Users/BB3F~1/AppData/Local/Temp/gumc_2006_1_11(1).pdf).
6. Григорій Сковорода. Повна академічна збірка творів [ред. Леонід Ушкалов]. Харків-Едмонтон-Торонто : Майдан ; Вид-во Канадського Інституту Українських Студій, 1399 с.
7. Єкимчик О.А. Психологія любові у відношеннях чоловіка та жінки: методи психологічної діагностики, Кострома : КДУ, 72 с. ISBN: 978-5-8275-0859-4.
8. Іоанн Златоус Повне зібрання творів (у 12 книгах), SBN: 5-98891-035-1.
9. Киридон А.М. та ін. Аксіологія. *Велика українська енциклопедія*. Т. 1 : А-Акц. 592 с. ISBN 978-617-7238-39-2/
10. Ковальчук Ю.В. Інтерпретація «Іншого» у концепції любові Ж.-П. Сартра. *Збірник тез Міжнар. науково-практичної конференції «Роль суспільних наук у процесі розвитку суспільства в умовах сьогодення»* (м. Дніпро, 16-17 вересня 2016 року). Дніпро, 2016. С. 53–55
11. Мартишин Д.С. Введення в соціальне служіння Православної Церкви: навчальний посібник. Київ : Видавництво Ліра-К, 2015. 198 с.
12. Мартишин Д.С. Основи християнської есхатології: навчальний посібник. Київ : Видавництво Ліра-К, 2015. 124 с.
13. Мироненко О. Платон Афіньський. Політична енциклопедія, ред. Ю. Левенець, Ю. Шаповал. Київ : Парламентське видавництво, 2011. 558 с. ISBN 978-966-611-818-2.
14. Соболев О. Любов як морально-правова категорія приватного права, *Цивільне право і процес*. 2018. № 12. С. 75–79.

15. Скляр А.В. Сотеріологічна сутність любові в філософії Вол. Соловйова як важлива складова східно-православної духовної традиції, *Соціально-гуманітарні науки та сучасні виклики. Матеріали II Всеукраїнської наукової конференції. 26–27 травня 2017 р., м. Дніпро. Частина I*, [ред. О. Ю. Висоцький]. Дніпро : СПД «Охотнік». С. 161–163.
16. Скворода Г.С. Твори у двох томах. Т. 2. Київ : АН УРСР, 1961. 623 с.
17. Стрижова Є.Н., Лупандін В.І. Уявлення про любов у чоловіків і жінок різного віку. Чи існує конфлікт поколінь? *Вісник Уральського державного університету. С. 1. Проблеми освіти, науки та культури*. 2011. Т. 2, Вип. 89, С. 207–214.

References:

1. Aurelius Augustine - books and biography (2015). Retrieved from: https://www.yakaboo.ua/ua/author/view/Avrelij_Avgustin/
2. Bible or Books of the Holy Scriptures of the Old and New Testaments (1988), Ivan Ogienko (trans.). Retrieved from: <http://www.my-bible.info/biblio/ukrainskaya-bibliya/poslanie-k-galatam.html>.
3. Vasily the Great (2007). Moral and ascetic works (Translated from the ancient Greek by L. Zvonska). Lviv: Svichado, 2007. 380 p. (series: Sources of the Christian East), ISBN 978-966-395-082-2.
4. Volodymyr Shinkaruk (2016), Philosophical Dictionary [Electronic resource]. Retrieved from: https://chtyvo.org.ua/authors/Shynkaruk_Volodymyr/Filosofskiy_entsyklopedychnyi_slovyk/.
5. Gaplevska, O.I. (2006). On the etymology of the concept of love, Humanitarian Journal. Retrieved from: file:///C:/Users/BB3F~1/AppData/Local/Temp/gumc_2006_1_11.pdf.
6. Hryhoriy Skovoroda (2011). Complete academic collection of works [ed. Leonid Ushkalov]. Kharkiv-Edmonton-Toronto: Maidan; Published by the Canadian Institute of Ukrainian Studies, 1399 p.
7. Yekimchuk, O.A. (2017). Psychology of love in the relationship between man and woman: methods of psychological diagnosis, Kostroma: KSU, 72 pp., ISBN: 978-5-8275-0859-4.
8. John Chrysostom (2006). Complete Works (in 12 books). SBN: 5-98891-035-1.
9. Kiridon, A.M. and others. (2016). Axiology. Great Ukrainian Encyclopedia. Vol. 1 : A-Akts. 592 p. ISBN 978-617-7238-39-2 /
10. Kovalchuk Yu.V. (2016). Interpretation of the "Other" in the concept of love J.-P. Sartre. Collection of abstracts International. scientific-practical conference "The role of social sciences in the development of society in today's conditions" (Dnipro, September 16–17, 2016). Dnipro. P. 53–55
11. Martyshyn D.S. (2015). Vvedennia v sotsialne sluzhennia Pravoslavnoi Tserkvi: navchalnyi posibnyk [Introduction to the social service of the Orthodox Church: textbook]. Kyiv: Lira-K Publishing House. 198 p. (Ru)
12. Martyshyn D.S. Osnovy hrystyanskoï eschatologii: navchalnyi posibnyk / DS Martyshyn. - Kyiv: Lira-K Publishing House, 2015. - 124 p.) Ru)
13. Mironenko, O. (2011). Platon of Athens, Political Encyclopedia, ed. Yu. Levenets, Yu. Shapoval, Kyiv: Parliamentary Publishing House, 558 pp. ISBN 978-966-611-818-2.
14. Sobolev A. (2018). Love as a moral and legal category of private law, Civil law and process, № 12, pp. 75-79).
15. Sklyar A.V. (2017), Soteriological essence of love in the philosophy of Vol. Solovyov as an important component of the Eastern Orthodox spiritual tradition, social sciences and humanities and modern challenges. Proceedings of the II All-Ukrainian Scientific Conference. May 26-27, 2017, Dnipro. Part I, [ed. O. Yu. Vysotsky], Dnipro: SPD "Hunter", P. 161-163.
16. Skovoroda G.S. (1961). Works in two volumes. Vol. 2. Kyiv: AN URSR, 623 p. Strizhova, EN, Lupandin, VI (2011), The idea of love in men and women of different ages. Is there a generational conflict ?, Bulletin of the Ural State University. P. 1, Problems of education, science and culture, Vol.2, Vol. 89, pp. 207-214.

ФАРМАЦІЯ, ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ

УДК 615.2:616.89

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-11>

Христина ЖИВАГО

кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, директор клініки «Медична практика», бульв. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, індекс 01001 (kristinazhyvago@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4857-1924>

Khrystyna ZHYVANO

PhD MD, Assistant at the Department of Psychiatry, Bogomolets National Medical University, Director of the Clinic "Medical Practice", 13 Tarasa Shevchenka Blvd., Kyiv, Ukraine, postal code 01001 (kristinazhyvago@gmail.com)

Бібліографічний опис статті: Живаго Х. Застосування психотропних препаратів у комплексі заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії з депресивною симптоматикою. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 92–101. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-11>

Bibliographic description of the article: Zhyvaho, Kh. (2021). Zastosuvannia psykhotropnykh preparativ u kompleksi zakhodiv medyko-sotsialnoi reabilitatsii khvorykh na paranoidnu formu shyzofrenii z depresyvnoiu symptomatykoiu [The use of psychotropic drugs in the complex of measures of medical and social rehabilitation of patients with paranoid form of schizophrenia with depressive symptoms]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 92–101. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-11>

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ З ДЕПРЕСИВНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ

Анотація. Постановка проблеми. Депресивна симптоматика при шизофренії зустрічається досить часто, тому актуальною проблемою є розробка комплексних підходів до лікування та реабілітації таких пацієнтів.

Формулювання мети дослідження. Мета – проаналізувати ефективність використання психотропних препаратів у комплексі лікувально-реабілітаційних заходів при параноїдній шизофренії з депресивною симптоматикою.

Огляд літератури. Захворювання на шизофренію вирізняється значними соціальними наслідками, що спричиняє їх соціальну дезадаптацію та негативно впливає на якість життя як самих пацієнтів, так і їх мікросоціального оточення. Щодо медикаментозної терапії хворих на шизофренію при наявності депресивної симптоматики, досі немає єдиної думки серед фахівців щодо схем лікування.

Матеріали та методи дослідження. В процесі дослідження використовувалися методи: клініко-анамнестичний (для оцінки даних анамнеза життя, хвороби, біографічних відомостей), клініко-психопатологічний (для оцінки стану хворих, визначення особливостей клінічної картини та перебігу захворювання, динаміки патологічних змін психіки на основі діагностичних критеріїв МКХ-10), патопсихологічний, математичної статистики.

Виклад основного матеріалу. Розроблений нами комплекс заходів медико-соціальної реабілітації для хворих на параноїдну форму шизофренії вміщував медикаментозне лікування з урахуванням депресивної симптоматики, особливостей соціального функціонування та якості життя цього контингенту пацієнтів. Результати нашого дослідження показали, що тривалість періоду ремісії та настання екзацербції захворювання з розвитком симптомів депресії залежить від того, як довго хворі приймають підтримуючу терапію. Зниження тривалості прийому підтримуючої терапії сприяє скороченню ремісії та підвищенню частоти регоспіталізацій, що сприяє формуванню госпіталізму, знижує можливість для реадaptaції пацієнтів у соціумі, призводить до обважнення перебігу хвороби та розвитку її депресивного компоненту. Запропонований нами комплекс реабілітації орієнтований на потреби хворих із депресією при шизофренії показав позитивні результати, які відображені у динаміці змін фактору тривоги та депресії шкали PANSS через 12 місяців катamnестичного спостереження.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Розроблений та впроваджений в результаті нашого дослідження комплекс заходів медико-соціальної реабілітації сприяє підвищенню комплайенсу із збільшенням тривалості прийому підтримуючої терапії, що впливає на тривалість ремісії, покращення реадaptaції пацієнтів у соціумі, підвищення їх працездатності, працевлаштування, зниження рівня інвалідності. Вчасний початок комплексної медико-соціальної реабілітації, яка вміщує медикаментозну терапію з урахуванням особливостей депресивної симптоматики при параноїдній формі шизофренії, сприяє збереженню професійного рівня та працездатності таких хворих, що забезпечує вищий рівень їх соціального функціонування та якості життя.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, депресивна симптоматика, медикаментозне лікування, медико-соціальна реабілітація, якість життя.

THE USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN THE COMPLEX OF MEASURES OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

Abstract. Formulation of the problem. Depressive symptoms in schizophrenia are quite common, so the urgent problem is to develop comprehensive approaches to the treatment and rehabilitation of such patients.

Formulation of the purpose of the study. The goal is to analyze the effectiveness of the use of psychotropic drugs in the complex of treatment and rehabilitation measures for paranoid schizophrenia with depressive symptoms.

Literature review. Schizophrenia has significant social consequences, which causes their social maladaptation and negatively affects the quality of life of both patients and their microsocial environment. There is still no consensus among drug experts on the treatment of patients with schizophrenia in the presence of depressive symptoms.

Materials and methods of research. The study used methods: clinical and anamnestic (to assess the history of life, disease, biographical information), clinical and psychopathological (to assess the condition of patients, determine the clinical picture and course of the disease, the dynamics of pathological changes in the psyche based on diagnostic criteria ICD-10), pathopsychological, mathematical statistics.

Presenting main material. The complex of medical and social rehabilitation measures developed by us for patients with paranoid form of schizophrenia included medical treatment taking into account depressive symptoms, peculiarities of social functioning and quality of life of this group of patients. The results of our study showed that the length of remission and exacerbation of the disease with the development of symptoms of depression depends on how long patients take maintenance therapy. Reducing the duration of maintenance therapy reduces remission and increases the frequency of rehospitalizations, which contributes to the formation of hospitalization, reduces the opportunities for readaptation of patients in society, leads to aggravation of the disease and the development of its depressive component. Our proposed rehabilitation complex focused on the needs of patients with depression in schizophrenia showed positive results, which are reflected in the dynamics of changes in the anxiety factor and depression of the PANSS scale after 12 months of follow-up.

Conclusions and prospects for further research. Developed and implemented as a result of our study, a set of medical and social rehabilitation measures helps to increase compliance with increasing duration of maintenance therapy, which affects the duration of remission, improving readaptation of patients in society, improving their ability to work, employment, disability. Timely start of comprehensive medical and social rehabilitation, which includes drug therapy taking into account the peculiarities of depressive symptoms in paranoid form of schizophrenia, helps to maintain the professional level and efficiency of such patients, ensuring a higher level of social functioning and quality of life.

Key words: paranoid schizophrenia, depressive symptoms, drug treatment, medical and social rehabilitation, quality of life.

Вступ. Постановка проблеми. Депресивна симптоматика при шизофренії зустрічається досить часто й асоціюється з продуктивними розладами (Гаврилова О. К., Шевченко В. А., Загієв В. В., Шмуклер А. Б., 2006; Напреєнко О. К., Процик В. О., Пампуха Л. С., 2006). При цьому головною проблемою перебігу шизофренії є втрата хворими соціальної активності, наростання негативних симптомів, що знижує їхню якість життя (Жукова О. О., Кром І. Л., 2011; Данилов Д. С., 2014). Тому актуальною проблемою є розробка комплексних підходів до лікування та реабілітації пацієнтів, хворих на шизофренію, які б забезпечували покращення соціального функціонування та якості життя, сприяли нормалізації не лише когнітивної, але й емоційної сфери пацієнтів (Мішиєв В. Д., 2010; Напреєнко, О. К., Зільберблат, Г. М., Іващенко, Н. Є., 2012; Данилов Д. С., 2014; Ceskova, E., & Silhan, P., 2018).

Формулювання мети дослідження. Мета – проаналізувати ефективність використання психотропних препаратів у комплексі лікувально-реабілітаційних заходів при параноїдній шизофренії з депресивною симптоматикою.

Огляд літератури. Захворювання на шизофренію вирізняється значними соціальними наслідками, такими як порушення комунікації хворих, що спричиняє їх соціальну дезадаптацію та негативно впливає на якість життя як самих пацієнтів, так і їх мікросоціального оточення (Cramer J., Rosenheck R.,

Xu W., et al., 2000; Гаврилова О. К., Шевченко В. А., Загієв В. В., Шмуклер А. Б., 2006; Жукова О. О., Кром І. Л., 2011; Cichocki Ł., Cechnicki A., Franczyk-Glita J., et al., 2015). При цьому, соціальні втрати та соціальне зниження спостерігаються на всіх етапах протікання хвороби, від фази продрому та першої маніфестації захворювання до активного перебігу процесу та в резидуальних станах, що є основою інвалідизації пацієнтів (Абрамов В. А., Денисов Є. М., Ряполова Т. Л. та ін., 2008; Венгер О. П., Мисула Ю. І., 2012). Соціальна ізоляція, відчуття своєї непотрібності вкупі з галюцинаторно-маячною симптоматикою спричиняють появу страхів, розвиток тривожно-депресивної симптоматики, важких і затяжних депресивних розладів (Напреєнко О. К., Процик В. О., Пампуха Л. С., 2006). Слід зауважити, що депресія розвивається в хворих на шизофренію на тлі загального емоційного збіднення, що ускладнює як діагностику, так і лікування таких симптомокомплексів (Krynicky, C. R., Urthegrove, R., Deakin, J. F. W., & Barnes, T. R., 2018; Lambert, C., Da Silva, S., Ceniti, A. K., et al., 2018).

Серед форм параноїдної шизофренії з симптомами депресії вітчизняні автори (Напреєнко, О. К., Зільберблат, Г. М., Іващенко, Н. Є., 2012) вирізняють «параноїдну депресію» (депресивно-параноїдний синдром) з переважанням ідей самозвинувачування, «сенесто-іпохондричну» та «депресоналізаційну» форми депресії. Також депресії при шизофренії кваліфікують в

залежності від динаміки психотичної симптоматики, зокрема вирізняючи: депресії, що розвиваються поза психотичним нападом; продромальні депресії; депресії при гострому психотичному нападі; ранні постпсихотичні депресії (виникають у перші 6 місяців після гострого психотичного епізоду); пізні постпсихотичні депресії (тривають понад 6 місяців після гострого епізоду); вторинні депресії (можуть розвиватися внаслідок специфічної медикаментозної терапії).

В перебігу депресій при шизофренії вирізняють початковий етап, етап розгорнутої клінічної картини та етап зворотнього розвитку (Живаго Х. С., 2016). Прояви депресивного синдрому у пацієнтів, хворих на шизофренію, залежать також від перебігу шизофренічного процесу. Так, для депресій при безперервному типі перебігу параноїдної шизофренії притаманні психомоторна загальмованість, безпомічність, відчуття безпорадності, безнадія, суїцидальні думки (Zisook, S., Kasckow, J. W., Lanouette, N. M., et al., 2010).

Прогредієнтність шизофренічної симптоматики супроводжується формуванням симптомокомплексу, що характеризується поєднанням афективних і негативних проявів (Foti, D., Novak, K. D., Hill, K. E., & Oumeziane, B. A., 2018; Musliner, K. L., Mortensen, P. B., McGrath, J. J., et al., 2019; Kalin, N. H., 2021). Так, вирізняють апатичні депресії, що проявляються своєрідним інтелектуальним гальмуванням із зниженням темпу психічних процесів, збідненням змісту мислення, пригніченням плинності уявлень, нівелюванням потягів, і астеничні депресії, при яких загальні симптоми визначаються явищами аутохтонної астенії з відчуженням почуттів і власної активності, анергією, зниженням витривалості до інтелектуальних і фізичних навантажень, редукцією енергетичного потенціалу. Явище астеничного аутизму вирізняється обмеженням соціальних контактів на тлі підвищеної вразливості і втомлюваності.

Щодо медикаментозної терапії хворих на шизофренію при наявності депресивної симптоматики, досі немає єдиної думки серед фахівців щодо доцільності поєднання антипсихотиків із антидепресантами. Одні учені доводять, що в разі гострого психотичного епізоду комбіноване лікування є менш ефективним, ніж монотерапія традиційними нейролептиками, і попереджають про ризик ексацерації деяких психотичних симптомів у таких випадках. Інші дослідники, навпаки, вказують на позитивний вплив комбінованої терапії при наявності депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію (Маляров С. А., Блажевич Ю. А., 2006; Венгер О. П., Мисула Ю. І., 2008; Скрипніков А. М., Шиндер В. В., 2010; Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Шиндер В. В., 2010; Abbasi S. H., Behpournia H., Ghoreishi A., et al., 2010; Ceskova, E., & Silhan, P., 2018; Peng, S., Li, W., Lv, L., Zhang, Z., & Zhan, X. 2018; Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., et al., 2019; Gannon, J. M., Brar, J., Rai, A., & Chengappa, K. R., 2019).

Матеріали та методи дослідження. Методологія дослідження базувалася на цілісному біопсихосоціальному розумінні людини, єдності фізичного та психічного (Оруджев Н. Я., Тараканова Є. А., 2010). В процесі дослідження використовувалися методи: клініко-анамнестичний (для оцінки даних анамнеза життя, хвороби, біографічних відомостей), клініко-психопатологічний (для оцінки стану хворих, визначення особливостей клінічної картини та перебігу захворювання, динаміки патологічних змін психіки на основі діагностичних критеріїв МКХ-10), патопсихологічний, математичної статистики.

Для діагностики та динаміки депресивних симптомів ми використовували шкали депресії (HRDS) та тривоги (HARS) Гамільтона. Якість життя досліджуваних пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальника для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих І.Я.Гуровича, А.Б. Шмуклера та опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я, спеціальний модуль для хворих ендегенними психозами (ВОЗКЖ-СМ).

Шкала депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS) дозволяє оцінити ступінь виразності депресії та її динаміку в процесі психофармакотерапії, що робить HDRS «золотим стандартом» при оцінці клінічного профілю дії антидепресантів. Сумарний бал: 0-7 – норма; 8-13 – легкий ступінь депресії; 14-18 – депресивна симптоматика середнього ступеню тяжкості; 19-22 – депресивна симптоматика важкого ступеню; більше 23 – вкрай важкий ступінь виразності депресивної симптоматики. Шкала тривоги Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) дозволяє швидко та якісно оцінити виразність тривожних розладів в широкому діапазоні, має високу стабільність та валідність. Сумарний бал знаходиться в інтервалі від 0 до 56: 0-17 – відсутність тривожного стану; 18-24 – симптоми тривоги; 25 і більше – тривожний стан.

Опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих, розроблений І.Я.Гуровичем та А.Б. Шмуклером в 1994 р., має якісний характер і вміщує об'єктивні характеристики соціального статусу пацієнта (професія, відповідність роботи отриманій освіті, наявність чи відсутність групи інвалідності, тощо), його функціонування (частота змін місць роботи, їх причина) та суб'єктивну оцінку, тобто задоволеність хворого відповідною сферою життя. Показники оцінюються в балах від 0 (відносно задовільний рівень функціонування) до 4 (вкрай низький рівень функціонування).

Опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я, спеціальний модуль для хворих ендегенними психозами (ВОЗКЖ-СМ) – суб'єктивна тестова методика для оцінки якості життя в специфічних для психічно хворих сферах життя, що скла-

дається з 57 питань, які об'єднано в 13 субсфер: субсфера «позитивні емоції» (досліджує об'єм позитивних почуттів (щастя, радість, гармонія, надія), думки та почуття особи відносно свого власного майбутнього; субсфера «пізнавальні функції» (оцінює думку людини про власне мислення, спроможність засвоїти нові навички та інформацію, здатність до концентрації уваги та прийняття рішень); субсфера «негативні емоції» (досліджує силу негативних переживань та їх вплив на повсякденне функціонування індивіда); субсфера «здатність виконувати щоденні справи» (досліджує здатність людини виконувати свої звичайні щоденні справи); субсфера «здатність працювати» (досліджує використання індивідом власної енергії для здійснення діяльності); субсфера «особисті стосунки» (досліджує ступінь відчуття дружелюбності, любові та підтримки); субсфера «практична соціальна підтримка» (досліджує, в якій мірі індивід відчуває підтримку, полегшення та можливість отримати практичну допомогу від родини та друзів); субсфера «можливості для відпочинку та розваг та їх використання» (досліджує можливості та схильність індивіда приймати участь у проведенні дозвілля, розваг та відпочинку); субсфера «емоційна неадекватність» (оцінює ступінь відповідності реальних та бажаних переживань пацієнтів); субсфера «орієнтування в собі та навколишній дійсності» (досліджує спроможність пацієнта орієнтуватись в навколишньому просторі та реальних обставинах); субсфера «переживання, пов'язані зі спілкуванням» (вивчає здатність індивіда підтримувати контакт та спілкуватись з оточуючими); субсфера «самоконтроль/ відволікання від негативних переживань» (вивчає здатність індивіда контролювати свої емоційні реакції та відволікатись від негативних переживань); субсфера «самопоміччя/ психопрофілактика» (вивчає можливості пацієнта власними зусиллями впоратися з хворобою). Мінімальне значення, що може бути отримане в опитувальнику, складає 57 балів, максимальне – 285: від 57 до 133 балів – низький рівень якості життя, від 134 до 210 – середній рівень якості життя, від 211 до 285 – високий рівень якості життя.

Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакету програм зі статистичної обробки даних SPSS Statistics for Macintosh (версія 22.0.0.0) з прийнятим рівнем статистичної значимості не нижче 95% ($p < 0,05$). Було використано непараметричні критерії: Манна-Уїтні (U), Вілкоксона (W), χ^2 та точний критерій Фішера.

В дослідженні взяли участь 82 пацієнти психіатричного стаціонару, з них 35 (42,7%) – чоловіки та 47 (57,3%) – жінки. Хворі спостерігалися протягом стаціонарного етапу лікування та катамнестично протягом року після виписки.

Обмеження дослідження були пов'язані з його виконанням на базі лише однієї психіатричної лікарні (КМПЛ №1 імені І. П. Павлова). Однак формування

вибірки пацієнтів дає підстави вважати її релевантною щодо поширення отриманих результатів на всіх пацієнтів із параноїдною шизофренією, яким притаманні прояви депресивної симптоматики.

Етичні питання в процесі проведення дослідження вирішувалися чітким дотриманням норм біоетики, зокрема інформованої згоди пацієнтів і їхніх законних представників на участь у дослідженні, забезпечення анонімності та конфіденційності, толерантного ставлення до досліджуваних, а також академічної доброчесності. Спеціального фінансування на проведення дослідження не виділялося, конфлікту інтересів не було.

Результати дослідження. Депресивна симптоматика при параноїдній формі шизофренії може розвинути на будь-якому етапі перебігу захворювання і поєднується не лише із параноїдною, але й з галюцинаторною, кататонічною, іпохондричною та тривожною симптоматикою. Хворі виказують маячні ідеї відношення, особливого значення, самозвинувачення та самоприниження, впливу. У майже 80% хворих гострий період хвороби триває 36-65 днів. Часті госпіталізації сприяють розвитку депресивної симптоматики із подальшим скороченням якості та тривалості ремісій, що ускладнюється низьким комплайенсом, аутизацією, бездіяльністю пацієнтів. В нашому дослідженні, початковий сумарний показник за шкалою тривоги Гамільтона (HARS) становив у досліджуваних пацієнтів $19,56 \pm 8,0$ бали, За шкалою депресії Гамільтона (HDRS) середній бал склав $13,82 \pm 3,64$ бали, $p < 0,0001$. У хворих превалювала депресивна симптоматика середнього (52,43%) та легкого (41,46%) ступенів тяжкості (Таблиця 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих дослідної групи за ступенем тяжкості депресивної симптоматики за шкалою HDRS

Ступінь виразності депресії	Кількість хворих	
	n	%
Симптоми депресії відсутні	0	0
Депресивна симптоматика легкого ступеню	34	41,5
Депресивна симптоматика середнього ступеню	43	52,4
Депресивна симптоматика тяжкого ступеню	5	6,1
Депресивна симптоматика вкрай тяжкого ступеню	0	0
Всього	82	100

Примітка: n – кількість хворих

Рівень соціального функціонування в досліджуваній групі хворих становив $45,93 \pm 13,46$ бали,

$p < 0,0001$, а рівень якості життя за опитувальником ВОЗКЖ-СМ $132,78 \pm 43,26$ бали, $p < 0,0001$.

Розроблений нами комплекс заходів медико-соціальної реабілітації для хворих на параноїдну форму шизофренії вміщував медикаментозне лікування з урахуванням депресивної симптоматики, особливостей соціального функціонування та якості життя цього контингенту пацієнтів. Терапія психотропними антипсихотичними засобами та антидепресантами проводилася препаратами, зареєстрованими в Україні та дозволеними для використання. Рішення щодо призначення певного антипсихотичного препарату конкретному хворому та висновок щодо необхідної дози даного препарату приймав лікуючий лікар. Хворі дослідної групи отримували комбіновану медикаментозну терапію, представлена в Таблиці 2.

В період ремісії, комбіновану підтримуючу терапію (нейролептики у комбінації із антидепресантами) отримували 16 (19,7%) хворих. Монотерапію (атипові нейролептики) у якості підтримуючої терапії було рекомендовано іншим 65 (80,2%) хворим.

Середня тривалість безперервного прийому підтримуючої терапії у обстежених хворих склала $4,60 \pm 2,10$ місяці. Розподіл хворих за тривалістю прийому підтримуючої терапії (Табл. 3.) показав, що майже всі хворі приймали підтримуючу терапію менше одного року після настання ремісії. 62 (75,6%) обстежених приймали підтримуючу терапію менше 6 місяців після настання ремісії.

Слід зауважити, що порушення рекомендацій щодо прийому медикаментозної терапії, небезпечність із питань особливостей перебігу хвороби, безтурботне ставлення до участі у реабілітаційних заходах, обтяжує перебіг хвороби, сприяє розвитку або обважненню депресивної симптоматики, продовжує тривалість періоду загострення. Нетривалий прийом підтримуючої терапії призводить до скорочення та зниження якості ремісій, загострення хвороби, є предрисуючим фактором розвитку депресивної симптоматики.

Розподіл хворих в групах з різною тривалістю прийому підтримуючої терапії показав, що чим менша тривалість прийому підтримуючої терапії, тим тривалішим є період загострення ($X^2=47,2$, $p < 0,0001$) та збільшується кількість госпіталізацій ($X^2=38,0$, $p=0,0009$) (Табл. 4).

Нетривалий прийом підтримуючої терапії має наслідком збільшення кількості госпіталізацій, скорочення тривалості ремісій що сприяє подальшому розвитку депресивної симптоматики та потребує комплексного медико-соціального впливу, спрямованого на підвищення комплаєнсу та обізнаності пацієнтів стосовно особливостей захворювання на шизофренію та наявних симптомів депресії, що допоможе збільшити тривалість прийому підтримуючої терапії, сприятиме попередженню розвитку або зниженню проявів депресії, досягненню якісної ремісії, зниженню рівня регоспіталізацій.

Таблиця 2

Призначення психотропних препаратів хворим на параноїдну шизофренію в залежності від особливостей наявної депресивної симптоматики

Провідний синдром	Принципи медикаментозного лікування
Депресивно-параноїдний	антидепресант (трициклік з подальшим переходом на СИЗЗ), нейролептик (з подальшим переходом на сучасний антипсихотик), ноотропні препарати, вітамінотерапія
Депресивно-параноїдний із кататонічними включеннями	антипсихотики (галоперидол та еглоніл), антидепресант, вітамінотерапія, бензодіазепін
Депресивно-галюцинаторно-параноїдний синдром	антипсихотик, антидепресант
Галюцинаторно-параноїдний синдром із депресивними включеннями	
Тривожно-депресивний синдром	антидепресант, бензодіазепін, стабілізатор настрою, при необхідності – ноотропні препарати та вітамінотерапія
Тривожно-депресивно-параноїдний синдром	антидепресант, нейролептик (з подальшим переходом на сучасний антипсихотик), бензодіазепін, стабілізатор настрою, при необхідності – ноотропні препарати, вітамінотерапія
Тривожно-депресивний синдром із параноїдними включеннями	
Тривожно-депресивний синдром з галюцинаторно-параноїдними включеннями	антидепресант, антипсихотик, стабілізатор настрою, при необхідності – ноотропні препарати та вітамінотерапія
Тривожно-депресивний синдром з іпохондричними включеннями	антидепресант, транквілізатор, нейролептик (сульпірид), стабілізатор настрою, при необхідності – ноотропні препарати та вітамінотерапія
Депресивний синдром	антидепресант, стабілізатор настрою, ноотропні препарати, вітамінотерапія

У Таблиці 5. представлено результати кореляційного аналізу впливу депресивної та тривожної симптоматики на рівень соціального функціонування. Як видно, загальний бал за шкалами депресії CDSS та HDRS мають статистично значимі прямі кореляційні зв'язки зі всіма сферами соціального функціонування. Найбільш виразну прямопропорційну кореляційну залежність, як і очікувалось, виявляють депресія тяжкого ступеню за шкалою HDRS та тривожний стан за шкалою HARS зі всіма сферами соціального функціонування.

Таблиця 3
Розподіл хворих на параноїдну шизофренію з симптомами депресії за тривалістю прийому підтримуючої терапії

Тривалість підтримуючої терапії	Кількість хворих	
	n	%
Не приймали підтримуючу терапію	6	7,31
1-3 місяці	40	48,78
4-6 місяців	16	19,51
7-9 місяців	8	9,75
10-12 місяців	6	7,31
Більше 12 місяців	6	7,31
Всього	82	100,00

Опитувальник для оцінки соціального функціонування та рівня якості життя психічно хворих дозволяє об'єктивно оцінити рівень соціального функціонування та якості життя оскільки враховує не лише суб'єктивну думку хворого, але й об'єктивні дані, думку родичів хворого та фахівця. Результати нашого дослідження показали, що тривалість періоду ремісії та настання екзацерації захворювання з розвитком симптомів депресії залежить від того, як довго хворі приймають підтримуючу терапію ($X^2=23,94$, $p=0,0043$). Тобто, рання відмова від прийому підтримуючої терапії є обтяжує перебіг захворювання та є предиспонуєчим фактором розвитку депресії. Отже, зниження тривалості прийому підтримуючої терапії сприяє скороченню ремісії та підвищенню частоти регоспіталізацій, що сприяє формуванню госпіталізму, знижує можливості для реадaptaції пацієнтів у соціумі, призводить до обважнення перебігу хвороби та розвитку її депресивного компоненту. В подальшому це є обтяжливим фактором і призводить до ранньої інвалідації та неможливості реалізувати себе у зв'язку зі зниженням працездатності ($X^2=19,1$, $p=0,024$).

Запропонований нами комплекс реабілітації орієнтований на потреби хворих із депресією при шизофренії показав позитивні результати, які відображені у динаміці змін фактору тривоги та депресії шкали PANSS через 12 місяців катamnестичного

Таблиця 4
Оцінка взаємовпливу тривалості прийому підтримуючої терапії, тривалості періоду загострення та кількості госпіталізацій хворих на параноїдну шизофренію з симптомами депресії

Тривалість прийому підтримуючої терапії	Тривалість періоду загострення						Кількість госпіталізацій							
	25-35 днів		36-45 днів		46-65 днів		1		2-3		4-5		> 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Не приймали підтримуючу терапію	5	6,1	1	1,2	0	0	3	3,7	0	0	3	3,7	0	0
1-3 місяці	13	15,9	9	11,0	18	22,0	5	6,1	23	28,0	12	14,6	0	0
4-6 місяців	0	0	12	14,6	4	4,9	4	4,9	6	7,3	3	3,7	3	3,7
7-9 місяців	0	0	7	8,5	1	1,2	0	0	7	8,5	1	1,2	0	0
10-12 місяців	0	0	6	7,3	0	0	0	0	6	7,3	0	0	0	0
Більше 12 місяців	0	0	6	7,3	0	0	0	0	3	3,7	0	0	3	3,7
Всього	18	22,0	41	50,0	23	28,0	12	14,6	45	54,9	19	23,2	6	7,3

Таблиця 5
Кореляційний аналіз між показниками шкал CDSS, HDRS, HARS та рівнем соціального функціонування за опитувальником для оцінки соціального функціонування та якості життя психічнохворих (n=82)

Шкала	ФП	ІП	АвП	ХКС	ХСЗО
CDSS, Загальний бал	0,323*	0,417*	0,302*	0,266*	0,312*
HARS, Загальний бал	0,014	0,271*	0,201	0,008	0,212
HARS, Симптоми тривоги	0,014	0,382*	0,119	0,216	0,178
HARS, Тривожний стан	0,276*	0,436*	0,287*	0,417*	0,305*
HDRS, Загальний бал	0,623*	0,427*	0,318*	0,299*	0,412*
HDRS, Легкий ступінь депресії	0,229*	0,326*	0,294*	0,319*	0,124
HDRS, Депресія середнього ступеню	0,495*	0,218*	0,354*	0,493*	0,173
HDRS, Депресія тяжкого ступеню	0,612*	0,388*	0,478*	0,538*	0,252*

Примітка. * - статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p<0,05$); ФП - фізична працездатність, ІП - інтелектуальна продуктивність; АвП - активність в побуті; ХКС - характеристика кола спілкування; ХСЗО - характер стосунків з оточуючими.

спостереження. Результат реабілітації зберігався протягом року, загальний бал через 12 місяців дещо підвищився, але не досяг початкового рівня.

Після участі в запропонованому нами комплексі реабілітації відсутність симптомів тривоги спостерігалась у 34 (77,27%) пацієнтів, через 12 місяців тривога була відсутня у 24 (57,14%) пацієнтів; тривожний стан після комплексу реабілітації не визначався, через 12 місяців був визначений у 1 (2,38%) хворого. Таким чином, застосування запропонованого нами комплексу медико-соціальної реабілітації з високою статистичною достовірністю сприяє суттєвому зниженню симптомів депресії та тривоги у пацієнтів. Під впливом психофармакотерапевтичного лікування найбільшого зниження набули показники фактору тривоги і депресії (-48,66%), а також факторів позитивного (-43,62%) та дезорганізації (-41,59%). Спостерігалось поступове цілісне послаблення виразності симптоматики. Через 12 місяців катamnестичного спостереження відмічено стабільний стан хворих, зниження виразності негативної симптоматики (-30,33%, $p < 0,0001$) навіть через 12 місяців після завершення запропонованого нами комплексу реабілітації.

Позитивна динаміка спостерігалась у всіх сферах соціального функціонування пацієнтів. Найбільш виразні позитивні зміни спостерігались в сфері активності в побуті – покращення досягало 33,64% (2,43 – 1,64 бали). Дещо менш виразні покращення відзначені у сферах фізична працездатність – 21,36% (2,34 – 1,84 бали) і інтелектуальна працездатність – 26,25% (1,82 – 1,34 бали). Через 12 місяців катamnестичного спостереження в пацієнтів зберігалися позитивні результати реабілітації, незважаючи на деяке їх погіршення.

Якщо до початку реабілітації превалювали хворі із низьким рівнем якості життя (26 (59,09%) осіб), то після реабілітації пацієнтів із середнім рівнем якості життя стало більше 55%. Позитивне зрушення рівня якості життя в основній групі було найбільш статистично значуще у субсферах «Позитивні емоції», «Здатність до виконання повсякденних справ», «Особисті відносини», «Практична соціальна підтримка», «Можливості для відпочинку та розваг та їх використання», «Емоційна неадекватність». Загальний рівень якості життя збільшився на 27,25% після реабілітації та 21,83% через 12 місяців катamnестичного спостереження.

Отже, розроблений та впроваджений в результаті нашого дослідження комплекс заходів медико-соціальної реабілітації сприяє підвищенню комплайенсу із збільшенням тривалості прийому підтримуючої терапії, що впливає на тривалість ремісії, покращення реадaptaції пацієнтів у соціумі, підвищення їх працездатності, працевлаштування, зниження рівня інвалідності.

Дискусія. Порушення рекомендацій щодо прийому медикаментозної терапії, необізнаність із питань особливостей перебігу хвороби, безтурботне ставлення до участі у реабілітаційних заходах обтяжує перебіг хвороби та подовжує тривалість періоду загострення, що у свою чергу призводить до посилення стигматизації та самостигматизації, пацієнту стає все важче адаптуватись до позалікарняних умов, формується відчуття «безнадії». Це призводить до розвитку або ускладнення наявної депресивної симптоматики.

При аналізі predisponуючих факторів, які формуються під час ремісії, ми з'ясували, що більше 75% хворих приймають підтримуючу терапію менше року після настання ремісії, що призводить до вкорочення її тривалості, загострення хвороби, «вкорінення» симптомів депресії, заглиблення у хворобу, обважнення симптоматики, формування дефекту особистості і, як наслідок, до ранньої інвалідизації та неможливості реалізувати себе. Для даного контингенту хворих характерним є превалювання розвитку апатико-дисоціативного дефекту особистості вже в перші 5 років після дебюту захворювання.

Незважаючи на те, що афективна симптоматика в рамках шизофренії, за даними літературних джерел, сприяє більш сприятливому перебігу захворювання, наше дослідження показало, що вже в перші 5 років хвороби, при розвитку депресивної симптоматики, у хворих знижується працездатність, що призводить до втрати соціальних контактів, необхідності залишити навчання або роботу та подальшої інвалідизації. Недотримання режиму медикаментозної терапії та реабілітації знижує якість та тривалість ремісії що сприяє прогредієнтності захворювання, його безперервності та швидкому формуванню дефекту особистості. Тому є необхідність розробки комплексу заходів медико-соціальної реабілітації, яка буде враховувати особливості, виявлені у ході цього дослідження, та сприятиме покращенню соціального функціонування та якості життя даного контингенту хворих (Абрамов В. А., Денисов Є. М., Ряполова Т. Л. та ін., 2008).

Отримані результати показали, що депресивна симптоматика сприяє поглибленню порушень у всіх сферах соціального функціонування, що сприяє труднощам реадaptaції та збереження притаманного пацієнту рівня соціальної активності вже в перші роки захворювання, призводить до погіршення подальшого клінічного прогнозу. Своєчасне комплексне медико-соціальне втручання з адекватно підбраною медикаментозною терапією дозволить довше зберігати притаманний пацієнту дохворобливий рівень соціального функціонування, дозволить краще розуміти особливості свого

захворювання, виявляти ранні симптоми хвороби і, зокрема, депресії що полегшить реадaptaцію хворого у соціумі.

У ході дослідження ми виявили, що пацієнтам із депресивною симптоматикою властиво більш виразне зниження частоти спілкування із близькими, порівняно із хворими без депресії. Відсутність можливості забезпечувати себе самостійно та залежність від оточуючих знижують потребу пацієнтів в активному функціонуванні, що в подальшому призводить до зневіри у власні можливості, особливо у хворих із депресивною симптоматикою, та схильності до існування на сторонньому утриманні. Стимулювання до спілкування та збереження дружніх стосунків із близькими сприятиме кращій реадaptaції хворих у соціумі, особливо при наявності депресивної симптоматики, оскільки буде формувати відчуття впевненості у собі, довіри та переконаності у позитивних зрушеннях. Мікросоціальні умови існування є невід'ємною ланкою реабілітаційного впливу на пацієнта, формують довіру та усвідомлення своєї значущості у житті оточуючих, що важливо для хворих, яким притаманні симптоми депресії.

Ми виявили, що медикаментозну терапію хворі нерідко приймають нерегулярно та безсистемно, підтримуючу терапію приймають нетривалий час на фоні відсутності можливості регулярно купувати оригінальні препарати нового покоління, тоді як наявна депресивна симптоматика у хворих із параноїдною шизофренією сприяє поглибленню порушень у всіх сферах соціального функціонування, труднощам реадaptaції та збереження притаманного пацієнту рівня соціальної активності.

Найсильніші негативні зв'язки зареєстровано між високим рівнем депресивної симптоматики та низьким рівнем якості життя. Симптоми тривоги також мають негативний кореляційний зв'язок із рівнем якості життя, хоча і менш сильний, ніж депресивна симптоматика. Ми з'ясували, що чим вищий рівень депресії у хворих на параноїдну форму шизофренії, тим нижчий рівень якості життя у цієї категорії хворих, що потребує своєчасного, специфічного комплексного реабілітаційного впливу з ви-

користанням відповідної медикаментозної терапії для його корекції. В результаті проведеного лікування у досліджуваних пацієнтів відмічалась позитивна динаміка у вигляді редукції загальної психопатологічної симптоматики, покращення соціального функціонування та підвищення якості життя.

Висновки та перспективи подальших досліджень. При параноїдній формі шизофренії наявна депресивна симптоматика середнього та тяжкого ступеню найбільшою мірою впливає на зниження рівня соціального функціонування хворих. Найбільш суттєві порушення спостерігаються у сферах соціально-корисної діяльності (різних аспектів працездатності), відношень з близькими та характеристики кола спілкування.

Встановлено, що застосування сучасних антипсихотичних препаратів підвищує результати реабілітації пацієнтів за рахунок біологічного лікування, а його поєднання з психосоціальним дозволяє скоротити частоту рецидивів.

Депресивна симптоматика у рамках параноїдної форми шизофренії призводить не лише до зниження працездатності як такої, але й проблем хворих у пристосуванні в нових умовах, зниження потягу до роботи, що спричиняє інвалідизацію в найбільш працездатному віці. Застосування реабілітаційного комплексу з використанням медикаментозного лікування хворих на параноїдну форму шизофренії з симптомами депресії сприяло покращенню динаміки психопатологічних проявів та симптомів депресії, що виявлялося в підвищенні рівня соціального функціонування, покращенні якості життя, зниженні рівень депресії, покращенні стосунків з оточуючими. Тобто, було досягнуто покращення соціального функціонування як загалом, так і за окремими сферами.

Вчасний початок комплексної медико-соціальної реабілітації, яка вмщує медикаментозну терапію з урахуванням особливостей депресивної симптоматики при параноїдній формі шизофренії, сприяє збереженню професійного рівня та працездатності таких хворих, що забезпечує вищий рівень їх соціального функціонування та якості життя.

Список використаних джерел:

1. Абрамов В. А., Денисов Є. М., Ряполова Т. Л. та ін. Психосвітня робота в системі медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію: Методичні рекомендації. Київ, 2008. 18 с.
2. Венгер О. П., Мисула Ю. І. До питання реабілітації хворих з психічними порушеннями, *Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних хвороб* : матеріали конференції. Вінниця, 2021. 12 с.
3. Венгер О. П., Мисула Ю. І. Клінічне порівняння застосування соліану (амісульприду) та типових нейролептиків при лікуванні хворих на параноїдну форму шизофренії, *Сучасні проблеми неврології і психіатрії* : матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 50-річчю Тернопільської обласної психоневрологічної та 50-річчю кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ТДМУ імені І.Я. Горбачевського. 2008. С. 142-143.
4. Гаврилова О. К., Шевченко В. А., Загієв В. В., Шмуклер А. Б. Клініко-соціальні характеристики хворих на шизофренію та розлади шизофренічного спектру та завдання щодо їх психосоціальної терапії та реабілітації, *Соціальна та клінічна психіатрія*. 2006. №4. С. 10-13. (рос.)

5. Данилов Д. С. Сучасні психофармакотерапевтичні підходи до корекції негативних розладів у хворих на шизофренію, *Огляд психіатрії та медичної психології*. 2014. № 3. С. 69–79. (рос.)
6. Живаго Х. С. (2016), Особливості якості життя хворих на параноїдну шизофренію із симптомами депресії, *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. Вип. 3 № 2. С. 20–24.
7. Жукова О. О., Кром І. Л. Якість життя як багатофакторний критерій оцінки стану хворих на шизофренію, *Бюлетень медичних Інтернет-конференцій*. 2011. Т. 1. № 7. С. 35–37. (рос.)
8. Маляров С. А., Блажевич Ю. А. Порівняльна оцінка ефективності оланзапіну, галоперидолу та клозапіну в період активної терапії хворих на шизофренію та шизоафективний розлад: результати ретроспективного натуралістичного дослідження, *Соціальна та клінічна психіатрія*. 2006. Т. 16. № 3. С. 61–69. (рос.)
9. Мішиєв В. Д. Лікування хворих на шизофренію з використанням атипичних антипсихотиків : інформ. лист, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України ; Київ, міська клінічна психоневрологічна лікарня. К., 2010. (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. *Укрмедпатентінформ*. 2010. № 212. Вип. 2. Психіатрія).
10. Напреєнко О. К., Процик В. О., Пампуха Л. С. Шизофренія з симптомами депресії: клінічні прояви та лікування тіорилом (тіоридазином). *Український вісник психоневрології*. 2006. Т. 14. Вип. 1 (46). С. 90–92.
11. Напреєнко, О. К., Зільберблат, Г. М., Іващенко, Н. Є. Реабілітація хворих на шизофренію з симптомами депресії. *Архів психіатрії*. 2012. Т. 19. № 4 (17). С. 69–75. (рос.)
12. Оруджев Н. Я., Тараканова Є. А. Біопсихосоціальна концепція, якість життя та реабілітація хворих на шизофренію. *Казанський медичний журнал*. 2021. Т. 91. Вип. 2. С. 264–267. (рос.)
13. Скрипніков А. М., Шиндер В. В. Порівняльна характеристика терапевтичної ефективності рисперону та кветірону при лікуванні депресивно-параноїдних станів у хворих на шизофренію. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2010. Т. 10. № 2 (30). С. 105–109.
14. Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Шиндер В. В. Фармакотерапія депресивно-параноїдних станів у хворих на шизофренію. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2010. № 1 (17). С. 104–108.
15. Abbasi S. H., Behpourian H., Ghosh A., et al. The effect of mirtazapine add on therapy to risperidone in the treatment of schizophrenia: A double-blind randomized placebo-controlled trial. *Schizophrenia Research*. 2010. Vol. 116. P. 101–106.
16. Ceskova E., Silhan P. Novel treatment options in depression and psychosis. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2018. Vol. 14. P. 741.
17. Cichocki Ł., Cechnicki A., Franczyk-Glita J., et al. Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2015. Vol. 56. pp. 133–140. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14002739>.
18. Cramer J., Rosenheck R., Xu W., et al. Quality of Life in Schizophrenia: A Comparison of Instruments. *Schizophrenia Bulletin*. 2000. Vol. 26. № 3(20). P. 659–666.
19. Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., et al. Positive affect treatment for depression and anxiety: A randomized clinical trial for a core feature of anhedonia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (2019). Vol. 87 (5). P. 457.
20. Foti D., Novak K. D., Hill K. E., Oumeziane B. A. Neurophysiological assessment of anhedonia in depression and schizophrenia. *Neurobiology of abnormal emotion and motivated behaviors*. 2018. P. 242–256.
21. Gannon J. M., Brar J., Rai A., & Chengappa K. R. Effects of a standardized extract of Withania somnifera (Ashwagandha) on depression and anxiety symptoms in persons with schizophrenia participating in a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Ann Clin Psychiatry*. 2019. Vol. 31(2). P. 123–129.
22. Kalin N. H. Depression and Schizophrenia: Sleep, Medical Risk Factors, Biomarkers, and Treatment. *American Journal of Psychiatry*. 2021. Vol. 178(10). P. 881–884.
23. Krynicki C. R., Uptegrove R., Deakin J. F. W., Barnes T. R. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 137(5). P. 380–390.
24. Lambert, C., Da Silva, S., Ceniti, A. K., et al. Anhedonia in depression and schizophrenia: A transdiagnostic challenge. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2018. Vol. 24(7). P. 615–623.
25. Mikulska J., Juszczyk G., Gawrońska-Grzywacz M., Herbet M. HPA axis in the pathomechanism of depression and schizophrenia: new therapeutic strategies based on its participation. *Brain Sciences*. 2021. Vol. 11(10). P. 1298.
26. Musliner K. L., Mortensen P. B., McGrath J. J., et al. Association of polygenic liabilities for major depression, bipolar disorder, and schizophrenia with risk for depression in the Danish population. *JAMA psychiatry*. 2019. Vol. 76(5). P. 516–525.
27. Peng S., Li W., Lv L., Zhang Z., Zhan X. BDNF as a biomarker in diagnosis and evaluation of treatment for schizophrenia and depression. *Discovery medicine*. 2018. Vol. 26(143). P. 127–136.
28. Zisook S., Kasckow J. W., Lanouette N. M. et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorders who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychiatry*. 2010. Vol. 712. Issue7. P. 915–922.

References:

1. Abramov, V.A., Denisov, E.M., Ryapolova, T.L., et al. (2008), Psycho-educational work in the system of medical and social rehabilitation of patients with schizophrenia: Guidelines. Kyiv, 18 p.
2. Wenger, O.P., Mysula, Yu. I. (2012), On the issue of rehabilitation of patients with mental disorders, Integrative approaches in the diagnosis and treatment of mental and psychosomatic diseases: conference proceedings. Vinnytsia, 12 p.
3. Wenger, O.P., Mysula, Y.I. (2008), Clinical comparison of the use of solian (amisulpride) and typical neuroleptics in the treatment of patients with paranoid schizophrenia, *Proceedings of the scientific-practical conference "Modern problems of neurology and psychiatry", dedicated to the 50th anniversary Ternopil Regional Psychoneurological and the 50th anniversary of the Department of Neurology, Psychiatry, Addiction and Medical Psychology of TSMU named after I.Ya. Gorbachevsky*, pp. 142–143.

4. Gavrilova, O.K., Shevchenko, V.A., Zagiev, V.V., Shmukler, A.B. (2006), Clinical and social characteristics of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders and tasks for their psychosocial therapy and rehabilitation, *Social and clinical psychiatry*, no. 4, pp. 10–13. (Ru)
5. Danilov, D.S. (2014), Modern psychopharmacotherapeutic approaches to the correction of negative disorders in patients with schizophrenia, *Review of Psychiatry and Medical Psychology*, no. 3, pp. 69–79. (Ru)
6. Zhivago, Ch.S. (2016), Features of quality of life of patients with paranoid schizophrenia with symptoms of depression, *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, vol. 3, no. 2, pp. 20–24.
7. Zhukova, O.O., Krom, I.L. (2011), Quality of life as a multifactorial criterion for assessing the condition of patients with schizophrenia, *Bulletin of Medical Internet Conferences*, vol. 1, no. 7, pp. 35–37. (Ru)
8. Malyarov, S.A., Blazhevich, Yu.A. (2006), Comparative evaluation of the effectiveness of olanzapine, haloperidol and clozapine in the period of active therapy of patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: the results of a retrospective naturalistic study, *Social and Clinical Psychiatry*, vol. 16, no. 3, pp. 61–69. (Ru)
9. Mishiev, V.D., et al. (2010), Treatment of patients with schizophrenia with the use of atypical antipsychotics: inform. Letter, Nat. honey. acad. postgraduate. education named after PL Shupyk, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv. city clinical psychoneurological hospital. Kyiv: (Information letter on innovations in the health care system, *Ukrmedpatentinform*, no. 212, issue 2, Psychiatry).
10. Napreenko, O.K., Protsyk, VO., Pampukha, L.S. (2006), Schizophrenia with symptoms of depression: clinical manifestations and treatment with thioryl (thioridazine), *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 14, no. 1 (46), pp. 90–92.
11. Napreenko, O.K., Zilberblat, G.M., Ivashchenko, N.E. (2012), Rehabilitation of patients with schizophrenia with symptoms of depression, *Archives of Psychiatry*, vol. 19, no. 4 (17), pp. 69–75. (Ru)
12. Orudzhev, N.Ya., Tarakanova, E.A. (2010), Biopsychosocial concept, quality of life and rehabilitation of patients with schizophrenia, *Kazan Medical Journal*, vol. 91, no. 2, pp. 264–267. (Ru)
13. Skrypnikov, A.M., Shinder, V.V. (2010), Comparative characteristics of therapeutic efficacy of risperone and quetirone in the treatment of depressive and paranoid conditions in patients with schizophrenia, *Bulletin of the Ukrainian Medical Dental Academy "Actual problems of modern medicine"*, vol. 10, no. 2 (30), pp. 105–109.
14. Skripnikov, A.M., Zhivotovskaya, L.V., Shinder, V.V. (2010), Pharmacotherapy of depressive-paranoid states in patients with schizophrenia, *Bulletin of Psychiatry and Psychopharmacotherapy*, no. 1 (17), pp. 104–108.
15. Abbasi, S.H., Behpournia, H., Ghoreishi, A., et al. (2010), The effect of mirtazapine add on therapy to risperidone in the treatment of schizophrenia: A double-blind randomized placebo-controlled trial, *Schizophrenia Research*, vol. 116, pp. 101–106.
16. Ceskova, E., & Silhan, P. (2018), Novel treatment options in depression and psychosis, *Neuropsychiatric disease and treatment*, vol. 14, pp. 741.
17. Cichocki, Ł., Cechnicki, A., Franczyk-Glita, J., et al. (2015), Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia, *Comprehensive Psychiatry*, vol. 56, pp. 133–140, [Online] available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14002739>
18. Cramer, J., Rosenheck, R., Xu, W., et al. (2000), Quality of Life in Schizophrenia: A Comparison of Instruments, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 26, no. 3 (20), pp. 659–666.
19. Craske, M.G., Meuret, A.E., Ritz, T., et al. (2019), Positive affect treatment for depression and anxiety: A randomized clinical trial for a core feature of anhedonia, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 87(5), pp. 457.
20. Foti, D., Novak, K.D., Hill, K.E., & Oumeziane, B.A. (2018), Neurophysiological assessment of anhedonia in depression and schizophrenia, *Neurobiology of abnormal emotion and motivated behaviors*, pp. 242–256.
21. Gannon, J.M., Brar, J., Rai, A., & Chengappa, K.R. (2019), Effects of a standardized extract of *Withania somnifera* (Ashwagandha) on depression and anxiety symptoms in persons with schizophrenia participating in a randomized, placebo-controlled clinical trial, *Ann Clin Psychiatry*, vol. 31(2), pp. 123–129.
22. Kalin, N.H. (2021), Depression and Schizophrenia: Sleep, Medical Risk Factors, Biomarkers, and Treatment, *American Journal of Psychiatry*, vol. 178(10), pp. 881–884.
23. Krynicki, C.R., Uptegrove, R., Deakin, J.F.W., & Barnes, T.R. (2018), The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 137(5), pp. 380–390.
24. Lambert, C., Da Silva, S., Ceniti, A.K., et al. (2018), Anhedonia in depression and schizophrenia: A transdiagnostic challenge, *CNS neuroscience & therapeutics*, vol. 24(7), pp. 615–623.
25. Mikulska, J., Juszczyk, G., Gawrońska-Grzywacz, M., & Herbet, M. (2021), HPA axis in the pathomechanism of depression and schizophrenia: new therapeutic strategies based on its participation, *Brain Sciences*, vol. 11(10), pp. 1298.
26. Musliner, K.L., Mortensen, P.B., McGrath, J.J., et al. (2019), Association of polygenic liabilities for major depression, bipolar disorder, and schizophrenia with risk for depression in the Danish population, *JAMA psychiatry*, vol. 76(5), pp. 516–525.
27. Peng, S., Li, W., Lv, L., Zhang, Z., & Zhan, X. (2018), BDNF as a biomarker in diagnosis and evaluation of treatment for schizophrenia and depression, *Discovery medicine*, vol. 26(143), pp. 127–136.
28. Zisook, S., Kasckow, J.W., Lanouette, N.M., et al. (2010), Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorders who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial, *J. Clin. Psychiatry*, vol. 712, issue 7, pp. 915–922.

УДК 615:615.2/615.3/615.4+616-08/616.5
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-12>

Катерина КОЛЯДЕНКО

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри дерматології та венерології з курсом косметології, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, бульв. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, індекс 01001 (katerinak78@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5708-0193>

Олександр ФЕДОРЕНКО

доктор медичних наук, професор, професор кафедри дерматології та венерології з курсом косметології, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, бульв. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, індекс 01001 (fedorenko.o.e@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2022-7336>

Крістіан ДІЛ

Università Degli Studi Guglielmo Marconi, Via Plinio, 44, 00193 Roma, Italy (chdiehl@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1324-8999>

Kateryna KOLIADENKO

PhD MD, Associate Professor, Senior Lecturer at the Department of Dermatology and Venereology with the course of Cosmetology, Bogomolets National Medical University, Director of the Clinic «Medical Practice», 13 Tarasa Shevchenka Blvd., Kyiv, Ukraine, postal code 01001 (katerinak78@gmail.com)

Oleksandr FEDORENKO

DSc (Medicine), Professor, Professor at the Department of Dermatology and Venereology with the course of Cosmetology, Bogomolets National Medical University, Director of the Clinic «Medical Practice», 13 Tarasa Shevchenka Blvd., Kyiv, Ukraine, postal code 01001 (fedorenko.o.e@gmail.com)

Christian DIEHL

Università Degli Studi Guglielmo Marconi, Via Plinio, 44, 00193 Roma, Italy (chdiehl@hotmail.com)

Бібліографічний опис статті: Коляденко К., Федоренко О., Діл К. Вплив супероксиддисмутази на стан шкіри і на якість життя при місцевій терапії у хворих на бульозний епідермоліз. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 102–111 DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-12>

Bibliographic description of the article: Koliadenko, K., Fedorenko, O., Diehl, Ch. (2021). Vplyv superoksyddysmutazy na stan shkiry i na yakist zhyttia pry mistsevii terapii u khvorykh na buloznyi epidermoliz [The effect of superoxide dismutase on skin condition and quality of life in topical therapy in patients with bullous epidermolysis]. *Psykhologichne zdorovia – Psychological Health*, 1 (6), 102–111. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-12>

ВПЛИВ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ НА СТАН ШКІРИ І НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ МІСЦЕВІЙ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БУЛЬОЗНИЙ ЕПІДЕРМОЛІЗ

Анотація. Постановка проблеми. Бульозний епідермоліз (БЕ) належить до генетично та клінічно гетерогенних захворювань, які характеризуються утворенням на шкірі та слизових оболонках пухирів та ерозій внаслідок навіть дуже незначного механічного тертя або травми. За міжнародною класифікацією, ухваленою в 2008 р., БЕ має чотири форми залежно від рівня ураження епідермісу: простий, межовий, дистрофічний та синдром Кіндлера. Клінічні прояви БЕ вкрай негативно впливають на самооцінку якості життя маленького пацієнта та членів його родини не тільки у фізичному, але й у психологічному аспекті.

Формулювання мети статті. Мета – оцінити ефективність місцевого використання ферменту супероксиддисмутази у вигляді крему на стан шкірних покривів та оцінку якості життя пацієнтів, хворих на бульозний епідермоліз.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуальним напрямком досліджень є пошук ефективних засобів покращення якості життя хворих на бульозний епідермоліз.

Матеріали та методи дослідження. Робота була виконана на кафедрі дерматології та венерології з курсом косметології НМУ ім. О.О. Богомольця та за підтримки центру «Дебра-Україна». З метою об'єктивізації оцінок реального терапевтичного впливу супероксиддисмутази у хворих на бульозний епідермоліз було використано оцінку стану шкірних покривів та автоматизоване тестування якості життя в динаміці до та після застосування препарату.

Результати дослідження. Проведено комбіноване дослідження терапевтичного впливу багатотижневого місцевого лікування уражених ділянок шкіри у хворих на БЕ препаратом Sodermix (компанія Life Science Investments).

Обговорення результатів дослідження. Лікувальний ефект препарату забезпечується високим вмістом Супероксиддисмутази (СОД), яка знищує вільні радикали, що з'являються при фізіологічному метаболізмі, тим самим сприяючи покращенню стану шкірних покривів і суб'єктивних відчуттів пацієнтів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Доведено, що лікування супероксиддисмутазою сприяє покращенню стану шкірних покривів хворих на бульозний епідермоліз, що опосередковує позитивний вплив препарату на якість життя цих пацієнтів.

Ключові слова: супероксиддисмутаза, препарат Sodermix, хвороби шкіри, бульозний епідермоліз, больовий синдром, самооцінка, якість життя.

THE EFFECT OF SUPEROXIDE DISMUTASE ON SKIN CONDITION AND QUALITY OF LIFE IN TOPICAL THERAPY IN PATIENTS WITH BULLOUS EPIDERMOLYSIS

Abstract. Formulation of the problem. Bullous epidermolysis (BE) is a genetically and clinically heterogeneous disease characterized by the formation of blisters and erosions on the skin and mucous membranes due to even very slight mechanical friction or injury. According to the international classification adopted in 2008, BE has four forms depending on the level of damage to the epidermis: simple, borderline, dystrophic and Kindler's syndrome. Clinical manifestations of PE have a very negative impact on the self-assessment of the quality of life of a young patient and his family members not only physically but also psychologically.

Formulation of the purpose of the article. The aim is to evaluate the effectiveness of topical use of the enzyme superoxide dismutase in the form of a cream on the condition of the skin and to assess the quality of life of patients with bullous epidermolysis.

Analysis of recent research and publications. An important area of research is the search for effective ways to improve the quality of life of patients with bullous epidermolysis.

Materials and methods of research. The work was performed at the Department of Dermatology and Venereology with a course in cosmetology of NMU named after OO Bogomolets and with the support of the center "Debra-Ukraine". In order to objectify the assessments of the real therapeutic effect of superoxide dismutase in patients with bullous epidermolysis, we used the assessment of the condition of the skin and automated testing of quality of life in the dynamics before and after drug use.

Research results. A combined study of the therapeutic effect of weeks of local treatment of affected skin areas in patients with BE with Sodermix (Life Science Investments).

Discussion. The therapeutic effect of the drug is provided by the high content of Superoxide dismutase (SOD), which destroys free radicals that occur during physiological metabolism, thereby improving the condition of the skin and subjective feelings of patients.

Conclusions and prospects for further research. It has been proven that treatment with superoxide dismutase helps to improve the condition of the skin of patients with bullous epidermolysis, which mediates the positive effect of the drug on the quality of life of these patients.

Key words: superoxide dismutase, Sodermix, skin diseases, bullous epidermolysis, pain, self-esteem, quality of life.

Вступ. Бульозний епідермоліз (БЕ) належить до генетично та клінічно гетерогенних захворювань, що характеризуються утворенням на шкірі та слизових оболонках пухирів та ерозій внаслідок навіть дуже незначного механічного тертя або травми. (Kariminejad, A., Vahidnezhad, H., Ghaderi-Sohi, S., et al., 2019). Сам термін «вроджений бульозний епідермоліз» об'єднує групу досить рідкісних, клініко-генетично гетерогенних захворювань, які характеризуються виникненням або у внутрішньоутробний період розвитку людини або у ранньому дитинстві на різних ділянках шкіри та слизових оболонок певної кількості (від поодиноких до множинних) міхурів та ерозій. Крім того, доволі чисельні позашкірні клінічні прояви можуть супроводжувати різні підтипи БЕ. (Reimer, A., Hess, M., Schwieger-Briel, A. et al., 2020). Вони мають вигляд пухирів та ерозій на рогівці очей та слизових оболонках, гіпоплазії емалі зубів, стенозів або стриктур слизових оболонок дихальної, травної та сечостатевої систем, атрезії пілоруса, м'язової дистрофії і раку. Частота виявлення БЕ в світі становить 17 випадків

на 1 млн живих новонароджених. За міжнародною класифікацією, ухваленою в 2008 р., БЕ має чотири форми залежно від рівня ураження епідермісу: простий, межовий, дистрофічний та синдром Кіндлера.

Появу первинних висипань при БЕ переважно спричиняє досить незначна за силою і тривалістю дії механічна взаємодія у формі тертя між шкірою немовляти та білизною (Mariath, L. M., Santin, J. T., Schuler-Faccini, L., Kiszewski, A. E., et al., 2020). Батьки основну увагу в таких випадках приділяють не факту немотивованої появи у дитини поодиноких дрібних висипань, а з'ясуванню «справжньої» причини її неспокійної поведінки. І лише з часом (від кількох годин до кількох місяців) дорослі починають усвідомлювати очевидний зв'язок між появою висипань на шкірі та зумовленими ними больовими відчуттями у їх дитини і, як наслідок – різкої зміни її звичної поведінки. Зрештою дорослим членам родини стає зрозуміло, що біль – це невід'ємна складова життя кожної дитини з бульозним епідермолізом (БЕ). Окрім цього, різні клінічні підтипи

захворювання можуть супроводжуватися і чисельними позашкірними проявами. Міжнародна асоціація з вивчення болю (International Association for the Study of Pain) надає таке визначення цій соматичній патології: «Бульозний епідермоліз – це неприємний чуттєвий та емоційний досвід, пов'язаний з актуальним чи потенційним пошкодженням тканин або описаний термінами такого пошкодження» (J-D. Fine, H. Hintner, 2014).

Причини болю при БЕ можуть бути різними. З одного боку, є власне больовий синдром, спричинений самим захворюванням внаслідок появи свіжих ран, тиску оточуючих епідерміс тканин одягу на великі пухирі, заповнені серозною рідиною. З іншого боку, місцеве лікування цього захворювання також може бути досить болючим, коли матеріали, що використовуються для перев'язок, прилипають до ерозивних поверхонь або при дезінфекції ерозивних ділянок з метою запобігання розвитку піодермій. Існують два основних типи болю – ноцицептивний та невротичний. Розуміння їх розмежування є корисним для будь якого клініциста, адже відрізняються методи їх лікування. Ноцицептивний біль виникає, коли ураження тканин активує специфічні рецептори болю – ноцицептори, які є чутливими до дії шкідливих стимулів (високої або низької температури, вібрації, тиску, розтягнення, впливу хімічних речовин). Невротичний біль зумовлюють структурні uszkodження та дисфункція нервових клітин периферичної або центральної нервової системи (ЦНС). У пацієнтів із БЕ больові відчуття спричиняють обидва вказаних механізми. (Has, C., 2019). Крім того, їх посилює сенсibiliзація ЦНС та психологічне кондиціонування. Було встановлено, що джерелом невротичного болю є зниження щільності внутрішньоepидермальних нервових волокон у пацієнтів із рецесивним дистрофічним БЕ внаслідок uszkodження дистальних терміналів дрібних волокон, зумовленого травмою, дією метаболічних токсинів, інфекцією та дефіцитом харчування (Pope, E., Lara-Corrales, I., Mellerio, J., et al., 2012).

Отже, цілком зрозумілим є факт, що клінічні прояви БЕ вкрай негативно впливають на самооцінку якості життя пацієнта та членів його родини не тільки у фізичному, але й у психологічному аспекті. Постійна наявність пухирів та ерозій (ран), які при тяжких формах супроводжуються болем та свербіжем, велика площа ураження та серйозні ускладнення, які призводять до інвалідизації, можуть стати причиною виникнення у хворого невротичного стану, що зумовлює його соціальну дезадаптацію, ускладнює процеси навчання, праці та відпочинку. В перше десятиліття ХХІ ст. у країнах Європейського Союзу та США проведено низку досліджень, присвячених вивченню клінічних особливостей стійкого болю у па-

цієнтів із БЕ (Qurrat, Ul Ain, Estefania, V. R., Campos E. V., et al., 2020). Серед всієї офіційно встановленої української популяції таких хворих (станом на 2018 р. – 163 особи), як дітей, так і дорослих, аналогічних досліджень ще не проводили.

Формулювання мети статті. Мета – оцінити ефективність місцевого використання ферменту супероксиддисмутази у вигляді крему на стан шкірних покривів та оцінку якості життя пацієнтів, хворих на бульозний епідермоліз.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Виходячи з розуміння, що дистрофічна форма БЕ характеризується чисельними мутаціями у гені COL7A1, який кодує колаген VII типу, що і призводить до зміненої структурної та функціональної недостатності якірних фібрил і, відповідно, розщеплення шкіри на суббазальному рівні компанією Krystal Biotech і був розроблений препарат KB103 (bercolagene telsepavec). Він є запатентованим засобом для місцевої генної терапії – безпосередньої доставки функціонального гена COL7A1 в клітини шкіри з використанням модифікованого і безпечного вірусу простого герпесу. Він був удостоєний звання PRIME (PRiority MEDicines) від Європейського агентства з лікарських засобів (EMA) (Takashima, S., Shinkuma, S., Fujita, Y., et al., 2019). Таке вкрай позитивне його відзначення засноване на попередніх вельми позитивних результатах дослідження GEM-1 Фаз 1/2 (NCT03536143) та деяких додаткових неклінічних даних (Haik, J., Kornhaber, R., Blal, B., & Harats, M., 2017). Наступні результати клінічних спостережень показали, що препарат KB103 добре переносився всіма пацієнтами при його багаторазовому використанні без появи запалення чи його посилення та роздратування шкіри на місцях висипань. Щодо візуальної оцінки ефективності, то 90% ерозивних поверхонь після використання KB103 повністю епітелізувалися (закрилися). Середній проміжок часу до їх повної епітелізації становив менше 3 тижнів (17,4 дня), а наступна клінічна ремісія складала в середньому 113 днів. Препарат KB103 вже отримав від FDA статус прогресивної терапії регенеративної медицини (the Regenerative Medicine Advanced Therapy – RMAT) (Has, C., 2019).

Ще однією новинкою, про яку стало відомо з наукової літератури, є іноваційна розробка компанії Phoenix Tissue Repair яка просуває дослідницьку терапію БЕ, відому як PTR-01 (системний рекомбінантний колаген типу VII (rC7) для лікування рецесивного дистрофічного булезного епідермолізу. Препарат rC7 є потенційно модифікованим лікарським засобом, який вводиться пацієнтам внутрішньовенно, замінюючи дефектний колаген типу VII здоровим колагеном в тих місцях, де він вкрай необхідний (Graham, T., Sooriah, S., Giampieri, S., Vox, R., & Grocott, P., 2019). Окремою ланкою

міжнародних досліджень 2021 року стала інноваційна інформація стосовно препарату EB-101, тобто, клітинної терапії генної корекції, розробленої Abeona Therapeutics. Цей препарат доставляє правильну версію гена COL7A1 через неінфекційні вірусні носії до власних клітин шкіри (кератиноцитів), зібраних шляхом біопсій та культивованих в лабораторному посуді (Zurab Siprashvili, Ngon T. Nguyen, Emily S. Gorell, et al., 2016). Потім ці генно-інженерні клітини пересаджуються назад пацієнту, відновлюючи нормальне вироблення COL7 в шкірі. Американським управлінням харчових продуктів і лікарських засобів препарату EB-101 було надано статус як проривної терапії (the Breakthrough therapy), так і прогресивної терапії регенеративної медицини (the Regenerative Medicine Advanced Therapy). (De Rosa, L., Secone Seconetti, A., De Santis, G. et al., 2019).

Дослідники з Королівського коледжу Лондона створили специфічну перев'язувальну рукавичку, розроблену для задоволення конкретних потреб під час перев'язок та утримання розділеними пальців пацієнтів з рецесивним дистрофічним БЕ (профілактика псевдосиндактилій). За допомогою тематичного аналізу було виявлено вісім основних потреб потенційних користувачів – поглинання, прихильність, комфорт, пристосованість, простота нанесення та видалення, дихання, захист та гігієна рук. Це і було враховано та включено до дизайну робочого прототипу цих рукавичок і на їх основі науковці-дослідники і створили два їх початкових прототипа (Has, C., Liu, L., Bolling, M., et al., 2020). Достатньо цікавою та потенційно привабливою для хворих з БЕ є і «Spin Care» – розроблений в Ізраїлі електропрядильний пристрій, призначений для швидкої та безболісної зовнішньої обробки опіків та раньових поверхонь. Він нагадує собою великий іграшковий пістолет, що розпорошує прозору, схожу на шкіру полімерну пов'язку прямо на раньову поверхню. Цей пристрій пристосований саме для його використання біля ліжка хворого і являє собою повністю персоналізовану систему перев'язування з відмінним покриттям усіх розмірів, форм і складних контурів. Нановолокниста перев'язка імітує структуру природних тканин тіла і створює чудове середовище для відновлення та загоєння пошкоджених тканин шкіри фактично будь якої природи (Graham, T., Soorah, S., Giampieri, et al., 2019).

Матеріали та методи дослідження. Робота була виконана на кафедрі дерматології та венерології з курсом косметології НМУ ім.О.О.Богомольця за підтримки центру «Добра-Україна» з метою об'єктивізації оцінок реального терапевтичного впливу супероксиддисмутази на стан шкіри при місцевій терапії у хворих на бульозний епідермоліз, що є орфанним захворюванням, при якому етіопатогенетичного лікування досі не існує. Супероксиддисму-

таза каталізує дисмутацію супероксиду в кисень і перекис водню, вона грає найважливішу роль в антиоксидантному захисті практично всіх типів клітин, що так або інакше знаходяться у контакті з киснем. Тому **гіпотезою дослідження** стало припущення, що супероксиддисмутаза може впливати на загоєння ран у хворих на БЕ.

Було на добровільних засадах використано автоматизоване тестування якості життя (ЯЖ) на основі класичного підходу до кількісної оцінки суб'єктивного стану, розробленого Стівенсом-Галантером ще у 1957 р. Використання загального опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36) дало змогу опитувати пацієнтів з БЕ віком від 7-8 років. Суттєвим є й те, що тест має досить високу чутливість і є коротким (складається лише з 36 питань), а також що відповіді на питання може збирати як дослідник, так і заповнювати сам респондент. (Suresh, H., 2021). До того ж, відповіді можна передавати телефоном, що є принципово важливим під час повторного дистанційного опитування в період вірусної пандемії. Цей тест був розроблений у Центрі вивчення медичних результатів США (IQOLA) у 1992 р. E. Jonh Ware і Cathy Donald Sherbourne. Переклад та адаптацію MOS SF-36 було здійснено у 29 країнах світу. В Україні тест був перекладений та адаптований у 2003 р. (Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовий, Ю. В. Бабійчук, 2003). Для визначення ЯЖ за допомогою опитувальника MOS SF-36 використовували низку критеріїв. Юний респондент із допомогою батьків сам оцінював власний стан відповідно до визначених в тексті опитувальника показників за останні 4 тижні:

1. Фізична активність (ФА) – суб'єктивна оцінка респондентом об'єму свого буденного фізичного навантаження. Що більшим він є, то вища фізична самостійність. Результат дорівнює середньоарифметичній суми балів 10 видів діяльності: а) надмірні зусилля (піднімати вагу, бігати, брати участь у спортивних змаганнях); б) помірні зусилля (прибирати у квартирі, пилювати); в) піднімати або носити сумки з продуктами; г) підніматися сходами на кілька поверхів; г) підніматися сходами на один по – верх; д) нахилитися, стати навколішки, зігнутися; е) пройти більше 1 км; є) пройти кілька кварталів (200–300 м); ж) пройти один квартал (100 м); з) самостійно митися та вдягатися.

2. Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (ФПЖ) – суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок стану здоров'я та виявів хвороби. Що вищий показник, то меншою мірою обмежена його буденна активність.

3. Больові відчуття (БВ) – характеризують роль суб'єктивного сприйняття болю респондентом в обмеженні його діяльності. Що вище показник, то

більшою мірою, на думку респондента, БВ заважають його буденній діяльності.

4. Життєздатність (ЖЗ) – суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону (енергія, жвавість). Чим вище показник, тим краща оцінка життєвого тону, більше часу хворий почував себе повним сил та енергійним.

5. Соціальна активність (СА) – оцінка респондентом рівня своїх відносин із друзями, колегами по роботі, рідними. Чим вищий показник, тим вища оцінка рівня соціальних зв'язків.

6. Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) – суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок емоційних проблем за останніх 4 тижні. Чим вищий показник, тим меншою мірою, на думку респондента, його емоційний стан впливає на буденну діяльність.

7. Психічне здоров'я (ПЗ) – суб'єктивна оцінка свого настрою (щастя, спокій). Чим вищий показник, тим кращий настрій був у респондента, тим більше за останніх 4 тижні він почувався спокійним та щасливим.

8. Загальне здоров'я (ЗЗ) – оцінка респондентом стану власного загального здоров'я натеper. Чим вищий показник, тим краще респондент сприймає своє здоров'я в цілому.

9. Стан здоров'я порівняно з тим, яким був рік тому (ЗР) – суб'єктивна оцінка респондентом свого здоров'я та змін, що сталися протягом року. Прямий зв'язок: що краще стало здоров'я, то вище бал.

Також можливе обрахування трьох додаткових узагальнюючих критеріїв:

1. Фізичний статус – оцінюють за трьома показниками: – ФА; – ФПЖ, – БВ.

2. Загальний статус (ЗС) – оцінюють за двома показниками: – ЗЗ; – ЖЗ.

3. Психічний статус (ПС) – оцінюють за трьома показниками: – СА; – РЕ; – ПЗ (розраховують як середньоарифметичне). (Bornert O, Hogervorst M, Naugoy P, et al. 2021).

З комплексу саме цих параметрів і формували цілісну карту показників, характерних для обстежених нами ще в 2019 р. 43 пацієнтів з БЕ за допомогою міжнародного опитувальника MOS SF-36 (Boeira V.L., Souza E.S., Rocha Bde O. et al., 2013). Через пандемію коронавірусу і зумовлені ним технічні, побутові та психологічні складності навесні 2021 р. було повторно дистанційно опитано лише 38 хворих на БЕ та їхніх рідних.

Обмеження дослідження стосувалися його проведення лише серед хворих з бульозним епідермолізом в Україні та дорослих членів їх родин. БЕ є досить рідкісним захворюванням, що зумовило порівняно невелику кількість досліджуваних пацієнтів. Крім того,

тоді як в початковому дослідженні взяли участь 43 пацієнти з БЕ, динаміку вдалося оцінити лише в 38 із них, що було пов'язано з карантинними обмеженнями спілкування в зв'язку з пандемією COVID-19.

Етичні питання вирішувалися дотриманням біоетичних принципів, зокрема: інформованої згоди, анонімності, толерантності, академічної доброчесності. Для проведення дослідження додаткового фінансування не виділялося, конфлікту інтересів не було.

Результати дослідження. Повноцінного етіопатогенетично обґрунтованого лікування бульозного епідермолізу не існує, і реальна терапія зводиться до пильного догляду за хронічними ерозіями-ранами та профілактики появи нових пухирів і ран. При щоденному догляді дорослих за шкірою дітей з БЕ, яка в таких дітей часто є занадто сухою та легко травмується, застосовують м'які очищуючі засоби з антибактеріальною дією та пом'якшувальні зволожуючі креми. Задачею лікувального впливу препаратів місцевої дії є прискорення заживлення хронічних ран, профілактика появи нових ран, а також максимальне усунення суб'єктивних відчуттів, таких як зуд, біль тощо. Запропонований розробниками метод догляду за хронічними ранами (на прикладі бульозного епідермолізу) являє собою нанесення на рану препарату Sodermix, компанії Life Science Investments. Активним дієвим терапевтичним інгредієнтом його є супероксиддисмутаза, екстрагована з зелених томатів. Препарат наносився 1–2 рази на день під пов'язку або без пов'язки в залежності від величини, важкості рани та її конкретної локалізації на шкірі.

Клінічний приклад. Пацієнтка М., 7 років, із діагнозом бульозний епідермоліз, що був встановлений ще при народженні. Знаходилася на диспансерному спостереженні в дитячій спеціалізованій лікарні Охматдит. Діагноз був незаперечно підтверджений візуальним оглядом шкіри до лікування (Рис. 2а), а також біопсією та результатами гістологічного дослідження (Рис. 1). Зони найбільш частішої локалізації уражених ділянок шкіри до проведення дослідження: стопи, коліна, стегна, сідниці, лікті, плечі, передпліччя, пальці, вуха. При дослідженні довільно було обрано наступні шість зон уражень (праве коліно, ліва ягодиця, ліве стегно, пальці правої руки, ліве вухо, праве вухо) на які 2 рази на день на протязі 6 місяців місцево наносилась супероксиддисмутаза (препарат Sodermix). В процесі оцінки кожна з зон ураження оцінювалась від 0 до 3 балів за наступними критеріями: еритема, набряк, ексудація, біль, зуд.

Значного поліпшення стану шкіри і епітелізації у разі дистрофічної форми БЕ було досягнуто вже після 2х-тижневого місцевого застосування супероксиддисмутази (Рис. 2б). В процесі такого ліку-

вання спостерігалось також значне зниження зуду і болі в зонах нанесення препарату. Через 3 місяці на більшості ділянок, де застосовували супероксиддисмутази, відбулася повна епітелізація. Крім того на 4-х з 6 обраних зон появи нових пухирів та ерозивно-ранових поверхонь не спостерігалось на протязі 4-х місяців після завершення циклу місцевої терапії. Крім того, після завершення такої 12 тижневої місцевої терапії не було необхідності в нанесенні пов'язок на коліно і на пальці руки, що підтверджує можливість значно подовжити ремісію за допомогою цього препарату (Рис. 2в).

Все вищезазначене дає нам підставу вважати, що заявлений виробником препарату Sodermix (компанія Life Science Investments) спосіб амбулаторного

догляду за хронічними ранами на прикладі кількох хворих з бульозним епідермолізом був успішно в амбулаторних умовах нами опробований у 17 пацієнтів від 2 до 27 років з різними клінічними формами цієї патології. У всіх пацієнтів спостерігалось значне або повне зниження відчуття зуду та болі, також відмічалось прискорення заживлення ран та ерозій і подовження ремісії в зонах місцевого нанесення цього препарату. Візуальна оцінка результатів лікування (Рис. 2) за п'ятибальною шкалою теж показала, що у 90% випадків були отримані оцінки «добре» та «відмінно». Цей висновок також знайшов своє відображення в нижче наведеній таблиці сумарної оцінки ефективності супероксиддисмутази в разі її місцевого застосування на уражених висипкою ділянках шкіри.

Таблиця 1

Сумарна оцінка ефективності супероксиддисмутази в разі місцевого застосування препарату

Зона ураження	До лікування	Тиждень місцевого лікування											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ліве коліно	13	11	7	5	6	6	5	4	4	1	1	0	0
Ліве стегно	15	10	9	5	5	3	4	2	2	4	2	2	3
Прав рука	17	16	11	7	2	1	1	1	1	1	0	0	0
Ліве вухо	14	14	7	11	9	7	10	9	11	8	8	7	6
Прав вухо	14	14	7	10	7	13	12	8	9	8	6	6	3
Сідниця	14	8	5	4	4	5	2	2	2	3	3	3	3
Загальна сума балів	87	73	46	42	33	35	34	26	29	25	20	18	15

*В процесі оцінки кожна з зон ураження оцінювалась від 0 до 3 балів за наступними критеріями: еритема, набряк, ексудація, біль, зуд. В таблицю вносились сума балів

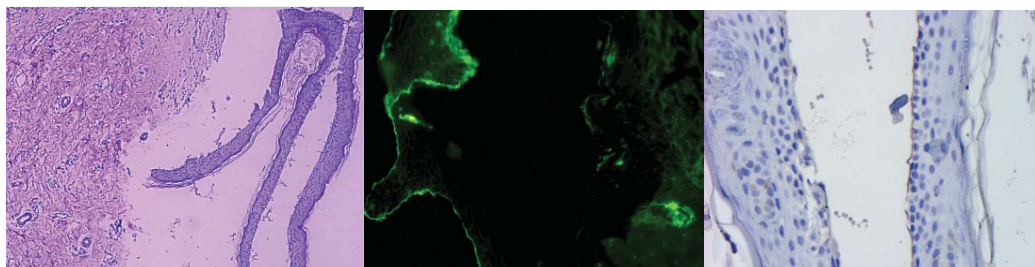


Рис. 1. Результати біопсії шкіри 7 річної пацієнтки, що підтверджують діагноз бульозного епідермолізу



Рис. 2. Динаміка стану шкіри в ділянці коліна правої нижньої кінцівки пацієнтки М, 7 років, хворої на БЕ, при місцевому нанесенні супероксиддисмутази (препарату Sodermix) (а - до лікування, б - через 2 тижні, в - через 12 тижнів після початку лікування)

Обговорення отриманих результатів. Згідно існуючих наукових публікацій можна прийти до висновку, що при бульозному епідермолізі має місце підвищення TNF- α , IL-1 β , IL-4, IL-5, IL-6, IL-8. Супероксиддисмутаза, в свою чергу, може знижувати експресію вказаних вище прозапальних цитокінів. Вона захищає організм від високотоксичних кисневих радикалів. Препарат Sodermix (Содермікс) проявляє свою ефективну дію при запаленні саме завдяки високому вмісту в ньому Супероксиддисмутази (СОД), яка знищує вільні радикали, що з'являються при фізіологічному метаболізмі. Коли ж вироблення вільних радикалів перевищує норму (як, наприклад при запальному процесі) фізіологічний рівень супероксиддисмутази стає недостатнім для поновлення фізіологічного балансу і організм потребує додаткового її добавлення з зовні. При місцевому використанні препарату, в шкіру поступає додаткова супероксиддисмутаза, що і допомагає зменшити запалення.

Отримані протягом повторного тестування (вже під час карантину) відомості та їхній аналіз дали змогу незаперечно і об'єктивно виявити зміни в психологічній оцінці наявних у дітей та дорослих з БЕ соматичних уражень шкіри, очей, нігтів, гортані і ротової порожнини, дізнатися про їхнє ставлення до суспільного життя і навколишнього середовища, а також визначити рівень тривоги та вираженість психічного напруження (Maе Ramirez-Quizon, Dédée F. Murrell, 2021).

Загальновідомим у медичній психології є положення, згідно з яким у випадках, коли має місце подія, яка раніше (навесні-влітку 2019 р.) не входила до можливої структури прогнозу, тобто вважалася «неймовірною» або «неможливою», то вона потребує від такої особистості термінової мобілізації організму. Це фактично завжди спричиняє стан стресового напруження, оскільки біологічна система людського організму повинна дуже швидко реагувати програму неспецифічних форм реагування, які є адекватними для усього класу змін середовища і які не були свідомістю «передбачливо» включені до системи «ймовірних». Когнітивна переробка інформації про неможливість повноцінних взаємовідносин індивіда з навколишнім середовищем, яка ґрунтується на невизначеності, породжує стан тривожного психічного напруження. (Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Do, B. N., et al., 2020). В системі тестування наших хворих це накладається на наявну базову соматичну стривоженість, зумовлену суттєвими обмеженнями фізіологічних можливостей хворих на БЕ, а отже, і на якість їхнього повсякденного життя.

Насамперед оцінювали фізичний статус хворих на БЕ. Власне саме для цього повторно використовували певні шкали (ФА, ФПЖ, Б) загального опитувальника MOS SF-36. Як і очікувалося, принципових змін у самооцінці свого соматичного стану респонденти та їхні рідні за останній рік не відмітили. Було повторно підтверджено існування як прямого кореляційного зв'язку між інтенсивністю болю

і тяжкістю клінічного перебігу БЕ, так і той факт, що у міру дорослішання інтенсивність різноманітних БВ (печіння, пощипування, поколювання, свербіж, закладання) поступово зростає. Відповідно до цього ми виходили з припущення про вірогідність посилення тривожності під час карантину і реально можливого інфікування коронавірусом хворих на БЕ з відповідними тяжкими наслідками як для легень, так і для їхнього життя в цілому. Зазначимо, що попереднє (в 2019 р. до пандемії) тестування однозначно показало як наявність значних БВ у переважної більшості цих пацієнтів, так і достатню вираженість таких різноманітних відчуттів, як печіння, пощипування, поколювання, свербіж і закладання. Цілком логічним здавалось і припущення, що помітно підвищений загальний рівень больової стривоженості хворих має істотно впливати на ступінь тяжкості тих чи інших клінічних виявів БЕ. (Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Бульозний епідермоліз»).

Більше половини респондентів, вперше опитаних у 2019 р. і повторно у 2021 р., суб'єктивно однаково оцінили власний ПС як одночасно напружений і дещо загальмований. На думку їхніх рідних, саме такий стан є типовим для них протягом більшої частини їхнього життя. Одночасно з цим реально помітно підвищений загальний рівень тривожності хворих істотно не впливає на ступінь тяжкості тих чи інших клінічних виявів БЕ, тобто соматичний стан їхньої шкіри, слизових оболонок та внутрішніх органів. Досить несподіваними для нас були результати аналізу суб'єктивного оцінювання респондентами свого життєвого тону (енергія, жвавість) в умовах карантину. Його досить високі показники у хворих дітей ми спочатку розцінили як «чистий вияв» дитячої жвавості. Проте і дорослі хворі на БЕ також достатньо високо оцінили рівень власної енергійності за даними опитування. Тобто значного та вираженого негативного психологічного впливу, власне самої необхідності довго (більше 2–4 місяців) перебувати в самоізоляції на ЯЖ у всіх пацієнтів з БЕ не відмічено. Вірогідніше, це пов'язано з тим, що і до карантину ці хворі внаслідок особливостей своєї патології не дуже часто безпосередньо контактували з іншими людьми поза родину, тож таке «карантинне обмеження» в близькому спілкуванні для них не стало психологічно чимось суттєво значущим і неймовірним. У той же час майже всі члени родин цих хворих що також заповнювали цей опитувальник, відмітили у себе помітне ослаблення ЖЗ під впливом вимушеного багатотижневого самоізолювання вдома. І це при цілком високих показниках ЗЗ, ФА та ФПЖ і фактичній відсутності у них БВ. Фактично не змінилась і загальна самооцінка хворими власного психологічного стану як одночасно напруженого і загальмованого, оскільки саме такий стан і є типовим для них протягом більшої частини їхнього попереднього життя. Одночасно з цим більш молоді пацієнти з БЕ відмічали, що вимушений карантин дав мож-

ливість їм краще і довше емоційно спілкуватись з рідними, позбавленими всі ці тижні можливості ходити на роботу. А отже, оцінка ними таких суттєвих складових ЯЖ, як суспільне життя (міжособистісні взаємовідносини, суспільна цінність суб'єкта) і навколишнє середовище (благополуччя, безпека, побут), виявилась досить своєрідною. Виявлені нами раніше і повторно підтверджені вікові розбіжності в самооцінці хворими наявних у них об'єктивних порушень шкіри, на нашу думку, переважно зумовлені як більшою емоційністю дітей, так і психологічно зваженішою їхньою оцінкою дорослими. Аналогічно була в цілому оцінена і роль РЕ. Суб'єктивна оцінка респондентами ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок емоційних проблем за останні тижні, на наше здивування, показала, що обидві повторно протестовані вікові групи хворих на БЕ фактично однаково зазначили, що зумовлене карантинном «зближення» соціальної дистанції всередині родини та її «подовження» при зовнішніх контактах зі знайомими, сусідами, медичними та соціальними працівниками призвело до помітного підвищення відчуття безпеки та кращого і різноманітнішого дистанційного інформування дорослих. Мабуть, це у дітей та у дорослих, хворих на БЕ, зумовлено вимушеним, помітно довшим за часом спілкуванням з батьками, які переважно не ходили на роботу всі ці тижні, а майже постійно були вдома. Відповідно, вони були фізично і психологічно вимушені частіше і довше з ними спілкуватись, сперечатись, піклуватись, обговорювати, радитись, допомагати робити перев'язки та стежити за вчасним та правильним місцевим лікуванням. Тобто спокійно і некваливо робити всі ті буденні речі, на які до карантину не кожного дня вистачало вдосталь часу. Стосовно впливу «подовженої» соціальної дистанції при позародинних контактах, то вона і раніше (до карантину) як у дітей, так і у дорослих переважно була значною. Вимушений пандемією карантин різко обмежив можливість безпосередніх особистісних контактів і тим самим майже урівняв у часі і частоті дистанційні контакти хворих на БЕ та здорових осіб. До того ж хворі на БЕ навіть отримали певну тимчасову тактичну перевагу — для них більшу частину їхнього життя такого роду контакти були звичною буденною справою. Ще більш неочікуваними виявились результати тестування за шкалами ПС. Виявилось, що СА у хворих на БЕ під час карантину не те що зменшилась, а навпаки, помітно збільшилась при одночасному її зменшенні у здорових членів таких родин, оскільки для них, як «зовнішніх» співрозмовників, це виявилось чимось випадковим, періодичним і явно не основним. Тож усі ці «карантинні тижні» хворі на БЕ психологічно і соціально почувалися не тільки цілком звично і досить психологічно комфортно, а й мали реальну можливість довше і інформативно повніше спілкуватись. До того ж у їхніх співрозмовників було для цього соціального спілкування помітно більше вільного часу, а також майже не було інших «не-

дистанційних» можливостей для контактів. Упродовж цих тижнів фактично створилась унікальна ситуація — відбулось тимчасове «урівняння» контактних соціально-психологічних можливостей хворих на БЕ та здорових осіб, чого ніколи не було раніше. А отже, об'єктивно, хоча й примусово, створилась «вимушена» ситуація для кращого, повнішого розуміння здоровими людьми складових ЯЖ такої специфічної соматичної патології, як БЕ. Сподіваємось, що цей вимушений через об'єктивні обставини пандемії коронавірусу «сумний» досвід допоможе в майбутньому як хворим, так і здоровим членам їх родин в оптимізації ними своєї поведінки та вчинків.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проведено науково обґрунтоване комбіноване дослідження з оцінки терапевтичного впливу багатотижневого місцевого лікування уражених ділянок шкіри у хворих на БЕ препаратом Sodermix (компанія Life Science Investments) довело його ефективність саме завдяки високому вмісту в ньому Супероксиддисмутази (СОД), яка знищує вільні радикали, що з'являються при фізіологічному метаболізмі.

Значного поліпшення стану пошкодженої шкіри і епітелізації у разі дистрофічної форми БЕ досягнуто вже після 2х-тижневого місцевого застосування супероксиддисмутази. При цьому спостерігалось також значне зниження зуду і больових відчуттів у зонах нанесення препарату.

Лікування препаратом Sodermix протягом 12 тижнів призводило до повної епітелізації ерозій та гальмувало появу нових пухирів та ерозивно-ранових поверхонь протягом 4-х місяців після завершення циклу місцевої терапії, причому в цей період не було необхідності в нанесенні захисних пов'язок на коліна і на пальці рук.

Повторне тестування пацієнтів з БЕ за допомогою шкал MOS SP-36 в цілому підтвердило вже раніше (в 2019 р., ще до пандемії) встановлене існування прямого зв'язку між інтенсивністю больових відчуттів і тяжкістю клінічного перебігу БЕ у хворих.

Встановлено на перший погляд дещо парадоксальний вплив карантину на певні складові ЯЖ хворих на БЕ. Вимушене майже цілодобове спільне перебування як хворих, так і їхніх рідних вдома зумовило різке «скорочення» соціальної дистанції між ними, що своєю чергою сприяло помітному підвищенню у них відчуття безпеки та кращого, різноманітнішого безпосереднього спілкування. Цьому також сприяли виразно позитивні наочні результати місцевої терапії уражених ділянок шкіри препаратом Sodermix що і призвело до часткового покращення буденної (звичної) ЯЖ цієї дуже специфічної категорії дерматологічних пацієнтів.

Таким чином, результати нашого дослідження підтвердили гіпотезу про те, що супероксиддисмутаза при місцевому застосуванні при БЕ сприяє загоєнню ран, що покращує якість життя цих хворих.

Список використаних джерел:

1. Boeira V. L., Souza E. S., Rocha B. de O. et al. Inherited epidermolysis bullosa: clinical and therapeutic aspects. *An. Bras. Dermatol.* 2013. Vol. 88. Issue 2. P. 185–198. DOI: 10.1590/S0365-05962013000200001.
2. Bornert O., Hogervorst M., Nauroy P. et al. QR-313, an antisense oligonucleotide, shows therapeutic efficacy for treatment of dominant and recessive dystrophic epidermolysis bullosa: a preclinical study. *J Invest Dermatol.* 2021. Vol. 141. Issue 4. P. 883–893.
3. De Rosa L., Secone Seconetti A., De Santis G. et al. Laminin 332- dependent YAP dysregulation depletes epidermal stem cells in junctional epidermolysis bullosa. *Cell Rep.* 2019. Vol. 27. P. 2036–2049.
4. Fine J. D., Eady R. A., Bauer E. A. et al. Revised classification system for inherited epidermolysis bullosa: report of the Second International Consensus Meeting on diagnosis and classification of epidermolysis bullosa. *J Am Acad Dermatol.* 2000. Vol. 42. P. 1051–1066.
5. Graham, T., Sooriah, S., Giampieri, S., Box, R., & Grocott, P. (2019), Iterative codesign and testing of a novel dressing glove for epidermolysis bullosa. *Journal of wound care.* Vol. 28. Issue 1. P. 5–14.
6. Haik J., Kornhaber R., Blal B., & Harats M. The feasibility of a handheld electrospinning device for the application of nanofibrous wound dressings. *Advances in wound care.* 2017. Vol. 6. Issue 5. P. 166–174.
7. Has C., Liu L., Bolling M. et al. Clinical practice guidelines for laboratory diagnosis of epidermolysis bullosa. *Br J Dermatol.* 2020. Vol. 182. P. 574–592.
8. Has C. Chronic tissue damage: a common pathomechanism of genodermatoses. *Br J Dermatol.* 2019. Vol. 181. P. 440–441.
9. Fine J-D., Hintner H. Epidermolysis bullosa (translated from English by Yu. Yu. Kotalevskaya). M.: Practice, 2014. 358 p. (Ru)
10. Kariminejad A., Vahidnezhad H., Ghaderi-Sohi S. et al. Widespread aplasia cutis congenita in sibs with *PLEC1* and *ITGB4* variants. *Am J Med Genet A.* 2019. Vol. 179. P. 1547–1555.
11. Mae R.-Q., Dédée F. M. Managing epidermolysis bullosa during the COVID-19 pandemic: experience and ideals. *Clinics in Dermatology.* 2021. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2021.01.014.
12. Mariath L. M., Santin J. T., Schuler-Faccini L. & Kiszewski A. E. Inherited epidermolysis bullosa: update on the clinical and genetic aspects. *An Bras Dermatol.* 2020. Vol. 95. P. 551–569.
13. Nguyen H. C., Nguyen M. H., Do B. N. et al. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *J Clin Med.* 2020. Vol. 9. Issue 4. 965 p.
14. Pope E., Lara-Corrales I., Mellerio J. et al. A consensus approach to wound care in epidermolysis bullosa. *J Am Acad Dermatol.* 2012. Vol. 67. Issue 5. P. 904–917.
15. Qurrat Ul Ain, Estefania V. R., Campos E. V. et al. Gene Delivery to the Skin – How Far Have We Come? *Trends in Biotechnology.* 2020. Vol. 39. Issue 5. P. 474–487.
16. Reimer A., Hess M., Schwieger-Briel A. et al. Natural history of growth and anaemia in children with epidermolysis bullosa: a retrospective cohort study. *Br J Dermatol.* 2020. Vol. 182. P. 1437–1448.
17. Takashima, S., Shinkuma, S., Fujita, Y., et al. (2019), Efficient gene reframing therapy for recessive dystrophic epidermolysis bullosa with CRISPR/Cas9. *Journal of Investigative Dermatology.* Vol. 139. Issue 8. P. 1711–1721.
18. Suresh H. Assessment of health-related quality of life using EQ-5D among residents of mysore during the coronavirus disease pandemic. *Ann Commun Health.* 2021. Vol. 9. P. 127–132.
19. Zurab Siprashvili, Ngon T. Nguyen, Emily S. Gorell et al. Safety and Wound Outcomes Following Genetically Corrected Autologous Epidermal Grafts in Patients With Recessive Dystrophic Epidermolysis Bullosa. *JAMA.* 2016. Vol. 316. Issue 17. P. 1808–1817. DOI: 10.1001/jama.2016.15588.

References:

1. Boeira, V. L., Souza, E. S., Rocha, B. de O., et al. (2013), Inherited epidermolysis bullosa: clinical and therapeutic aspects, *An. Bras. Dermatol.*, vol. 88, issue 2, pp. 185–198, doi: 10.1590/S0365-05962013000200001.
2. Bornert, O., Hogervorst, M., Nauroy, P., et al. (2021), QR-313, an antisense oligonucleotide, shows therapeutic efficacy for treatment of dominant and recessive dystrophic epidermolysis bullosa: a preclinical study, *J Invest Dermatol.*, vol. 141, issue 4, pp. 883–893.
3. De Rosa, L., Secone Seconetti, A., De Santis, G., et al. (2019), Laminin 332- dependent YAP dysregulation depletes epidermal stem cells in junctional epidermolysis bullosa, *Cell Rep.*, vol. 27, pp. 2036–2049.
4. Fine, J. D., Eady, R. A., Bauer, E. A., et al. (2000), Revised classification system for inherited epidermolysis bullosa: report of the Second International Consensus Meeting on diagnosis and classification of epidermolysis bullosa, *J Am Acad Dermatol.*, vol. 42, pp. 1051–1066.
5. Graham, T., Sooriah, S., Giampieri, S., Box, R., & Grocott, P. (2019), Iterative codesign and testing of a novel dressing glove for epidermolysis bullosa, *Journal of wound care.*, vol. 28, issue 1, pp. 5–14.
6. Haik, J., Kornhaber, R., Blal, B., & Harats, M. (2017), The feasibility of a handheld electrospinning device for the application of nanofibrous wound dressings, *Advances in wound care.*, vol. 6, issue 5, pp. 166–174.
7. Has, C., Liu, L., Bolling, M., et al. (2020), Clinical practice guidelines for laboratory diagnosis of epidermolysis bullosa. *Br J Dermatol.*, vol. 182, pp. 574–592.
8. Has, C. (2019), Chronic tissue damage: a common pathomechanism of genodermatoses, *Br J Dermatol.*, vol. 181, pp. 440–441.
9. Fine, J-D., Hintner, H. (2014), Epidermolysis bullosa (translated from English by Yu. Yu. Kotalevskaya), M.: Practice, 358 p. (Ru)
10. Kariminejad, A., Vahidnezhad, H., Ghaderi-Sohi, S., et al. (2019), Widespread aplasia cutis congenita in sibs with *PLEC1* and *ITGB4* variants, *Am J Med Genet A.*, vol. 179, pp. 1547–1555.
11. Mae, R.-Q., Dédée, F. M. (2021), Managing epidermolysis bullosa during the COVID-19 pandemic: experience and ideals, *Clinics in Dermatology.*, doi: 10.1016/j.clindermatol.2021.01.014.
12. Mariath, L. M., Santin, J. T., Schuler-Faccini, L. & Kiszewski, A. E. (2020), Inherited epidermolysis bullosa: update on the clinical and genetic aspects, *An Bras Dermatol.*, vol. 95, pp. 551–569.
13. Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Do, B. N., et al. (2020), People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy, *J Clin Med.*, vol. 9, issue 4, 965 p.

14. Pope, E., Lara-Corrales, I., Mellerio, J., et al. (2012), A consensus approach to wound care in epidermolysis bullosa, *J Am Acad Dermatol.*, vol. 67, issue 5, pp. 904–917.
15. Qurrat, Ul Ain, Estefania, V. R., Campos, E. V., et al. (2020), Gene Delivery to the Skin – How Far Have We Come?, *Trends in Biotechnology*, vol. 39, issue 5, pp. 474–487.
16. Reimer, A., Hess, M., Schwieger-Briel, A., et al. (2020), Natural history of growth and anaemia in children with epidermolysis bullosa: a retrospective cohort study, *Br J Dermatol*, vol. 182, pp. 1437–1448.
17. Takashima, S., Shinkuma, S., Fujita, Y., et al. (2019), Efficient gene reframing therapy for recessive dystrophic epidermolysis bullosa with CRISPR/Cas9, *Journal of Investigative Dermatology*, vol. 139, issue 8, pp. 1711–1721.
18. Suresh, H. (2021), Assessment of health-related quality of life using EQ-5D among residents of mysore during the coronavirus disease pandemic, *Ann Commun Health*, vol. 9, pp. 127–132.
19. Zurab Saprashvili, Ngon T. Nguyen, Emily S. Gorell, et al. (2016), Safety and Wound Outcomes Following Genetically Corrected Autologous Epidermal Grafts in Patients With Recessive Dystrophic Epidermolysis Bullosa, *JAMA*, vol. 316, issue 17, pp. 1808–1817, doi: 10.1001/jama.2016.15588.

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

PSYCHOLOGICAL HEALTH

ВИПУСК 1 (6)
ISSUE 1 (6)

2021

Коректура
Ірина Чудеснова

Комп'ютерна верстка
Наталія Кузнєцова

Формат 60x84/8. Гарнітура Cambria.
Папір офсет. Цифровий друк. Ум.-друк. арк. 13,02. Замов. № 1221/513. Наклад 300 прим.

Видавництво і друкарня – Видавничий дім «Гельветика»
65101, Україна, м. Одеса, вул. Інглєзі, 6/1
Телефон +38 (048) 709 38 69, +38 (095) 934 48 28, +38 (097) 723 06 08
E-mail: mailbox@helvetica.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК No 6424 від 04.10.2018 р.