

ЗАСТОСУВАННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІНСТИТУТУ КАРДІОЛОГІЇ

Ж.Г. Адарічева

ДУ Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" НАМН України, м. Київ

Ключові слова:
хвороби системи кровообігу, психосоматичні розлади, мультидисциплінарний підхід, патопсихологічна діагностика.

Клінічна та експериментальна патологія Т.18, №4 (70). С.10-18.

DOI:10.24061/1727-4338.XVIII.4.70.2019.284

E-mail: psyselkie@gmail.com

Мета роботи - дослідити особистісні риси та психосоціальні фактори життя пацієнтів кардіологічного стаціонару та оцінити їхній вплив на перебіг основного захворювання проведенням патопсихологічного обстеження групи пацієнтів.

Матеріал і методи. Обстежена група з 234 пацієнтів (161- жінки, 73- чоловіки). Соціологічне та патопсихологічне обстеження проведено за допомогою анкет, які містили питання стосовно анамнезу життя і захворювання, способу життя, соціального, сімейного статусу тощо. Використовувались стандартизовані шкали: Торонтська шкала алекситимії TAS-20 (скорочений варіант), скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості Міні-мульти, шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., Хаустова О.О.), опитувальник ВОЗ WHO-5 "Індекс здоров'я". Висновки робились відповідно до стандартних інтерпретацій тестів.

Результати. Встановлено, що в групі жінок алекситимічні порушення мали 50,2% обстежених (27,9% - високий рівень алекситимії, 22,3% - підвищений); серед чоловіків - 45,0% (26,0% та 19,0% відповідно). Серед чоловіків - 42,4% мають певні психологічні особливості; 47,9% - одна або більше шкал на рівні акцентуації; 4,3% - стан психічної дезадаптації. У групі жінок: 3,7% - норма; 38,7% - психічні особливості; 32,2% - акцентуації характеру; 25,4% - психічна дезадаптація. Рівень якості життя, група чоловіків: 2,7% оцінили рівень свого життя як дуже високий, 26,02% - високий; 58,9% - середній; 10,9% - низький; 1,36% - вкрай низький. Жінки: 2,48% - дуже високий; 26,08% - високий; 54,6% - середній; 15% - низький; 1,24% - вкрай низький. Рівень здоров'я: Чоловіки: відмінний рівень - 1,36%; добрий - 24,6%; задовільний - 26,02%; низький - 31,5%; життєво небезпечний - 16,4%. Жінки: відмінний - 1,24%; добрий - 14,9%; задовільний - 14,9%; низький - 41,6%; життєво небезпечний - 27,3%.

Висновки. Застосування патопсихологічного дослідження під час роботи з кардіологічними пацієнтами надає можливість отримати більш повне та об'єктивне уявлення й розробити індивідуальний план роботи, що відповідатиме особливостям та потребам цієї особистості.

Ключевые слова:
болезни системы кровообращения, психосоматические нарушения, мультидисциплинарный подход, патопсихологическая диагностика.

Клиническая и экспериментальная патология Т.18, №4 (70). С.10-18.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ИНСТИТУТА КАРДИОЛОГИИ

Ж.Г. Адарічева

Цель работы - проанализировать личностные черты и психосоциальные факторы жизни пациентов кардиологического стационара и оценить их влияние на течение основного заболевания проведением патопсихологического обследования группы пациентов.

Материал и методы. Была обследована группа из 234 пациентов (161 женщина, 73 мужчин). Социологическое и патопсихологическое обследование проведено с помощью анкет, включавших в себя вопросы относительно анамнеза жизни и заболевания, образа жизни, социального, семейного статуса и тому подобное. Использовались стандартизированные шкалы: Торонтская шкала алекситимии TAS-20 (сокращенный вариант), сокращенный многофакторный опросник для исследования личности Мини-мульти, шкала оценки качества жизни (Чабан А.С., Хаустова А.А.), опросник ВОЗ WHO-5 "Индекс здоровья". Выводы делались согласно стандартных интерпретаций тестов.

Результаты. Установлено, что в группе женщин алекситимические нарушения имели 50,2% обследованных (27,9% - высокий уровень алекситимии, 22,3% - повышенный) среди мужчин - 45,0% (26,0% и 19,0% соответственно). Среди мужчин - 42,4% имеют определенные психологические особенности; 47,9% - одна или более шкал на уровне акцентуации; 4,3% - состояние психической дезадаптации. В группе женщин 3,7% - норма; 38,7% - психические особенности; 32,2% - акцентуации характера; 25,4% - психическая дезадаптация. Уровень качества жизни 2,7%

мужчин оцінили як *очень высокий*, 26,02% - *высокий*; 58,9% - *средний*; 10,9% - *низкий*; 1,36% - *крайне низкий*. Жінки: 2,48% - *очень высокий*; 26,08% - *высокий*; 54,6% - *средний*; 15% - *низкий*; 1,24% - *крайне низкий*. Уровень здоров'я: *мужчины: отличный уровень* - 1,36%; *хороший* - 24,6%; *удовлетворительное* - 26,02%; *низкий* - 31,5%; *жизненно опасный* - 16,4%. Жінки: *отличный* - 1,24%; *хороший* - 14,9%; *удовлетворительное* - 14,9%; *низкий* - 41,6%; *жизненно опасный* - 27,3%.

Выводы. Применение патопсихологического исследования при работе с кардиологическими пациентами позволяет получить более полное и объективное представление, и разработать индивидуальный план работы, соответствующий особенностям и потребностям данной личности.

Key words:
diseases of the
circulatory system,
psychosomatic
disturbances,
multidisciplinary
approach,
pathopsychological
diagnostics.

Clinical and
experimental
pathology. Vol.18,
№4 (70). P.10-18.

USE OF PATHOPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN A COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS IN THE INSTITUTE OF CARDIOLOGY

ZH.H. Adaricheva

Purpose - to study personality traits and psychosocial life factors of cardiac inpatients and evaluate their impact on the course of the basic disease by conducting a pathopsychological examination of a group of patients.

Material and methods. A group of 234 patients (161 women, 73 men) was examined. The sociological and pathopsychological examination was carried out with the help of questionnaires which included questions regarding the history of life and disease, lifestyle, social, family status, etc. Standardized scales were used: Toronto Alexithymia Scale TAS-20 (short version), short multi-factor questionnaire for personality study Mini-cartoon, scale of quality of life assessment (Chaban OS, Haustova OO), WHO WHO questionnaire -5 "Health Index". The conclusions were drawn according to standard interpretations of the tests.

Results. It was found that in the group of women, alexithymic disorders had 50.2% of the surveyed (27.9% - high level of alexithymia, 22.3% - increased); among men - 45.0% (26.0% and 19.0% respectively). Among men, 42.4% have certain psychological characteristics; 47,9% - one or more scales at the level of accentuation; 4.3% is a state of mental disadaptation. In the group of women: 3.7% is health; 38,7% - mental characteristics; 32.2% - accentuation of character; 25.4% - mental disadaptation. The level of the life quality a group of men evaluated: 2.7% assessed their standard of living as very high, 26.02% - high; 58.9% - average; 10.9% - low; 1.36% is extremely low. Women: 2.48% - very high; 26.08% - high; 54.6% - average; 15% - low; 1.24% is extremely low. Health Level: Men: excellent - 1.36%; good - 24.6%; satisfactory - 26.02%; low - 31.5%; life-threatening - 16.4%. Women: excellent - 1.24%; good - 14.9%; satisfactory - 14,9%; low - 41.6%; life-threatening - 27.3%.

Conclusions. The use of pathopsychological research when working with cardiac patients gives the opportunity to get a more complete and objective view, and to develop an individual plan of work that will meet the peculiarities and needs of the individual.

Вступ

Концепція лікування хворого замість його хвороби набуває особливої актуальності в сучасному світі. Біопсихосоціальна модель змінює етіопатогенетичний підхід на комплексний, мультидисциплінарний [1]. Останні дослідження доводять тісний зв'язок між психічним та соматичним здоров'ям, що переконує лікарів приділяти більше уваги емоційному стану пацієнтів [33]. Наукові роботи та практичний досвід демонструють, як певні характерологічні особливості можуть ускладнювати або прискорювати одужання [26]. Дослідженнями доведений додатковий патопластичний ефект коморбідної психічної патології у кардіологічних пацієнтів [11]. Важливим та актуальним сьогодні є поєднання практичного досвіду та доказової бази у міждисциплінарних галузях, зокрема інтеграція методів психологічної діагностики та психотерапії у загальномедичну мережу. Такий підхід реалізує концепцію піклування не тільки про здоров'я, а й про якість життя хворого.

Стратегія, що враховує вплив індивідуальних особистісних рис та психосоціальних факторів на перебіг захворювання, впроваджується у ДУ ННЦ "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска".

Після серцево-судинних, психічні розлади знаходяться на другому місці за значимістю, в тому числі, як причина інвалідності [8]. Сучасні медичні досягнення збільшили тривалість життя, але його якість залишається незадовільною, зокрема через велику кількість емоційних, стресових розладів та психосоматичних симптомів [29]. Поширеність психосоматичних розладів становить від 15 до 50% у популяції. У загальномедичній галузі такі стани становлять від 30 до 57% [3]. Окрім того, деякі кардіологічні нозології, наприклад, артеріальна гіпертензія, можуть мати значний психосоматичний компонент [2, 27]. Також існують дослідження щодо впливу психоемоційних факторів на перебіг серцево-судинних захворювань (ССЗ), зокрема депресивних розладів, які у кардіологічних пацієнтів трапляються

частіше, ніж у загальній популяції, ускладнюючи лікування, погіршуючи прогноз та навіть ризик смерті [30].

Щодо гендерних особливостей, поширеність кардіологічної патології як причини смерті є вищою у жінок [9]. Хоч унаслідок фізіологічних особливостей хвороби серця у них частіше проявляються у похилому віці, разом з менопаузою [9,34]. Вказані вікові та гендерні особливості мають значення у вивченні психосоціальних факторів ризику з метою визначення прогнозу та розробки методів профілактики. Учасниками більшості масштабних досліджень ССЗ, зазвичай, стають пацієнти віком 35-75 років. У такому віці смертність серед жінок від захворювань серця є нижчою, тож значення психосоціальних факторів може бути недооцінене [34].

Сучасні дослідження підтверджують, що хвороби серця та психічні розлади є взаємопов'язаними. Як коморбідні психічні розлади обтяжують перебіг, погіршують прогноз, так і ССЗ можуть бути підґрунтям для тривожних, депресивних, посттравматичних стресових розладів тощо [35]. Додатковий патопластичний ефект можуть мати певні психологічні особливості людини та негативні психосоціальні фактори [36, 37].

Усе вищевказане актуалізує застосування психосоматичного підходу до лікування кардіологічної патології. Психосоматична парадигма розглядає три групи факторів: спадково-конституційні, серед яких виділяють конституційно-типологічні особливості центральної нервової системи, та особистісно-акцентуаційні, психоемоційні (гострі та хронічні), а також органічні (інфекційні, гіпоксичні, токсичні, травматичні тощо) фактори [7]. Пропонується ряд моделей та гіпотез психосоматичних порушень, сформованих шляхом численних досліджень і тривалих спостережень [16]:

1. Конверсійна модель З. Фрейда. Конверсійний симптом як спроба вирішення інтрапсихічного конфлікту через соматичні порушення, із символічним відтворенням у симптомі суті внутрішнього конфлікту [20].

2. Теорія психологічних захистів: механізми здорової психіки, що виникають повсякденно, з народження, адаптуючи особистість до життя у складному і мінливому світі. Або компенсаторні, у відповідь на критичні обставини: витіснення ("вигнання") неприйнятних для особистості думок, спогадів, переживань зі свідомості у сферу несвідомого, зі збереженням впливу на життя та поведінку людини у вигляді страху, тривоги); регресія (захисне повернення до типу поведінки, притаманного більш ранньому етапу розвитку, "повернення у дитинство"); проєкція (перенесення особистих переживань, власних рис характеру на інших людей, ситуації); формування реакції або реактивне утворення (складна, гротескна або агресивна поведінка, що не відповідає ситуації); сублімація (перетворення енергії у соціально прийнятні форми активності) [19].

У процесі подальшого вивчення цього феномену перелік видів психологічних захистів був розширений та доповнений. Сучасна психологія поділяє захисні механізми на первинні (ідентифікація, заперечення, ізоляція, інтроєкція (невротичне злиття, придушення) та вторинні (раціоналізація, витіснення, регресія, проєкція,

інтелектуалізація, агресія, заміна, реактивне утворення, сублімація). Здорова, гармонійна особистість може використовувати всі вищевказані захисти, залежно від ситуації та особистісних рис. Механізми захисту розділяються за ступенями психологічної зрілості. Отже, переважання того чи іншого виду захисту може бути діагностичним моментом і вкладатись у вікові особливості чи бути ознакою певних порушень [12].

3. Теорія профілів особистості Ф. Данбар. Одна із засновниць психосоматичної медицини систематизувала та поєднала характерологічні риси у особистісні профілі пацієнтів: "гіпертонічний", "коронарний", "травматичний" (схильність до відстороненого сприйняття актуальної ситуації, недостатня залученість; знижена здатність до вербалізації власних переживань) [35].

Як підґрунтя до формування психосоматичних розладів є виражені особистісні порушення (розлади особистості) або загострення певних рис до граничних між нормою та патологією (акцентуація), а не індивідуальні особливості в межах норми [16]. Зіставленням клінічних варіантів розладів особистості та психосоматичного компонента ССЗ встановлений зв'язок із особистісними порушеннями за астеничним, шизоїдним, епілептоїдним та циклоїдним (у депресивну фазу) типами [6].

4. Когнітивний підхід до психосоматичних розладів - "схема тіла" за Schilder: модель психологічної "схеми тіла" як динамічної та суб'єктивної тілесно-психологічної "карти", основою якої стають прояви тілесного усвідомлення в різних ситуаціях [16].

5. Теорія психосоматичної специфічності Александра: формування психосоматичних розладів пов'язується із тривалим впливом негативних емоцій або їх пригнічення, причому специфічність проявів пов'язана з особистісними рисами пацієнта. Зокрема, ССЗ у цій концепції зв'язуються з пригніченням гніву. Психосоматична основа гіпертонічної хвороби - тривала симпатикотонія внаслідок "вегетативного супроводу" емоцій [2].

6. Сучасна психосоматична модель є переосмисленням і доповненням класичної психоаналітичної теорії, у якій психодинамічні особливості та внутрішні конфлікти (втрата об'єкта, нарцисична травма, агресивний захист) зберігають свою актуальність [10]. Пацієнт може демонструвати певну вікову регресію, повернення до інфантильних форм реагування [24].

7. Теорія алекситимії (зниження емоційного інтелекту) Сіфнеос, 1973: порушення орієнтації у власних емоціях та почуттях, складнощі вербалізації та поєднання з тілесними проявами, недостатньо розвинена уява, стереотипність мислення, дефіцит образного мислення, низька здатність до символізації. Вказана концепція вбачає причину формування психосоматичних розладів у накопиченні невідреагованих емоцій внаслідок їх недостатнього усвідомлення. Психологічний зміст: якщо особистість не говорить про свої почуття, "говорить" тілом, "мовою" соматичного симптому [16, 28, 32, 5].

8. Ресоматизація та пов'язана концепція двофазного витіснення: різновид регресії (повернення у психотрав-
Клінічна та експериментальна патологія. 2019. Т.18, №4 (70)

муючій ситуації до дитячих способів мислення та поведінки), доросла людина виражає емоції шляхом тілесного дискомфорту, як немовля висловлює почуття всім тілом [10].

9. Соматизація: переживання психологічного стресу на тілесному рівні, в умовах відсутності адекватного відреагування емоцій, внаслідок чого розвиваються соматичні або психосоматичні розлади. Механізм пов'язаний з поняттям алекситимії [16, 5].

10. Базова тривожність (К. Горні): відчуття тривоги з'являється ще в ранньому дитинстві та є основою всіх неврозів. Доросла особистість, потрапляючи у стресову ситуацію, повертається до дитячої тривожності, виражаючи та опрацьовуючи її у вигляді соматичних симптомів. Ця концепція пов'язана з теорією Адлера та є спадкоємницею поглядів З.Фрейда, який описував тривогу та конверсію як механізми психосоматичних порушень [21, 22].

11. Модель внутріпсихічного конфлікту базується на психоаналітичних уявленнях про структуру особистості, у якій модель З.Фрейда (Ід, Его, та Супер-Его) була розширена та доповнена К. Горні концепцією базових установок (до людей, від людей та проти них), типологією внутрішніх конфліктів за К. Левіном, теорією внутрішніх конфліктів за Ф. Перлзом тощо. У здоровій особистості структури особистості та установки гармонійно поєднані, тоді як внутрішні конфлікти призводять до невротичних порушень [31, 14].

12. Модель психосоматичних порушень за Гласером. В. Гласер пов'язував психосоматичні розлади з теорією контролю. Так, за його моделлю, поведінка людини спрямована на задоволення власних потреб, шляхом контролю себе або навколишнього світу, що певною мірою перегукується із теорією Дж. Ротера про локус контролю (внутрішній у цьому випадку). У межах названої концепції, хвороба - неефективний спосіб контролю реальності, результат несвідомого вибору людини [16].

Окрім психодинамічних моделей психосоматичних порушень існують психофізіологічно орієнтовані, зокрема "реакція боротьби або втечі" У. Кеннона, "гіперсимпатикотонія та м'язова броня" за В. Райхом, "теорія стресу" Г. Сельє та реакція релаксації Г. Бенсона тощо [25, 15, 17, 4].

Як бачимо, майже всі концепції є певною мірою пов'язаними та комплементарними, без принципових протиріч, тому цілком можуть застосовуватись комплексно, розширюючи та збагачуючи уявлення про психосоматичні розлади. А значна кількість психосоматичних теорій та залучення до вивчення цієї проблеми провідних дослідників психіки та поведінки людини ще раз підкреслює актуальність теми.

У сучасних умовах відбувається поступова інтеграція психосоматичних підходів у загальномедичну галузь. Це зумовлено наявністю значною кількістю фактичних даних і високою соціальною та стратегічною значимістю цієї проблеми. Тому вона стає більш актуальною для широкого кола фахівців, зокрема долучення психосоматичних факторів до рекомендацій провідних медичних асоціацій [34, 13].

Мета роботи

Дослідити особистісні риси та психосоціальні фактори життя пацієнтів кардіологічного стаціонару та оцінити їхній вплив на перебіг основного захворювання проведенням патопсихологічного обстеження групи пацієнтів.

Матеріал і методи дослідження

Обстежена група з 234 пацієнтів (161- жінки, 73- чоловіки) з різних відділень Інституту кардіології, з різноманітною серцево-судинною та ревматологічною патологією. Соціологічне та патопсихологічне обстеження проведено за допомогою анкет, які містили питання стосовно анамнезу захворювання, ставлення пацієнта до своєї хвороби, способу життя, соціального, сімейного статусу, особливостей стосунків з оточуючими і рідними, наявних особистісних та психологічних ресурсів, очікувань і сподівань пацієнта. Також використовувались стандартизовані шкали: Торонтська шкала алекситимії TAS-20 (скорочений варіант), скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості Міні-мульти, шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., Хаустова О.О.) [23], опитувальник ВООЗ WHO-5 "Індекс здоров'я". Висновки робили відповідно до стандартних інтерпретацій тестів.

Результати та їх обговорення

Середній вік обстежених жінок - 53,0 р. (18-79 рр.), чоловіків - 50,3 р. (19-80 рр.). З обстежених жінок 63,9% мали вищу освіту, 36,1% - середню; серед чоловіків - 68,4% та 31,6% відповідно.

З опитаних працюючими були 46,0% жінок (31,0% повна, 14,9% - часткова зайнятість) та 65,6% чоловіків (54,7% повна, 10,9% часткова зайнятість). 15,5% жінок та 26,0% чоловіків мали інвалідність.

З метою вивчення рівня алекситимії як фактора ризику психосоматичних та коморбідних психічних розладів [33] досліджувався рівень емоційного інтелекту за допомогою Торонтської шкали TAS-20 [18].

Установлено, що в групі жінок алекситимічні порушення мали 50,2% обстежених (27,9% - високий рівень алекситимії, 22,3% - підвищений); серед чоловіків - 45,0% (26,0% та 19,0% відповідно). В обох групах переважало підвищення за шкалою "труднощі ідентифікації почуттів".

Застосування скороченого багатофакторного опитувальника для дослідження особистості "Міні-мульти" дало змогу дослідити особистісні риси та ступінь їх вираженості у пацієнтів (особливості характеру, акцентуація, порушення, дезадаптація), типи психологічних захистів, поширеність тривожних, депресивних реакцій, особливості ставлення до свого здоров'я, сприйняття діагнозу, схильність до соматизації внутрішніх конфліктів та стресових ситуацій, основні потреби та шляхи розвитку.

Оцінюючи об'єктивність отриманих результатів, що у даній методиці визначається як різниця між балами по шкалах "надійність" та "корекція" (F - k), серед опитаних жінок, у 50,3% випадків отримані дані є достовірними, що вказує на адекватне сприйняття своєї особис-

тості та стану здоров'я - без прагнення перебільшувати або недооцінювати власні труднощі.

У 36,0% випадків спостерігаються аграваційні тенденції (яскраво виражені у 23,6%, менш значущі у 12,4%), які, насправді, необов'язково мають рентний зміст, а скоріше засвідчують про надмірну самокритичність, дезадаптацію, відсутність психологічного комфорту, схильність перебільшувати, драматизувати наявні проблеми та особливості характеру.

Дисимулятивні результати у 13,6% (5,5% та 8,1% відповідно).

Серед чоловіків: 57,5% - результат достовірний; 17,8% - агравація (10,9% - значна, 6,8% помірна); 24,6% - дисимуляція (15% та 9,5% відповідно). Об'єктивність результатів, як і тенденції до агравації чи дисимуляції,

зумовлені як особистісними рисами, так і життєвою ситуацією, ставленням до обстеження і лікування, соматичним станом та ін.

Досліджувані характерологічні особливості мали різну ступінь вираженості, варіюючи від норми до психічного порушення або дезадаптації (рис.1). Так, серед чоловіків: 5,4% обстежених - норма (відсутність психологічних особливостей); 42,4% - певні психологічні особливості; 47,9% - одна або більше шкал на рівні акцентуації (вища границя норми, загострення особистісних рис, що може зумовлювати складність міжособистісних відносин, призводити до психічних порушень); 4,3% - стан психічної дезадаптації. У групі жінок: 3,7% - норма; 38,7% - психічні особливості; 32,2% - акцентуації характеру; 25,4% - психічна дезадап-

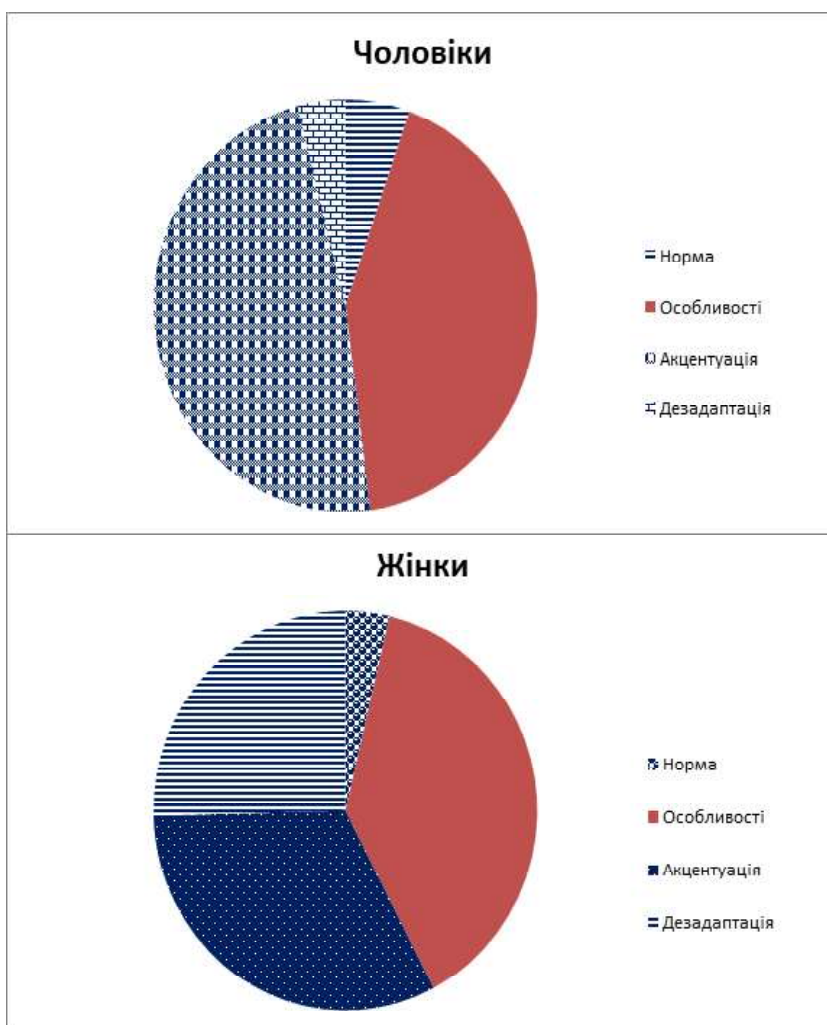


Рисунок 1. Гендерні прояви характерологічних особливостей

тація.

Аналізуючи особливості профілів, звертали увагу на підвищення до рівня особливостей і вище (від 56 у Т-балах) або зниження шкал (нижче 40 у Т-балах), що засвідчує про наявність та ступінь вираженості особистісних рис чи порушень, характерних механізмів психологічного захисту, дає змогу розробити індивідуальну модель та спрогнозувати ефективність лікування (рис.2).

Серед чоловіків найменш поширеною виявилась шкала "k" - корекції - 49,3%; найпоширенішою - "Pa" -

шкала паранойяльності або ригідності, за рахунок зниження - 34,2%, загальне поширення - 84,9%; друге місце за поширеністю - 75,3%, але з такими ж відсотками щодо зниження - "Pd" - імпульсивності. Найчастіше підвищення до рівня особливостей відзначалось за шкалою "Hs" - іпохондрії або надмірного контролю - 49,3% від загального поширення 63%. Також поширеними є особливості за шкалою "Pt" - тривожності, причому, від 79% загального розповсюдження, 34,2% - підвищена тривожність, 23,2% - знижена. Найбільша кількість акцентуацій за шкалою "Ma" - гіпоманії, оптимістичності

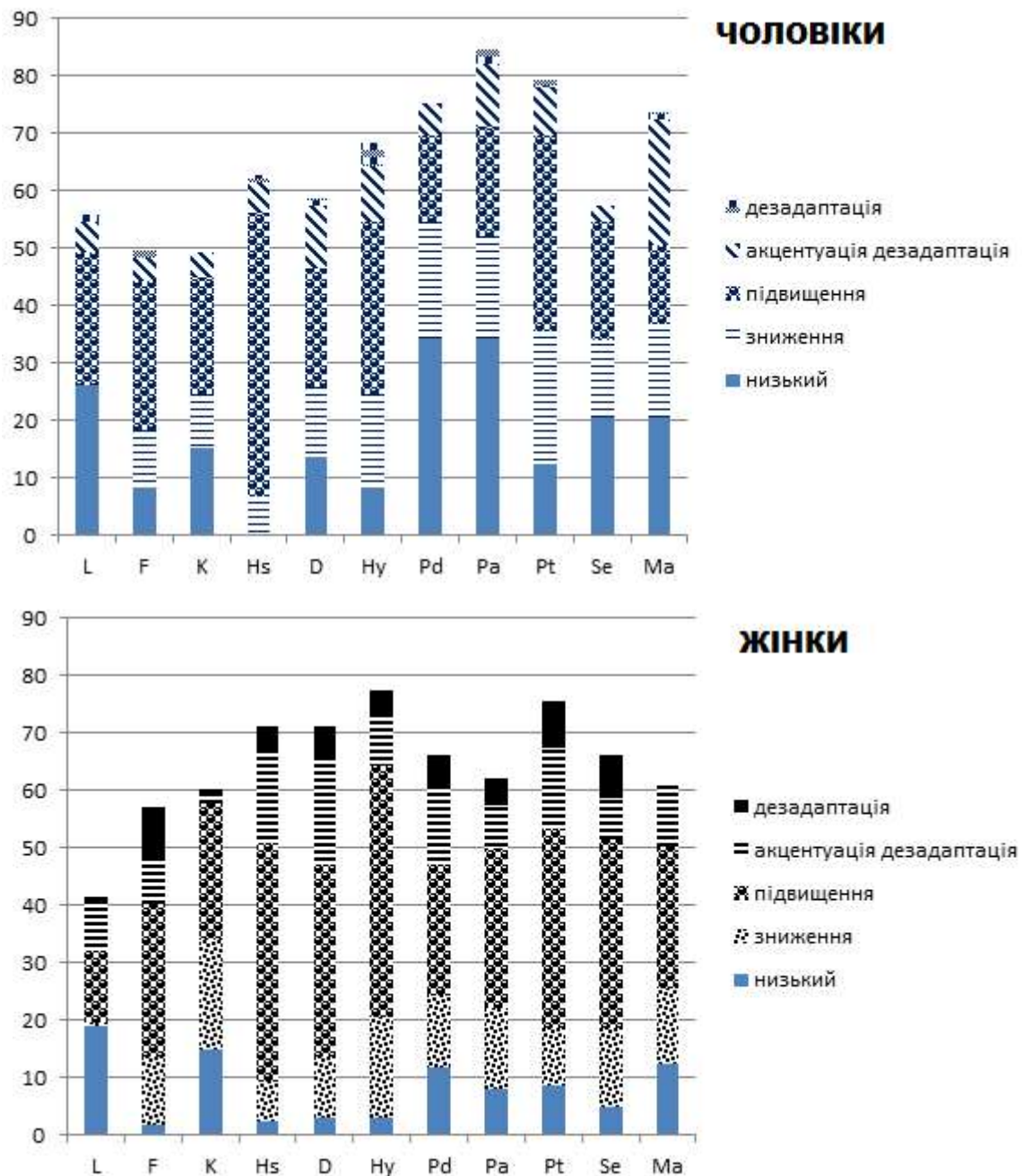


Рисунок 2. Гендерні прояви особливостей профілів

- 21,9% від 72,6% загалом, при цьому, гіпертимність як особливість є найменш вираженою - 13,6%. Також поширеними є акцентуації з шкалами "D" - депресії (10,9% від 58,9%) та "Pa" (10,9% від 84,9%). Найменш поширеною є акцентуація за шкалою "Sc" - шизоїдності або індивідуальності, хоч особливості цього типу є доволі поширеними - по 20,5% зі зниженням та підвищенням від загальних 57,5%.

У групі жінок: найменш поширена шкала "L" як загалом, так і на рівні особливостей - 41,6% та 0,6% відповідно, водночас, за цією шкалою, найбільший відсоток знижених результатів - 19,1%. Найпоширенішою є шкала "Hy" - 77,6%, переважає підвищення на рівні особливостей - 44%. Друга за частотою - "Pt" - 75,7%, що достатньо поширена на різних рівнях - від особливостей до дезадаптації. Також поширеними є

особистісні риси за шкалою "Hs". Найбільша кількість акцентуацій характеру - за депресивним типом (шкала "D").

Рівень якості життя, група чоловіків: 2,7% оцінили рівень свого життя, як дуже високий, 26,02% - високий; 58,9% - середній; 10,9% - низький; 1,36% - вкрай низький. Жінки: 2,48% - дуже високий; 26,08% - високий; 54,6% - середній; 15% - низький; 1,24% - вкрай низький.

Рівень здоров'я (WHO-5): Чоловіки: відмінний рівень - 1,36%; добрий - 24,6%; задовільний - 26,02%; низький - 31,5%; життєво небезпечний - 16,4%. Жінки: відмінний - 1,24%; добрий - 14,9%; задовільний - 14,9%; низький - 41,6%; життєво небезпечний - 27,3%.

Висновки

1. Пацієнти кардіологічних відділень чоловічої статі

переважно середнього або молодого віку (39,7% та 32,8%); 68,4 % мають вищу освіту; 54,7 % працюють повний робочий день, а серед жінок переважає середній вік - 49,6% та похилий - 26,7 %; 63,9% мають вищу освіту, 31% працюють повний робочий день.

2.50,3% жінок та 45% чоловіків мають алекситимічні порушення (недостатньо розвинений емоційний інтелект), але переважає алекситимія у жінок, що зумовлює схильність до соматизованих, тривожних та депресивних розладів відповідно. В обох статей переважають труднощі ідентифікації почуттів (67,9% у жінок, 66,6% у чоловіків від загального рівня алекситимічних порушень), що ускладнює опрацювання та вираження власних емоцій, знижує здатність до рефлексії, підвищуючи ймовірність виникнення коморбідних психічних розладів.

3. У 36% жінок та 17,8% чоловіків спостерігається тенденція до надмірної самокритичності, перебільшення, підкреслення існуючих проблем та труднощів, що може погіршувати самопочуття, ускладнювати процес лікування. 24,6% чоловіків та 13,6% жінок схильні недооцінювати важкість свого стану, що може ставати причиною невчасного звернення за медичною допомогою. 42,4% чоловіків та 38,7% жінок мають певні характерологічні особливості, що не сягають рівня акцентуації, або порушення, але можуть впливати на перебіг хвороби, сприйняття себе та світу, взаємодію з лікарем.

4. У групі чоловіків, порівняно з жінками, значна кількість особистісних профілів в межах норми (5,4% та 3,7%), менше порушень, виражених на рівні дезадаптації (4,3% та 25,4%). Але такі відмінності можуть бути наслідком більшої схильності чоловіків до зменшення, недооцінення наявних проблем та труднощів. Найбільша кількість знижених результатів серед чоловіків за шкалами "Pa" (34,2%) - паранойяльності, ригідності та "Pd" (34,2%) - імпульсивності, що може засвідчити про зниження мотивації досягнень, брак спонтанності, невпевненість, пригнічення здорової агресії, що може сприяти розвиненню соматизованих, тривожно-депресивних розладів.

5. Серед характерологічних особливостей у чоловіків найпоширенішими є іпохондричні ("Hs") - 49,3%, тривожні ("Pt") - 34,2% та емоційна лабільність (Hy) - 30,1%. Найменш поширені особливості за типами: "Pd" - 15,06%, "k" 20,5%, "D" - 20,5%, "Sc" - 20,5%. Найбільша кількість акцентуації за гіпертичним "Ma" типом (21,9%). Також поширеними є типи "D" (10,9%) - депресивний та "Pa" (10,9%) - паранойяльний, ригідний. Найменша кількість акцентуацій за шизоїдним типом ("Sc") - 2,7%. Найпоширеніші дезадаптації за шкалою "Hy" - 4,1%.

6. Серед жінок найбільша кількість знижених результатів за шкалою "L" (брехні) - 19,0%, та "k" (корекції) - 19,2%, внаслідок тенденції до надмірної самокритичності, схильності підкреслювати проблеми чи труднощі, відсутності бажання показати себе якнайкраще. Найпоширенішими серед жінок є психологічні особливості за шкалою "Hy" (емоційної лабільності) - 44%, іпохондричні ("Hs") - 41,6%, тривожні ("Pt") - 34,7. Найменш поширеними є характерологічні риси за типом "Pd"

(імпульсивності) - 22,9%. Найпоширенішою є акцентуація за депресивним типом ("D") - 18,0%. Найменш поширені акцентуації - "Pa" (паранойяльні) "Sc" (шизоїдні) - по 7,4%. Кількість дезадаптивних порушень серед жінок (25,4%) також не є достатньо об'єктивною через поширеність тенденції до підкреслення тяжкості свого стану в цій групі. Найпоширеніші дезадаптації за тривожним типом "Pt" - 8,0%.

7. Свій рівень якості життя більшість опитаних обох статей оцінили як середній, - 58,9% (чоловіки), 54,6% (жінки), це засвідчує про наявність певних проблем, що знижують якість життя, а 10,9% та 1,36% чоловіків та 15% та 1,24% жінок оцінюють свій рівень життя як низький та вкрай низький. Значний відсоток опитаних обох статей відчують рівень свого здоров'я як низький та життєво небезпечний - 31,5% та 16,4% (чоловіки), 41,6% та 27,3% (жінки), що часто не відповідало важкості соматичного стану, є фактором психічного стресу та потребує корекції психолога, психотерапевта.

8. Застосування патопсихологічного дослідження під час роботи з кардіологічними пацієнтами надає можливість отримати більш повне та об'єктивне уявлення, а також розробити індивідуальний план роботи, що відповідатиме особливостям та потребам цієї особистості.

Список літератури:

1. Аймедов КВ. Біопсихосоціальна модель допомоги у клінічній практиці: цикл наукових праць. Одеса: Прес-кур'єр; 2016. 175 с.
2. Франц А. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Москва: ЭКСМО-Пресс; 2002. 352 с.
3. Андрищенко АВ, Романов ДВ. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы). Психические расстройства в общей медицине. 2010;2:23-42.
4. Бенсон Г. Чудо релаксации. Москва: Книга; 2004. 86 с.
5. Гаранян НГ, Холмогорова АБ. Концепция алекситимии (обзор зарубежных исследований). Социальная и клиническая психиатрия. 2003;13(1):128-45.
6. Грушевский НП. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей (опыт работы терапевта). Московский психотерапевтический журнал. 1994;4:97-116.
7. Коломоец МЮ, Павлюкович НД, Ходоровський ВМ, Ткач ЄП. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. Буковинський медичний вісник. 2008;12(1):141-4.
8. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив факторів ризику на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення на рівні первинної медичної допомоги. Український журнал медицини, біології та спорту. 2018;3(1):144-50. doi: 10.26693/jmbs03.01.144
9. Лібанова ЕМ, редактор. Смертність населення України у трудоактивному віці: монографія. Київ; 2007. 211 с.
10. Любан-Плоца Б, Пельдингер В, Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-Петербург; 1984. 245 с.
11. Мороз ДМ, Кравченко ВВ. Методи корекції стресових розладів тривожного та депресивного спектру у кардіологічних хворих. В: Коваленко ВМ, Корнацький ВМ, редактори. Стрес і хвороби системи кровообігу. Київ: Коломичин ВЮ; 2015. с. 279-85.
12. Нэнси МВ. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. Москва: Класс; 2015. 592 с.
13. Напренко ОК, Юрченко ОС, Поліщук ОЮ, Лазук ТІ, Пендерещька ОМ. Тривожні та депресивні розлади в кардіо-Клінічна та експериментальна патологія. 2019. Т.18, №4 (70)

- логічній практиці. Український вісник психоневрології. 2008; 16(4):57-60.
14. Перлз Ф, Хефферлін Р, Гудмэн П. Практика гештальт-терапії. Москва: Інститут обшчегуманитарних дослідвань; 2001. 288 с.
15. Райх В. Аналіз характеру. Москва: Апрель Пресс; 2000. 528 с.
16. Сандомирський МЕ. Психосоматика і телесна психотерапія: практичне керівництво. Москва: Клас; 2005, с. 49-131.
17. Сельє Г. Стресс без дистресса. Москва: Прогресс; 1979. 125 с.
18. Старостина ЕГ, Тэйлор ГДж, Квилти ЛК, Бобров АЕ, Моштяга ЕН, Рузырева НВ, и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных. Социальная и клиническая психиатрия. 2010;20(4):31-8.
19. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Москва: Апрель Пресс; 1999. 384 с.
20. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. Санкт-Петербург: Питер; 2007. 384 с.
21. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория неврозов. Санкт-Петербург: Академический проект; 2008. 224 с.
22. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва: Прогресс-Универс; 1993. 208 с.
23. Чабан ОС, Хаустова ОО, Безшейко ВГ, Москаленко ОВ. Валидизация "Шкалы оцінки якості життя". Український вісник психоневрології. 2017;25(1):159-60.
24. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности. Архетип. 1995;1:104-5.
25. Cannon WB. The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches. *Am J Psychol.* 1914;25(2):256-82. doi: 10.2307/1413414
26. Dubois CM, Beach SR, Kashdan TB, Nyer MB, Park ER, Celano CM, et al. Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions. *Psychosomatics.* 2012;53(4):303-18. doi: 10.1016/j.psych.2012.04.004
27. Pollock GH. Franz Alexander 1891-1964. *Arch Gen Psychiatry.* 1964;11:229-34. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720270001001
28. Goerlich KS. The Multifaceted Nature of Alexithymia - A Neuroscientific Perspective. *Front Psychol [Internet].* 2018[cited 2019 Nov 14];9:1614. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6124373/pdf/fpsyg-09-01614.pdf> doi: 10.3389/fpsyg.2018.01614
29. Deter HC, Orth-Gomér K, Wasilewski B, Verissimo R. The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) - history and future directions. *Biopsychosoc Med [Internet].* 2017[cited 2019 Nov 14];11:3. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5267402/pdf/13030_2016_Article_86.pdf doi: 10.1186/s13030-016-0086-0
30. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J.* 2014; 35(21):1365-72. doi: 10.1093/eurheartj/eh462
31. Lewin K. A Dynamic Theory of Personality. Selected Papers. N Y: McGraw-Hill Book Co; 1935. 472 p.
32. Lumley MA. Alexithymia, emotional disclosure, and health: a program of research. *J Pers.* 2004;72(6):1271-300.
33. Maxmen A. Stress: The privilege of health. *Nature [Internet].* 2016[cited 2019 Nov 19];531(7594):S58-9. Available from: <https://www.nature.com/articles/531S58a.pdf>
34. Porcelli P, Guidi J, Sirri L, Grandi S, Grassi L, Ottolini F, et al. Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(5):521-7. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.04.005
35. Powell RC. Helen Flanders Dunbar (1902-1959) and a holistic approach to psychosomatic problems. I. The rise and fall of a medical philosophy. *Psychiatr Q.* 1977;49(2):133-52. doi: 10.1007/bf01071661
36. Meister RE, Weber T, Princip M, Schnyder U, Barth J, Znoj H, et al. Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction *Open Heart [Internet].* 2015[cited 2019 Nov 19];2(1):e000261. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636676/pdf/openhrt-2015-000261.pdf> doi: 10.1136/openhrt-2015-000261
37. von Känel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk: current opinion. *Swiss Med Wkly [Internet].* 2012[cited 2019 Nov 28];142:w13502. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/d7a2/34dae41503d1a87727def06549582_2a10f7a.pdf?_ga=2.45611821.863018258.1575634832-792829851.1547463371 doi: 10.4414/smww.2012.13502

References:

1. Aïmedov KV. Biopsychosotsial'na model' dopomohy u klinichnii praktitsi: tsykl naukovykh prats' [Biopsychosocial model of clinical practice assistance: a cycle of research]. Odesa: Preskur'ier; 2016. 175 p. (in Ukrainian)
2. Franc A. Psihosomaticheskaja medicina. Principy i prakticheskoe primenenie [Psychosomatic medicine. Principles and Practical Application]. Moscow: JeKSMO-Press; 2002. 352 p. (in Russian)
3. Andrjushhenko AV, Romanov DV. Kliniko-jepidemiologicheskie aspekty problemy pogranychih psihicheskikh i psihosomaticheskikh rasstrojstv v obshej medicine (obzor literatury) [Clinical and epidemiological aspects of the problem of borderline mental and psychosomatic disorders in general medicine (literature review)]. *Psihicheskije rasstrojstva v obshej medicine.* 2010;2:23-42. (in Russian)
4. Benson G. Chudo relaksacii [Miracle of relaxation]. Moscow: Kniga; 2004. 86 p. (in Russian)
5. Garanjan NG, Holmogorova AB. Konceptija alessitimii (obzor zarubezhnyh issledovanij) [The concept of alexithymia (review of foreign studies)]. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija.* 2003;13(1):128-45. (in Russian)
6. Grushevskij NP. O psihoterapevticheskom povedenii s somaticheskimi pacientami v zavisimosti ot ih harakterologicheskikh osobennostej (opyt raboty terapevta) [About psychotherapeutic behavior with somatic patients depending on their characteristic features (therapist's experience)]. *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal.* 1994;4:97-116. (in Russian)
7. Kolomojts' MYu, Pavliukovykh ND, Khodorovs'kyi VM, Tkach YeP. Teorii ta kontseptsii psichosomatichnykh zakhvoriuvan' [Theories and concepts of psychosomatic diseases]. *Bukovinian Medical Herald.* 2008;12(1):141-4. (in Ukrainian)
8. Kornatskii VM, Mykhal'chuk VM, Diachenko LO. Vplyv faktoriv ryzyku na rozvytok ta perebih rozladiv psichosomatichnoho zdorov'ia naselennia na rivni pervynnoi medychnoi dopomohy [Influence of Risk Factors on the Development and Progress of Psychosomatic Health Disorders at the Level of First Primary Medical Care]. *Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sport.* 2018;3(1):144-50. doi: 10.26693/jmbs03.01.144 (in Ukrainian)
9. Libanova EM, redaktor. Smertnist' naselennia Ukrainy u trudoaktivnomu vitsi [Mortality of the population of Ukraine in working age]: monohrafiia. Kiev; 2007. 211 p. (in Ukrainian)
10. Lyuban-Plotsta B, Pel'dinger V, Kreger F. Psichosomaticheskij bol'noy na prieme u vracha [Psychosomatic patient at the doctor's appointment]. Sankt-Peterburg; 1984. 245 p. (in Russian)
11. Moroz DM, Kravchenko VV. Metody korektsii stresovykh rozladiv tryvozhnogo ta depresyvnogo spektru u kardiologichnykh khvorykh [Methods of correction of stress disorders of anxiety and depressive spectrum in cardiac patients]. V: Kovalenko VM, Kornats'kyi VM, redaktory. Stres i khvoroby systemy krovoobihu. Kiev: Kolomitsyn VYu; 2015, p. 279-85. (in Ukrainian)
12. Nensi MV. Psichhoanaliticheskaya diagnostika. Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse [Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process]. Moscow: Klass; 2015. 592 p. (in Russian)
13. Napryeyenko AK, Yurcenyuk OS, Polischuk AYU, Lazuk TI, Penderecka OM. Tryvozhni ta depresyvni rozlady v kardiologichnii praktitsi [Anxious and depressive disorders in cardiovascular practice]. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii.* 2008;16(4):57-60. (in Ukrainian)
14. Perlz F, Khefferlin R, Gudmen P. Praktika geshtal'tterapii [Gestalt therapy practice]. Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy; 2001. 288 p. (in Russian)
15. Raykh V. Analiz kharaktera [Character analysis]. Moscow:

Апрел' Пресс; 2000. 528 p. (in Russian)

16.Sandomirskiy ME. Psikhosomatika i telesnaya psikhoterapiya [Psychosomatics and Body Psychotherapy]: prakticheskoe rukovodstvo. Moscow: Klass; 2005, p. 49-131. (in Russian)

17.Sel'e G. Stress bez distressa [Stress without distress]. Moscow: Progress; 1979. 125 p. (in Russian)

18.Starostina EG, Taylor GD, Quilty L, Bobrov AE, Moshnyaga EN, Puzyreva NV, i dr. Torontskaya shkala aleksitmii (20 punktov): validizatsiya russkoyazychnoy versii na vyborke terapevticheskikh bol'nykh [A new 20-item version of the toronto alexithymia scale: validation of the russian language translation in a sample of medical patients]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. 2010;20(4):31-8.

19.Freyd A. Teoriya i praktika detskogo psikhoanaliza [Theory and practice of child psychoanalysis]. Moscow: Aprel' Press; 1999. 384 p. (in Russian)

20.Freyd Z. Vvedenie v psikhoanaliz: lektzii [Introduction to Psychoanalysis: Lectures]. Sankt-Peterburg: Piter; 2007. 384 p. (in Russian)

21.Horney K. Nashi vnutrennie konflikty. Konstruktivnaya teoriya nevrozov [Our Inner Conflicts. A Constructive Theory of Neurosis]. Sankt-Peterburg: Akademicheskii proekt; 2008. 224 p. (in Russian)

22.Horney K. Nevroticheskaya lichnost' nashego vremeni [The Neurotic Personality of our Time]. Moscow: Progress-Univers; 1993. 208 p. (in Russian)

23.Chaban OS, Khaustova OO, Bezsheiko VH, Moskalenko OV. Validyzatsiia "Shkaly otsinky yakosti zhyttia" [Validation of the Quality of Life Scale]. Ukrain'skyi Visnyk Psykhonevrolohii. 2017;25(1):159-60. (in Ukrainian)

24.Erikson E. Zhiznennyi tsikl: epigenez identichnosti [Life cycle: epigenesis of identity]. Arkhetip. 1995;1:104-5. (in Russian)

25. Cannon WB. The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches. Am J Psychol. 1914;25(2): 256-82. doi: 10.2307/1413414

26.Dubois CM, Beach SR, Kashdan TB, Nyer MB, Park ER, Celano CM, et al. Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions. Psychosomatics. 2012;53(4):303-18. doi: 10.1016/j.psych.2012.04.004

27.Pollock GH. Franz Alexander 1891-1964. Arch Gen Psychiatry. 1964;11:229-34. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720 270001001

28.Goerlich KS. The Multifaceted Nature of Alexithymia - A Neuroscientific Perspective. Front Psychol [Internet]. 2018[cited 2019 Nov 14];9:1614. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6124373/pdf/fpsyg-09-01614.pdf> doi: 10.3389/fpsyg.2018.01614

29.Deter HC, Orth-Gomér K, Wasilewski B, Verissimo R. The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) - history and future directions. Biopsychosoc Med [Internet]. 2017[cited 2019 Nov 14];11:3. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5267402/pdf/13030_2016_Article_86.pdf doi: 10.1186/s13030-016-0086-0

30.Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. Eur Heart J. 2014;35(21):1365-72. doi: 10.1093/eurheartj/eh462

31.Lewin K. A Dynamic Theory of Personality. Selected Papers. N Y: McGraw-Hill Book Co; 1935. 472 p.

32.Lumley MA. Alexithymia, emotional disclosure, and health: a program of research. J Pers. 2004;72(6):1271-300.

33.Maxmen A. Stress: The privilege of health. Nature [Internet]. 2016[cited 2019 Nov 19];531(7594):S58-9. Available from: <https://www.nature.com/articles/531S58a.pdf>

34.Porcelli P, Guidi J, Sirri L, Grandi S, Grassi L, Ottolini F, et al. Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(5):521-7. doi: 10.1016/j.genhosppsych. 2013. 04.005

35.Powell RC. Helen Flanders Dunbar (1902-1959) and a holistic approach to psychosomatic problems. I. The rise and fall of a medical philosophy. Psychiatr Q. 1977;49(2):133-52. doi: 10.1007/bf01071661

36.Meister RE, Weber T, Princip M, Schnyder U, Barth J, Znoj H, et al. Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction Open Heart [Internet]. 2015[cited 2019 Nov 19];2(1):e000261. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636676/pdf/openhrt-2015-000261.pdf> doi: 10.1136/openhrt-2015-000261

37.von Känel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk: current opinion. Swiss Med Wkly [Internet]. 2012[cited 2019 Nov 28];142:w13502. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/d7a2/34dae41503d1a87727def065495822a10f7a.pdf?_ga=2.45611821.863018258.1575634832-792829851.1547463371 doi: 10.4414/smw.2012.13502

Відомості про автора:

Адарічева Ж.Г. - мол. наук. співробітник відділу медико-соціальних проблем кардіології ДУ Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" НАМН України, м. Київ.

Информация об авторе:

Адаричева Ж.Г. - мл. науч. сотрудник отдела медико-социальных проблем кардиологии ГУ Национальный научный центр "Институт кардиологии им. акад. М.Д. Стражеско" АМН Украины, г. Киев.

Information about author:

Adaricheva Zh.G. - junior research of the department of medical and social problems of cardiology, State Institution National Research Center "Institute of Cardiology named after Acad. M.D. Strazhesko" AMS of Ukraine, Kiev.

Стаття надійшла до редакції 2.11.2019

Рецензент – доц. Н.С. Карвацька

© Ж.Г. Адарічева, 2019