

## НЕВРОТИЧНІСТЬ ЯК ПРЕДИКТОР ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ОСІБ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Литвинчук Л. М.<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Національний авіаційний університет, Україна

### **Анотація**

Стаття присвячена дослідженняю осіб з соматичними порушеннями. Метою даного дослідження було емпіричним шляхом дослідити невротичність у контексті формування психічних порушень осіб з соматичною патологією на підставі клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей осіб з соматичною патологією. Теоретично з'ясовано, що літній вік є фактором ризику, що перешкоджає застосуванню інтервенційних технологій. Виявлення та лікування літніх осіб ускладнене тим, що зв'язок симптомів з усвідомленими проявами психічної активності людини неоднозначний, не завжди очевидний і опосередкований маловивченими явищами несвідомої сфери психіки даної категорії осіб. Проаналізовано феномен «невротизації» хворих із соматичною, насамперед серцево-судинною патологією. Зазначено, що характерними для невротичної особистості проявами є страх, безпорадність, почуття провини, надмірна залежність від отримання схвалення, внутрішня незахищеність, емоційна реакція на критику, невміння будувати довгострокові плани, порушення в сексуальному житті. Було проведено медико-психологічне обстеження 37 респондентів похилого віку, з них 21 жінка і 16 чоловіків віком від 60 до 71 рр. В експериментальній частині роботи використовувались клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження та особистісний опитувальник FPI. Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою пакета програм Statistica v.6.1. За отриманими емпіричними результатами можна констатувати, що при аналізі соціально-демографічних характеристик обстежених, що можуть виступати в ролі предикторів розвитку захворювання, привертає увагу високий відсоток пацієнтів, в яких професійна підготовка не відповідала їх соціальному статусу. Аналіз середніх значень досліджуваних було відображене у вигляді гістограм. Отже, невротичність як психофізіологічний стан у експериментальній жіночій групі виявилася помітно вищим, ніж в контрольній і чоловічій експериментальній групах. Встановлено, що предиктором розвитку психічних порушень жінок з соматичною патологією є невротичність.

**Ключові слова:** літній вік; соматична хвороба; серцево-судинна система; предиктор захворювання; порушення психічної діяльності.

## NEUROTICISM AS A PREDICTOR OF THE FORMATION OF MENTAL DISORDERS IN PEOPLE WITH SOMATIC PATHOLOGY

Lytvynchuk L. M.<sup>a1</sup>

<sup>a</sup>National Aviation University, Ukraine

### **Abstract**

The article is devoted to the study of persons with somatic disorders. This study aimed to empirically investigate neuroticism in the context of the formation of mental disorders of persons with somatic pathology based on clinical, psychopathological, and pathopsychological features of persons with somatic pathology. It is theoretically established that old age is a risk factor that prevents the use of intervention technologies. Detection and treatment of the elderly are complicated because the connection of symptoms with conscious manifestations of mental activity is ambiguous, not always obvious, and mediated by little-studied phenomena of this category of people's unconscious psyche. The phenomenon of «neurotization» of patients with somatic, first of all, cardiovascular pathology is analyzed. It is noted that the characteristics of a neurotic personality are fear, helplessness, guilt, excessive dependence on approval, internal insecurity, emotional reaction to criticism, inability to make long-term plans, violations in sexual life. A medical and psychological examination of 37 elderly respondents was conducted, including 21 women and 16 men aged 60 to 71. In the experimental part of the work used clinical-anamnestic and clinical-psychopathological methods research and personal FPI questionnaire. Statistical processing of the survey results was performed using the software package Statistic v.6.1. It is established that the predictors of mental disorders in women with somatic pathology are neuroticism. Timely detection and treatment is a crucial component in recovery, so the question of establishing predictors of mental disorders based on clinical, psychopathological, and pathopsychological features of women with somatic pathology is essential from a practical point of view.

**Keywords:** old age; somatic disease; cardiovascular system; predictor of disease; mental disorders.

Отримано / Received 07.08.2020

Отримано виправлений варіант / Received in revised form 23.08.2020

Прийнято до друку / Accepted 25.08.2020

<sup>1</sup>Corresponding author.  
E-mail address lutol@ukr.net

## Вступ

Психічні розлади, що супроводжуються соматичними симптомами є важливою медико-соціальною проблемою в Україні через високий та стрімкий ріст погіршення якості життя пацієнтів і зависокою вартістю лікування. Поширеність розладів соматичних симптомів, зокрема серцево-судинної системи має тенденцію до «молодшання» і зростання.

Процес діагностики ускладнюється наявністю у багатьох пацієнтів окрім соматичних симптомів іншими психічними розладів, зокрема тривожних та депресивних.

Своєчасне виявлення та лікування є надзвичайно важливим компонентом у одужанні, тому питання встановлення предикторів формування психічних порушень на підставі клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей жінок з насамперед серцево-судинною патологією є вкрай важливим з практичної точки зору. Стадії розвитку невротичного захворювання: невротична реакція, невротичний стан (власне невроз) та невротичний розвиток особистості [2]. На сьогодні багато дослідників[20-22] відзначають «невротизацію» хворих із соматичною, насамперед серцево-судинною патологією. Пацієнти із хворобами системи кровообігу та з порушеннями психічної сфери і дезадаптивними формами реагування на захворювання є значно розповсюдженим явищем в Україні.

Візити у відділення невідкладної медичної допомоги для літніх людей, як правило є важкими як для самих пацієнтів так і для їх сімей та складними для медичного персоналу [5]. Досліджено, що на низький відсоток звернень до відділень невідкладної медичної допомоги літніх людей впливала низька якість медичної допомоги [8]. Для людей з соматичними проблемами потрапляння у відділення невідкладної медичної допомоги та потреба у гострій лікарняній допомозі можуть привести до погіршення когнітивних та фізичних властивостей, як таких [7]. Однак відвідуваність медичного закладу серед людей з соматичними проблемами залишається поширеною [10], а дослідження в США показали, що звернення до відділення невідкладної медичної допомоги різко зростає із наближенням смерті [9].

Цікавими є дослідження останніх років, присвячені вивченю специфіки серцево-судинної хвороби літніх жінок [12, 13]. Так, у пацієнтів спостерігалася гостра або стійка серцева недостатність, які протягом 6 років були пацієнтами клініки де застосовували передові методи лікування, де проводилася механічна підтримка кровообігу, імплантация допоміжного пристроя лівого шлуночка та / або трансплантація серця. Гістопатологічний діагноз міокардиту був поставленний на основі наявності запального інфільтрату міокарда, як правило, з асоціюва-

ним пошкодженням кардіоміоцитів, поєднаного з характеристикою імуногістохімічної та молекулярної біології. Патологічні дані корелювали з сукупністю клінічних показників та клінічним перебігом пацієнтів [14].

Потенційні стреси, пов'язані з життєвими подіями є прямими показниками мозкової діяльності. Вони можуть співвідноситися як із постійними показниками індивідуальних відмінностей, так і з діагнозом таким чином, щоб пояснити подібність чи відмінність між пов'язаними розладами. Життєві події літніх людей можуть бути пов'язані з генетичним ризиком, можуть виступати модераторами траекторії розвитку та реакції на стрес, а також можуть бути використані для виявлення тих осіб, хто має ризик психопатології. Життєві події можуть інформувати про моделі розвитку та ризику психопатології. Як наслідок, вони можуть бути використані як цілі для існуючих та нових заходів попередження можливих психопатологій [15].

Деякі дослідники розглядають взаємодію змін естрогену та психосоціального стресу, що сприяє вразливості до основного депресивного розладу жінок. Естроген модулює мозкові мережі та процеси, пов'язані зі змінами у реакції на стрес. Синергетичний вплив естрогену на когнітивні та емоційні функції, особливо під час психосоціального стресу, може критися в основі депресії у жінок [16].

Так, існує низка досліджень, пов'язаних з психологічними характеристиками та якістю життя осіб з серцево-судинною патологією [17-19]. Деякі дослідники звертають увагу на гендерні особливості серцево-судинної патології хворих [23], що зокрема і підтверджується у проведенню нами емпіричному дослідження. Наголошується на важливості ролі емоційного фактора як предиктора формування серцево-судинної патології [24].

Проте, новітні дослідження формування психічних порушень осіб з соматичною патологією потребують розширення, прозорості та вдосконалення методів та практик [11].

К. Хорні у своєму дослідження відзначала, що характерними для невротичної особистості проявами є: безпорадність, почуття провини, надмірна залежність від отримання схвалення, внутрішня незахищеність, емоційна реакція на критику, невміння будувати довгострокові плани, порушення в сексуальному житті, постійне порівняння себе з іншими та бажання власної унікальності.

Страхи невротичних жінок характеризуються неусвідомленістю їх змісту.

Вони можуть виникати як від прямих, так і непрямих причин, але проявляються як правило в тілесних реакціях без раціонального їх пояснення. Тілесні реакції страху спостерігаються в діафрагмальному і шийному м'язовому сег-

менті. Це відчуття тиску, розпирання, спеки, хвилеподібного скорочення м'язів. На відміну від адаптивної особистості, у якій страх, тривога проявляються як об'єктивна реакція на небезпеку, тривожність невротичної особистості є необґрунтованою. Вона пов'язана не з реальною ситуацією, а тільки з уявленням про неї. У зв'язку з цим основним засобом роботи зі страхами і тривогою подібного роду є вміння бачити зв'язки, що існують між загальними подіями у суспільстві і приватними явищами в житті людини. Необхідно зрозуміти, якими шляхами кризові явища нашого часу створюють особисті труднощі. Насамперед, вони підсилюють страх, почуття неповноцінності, неконструктивний характер поведінки особистості. Необхідно виробити у особистості з невротичною поведінкою розуміння соціальних причин того, що відбувається в суспільстві, максимально переключити її зі своєї відповідальності за суспільні перетворення на раціональне осмислення подій.

Про зв'язок між соціально-економічним статусом і розвитком психічних і фізичних станів в літньому віці було досліджено низкою авторів [6].

Внутрішнє заглиблення особи в переживання психотравмівної ситуації може призводити до появи емоційних та соматичних порушень і розладів [3]. При невчасній психіатричній допомозі таким пацієнтам значно зростає ризик агресії спрямованої на себе, такої як передозування лікарськими засобами та суїцидами [7].

У похилому віці психічні процеси зазнають певних змін. Слід зазначити, що в цьому віці відбувається загальне зниження психічної активності, яке проявляється у зменшенні обсягу уваги, існують труднощі у зосередженості та перемиканні уваги. Процеси сприймання стають з віком менш чіткими і людина частіше починає використовувати уяву.

**Метою статті** є презентація результатів емпіричного дослідження невротичності як предиктора формування психічних порушень осіб з соматичною патологією.

#### Методи дослідження.

Для реалізації мети і завдань дослідження було обстежено 37 респондентів похилого віку. З них 21 жінки (55,32%) і 16 чоловіків (44,68%) віком від 60 до 71 рр. Використовувались клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження. Ці методи ґрунтуються на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів. Проводилися вивчення історії хвороб, структуровані інтерв'ю та спостереження за хворими. Для проведення структурованого інтерв'ю використовували спеціально розроблену карту клініко-психопатологічного обстеження. Вона вміщує загальні запитання для з'ясування соціально-демографічного статусу хворих, питання щодо діючих стресових

чинників, діагностичного маршруту пацієнтів, відношення до хвороби. Серед психологічних опитувальників було обрано і застосовано особистісний опитувальник FPI. Фрайбургський особистісний опитувальник (FPI) – варіант «В», створений у 1963 р. вченими Гамбургського університету І. Фаренбергом, Х. Зарг, Р. Г. Гампелом та адаптований в Ст.-Петербурському університеті Криловим О.О. і Ронгинською Т.І. Опитувальник розроблено для діагностики станів та особливостей особистості, які мають особливе значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки. Опитувальник FPI містить 12 шкал. Високі оцінки відповідають вираженому невротичному синдрому астенічного типу із значими психосоматичними порушеннями [4].

Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою пакета програм Statistica v.6.1. Середні показники надані як середня арифметична та стандартна помилка ( $M \pm m$ ) для параметричних показників. Для порівняння використовували критерій Стьюдента для залежних (T) та незалежних (t) виборок, критерій Мак-Немара, вірогідність різниці відносних показників оцінювалася з використанням  $\chi^2$ , для оцінки кореляцій розраховували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ).

Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Цей статистичний метод був запропонований Френком Вілкоксоном у 1945 році. Однак у 1947 році метод був поліпшений і розширений Х. Б. Манном і Д. Р. Уїтні, тому U-критерій частіше називають їх іменами.

Критерій призначений для оцінки розходження між двома вибірками за кількісно вимірюваним рівнем якої-небудь ознаки. Він дозволяє виявляти відмінності між малими вибірками, коли кількість спостережень більша 3 для кожної вибірки.

#### Результати та обговорення

В якості психодіагностичного матеріалу було обрано особистісний опитувальник FPI, (Фрайбургський особистісний опитувальник (FPI) – варіант «В» інша назва FPI-114), в якому представлена вся сукупність вивчених клінічних, соціально-демографічних, психосоціальних і індивідуально-психологічних характеристик, а також психодіагностичних показників кожного досліджуваного і що містить 114 питань, для визначення невротичності обстежуваних з опитувальника використовувались 17 (див Табл.1.).

Кожне питання оцінювалось в 1 (в залежності від формулювання – в -1 бал) та визначалася їх сума (див. Табл.2).

В контрольній групі 2 бали набрали 5 респондентів, 3 бали – 7 респондентів, 4 бали – 4 респонденти і т.д. (див Табл. 1, рядок «Частота критерію КГ»), в групі ЕГЧ 4 бали отримало 8

Таблиця 1

*Питання з опитувальника FPI-B, шкала «Невротичність»*

№ питання	Питання
4.	У мене часто болить голова.
5.	Іноді я відчуваю стук у скронях і пульсацію в області шиї.
12.	Я іноді відчуваю, що серце починає працювати з перебоями або починає битися так, що, здається, готове вискочити з грудей.
15.	Якщо я сидів, а потім різко встав, то у мене темніє в очах і паморочиться голова.
22.	Нерідко відчуваю, як у мене німіють або холонуть руки і ноги.
26.	Інколи я відчуваю, що мені не вистачає повітря, начебто я виконував дуже важку роботу.
31.	Часто у мене немає апетиту
41.	Мне здається, що я постійно перебуваю в якісь напрузі і мені важко розслабитися.
42.	Нерідко у мене виникають болі «під ложечкою» і різні неприємні відчуття в животі.
49.	Коли лягаю спати, то зазвичай засинаю вже через кілька хвилин.
57.	Інколи раптом відчуваю, що весь покривається потом.
66.	Я нерідко неспокійно рухаю рукою або ногою.
72.	Іноді бувають такі періоди, коли яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум викликають у мене болісно неприємні відчуття, хоча я бачу, що на інших людей це так не діє.
85.	Я втомлююся швидше, ніж більшість оточуючих мене людей.
86.	Якщо я чимось сильно схильований або роздратований, то відчуваю це як би всім тілом.
89.	Якщо сьогодні я посплю менше звичайного, то завтра не буду почувати себе відпочилим.
105.	Нередко відчуваю себе млявим і втомленим.

Таблиця 2.

*Параметри дослідження особистісного опитувальника FPI*

Номер шкали	Назва шкали і Кількість питань	Відповіді за номерами питань	
		Так	Ні
I	Невротичність, 17	4. 5. 12. 15. 22. 26. 31. 41. 42. 57. 66. 72. 85. 86, 89, 105	49

Таблиця 3.

*Ранжування результатів опитувальника FPI: оцінка невротичності*

Рівень невротичності (бали)	2	3	4	5	6	7	8	9.	10	11	12	13	14	15
Частота критерію	КГ	5	7	4	7	4	5	3	2	4	-	-	-	-
	ЕГЧ	-	-	8	2	3	4	2	7	7	4	3	2	-
	ЕГЖ	-	-	-	5	5	6	6	3	4	2	5	4	7
Ранг КГ+ ЕГЧ	3	9	18,5	29	37	45	52	59	69	76,5	80	13	-	-
Ранг КГ+ ЕГЖ	3	6	14,5	22,5	33	43	53	60	66,5	71,5	75	79,5	85	91
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ	-	-	4,5	12	19,5	28,5	37,5	46,5	57	65,5	72,5	79,5	86	92

респондентів, 5 балів – 2 респонденти, 6 балів – 3 респонденти (Табл. 1, рядок «Частота критерію ЕГЧ»).

Для порівняння отриманих даних по невротичності (визначення, чи наявні відмінності є суттєвими) об'єднаємо вибірки попарно, проведемо відповідне ранжування та занесемо отримані дані до таблиці (тут КГ – контрольна група, ЕГЧ – експериментальна група чоловіків, ЕГЖ – експериментальна жіноча група).

Для контрольної групи (КГ) та експериментальної чоловічої групи, дані розрахунку наведені у таблиці 3.

Визначимо емпіричні значення критерію U Манна-Уйтні за формулою:

$$U_{\text{емп}} = (n_1 \cdot n_2) + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} + P_x,$$

де  $n_1$  – кількість респондентів в 1-й групі – 41 особа;  $n_2$  – 42 особи;

Таблиця 4.

**Порівняння показників невротичності для вибірок КГ і ЕГЧ.**

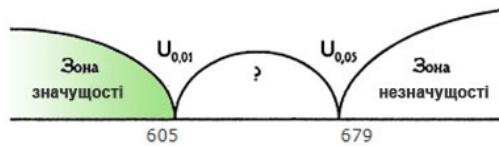
№	Вибірка КГ	Ранг КГ	Вибірка ЕГЧ	Ранг ЕГЧ	№	Вибірка КГ	Ранг КГ	Вибірка ЕГЧ	Ранг ЕГЧ
1	2	3	4	18.5	22	5	29	9	59
2	2	3	4	18.5	23	5	29	9	59
3	2	3	4	18.5	24	6	37	9	59
4	2	3	4	18.5	25	6	37	9	59
5	2	3	4	18.5	26	6	37	9	59
6	3	9	4	18.5	27	6	37	10	69
7	3	9	4	18.5	28	7	45	10	69
8	3	9	4	18.5	29	7	45	10	69
9	3	9	5	29	30	7	45	10	69
10	3	9	5	29	31	7	45	10	69
11	3	9	6	37	32	7	45	10	69
12	3	9	6	37	33	8	52	10	69
13	4	18.5	6	37	34	8	52	11	76.5
14	4	18.5	7	45	35	8	52	11	76.5
15	4	18.5	7	45	36	9	59	11	76.5
16	4	18.5	7	45	37	9	59	11	76.5
17	5	29	7	45	38	10	69	12	80
18	5	29	8	52	39	10	69	12	80
19	5	29	8	52	40	10	69	12	80
20	5	29	9	59	41	10	69	13	82.5
21	5	29	9	59	42			13	82.5
Рангові суми:								$P_{КГ} = 1278$	$P_{ЕГЧ} = 2208$

$R_x$  – більша рангова сума,  $n_x$  – кількість респондентів в групі з більшою ранговою сумою.

Результат:  $U_{емп} = 417$ ;

Критичні значення  $p \leq 0,01 : U_{кр} = 605$ ;  $p \leq 0,05 : U_{кр} = 679$ ;

Вісь значущості:



**Рис 1.** Значущість відмінностей проявів депресії в групах КГ і ЕГЧ.

Прояви невротичності у чоловіків похилого віку попадають у зону значущості.

**Аналогічно порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.**

Визначимо рангові суми:

$$P_{КГ} = 1185.5;$$

$$P_{ЕГЖ} = 3185.5;$$

Результат порівняння:  $U_{емп} = 324.5$ ;

Критичні значення  $p \leq 0,01 : U_{кр} = 764$ ;  $p \leq 0,05 : U_{кр} = 852$ ;

Як бачимо, відмінності між вибіркою контролної групи і жіночої експериментальної групи попадають у зону значущості.

**Порівняння вибірок ЕГЧ і ЕГЖ.**

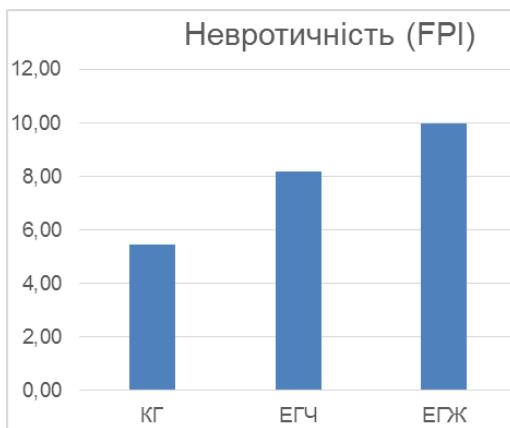
Рангові суми:

$$P_{ЕГЧ} = 1185.5;$$

$$P_{ЕГЖ} = 3185.5;$$

Результат порівняння:  $U_{емп} = 767.5$ ;

Критичні значення  $p \leq 0,01 : U_{кр} = 785$ ;  $p \leq 0,05 : U_{кр} = 875$ ;



**Рис 2.** Прояви невротичності в контрольній та експериментальній групах (особистісний тест FPI).

Порівняння значень показників проявів невротичності в групах ЕГЧ і ЕГЖ показала зна-  
чущість відмінностей між ними.

Проаналізуємо значення середніх для всіх  
трьох груп і відобразимо їх візуально, за допо-  
могою гістограми.

На отриманому графіку видно, що невротич-  
ність як психофізіологічний стан у групі ЕГЖ є  
помітно вищою, ніж в контрольній і чоловічій  
експериментальній групі. Відмінності є суттє-  
вими.

Таким чином, можна стверджувати, що для  
групи жінок похилого віку з соматичною хво-  
робою, невротичність є психофізіологічною  
особливістю. Середні значення показників у  
групі ЕГЖ значно вищі за аналогічні значення  
у контрольній групі та групі ЕГЧ.

#### Висновки та перспективи

На сьогодні багато дослідників пов'язу-  
ють «невротизацію» із соматичною, зокрема  
із серцево-судинною патологією особистості.  
Особи із хворобами системи кровообігу та з  
порушеннями психічної сфери і дезадаптивними  
формами реагування на захворювання є значно  
розвинутішим явищем в Україні. Так, ана-  
ліз середніх значень досліджуваних свідчить,  
що невротичність як психофізіологічний стан  
у експериментальній жіночій групі виявився  
помітно вищим, ніж в контрольній і чоловічій  
експериментальній групах. Встановлено, що  
предиктором розвитку психічних порушень жі-  
нок з соматичною патологією є невротичність.

Перспективою подальших досліджень вбача-  
ємо пошук механізмів та засобів профілактики  
невротизації осіб з соматичними проблемами.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Данилова Н.Н. Психофизиология / Н.Н. Данилова. – М.: Аспект-Пресс, 1998. – 373 с.
- Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
- Литвинчук Л.М. Соціальні патології особистості як технологічні аддиктивні тенденції сучасного соціокультурного середовища / Л. М. Литвинчук // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки. - 2019. - № 2. - С. 158-169. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnarpv\\_pn\\_2019\\_2\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnarpv_pn_2019_2_13).
- Прикладна психологія: навчальний посібник / В.М. Павленко, І.В. Кряж, О.Л. Луценко та ін. ; за ред.. В.М. Павленко. – Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2015. – 532 с.
- Briggs, R., Coughlan, T., Collins, R., O'Neill, D., & Kennelly, S. P. (2013). Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. *QJM*, 106(9), 803–808. doi:10.1093/qjmed/hct136
- Dening, K. H., Greenish, W., Jones, L., Mandal, U., & Sampson, E. L. (2012). Barriers to providing end-of-life care for people with dementia: a whole-system qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(2), 103–107.doi:10.1136/bmjspcare-2011-000178
- Chen, H.-M., Chen, V. C.-H., Wang, T.-N., Lu, M.-L., Huang, Y.-C., Dewey, M. E., ... Tsai, C.-P. (2018). Diseases of the pancreas and suicide mortality: A nationwide nested case-control study among patients with mental health disorders in Taiwan. *General Hospital Psychiatry*, 50, 45–50. doi:10.1016/j.genhosppsych.2017.09.008
- Earle, C. C., Park, E. R., Lai, B., Weeks, J. C., Ayanian, J. Z., & Block, S. (2003). Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care From Administrative Data. *Journal of Clinical Oncology*, 21(6), 1133–1138. doi:10.1200/jco.2003.03.059
- Feng, Z., Coots, L. A., Kaganova, Y., & Wiener, J. M. (2014). Hospital And ED Use Among Medicare Beneficiaries With Dementia Varies By Setting And Proximity To Death. *Health Affairs*, 33(4), 683–690. doi:10.1377/hlthaff.2013.1179
- LaMantia, M. A., Stump, T. E., Messina, F. C., Miller, D. K., & Callahan, C. M. (2016). Emergency Department Use Among Older Adults With Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 30(1), 35–40. doi:10.1097/wad.0000000000000118
- Tackett, J. L., Brandes, C. M., King, K. M., & Markon, K. E. (2019). Psychology's Replication Crisis and Clinical Psychological Science. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1). doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095710
- Li, B., Ahluwalia, M., Narula, N., Moreira, A. L., Swistel, D. G., Massera, D., & Sherrid, M. V. (2020). Cardiac AA Amyloidosis in a Patient with Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy. *Cardiovascular Pathology*, 107218. doi:10.1016/j.carpath.2020.107218
- Laura Flink & Nelson B. (2020). Schiller Left atrial mass: relationship between gross anatomy and quantitative echocardiography. *Cardiovascular pathology*, 49, 241-250. 10.1016/j.carpath.2020.107265
- Buja, L. M., Ottaviani, G., Ilic, M., Zhao, B., Lelenwa, L. C., Segura, A. M., ... Kar, B. (2019). Clinicopathological Manifestations of Myocarditis in a Heart Failure Population. *Cardiovascular Pathology*, 107190.doi:10.1016/j.carpath.2019.107190
- Hajcak, G., Klawohn, J., & Meyer, A. (2019). The Utility of Event-Related Potentials in Clinical Psychology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 71–95. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095457
- Albert, K. M., & Newhouse, P. A. (2019). Estrogen, Stress, and Depression: Cognitive and Biological

- Interactions. Annual Review of Clinical Psychology, 15(1).doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095557
17. Chistiakov, D. A., Grechko, A. V., Myasoedova, V. A., Melnichenko, A. A., & Orekhov, A. N. (2017). Impact of the cardiovascular system-associated adipose tissue on atherosclerotic pathology. *Atherosclerosis*, 263, 361–368.doi:10.1016/j.atherosclerosis.2017.06.017
  18. Порошина Е.Г. Психологические особенности и качество жизни у онкологических больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией / Порошина Е.Г., Вологдина И.В., Пестерева Е.В.// Вестник северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Том 9, № 1. – 2017. С. 83-88. <https://doi.org/10.17816/mechnikov20179183-88>
  19. Schoen, F. J., & Gotlieb, A. I. (2016). Heart valve health, disease, replacement, and repair: a 25-year cardiovascular pathology perspective. *Cardiovascular Pathology*, 25(4), 341–352.doi:10.1016/j.carpath.2016.05.002
  20. Yan, Y., & Finkel, T. (2017). Autophagy as a regulator of cardiovascular redox homeostasis. *Free Radical Biology and Medicine*, 109, 108–113. doi:10.1016/j.freeradbiomed.2016.12.003
  21. Sidra, G. & Ramsha, A. (2019). Fully automated identification of heart sounds for the analysis of cardiovascular pathology. *Applications of Intelligent Technologies in Healthcare* (pp. 117–129). Springer, Cham.
  22. Buja, L. M., Ottaviani, G., & Mitchell, R. N. (2019). Pathobiology of Cardiovascular Diseases: an Update. *Cardiovascular Pathology*.doi:10.1016/j.carpath.2019.06.002
  23. Рябова А.Ю., Козлова И.В., Шаповалова Т.Г., Шашнина М.М., Веселов В.В., Землянская О.В. Гендерные особенности сердечно-сосудистой патологии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Саратовский научно-медицинский журнал 2019; 15 (1): 28–33.
  24. Соловьева С.Л. Роль эмоциональных факторов в формировании сердечно-сосудистой патологии (на примере инфаркта миокарда и сахарного диабета 2-го типа)/ Соловьева С.Л., Кошанская А.Г., Власова Н.В. // Том ЛІІ, № 1. – 2020. – С. 43–48. <https://doi.org/10.17816/nb18863>
- REFERENCES**
1. Danylova N.N. (1998) Psykhofizyoloohiya. Moscow Aspekt-Press (In Russ)
  2. Karvasarskyi B.D. (1990) Nevrozy: Rukovodstvo dlia vrachei. Moscow Medytsyna (In Russ)
  3. Lytvynchuk L.M. (2019) Sotsialni patolohii osobystosti yak tekhnolohichni adyktivni tendentsii suchasnoho sotsiokulturalnoho seredovyshcha. Zbirnyk naukovykh prats Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrayiny. (Psykhoholichni nauky). 2. 158-169. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnappn\\_2019\\_2\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnappn_2019_2_13). (In Ukr)
  4. Pavlenko V.M., Kriazh I.V., Lutsenko O.L. (2015) Prykladna psykhoholiiia: navchalnyi posibnyk (Pavlenko V.M. Ed). Kh.: KhNU imeni V.N. Karazina (In Ukr)
  5. Briggs, R., Coughlan, T., Collins, R., O'Neill, D., & Kennelly, S. P. (2013). Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. *QJM*, 106(9), 803–808. doi:10.1093/qjmed/hct136
  6. Dening, K. H., Greenish, W., Jones, L., Mandal, U., & Sampson, E. L. (2012). Barriers to providing end-of-life care for people with dementia: a whole-system qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(2), 103–107.doi:10.1136/bmjspcare-2011-000178
  7. Chen, H.-M., Chen, V. C.-H., Wang, T.-N., Lu, M.-L., Huang, Y.-C., Dewey, M. E., ... Tsai, C.-P. (2018). Diseases of the pancreas and suicide mortality: A nationwide nested case-control study among patients with mental health disorders in Taiwan. *General Hospital Psychiatry*, 50, 45–50. doi:10.1016/j.genhosppsych.2017.09.008
  8. Earle, C. C., Park, E. R., Lai, B., Weeks, J. C., Ayanian, J. Z., & Block, S. (2003). Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care From Administrative Data. *Journal of Clinical Oncology*, 21(6), 1133–1138. doi:10.1200/jco.2003.03.059
  9. Feng, Z., Coots, L. A., Kaganova, Y., & Wiener, J. M. (2014). Hospital And ED Use Among Medicare Beneficiaries With Dementia Varies By Setting And Proximity To Death. *Health Affairs*, 33(4), 683–690. doi:10.1377/hlthaff.2013.1179
  10. LaMantia, M. A., Stump, T. E., Messina, F. C., Miller, D. K., & Callahan, C. M. (2016). Emergency department use among older adults with dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 30(1), 35–40. doi:10.1097/wad.0000000000000118
  11. Tackett, J. L., Brandes, C. M., King, K. M., & Markon, K. E. (2019). Psychology's Replication Crisis and Clinical Psychological Science. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1). doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095710
  12. Li, B., Ahluwalia, M., Narula, N., Moreira, A. L., Swistel, D. G., Massera, D., & Sherrid, M. V. (2020). Cardiac AA Amyloidosis in a Patient with Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy. *Cardiovascular Pathology*, 107218. doi:10.1016/j.carpath.2020.107218
  13. Laura Flink & Nelson B. (2020). Schiller Left atrial mass: relationship between gross anatomy and quantitative echocardiography. *Cardiovascular pathology*, 49, 241–250. 10.1016/j.carpath.2020.107265
  14. Buja, L. M., Ottaviani, G., Ilic, M., Zhao, B., Lelenwa, L. C., Segura, A. M., ... Kar, B. (2019). Clinicopathological Manifestations of Myocarditis in a Heart Failure Population. *Cardiovascular Pathology*, 107190. doi:10.1016/j.carpath.2019.107190
  15. Hajcak, G., Klawohn, J., & Meyer, A. (2019). The Utility of Event-Related Potentials in Clinical Psychology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 71–95. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095457
  16. Albert, K. M., & Newhouse, P. A. (2019). Estrogen, Stress, and Depression: Cognitive and Biological Interactions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1). doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095557
  17. Chistiakov, D. A., Grechko, A. V., Myasoedova, V. A., Melnichenko, A. A., & Orekhov, A. N. (2017). Impact of the cardiovascular system-associated adipose tissue on atherosclerotic pathology. *Atherosclerosis*, 263, 361–368.doi:10.1016/j.atherosclerosis.2017.06.017
  18. Poroshina, E. G., Vologdina, I. V., Pestereva, E. V. (2017). Psychological characteristics and quality of life of cancer patients with concomitant cardiovascular pathology. *Herald of North-Western State Medical University named after II Mechnikov*, 9(1), 83-88. (In Russ)
  19. Schoen, F. J., & Gotlieb, A. I. (2016). Heart valve health, disease, replacement, and repair: a 25-year cardiovascular pathology perspective. *Cardiovascular Pathology*, 25(4), 341–352. doi:10.1016/j.carpath.2016.05.002

20. Yan, Y., & Finkel, T. (2017). Autophagy as a regulator of cardiovascular redox homeostasis. *Free Radical Biology and Medicine*, 109, 108–113. doi:10.1016/j.freeradbiomed.2016.12.003
21. Sidra, G. & Ramsha, A. (2019). Fully automated identification of heart sounds for the analysis of cardiovascular pathology. *Applications of Intelligent Technologies in Healthcare* (pp. 117-129). Springer, Cham.
22. Buja, L. M., Ottaviani, G., & Mitchell, R. N. (2019). Pathobiology of Cardiovascular Diseases: an Update. *Cardiovascular Pathology*. doi:10.1016/j.carpath.2019.06.002
23. Ryabova AYu, Kozlova IV, Shapovalova TG, Shashina MM, Veselov VV, Zemlyanskaya OV.(2019) Gender peculiarities of cardiovascular pathology in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Saratov Journal of Medical Scientific Research. 15 (1): 28–33. (In Russ)
24. Solovyova, S. L., Koshanskaya, A. G. & Vlasova, N. V. (2020). Role of emotional factors in formation of cardiovascular pathology (on the example of the myocardial infarction and diabetes of the 2nd type). *Neurology Bulletin*, 52(1), 43-48. Doi: 10.17816/nb18863 (In Russ)