

DOI: <https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series19.2024.46.10>

УДК 616.831 – 005.1:159.942.53

**З.І.Лісова**

[lissovazoya@gmail.com](mailto:lissovazoya@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-0455-7647>

**Т.М.Осадча**

[osadchatn@gmail.com](mailto:osadchatn@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-5632-8716>

**Л. В.Панькович**

[larapankovic@gmail.com](mailto:larapankovic@gmail.com)

**В.Д.Чорненька**

[v.d.chornenka@gmail.com](mailto:v.d.chornenka@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-7982-3009>

### ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

У статті розглядаються особливості депресії у хворих які перенесли ішемічний інсульт. Зазначається, що внаслідок збільшення об'єму негативної інформації; стресу, обумовленого військовими діями; COVID-19; швидкого темпу життя відбувається значне перенапруження нервової системи та психіки людини в цілому. Тому почастишали судинні захворювання, чисельність яких становить серйозну небезпеку.

Відмічається, що найважчим проявом патології судин головного мозку є інсульт, який у половині випадків виникає у людей, сповнених творчих сил. Аналіз спеціалізованої наукової літератури встановив, що у структурі судинних захворювань головного мозку саме ішемічний інсульт є однією з найпоширеніших клінічних форм гострого порушення мозкового кровообігу.

Здійснено теоретичний аналіз психолого-педагогічної і медичної літератури з питання післяінсультної депресії, її механізмів, генезу, симптоматики.

Обґрунтовано, що депресія є одним із тяжких наслідків ішемічного інсульту, який негативно впливає на особистість хворого і проявляється пригніченим настроєм; суттєвим зменшенням інтересу майже до всіх видів діяльності; значимими змінами ваги тіла або апетиту; безсонням або гіперсомнією; психомоторною ажитацією або загальмованістю; слабкістю або втратою енергійності; почуттям нікчемності або неадекватно надмірної провини; нерішучістю або зниженою здатністю до концентрації уваги; а в тяжких випадках – нав'язливими думками про самогубство або смерть.

Післяінсультна депресія значно знижує мотивацію до одужання та погіршує результат реабілітаційної роботи. Депресія є настільки поширеною, що негативно впливає не тільки на здоров'я населення, але й на економіку країни.

Психологічне обстеження за допомогою методик «Шкала депресії PHQ-9», яка є блоком №2 «Опитувальника стану здоров'я пацієнта PHQ – Patient Health Questionnaire» (PHQ) і «Диференціальна діагностика депресивних станів» підтвердило теоретичний висновок про наявність у хворих після ішемічного інсульту виражених форм депресії та важливість проведення комплексної психокорекційної роботи.

*Ключові слова:* депресія, післяінсультна депресія, інсульт, апатія, гіпотимія, дисфорія, розгубленість, тривога, страх, суїцид.

**Проблема дослідження депресій** в нашій країні переживає період чергового поживлення.

В людському організмі поступово сформувалися досконалі структурні, фізіологічні, біохімічні, психологічні механізми, завдяки яким відбувається взаємодія його з навколишнім середовищем. Миттєву реакцію на зовнішні зміни забезпечують мільйони клітин головного мозку – складні структури, що пов'язують його з судинною системою. Зростаючий потік негативної інформації, стрес, у якому всі ми сьогодні перебуваємо внаслідок військових дій, COVID-19, швидкий темп життя, викликають значне перенапруження нервової системи та психіки людини в цілому. Тому почастишали судинні захворювання, чисельність яких нині становить серйозну небезпеку.

Найважчим проявом патології судин головного мозку є інсульт, який у половині випадків виникає у людей, сповнених творчих сил на тлі судинних захворювань (М. Іщенко, А. Дорогий, 1983).

За характером патологічного процесу розрізняють два основних види інсульту: ішемічний, зумовлений дефіцитом кровотоку в певній ділянці головного мозку, здебільшого оклюзією кровоносної судини, що призводить до гіпоксії-ішемії з формуванням зони некрозу – інфаркту (розм'якшення мозку), та геморагічний – крововилив у речовину головного мозку (паренхіматозний) або крововилив у підпаутинний простір (субарахноїдальний), який здебільшого виникає через розрив артеріальних або артеріовенозних аневризм (рег хеміс) і шляхом діapedезу плазми крові та еритроцитів із дрібних артерій, капілярів і вен через підвищену проникність судинних стінок, зумовлену дистонією гіпоксією, стазом або інтоксикацією.

Аналіз наукової літератури встановив, що переважна більшість вітчизняних та зарубіжних науковців визнає, що у структурі судинних захворювань головного мозку саме ішемічний інсульт є однією з найпоширеніших клінічних форм гострого порушення мозкового кровообігу (С. Віничук, 1995; М. Іщенко, А. Дорогий, 1983; В. Schulte, 1990, р.3–18).

Головний мозок є особливо уразливим при ішемії-гіпоксії і за досить короткий проміжок часу після розвитку інсульту відбуваються складні патохімічні та патофізіологічні процеси, які призводять до необоротних змін, руйнування і загибелі нейронів (С. Віничук, 2006).

Кожний інсульт, має свої відмінності, проте має певні типові неврологічні порушення, до яких можна віднести: слабкість м'язів або параліч половини тіла; порушення чутливості (або сприйняття); біль на паралізованій стороні тіла; зорові порушення, порушення ковтання (дисфагії); порушення мовлення (афазії, дизартрії); втому, порушення функції тазових органів; порушення когнітивних процесів (пам'яті, уваги, мислення); емоційні розлади, що проявляються порушенням настрою, пасивністю, емоційною лабільністю, зміною характеру, тривожністю або депресією.

Особливого значення у психічному здоров'ї людей набуває проблема розладів емоційної сфери, які займають важливе місце серед наслідків мозкового інсульту. Аналіз наукової літератури виявив, що найпоширенішим з них є депресія (А. Berg et al., 2003, р. 138 - 143; D. Castellucci, 2004, р. 24 - 29; А. House, 1989, р. 991-994; Т. Price, 1990, р. 1112-1113; Tinone et al. 2003, р. 450-459).

Проблемі депресивних розладів присвячена велика кількість досліджень таких вчених, як К. Абрахам, А. Бек, Е. Раш, Блейер, М. Япко, Ф. Василюк, Є. Юрєв, Б. Карвасарський, А. Самулевич, М. Решетніков, В. Синицький, І. Кутько, П. Бірюкович та інші.

В загальній психології, депресію визначають як складний комплекс емоцій, до якого поряд зі стражданням входять зміни в потребах. До того ж, депресія зумовлена численними нейрофізіологічними та біохімічними чинниками, включаючи порушення складних взаємовідносин між системами медіаторів, що беруть участь у формуванні емоцій (О. Скрипченко, Л. Долинська, З. Огороднійчук та ін., 2005).

Поняттям «депресія» психологи визначають небезпечний психічний розлад, що характеризується патологічно зниженим настроєм (гіпотимією), з негативною песимістичною оцінкою самого себе, власного майбутнього та свого положення у світі, а також може призвести до серйозних наслідків, навіть до суїциду (Д. Зубцов, 2016, с. 77-81).

Депресія як захворювання відрізняється від звичайних змін настрою і короточасних емоційних реакцій на проблеми в повсякденному житті. Вона може стати серйозним порушенням здоров'я, особливо якщо затягується в часі та приймає помірну чи тяжку форму. Вона може призводити до значних страждань людини і до її поганого функціонування на роботі, в школі, сім'ї тощо.

Дослідження депресії має не тільки медичну, а й значну психологічну, соціальну та економічну важливість. Головними складовими соціально-економічного аспекту проблеми депресивних розладів є те, що вони можуть призвести до часткової або повної втрати працездатності і мають високий суїцидальний ризик хворих цієї групи людей.

Різноманіття гіпотез відносно етіології і патогенезу депресивних розладів тільки підтверджує багатофакторність причин (генетичних, нейрохімічних, психосоціальних, конституційних), а також механізмів їх розвитку. Результати нейрофармакологічних, невропатологічних, нейроанатомічних досліджень свідчать про те, що депресивні розлади є відображенням порушень функціонування головного мозку.

У сучасному розумінні механізмів формування депресивного синдрому дослідники припускають, що виникнення депресій кожного разу обумовлено нейробіохімічними порушеннями, у той же час в

оформленні захворювання суттєву роль відводять зовнішнім факторам (О.Чабана, О. Хаустової, 2021).

Причини депресії є багатофакторними: це і генетика, і стрес, і оточуюче середовище, і наявність інших соматичних захворювань.

Аналіз літератури, що присвячений проблемі генезу післяінсультної депресії, свідчить про те, що виділяється дві основних причини її появи.

Перша з них полягає в ураженні певних відділів мозку, що пов'язані з регуляцією емоційної сфери психічної діяльності людини. Все це призводить до молекулярних порушень біохімічних процесів в нейронній композиції різних структур головного мозку.

Другою причиною є неспецифічна реакція хворих на тяжку хворобу, яка зумовлює значні функціональні розлади та порушення працездатності і звичного способу життя (психосоціальний фактор) (M. Ouimet, F. Primeau, M.Cole, 2001, p. 819-828).

Проте, депресії, що супроводжують інсульт, не можуть бути повністю пояснені як психологічна реакція на важке соматичне захворювання. Є депресивні розлади у постінсультних хворих, які тісно пов'язані з місцем локалізації ураження головного мозку; наявністю спадкової депресії; первинні субкоркові атрофії головного мозку; довготривалі психотравмуючі ситуації (K.Narushima, J.Kosier, R.Robinson, 2003, p. 422-430)

Оскільки депресія є розладом, то, відповідно, має конкретні симптоми.

За основу беруться симптоми тривалістю не менше двох тижнів, причому з них виражених має бути не менше п'яти. Бо якщо взяти кожну ознаку окремо, то вона може стосуватися й інших розладів. Наприклад, проблеми зі сном будуть при тривогах, особистісних кризах тощо. Тому розлади сну окремо не свідчать про наявність депресії.

Згідно з діагностичними критеріями DSM-5 до клінічної характеристики депресії відносять пригнічений настрій; значиме зменшення інтересу або задоволення майже від усіх видів діяльності; значимі зміни ваги тіла або апетиту; безсоння або гіперсомнія; психомоторна ажитация або загальмованість; слабкість або втрата енергійності; почуття нікчемності або неадекватно надмірної провини; нерішучість або знижена здатність до концентрації уваги; повторювані думки про самогубство або смерть (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), 2013).

Першим симптомом є поганий настрій протягом більшої частини дня. Якщо у людини буває поганий настрій, проте зазвичай майже цілий день вона жартує з колегами, то тоді це не рахується. Люди, що мають депресію, завжди насуплені з сумними очима і журливим виразом обличчя.

Другий симптом – ангедонія (людина ні від чого не отримує задоволення). При ангедонії особа не радіє навіть від тих речей, які все життя її тишили і немає бажання чимось займатися.

Третім симптомом є втрата чи набирання ваги. Людина худне, в неї нема мотивації їсти, бо відсутнє бажання жити. Або ж, навпаки, людині настільки боляче, що вона заповнює пустку в середині їжею. Тому відхилення від звичайної ваги може бути ознакою депресії, але тільки в сукупності з іншими симптомами.

Четвертий симптом – розлади сну, з якими пов'язана більшість психологічних проблем. При депресії людина має кілька проблем зі сном. По-перше, не може заснути, внаслідок негативних думок про себе. По-друге, людина може раптово прокидатися серед ночі від поганих думок, від того, що їй не добре. По-третє, людина може спати дуже багато, але постійно почуватися невиспаною. Усі ці ознаки можуть указувати на депресію.

Наступним симптомом є сповільненість або ж надто висока активність. Проявляється тоді, коли звичайний для конкретної людини рівень активності починає змінюватись у той чи інший бік.

Ще однією ознакою є втома та втрата енергії. При депресії людина дуже часто або майже завжди відчуває себе втомленою, ні на що немає сил.

Також важливою ознакою порушення психологічного стану є посилення відчуття нікчемності, коли людина вважає себе невдахою, що в її житті ніколи вже не буде нічого доброго тощо.

Зниження концентрації уваги також може бути визначальним симптомом. Часто люди, які мають депресію, скаржаться, що не можуть читати, бо не розуміють про що йдеться в книжці; не годні з'єднати між собою слова, усвідомити зміст написаного.

Наступна ознака – це рекурентні (які постійно повторюються) меланхолійні суїцидальні думки

(В.Станчишин, 2020, с155-159).

Хворі з післяінсультною депресією мають певні особливості. Вони сумують за втратою багатьох можливостей (внаслідок інсульту), таких як здатність ходити або говорити з легкістю. Можуть вражатись також гордість і самооцінка. Хворі можуть відчувати, ніби втратили контроль над своїм життям. Для них може виявитися важким тягарем прийняти те, що вони більш не можуть робити речі, які раніше вважали легкими у виконанні. Депресія знижує мотивацію до одужання та негативно впливає на результат реабілітації (М. Поліщука, 2017, с.60).

Пацієнти з післяінсультною депресією відчувають нудьгу, печаль, тугу, відчай, відсутність мотивації та енергійності, внутрішню порожнечу, самоосуд, саморуйнування, мають певні когнітивні дисфункції; відчуття безнадійності, провини, стурбовані своєю безпорадністю. Також, відмічаються прояви загальмованості мислення, небажання спілкування, можливі суїцидальні думки. Така хвороблива поведінка пацієнтів стає обмежувальною, вона полягає в зменшенні загального обсягу функціонування із значним незадоволенням якістю власного життя (О.Чабана, О.Хаустової, 2021,с. 27-31).

Депресія зменшує відновлення рухових порушень, значно подовжує реабілітаційний процес, погіршує когнітивні функції, соціальну активність і в цілому якість життя пацієнта (С. Kase, Р. Wolf, М. Kelly-Hayes M. et al 1998, р. 805-812; Tinone, L. Terroni, C. Leite, G. Fraguas 2003, р. 450-459).

До основних і небезпечних ознак депресії у пацієнтів після інсульту належать наступні:

- почуття суму, тривоги, роздратованості, нервозності, провини, нікчемності або безвихідності, зниження настрою;
- зміни сну (безсоння або подовження нормального часу сну);
- зміни апетиту (набирання або втрата ваги без зусиль чи спеціальних дієт);
- втрата зацікавленості у заняттях, які раніше викликали інтерес, значно зменшений інтерес чи задоволення від усього, зменшення активності протягом більшої частини дня;
- занепокоєння або в'яла поведінка;
- постійні або періодичні головні болі, розлади травлення (шлункові болі, нудота, закрепи або проноси), або хронічний біль;
- порушення пам'яті, концентрації уваги, здатності до прийняття рішень;
- втома або втрата енергії практично кожного дня;
- зміна у стилі роботи і у продуктивності;
- відчуття власної малозначимості або перебільшені безпідставні ідеї вини;
- думки про самогубство або смерть, що повторюються без специфічного плану або суїцидальні спроби, або специфічний план для здійснення суїциду (М.Поліщука, 2017,с.60).

У відповідності з вищезазначеним ми припускаємо, що для хворих після ішемічного інсульту характерна наявність вираженої депресії.

У зв'язку з цим було проведено експериментальне дослідження, метою якого було з'ясування ступеню тяжкості депресії у пацієнтів після ішемічного інсульту.

Для перевірки висунутої гіпотези було окреслено завдання: діагностувати депресивні порушення у пацієнтів після інсульту; визначити ступінь тяжкості післяінсультної депресії; з'ясувати особливості емоційної сфери проявів депресії у пацієнтів після інсульту.

У дослідженні взяли участь 13 пацієнтів з ішемічним інсультом відділення реабілітації хворих з порушенням мозкового кровообігу Державної установи «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України». В обстеженні брали участь пацієнти після ішемічного інсульту які не мали важких порушень мови та мовлення (афазії), без комунікативних труднощів.

Для розв'язання вищезазначених завдань було проведено дві серії дослідження за допомогою методики «Шкала депресії PHQ-9», яка є блоком № 2 «Опитувальника стану здоров'я пацієнта PHQ – Patient Health Questionnaire (PHQ)» та застосовується для діагностики депресії та методики «Диференціальна діагностика депресивних станів», яка використовується для діагностики психічних станів та властивостей емоційної сфери за такими критеріями, як апатія, гіпотимія, дисфорія, розгубленість, тривога, страх (О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська, О. Копаниця, О. Малхазов, 2011 с.112-120; О. Чабана, О. Хаустової, 2021,с. 27-31).

Результати дослідження показали наступне.

Кількісний аналіз першої серії експериментального дослідження встановив, що для 23 % хворих після перенесеного ішемічного інсульту характерний важкий ступінь депресії, для 39% осіб цієї категорії – середній ступінь депресії, для 15 % осіб – легкий ступінь депресії, для 23 % – характерним є відсутність депресії або мінімальні депресивні прояви.

Кількісний аналіз результатів другої серії експериментального дослідження виявив у післяінсультних пацієнтів депресію відсутню або незначну – у 15% пацієнтів, депресію мінімальну - у 8 % пацієнтів, легку депресію – у 15 % пацієнтів, помірну депресію – у 39 % пацієнтів, виражену депресію – у 15 % пацієнтів і глибоку депресію – у 8 % пацієнтів.

Якісний аналіз результатів другої серії експериментального дослідження дозволив виявити у пацієнтів після ішемічного інсульту наявність апатії – у 62 %, гіпотимії – у 77 %, дисфорії – у 46 %, розгубленості – у 69 %, тривоги – у 62 %, страху – у 31 %.

Результати якісного аналізу другої серії експериментального дослідження встановили, що переважній більшості пацієнтам після перенесеного ішемічного інсульту притаманна гіпотимія, що проявляється стійким зниженням настроєм і супроводжується зменшенням інтенсивності емоційної, психічної та рухової активності, порушенням сну.

Також, післяінсультним пацієнтам в більшій мірі характерна розгубленість, яка обумовлена нерозумінням хворим ситуації і свого, як правило, раптово тяжко хворобливого стану, що сприймається ним, як незвичний стан, з новим незрозумілим сенсом.

Більшій половині піддослідних притаманна була апатія, яка проявлялась у відсутності інтересу до соціального, духовного життя і до мотивації у відновленні після інсульту; та тривога, що проявлялась у стурбованості, невизначеності, безпомічності, безсиллі, неможливістю самостійно прийняти рішення, хвилюванні.

Трохи менше, ніж половині пацієнтів характерним виявилася дисфорія, що проявлялася дратливістю та хмурістю, а також страх, який проявлявся у відчутті «глухого кута» у житті пацієнта, занадто підвищеної боязкості, відчуттям безпосередньої загрози благополуччю, власному здоров'ю.

Результати проведених досліджень дозволили з'ясувати наявність депресії у хворих після ішемічного інсульту, ступінь її тяжкості, особливості післяінсультної депресії, що дасть нам підстави для складання методики проведення психотерапевтичних занять з подолання депресії.

#### **Список використаних джерел:**

- Віничук С.М.**, (1995) Актуальні питання патогенезу та лікування судинних і демієлінізуючих захворювань нервової системи. – К.: На УКМА, – 169 с. 2. **Віничук С.М.**, (2006) Прокопів М. М. Гострий ішемічний інсульт. Київ:Наукова думка, – 284 с. 3. **Загальна психологія:** Підручник / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В.Огороднійчук та ін.(2005) – К.:Либідь, – С. 464.4. **Зубцов Д.** (2016) Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. - № 1. - С. 77-81. 5. **Інсульт.** Інформація для всіх, кого це стосується (під ред. М.Є.Поліщука). (2017) – Видання п'яте, перероблене та доповнене. К.: Видавець Д.В. Гуляєв, – 68 с. – С. 60. 6. **Іщенко М.М.**, Дорогий А.М. (1983) Судинні захворювання головного мозку. – 2-е вид., перероб. і доп. – Київ: Здоров'я, – 40 с., іл., 0, 04 арк. іл. – (Поради лікаря). 7. **Кокун О.М.**, Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. (2011) Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, – 281 с. – С. 112 – 120. 8. **Мішиєв В. Д.** (2004) Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. – Львів: Видавництво Мс. – 208 с. 9. **Практична психосоматика:** депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. (2021) – 2-ге видання, доповнене. – К.:Видавничий дім Медкнига. – 216 с. 10. **Практична психосоматика:** діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. (2021) – 3-тє видання, виправлене і доповнене. – К.: Видавничий дім Медкнига. – 200 с. – С. 27 – 31. 11. **Станчишин В.** (2020) Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією: наук-попул.вид. – К.: Віхола. – 176 с. – С.155-159. 12. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). (2013) — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. — 992 p. 13. **Berg A.**, Palomaki H., Lehtihalmes M. et al. (2003) Post stroke depression. An 18-month follow up. Stroke. – Vol. 34, N1. – P. 138 - 143. 14. **Castellucci D. T.** (2004) Perceptions of autonomy in post stroke elderly

clients. Rehabil. Nurs. – Vol. 29, N 1. – P. 24 - 29. 15. **House A.**, Dennis M., Molyneux A. et al.(1989) Emotionalism after stroke BMG. – Vol.298, N 6677. – P. 991-994. 16. **Kase C.S.**, Wolf P.A., Kelly-Hayes M. et al. (1998) Intellectual decline after stroke: the Framingham Study . Stroke . – Vol.29, N 4. – P. 805-812. 17. **Narushima K.**, Kosier J.T.,Robinson R.G. (2003) A reappraisal of poststroke depression, intra- and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis. J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci. – Vol. 15, N 4. – P. 422-430. 18. **Ouimet M. A.**, Primeau F., Cole M.G. (2001) Psychosocial risk factors in post stroke depression: a systematic review. Can. J. Psychiatry. – Vol. 46, N 9. – P. 819-828. 19. **Price T.R.** (1990) Affective disorders after stroke. Stroke. – Vol.21, N 9 (Suppl.). – P. 1112-1113. 20. **Schulte B.P.M.** (1990) Neuroepidemiology of cerebrovascular disease. An overview. Progreses in cerebrovascular disease. – Amsterdam; New York; Oxford: Elsevier. – P. 3–18. 21. **Tinone**, Terroni L. de M., Leite C.C., Fraguas G Jr. R. (2003).Poststroke depression: risk factors and antidepressant treatment. Rev. Assoc.Med.Bras. – Vol. 49, N 4. – P. 450-459.

#### **References:**

1. **Vinnychuk S.M.** Aktualni pytannia patohenezu ta likuvannia sudynnykh i demiyelinizuyuchykh zakhvoriuvan nervovoi systemy [Actual issues of pathogenesis and treatment of vascular and demyelinating diseases of a nervous system]. – K.: Na UKMA, 1995. – 169 s. [in Ukrainian]. 2. **Vinnychuk S.M.**, Prokopiv M.M. Hostryi ishemichniy insult [Acute ischemic stroke]. Kyiv: Naukova dumka, 2006. – 284 s. [in Ukrainian]. 3. **Zahalna psycholohiia:** Pidruchnyk [General Psychology: Textbook] / O.V. Skrypchenko, L.V. Dolynska, Z.V. Ohorodniichuk ta in. – K.:Lybid, 2005. – S. 464. [in Ukrainian]. 4. **Zubtsov D.** Depresiiia: vyznachennia ta symptomatyka [Depression: definition and symptoms] / D. Zubtsov // Naukovyi visnyk Mykolayivskoho natsionalnoho universytetu imeni V.O. Sukhomlynskoho. Psykhologichni nauky. - 2016. - № 1. - S. 77-81 [in Ukrainian]. 5. **Insult.** Informatsiia dlia vsikh, koho tse stosuetsia [Stroke. Information for all concerned] (pid red. M.Ye. Polishchuk). – Vydannia piate, pereroblene ta dopovnene. K.: Vydavets D.V. Huliaiev, 2017. – 68 s. – S. 60. [in Ukrainian]. 6. **Ishchenko M.M.**, Dorohyi A.M. Sudynni zahvoriuvannia holovnoho mozku [Vascular diseases of the brain]. – 2-e vyd., pererob. i dop. – Kyiv: Zdorovia, 1983. – 40 s., il.,0, 04 ark. il. – (Porady likaria). [in Ukrainian]. 7. **Kokun O.M.**, Pishko I.O., Lozinska N.S.,Kopanytsia O.V., Malkhazov O.R. Zbirnyk metodyk dlia diahnostryky psykholohichnoi hotovnosti viiskovosluzhbovtiv viiskovoi sluzhby za kontraktom do diialnosti u skladi myrotvorchykh pidrozdiliv: Metodychnyi posibnyk [Collection of methods for diagnosing the psychological readiness of servicemen of military service under the contract for activities as part of peacekeeping units: Methodical manual.]. – K.: NDTs HP ZSU, 2011. – 281 s. – S. 112 – 120. [in Ukrainian]. 8. **Mishyiev V.D.** Suchasni depresyvni rozlady: Krivnytstvo dlia likariv [Modern depressive disorders: A guide for doctors]. – Lviv: Vydavnytstvo Ms. – 2004. – 208 s. [in Ukrainian]. 9. **Praktuchna psykhosomatyka:** depresiiia. Navchalnyi posibnyk [Practical psychosomatics: depression. Tutorial] / Za zah. red. O.S. Chabana, O.O. Haustovoi. – 2-he vydannia, dopovnene, – K.:Vydavnychiy dim Medknyha, 2021. – 216 s. [in Ukrainian]. 10. **Praktychna psykhosomatyka:** diahnostrychni shkaly. Navchalnyi posibnyk [Practical psychosomatics: diagnostic scales. Tutorial] / Za zah. red. O. S. Chabana, O. O. Haustovoi. – 3-tie vydannia, vypravlene i dopovnene. – K.: Vydavnychiy dim Medknyha, 2021. – 200 s. – S. 27 – 31. [in Ukrainian]. 11. **Stanchyshyn V.** Stiny v moyii holovi. Zhyty z tryvozhnistiu i depresiiieyu [Walls in my head. Living with anxiety and depression]: nauk-popul.vyd / V.Stanchyshyn. – K.: Vihola, 2020. – 176 s. – S.155-159. [in Ukrainian]. 12. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p. 13. **Berg A.**, Palomaki H., Lehtihalmes M. etal. Post stroke depression. An 18-month follow up // Stroke. – 2003. – Vol. 34, N1. – P. 138-143. 14. **Castellucci D. T.** Perceptions of autonomy in post stroke elderly clients // Rehabil. Nurs. – 2004/ - Vol. 29, N 1. – P. 24-29. 15. **House A.**, Dennis M., Molyneux A. et al. Emotionalism after stroke // BMG. – 1989. – Vol.298, N 6677. – P. 991-994. 16. **Kase C.S.**, Wolf P.A., Kelly-Hayes M. et al.Intellectual decline after stroke: the Framingham Study // Stroke/ - 1998/ - Vol.29, N 4. – P. 805-812. 17. **Narushima K.**, Kosier J.T.,Robinson R.G. A reappraisal of poststroke depression, intra- and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis // J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci. – 2003. – Vol. 15, N 4. – P. 422-430. 18. **Ouimet M. A.**, Primeau F., Cole M.G. Psychosocial risk factors in post stroke depression: a systematic review // Can. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 46, N 9. – P. 819-828. 19. **Price T.R.** Affective disorders after stroke // Stroke. – 1990. – Vol.21, N 9 (Suppl.). – P. 1112-1113. 20. **Schulte B.P.M.** Neuroepidemiology of cerebrovascular disease. An overview // Progreses in cerebrovascular disease. – Amsterdam; New York; Oxford: Elsevier, 1990. – P. 3–18. 21. **Terroni**

L. de M., Leite C.C., Tinone G., Fraguas Jr. R. Poststroke depression: risk factors and antidepressant treatment // Rev. Assoc.Med.Bras. – 2003. – Vol. 49, N 4. – P. 450-459.

**LISSOVA, Z., OSADCHA, T., PANKOVICH, L. CHORNENKA V FEATURES OF DEPRESSION IN PATIENTS HAVING SUFFERED ISCHEMIC STROKE**

*The article deals with the features of depression in patients having suffered an ischemic stroke. It is noted, that due to the increase of negative information; stress caused by military actions; COVID-19; fast pace of life there is a significant overstrain of the nervous system and the human psyche as a whole. Therefore, vascular diseases became more frequent and their number is a serious danger.*

*It is noted that the most severe manifestation of the pathology of the vessels of the brain is a stroke, which in half of cases occurs in people full of creative forces. Analysis of specialized scientific literature has established that in the structure of vascular diseases of the brain an ischemic stroke is one of the most common clinical forms of acute cerebrovascular accident.*

*The theoretical analysis of psychological-pedagogical and medical literature on the issue of post-stroke depression, its mechanisms, genesis, symptoms was carried out.*

*It was substantiated that depression is one of the severe consequences of an ischemic stroke, which negatively affects the personality of the patient and manifests itself in a depressed mood; a significant decrease of interest to almost all activities; significant changes in body weight or appetite; insomnia or hypersomnia; psychomotor agitation or retardation; weakness or loss of energy; a sense of worthlessness or inadequately excessive guilt; indecision or reduced ability to concentrate; and in severe cases – obsessive thoughts of suicide or death.*

*Post-stroke depression significantly reduces motivation for recovery and worsens the result of rehabilitation work. Depression is so widespread that it negatively affects not only the health of population, but also the economy of a country.*

*The psychological examination using methods “Depression scale PHQ-9”, which is a block #2 of the “Patient Health Questionnaire” (PHQ) and the “Differential diagnosis of depressive states” confirmed the theoretical conclusion about the presence of severe forms of depression in patients after ischemic stroke and the importance of comprehensive psycho-correctional work.*

*Key words: depression, post-stroke depression, stroke, apathy, hypotonia, dysphoria, confusion, alarm, fear, suicide.*

DOI: <https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series19.2024.46.11>

УДК: 376-056.74.268

**I. С.Марченко**

[innmarchenko60@gmail.com](mailto:innmarchenko60@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-5458-0261>

**Т. М.Швалюк**

[shvaluktm@ukr.net](mailto:shvaluktm@ukr.net)

<https://orcid.org/0000-0003-3836-1015>

**Н. В.Чередніченко**

[nataliachered@gmail.com](mailto:nataliachered@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-3554-108047>

**РОЗВИТОК УСНОГО ЗВ'ЯЗНОГО МОВЛЕННЯ УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ  
В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

В статті розглядається проблема розвитку усного зв'язного мовлення учнів початкових класів із порушеннями мовлення, які знаходяться в умовах інклюзивного навчання. Відомо, що розвиток усного зв'язного мовлення у даній категорії дітей є важливим аспектом їхньої комунікації, соціалізації та навчання. В умовах інклюзивного навчання ця проблема стає ще більшої актуальною, оскільки діти з порушеннями мовлення