

УДК 616.89-008.19: 159.9.072
DOI: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2\(22\).17](https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2(22).17)

Олена САВЧЕНКО, д-р психол. наук, проф.
ORCID ID: 0000-0002-7069-7419
e-mail: elena.savchenko@knu.ua

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Тата ДВОРЯКОВСЬКА, магістр психології
ORCID ID: 0009-0006-6241-055X
e-mail: tatadvoriakovska@gmail.com

Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана, Київ, Україна

МОДИФІКАЦІЯ ШКАЛИ ОЦІНКИ АСТЕНІЧНОГО СТАНУ

Вступ. На тлі хронічного стресу в українців поширюються прояви астеничного синдрому. Гостро постає питання розробки надійних засобів психологічної оцінки стану.

Методи. У статті представлено результати україномовної модифікації опитувальника «Шкала астеничного стану (ШАС-15)». Визначені основні психометричні характеристики.

Результати. У ході емпіричного дослідження було виявлено, що частина питань неадаптованої україномовної версії шкали демонструє низькі показники надійності та валідності, що ставить під сумнів її точність і діагностичну цінність. За результатами факторного аналізу ідентифіковано додаткові субшкали, що відображають різні аспекти/домени астеничного синдрому. На основі отриманих даних було оптимізовано структуру опитувальника: вилучено питання, що показали низьку надійність та валідність. Результати конфірматорного факторного аналізу показали доречність впровадження трикомпонентної моделі ($\chi^2=110$, $p=0,05$; CFI = 0,961; TLI = 0,953; RMSEA = 0,047, [0,02-0,07]). Оновлена версія методики є більш компактною, має достатньо високі показники внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха від 0,70 до 0,83), дозволяє диференційовано оцінювати окремі компоненти астеничного стану та може бути рекомендована для використання у клінічних, психологічних і наукових дослідженнях.

Висновки. У статті наведено обґрунтування скорочення та модифікації «Шкали астеничного стану», наведений опис процедури виокремлення трьох субшкал: когнітивні, емоційні та фізіологічні прояви астенії.

Ключові слова: астенія, синдром хронічної втоми, астеничний синдром, шкала астеничного стану, когнітивні прояви, емоційні прояви, фізіологічні прояви, психометричні характеристики.

Вступ

В умовах війни в Україні астенія набула особливої поширеності як серед військових, так і серед цивільного населення. Постійний стрес, тривога за власне життя та життя близьких, втрата дому, соціальна невизначеність і хронічне інформаційне перенавантаження призводять до виснаження нервової системи. Астеничний стан проявляється підвищеною втомлюваністю, дратівливістю, зниженням працездатності, порушенням сну, емоційною лабільністю та відчуттям безсилля (Barna & Kalinichenko, 2021). На відміну від звичайної втоми, яка швидко минає після відпочинку, астенія зберігається понад місяць і не полегшується навіть після тривалого відпочинку, супроводжуючись хронічною слабкістю, зниженням енергії, порушенням сну та когнітивних функцій. Війна підсилює соціальну ізоляцію й відчуття безпорадності, що ускладнює відновлення ресурсів та адаптацію до нових умов життя.

Саме тому тема створення якісних психодіагностичних інструментів все більш гостро звучить в просторі клінічної та психологічної практики, особливо після прийняття нового закону в сфері охорони здоров'я в 2025 році (*Про систему охорони психічного здоров'я в Україні*, 2025). Надійність і валідність таких методик є критично важливими для отримання достовірних результатів. Однак велика кількість опитувальників були розроблені десятиліття тому й наразі не відповідають сучасним вимогам до психометричних властивостей вимірювальних інструментів. Методики мають проходити перевірку кожні 8-10 років і це зумовлює необхідність їхньої ревізії та оптимізації (Meijer, 2017). Особливо це стосується інструментів, які використовуються для виявлення складних або багатовимірних психологічних феноменів, де якість шкал, чіткість структури та внутрішня узгодженість питань мають вирішальне значення. У цьому контексті важливим завданням є проведення психометричного аналізу існуючих методик, виявлення їхніх

сильних і слабких сторін, а також розробка скорочених, більш валідних і надійних версій опитувальників.

Мета статті – представити результати модифікації методики оцінки ступеня вираження астеничного стану.

Завдання роботи: 1) провести аналіз існуючої методики на предмет надійності та валідності окремих питань; 2) здійснити перевірку внутрішньої структури опитувальника через застосування експлораторного та конфірматорного факторного аналізу; 3) оптимізувати інструмент, у випадку виявлення невалідних та ненадійних питань; 4) провести валідацію нових субшкал методики.

Методи

Методика оцінки ступеня вираження астеничного стану, також відома як «Шкала астеничного стану (ШАС)», була розроблена Л. Малковою та адаптована до використання у дослідженнях Т. Чортовою (в деяких джерелах Т. Черновою). Це – один з небагатьох діагностичних інструментів, придатних для оцінки вираженості астеничного синдрому (Методи виявлення хронічної втоми і професійного вигорання та шляхи їх профілактики і збереження працездатності медичного персоналу сучасних закладів охорони здоров'я, 2022). Методика створена на основі даних клініко-психологічних спостережень та аналізу відповідних питань опитувальника MMPI. Вона призначена для діагностики рівня вираженості астеничного стану як наслідку розвитку хронічної втоми.

Поняття «астенія» описує такий стан організму, коли людина протягом тривалого періоду переживає постійну втому та значне виснаження. У випадку виявлення астеничного синдрому спостерігаються надмірна дратівливість, нестабільність настрою, емоційна мінливість, зниження продуктивності психічних процесів, втрата здатності до тривалого розумового й фізичного навантаження, а також різноманітні порушення з боку вегетативної і соматичної систем. Методика складається з 30

тверджень, що охоплюють основні прояви астенії. Респонденту пропонується оцінити кожне твердження за чотирибальною шкалою: 1 – Ні, невірно, 2 – Напевно, так, 3 – Вірно, 4 – Цілком вірно.

Для перевірки її психометричних показників та вдосконалення структури були використані такі психометричні процедури: аналіз надійності, валідності та дискримінативності окремих тверджень, альфа Кронбаха та омега МакДоналдса для перевірки надійності-узгодженості тверджень у межах шкал, експлораторний та конфірмаційний факторні аналізи, однофакторний дисперсійний аналіз за критерієм Хі-квадрат, описові статистики. Всі розрахунки проводилися у пакеті Jamovi 2.6.26.

Результати

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) астенія окремо не кодується, але вона класифікується під кодами загальних симптомів або як частина комплексного синдрому, наприклад, «астенія, що не класифікована в інших рубриках». Отже, астенія кодується за різними рубриками, зокрема: F48.0 – неврас-тенія, F06.6 – органічно зумовлена астенія, R53 – нездужання та втомлюваність, R54 – старість, G93.3 – синдром хронічної втоми після вірусної інфекції, F45.3 – соматоформна вегетативна дисфункція (МКХ-10-AM, 2017). Для діагностики астеничного синдрому необхідна наявність таких симптомів, як м'язові та головні болі, порушення сну, диспепсія, нездатність розслабитися, дратівливість, зниження енергії та мотивації.

У МКХ-11 астенія визначається як відчуття виснаження, в'ялості або зниження енергії, що зазвичай переживається як ослаблення чи виснаження фізичних або психічних ресурсів (Синдром поствірусної астенії (8E49), Синдром хронічної втоми (8E49)) (ICD-11, 2020). Симптоми включають стійку втому, зниження фізичної та розумової активності, труднощі у виконанні звичних завдань, а також супутні когнітивні, емоційні та соматичні порушення. Особливий акцент робиться на хронічності стану та його впливі на якість життя.

В останній редакції американської класифікації психічних розладів DSM-5 термін «астенія» як самостійний діагноз не використовується. Натомість астеничні прояви розглядаються як симптоми, характерні для низки психічних та соматичних розладів. До таких симптомів належать підвищена стомлюваність, слабкість, зниження енергії, труднощі концентрації, сонливість, емоційна лабільність і дратівливість (DSM-5-TR, 2024).

В клінічній практиці найбільш поширеними контекстами опису астенії у DSM-5 є:

- депресивні розлади (Depressive Disorders), зокрема великий депресивний епізод, одним із ключових критеріїв якого виступає «fatigue or loss of energy nearly every day» («втома або втрата енергії майже щодня»);
- соматоформні або соматичні розлади (Somatic Symptom and Related Disorders), у рамках яких діагностують виражену хронічну втому й слабкість без органічної етіології;
- тривожні, адаптаційні та обсесивно-компульсивні розлади, для яких астеничні прояви також є поширеними супутніми симптомами.

Важливою ознакою астеничного стану є те, що симптоми астенії мають бути стійкими, тривати понад місяць, не зникати після відпочинку й суттєво впливати на функціонування особистості (DSM-5-TR, 2024).

Робота над перевіркою та оновленням методики відбувалась поетапно. Оскільки попередній пошук не виявив жодного підтвердження щодо проведення заходів адаптації на українській вибірці, крім перекладу, то було

прийняте рішення перевірити внутрішню структуру опитувальника, визначити основні психометричні показники за окремими складовими методики. За основу було взято текст, на який посилаються у різних роботах (Yuzvishina & Svishtilnik, 2022), (Yuryeva et al., 2022). Ми орієнтувалися на переклад, представлений у роботі А. Паєнок, О.-Н. Бакун (Payenok & Baku, 2024). Дослідження проводилося на вибірці практикуючих психологів. У процесі статистичного аналізу даних було виявлено 11 викидів, які суттєво відрізнялися від основної вибірки. З метою забезпечення коректності та надійності результатів дослідження, відповіді цих респондентів були вилучені з подальшої обробки. Такий підхід дозволив уникнути спотворення статистичних показників і підвищити валідність отриманих результатів. Подальша робота проводилась на вибірці, яку склали 117 психологів – 88,9% (104 особи) жінок та 11,1% (13 осіб) чоловіків. Респонденти розподілились по таким віковим категоріям: 25-30 років – 17,1% (20 осіб) респондентів, 31-45 років – 59,0 % (69 осіб) респондентів, 46-60 років – 23,9% (28 осіб) респондентів. У дослідженні прийняли участь 49,6% (58 осіб) психологів-консультантів та 50,4% (59 осіб) психотерапевтів, які мали такий досвід роботи: менше 3-х років – 32,5 % (38 осіб), від 3-х до 5-ти років – 20,5% (69 осіб), більше 5-ти років – 47,0 % (55 осіб).

Така цільова група була обрана для контролю рівня самоусвідомлення власного стану, що є важливим аспектом диференціації окремих симптомів. Дослідження має пілотний характер, в подальшому планується перевірка отриманих даних на інших однорідних вибірках, у клінічному дослідженні.

У таблиці 1 представлено результати поелементного аналізу за показниками надійності, валідності та дискримінативності тверджень. Рівень надійності тверджень розраховувався через врахування стандартного відхилення та кореляції кожного твердження із загальним показником за шкалою (Cohen et al., 2021), рівень валідності враховував стандартне відхилення та коефіцієнт кореляції відповідей на твердження з обраним критерієм, яким виступав рівень емоційної спустошеності за скринінговою шкалою «Особистісні ресурси» (Savchenko et al., 2022). Рівень дискримінативності розраховувався за формулою Фергюсона, адаптованої для шкали Лікєрта (формула М. Ханкінса).

Низькі значення за показниками надійності тверджень узгоджуються з нашим попереднім припущенням про те, що загальний показник за опитувальником поєднує достатньо неузгоджені симптоми, що знижує його загальнодіагностичну потужність. Значення альфа Кронбаха за загальною шкалою, що враховує 30 тверджень, є високим (0,89), однак видалення понад 17 тверджень може покращити цей показник, про що свідчать дані отримані за показниками «надійності тверджень у разі видалення певного з них». Тому необхідно провести процедуру перевірки внутрішньої структури опитувальника.

Експлораторний аналіз, проведений методом максимальної вірогідності (Maximum likelihood) з обертанням Oblimin, заснованим на паралельному аналізі, виявив 3 незалежні фактори, які пояснювали сумарно 33,9% загальної дисперсії, що є незадовільним результатом. Також ми провели однофакторний аналіз з метою перевірки, які з тверджень не входять до складу єдиного фактора «Астеничний синдром», демонструючи високу унікальність ($>0,75$). Однофакторна модель пояснює всього 23,7% індивідуальних відмінностей. Було прийняте рішення видалити ті питання, які мають і низькі показники за надійністю та валідністю тверджень, і низькі навантаження за єдиним фактором ($<0,3$). Були видалені такі твердження: 3, 6, 11, 21, 24, 29. Твердження 12, 18, 19,

20 також демонстрували дуже високу унікальність, їх видалення дозволило покращити показник сумарної дисперсії, що пояснює один фактор (30,8%). Отриманий незадовільний показник сумарної дисперсії (пояснює

менше третини індивідуальних проявів) змусив нас розглядати двофакторні та трифакторні моделі, порівнюючи їхні показники якості прилягання емпіричних даних.

Таблиця 1

Показники надійності, валідності та дискримінативності складових опитувальника

№	Твердження	Надійність	Валідність	Дискримінативність
1	Я працюю з великим напруженням	0,344	0,005	0,616
2	Мені важко зосередитися на чомусь	0,296	0,152	0,582
3	Моє сексуальне життя мене не задовольняє	0,354	0,149	0,756
4	Очікування нервує мене	0,350	0,092	0,777
5	Я відчуваю м'язову слабкість	0,230	0,220	0,669
6	У мене немає бажання ходити ані в кіно, ані в театр	0,142	-0,08	0,472
7	Я став(-ла) забудькуватою людиною	0,169	0,223	0,656
8	Я відчуваю себе втомленим(ою)	0,388	0,282	0,804
9	Мої очі втомлюються під час тривалого читання	0,264	0,124	0,816
10	Мої руки тремтять	0,048	0,070	0,308
11	У мене поганий апетит	-0,02	0,067	0,332
12	Мені важко бути на вечірці або в галасливій компанії	0,347	-0,03	0,806
13	Я вже не так добре розумію прочитане, як раніше	0,201	0,140	0,594
14	Мої руки та ноги холодні	0,215	0,040	0,696
15	Мене легко «зацепити»	0,029	0,151	0,681
16	У мене часто болить голова	0,055	0,087	0,588
17	Я прокидаюся вранці втомленим(-ою) і не відпочившим(-ою)	0,273	0,158	0,729
18	У мене бувають запаморочення	0,080	0,032	0,512
19	У мене бувають посмикування м'язів	0,044	0,077	0,682
20	У мене часто шумить у вухах	0,179	0,017	0,412
21	Мене турбують питання сексуального змісту	0,078	0,021	0,626
22	Я відчуваю важкість у голові	0,189	0,073	0,588
23	Я відчуваю загальну слабкість	0,189	0,227	0,740
24	Я відчуваю біль в області тім'яної кістки	0,050	0,028	0,305
25	Моє життя пов'язане з постійним напруженням	0,139	0,135	0,772
26	Моя голова ніби стягнута обручем	0,166	0,100	0,411
27	Я легко прокидаюся від шуму	0,327	0,066	0,780
28	Мене втомлюють люди, які оточують	0,338	0,140	0,702
29	Коли я хвилююся, то швидко пітнію	0,213	0,040	0,734
30	Мені не дають засинати тривожні думки	0,167	0,096	0,571
Середнє значення		0,194	0,096	0,623

Таблиця 2

Результати за конфірмаційним факторним аналізом

Модель (кількість шкал/ кількість тверджень)	χ^2	df	p	CFI	TLI	RMSEA	90% ДІ	
							нижня межа	верхня межа
Однофакторна повна (30 тв.)	706	405	<0,001	0,702	0,680	0,080	0,070	0,089
Однофакторна скорочена (20 тв.)	319	170	<0,001	0,804	0,781	0,087	0,072	0,101
Двофакторна (18 тв.)	198	134	<0,001	0,906	0,892	0,064	0,044	0,082
Трифакторна (15 тв.)	110	87	0,05	0,961	0,953	0,047	0,020	0,073

Примітка: χ^2 - емпіричне значення Хі-квадрата, df – кількість ступенів свободи, p – рівень значущості, CFI - порівняльний індекс відповідності Бентлера, TLI - індекс Такера-Льюїса, RMSEA - середньоквадратична помилка апроксимації, ДІ – довірчий інтервал.

У таблиці 3 представлено дані конфірмаційного факторного аналізу, проведеного щодо перевірки різних моделей.

Отже, найкращі показники прилягання демонструє трифакторна модель, що поєднує по 5 тверджень за кожним фактором. У таблиці 3 представлені результати конфірмаційного аналізу, які показують склад кожної шкали.

До складу першої субшкали увійшли твердження, які відображають складнощі у когнітивній сфері особистості, а саме: відчуття складності мобілізувати зусилля, концентрувати увагу, запам'ятовувати інформацію, розуміти прочитане та, як не дивно, тремтіння рук. Збільшення тремору може бути наслідком і загального рівня напруги, і надмірних навантажень в інтелектуальній сфері. Дана

субшкала отримала назву «Когнітивні прояви астенії». До складу другої субшкали увійшли твердження, які відображають емоційну напругу, неможливість розслаблення, легку вразливість, нетерпіння, збудження. Ця субшкала була названа «Емоційні прояви астенії». І склад останньої субшкали сформували твердження, які відображають фізіологічні симптоми астеничного синдрому, а саме: м'язова слабкість, відчуття втоми, погане відновлення після сну, відчуття важкості, загальна слабкість. Ця субшкала отримала назву «Фізіологічні прояви астенії». Загальний рівень прояву астеничного синдрому поєднує всі три субшкали, враховуючи в рівній мірі когнітивні, емоційні та фізіологічні прояви.

Таблиця 3

Розподіл тверджень за факторами у конфірмаційному факторному аналізі

Фактор	Твердження	Оцінка	Стандартна похибка (SE)	Z- оцінка	p - рівень значущості
Фактор 1 «Когнітивні прояви астенії»	1	0,376	0,0759	4,95	<0,001
	2	0,453	0,0574	7,88	<0,001
	7	0,557	0,0727	7,66	<0,001
	10	0,199	0,0354	5,63	<0,001
	13	0,344	0,0611	5,64	<0,001
Фактор 2 «Емоційні прояви астенії»	4	0,564	0,0815	6,92	<0,001
	15	0,413	0,0689	6,00	<0,001
	25	0,685	0,0727	9,42	<0,001
	28	0,633	0,0730	8,67	<0,001
	30	0,267	0,0560	4,78	<0,001
Фактор 3 «Фізіологічні прояви астенії»	5	0,390	0,0657	5,93	<0,001
	8	0,767	0,0765	10,02	<0,001
	17	0,619	0,0655	9,45	<0,001
	22	0,350	0,0503	6,96	<0,001
	23	0,690	0,0689	10,02	<0,001

У таблиці 4 наведені основні показники надійності шкал, які відображають узгодженість тверджень в одній шкалі (альфа Кронбаха, омега МакДоналдса, середнє значення коефіцієнта кореляції твердження з іншими твердженнями за шкалою), а також демонструють оновлені середні значення за показниками надійності, валідності та дискримінативності окремих тверджень. Всі значення демонструють достатній та високий рівні, вияток становить показник валідності тверджень, значення якого визначається узгодженістю емпіричних

даних з обраним критерієм. Як бачимо, рівень емоційної спустошеності більш пов'язаний з фізіологічними симптомами, і демонструє значно гірші показники узгодженості з когнітивними та емоційними проявами астенії. У майбутньому для кожної субшкали потрібно підбирати унікальні індикатори.

У таблиці 5 наведені описові статистики за виокремленими субшкалами та загальним показником вираженості астенічного синдрому.

Таблиця 4

Психометричні показники визначених субшкал

Шкала	Альфа Кронбаха	Омега МакДоналдса	M за кореляцією з залишком	M надійність тверджень	M валідність тверджень	M дискримінативність тверджень
Когнітивні прояви астенії	0,706	0,733	0,484	0,403	0,140	0,551
Емоційні прояви астенії	0,774	0,778	0,551	0,582	0,157	0,701
Фізіологічні прояви астенії	0,832	0,839	0,639	0,612	0,271	0,706
Вираженість астенічного синдрому	0,884	0,885	0,545	0,467	0,189	0,653

Примітка: M – середнє значення.

Таблиця 5

Описові статистики за субшкалами опитувальника

Статистики	Когнітивні прояви астенії	Емоційні прояви астенії	Фізіологічні прояви астенії	Вираженість астенічного синдрому
Середнє значення	6,83	8,46	8,39	23,7
Стандартна похибка	0,21	0,27	0,28	0,65
ДІ середнього (нижня межа)	6,42	7,93	7,83	22,4
ДІ середнього (верхня межа)	7,24	8,99	8,95	25,0
Медіана	6,00	8,00	8,00	22
Стандартне відхилення	2,26	2,91	3,06	7,00
IQR	3,00	3,00	4,00	7,00
Асиметрія	2,20	1,41	1,07	1,59
Похибка асиметрії	0,224	0,224	0,224	0,224
Ексцес	6,36	1,83	0,81	2,71
Похибка ексцесу	0,444	0,444	0,444	0,444
Значення критерію Шапіро-Вілکا	0,759	0,858	0,892	0,855
Рівень значущості за критерієм Шапіро-Вілکا	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Результати свідчать, що за всіма субшкалами та загальним показником відсутній нормальний розподіл. Це демонструє і значення критерію Шапіро-Вілکا, і значення асиметрії та ексцесу. За всіма шкалами ми маємо лівобічну асиметрію, і яскраво виражений пік, що підтверджує, що у вибірці переважають низькі значення за шкалами, що опитувальник діагностує рідкі прояви, які можуть бути пов'язані з порушенням адаптації, проблемами зі здоров'ям та ін. Було прийняте рішення не проводити стандартизацію до

перевірки значень на клінічній вибірці, обґрунтування критерію норми. Також в подальшому плануємо застосовувати критеріально-орієнтовані тестові норми, що дозволить через скринінг визначати групу ризику, осіб, яким варто звернутися до спеціалістів з приводу погіршення стану свого ментального та фізичного здоров'я. Скорочений текст методики наведений в Додатку.

Попередні норми можуть бути розраховані за формулою: Медіана + 0,5 IQR (міжквартильного розмаху), що

дозволить нам відокремити 37,5% упорядкованої вибірки з найбільш високими значеннями за субшкалами прояву астенії, загальним рівнем астеничного синдрому. Саме ці особи становлять групу ризику, оскільки можуть мати симптоми астеничного синдрому, які вже суттєво погіршують і стан, і можливість адаптації до непередбачених умов. Попередньо для субшкалами «Когнітивні прояви астенії» основним критерієм, що демонструє суттєве погіршення стану є 8 балів, «Емоційні прояви астенії» - 10 балів, «Фізіологічні прояви астенії» - 10 балів, загальним показником «Вираженість астеничного синдрому» - 26 балів.

Основні заходи щодо перевірки валідності плануються у майбутніх дослідженнях, із залученням клінічної вибірки. На даному етапі для перевірки критеріальної валідності ми обрали соціально-демографічні маркери, такі як: стать, вік, кваліфікація, досвід роботи, відвідування особистої психотерапії, місцезнаходження під час війни. У таблиці 6 наведені результати дисперсійного однофакторного аналізу за непараметричним критерієм Хі-квадрат, які демонструють відсутність розбіжностей у рівні прояву окремих груп симптомів та вираженості астеничного синдрому у виокремлених підгрупах, за винятком прояву когнітивних порушень в залежності від місця перебування.

Таблиця 6

Результати перевірки критеріальної валідності за соціально-демографічними показниками (p-рівень значущості)

Показник	Стать (df=1)	Вік (df=2)	Кваліфікація (df=1)	Досвід роботи (df=2)	Особиста терапія (df=2)	Місце знаходження (df=1)
Когнітивні прояви астенії	0,649	0,605	0,482	0,351	0,074	0,020
Емоційні прояви астенії	0,287	0,745	0,963	0,511	0,391	0,331
Фізіологічні прояви астенії	0,955	0,153	0,684	0,566	0,114	0,092
Вираженість астеничного синдрому	0,526	0,367	0,900	0,287	0,373	0,122

У таблиці 7 ми наводимо описові статистики за маркером місцезнаходження під час війни. За цією ознакою в нас були дві категорії осіб: які працюють на території України та закордоном. Результати свідчать, що

більше симптомів когнітивних розладів та дисфункцій спостерігають у себе практикуючі психологи, які працюють на території України під час війни.

Таблиця 7

Описові статистики в підгрупах осіб з різним місцезнаходженням

Статистики	Підгрупи	Когнітивні прояви астенії	Емоційні прояви астенії	Фізіологічні прояви астенії	Вираженість астеничного синдрому
Середнє значення	за межами	6,26	8,10	7,61	22,0
	на території	7,03	8,59	8,67	24,3
Медіана	за межами	5	7	7	21
	на території	6,50	8,00	8,00	22,0
Стандартне відхилення	за межами	1,93	2,82	2,59	5,91
	на території	2,34	2,95	3,18	7,29
IQR (міжквартильний розмах)	за межами	1,50	3,00	4,00	7,00
	на території	2,75	3,00	4,00	7,75

Дискусія і висновки

Факт вираженості більших симптомів синдрому астенії чи синдрому хронічної втоми (СХВ) у осіб, які переживають більш пролонгований стрес, підтверджується різними дослідженнями (Grinde, 2017), (Zhang & Wang, 2024), (Ljungström et al., 2024). Так, Б. Грінде розглядає стрес як основний провокатор або кофактор хронічної втоми, що посилює негативний вплив інфекції, порушень імунітету чи генетики (Grinde, 2017). Дослідження вказують, що симптоматика синдрому хронічної втоми суттєво погіршується на тлі фізичного або емоційного стресу, перешкоджаючи або обмежуючи різні форми активності людей (включаючи сімейну, професійну та соціальну діяльність); у деяких випадках пацієнти можуть стати неспроможними виконувати навіть повсякденні справи (Avellaneda Fernández et al., 2009). Не дивно, що протоколи надання психологічної допомоги при СХВ базуються на трьох ключових факторах: впровадження фізичних вправ, когнітивна реструктуризація та навчання конструктивним стратегіям подолання стресу (Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome, 1997).

За результатами нейропсихологічних досліджень у пацієнтів з синдромом хронічної втоми спостерігаються функціональні зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковій осі (НРА) та в пов'язаних зі складовими цієї осі нейроендокринних механізмах (Zhang & Wang, 2024).

Найчастіше у пацієнтів із СХВ спостерігається легкий гіпокортицизм, ослаблені добові коливання кортизолу, ослаблена реакція на осі НРА та посилення негативного зворотного зв'язку за віссю НРА. Дослідники припустили, що вісь НРА має два порушені стани, тобто гіперактивний та гальмівний, і що ці стани пов'язані з тривалістю стресу. Через короткий проміжок часу після стресу НРА більшості досліджуваних перебуває у збудженому стані, а хронічні хворі на СХВ частіше перебувають у гальмівному стані після переживання тривалого стресу.

Особливостями функціонування осі НРА ми пояснюємо і те, що вдалося виявити загострення когнітивних проявів астенії у психологів, які практикують під час війни на території України. Стабільно-напружена ситуація в Україні виснажує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь: надмірний кортизол пошкоджує зону когнітивного контролю префронтальної кори, викликаючи когнітивні дефіцити – зниження уваги, пам'яті, виконавчих функцій. Натомість біженці, які пережили гостру фазу в перші дні/місяці війни та/або в момент виїзду з України, мають поступове відновлення у стабільних умовах, де стрес зменшується, дозволяючи когнітивним ресурсам регенеруватися. Існують і альтернативні пояснення погіршення когнітивних функцій, так в одному з досліджень, «туман у мозку», як описують пацієнти свої когнітивні порушення на тлі хронічної

втоми, розглядається як результат взаємодії фізіологічних, когнітивних та перцептивних факторів. Додатковим перцептивним фактором виступає сприйняття власного стану, своєї втоми, що негативно позначається на контролі когнітивних функцій (Ocon, 2013).

Також заслуговує на коментар наша спроба визначити декілька доменів у межах астеничного синдрому. Такий підхід є непоодиноким. Так, на пацієнтах з міалгічним енцефаломієлітом та синдромом хронічної втоми (ME/CFS) були виокремлені два незалежні домени: когнітивних порушень та надмірної сенсорної чутливості, що проявляється як стан сенсорного перевантаження. Особливо остання група симптомів проявляється у пост-вірусних станах (Sandoval et al., 2025). Таксономія прояву втоми та втомлюваності була запропонована американськими дослідниками, що дозволяє чітко відокремлювати групи симптомів на різних етапах розвитку хвороби (Kluger et al., 2013). Були виокремлені такі групи симптомів: гомеостатичний (регуляція енергії), психологічний (настрій та мотивація), периферійний (мускульні напруження, болі в суглобах), центральний (когнітивні порушення) фактори. Про наявність центрального (когнітивного) та периферійного (фізичного) компонентів астенії говорять і результати дослідження на пацієнтах з міалгічним енцефаломієлітом/синдромом хронічної втоми та розсіяним склерозом (Trojsi et al., 2023). Багатофакторний кореляційний аналіз показав, що «фізична» втома пов'язана з тривогою та дихальною дисфункцією, тоді як «психічна» втома пов'язана з порушенням пам'яті та апатією.

Таким чином, підтверджена доречність виокремлення різних груп симптомів астеничного синдрому. Результати за конфірмаційним факторним аналізом показали більше прилягання емпіричних даних до трифакторної моделі у порівнянні з однофакторною повною, однофакторною скороченою та двофакторною моделями. Проведені процедури перевірки надійності та валідності окремих тверджень, надійності узгодженості виокремлених субшкал, критеріальної валідності за соціально-демографічними маркерами показали надійність та валідність скороченої модифікованої версії методики. Скорочена «Шкала астеничного стану (ШАС-15)» дозволяє кількісно оцінити когнітивні, емоційні та фізіологічні прояви астенії. Оцінка різних проявів астеничного синдрому дозволить діагностувати порушення на більш ранніх термінах розвитку синдрому, проводити більш диференційовану діагностику стану людини, що страждає на втому.

Внесок авторів: Олена Савченко – концептуалізація, методологія, редагування; Тата Дворяковська – теоретичний огляд, збирання та аналіз даних.

Список використаних джерел

- Barna, O. M., & Kalinichenko, M. A. (2021). Asthenic syndrome: New challenges – a new approach. *Medicine of Ukraine*, 4(250), 25–29. [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.4\(250\).238120](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.4(250).238120)
- Про систему охорони психічного здоров'я в Україні. (2025). Закон України від 15.01.2025 № 4223-IX. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/4223-20>
- Meijer, R. (2017). *Dutch committee on tests and testing (COTAN): current trends in testing*. Netherlands Instituut van Psychologn. URL: <https://nip.nl/wp-content/uploads/2022/05/COTAN-review-system-for-evaluating-test-quality.pdf>
- Методи виявлення хронічної втоми і професійного вигорання та шляхи їх профілактики і збереження працездатності медичного персоналу сучасних закладів охорони здоров'я: методичні рекомендації (2022). Київ: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, Державна установа «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України». 48 с.

- МКХ-10-AM (2017) Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. Австралійська модифікація. URL: <https://kod.poltavalk.com.ua/mkxh-10-am>
- ICD-11 (2020). International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. *World Health Organization*. URL: <https://icd.who.int>
- DSM-5-TR (2024). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *American Psychiatric association*. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Yuzvishina, E., & Svistilnik, R. (2022). Asthenic syndrome and its correction in the structure of anxiety and depressive disorders. *HYPERTENSION*, (3.53), 9–14. <https://doi.org/10.22141/2224-1485.3.53.2017.106847>
- Yuryeva, L. M., Shusterman, T. Y., & Podolska, L. V. (2022). Clinical and psychometric study of asthenia in foreign applicants for medical education at different stages of training. *Medicini perspektivi*, 27(4), 136–143. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271189>
- Payenok, A. V., & Bakun, O.-N. A. (2024). Comparative characteristics of asthenia and quality of life in patients with post-COVID syndrome. *Psychiatry Neurology and Medical Psychology*, 26, 411–419. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-26-06>
- Cohen, R.J., Schneider, W.J., Tobin, R.M. Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurements. McGraw-Hill. 2021. 1440 p.
- Savchenko, O. V., Sukach, S. A., & Timakova, A. V. (2022). The "Personal resources" methodology: validation and standardization on a sample of youth persons. *Habitus*, 44, 114–122. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.19>
- Grinde, B. (2017). Stress and Chronic Fatigue Syndrome. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health* (1st ed., pp. 135–146). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch8>
- Zhang, Y.-D., & Wang, L.-N. (2024). Research progress in the treatment of chronic fatigue syndrome through interventions targeting the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1373748. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1373748>
- Ljungström, M., Oltra, E., & Pardo, M. (2024). Stress-Related Chronic Fatigue Syndrome: A Case Report with a Positive Response to Alpha-Methyl-P-Tyrosine (AMPT) Treatment. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(14), 7778. <https://doi.org/10.3390/ijms25147778>
- Avellaneda Fernández, A., Pérez Martín, A., Izquierdo Martínez, M., Arruti Bustillo, M., Barbado Hernández, F. J., De La Cruz Labrado, J., Díaz-Delgado Peñas, R., Gutiérrez Rivas, E., Palacin Delgado, C., Rivera Redondo, J., & Ramón Giménez, J. R. (2009). Chronic fatigue syndrome: Aetiology, diagnosis and treatment. *BMC Psychiatry*, 9(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-S1-S1>
- Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. (1997). *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 408–414. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.3.408>
- Ocon, A. J. (2013). Caught in the thickness of brain fog: Exploring the cognitive symptoms of Chronic Fatigue Syndrome. *Frontiers in Physiology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fphys.2013.00063>
- Sandoval, A., Li, M., & Jason, L. A. (2025). Two neurocognitive domains identified for patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and post-acute sequelae of COVID-19. *Frontiers in Neurology*, 16, 1612548. <https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1612548>
- Kluger, B. M., Krupp, L. B., & Enoka, R. M. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: Proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80(4), 409–416. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31827f07be>
- Trojsi, F., Di Nardo, F., D'Alvano, G., Passaniti, C., Sharbafshaaer, M., Canale, F., Russo, A., Silvestro, M., Lavorgna, L., Cirillo, M., Esposito, F., Tedeschi, G., & Siciliano, M. (2023). Cognitive, behavioral, and brain functional connectivity correlates of fatigue in amyotrophic lateral sclerosis. *Brain and Behavior*, 13(7), e2931. <https://doi.org/10.1002/brb3.2931>

References

- Barna, O. M., & Kalinichenko, M. A. (2021). Asthenic syndrome: New challenges – a new approach. *Medicine of Ukraine*, 4(250), 25–29. [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.4\(250\).238120](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.4(250).238120) [in Ukrainian].
- On the Mental Health Care System in Ukraine. (2025). Law of Ukraine dated 15.01.2025 No. 4223-IX. *Official web portal of the Parliament of Ukraine*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/4223-20> [in Ukrainian].
- Meijer, R. (2017). *Dutch committee on tests and testing (COTAN): current trends in testing*. Netherlands Instituut van Psychologn. URL: <https://nip.nl/wp-content/uploads/2022/05/COTAN-review-system-for-evaluating-test-quality.pdf>
- Methods for detecting chronic fatigue and professional burnout and ways to prevent them and maintain the working capacity of medical personnel of modern healthcare institutions: methodological recommendations (2022). Kyiv: O. O. Bogomolets National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia: Vinnytsia National Medical University named after M. I. Pirogov, Ministry of Health of Ukraine, State Institution "O. M. Marzeev Institute of Public Health, National Academy of Medical Sciences of Ukraine". 48 p. [in Ukrainian].
- ICD-10-AM (2017) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Australian Modification. URL: <https://kod.poltavalk.com.ua/mkxh-10-am> [in Ukrainian].

ICD-11 (2020). International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. *World Health Organization*. URL: <https://icd.who.int>

DSM-5-TR (2024). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *American Psychiatric association*. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Yuzvishina, E., & Svistilnik, R. (2022). Asthenic syndrome and its correction in the structure of anxiety and depressive disorders. *HYPERTENSION*, (3.53), 9–14. <https://doi.org/10.22141/2224-1485.3.53.2017.106847> [in Ukrainian].

Yuryeva, L. M., Shusterman, T. Y., & Podolska, L. V. (2022). Clinical and psychometric study of asthenia in foreign applicants for medical education at different stages of training. *Medicni perspektivi*, 27(4), 136–143. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271189> [in Ukrainian].

Payenok, A. V., & Bakun, O.-N. A. (2024). Comparative characteristics of asthenia and quality of life in patients with post-COVID syndrome. *Psychiatry Neurology and Medical Psychology*, 26, 411–419. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-26-06> [in Ukrainian].

Cohen, R.J., Schneider, W.J., Tobin, R.M. *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurements*. McGraw-Hill. 2021. 1440 p.

Savchenko, O. V., Sukach, S. A., & Timakova, A. V. (2022). The "Personal resources" methodology: validation and standardization on a sample of youth persons. *Habitus*, 44, 114–122. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.19> [in Ukrainian].

Grinde, B. (2017). Stress and Chronic Fatigue Syndrome. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health* (1st ed., pp. 135–146). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch8>

Zhang, Y.-D., & Wang, L.-N. (2024). Research progress in the treatment of chronic fatigue syndrome through interventions targeting the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1373748. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1373748>

Ljungström, M., Oltra, E., & Pardo, M. (2024). Stress-Related Chronic Fatigue Syndrome: A Case Report with a Positive Response to Alpha-Methyl-P-Tyrosine (AMPT) Treatment. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(14), 7778. <https://doi.org/10.3390/ijms25147778>

Avellaneda Fernández, A., Pérez Martín, A., Izquierdo Martínez, M., Arruti Bustillo, M., Barbado Hernández, F. J., De La Cruz Labrado, J., Díaz-Delgado Peñas, R., Gutiérrez Rivas, E., Palacín Delgado, C., Rivera Redondo, J., & Ramón Giménez, J. R. (2009). Chronic fatigue syndrome: Aetiology, diagnosis and treatment. *BMC Psychiatry*, 9(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-S1-S1>

Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. (1997). *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 408–414. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.3.408>

Ocon, A. J. (2013). Caught in the thickness of brain fog: Exploring the cognitive symptoms of Chronic Fatigue Syndrome. *Frontiers in Physiology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fphys.2013.00063>

Sandoval, A., Li, M., & Jason, L. A. (2025). Two neurocognitive domains identified for patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and post-acute sequelae of COVID-19. *Frontiers in Neurology*, 16, 1612548. <https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1612548>

Kluger, B. M., Krupp, L. B., & Enoka, R. M. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: Proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80(4), 409–416. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31827f07be>

Trojsi, F., Di Nardo, F., D'Alvano, G., Passaniti, C., Sharbafshaaer, M., Canale, F., Russo, A., Silvestro, M., Lavorgna, L., Cirillo, M., Esposito, F., Tedeschi, G., & Siciliano, M. (2023). Cognitive, behavioral, and brain functional connectivity correlates of fatigue in amyotrophic lateral sclerosis. *Brain and Behavior*, 13(7), e2931. <https://doi.org/10.1002/brb3.2931>

Отримано редакцією журналу / Received: 16.10.25

Прорецензовано / Revised: 15.11.25

Схвалено до друку / Accepted: 17.11.25

Додаток Шкала астеничного стану (ШАС-15)

Інструкція: Уважно прочитайте запропоновані твердження. Оцініть, наскільки вони відповідають Вашому стану в даний момент.

Шкала оцінки: Ні, невірно; Напевно, так; Вірно; Цілком вірно.

Текст тверджень:

1. Я працюю з великим напруженням
2. Мені важко зосередитися на чомусь
3. Очікування нервує мене
4. Я відчуваю м'язову слабкість
5. Я став(-ла) забудькуватою людиною
6. Я відчуваю себе втомленим(-ою)
7. Мої руки тремтять
8. Я вже не так добре розумію прочитане, як раніше
9. Мене легко «зацепити»
10. Я прокидаюся вранці втомленим(-ою) і не відпочившим(-ою)
11. Я відчуваю важкість у голові
12. Я відчуваю загальну слабкість
13. Моє життя пов'язане з постійним напруженням
14. Мене втомлюють люди, які оточують
15. Мені не дають засинати тривожні думки

Ключі:

1. Когнітивні прояви астенії: 1, 2, 5, 7, 8.
2. Емоційні прояви астенії: 3, 9, 13, 14, 15.
3. Фізіологічні прояви астенії: 4, 6, 10, 11, 12.

Загальний показник рівня вираженості астеничного синдрому враховує суму за всіма 15 твердженнями.

Для нарахування балів по кожному твердженню використовується наступна шкала:

Ні, невірно – 1 бал

Напевно, так – 2 бали

Вірно – 3 бали

Цілком вірно – 4 бали.

Olena SAVCHENKO, DSc (Psychology), Prof.
ORCID ID: 0000-0002-7069-7419
e-mail: elena.savchenko@knu.ua
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Tata DVORIAKOVSKA, Master of Arts
ORCID: 0009-0006-6241-055X
e-mail: tatadvoriakovska@gmail.com
Vadym Hetman Kyiv National Economic University, Kyiv, Ukraine

MODIFICATION OF THE ASTHENIC STATE ASSESSMENT SCALE

Background. *Against the backdrop of chronic stress, manifestations of asthenic syndrome are becoming more widespread among Ukrainians. The issue of developing reliable means of psychological assessment of this condition has become acute.*

Methods. *The article presents the results of the Ukrainian-language modification of the Asthenic State Scale (ASS-15) questionnaire. The main psychometric characteristics are determined.*

Results. *Empirical research has shown that some of the questions in the unadapted Ukrainian-language version of the scale demonstrate low reliability and validity, which calls into question its accuracy and diagnostic value. Based on the results of factor analysis, additional subscales were identified that reflect various aspects/domains of asthenic syndrome. Based on the data obtained, the structure of the questionnaire was optimised: questions that showed low reliability and validity were removed. The results of confirmatory factor analysis showed the relevance of implementing a three-component model ($\chi^2 = 110$, $p = 0.05$; CFI = 0.961; TLI = 0.953; RMSEA = 0.047, [0.02-0.07]). The updated version of the methodology is more compact, has sufficiently high internal consistency indicators (Cronbach's alpha from 0.70 to 0.83), allows for a differentiated assessment of individual components of asthenic state, and can be recommended for use in clinical, psychological, and scientific research.*

Conclusions. *The article provides justification for the reduction and modification of the Asthenic State Scale and describes the procedure for distinguishing three subscales: cognitive, emotional, and physiological manifestations of asthenia.*

Keywords: *asthenia, chronic fatigue syndrome, asthenic syndrome, Asthenic State Scale, cognitive manifestations, emotional manifestations, physiological manifestations, psychometric characteristics.*