

ISSN 2411-166X (Online)

ISSN 2312-5675 (Print)



ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені В. Н. КАРАЗИНА  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени В. Н. КАРАЗИНА  
V. N. KARAZIN KHARKIV NATIONAL UNIVERSITY

**Психіатрія, неврологія та медична психологія**  
**Психиатрия, неврология и медицинская психология**  
**Psychiatry, Neurology and Medical Psychology**

Міжнародний  
науково-практичний журнал

**Том 4, № 8**

Заснований 2014 р.

Харків  
2017

## ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:

**В. І. Пономарьов** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

**Є. Г. Дубенко** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Заслужений діяч науки України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна – відповідальний редактор

**О. С. Кочарян** (Україна) – д.психол.н., професор, академік АНВО України, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**М. І. Яблунчанський** (Україна) – д.мед.н., професор, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**В. А. Абрамов** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

**І. О. Бабюк** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, дійсний член Нью-Йоркської АН, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

**В. С. Бітенський** (Україна) – д.мед.н., професор, член-кор. НАМН України

**С. К. Євтушенко** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Заслужений діяч науки і техніки України, Донецький національний медичний університет імені М. Горького

**С. Д. Максименко** (Україна) – д.психол.н., професор, академік АНВО України, академік НАПН України, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

**К. В. Аймеєв** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Одеський національний медичний університет МОЗ України

**М. О. Бохан** (Росія) – д.мед.н., професор, член-кор. РАМН, Заслужений діяч науки РФ, НДІ психічного здоров'я СВ РАМН, Томський державний університет

**В. А. Вербенко** (Україна) – д.мед.н., професор, Державний медичний університет імені С. І. Георгієвського

**С. Ф. Глузман** (Україна) – Асоціація психіатрів України, Українсько-американське бюро захисту прав людини, Міжнародний медичний реабілітаційний центр для жертв війни та тоталітарних режимів

**І. А. Григорова** (Україна) – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, академік УАН, Харківський національний медичний університет

**М. Дабковський** (Польща) – MD, PhD, Університет Миколи Коперника

**Р. О. Євстегнеєв** (Білорусь) – д.мед.н., професор, Білоруська психіатрична асоціація, Білоруська медична академія післядипломної освіти

**О. Ф. Іванова** (Україна) – д.психол.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**В. М. Краснов** (Росія) – д.мед.н., професор, ФГБУ «Московський науково-дослідний інститут психіатрії» МОЗ Росії, ГБОУ ВПО «Російський національний дослідницький медичний університет ім. М. І. Пирогова»

**Н. І. Кривоконь** (Україна) – д.психол.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**І. В. Кряж** – д.психол.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Т. А. Літовченко** (Україна) – д.мед.н., професор, Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

**Н. Г. Михановська** (Україна) – д.м.н., Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**В. Д. Мішієв** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України

**О. Г. Морозова** (Україна) – д.мед.н., професор, Харківська медична академія післядипломної освіти

**М. Мусалек** (Австрія) – MD, Інститут соціальної естетики і психічного здоров'я, Університет імені Зігмунда Фрейда

**А. О. Наку** (Молдова) – д.мед.н., професор, Державний університет медицини та фармації імені М. Тестеміцану

**Б. В. Михайлов** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Харківська медична академія післядипломної освіти

**О. К. Напрєєнко** (Україна) – д.мед.н., професор, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України

**І. Я. Пінчук** (Україна) – д.мед.н., Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**І. К. Сосін** (Україна) – д.мед.н., професор, Заслужений винахідник України, Харківська медична академія післядипломної освіти

**С. І. Табачников** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**О. С. Чабан** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України, Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**А. П. Чуприков** (Україна) – д.мед.н., професор, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України

**С. І. Шкробот** (Україна) – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, Тернопільський державний медичний університет імені І. Горбачевського

**Л. М. Юр'єва** (Україна) – д.мед.н., професор, академік АНВО України та Української АН, Дніпровська державна медична академія

**М. М. Одинак** (Росія) – д.мед.н., професор, член-кор. РАМН, Заслужений лікар РФ, ФДБВОУ ВПО «Військово-медична академія імені С. М. Кірова» МО РФ

**Ю. В. Попов** (Росія) – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки РФ, Санкт-Петербурзький психоневрологічний НДІ імені В. М. Бехтерева

**В. Ф. Простомолотов** (Україна) – д.мед.н., професор, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

**Р. Пташек** (Чехія) – PhD, Карлів університет

**Н. Г. Пшук** (Україна) – д.мед.н., професор, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**О. А. Ревенко** (Україна) – д.мед.н., Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**С. В. Римша** (Україна) – д.мед.н., професор, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**В. З. Ротшильд-Варібрус** (Україна) – к.мед.н., Ротшильдівська академія наук

**О. І. Сердюк** (Україна) – д.мед.н., професор, Харківська медична академія післядипломної освіти

**О. А. Скоромець** (Росія) – д.мед.н., професор, академік ЕА АМН, член-кор. РАМН, Перший Санкт-Петербурзький державний медичний університет імені акад. І. П. Павлова

**А. М. Скрипніков** (Україна) – д.мед.н., професор, Українська медична стоматологічна академія

**М. Л. Смульсон** (Україна) – д.психол.н., професор, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

**О. О. Фільц** (Україна) – д.мед.н., професор, Національний медичний університет імені Д. Галицького

**М. Фріцше** (Швейцарія) – PhD, Клініка внутрішньої медицини

**В. Хабрат** (Польща) – PhD, Інститут психіатрії та неврології Республіки Польща

**Х. Херрман** (Австралія) – MD, Мельбурнський університет

**Т. В. Чернобровкіна** (Росія) – д.мед.н., професор, Інститут підвищення кваліфікації МОЗ РФ, Російський державний медичний університет

**В. В. Чугунов** (Україна) – д.мед.н., професор, Запорізький державний медичний університет

**В. К. Шамрей** (Росія) – д.мед.н., професор, ФДБВОУ ВПО «Військово-медична академія імені С. М. Кірова» МО РФ

Затверджено до друку рішенням  
Вченої ради Харківського національного  
університету імені В. Н. Каразіна  
(протокол № 14 от 27.10.2017).  
Статті пройшли внутрішнє  
та зовнішнє рецензування.  
Свідчення про державну реєстрацію  
КВ № 20696 – 10496Р від 17.04.2014.

### Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України:

- у галузі психологічних наук (Наказ МОН України № 747 від 13.07.2015);
- у галузі медичних наук (Наказ МОН України № 515 від 16.05.2016).

### Журнал представлено у таких наукометричних базах та пошукових системах:

- Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського;
- Наукова періодика Каразинського університету;
- РИНЦ.

### Адреса редакції:

Харківський національний університет імені  
В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, кімн. 605,  
м. Харків, 61022, Україна.  
Тел.: +38 057 705 11 71.  
E-mail: journal@psychiatry-neurology.org;  
www.psychiatry-neurology.org.  
© Харківський національний університет  
імені В. Н. Каразіна,  
оформлення, 2017.

## EDITOR-IN-CHIEF:

**V. I. Ponomaryov** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University

## EDITORIAL BOARD:

**E. G. Dubenko** (Ukraine) – MD, Professor, Honored Worker of Science of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University – executive editor

**A. S. Kocharyan** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine)

**N. I. Yabluchanskiy** (Ukraine) – MD, Professor, V. N. Karazin Kharkiv National University

**V. A. Abramov** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Donetsk National Medical University

**I. A. Babyuk** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Member of the New York Academy of Sciences, Donetsk National Medical University

**V. S. Bitenskiy** (Ukraine) – MD, Professor, corresponding member of NAMS of Ukraine

**O. S. Chaban** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine

**A. P. Chuprikov** (Ukraine) – MD, Professor, P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine

**S. K. Evtushenko** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Donetsk National Medical University

**S. D. Maksimenko** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Academician of NAES of Ukraine, G.S. Kostyuk Institute of Psychology, NAPS of Ukraine

**B. V. Mikhaylov** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**A. K. Napreenko** (Ukraine) – MD, Professor, O. O. Bogomolets National Medical University

**I. Y. Pinchuk** (Ukraine) – MD, Professor, Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine

**S. I. Shkrobot** (Ukraine) – MD, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

**I. K. Sosin** (Ukraine) – MD, Professor, Honored inventor of Ukraine, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**S. I. Tabachnikov** – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine, Ukraine)

**L. N. Yuryeva** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, State Establishment “Dnipro Medical Academy”

## ADVISORY EDITORIAL BOARD:

**C. V. Aymedov** (Ukraine) – MD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Odesa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine

**N. A. Bokhan** (Russia) – MD, Professor, corresponding member of RAMS, Honored Worker of Science of RF, Research Institute of Mental Health SB RAMS, Tomsk State University

**V. Chabrat** – PhD, Institute of Psychiatry and Neurology, Poland)

**T. V. Chernobrovkina** (Russia) – MD, Professor, Institute for Advanced Studies of Health Ministry, Russian State Medical University

**V. V. Chugunov** (Ukraine) – MD, Professor, Zaporozhye State Medical University

**M. Dabkowski** (Poland) – MD, PhD, Nicolaus Copernicus University

**R. A. Evstegneev** (Belarus) – MD, Professor, Belarusian Psychiatric Association, Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

**A. O. Filts** (Ukraine) – MD, Professor, D. Galitsky National Medical University

**M. Fritzsche** (Switzerland) – PhD, Practice of Internal Medicine

**S. F. Gluzman** (Ukraine) – Association of Psychiatrists of Ukraine, Ukrainian-American Human Rights Bureau, Medical Rehabilitation Center for the Victims of Wars and Totalitarian Regimes

**I. A. Grigорова** (Ukraine) – MD, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Academician of UAS, V. N. Karazin Kharkiv National University

**H. Herrman** (Australia) – MD, The University of Melbourne

**O. F. Ivanova** (Ukraine) – MD, V. N. Karazin Kharkiv National University

**V. N. Krasnov** (Russia) – MD, Professor, FSBO “Moscow Research Institute of Psychiatry” Russian Ministry of Health, Pirogov Russian National Research Medical University, RNRMU)

**I. V. Kryazh** (Ukraine) – MD, V. N. Karazin Kharkiv National University

**N. I. Kryvokon** (Ukraine) – MD, Professor, V. N. Karazin Kharkiv National University

**T. A. Litovchenko** (Ukraine) – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**N. G. Mikhanovskaya** (Ukraine) – MD, V. N. Karazin Kharkiv National University

**V. D. Mishiev** (Ukraine) – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine

**O. G. Morozova** (Ukraine) – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**M. Musalek** (Austria) – MD, Institute Social Aesthetics and Mental health, Sigmund Freud University

**A. A. Naku** (Moldova) – MD, Professor, N. Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy

**M. M. Odinak** (Russia) – MD, Professor, Corresponding Member of the RAMS, Honorary Doctor of Russia, S. M. Kirov Military Medical Academy

**Y. V. Popov** (Russia) – MD, Professor, Honored Worker of Science of RF, V. M. Bekhterev St. Petersburg Neuropsychiatric Research Institute

**V. F. Prostomolotov** (Ukraine) – MD, Professor, I. I. Mechnikov Odesa National University

**N. G. Pshuk** (Ukraine) – MD, Professor, N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University

**R. Ptacek** (Czech) – PhD, Charles University

**A. A. Revenok** (Ukraine) – MD, Professor, Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry, Ministry of Health of Ukraine

**S. V. Rimsha** (Ukraine) – MD, Professor, N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University

**V. Z. Rothschild-Varibus** (Ukraine) – PhD, Rothschild Academy of Sciences

**A. I. Serdyuk** (Ukraine) – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**V. K. Shamrey** (Russia) – MD, Professor, S. M. Kirov Military Medical Academy

**A. A. Skoromets** (Russia) – MD, Professor, Academician of the Academy of Medical Sciences, Corresponding Member RAMS, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

**A. N. Skripnikov** (Ukraine) – MD, Professor, Ukrainian Medical Stomatological Academy

**M. L. Smulson** (Ukraine) – MD, Professor, G. S. Kostyuk Institute of Psychology, NAPS of Ukraine

**V. A. Verbenko** (Ukraine) – MD, Professor, S. I. Georgievsky Crimea State Medical University

Approved for print by the decision of the Academic Council of V. N. Karazin Kharkiv National University (protocol No. 14 from 27.10.2017).

All articles have been reviewed. Certificate of state registration KB № 20696–10496P from 17.04.2014.

### The magazine is in the list of scientific specialized publications of Ukraine:

– in the field of psychological sciences (the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine № 747 from 13.07.2015);

### The journal is represented in the following scientific periodical databases and search systems:

– V.I. Vernadsky National Library of Ukraine  
– Scientific Periodicals of Karazin University  
– Russian Index of Scientific Citation

### Editorial board address:

V. N. Karazin Kharkiv National University, Svobody Sq., 6, Room 605, Kharkiv, 61022, Ukraine. Tel: +38 057 705 11 71.

E-mail: journal@psychiatry-neurology.org; www.psychiatry-neurology.org.

© V. N. Karazin Kharkiv National University, design, 2017.

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

**В. И. Пономарёв** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина)

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Е. Г. Дубенко** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Заслуженный деятель науки Украины, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина – ответственный редактор

**А. С. Кочарян** (Украина) – д.психол.н., профессор, академик АНВО Украины, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Н. И. Яблучанский** (Украина) – д.мед.н., профессор, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**В. А. Абрамов** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

**И. А. Бабюк** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, действительный член Нью-Йоркской АН, Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

**В. С. Битенский** (Украина) – д.мед.н., профессор, член-корр. НАМН Украины

**С. К. Евтушенко** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Заслуженный деятель науки и техники Украины, Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

**С. Д. Максименко** (Украина) – д.психол.н., профессор, академик АНВО Украины, академик НАПН Украины, Институт психологии имени Г. С. Костюка НАПН Украины

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**К. В. Аймедов** (Украина) – д.м.н., профессор, академик АНВО Украины, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

**Н. А. Бохан** (Россия) – д.мед.н., профессор, член-корр. РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, НИИ психического здоровья СО РАМН, Томский государственный университет

**В. А. Вербенко** (Украина) – д.мед.н., профессор (Государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского)

**С. Ф. Глузман** (Украина) – Ассоциация психиатров Украины, Украинско-американское бюро защиты прав человека, Международный медицинский реабилитационный центр для жертв войны и тоталитарных режимов

**И. А. Григорова** (Украина) – д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины, академик УАН, Харьковский национальный медицинский университет

**М. Дабковский** (Польша) – MD, PhD (Университет Николая Коперника)

**Р. А. Евстегнеев** (Беларусь) – д.мед.н., профессор, Белорусская психиатрическая ассоциация, Белорусская медицинская академия последипломного образования

**О. Ф. Иванова** (Украина) – д.психол.н., Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**В. Н. Краснов** (Россия) – д.мед.н., профессор, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ России, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова»

**Н. И. Кривоконь** (Украина) – д.психол.н., Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**И. В. Кряж** (Украина) – д.психол.н., Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Т. А. Литовченко** – д.мед.н., профессор, Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина)

**Н. Г. Михановская** (Украина) – д.м.н. (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина)

**В. Д. Мишиев** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины

**О. Г. Морозова** (Украина) – д.мед.н., профессор, Харьковская медицинская академия последипломного образования

**М. Мусалек** (Австрия) – MD, Институт социальной эстетики и психического здоровья, Университет имени Зигмунда Фрейда

**А. А. Науу** (Молдова) – д.мед.н., профессор, Государственный университет медицины и фармации имени Н. Тестемицану

**Б. В. Михайлов** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Харьковская медицинская академия последипломного образования

**А. К. Напреенко** (Украина) – д.мед.н., профессор, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины

**И. Я. Пинчук** (Украина) – д.мед.н., Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

**И. К. Сосин** (Украина) – д.мед.н., профессор, Заслуженный изобретатель Украины, Харьковская медицинская академия последипломного образования

**С. И. Табачников** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

**О. С. Чабан** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины (Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины)

**А. П. Чуприков** (Украина) – д.мед.н., профессор, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины

**С. И. Шкробот** (Украина) – д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины, Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Горбачевского

**Л. Н. Юрьева** (Украина) – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины, Днепропетровская государственная медицинская академия

**М. М. Одинак** (Россия) – д.мед.н., профессор, член-корр. РАМН, Заслуженный врач РФ, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ

**Ю. В. Попов** (Россия) – д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Санкт-Петербургский психоневрологический НИИ им. В. М. Бехтерева

**В. Ф. Простомолотов** (Украина) – д.мед.н., профессор, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

**Р. Пташек** (Чехия) – PhD, Карлов университет

**Н. Г. Пшук** (Украина) – д.мед.н., профессор, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

**А. А. Ревенок** (Украина) – д.мед.н., профессор, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

**С. В. Римша** (Украина) – д.мед.н., профессор, Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

**В. З. Ротшильд-Варибрус** (Украина) – к.мед.н., Ротшильдская академия наук

**А. И. Сердюк** (Украина) – д.мед.н., профессор, Харьковская медицинская академия последипломного образования

**А. А. Скоромец** (Россия) – д.мед.н., профессор, академик ЕА АМН, член-корр. РАМН, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова

**А. Н. Скрипников** (Украина) – д.мед.н., профессор, Украинская медицинская стоматологическая академия

**М. Л. Смутьенко** (Украина) – д.психол.н., профессор, Институт психологии имени Г. С. Костюка НАПН Украины

**А. О. Фильц** (Украина) – д.мед.н., профессор, Национальный медицинский университет имени Д. Галицкого

**М. Фрише** (Швейцария) – PhD, Клиника внутренней медицины

**В. Хабрат** (Польша) – PhD, Институт психиатрии и неврологии Республики Польша

**Х. Херрман** (Австралия) – MD, Мельбурнский университет

**Т. В. Чернобровкина** (Россия) – д.мед.н., профессор, Институт повышения квалификации МЗ РФ, Российский государственный медицинский университет

**В. В. Чугунов** (Украина) – д.мед.н., профессор, Запорожский государственный медицинский университет

**В. К. Шамрей** (Россия) – д.мед.н., профессор, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ

### Адрес редакции:

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, площадь Свободы, 6, комн. 605, г. Харьков, 61022, Украина.  
Тел.: +38 057 705 11 71.

E-mail: journal@psychiatry-neurology.org;  
www.psychiatry-neurology.org

© Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, оформление, 2017.

Утверждено к печати решением  
Ученого совета Харьковского национального  
университета имени В. Н. Каразина  
(протокол № 14 от 27.10.2017).

Все статьи прошли внутреннее  
и внешнее рецензирование.

Свидетельство государственной регистрации  
КВ № 20696–10496Р от 17.04.2014.

### Журнал включен в перечень научных специализированных изданий Украины:

- в области психологических наук (приказ МОН Украины № 747 от 13.07.2015);
- в области медицинских наук (приказ МОН Украины № 515 от 16.05.2016).

### Журнал представлен в следующих наукометрических базах и поисковых системах:

- Национальная библиотека Украины имени В. И. Вернадского;
- Научная периодика Каразинского университета;
- РИНЦ.

# ЗМІСТ

## ПСИХІАТРІЯ

---

- 9 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОТИВІВ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ (М. ЛИСИЧАНСЬК) У МИРНИЙ ЧАС (2006–2013 рр.) І В ПЕРІОД ПРОВЕДЕННЯ АТО (2014–2016 рр.)  
П. В. Будьонний
- 18 СТАН ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ  
Я. С. Живілова
- 24 ОСОБЛИВОСТІ КОЛЬОРОВОЇ АУТОІДЕНТИФІКАЦІЇ І САМООЦІНКИ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ  
А. В. Корж
- 30 ДИФЕРЕНЦІЙНО-ПРОГНОСТИЧНА МОДЕЛЬ АНАЛІЗУ КЛІНІЧНОГО ВАРІАНТУ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ  
О. В. Мосейко
- 35 СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ, КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ СУЇЦИДОГЕНЕЗУ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ ТА МЕТОДИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ  
І. Г. Мудренко
- 45 ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: ИСТОРИЯ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ  
В. Ф. Простомолотов
- 54 ТЕМА РЕВНОСТИ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ И ФИЛОСОФСКИХ ТРУДАХ  
В. Ф. Простомолотов, А. И. Простомолотова
- 63 ДОСВІД РОБОТИ СПІЛЬНОТНИХ ВИЇЗНИХ БРИГАД З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У СФЕРІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ  
К. О. Стаханов

## НАРКОЛОГІЯ

---

- 73 ВИЗНАЧЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО ОПІОЇДІВ У ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ЖІНОК ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ  
Т. М. Радченко

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

---

- 79 ТИПОЛОГІЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРНИКІВ  
В. В. Іщук
- 85 ОСОБЛИВОСТІ САМОВІДНОШЕННЯ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ  
С. І. Коломієць
- 90 ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ  
Г. С. Кочарян
- 97 ПСИХОДИАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВ С РИСКОВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ  
А. С. Рахимкулова
- 109 ПСИХОГЕННИЙ ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЙНИЙ СИНДРОМ  
Д. Ю. Хан
- 112 РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНОЇ БЕСІДИ У ПОЛЕГШЕННІ БОЛЮ У ДІТЕЙ ПІД ЧАС МЕДИЧНИХ ПРОЦЕДУР  
А. О. Широка, Л. Б. Корж
- 118 АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ  
С. Я. Яновська

## ІСТОРІЯ

---

- 127 ПСИХІАТРІЯ ТА НЕВРОЛОГІЯ У СТІНАХ ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ: СТОРІНКИ ІСТОРІЇ  
Анотація і коментарі О. І. Вовк
- 130 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

# CONTENTS

## PSYCHIATRY

---

- 9 COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MOTIVES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS LIVING IN THE DEPRESSIVE INDUSTRIAL REGION OF LISICHANSK CITY IN PEACEFUL TIME (2006–2013) AND AT THE PERIOD OF ATO (2014–2016)  
P. V. Budonnyi
- 18 THE STATE OF EMOTIONAL SPHERE AND PERSONALITY FEATURES IN PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN LESIONS IN A HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION  
Y. S. Zhivilova
- 24 FEATURES OF COLOUR AUTOIDENTIFICATION AND SELF-ESTIMATION FOR PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AT RESEARCH OF ADHERENCE TO PSYCHOPHARMACOTHERAPY  
A. V. Korzh
- 30 DIFFERENTIAL-PREDICTIVE MODEL OF ANALYSIS OF SCHIZOPHRENIA SIMPLEX CLINICAL VARIANTS  
A. V. Moseyko
- 35 THE MODERN VIEWS ON SOCIO-PSYCHOLOGICAL, CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL LAWS OF SUICIDOGENESIS AT DEMENTIA AND METHODS OF MEDICAL AND SOCIAL AID  
I. H. Mudrenko
- 45 HISTORICAL DISORDER OF THE PERSON: HISTORY, CLINIC AND PSYCHOTHERAPY PECULIARITIES  
V. F. Prostomolotov
- 54 THEME OF JEALOUSY IN FICTION AND PHILOSOPHICAL WORKS  
V. F. Prostomolotov, A. I. Prostomolotova
- 63 EXPERIENCE OF WORK OF COMMUNITY OUTREACH TEAMS FOR THE PROTECTION OF MENTAL HEALTH IN THE SPHERE OF ASSISTANCE TO PATIENTS WITH POST-SCHIZOSPHERIC DEPRESSION  
K. O. Stakhanov

## NARCOLOGY

---

- 73 DETERMINATION OF INTENSITIVITY OF PATHOLOGICAL ATTRACTION TO OPIOIDS IN WOMEN WITH OPIOID DEPENDENCE WITH VARIOUS CLINICO-TYOLOGICAL FEATURES.  
T. M. Radchenko

## MEDICAL PSYCHOLOGY

---

- 79 TYPES OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ARRANGEMENTS OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY  
V. V. Ischuk
- 85 THE SPECIFICITIES OF SELF ASSESSMENT IN ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS  
S. I. Kolomiets
- 90 PREMATURE EJACULATION: MODERN NOTIONS  
G. S. Kocharyan
- 97 PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF RISKY BEHAVIOR OF ADOLESCENTS  
A. S. Rakhimkulova
- 109 PSYCHOGENIC HYPERVENTILATION SYNDROME  
D. Yu. Khan
- 112 THE EFFECT OF INFORMATION PROVISION IN DECREASING PAIN LEVEL FOR CHILDREN DURING MEDICAL PROCEDURES  
A. O. Shyroka, L. B. Korzh
- 118 DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR COGNITIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION IN MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE  
S. Ya. Yanovska

## HISTORY

---

- 127 PSYCHIATRY AND NEUROLOGY IN KHARKIV UNIVERSITY: HISTORICAL RETROSPECTIVE  
Abstract and Comments O. I. Vovk
- 130 SUBMISSION GUIDELINES

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХИАТРИЯ

---

- 9 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДЕПРЕССИВНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ (г. ЛИСИЧАНСК) В МИРНОЕ ВРЕМЯ (2006–2013 гг.) И В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ АТО (2014–2016 гг.)  
П. В. Будённый
- 18 СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СО СТРОГИМ НАБЛЮДЕНИЕМ  
Я. С. Живилова
- 24 ОСОБЕННОСТИ ЦВЕТОВОЙ АУТОИДЕНТИФИКАЦИИ И САМООЦЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ  
А.В. Корж
- 30 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ  
А. В. Мосейко
- 35 СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЯХ СУИЦИДОГЕНЕЗА ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ И МЕТОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ  
И. Г. Мудренко
- 45 ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: ИСТОРИЯ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ  
В. Ф. Простомолотов
- 54 ТЕМА РЕВНОСТИ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ И ФИЛОСОФСКИХ ТРУДАХ  
В. Ф. Простомолотов, А. И. Простомолотова
- 63 ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩЕСТВЕННЫХ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ  
К. О. Стаханов

## НАРКОЛОГИЯ

---

- 73 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ОПИОИДАМ У БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИКО-ТИПОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ  
Т. Н. Радченко

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

---

- 79 ТИПОЛОГИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АРАНЖИРОВКИ ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ  
В. В. Ищук
- 85 ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ  
С. И. Коломиец
- 90 ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ  
Г. С. Кочарян
- 97 ПСИХОДИАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВ С РИСКОВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ  
А. С. Рахимкулова
- 109 ПСИХОГЕННЫЙ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ  
Д. Ю. Хан
- 112 РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕСЕДЫ В ОБЛЕГЧЕНИИ БОЛИ У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР  
А. А. Широкая, Л. Б. Корж
- 118 АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
С. Я. Яновская

## ИСТОРИЯ

---

- 127 ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ В СТЕНАХ ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ  
Аннотация и комментарии О. И. Вовк
- 130 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ







П. В. Будьонний

УДК: 616.895+616.89-008.441.44+616-08

© **Будьонний Павло Валерійович (Україна)** – головний лікар Лисичанської обласної психіатричної лікарні, вул. Свердлова, 310, м. Лисичанськ, 93100; аспірант, асистент кафедри психіатрії та наркології, ДЗ «Луганський державний медичний університет», вул. Будівельників, 32, м. Рубіжне, 93012; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com.

© **Pavlo Budonnyi (Ukraine)** – Head of Lysychansk Regional Mental Hospital, 310, Sverdlov Street, Lysychansk, 93100; Graduate student, Assistant of the Department of Psychiatry and Narcology, State Institution "Lugansk State Medical University"; 32, Budivelnykiv Street, Rubizhne, 93012; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com.

© **Будённий Павел Валерьевич (Украина)** – главный врач Лисичанской областной психиатрической больницы, ул. Свердлова, 310, г. Лисичанск, 93100; аспирант, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ГУ «Луганский государственный медицинский университет», ул. Строителей, 32, г. Рубежное, 93012; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 9–17

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОТИВІВ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ (М. ЛИСИЧАНСЬК) У МИРНИЙ ЧАС (2006–2013 РР.) І В ПЕРІОД ПРОВЕДЕННЯ АТО (2014–2016 РР.)

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MOTIVES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS LIVING IN THE DEPRESSIVE INDUSTRIAL REGION OF LISICHANSK CITY IN PEACEFUL TIME (2006–2013) AND AT THE PERIOD OF ATO (2014–2016)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДЕПРЕССИВНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ (Г. ЛИСИЧАНСК) В МИРНОЕ ВРЕМЯ (2006–2013 ГГ.) И В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ АТО (2014–2016 ГГ.)

**Summary.** Motivation is one of the key concepts in suicidology, proceeding from the fact that when working with a suicidal patient, it is especially important to rely on the factors he understands, to solve the problem promptly, rather than on the determinants of a social-demographic nature. The situation of studying the motivation of suicidal behavior in the framework of ATO, in a limited space, at a limited time, practically simulates the conditions of natural experiment. During the work, 409 (2006-2013) and 208 (2014-2016) cases of suicidal behavior of patients were selected and clinically and anamnesticly analyzed. In the period of military operations that pose an immediate threat to life, suicidal behavior begins to carry a different personal meaning, in accordance with which the motivational component of suicidal behavior also changes. The analysis of changes in suicidal activity for various motives showed significant differences, which suggests the importance of differentiating this aspect of suicidal behavior from both a practical and a theoretical point of view.

**Key words:** suicidal behavior, motives, war, ATO.

**Аннотация.** Мотивация является одним из ключевых понятий в суицидологии, потому что при работе с суицидентом для оперативного решения проблемы особенно важно опираться на осознаваемые им факторы, а не на детерминанты социального-демографического характера. Для изучения мотивации суицидального поведения в экстремальной ситуации период АТО очень важен, т.к. практически моделирует условия естественного эксперимента. Кроме того, во время боевых действий, которые представляют непосредственную угрозу для жизни, суицидальное поведение приобретает другой личностный смысл – и в соответствии с этим меняется мотивационная составляющая суицидального поведения. Для проведения исследования были отобраны и проанализированы клинико-анамнестическим методом случаи суицидального поведения пациентов в мирное время (2006–2013) и во время АТО (2014–2016). Анализ изменений суицидальной активности, обусловленной разными мотивами, показал значительные отличия в формировании суицидального поведения, что свидетельствует о важности дифференцировки этого аспекта как с практической, так и с теоретической точек зрения.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, мотивы, война, АТО.

## Вступ

Описуючи причини суїцидальної поведінки (СП), автори приділяють неоднакову увагу мотивам: дехто розмиває це поняття, інші чітко концентруються на ньому. Згідно з класичним визначенням А. Г. Амбрумової, «суїцидальна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту» [1]. Виходячи з цього, суїцид можна розглядати як дію, яка підпорядкована конкретній меті (накласти на себе руки), але включена у ширшу систему діяльності з відповідним мотивом.

А. Г. Амбрумова пропонувала 2 типологічні схеми аналізу СП, які можна застосовувати як до внутрішніх, так і до зовнішніх її форм:

– за категорією мети (позбавлення себе життя, демонстрація наміру, самоушкодження, нещасний випадок);

– за категорією особистісного сенсу (мотиву діяльності). Було виділено 5 видів мотивів: протест, помста, заклик, уникнення (покарання, страждань), самопокарання, відмова [1].

Як детермінанти суїцидальної поведінки (які визначаються фахівцем при аналізі) Л. Н. Юр'єва розглядає весь спектр причин, які потенціюють СП: історичні та соціальні передумови, соціо-демографічні та особистісні характеристики, медичні та психологічні чинники, а мотиви вважає пов'язаними з особистістю пацієнта і ним же формулюються [2].

У методичному посібнику з виявлення пацієнтів з суїцидальним ризиком, який має практичну спрямованість, навпаки, мотиви

СП виділяються окремо і поділяються на 7 видів: «крик про допомогу», протест, уникнення нестерпної життєвої ситуації, уникнення страждання, покарання себе, жертвоприношення, возз'єднання [3].

Інші дослідники намагалися знайти відповіді на питання про ступінь усвідомленості мотиву самим суїцидентом, наявність декількох мотивів і домінування одних над іншими. М. Я. Феноменов у роботі «Причини самогубства в російській школі» (1914) зазначав, що мотиви самогубства слід відрізняти від причин. Причини людина, яка вирішила вкоротити собі віку, може і не усвідомлювати; мотиви ж завжди усвідомлюються нею, «інакше ми не можемо називати їх мотивами» [4]. Тому ані душевні чи фізичні хвороби, ані алкоголізм самі по собі не можуть вважатися мотивами самогубства, за винятком ситуацій, пов'язаних із їх психогенним впливом [4].

Ще А. Г. Амбрумова відзначала, що з'ясування дійсних мотивів (спонукальних сил) СП є складним завданням – через те, що і родичі, і сам суїцидент не зацікавлені у розголошенні причин та мотивів, а також не завжди адекватно оцінюють причини таких вчинків і часто пояснюють їх лише безпосередніми причинами, найближчими подіями або суб'єктивно створеними версіями (мотивування) [1].

На нашу думку, мотивація є одним з ключових понять у суїцидології, бо під час роботи з суїцидентом для оперативного вирішення проблеми дуже важливо спиратися на фактори, які він усвідомлює, а не на детермі-



Рис. 1. Місце мотивації у суїцидальній поведінці

нанти соціально-демографічного або іншого малокурабельного характеру. Незважаючи на те, що різні автори наводять власний перелік мотивів, зрештою, всі вони зводяться до 6–7 основних видів. Це може дозволити розробити зрозуміліші та диференційованіші схеми допомоги пацієнтам і навіть визначити мотив скоєного вчинку методом виключення. Схематично наведену вище ситуацію можна представити у вигляді схеми (рис. 1).

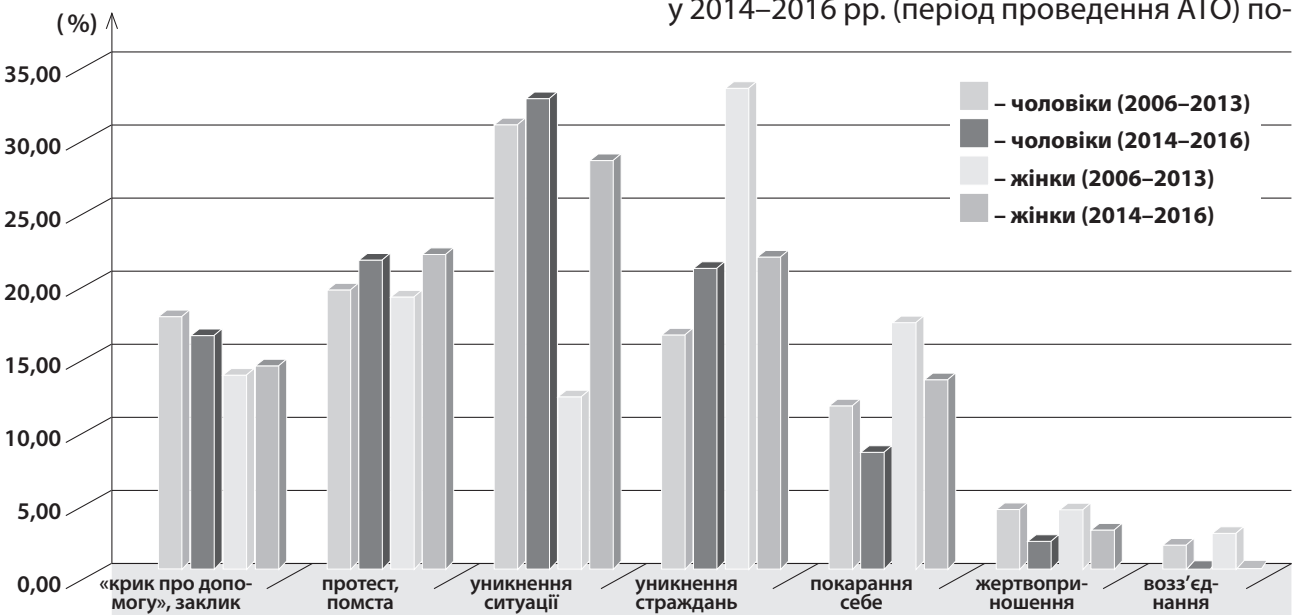
Ситуація на сході України, через яку до АТО були залучені сотні тисяч громадян, ніби моделює умови природного експерименту з вивчення мотивації суїцидальної поведінки. І дійсно, ми маємо всі передумови для такого дослідження: обмежений простір, конкретний проміжок часу і певні характерні фактори, що впливають на населення. І тут можна провести аналогію зі статтею А. Шмидтке і Х. Хефнера (1988), присвячену дослідженню «ефекту Вертера», сплеск якого двічі спостерігався у Німеччині – у 1981 і в 1982 рр., і обидва рази – після демонстрації телевізійного фільму «Смерть студента».

Його вплив вивчався протягом 5 тижнів між першою і останньою серіями, а також че-

рез певний період часу після закінчення показу. Аналізувалися способи суїцидів (зокрема, представлений у фільмі, коли герой кидався під поїзд), стать і вік самогубців. Було виявлено, що ефекти наслідування найчіткіше простежувалися у групі осіб, вік і стать яких були максимально наближеними до досліджуваної моделі – суїцидента з фільму. Протягом тривалого періоду (аж до 70 днів після демонстрації першої серії) кількість самогубств на залізниці стрімко і найбільше зроста серед 15–19-річних осіб чоловічої статі (до 175%), хоча в цей же проміжок часу вона неухильно зменшувалася у старших вікових групах. У кількості та способах суїцидів серед чоловіків старше 40 та жінок старше 30 років жодних змін не відзначалося. Було виявлено також, що ефект наслідування позначався не тільки на виборі способу самогубства, але й на зростанні загальної кількості суїцидів [4].

**Мета дослідження**

Для подальшої оцінки прогнозування наслідків суїцидальної активності проводилося вивчення мотиваційних гендерних характеристик скоєних суїцидальних спроб мешканцями м. Лисичанськ та прилеглих територій у 2014–2016 рр. (період проведення АТО) по-



Категорії		Мотиви						
		«крик про допомогу», заклик	протест, помста	уникнення нестерпної життєвої ситуації	уникнення страждань	покарання себе	жертвоприношення	возз'єднання
Чоловіки	(2006–2013)	17,20	18,80	32,40	15,70	11,00	3,90	0,40
	(2014–2016)	15,70	21,20	33,90	20,70	7,40	0,80	–
Жінки	(2006–2013)	13,60	18,20	11,70	34,40	16,90	3,90	1,30
	(2014–2016)	13,90	22,10	27,90	21,10	13,50	1,40	0

Рис. 2. Розподіл суїцидальних спроб за мотивами у 2006–2013 рр. та у 2014–2016 рр. з урахуванням статі

рівняно з 2006–2013 рр. (мирний час). Отримані нами дані можуть бути використані для розробки протокольних програм допомоги пацієнтам із СП.

### Матеріали та методи дослідження

Під час роботи з 15 тис. медичних карт хворих (ф. № 003/о), які проходили лікування у стаціонарних відділеннях Лисичанської обласної психіатричної лікарні у мирний час (2006–2013), і 3,5 тис. пацієнтів воєнного періоду (2014–2016) було відібрано та проаналізовано клініко-анамнестичним методом відповідно 409 і 208 випадків суїцидальної та аутоагресивної поведінки. Критерієм оцінки

стану обстежуваних була міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10). Аналізувався весь спектр СП, який включає суїцидальні думки, задуми, наміри і дії, спрямовані на самоушкодження або самознищення – тобто всі внутрішні та зовнішні форми суїцидальної активності.

Обробка отриманих даних здійснювалася непараметричними методами математичної статистики (середньо-квадратичне відхилення, U-критерій Манна–Уїтні) з використанням програм Excel Microsoft Office 2014 (Microsoft Windows 10 Professional, USA) і Statistica, v. 6 (StatSoft, USA) [5].

Таблиця 1

Порівняльна структура суїцидальної активності за мотивом «уникнення нестерпної життєвої ситуації» у 2006–2013 рр. та 2014–2016 рр. з урахуванням статі

Показники	Чоловіки				p	Жінки				p
	2006–2013		2014–2016			2006–2013		2014–2016		
	n=84	%	n=41	%		n=18	%	n=17	%	
<b>Діагноз</b>										
F 06	–	–	3	7,30±0,10	–	–	–	–	–	–
F 07	2	2,40±0,15	–	–	–	–	–	–	–	–
F 10	18	21,40±0,46	13	31,70±0,30	*	6	33,30±0,56	2	11,80±0,11	*
F 11–19	8	7,80±0,30	2	4,90±0,04	–	2	11,10±0,32	1	5,90±0,05	–
F 20–29	2	2,40±0,15	1	2,40±0,03	–	4	22,20±0,45	4	23,50±0,22	–
F 30–39	2	2,40±0,15	1	2,40±0,02	–	–	–	4	23,50±0,22	–
F 40–48	1	1,20±0,10	–	–	–	1	5,50±0,22	–	–	–
F 60–69	36	42,80±0,65	11	26,80±0,26	*	2	11,10±0,32	4	23,50±0,22	–
F 70–79	1	1,20±0,10	–	–	–	1	5,50±0,22	–	–	–
F 00	14	16,60±0,40	10	24,40±0,35	*	2	11,10±0,32	2	11,80±0,11	–
<b>Вік</b>										
18–19	2	2,40±0,15	2	4,90±0,07	–	2	11,10±0,32	2	11,80±0,11	–
20–29	20	23,80±0,48	15	36,60±0,35	*	7	38,80±0,60	2	11,80±0,11	*
30–39	44	52,30±0,71	14	34,10±0,33	*	5	27,70±0,51	6	35,30±0,33	*
40–49	12	14,20±0,37	4	9,70±0,13	*	2	11,10±0,32	3	17,60±0,16	–
50–59	5	5,90±0,24	4	9,70±0,09	–	2	11,10±0,32	3	17,60±0,16	–
60–69	–	–	2	4,90±0,05	–	–	–	–	–	–
70–79	1	1,20±0,10	–	–	–	–	–	1	5,90±0,05	–
<b>Сімейний стан</b>										
Одружений/ заміжня	14	16,60±0,40	15	36,60±0,52	*	6	33,30±0,56	9	52,90±0,49	*
Не одружений/ не заміжня	50	59,50±0,76	16	39,00±0,38	*	10	55,50±0,72	4	23,50±0,22	*
Розлучений/ розлучена	20	23,80±0,48	10	24,40±0,23	–	1	5,50±0,22	2	11,80±0,11	–
Вдівець/вдова	–	–	–	–	–	1	5,50±0,22	2	11,80±0,11	–
<b>Освіта</b>										
Вища	2	2,30±0,15	6	14,60±0,14	*	2	11,10±0,32	4	23,50±0,22	–
Середня технічна	2	2,30±0,15	1	2,40±0,02	–	–	–	1	5,90±0,05	–
Середня спеціальна	75	89,20±0,93	33	80,50±0,40	*	10	55,50±0,72	11	64,70±0,61	*
Середня	5	4,90±0,24	1	2,40±0,02	–	6	33,20±0,56	1	5,90±0,05	–

**Примітка:**

\*–відмінність достовірною (p<0,05).

**Результати дослідження та їх обговорення**

Аналіз мотивації довоєнного періоду виявив найбільші відмінності у формуванні мотиву «уникнення нестерпної життєвої ситуації» з переважанням серед суїцидентів чоловіків (32,40%±0,44 у чоловіків і 11,70%±0,20 жінок). Протилежна ситуація, з переважанням серед суїцидентів жінок, спостерігалася в таких мотивах, як «уникнення страждань» і «покарання себе» – у жінок 34,40%±0,34 і 16,90%±0,24, а у чоловіків 15,70%±0,30 і 11,00%±0,25 відповідно.

Дослідження зміни мотивації СП на тлі АТО показало, що у чоловіків відбулися незначні зміни у таких мотивах, як «крик про допомогу» (зменшення показника з 17,20%±0,32 до 15,70%±0,15), «протест» (зростання з 18,80%±0,33 до 21,50%±0,21), «уникнення нестерпної життєвої ситуації» (зростання з 32,40%±0,44 до 33,90%±0,33), а також більш значущі, але у межах 5% при «уникненні страждань» (зростання з 15,70%±0,30 до 20,70%±0,20), «покаранні себе» (зниження з 11,00%±0,25 до

Таблиця 2

Порівняльна структура суїцидальної активності за мотивом «уникнення страждань» у 2006–2013 рр. і 2014–2016 рр. з урахуванням статі

Показники	Чоловіки				p	Жінки				p
	2006–2013		2014–2016			2006–2013		2014–2016		
	n=40	%	n=25	%		n=53	%	n=19	%	
<b>Форма суїцидальних спроб</b>										
Суїцид. думки	11	27,50±0,51	11	44,00±0,42	*	12	22,60±0,47	8	42,10±0,39	*
Суїцид. задуми	7	17,50±0,41	6	24,00±0,23	–	8	15,00±0,38	2	10,50±0,10	*
Суїцид. наміри	8	20,00±0,44	3	12,00±0,11	*	21	39,60±0,62	2	10,50±0,10	*
Суїцид	11	27,50±0,51	5	20,00±0,19	*	11	20,70±0,45	6	31,60±0,29	*
Парасуїцид	3	7,50±0,27	–	–	–	1	1,80±0,13	1	5,30±0,05	–
<b>Діагноз</b>										
F 00–02	2	5,00±0,22	–	–	–	–	–	3	15,80±0,14	–
F 06	4	10,00±0,31	1	4,00±0,04	–	6	11,30±0,33	–	–	–
F 07	1	2,50±0,15	1	4,00±0,04	–	1	1,80±0,13	–	–	–
F 10	4	10,00±0,31	–	–	–	1	1,80±0,13	2	10,50±0,10	–
F 20–29	9	22,50±0,46	17	68,00±0,65	*	17	32,00±0,56	10	52,60±0,49	*
F 30–39	15	37,50±0,60	3	12,00±0,11	*	25	47,10±0,68	3	15,80±0,14	*
F 40–48	2	5,00±0,22	–	–	–	3	5,60±0,23	–	–	–
F 60–69	1	2,50±0,15	–	–	–	–	–	–	–	–
F 70–79	1	2,50±0,15	–	–	–	–	–	–	–	–
F 00	1	2,50±0,15	2	8,00±0,08	–	–	–	1	5,30±0,05	–
<b>Вік</b>										
18–19	1	2,50±0,15	–	–	–	–	–	–	–	–
20–29	7	17,50±0,41	6	24,00±0,23	–	4	7,50±0,27	–	–	–
30–39	8	20,00±0,44	4	16,00±0,15	–	5	9,40±0,30	6	31,60±0,29	*
40–49	8	20,00±0,44	6	24,00±0,13	–	4	7,50±0,27	3	15,80±0,14	–
50–59	6	15,00±0,38	6	24,00±0,23	–	23	43,30±0,65	6	31,60±0,29	*
60–69	6	15,00±0,38	3	12,00±0,11	–	7	13,20±0,35	–	–	–
70–79	2	5,00±0,22	–	–	–	9	16,90±0,40	3	15,80±0,14	–
80+	2	5,00±0,22	–	–	–	1	1,80±0,13	1	5,30±0,049	–
<b>Сімейний стан</b>										
Одружений/ заміжня	14	35,00±0,58	5	20,00±0,19	*	20	37,70±0,60	9	47,40±0,44	–
Не одружений/ не заміжня	14	35,00±0,58	10	40,00±0,38	–	6	11,30±0,33	3	15,80±0,14	–
Розлучений/ розлучена	7	17,50±0,41	10	40,00±0,38	*	14	26,40±0,50	5	26,30±0,24	–
Вдівець/вдова	5	12,50±0,34	–	–	–	13	24,50±0,49	2	10,50±0,10	–

**Примітка:**

\*–відмінність достовірна (p<0,05).

7,40%±0,07) і жертвоприношенні (зниження з 3,90%±0,15 до 0,80%±0,01).

У жінок значно зросла питома вага мотивації за показником «уникнення нестерпної життєвої ситуації» (з 11,70%±0,20 до 19,50%±0,19) і зменшилася кількість випадків суїцидальної поведінки за мотивом «уникнення страждань» (з 34,40%±0,34 до 21,80%±0,21) (рис. 2).

Аналіз змін СП, викликаних перебуванням у зоні АТО, показав значні перетворення і в середині кожного з мотивів.

■ Під час дослідження мотиву «уникнення нестерпної життєвої ситуації» (тобто СП, спрямованої на маніпуляцію оточуючими) у 2014–2016 рр. виявлено значущі зміни порівняно з довоєнним періодом (табл. 1).

Як видно з табл. 1, питома вага мотиву «уникнення нестерпної життєвої ситуації» в

СП зросла у здорових чоловіків і чоловіків з алкогольною залежністю, а також у жінок з розладами особистості й афективними порушеннями. Натомість значення цього мотиву зменшилося у чоловіків із розладами особистості та жінок з алкогольною залежністю.

У віковій групі пацієнтів 20–29 років, у яких СП була обумовлена саме мотивом «уникнення нестерпної життєвої ситуації», його частка у 2014–2016 рр. порівняно з мирним часом зросла у чоловіків і зменшилася у жінок. У віковій групі 30–39 років відбулися протилежні зміни: у чоловіків значимість цього мотиву знизилася, а у жінок підвищилася, хоча й не суттєво.

У період АТО істотно збільшилася значимість цього мотиву в пацієнтів, які перебувають у шлюбі (як у чоловіків, так і у жінок) і, навпаки, зменшилася у неодружених чоловіків і незаміжніх жінок.

Таблиця 3

Порівняльна структура суїцидальної активності за мотивом «протест, помста» у 2006–2013 рр. і 2014–2016 рр. з урахуванням статі

Показники	Чоловіки				p	Жінки				p
	2006–2013		2014–2016			2006–2013		2014–2016		
	n=48	%	n=26	%		n=28	%	n=20	%	
<b>Форма суїцидальних спроб</b>										
Суїцид. думки	1	2,00±0,14	–	–	–	1	3,50±0,18	2	10,00±0,09	–
Суїцид. задуми	1	2,00±0,14	2	7,70±0,07	–	–	13,50±0,18	–	–	–
Суїцид. наміри	13	27,00±0,51	10	38,50±0,36	*	4	14,20±0,37	6	30,00±0,28	*
Суїцид	13	27,00±0,51	6	23,10±0,22	*	9	32,10±0,55	7	35,00±0,33	–
Парасуїцид	20	42,00±0,63	8	30,80±0,29	*	13	46,40±0,66	5	25,00±0,23	*
<b>Діагноз</b>										
F 00–02	–	–	–	–	–	2	7,10±0,26	–	–	–
F 06	1	2,00±0,14	5	19,20±0,18	–	–	–	1	5,00±0,50	–
F 07	3	6,20±0,24	3	11,50±0,11	–	–	–	2	10,00±0,09	–
F 10	10	20,00±0,45	8	30,80±0,29	*	6	21,40±0,45	8	40,00±0,38	*
F 11–19	1	2,00±0,14	–	–	–	–	–	–	–	–
F 20–29	1	2,00±0,14	4	15,40±0,14	–	1	3,50±0,18	6	30,00±0,28	–
F 30–39	–	–	1	3,80±0,04	–	6	21,40±0,45	1	5,00±0,05	–
F 60–69	5	10,40±0,31	2	7,70±0,07	–	1	3,50±0,18	–	–	–
F 70–79	4	8,30±0,28	2	7,70±0,07	–	–	–	–	–	–
F 00	23	47,90±0,68	1	3,80±0,04	*	10	35,70±0,58	2	10,00±0,10	*
<b>Вік</b>										
18–19	4	8,30±0,28	–	–	–	2	7,10±0,26	–	–	–
20–29	21	43,70±0,65	7	26,90±0,25	*	10	35,70±0,58	3	15,00±0,14	*
30–39	13	27,00±0,51	8	30,80±0,29	–	8	28,50±0,52	7	35,00±0,33	–
40–49	7	14,50±0,37	5	19,20±0,18	*	5	17,80±0,41	5	25,00±0,23	–
50–59	1	2,00±0,14	3	11,50±0,11	–	1	3,50±0,18	2	10,00±0,09	–
60–69	1	2,00±0,14	3	11,50±0,11	–	1	3,50±0,18	1	5,00±0,05	–
70–79	1	2,00±0,14	–	–	–	1	3,50±0,10	1	5,00±0,05	–
80+	–	–	–	–	–	–	–	1	5,00±0,05	–

Примітка:

\*–відмінність достовірна (p<0,05).

У пацієнтів з вищою освітою питома вага цього мотиву порівняно з мирним часом також зросла – і у чоловіків, і у жінок.

Значних змін у структурі форм СП не відбулося.

■ Суттю мотиву «**уникнення страждань**» є прагнення уникнути фізичних мук чи моральних переживань, і в період АТО у структурі цього мотиву теж відбулися зміни (табл. 2).

Дані табл. 2 свідчать, що під час АТО збільшилася частка мотиву «уникнення страждань» у пацієнтів з суїцидальними думками обох статей і, навпаки, зменшилася у тих, хто виявив суїцидальні наміри – як у чоловіків, так і у жінок.

Зміни в розподілі нозологій за наявності мотиву «уникнення страждань» відбувалися синхронно зі збільшенням питомої ваги СП при шизофренії у чоловіків і жінок та зменшенням частки пацієнтів обох статей з афективними порушеннями.

Значно збільшився відсоток жінок віком 30–39 років, які у своїй СП керувалися мотивом «уникнення страждань».

Аналіз сімейного стану виявив зменшення значення цього мотиву в одружених чоловіків і збільшення у розлучених чоловіків.

■ Результати дослідження змін, які відбулися у структурі пацієнтів з мотивом «**протест, помста**», суттю якого є формування суїцидентом почуття провини у значимої людини, представлено у табл. 3.

За даними табл. 3 зрозуміло, що у 2014–2016 рр. за мотивом «протест, помста» зменшилася питома вага такої форми суїцидальної активності, як парасуїцид у чоловіків і жінок, натомість збільшилося значення цього мотиву у формуванні суїцидальних намірів у хворих обох статей.

Різко зменшилася частка досліджуваного мотиву у здорових чоловіків і жінок. І, навпаки, зросла його важливість у хворих із шизофренією (як у чоловіків, так і жінок) та у пацієнтів з алкогольною залежністю обох статей.

Зменшилася частота СП за мотивом «протест, помста» як у чоловіків, так і у жінок віком 20–29 років.

При аналізі пацієнтів цієї групи за рівнем освіти привертає увагу лише зростання значення цього мотиву у чоловіків з вищою освітою.

■ Вивчення СП за мотивом «**"крик про допомогу", заклик**», суттю якого є прагнення дістати допомогу, виявило окремі закономірності у поведінці досліджуваних чоловіків і жінок під час АТО порівняно з мирним часом (табл. 4).

Таблиця 4

Порівняльна структура суїцидальної активності за мотивом «"крик про допомогу", заклик» у 2006–2013 рр. і 2014–2016 рр. з урахуванням статі

Показники	Чоловіки				p	Жінки				p
	2006–2013		2014–2016			2006–2013		2014–2016		
	n=44	%	n=19	%		n=21	%	n=10	%	
<b>Форма суїцидальних спроб</b>										
Суїцид. думки	1	2,30±0,14	4	21,00±0,19	–	1	4,70±0,21	2	20,00±0,18	–
Суїцид. задуми	4	9,00±0,20	2	10,50±0,10	–	2	9,50±0,30	1	10,00±0,09	–
Суїцид. наміри	9	20,40±0,44	5	26,30±0,24	–	5	23,80±0,47	1	10,00±0,09	–
Суїцид	7	15,50±0,39	4	21,00±0,19	–	5	23,80±0,47	3	30,00±0,27	–
Парасуїцид	23	52,20±0,71	4	21,00±0,19	*	8	38,00±0,60	3	30,00±0,27	*
<b>Діагноз</b>										
F 06	1	2,30±0,14	3	15,80±0,14	–	2	9,50±0,30	–	–	–
F07	4	9,00±0,20	1	5,30±0,05	–	–	–	–	–	–
F10	15	34,00±0,57	2	10,50±0,10	*	6	28,50±0,52	–	–	–
F20–29	4	9,00±0,20	7	36,80±0,34	*	2	9,50±0,30	1	10,00±0,09	–
F30–39	2	4,50±0,21	2	10,50±0,10	–	–	–	1	10,00±0,09	–
F40–48	–	–	–	–	–	1	4,70±0,21	3	30,00±0,27	–
F60–69	2	4,50±0,21	2	10,50±0,10	–	4	19,00±0,42	–	–	–
F70–79	–	–	–	–	–	1	4,70±0,21	–	–	–
F00	16	36,30±0,59	2	10,50±0,10	*	5	23,80±0,47	5	50,00±0,45	*

Примітка:

\*–відмінність достовірна (p<0,05).

Порівняльна структура суїцидальної активності за мотивом «покарання себе» у 2006–2013 рр. і 2014–2016 рр. з урахуванням статі

Показники	Чоловіки				p	Жінки				p
	2006–2013		2014–2016			2006–2013		2014–2016		
	n=28	%	n=9	%		n=26	%	n=19	%	
<b>Форма суїцидальних спроб</b>										
Суїцид. думки	3	10,70±0,32	3	33,30±0,29	–	2	7,70±0,27	8	42,10±0,39	*
Суїцид. задуми	3	10,70±0,32	1	11,10±0,10	–	2	7,70±0,27	1	5,30±0,05	–
Суїцид. наміри	4	14,30±0,37	1	11,10±0,01	–	13	50,00±0,69	4	21,00±0,19	*
Суїцид	14	50,00±0,69	3	33,30±0,29	*	8	30,70±0,54	6	31,60±0,29	–
Парасуїцид	4	14,30±0,37	1	11,10±0,10	–	1	3,80±0,19	–	–	–
<b>Діагноз</b>										
F06	1	3,60±0,18	–	–	–	1	3,80±0,19	1	5,30±0,05	–
F07	1	3,60±0,18	–	–	–	–	–	–	–	–
F11–19	–	–	1	11,10±0,10	–	–	–	–	–	–
F20–29	12	42,80±0,64	7	77,80±0,69	*	17	65,30±0,79	14	73,70±0,69	*
F30–39	10	35,70±0,58	1	11,10±0,10	–	6	23,00±0,47	2	15,80±0,14	–
F40–48	–	–	–	–	–	1	3,80±0,19	–	–	–
F00	4	14,20±0,37	–	–	–	1	3,80±0,19	1	5,30±0,05	–
<b>Вік</b>										
20–29	5	17,80±0,41	3	33,30±0,29	*	10	38,40±0,60	2	10,50±0,10	*
30–39	5	17,80±0,41	3	33,30±0,29	*	1	3,80±0,19	6	31,60±0,29	–
40–49	5	17,80±0,41	2	22,20±0,19	–	5	19,20±0,43	2	10,50±0,10	*
50–59	8	28,50±0,52	–	–	–	8	30,70±0,54	9	47,40±0,44	*
60–69	5	17,80±0,41	1	11,10±0,10	–	1	3,80±0,19	–	–	–
80+	–	–	–	–	–	1	3,80±0,19	–	–	–

**Примітка:**\*–відмінність достовірна ( $p < 0,05$ ).

Як видно з табл. 4, у період бойових дій значно зменшилася частка парасуїцидів, обумовлених мотивом «заклик, крик про допомогу» – як у чоловіків, так і у жінок. Натомість у хворих обох статей стрімко зростає питома вага суїцидальних думок через можливість призову: понад 9 разів у чоловіків і майже у 5 разів у жінок.

Зменшилося значення цього мотиву для психічно здорових чоловіків і чоловіків з алкогольною залежністю. Проте збільшилася частка чоловіків із шизофренією і шизофреноподібними розладами і психічно здорових жінок, СП яких визначалася цим мотивом.

Достовірно значимих змін в аналізованих групах за віком, сімейним станом і освітою не відбулося.

■ Аналізуючи СП у період АТО за мотивом «покарання себе», причиною якого є гіпертрофоване почуття провини і прагнення покарати себе за явні або фантазійні дії, ми теж виявили зміни порівняно з мирним часом (табл. 5).

У 2014–2016 рр. збільшився відсоток хво-

рих, суїцидальну поведінку яких визначав мотив «покарання себе» – у чоловіків із суїцидними думками і у жінок. Але зменшилася частка цього мотиву серед жінок, які виявили суїцидальні наміри, і чоловіків з незавершеними суїцидами.

Значні зміни відбулися у віковій структурі. Знизилася питома вага у жінок вікової групи 20–29 років і чоловіків 50–59 років. Водночас мотив «покарання себе» став більш значущим для чоловіків віком 20–29 років і 30–39 років.

Практично не виявлено серйозних змін при аналізі нозологій у жінок, а у чоловіків зростає питома вага хворих на шизофренію та шизофреноподібні розлади і зменшилася частка пацієнтів з афективними порушеннями.

Достовірно значимих змін в аналізованих групах за віком, сімейним станом і освітою не відбулося.

■ Достовірний аналіз таких мотивів як «жертвоприношення» і «возз'єднання» провести не було можливості через дуже незначну кількість досліджуваних нами випадків саме з цим мотивом.



## Висновки

У період бойових дій, які становлять безпосередню загрозу для життя, СП набуває іншого особистісного сенсу, і відповідно до цього змінюється й мотиваційна складова СП.

Перебування в зоні АТО призвело до загального зниження питомої ваги зовнішніх форм суїцидальної поведінки (суїциди і парасуїциди), окрім жінок з мотивом «уникнення страждань», серед яких спостерігалось зростання цього показника.

Гендерний фактор найбільше проявився в мотивах «заклик, крик про допомогу» (зростання суїцидальної активності у жінок і спад у чоловіків) та «уникнення страждань» (зростання у чоловіків і спад у жінок).

Слід зазначити, що для хворих на шизофренію та шизофреноподібні розлади АТО стала декомпенсуючим фактором, суїцидальна активність зросла за мотивами «уникнення страждань», «покарання себе», «протест, помста» і «заклик, крик про допомогу» (тільки у чоловіків). І лише за мотивом «уникнення нестерпної життєвої ситуації» суїцидальна активність залишилася на рівні 2006–2013 років.

У психічно здорових пацієнтів суїцидальна активність знизилася практично до нуля за мотивом «протест, помста», а за мотивом «заклик, крик про допомогу» зменшилася у

чоловіків і збільшилася у жінок.

Хворі з афективною патологією відреагували зниженням суїцидальної активності за мотивом «уникнення страждань».

У досліджуваних із залежністю від алкоголю суїцидальна активність зросла за мотивом «протест, помста» і різко знизилася за мотивом «заклик, крик про допомогу», а за мотивом «уникнення нестерпної життєвої ситуації» збільшилася у чоловіків та різко зменшилася у жінок.

Скоротилася частка одружених чоловіків із СП за мотивом «уникнення страждань», натомість збільшилася за мотивом «уникнення нестерпної життєвої ситуації». І таку ж тенденцію за цим мотивом ми спостерігали у заміжніх жінок.

Пацієнти з вищою освітою стали частіше вдаватися до СП за мотивом «уникнення нестерпної життєвої ситуації».

Аналіз змін суїцидальної активності за різними мотивами показав значні відмінності мотивації формування СП, зокрема гендерні, що свідчить про важливість диференціювання цього аспекту СП і з практичної, і з теоретичної точок зору. Окрім цього, є підстави розглядати отримані під час дослідження дані, як базові для розробки протокольних програм допомоги пацієнтам із СП.

## Література

1. Амбрумова А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные вопросы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 1978. – Т. 82. – С. 6–28.
2. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология : монография / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.
3. Ласый Е. В. Выявление пациентов с суицидаль-

ным риском в общемедицинской практике : учебно-методическое пособие / Е. В. Ласый, О. И. Паровая. – Минск : БелМАПО, 2012. – 34 с.

4. Ефремов В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб. : Диалект, 2004. – 480 с.
5. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : Моріон, 2000. – 320 с.

## References

1. Ambrumova A. G., Tikhonenko V. A. Suitsid kak fenomen sotsial'no-psikhologicheskoy dezadaptatsii lichnosti [Suicide as a phenomenon of socio-psychological maladjustment of a person]. Aktual'nye voprosy suitsidologii. Trudy Moskovskogo NII psikiatrii MZ RF [Actual questions of suicidology. Proceedings of the Moscow Research Institute of Psychiatry MH RF]. Moscow, 1978, vol. 82, pp. 6-28. (In Russ.)
2. Yur'eva L. N. Klinicheskaya suitsidologiya [monografiya] [Clinical suicidology [monograph]]. Dnepropetrovsk, Thresholds Publ., 2006, 472 p. (In Russ.)
3. Lasyu E. V., Parovaya O. I. Vyyavlenie patsientov s suitsidal'nym riskom v obshchemeditsinskoj praktike

[uchebno-metodicheskoe posobie] [Identification of patients with suicidal risk in general medical practice [educational-methodical manual]]. Minsk, BelMAPO Publ., 2012, 34 p. (In Russ.)

4. Efremov V. S. Osnovy suitsidologii [Fundamentals of Suicidology]. St. Petersburg, Dialect Publ., 2004, 480 p. (In Russ.)
5. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kiev, Morion Publ., 2000, 320 p. (In Russ.)



Я. С. Живилова

УДК: 616.89-02:616.831-001.31-036/.6:340.63-039.76

© **Живилова Яна Сергіївна (Україна)** – ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», лікар-психіатр, вул. Надії Олексієнко, 84, м. Дніпро, 49006; e-mail: upbsn@optima.com.ua, yanaiv050@ukr.net.

© **Jana Jivilova (Ukraine)** – State Institution «Ukrainian Psychiatric Hospital with Strict Supervision of the Ministry of Health of Ukraine», Psychiatrist, 84, Nadiia Oleksiyenko Street, Dnipro, 49006; e-mail: upbsn@optima.com.ua, yanaiv050@ukr.net.

© **Живилова Яна Сергеевна (Украина)** – ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины», врач-психиатр, ул. Надежды Алексеенко, 84, г. Днепр, 49006; e-mail: upbsn@optima.com.ua, yanaiv050@ukr.net.

Том 4, № 8, 2017, стр. 18–23

## СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СО СТРОГИМ НАБЛЮДЕНИЕМ

THE STATE OF EMOTIONAL SPHERE AND PERSONALITY FEATURES IN PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN LESIONS IN A HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION

СТАН ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

**Summary.** The article presents data on the state of the emotional sphere and personal characteristics of patients with organic brain lesions, who are treated in a hospital with strict supervision. Such information is essential for predicting both the course of the disease and the possible subsequent illegal behavior of these patients, the degree of their public danger. It is established that these patients are distinguished by high rates of personal anxiety and hostility index. In accordance with the results obtained in the course of the study, a system of medical and psychological support of such patients was developed in a hospital with strict supervision using various psychotherapeutic methods. Their volume and sequence are formed taking into account the state of the emotional sphere and personality-characterological features. Targets for restorative therapy and medical and psychological rehabilitation are determined, taking into account the possibilities of pharmacotherapy and psychotherapy.

**Key words:** organic brain lesions, hospital with strict supervision, emotional disorders, personality traits, medical and psychological support.

**Анотація.** У статті наводяться дані про стан емоційної сфери та особистісні особливості хворих з органічними ураженнями головного мозку, які знаходяться на лікуванні в лікарні з суворим наглядом. Такі відомості мають істотне значення для прогнозування як перебігу захворювання, так і можливої у подальшому протиправної поведінки цих пацієнтів, ступеня їхньої суспільної небезпеки. Встановлено, що ці пацієнти відрізняються високими показниками особистісної тривожності й індексу ворожості. Відповідно до отриманих у ході дослідження результатів розроблено систему медико-психологічного супроводу таких хворих в умовах лікарні із суворим наглядом із застосуванням різних психотерапевтичних методів. Їхній обсяг і послідовність формуються з урахуванням стану емоційної сфери та особистісно-характерологічних особливостей. Визначено мішені для відновлювальної терапії та медико-психологічної реабілітації з урахуванням можливостей фармакотерапії та психотерапії.

**Ключові слова:** органічні ураження головного мозку, лікарня з суворим наглядом, емоційні порушення, особистісні особливості, медико-психологічний супровід.

### Введение

В настоящее время в системе психиатрической службы Украины происходят существенные изменения. В соответствии с Европейским планом действий по охране психического здоровья приоритетной становится проблема максимального улучшения психического здоровья населения [1].

В связи с этим актуализируются задачи снижения общественной опасности пациен-

тов с органическими поражениями головного мозга (ОПГМ) и создание системы психотерапевтической коррекции таких больных в условиях больницы со строгим наблюдением. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. психические расстройства выйдут на одно из первых мест в мире [2; 3]. При этом в структуре заболеваемости отмечается существенная доля нарушений психики органического, в частности травматического, генеза. В свое

время Н. Е. Бачериков (1989) [4] выделил синдромальную структуру психических нарушений. В период отдаленных последствий наблюдаются как непсихотические психические расстройства (различные формы астении, психопатоподобные изменения личности, пароксизмальные расстройства), так и психотические: разнообразные формы измененного сознания, эндоформные (аффективные, бредовые и галлюцинаторно-бредовые) психозы и деменция.

Частота, стойкость и выраженность психических нарушений зависят от пола, возраста, соматического состояния больных, а также от тяжести травмы и качества лечения на предыдущих этапах. Это обуславливает необходимость разработки принципов построения последовательного алгоритма восстановительной терапии и медико-психологической реабилитации с учетом психического состояния, личностных характеристик, макро- и микросоциального окружения и адаптационно-компенсаторного потенциала таких больных.

По данным литературы, проблема психосоциальной реабилитации пациентов с ОПГМ, в том числе совершающих общественно опасные действия, требует дальнейшего изучения и разрешения. [5]. В настоящее время основными критериями эффективности лечебно-реабилитационных программ считаются степень способности пациентов самостоятельно обеспечивать жизнедеятельность, сохранять и повышать уровень собственного социального функционирования и качества жизни [6]. В связи с этим возникает необходимость объективной оценки уровня дисфункции различных сфер психики – в дальнейшем, при построении программ медико-психологической реабилитации, это поможет более точно определить мишени воздействия [7–9].

Очень важной является объективная оценка состояния эмоциональной сферы этих больных, так как именно эмоциональные нарушения служат основным предиспозиционным фактором для совершения общественно опасных действий (ООД). Не меньшую роль играют и личностно-характерологические нарушения.

#### **Цель и задачи исследования**

Вышеизложенное обусловило цель исследования – определение состояния эмоциональной сферы и личностных особенностей у больных с органическими поражениями головного мозга как мишеней системы психотерапевтической коррекции.

#### **Материалы и методы исследования**

Для реализации этой цели на базе ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины» (г.Днепр) проведено обследование 90 мужчин (средний возраст  $39,72 \pm 0,50$  года) с органическими поражениями головного мозга, совершивших тяжкие и особо тяжкие ООД (против жизни и здоровья человека). У 38 из них диагностировано расстройство личности органической этиологии (F07.0), а у 52 – постконтузионный синдром (F07.2).

Все больные были разделены на 2 группы: основную (ОГ) и контрольную (КГ). Из 50 человек ОГ 20 пациентов с диагнозом F07.0 вошли в подгруппу 1 (ПГ1), а 30 с диагнозом F07.2 – в подгруппу 2 (ПГ2). Из 40 обследованных КГ 18 человек с диагнозом F07.0 были включены в подгруппу 1 (ПГ1) и 22 человека с диагнозом F07.2 – в подгруппу 2 (ПГ2). С пациентами ОГ проводились психокоррекционные мероприятия, а в КГ получали только фармакологическое лечение.

Во время работы использовались следующие методы и методики исследования:

- клиничко-анамнестический – для оценки данных анамнеза жизни, болезни, особенностей развития, воспитания, а также микросоциальных контактов, образования, трудовой деятельности, особенностей характера. Кроме этого, для сравнения эффективности применяемого метода диагностики, проводилось изучение медицинской документации;

- клиничко-психопатологический, основанный на общепринятых подходах в психиатрическом обследовании пациентов путем стандартизированного интервью с применением критериев МКБ-10;

- психодиагностические: диагностическое интервью, опросник Спилбергера–Ханина (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) [10] (для оценки реактивной и личностной тревожности); шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS) [11]; характерологический опросник Леонгарда–Шмишека [10] (для выявления личностно-характерологических акцентуаций); диагностический опросник агрессивности Басса–Дарки [10];

- статистические.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Патопсихологическое исследование показало следующее. По данным теста Спилбергера–Ханина [10] нами был проведен анализ распределения показателей реактивной тревоги и личностной тревожности в исследуемых группах больных (табл. 1).

Таблица 1

Среднестатистические данные тревоги у больных с органическими поражениями головного мозга после лечения (по данным теста Спилбергера-Ханина)

Уровень	Основная группа				Контрольная группа			
	ПГ 1 (n=20)		ПГ 2 (n=30)		ПГ 1 (n=18)		ПГ 2 (n=22)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Реактивная тревожность</b>								
Высокий	3	15,00	12	40,00	12	66,67**	18	81,82**
Средний	8	40,00	11	36,67	5	27,78**	4	18,18**
Низкий	9	45,00	7	23,33	1	5,55**	0	0,00
<b>Личностная тревожность</b>								
Высокий	11	55,00	7	23,33	14	77,78*	9	40,91*
Средний	4	20,00	18	60,00	4	22,22	11	50,00
Низкий	5	25,00	5	16,67	0	0,00	2	9,09*

**Примечание.**

Достоверность различий между показателями после лечения:

\* –  $p \leq 0,05$ ;

\*\* –  $p \leq 0,01$ .

При сопоставлении уровней реактивной тревоги (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) у больных с ОПГМ (табл. 1) были получены следующие результаты. После проведенного лечения наблюдалось достоверно значимое снижение всех уровней РТ в ПГ1 ОГ по сравнению с ПГ1 КГ. В ПГ2 ОГ также достоверно снизились показатели высокого и среднего уровней РТ по сравнению с ПГ2 КГ.

Полученные данные свидетельствуют о стабилизации эмоциональной сферы в виде проявления РТ в ПГ1 ОГ достоверно лучше, чем в ПГ2 ОГ (при  $p \leq 0,01$ ).

При анализе ЛТ были получены следующие результаты. После лечения у больных ПГ1 КГ достоверно преобладал высокий уровень ЛТ над уровнем тревоги у обследованных ПГ1 ОГ (77,78% и 55,00% соответственно при  $p \leq 0,05$ ).

У больных ПГ2 КГ достоверно значимо преобладали показатели высокого (у 40,91%) и низкого (9,09%) уровней ЛТ по сравнению с ПГ2 ОГ (23,33% и 16,67% соответственно при  $p \leq 0,05$ ). У пациентов КГ высокий уровень ЛТ, которая отображает устойчивую склонность

индивида воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, свидетельствует о рецидивоопасности совершения ООД, т. к. даже незначительное повышение ситуативной тревожности на фоне высоких показателей личностной может привести к эмоциональной дестабилизации.

При анализе среднестатистических показателей уровня тревоги у больных ОГ с ОПГМ до и после лечения (табл. 2) были получены следующие результаты. В ПГ1 у больных наблюдалась положительная динамика в виде снижения высокого уровня РТ (с  $69,70 \pm 1,83$  до  $48,30 \pm 1,52$  при  $p \leq 0,01$ ) и низкого уровня РТ (с  $27,80 \pm 0,96$  до  $20,20 \pm 0,84$  при  $p \leq 0,05$ ). В ПГ 2 у больных также наблюдалась положительная динамика снижения высокого уровня РТ (с  $75,60 \pm 1,92$  до  $56,50 \pm 1,73$  при  $p \leq 0,05$ ).

Уровень ЛТ в ПГ1 у больных достоверно снизился по сравнению с уровнем ЛТ в этой же группе до лечения (с  $73,60 \pm 1,95$  до  $49,70 \pm 1,13$  при  $p \leq 0,01$ ). Такая же положительная динамика наблюдалась и относительно низкого показателя (с  $28,40 \pm 0,71$

Таблица 2

Сопоставление среднестатистических показателей уровня тревоги у больных с ОПГМ до и после лечения в ОГ (по данным теста Спилбергера-Ханина)

Уровень	До лечения		После лечения	
	ПГ 1 (n=20)	ПГ 2 (n=30)	ПГ 1 (n=20)	ПГ 2 (n=30)
	$m \pm M$			
<b>Реактивная тревожность</b>				
Высокий	$69,70 \pm 1,83$	$75,60 \pm 1,92$	$48,30 \pm 1,52^{**}$	$56,50 \pm 1,73$
Средний	$37,20 \pm 1,22$	$40,40 \pm 1,44$	$33,10 \pm 0,87$	$38,10 \pm 1,02$
Низкий	$27,80 \pm 0,96$	$28,60 \pm 1,37$	$20,20 \pm 0,84^*$	$25,90 \pm 0,95$
<b>Личностная тревожность</b>				
Высокий	$73,60 \pm 1,95$	$51,30 \pm 1,25$	$49,70 \pm 1,13^{**}$	$47,20 \pm 0,74^*$
Средний	$41,20 \pm 0,83$	$37,60 \pm 1,09$	$39,40 \pm 0,67$	$34,30 \pm 0,69$
Низкий	$28,40 \pm 0,71$	$20,10 \pm 0,58$	$21,10 \pm 0,72^*$	$18,50 \pm 0,61$

**Примечание.**

Достоверность различий между показателями после лечения:

\* –  $p \leq 0,05$ ;

\*\* –  $p \leq 0,01$ .

Таблица 3

## Среднестатистическое распределение личностных особенностей у обследованных (по данным опросника Леонгарда–Шмишека)

Шкала	Основная группа		Контрольная группа	
	ПГ 1 (n=20)	ПГ 2 (n=30)	ПГ 1 (n=18)	ПГ 2 (n=22)
Демонстративность	13,07±2,14	14,18±1,94	14,06±1,89	15,56±1,34
Застревание	15,56±2,53	14,56±1,12	15,78±1,16	14,61±1,84
Педантичность	12,22±1,11	11,35±3,16	15,46±1,13	14,86±1,84
Возбудимость	18,55±1,85	19,95±2,35	17,69±1,85	16,18±1,44
Гипертимность	8,00±1,50	15,18±1,56	16,40±6,40	14,63±1,45
Дистимность	15,88±1,01	9,58±1,12	11,20±1,60	11,59±1,88
Тревожность	19,81±1,72	10,55±1,80	12,60±3,66	12,21±1,85
Экзальтированность	9,00±1,60	10,16±1,86	10,46±1,78	11,85±1,23
Эмотивность	8,59±1,84	9,66±2,54	9,40±3,70	8,08±3,15
Циклотимность	14,24±1,86	15,05±1,43	14,75±1,52	15,06±3,68

до 21,10±0,72 при  $p \leq 0,05$ ). В ПГ 2 у больных после лечения наблюдалась положительная динамика снижения показателей с 51,30±1,25 до 47,20±0,74 при  $p \leq 0,05$ .

Личностные особенности пациентов в исследуемой группе определялись при помощи опросника Леонгарда–Шмишека. Типы акцентуаций, которые были обнаружены нами у обследованных пациентов, представлены в табл. 3.

При анализе показателей личностной характеристики, в частности акцентуаций характера, были получены достоверные различия в подгруппах исследования больных с ОПГМ.

Для ПГ1 характерна тенденция увеличения показателей по шкалам застреваемости (15,56±2,53), возбудимости (18,55±1,85), дистимности (15,88±1,01). Акцентуированность наблюдалось по шкале тревожности (19,81±1,72). Выраженность тревожного типа характеризует данных больных как малообщительных, неуверенных в себе, склонных к конфликтам. На фоне возбудимости у больных наблюдается ослабление контроля эмоциональных проявлений с выраженной импульсивностью в поведении.

Для ПГ2 характерна тенденция увеличения показателей по шкалам гипертимности

(15,18±1,56) и циклотимности (15,05±1,43) с выраженной акцентуацией по шкале возбудимости (19,95±2,35). Проявляется недостаточная управляемость, ослабление эмоционально-волевого контроля с проявлением раздражительности и снижением межличностного взаимодействия на фоне высокого уровня конфликтности. Сочетанность со шкалами гипертимности и циклотимности, с одной стороны, формирует тенденцию к взаимодействию и социальному контакту, а с другой – смена гипертимных и дистимных состояний является провокатором дестабилизации как эмоционального состояния.

Уровни агрессии и враждебности среди пациентов с ОПГМ определялись при помощи методики Басса–Дарки, результаты которой представлены в табл. 4.

До лечения лиц ПГ1 (как ОГ, так и КГ) был проведен анализ показателей индекса агрессивности, при котором выявлен высокий уровень, достигающий в среднем 21,40±0,93 балла. При распределении ОГ на подгруппы было обнаружено достоверное расхождение в преобладании агрессивных тенденций. Так, в ПГ1 ОГ показатель индекса агрессивности достигал 22,40±0,71 баллов, тогда как в ПГ2 ОГ он составлял 18,90±0,84 при достоверности различий  $p \leq 0,05$ .

Таблица 4

## Показатели агрессии и враждебности у обследованных (по данным опросника Басса–Дарки)

Индекс	Период обследования	Основная группа		Контрольная группа	
		ПГ 1 (n=20)	ПГ 2 (n=30)	ПГ 1 (n=18)	ПГ 2 (n=22)
Агрессивности	до лечения	22,40±0,72	18,90±0,84*	21,71±0,81	18,22±0,67
	после лечения	18,30±0,68*	17,33±0,96	21,81±0,75	16,90±0,86
Враждебности	до лечения	8,06±0,53	11,70±0,92*	7,90±0,63	11,22±0,58
	после лечения	6,72±0,61*	11,24±0,71	8,23±0,74	10,87±0,76

**Примечание.**

Достоверность различий между показателями после лечения:

\* –  $p \leq 0,05$ ;

\*\* –  $p \leq 0,01$ .

При сопоставлении результатов ОГ с ГК достоверных различий получено не было.

При анализе индекса враждебности, где средний балл составил  $10,10 \pm 0,96$ , были получены следующие результаты: в ПГ2 ОГ данный показатель преобладал с достоверной разницей  $11,70 \pm 0,92$  балла при  $p \leq 0,05$ .

Таким образом, при общем сопоставлении показателей индексов агрессивности и враждебности у лиц с ОПГМ наблюдается достоверная тенденция выраженности агрессивной формы поведения с преобладанием подозрительности. Повторный анализ показателей агрессивности и враждебности был проведен после лечения, при котором были получены определенные различия в снижении уровней агрессивности и враждебности у больных ПГ1 ОГ по сравнению с ПГ1 КГ, достигавшие достоверности (при  $p \geq 0,05$ ).

Объективную оценку уровня депрессии определяли с помощью методики Гамильтона (HDRS) (табл. 5). Результаты оценки наличия депрессии у больных ПГ1 ОГ в процессе лечения по шкале HDRS показали изменения на уровне статистической тенденции ( $0,05 < p < 0,1$ ). В КГ достоверных различий выявлено не было.

На основании полученных результатов была обоснована и разработана система психотерапии и психокоррекции больных с ОПГМ.

Основным методом реализации медико-психологической реабилитации пациентов была когнитивно-бихевиоральная терапия. Она сочеталась с групповой психотерапией. Также применялись элементы рациональной и суггестивной психотерапии. Для коррекции нарушений эмоциональной сферы тревожно-депрессивного спектра использовалась когнитивно-бихевиоральная терапия по А. Беку.

Система психотерапии формировалась в четыре этапа.

■ **I этап – «Оценка психоэмоционального состояния».** Начинается с момента поступления больного в стационар. Усилия направлены на определение состояния эмоциональной сферы пациентов и мишеней психокоррекции (1 сеанс).

■ **II этап – «Формирование комплаенса».** Ориентирован на формирование комплаенса, установление первичного психологического контакта и формирование положительной мотивации к лечению (2 сеанса).

■ **III этап – «Психотерапия и психокоррекция».** Направлен на формирование активной жизненной стратегии, совершенствование самовосприятия путем осознания смысла жизни и качества жизни, формирование важной стратегической цели; включает индивидуальную и групповую психотерапию (10 сеансов).

■ **IV этап – «Суппортивное психологическое сопровождение».** Включает индивидуальную психотерапию с элементами семейной психокоррекции (4 сеанса).

Оценка эффективности использования предложенной системы показала следующее. У всех больных ОГ наблюдалась положительная клиническая динамика. Уменьшились субъективные переживания тревожно-депрессивного спектра и соматовегетативная симптоматика. По данным патопсихологического исследования наиболее выраженная положительная динамика была достигнута по показателю РТ в ОГ. Также происходило снижение уровня индекса враждебности.

В целом значительное улучшение было достигнуто у 72,00% больных ПГ1 ОГ с диагнозом

Таблица 5

Распределение пациентов по степени выраженности депрессии (по данным методики Гамильтона – HDRS)

Объективная оценка уровня депрессии	Основная группа				Контрольная группа			
	ПГ 1 (n=20)		ПГ 2 (n=30)		ПГ 1 (n=18)		ПГ 2 (n=22)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Норма (0–7 баллов)	$8,12 \pm 3,49$	$6,72 \pm 3,11$	$6,82 \pm 2,69$	$6,43 \pm 1,92$	$8,02 \pm 0,01$	$6,41 \pm 0,13$	$6,71 \pm 2,50$	$6,43 \pm 1,95$
Легкая (7–12 баллов)	$11,21 \pm 4,53$	$6,90 \pm 3,02$	$33,33 \pm 5,05$	$30,13 \pm 4,48$	$11,73 \pm 0,04$	$8,50 \pm 0,04$	$33,03 \pm 5,03$	$31,11 \pm 4,01$
Умеренная (14–18 баллов)	$18,10 \pm 4,92$	$16,01 \pm 3,77$	$29,81 \pm 4,90$	$27,81 \pm 3,38$	$18,12 \pm 0,13$	$17,52 \pm 0,01$	$28,01 \pm 5,01$	$26,51 \pm 4,45$
Тяжелая (19–22 балла)	$59,11 \pm 6,29$	$47,03 \pm 4,02$	$39,10 \pm 5,23$	$37,70 \pm 4,96$	$58,41 \pm 0,08$	$57,13 \pm 0,13$	$38,89 \pm 5,11$	$37,62 \pm 3,79$

F07.0 (расстройство личности органической этиологии) и у 68,00% больных ПГ 2 ОГ с диагнозом F07.2 (постконтузионный синдром).

### Выводы

1. При лечении больных с ОПГМ, совершивших особо тяжкие ООД, необходимо учитывать состояние эмоциональной сферы, в частности, уровень депрессии и тревоги, особенно дисфорически-эксплозивных их вариантов.

2. Значительная дисфункция во всех сферах социального функционирования больных с ОПГМ, совершивших особо тяжкие ООД, обуславливает необходимость формирования медико-психологических реабилитационных

программ, направленных на оптимизацию уровня социального функционирования.

3. Для таких пациентов должна быть разработана программа медико-психологической реабилитации с применением различных психотерапевтических методов. Их объем и последовательность формируются с учетом состояния эмоциональной сферы и личностно-характерологических особенностей.

4. При лечении таких пациентов следует учитывать низкий ресурс их психосоциальной адаптации. Поэтому заранее должны быть определены мишени для восстановительной терапии и медико-психологической реабилитации с учетом возможностей фармакотерапии и психотерапии.

### Литература

1. Михайлов Б. В. Стан і перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в умовах реформування медичної галузі України / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1(90). – С. 25–28.

2. Войтенко Р. М. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации при психических болезнях / Р. М. Войтенко. – СПб., 2003. – 382 с.

3. Марута Н. А. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 1(74). – С. 75–82.

4. Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачериков, К. В. Михайлова, В. Л. Гавенко и др. ; под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. – К. : Здоров'я, 1989. – 512 с.

5. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9–10.

6. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. – К. : Сфера, 2001. – 418 с.

7. Психотерапия: [учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации] / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Х. : Око, 2002. – 768 с.

8. Энтони В. Психиатрическая реабилитация / В. Энтони, М. Коэн, М. Фарка. – К. : Сфера, 2001. – 278 с.

9. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : клінічний посібник / за ред. П. В. Волошина, В. М. Пономаренко та ін. – Х. : APCIC, 2000. – 303 с.

10. Психологические тесты для профессионалов / авт. сост. Н. Ф. Гребень. – Минск : Современ. шк., 2007. – 496 с.

11. Практикум по психологии состояний : учебное пособие / под ред. проф. А. О. Прохорова. – СПб. : Речь, 2004. – 480 с.

### References

1. Myhajlov B. V. Stan i perspektyvy rozvytku psyhoterapii i medychnoi' psihologii' v umovah reformuvannya medychnoi' galuzi Ukraїny [The state and prospects of the development of psychotherapy and medical psychology in the context of the reform of the medical industry in Ukraine]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology]. 2017, vol. 25, issue 1(90), pp. 25–28. (In Ukr.)

2. Voytenko R. M. Aktual'nye problemy mediko-sotsial'noy ekspertizy i reabilitatsii pri psikhicheskikh boleznyakh [Actual problems of medico-social examination and rehabilitation in mental illnesses]. St. Petersburg, 2003, 382 p. (In Russ.)

3. Maruta N. A., Pan'ko T. V. Osobennosti diagnostiki i terapii trevozhnykh rasstroystv nevroticheskogo i organicheskogo genеза [Features of diagnosis and therapy of anxiety disorders of neurotic and organic genesis]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology]. 2013, vol. 21, issue 1(74), pp. 75–82. (In Russ.)

4. Bacherikov N. E., Mikhaylova K. V., Gavenko V. L. [et al.] *Klinicheskaya psikhiatrya* [pod red. prof. N. E. Bacherikova] [Clinical psychiatry [ed. prof. N. E. Bacherikov]]. Kiev, Zdorov'ya Publ., 1989, 512 p. (In Russ.)

5. Kabanov M. M. Reabilitatsiya v kontekste psikhiatrii [Rehabilitation in the context of psychiatry]. *Meditsinskie issledovaniya* [Medical research]. 2001, vol. 1, pp. 9–10. (In Russ.)

6. Karling P. Dzh. Vozvrashchenie v soobshchestvo. Postroenie sistem podderzhki dlya lyudey s psikhiatricheskoy invalidnost'yu [Return to the community. Building support systems for people with psychiatric disabilities]. Kiev, Sphere Publ., 2001, 418 p. (In Russ.)

7. Mikhaylov B. V., Tabachnikov S. I., Vitenko I. S., Chugunov V. V. *Psikhoterapiya* [uchebnik dlya vrachey-internov vysshikh meditsinskikh uchebnykh zavedeniy III–IV urovney akkreditatsii] [Psychotherapy [textbook for interns of higher medical schools of III–IV levels of accreditation]]. Kharkiv, Oco Publ., 2002, 768 p. (In Russ.)

8. Entoni V., Koen M., Farkas M. *Psikhiatricheskaya reabilitatsiya* [Psychiatric rehabilitation]. Kiev, Sphere Publ., 2001, 278 p. (In Russ.)

9. Kryterii' diagnostyky i likuvannya psyhichnykh rozladiv ta rozladiv povedinky u doroslyh [klinichnyj posibnyk za red. P. V. Voloshyna, V. M. Ponomarenko [et al.] [Criteria for the diagnosis and treatment of psychiatric disorders and adult behavior disorders [clinical manual ed. P. V. Voloshyn, V. M. Ponomarenko [et al.]]. Kharkiv, ARSIS Publ., 2000, 303 p. (In Ukr.)

10. *Psikhologicheskie testy dlya professionalov* [avt. sost. N. F. Greben'] [Psychological tests for professionals [aut. comp. N. F. Greben']]. Minsk, Modern school Publ., 2007, 496 p. (In Russ.)

11. *Praktikum po psikhologii sostoyaniy* [uchebnoe posobie pod red. prof. A. O. Prokhorova] [Workshop on Psychology states ed. by prof. A. O. Prokhorov]. St. Petersburg, Speech Publ., 2004, 480 p. (In Russ.)



А. В. Корж

УДК: 616.895.8-07.-036.1:614.253-084

© **Корж Анастасія Володимирівна (Україна)** – асистент кафедри психіатрії, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176; e-mail: anastasiyakorzh7@gmail.com.

© **Anastasiya Korzh (Ukraine)** – MD, assistant of the Department of Psychiatry, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, 58, Amosov Street, Kharkiv, 61176; e-mail: anastasiyakorzh7@gmail.com.

© **Корж Анастасія Владимировна (Украина)** – ассистент кафедры психиатрии, Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176; e-mail: anastasiyakorzh7@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 24–29

## ОСОБЛИВОСТІ КОЛЬОРОВОЇ АУТОІДЕНТИФІКАЦІЇ І САМООЦІНКИ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ

FEATURES OF COLOUR AUTOIDENTIFICATION AND SELF-ESTIMATION FOR PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AT RESEARCH OF ADHERENCE TO PSYCHOPHARMACOTHERAPY

ОСОБЕННОСТИ ЦВЕТОВОЙ АУТОИДЕНТИФИКАЦИИ И САМООЦЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

**Summary.** In work data are provided on studying self-identification on the basis of the color test of the relations at patients with paranoid schizophrenia at various degrees of adherence to treatment. The analysis of associations of colors with emotionally significant persons and concepts has shown that in general the patients with the low level of adherence to treatment neuroleptics / anti-psychotics have established the most pessimistic associations connected with negative values of colors in relation to health and a disease. In the specified group, in comparison with patients with moderate and satisfactory degree of adherence to therapy, low indicators of the relation of patients to treatment are found that is established when using a methodic of a self-estimation, also indicators of health, understanding a disease, trust to the doctor and advantage of treatment. In the group with a moderate degree of adherence to treatment, that is, with partial compliance, the examined patients considered themselves healthier, determined a satisfactory character, realized the benefits of treatment, which was correlated with similar clinical and psychopathological data. The level of self-esteem in patients with a satisfactory attitude to treatment was significantly higher in all indicators. Based on the results of the self-assessment study, correlates of adherence to treatment of varying degrees were established.

**Key words:** paranoid schizophrenia, adherence to therapy, colors autoidentification, self-estimation.

**Аннотация.** В работе приводятся данные изучения самоидентификации на основе цветового теста отношений у мужчин с параноидной шизофренией при различных степенях приверженности к лечению. Анализ ассоциации цветов с эмоционально значимыми лицами и понятиями показал, что в целом у пациентов с низким уровнем приверженности к лечению нейролептиками/антипсихотиками возникают самые пессимистичные ассоциации, связанные с отрицательными значениями цветов по отношению к здоровью и болезни. В указанной группе, по сравнению с больными с умеренной и удовлетворительной степенью приверженности к терапии, отмечены низкие показатели отношения пациентов к лечению, а также низкие показатели здоровья, осознания болезни, доверия к врачу и пользы лечения. В группе с умеренной степенью приверженности к лечению, то есть с частичным комплаенсом, обследованные пациенты считали себя более здоровыми, демонстрировали удовлетворительный характер, осознавали пользу лечения, что соотносилось с аналогичными клинико-психопатологическими данными. Уровень самооценки у больных с удовлетворительным отношением к лечению был значительно выше по всем показателям. По результатам исследования самооценки установлены корреляты приверженности к лечению различной степени.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, приверженность к терапии, цветовая аутоидентификация, самооценка.

### Вступ

На сьогодні проблема лікування шизофренії є однією з найактуальніших у психіатрії, незважаючи на існування великого арсеналу антипсихотичних препаратів, які належать до основних засобів терапії цього психозу [1–5]. Використання нейролеп-

тиків/антипсихотиків в багатьох випадках буває обмеженим у хворих з недостатньою прихильністю до прийому цих препаратів, у зв'язку з наявністю різноманітних небажаних побічних ефектів [6–9].

У зв'язку із зазначеним, у пацієнтів з даною патологією формується різне ставлен-



ня до терапії залежно від їхнього розуміння необхідності прийому препаратів для купірування гострих проявів захворювання, підтримуючої терапії та профілактики загострень [10–14].

Прихильне ставлення до прийому засобів антипсихотичної терапії може бути пов'язане з особливостями самооцінки та аутоідентифікації, які відображають критичні здібності пацієнтів, тому важливе значення в клінічній практиці має вивчення таких даних для об'єктивізації можливостей хворих розуміти необхідність прийому засобів лікування та запобігання загостренню психозу. Серед існуючих у патопсихології психодіагностичних методів, за допомогою яких можна наблизитися до розуміння механізмів самоаналізу хворих під час вирішення багатьох питань, у тому числі під час лікування засобами психофармакотерапії, є методики вивчення емоційних компонентів системи відношень на основі кольорового тесту відносин (КТВ) і самооцінки.

#### Мета дослідження

Визначення аутоідентифікації та самооцінки у пацієнтів могли б збагатити клінічні характеристики і об'єктивізувати дані, важливі для більш глибокого розуміння психологічних механізмів, завдяки яким формується прихильність до нейролептичної терапії. Вищезазначене обумовило необхідність дослідження властивостей аутоідентифікації і самооцінки у хворих на параноїдну шизофренію як обов'язкової передумови до вибору обґрунтованого методу психокорекції порушень прихильності до психофармакотерапії. Основні задачі включали вивчення даних кольорового тесту відносин і самооцінки у хворих із різною прихильністю до антипсихотичної терапії.

#### Матеріали та методи дослідження

Під наглядом було 112 хворих на параноїдну шизофренію чоловіків віком від 20 до 50 років. Контрольну групу (КГ) склали 35 практично здорових осіб відповідної статі та вікової категорії. Всі пацієнти були розділені на 3 групи залежно від вираженості прихильності до антипсихотичної терапії:

- перша група (Г1) – 36 осіб з низьким рівнем;
- друга група (Г2) – 37 осіб з помірним рівнем;
- третя група (Г3) – 39 осіб із задовільним рівнем.

У роботі використовувалися психодіагностичні методики – кольоровий тест від-

носин (КТВ) та дослідження самооцінки за Дембо–Рубінштейн. Для встановлення статистичної достовірності результатів одержані дані були піддані математичній обробці за допомогою параметричних та непараметричних методів: t-критерія Стьюдента; «кутового»  $\phi^*$ -критерія Фішера (одночасно у трьох вибірках); критерія U – Уїлкоксона–Мана–Уїтні, критерія  $\chi^2$  [14].

#### Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення емоційних компонентів на основі КТВ дало можливість встановити особливості емоційних компонентів системи відносин у хворих на параноїдну форму шизофренії з різним ступенем прихильності до терапії нейролептиками/антипсихотиками. Особливості характеристик міжгрупових відмінностей аналізувалися на основі асоціацій кольору з емоційно значимими особами і різними поняттями.

Дані Е. Ф. Бажина та А. М. Еткінда [15] свідчать про валідність оцінки самовираження за допомогою КТВ. Автори методики стверджують, що хворі, які ототожнюють себе з червоним і фіолетовим кольорами, мають більшу самоповагу, ніж ті, хто пов'язує власний образ із синім і чорним забарвленням. Інші кольори займали проміжне положення. Ці відмінності пояснюються емоційними значеннями відповідних кольорів. Якщо особа асоціює себе з таким, якому частіше приписують позитивне емоційне значення, то, природно, його самоповага вища, ніж у того, хто асоціює себе з забарвленням, пов'язаним з негативними значеннями.

Важливим показником у КТВ був ранг кольору, пов'язаного з тим чи іншим поняттям, тобто його порядковим номером у пробі. У проведеному дослідженні для кожної групи обстежених розраховувалися середні значення рангів тих забарвлень, які були асоційовані з кожним із стимульних понять. Крім того, в роботі було проаналізовано випадки асоціювання окремого кольору з кожним із об'єктів.

Результати дослідження базувалися на одержаних кольорових асоціаціях з поняттями «я», «щастя», «розум», «поведінка», «веселість», «розслабленість», «товариськість», «майбутнє імовірне», «майбутнє бажане», «мати», «батько», «жінка», «друг», «здоров'я», «справжнє», «хвороба».

Отримані результати свідчать про те, що в усіх групах пацієнтів найвищий ранг емоційної значущості мало стимулює

поняття «бажане майбутнє». У хворих на шизофренію уявлення про ідеалізоване майбутнє, на відміну від майбутнього реального, найбільш ймовірного, яке оцінювалося стриманіше, було більш значущим, ніж навіть власний образ, що свідчить про глибоку незадоволеність справжнім, актуальним станом речей. Такі закономірності були найбільш помітними в Г1, дещо менш вираженими – у Г2, а найслабкіші прояви зафіксовано у Г3.

Слід зазначити, що основні достовірні відмінності в емоційній значущості стимульних понять у обстежених виявлялися за п'ятьма позиціями: «реальне майбутнє», «розум», «веселість», «товариськість», «розслабленість». Причому, ці поняття мали найвищі ранги кольорів і були найбільш значимими у хворих Г3 порівняно з Г1 і Г2 ( $p < 0,01$ ).

Для хворих Г1 образ батька був менш значущим порівнянно з образом матері; в Г2 поняття «батько» оцінювалося як ще менш емоційно значуще, ніж образ матері. Поняття «здоров'я» та «хвороба» пацієнти Г1 асоціювали, як правило, песимістично і пов'язували з кольорами з другої половини ряду кольоровизначення. Оцінки цих самих понять хворими Г2 були оптимістичнішими і різноманітнішими, а в обстежених Г3 цей показник зростав ще більше. В цілому, у хворих Г1 спостерігалася явна тенденція до нижчих, ніж у Г2, і тим більше – в Г3, рангових оцінок практично всіх стимульних понять, за винятком «бажаного майбутнього». Це свідчить про невелику емоційну насиченість і значимість стимульних понять для обстежених Г2 і ще меншу – для хворих Г3.

Емоційні рейтинги стимульного поняття «поведінка» пацієнти Г1 пов'язували з зеленим (вольовим, самостійним) кольором, тоді як обстежені Г2 і Г3 – із жовтим, який, відповідно до прийнятої інтерпретації, символізує відкритість, товариськість, енергійність. Ці риси діаметрально протилежні особистісним характеристикам хворих Г1, тому очевидно, що для них символіка жовтого кольору була принципово іншою, ніж для здорових осіб.

Слід зазначити також, що поняття «жінка», «друг» у хворих Г1 викликали найбільше відмовних реакцій («справжніх друзів не буває» і т. п.), причому кількість відмов перевищувала показник продуктивних кольорових асоціацій. Ці ж тенденції, хоча й дещо

послаблені, відзначалися в Г2 і Г3. Важливо, що ті пацієнти, які все ж виконали цю пробу, оцінювали ці поняття як надзвичайно значущі. Слід підкреслити, що поряд з цим стимул «справжнє» частіше за все пов'язувався хворими з сірим або чорним кольорами. Причому, такі асоціації майже однаковою мірою були притаманні пацієнтам усіх досліджуваних груп.

Таким чином, виявлено суттєві зміни в системі кольорових асоціацій, які відображають ієрархію емоційної значущості й ставлення обстежених до стимульних понять. При цьому простежується тенденція зниження оцінок пацієнтами, особливо в Г1, а вісью достовірних відмінностей виступали переважно ситуативні чинники.

Крім того, виявлено суттєві розбіжності між групами порівняння. Так, у хворих Г1 відзначалося достовірніше ( $p < 0,01$ ), ніж в Г2, і тим більше – в Г3 ( $p < 0,05$ ), викривлення емоційної значущості образів найбільш близьких людей. Це проявлялося у нівелюванні ставлення до понять «мати» і «батько» з одночасним зростанням рейтингу понять «друг», «жінка» (при цьому в дійсності близькі друзі в обстежених цієї категорії були частіше винятком, ніж правилом).

Імовірно майбутнє пацієнти обстежених груп також оцінювали песимістично. Навпаки, бажані ідеалізовані перспективи були настільки емоційно-значущими, що ранжувалися навіть вище за власне «я».

Аналіз даних КТВ з оцінки відповідних характеристик різних емоційно значимих понять дозволив встановити особливості асоціацій у пацієнтів залежно від ступеня прихильності до терапії нейрорептиками/антипсихотиками. Так, для оцінки понять «жінка», «друг», «я», «щастя», «розум», «поведінка», «веселість», «розслабленість», «товариськість», «справжнє», «здоров'я», «хвороба», а також «мати» і «батько» пацієнти Г1 найчастіше обирали співвідношення з темними кольорами. Таким чином, у хворих з нонкомплаєнсом до терапії встановлено переважно песимістичну кольорову аутоідентифікацію.

Отримані за допомогою КТВ дані частково співвідносяться з результатами самооцінки. Для її вивчення в роботі була використана методика Дембо–Рубінштейн у семантико-диференційній, «профільній» формі. Пацієнту надавався бланк з горизонтальними градуйованими лініями, кожна з

яких відповідала одному з елементів самооцінки, який вивчався. Ступінь виразності ознаки вимірювалася рівномірним відрізком шкали, що давало можливість формалізувати і статистично обробити дані під час аналізу групових показників.

Таким чином, шкали були семантично однополюсними і визначали арифметичне процентне вираження від 0 до 100%. Позначка у крайній лівій точці шкали розцінювалася як нульова і свідчила про мінімальну вираженість ознаки в самооцінці (0%); середня точка вважалася умовно-нормативною (50%), тоді як крайня права позиція – максимальною оцінкою параметра, що вивчався (100%). З'єднуючи лінією всі зроблені пацієнтом позначки, ми одержували своєрідний «профіль» самооцінки. Середнє арифметичне значення всіх самооціночних міток розглядалося як загальний рівень самооцінки (РС). Зауважимо, що психічно здоровим особам властива тенденція визначати своє місце за всіма шкалами трохи вище середини.

Вивчення самооцінки за допомогою методики Дембо–Рубінштейн у дослідженні проводилося серед хворих на параноїдну шизофренію за факторами «характер», «розум», «здоров'я», «усвідомлення хвороби», «довіра до лікаря», «користь лікування», «майбутнє». Інтерпретували отримані дані за допомогою аналізу усереднених профілів самооцінки в групах порівняння. Результати дослідження відображено у таблиці (табл. 1).

Слід зазначити, що під час аналізу даних було виявлено істотні розбіжності у структурі самооцінки хворих. У Г1, на відміну від усіх інших груп обстежених, відзначалася найнижча оцінка ( $26,80 \pm 8,10$ ) власного здоров'я. Взагалі, за шкалою «здоров'я»

розбіжність в оцінках досягала досить значного рівня статистичної значущості ( $p < 0,01$ ). У Г2 порівняно з Г1 у середньому вважали себе трохи більш здоровими і відзначали у себе хороший характер, усвідомлювали користь лікування, що узгоджується з клініко-психопатологічними даними. Рівень самооцінки у Г3 за більшістю показників був близьким до нормативних даних, але за факторами «здоров'я», «характер», «майбутнє» відрізнявся від ГК на рівні достовірності ( $p < 0,05$ ).

Як свідчать представлені у таблиці усереднені дані, в Г1 і Г2 порівняно з Г3 виявлено достовірні розбіжності за шкалами «здоров'я», «усвідомлення хвороби», «довіра до лікаря» та «користь лікування» ( $p < 0,01$ ). В той же час власні оцінки хворих за поняттями «характер», «розум», «майбутнє» відрізнялися між зазначеними групами меншою мірою, але також достовірно ( $p < 0,05$ ).

У Г1 оцінка власного стану майже за всіма зазначеними факторами була істотно нижчою, ніж в Г2 і Г3, єдине виключення пов'язано з поняттям «розум», яке ці хворі також оцінювали нижче, але розбіжності не досягали ступеня достовірності ( $p > 0,05$ ). В цілому, самооцінка у Г1 відрізнялася значною тенденцією до заниження і досягала рівня достовірності порівняно з іншими групами.

З клініко-психопатологічної точки зору характер розбіжностей у самооцінці у пацієнтів Г1 був найбільш очікуваним і передбачуваним. Це можна пояснити особливостями ставлення до лікування, зокрема низьким рівнем прихильності до прийому препаратів у хворих цієї групи.

За результатами дослідження також виявлено, що рівень самооцінки у Г3 був значно

Таблиця 1

Співвідношення середніх показників самооцінки у хворих на параноїдну шизофренію ( $M \pm \sigma$ )

Групи обстежених <sup>1</sup>	Елементи самооцінки (%)						
	Характер	Розум	Здоров'я	Усвідомлення хвороби	Довіра до лікаря	Користь лікування	Майбутнє
Г1	$30,50 \pm 6,80^{**}$	$24,20 \pm 9,70$	$26,80 \pm 8,10^{**}$	$43,20 \pm 12,60$	$22,80 \pm 8,90$	$28,80 \pm 9,60$	$30,20 \pm 9,20^*$
Г2	$39,40 \pm 2,30^{**}$	$35,10 \pm 9,60$	$42,10 \pm 11,40^{**}$	$45,20 \pm 14,10$	$26,60 \pm 6,20$	$54,70 \pm 11,50$	$32,20 \pm 8,30^*$
Г3	$47,40 \pm 7,60^*$	$41,40 \pm 7,80$	$48,80 \pm 6,10^*$	$54,40 \pm 12,20$	$32,30 \pm 8,30$	$77,80 \pm 10,70$	$48,30 \pm 16,40^*$
ГК	$61,60 \pm 9,80$	$59,10 \pm 9,20$	$64,80 \pm 15,80$	–	–	–	$65,30 \pm 14,10$

## Примітки:

- <sup>1</sup> – достовірність відмінностей між групами обстежених наводиться в тексті;  
\* – достовірність відмінностей показників хворих порівняно з контролем на рівні  $p < 0,05$ ;  
\*\* – достовірність відмінностей показників хворих порівняно з контролем на рівні  $p < 0,01$ .

вищий, ніж у Г1 і Г2 ( $p < 0,05$ ). Ці дані відповідають кращому ставленню до лікування в обстежених зазначеної групи.

У порівняльному аспекті отримані показники самооцінки у хворих на шизофренію при різному ступені прихильності до лікування дозволили встановити як загальні порушення, так і особливості, пов'язані зі ставленням до терапії. Так, в Г1, Г2 і Г3 виявлені значущі відмінності в оцінках власного здоров'я, характеру, майбутнього, при цьому найнижчі показники зареєстровано в Г1. У пацієнтів цієї групи виявлені також розбіжності за шкалами, що характеризували усвідомлення хвороби, довіру до лікаря, користь лікування, які відрізнялися достовірно нижчими показниками, ніж у хворих Г2 і Г3.

У Г2 отримано нижчі, ніж в Г3, оцінки всіх зазначених показників, але рівень достовірності таких змін був дещо нижчим. Загалом, рівень самооцінки у Г3 був значно вищий порівняно з відповідними показниками у Г1 і Г2. В цілому, в Г3 самооцінка характеризувалася помірною тенденцією до зниження та може розцінюватися як більш адекватна, ніж у пацієнтів інших груп.

Таким чином, дослідження самооцінки за допомогою методики Дембо–Рубінштейн дало можливість об'єктивізувати критичність ставлення хворих до себе, власного здоров'я, а також до лікування, що знайшло відображення у прихильності до терапії різного ступеня вираженості.

### Висновки

Вивчення емоційних компонентів системи відносин на основі КТВ дозволило встановити їх особливості у хворих на параноїдну шизофренію з різним ступенем прихильності до лікування, які можна віднести до корелят відношення до прийому нейролептиків/антипсихотиків. Значно занижені рейтинги на емоційно значимі поняття співвідносилися в клініко-психопатологічному плані з найнижчою прихильністю до лікування і навпаки. За результатами дослідження самооцінки з вивченням профілів, які стосувалися здоров'я, усвідомлення хвороби, довіри до лікаря, користі лікування встановлено кореляти найнижчої прихильності до лікування у пацієнтів з низькими показниками самооцінки за зазначеними шкалами.

### Література

1. Марута Н. А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии / Н. А. Марута // Здоров'я України. – 2014. – № 2(29). – С. 42–43.
2. Акименко Е. А. Клинико-психопатологическая структура больных шизофренией с суицидальным поведением / Е. А. Акименко // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 14, №1. – С. 20–22.
3. Абрамов В. А. Медикосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк : Каштан, 2006. – 268 с.
4. Гончаров В. Е. Дифференцированный подход к выбору модели реабилитации болеющих шизофренией / В. Е. Гончаров // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 1 (64). – С. 61–63.
5. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 7–14.
6. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии : методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева ; сост. Н. Б. Лутова и др. – СПб., 2007. – 24 с.
7. Сидоренко Т. В. Повышение приверженности к терапии – дополнительный путь оптимизации эффективности лечения хронических заболеваний / Т. В. Сидоренко // Неврологический вестник. – 2010. – Т. XLII, вып. 1. – С. 84–87.
8. Шестопалова Л. Ф. Особливості терапевтичного альянсу у хворих на психічні та неврологічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 2 (67). – С. 74–76.
9. Бурчинский С. Г. Проблема безопасности в стратегии фармакотерапии атипичными нейролептиками / С. Г. Бурчинский // НейроNews. – 2010. – № 5 (24). – С. 37–41.
10. Шкала медикаментозного комплаенса. Новая медицинская технология / Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, А. Я. Вукс, В. Д. Вид. – СПб. : Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. – 35 с.
11. Долуда С. М. Современные представления о психологических особенностях больных шизофренией / С. М. Долуда // Медична психологія. – 2013. – № 1. – С. 92–96.
12. Закаль К. Ю. Клинические предикторы высокого и низкого уровней медикаментозного комплаенса у больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения / К. Ю. Закаль // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 2(87). – С. 43–46.
13. Бурцев А. К. Опыт оценки уровня социального интеллекта больных шизофренией с целью разработки целенаправленных реабилитационных мероприятий / А. К. Бурцев // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 160.
14. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
15. Бажин Е. Ф. Цветовой тест отношений / Е. Ф. Бажин, А. М. Эткінд. – Л. : Ленинградский научно-исследовательский институт неврологии и психиатрии им. В. М. Бехтерева, 1985. – 18 с.

## References

1. Maruta N. A. Problemy rannego vmeshatel'stva v psikhoz: farmakologicheskie i psikhosotsial'nye tekhnologii [Problems of early intervention in psychosis: pharmacological and psychosocial technologies]. *Zdorov'ya Ukrainy* [Health of Ukraine], 2014, no. 2(29), pp. 42-43. (In Russ.)
2. Akimenko E. A. Kliniko-psikhopatologicheskaya struktura bol'nykh shizofreniy s suitsidal'nym povedeniem [Clinico-psychopathological structure of patients with schizophrenia with suicidal behavior]. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal* [International Medical Journal], 2008, vol. 14, no. 1, pp. 20-22. (In Russ.)
3. Abramov V. A., Zhigulina I. V., Ryapolova T. L. Medikosotsial'naya reabilitatsiya bol'nykh s psikhicheskimi rasstroystvami [Medico-social rehabilitation of patients with mental disorders]. *Donetsk, Chestnut Publ.*, 2006, 268 p. (In Russ.)
4. Goncharov V. E. Differentsirovanny podkhod k vyboru modeli reabilitatsii boleyushchikh shizofreniy [A differentiated approach to the choice of the model of rehabilitation of patients with schizophrenia]. *Arhiv psyhiatrii* [Archive of psychiatry], 2011, vol. 17, no. 1(64), pp. 61-63. (In Russ.)
5. Gurovich I. Ya., Lyubov E. B., Storozhakova Ya. A. Vyzdorovlenie pri shizofrenii. Kontseptsiya «recovery» [Healing with schizophrenia. The concept of recovery]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2008, vol. 18, no. 2, pp. 7-14. (In Russ.)
6. Metod prognozirovaniya medikamentoznogo komplayensa v psixiatrii: metodicheskie rekomendatsii NIPNI im. V. M. Bekhtereva (sost. N. B. Lutova [et al.]) [The method of predicting drug compliance in psychiatry: methodical recommendations NIPNI him. VM Bekhtereva (compiled by N. B. Lutova [et al.])]. *St.-Petersburg*, 2007, 24 p. (In Russ.)
7. Sidorenko T. V. Povyshenie priverzhennosti k terapii – dopolnitel'nyy put' optimizatsii effektivnosti lecheniya khronicheskikh zabolovaniy [Increased adherence to therapy is an additional way to optimize the effectiveness of chronic disease management]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurological messenger], 2010, vol. XLII, issue 1, pp. 84-87. (In Russ.)
8. hestopalova L. F., Kozhevnikova V. A., Borodavko O. O. Osoblivosti terapevtichnogo al'yansu u khvorikh na psikhichni ta nevrologichni rozladi [Features of the therapeutic alliance in patients with mental and neurological disorders]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 2011, vol. 19, issue 2 (67), pp. 74-76. (In Ukr.)
9. Burchinskij S. G. Problema bezopasnosti v strategii farmakoterapii atipichnymi nejroleptikami [The problem of safety in the strategy of pharmacotherapy with atypical neuroleptics]. *NejroNews* [NeuroNews], 2010, no. 5(24), pp. 37-41. (In Russ.)
10. Lutova N. B., Bortsov A. V., Vuks A. Ya., Vid V. D. Shkala medikamentoznogo komplayensa. Novaya meditsinskaya tekhnologiya [Scale of medication compliance. New medical technology]. *St. Petersburg, Publ. house of NIPNI named after V. M. Bekhterev*, 35 p. (In Russ.)
11. Doluda S. M. Sovremennye predstavleniya o psikhologicheskikh osobennostyakh bol'nykh shizofreniy [Modern ideas about the psychological characteristics of patients with schizophrenia]. *Medychna psyhologija* [Medical psychology], 2013, no. 1, pp. 92-96. (In Russ.)
12. Zakal'K. Ju. Klinicheskie prediktory vysokogo i nizkogo urovnej medikamentoznogo komplayensa u bol'nykh paranoidnoj shizofrenij s nepreryvnym tipom techenija [Clinical predictors of high and low levels of drug compliance in patients with paranoid schizophrenia with continuous flow type]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 2016, vol. 24, issue 2(87), pp. 43-46. (In Russ.)
13. Burtsev A. K. Opyt otsenki urovnya sotsial'nogo intellekta bol'nykh shizofreniy s tsel'yu razrabotki tselenapravlennykh reabilitatsionnykh meropriyatiy [Experience in assessing the level of social intelligence of patients with schizophrenia in order to develop targeted rehabilitation measures]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 2007, vol. 15, issue 1 (50), p. 160. (In Russ.)
14. Sidorenko E. V. Metody matematicheskoy obrabotki v psikhologii [Methods of mathematical processing in psychology]. *St. Petersburg, Speech Publ.*, 2007, 350 p. (In Russ.)
15. Bazhin E. F., Etkind A. M. Tsvetovoy test otnosheniy [Color test relationship]. *Leningrad, Publ. house of Leningrad Scientific Research Institute of Neurology and Psychiatry. V. M. Bekhtereva*, 1985, 18 p. (In Russ.)



О. В. Мосейко

УДК 616.895.82-039.5

© **Мосейко Олексій Валентинович (Україна)** – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: olmoseyko@gmail.com.

© **Alexey Moseyko (Ukraine)** – postgraduate student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhia State Medical University, 26, Mayakovsky avenue, Zaporizhia, 69035; e-mail: olmoseyko@gmail.com.

© **Мосейко Алексей Валентинович (Украина)** – аспирант кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035; e-mail: olmoseyko@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 30–34

## ДИФЕРЕНЦІЙНО-ПРОГНОСТИЧНА МОДЕЛЬ АНАЛІЗУ КЛІНІЧНОГО ВАРІАНТУ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ

DIFFERENTIAL-PREDICTIVE MODEL OF ANALYSIS OF SCHIZOPHRENIA SIMPLE CLINICAL VARIANTS

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

**Summary.** In order to develop a differential-prognostic model of schizophrenia in its simplex atypical variants analysis which was based on the clinically-psychopathological research 100 patients who were suffering from the schizophrenia simplex were examined. On the basis of the analysis of clinical manifestations structure and dynamics, a differential-prognostic model that was based on the reflecting the evolution of the symptoms of the disease in the diagnostic process principle for each of 4 levels of atypical disease clinical picture was developed. The model includes the following stages: disease manifestation (the beginning of the diagnostic path); primary nosological qualification (primary determination of the nosological type of psychopathological disorders); the formation of a sub-syndromal hierarchy (the period of clinical observation of the developed disease clinical picture); syndromotropic consolidation (final nosological identification of psychopathological disorders); nosological shift (projection of the diagnostic path to the future).

**Key words:** schizophrenia, symptomatic, diagnostics, pathomorphosis, syndromokinesis.

**Аннотация.** С целью разработки дифференциально-прогностической модели анализа психопатогенеза атипичных вариантов простой формы шизофрении в ходе клинко-психопатологического исследования было обследовано 100 пациентов, страдающих простой формой шизофрении. На основе данных анализа структуры и динамики клинических проявлений заболевания была разработана дифференциально-прогностическая модель, основанная на принципе отражения эволюции симптомов заболевания в диагностическом процессе для каждого из 4 уровней атипичности клинической картины заболевания. Модель включает следующие этапы: манифестация заболевания (начало диагностического пути); первичная нозологическая квалификация (первичное установление нозологической принадлежности психопатологических расстройств); становление субсиндромальной иерархии (период клинической наблюдения развернутой клинической картины заболевания); синдромотропная консолидация (окончательная нозологическая идентификация психопатологических расстройств); нозологический шифт (проекция диагностического пути в будущее).

**Ключевые слова:** шизофрения, симптоматика, диагностика, патоморфоз, синдромокинез.

### Вступ

Сучасна психіатрична клініка демонструє тенденцію до зміни клінічних характеристик розладів психіки, діагностика та терапія яких традиційно розглядається як компетенційний базис спеціаліста. Підхід до стандартизації психодіагностики, авангардом якого стало запровадження у повсякденну практику клініциста статистичних класифікацій та терапевтичних протоколів (що орієнтовано на фармакологічну складову лікування), вступив у протиріччя з проблемою патоморфозу (ПМ) – процесом

зміни традиційного структурного та динамічного стереотипу перебігу патології під впливом зовнішніх чинників [1–3].

Діагностика психічних розладів ендогенно-процесуального кола представлена аналізом пропорції між позитивною та негативною психопатологічною симптоматикою. На відміну від класичного підходу, який передбачав ідеографічний характер діагностичного процесу і базувався на аплікації доступного консультативного потенціалу та інтуїтивних діагностичних гіпотез («почут-

тя шизофренії», принципу «розчеплення» та ін.), концепція інтеграції принципів доказовості у психіатричну клініку призвела до появи стандартизованого нозодескриптивного інструментарію [4–7].

Незважаючи на наявність формальних діагностичних критеріїв та уніфікованих методів їх визначення, під час діагностики психопатології ендогенно-процесуального кола виникають ускладнення, пов'язані з високим ступенем гетерогенності клінічних проявів у межах єдиної нозологічної форми [8].

За умови традиційної парадигми нозодискрипції зазначена проблема вирішувалася номінативною мультиплікацією, коли кожний атиповий варіант перебігу захворювання отримував власну назву та ставав прецедентом для подальшого аналізу, наприклад, грегерівська шизофренія (у поєднанні з алкогольною залежністю та перенесеними деліріозними епізодами), пропфшизофренія (у поєднанні з органічним ураженням, яке досягає ступеня деменції або розумової відсталості), гебоїдна шизофренія (як варіант перебігу простої форми з масивним парабулчним радикалом) та ін. [9].

Зараз цей шлях розв'язання парадоксу клінічної гетерогенності поглинутий стандартизованою рубрифікацією статистичних класифікацій. Між тим, у цьому контексті в особливому світлі постають атипові варіанти перебігу традиційних форм шизофренії – тобто такі, які підпадають під діагностичні критерії, але мають девіантну структуру або динамічну організацію симптоматики [10].

Існування атипових варіантів психопатології ендогенно-процесуального кола, що особливо актуально для простої форми шизофренії, можна пояснити впливом чинників патопластичної модифікації та дрейфом біопсихосоціального контексту захворювання. Аналіз атипового перебігу простої форми шизофренії за допомогою стандартизованого діагностичного інструментарію (а саме пошук специфічних пропорцій позитивної та негативної симптоматики) є наступним кроком до розв'язання питання ПМ [11].

Важливим завданням психіатричної методології є протидія нозодиссоллютивній тенденції. Ця мета досягається вивченням патогенеза психічних розладів, аналізом факторів та процесів, консолідуючих нозологічні форми з метою розробки комплексних систем діагностики та лікування у межах номотетичного підходу.

### Мета дослідження

Мета дослідження полягає у розробці диференційно-прогностичної моделі психопатогенезу атипових варіантів перебігу простої форми шизофренії на основі клініко-психопатологічного дослідження.

### Матеріали і методи дослідження

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної Ради (м. Запоріжжя) було обстежено 100 пацієнтів, які страждають на просту форму шизофренії. Усі хворі поступали до психіатричної лікарні у стабільному соматичному стані та пройшли соматоневрологічне обстеження. Тривалість захворювання складала від 10 до 22 років. Середній вік становив  $36,00 \pm 1,34$  роки. Під час роботи використовувалися клініко-анамнестичний, клініко-патопсихологічний, психодіагностичний, клініко-статистичний методи.

### Результати дослідження та їх обговорення

На основі даних, отриманих на попередніх етапах дослідження, встановлено структурні характеристики психопатологічної симптоматики періоду дебюту захворювання у обстежених з простою формою шизофренії. Виділено 8 варіантів ініціального комплексу симптоматики (ІКС), які виникають при дебюті захворювання: атрибутивний, псевдоневротичний, псевдообсесивний, патоафективний, психопатоподібний, парабулчний, аутистичний, апато-абулчний. Виявлено динамічні характеристики психопатологічної симптоматики хворих на просту форму шизофренії. Описано 5 векторів синдромікнезу (СК), які співіснують із формуванням шизофренічного дефекту: алієнаційний, диссоціальний, псевдоневротичний, паранойяльний та патоасоціативний.

Систематизовано варіанти клінічного перебігу простої форми шизофренії у контексті її ПМ. На підставі сполучення типів ініціальної симптоматики і векторів СК була сформована стратифікація рівнів атипії клінічних проявів простої форми шизофренії. Виділено 4 рівня клінічної атипії, на кожному з них встановлено клініко-психопатологічні особливості хворих.

Розроблена модель ґрунтується на принципі етапності у відображенні еволюції клінічних проявів у контексті діагностичного процесу. Вона включає кілька етапів.

### I етап – маніфестація захворювання.

Відображає терапевтично-інтактний період формування ІКС і, відповідно, початок діагно-

стичного шляху. На цьому етапі представлено варіанти ІКС, характерні для кожного рівня атипії клінічної картини:

- 0 рівень – апато-абулічний та аутистичний варіанти;
- 1 рівень – психопатоподібний та парабулічний варіанти;
- 2 рівень – псевдоневротичний та псевдообсесивний варіанти;
- 3 рівень – атрибутивний та патоафективний варіанти.

На I етапі неможливий перехід між рівнями атипії через відсутність динамічного розвитку симптомів.

**II етап – первинна нозологічна кваліфікація.** Відображає початок еволюції симптоматики у процесі психопатогенези та, відповідно, первинне встановлення нозологічної приналежності психопатологічних розладів. Для кожного рівня атипії вказані специфічні вектори СК:

- 0 рівень – алієнаційний;
- 1 рівень – дисоціальний;
- 2 рівень – псевдоневротичний;
- 3 рівень – параноїяльний та патоасоціативний.

На даному етапі можливий перехід між рівнями атипії за рахунок зміни синдромокинетичного вектора.

**III етап – становлення субсиндромальної ієрархії.** Відображає стійкий результат розвитку ІКС у тому чи іншому векторі СК, та, відповідно, період клінічної обсервації розгорнутої клінічної картини захворювання. Вказано типові варіанти субсиндромальної ієрархії для кожного з рівнів атипії:

- 0 рівень – дефіцитарна симптоматика > нозогенні реакції > поведінкова алієнація;
- 1 рівень – поведінкові порушення > дефіцитарна симптоматика > парабулічна активність;
- 2 рівень – поліморфні резистентні невротичні симптоми > дефіцитарна симптоматика;
- 3 рівень – маячні та афективні симптоми > формальні розлади мислення > дефіцитарна симптоматика.

На даному етапі можливий перехід між рівнями атипії за рахунок екстремального розвитку певних симптомів, які отримують таким чином клінічну домінацію.

**IV етап – синдромотропна консолідація.** Відображає процес організації семіотики у стабільні формації синдромального рівня та відповідає етапу остаточної нозологічної ідентифікації психопатологічних розладів.

Для кожного з рівнів атипії наведено специфічні варіанти стійких формацій семіотики:

- 0 рівень – ізольований апато-абулічний синдром;
- 1 рівень – гебоїдний або психопатоподібний синдром + апато-абулічний синдром;
- 2 рівень – синдромальні формації, подібні до невротичних синдромів + апато-абулічний синдром;
- 3 рівень – незавершені (деструктуровані) маячні та афективні (також і маячно-афективні) синдроми + апато-абулічний синдром.

На цьому етапі можливий перехід лише між 2 та 3 рівнями атипії за механізмом трансформації квазіневротичних станів із включенням до їх структури маячних ідей.

**V етап – нозологічний шифт.** Відповідає наступному етапу психопатогенези атипичних варіантів перебігу простої форми шизофренії, який демонструє проекцію діагностичного шляху у майбутнє (катамнестичний етап). На даному етапі проілюстровано варіанти зміни нозологічної приналежності розладів у результаті псевдоПМ простої форми шизофренії. Для кожного із рівнів атипії вказані вихідні нозологічні категорії:

- 0 рівень – проста форма шизофренії (ПМ відсутній);
- 1 рівень – гебоїдна форма шизофренії (конвенційно-тотожна простій формі зі специфічними поведінковими розладами);
- 2 рівень – шизотиповий розлад (результат псевдоПМ із конвергенцією іпохондричної, латентної/м'якої/непсихотичної/санаторної / псевдоневротичної/ларвованої/продромальної шизофренії у єдину діагностичну рубрику, що не відповідає простій формі із додатковими симптомами);
- 3 рівень – параноїдна форма шизофренії (результат псевдоПМ – діагностична аберація при ігноруванні неповноти та незавершеності маячних синдромів).

На даному етапі можливий подальший перехід (нозологічний шифт) між рівнями. Так, гебоїдна форма шизофренії, також, як і шизотиповий розлад, може перейти у просту (за умову поглинання поведінкових розладів апато-абулічним станом) або параноїдну форми шизофренії (у разі приєднання продуктивної симптоматики).

Диференційно-прогностична модель аналізу клінічного варіанту простої форми шизофренії неведена на **рис. 1**.



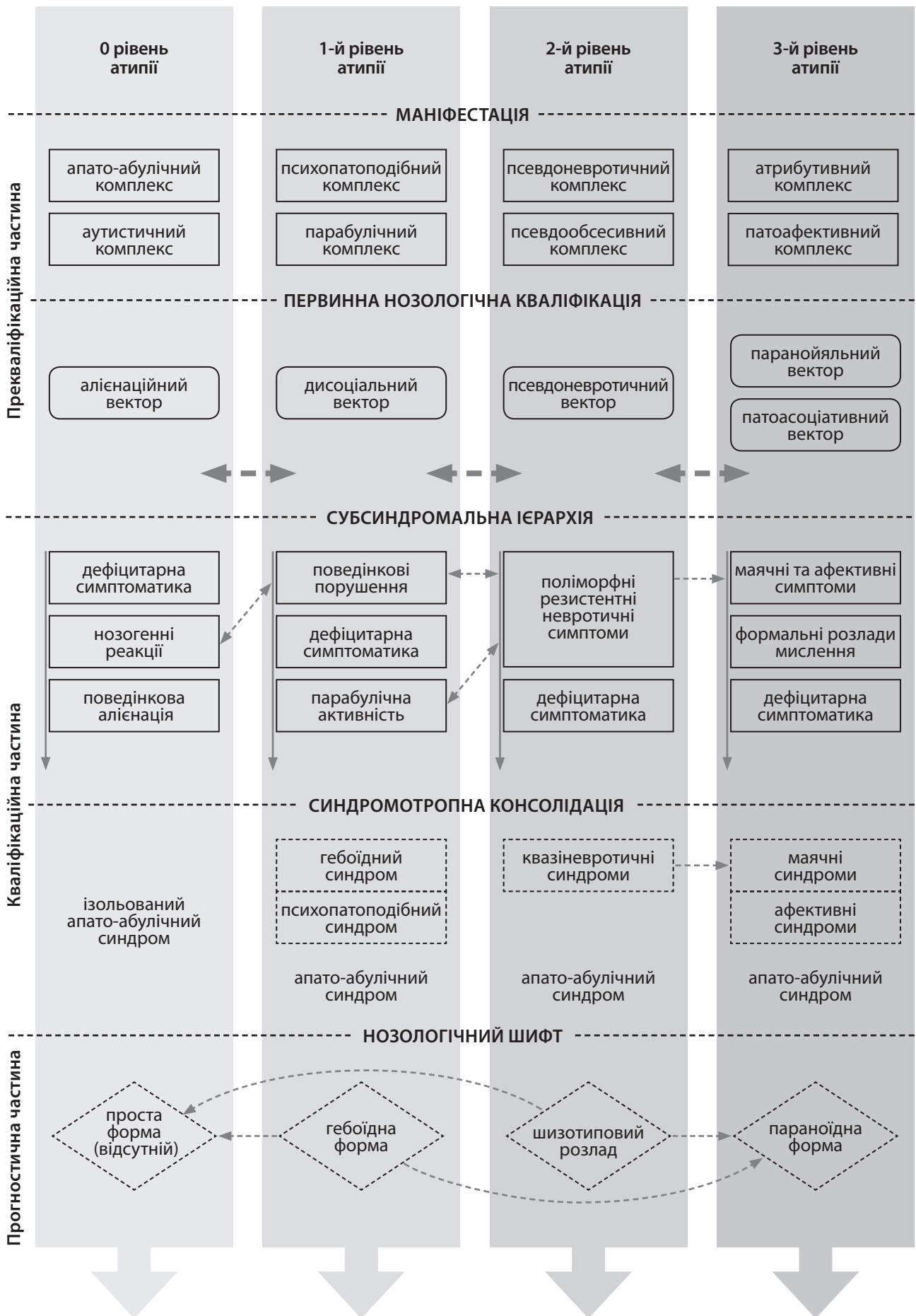


Рис 1. Диференційно-прогностична модель аналізу клінічного варіанту простої форми шизофренії

## Висновки

Розроблено диференційно-прогностичну модель аналізу клінічного варіанту простої форми шизофренії у контексті її патоморфозу.

Розроблена модель ґрунтується на принципі етапності відображення еволюції клінічних проявів у контексті діагностичного процесу для різних рівнів атипії клінічної картини простої форми шизофренії.

Модель включає такі етапи:

1) маніфестація захворювання (початок діагностичного шляху);

2) первинна нозологічна кваліфікації (первинне встановлення нозологічної приналежності психопатологічних розладів);

3) становлення субсиндромальної ієрархії (період клінічної обсервації розгорнутої клінічної картини захворювання);

4) синдромотропна консолідація (остаточна нозологічна ідентифікація психопатологічних розладів);

5) нозологічний шифт (проекція діагностичного шляху у майбутнє).

## Література

1. Ванюшина Е. А. Диагностические возможности и пути коррекции дезадаптации, возникшие вследствие простой шизофрении / Е. А. Ванюшина, О. В. Поплавская, Н. А. Черная // Фармация и фармакология. – 2015. – Т. 3, № 1. – С. 29–30.

2. Rittmannsberger H. The diagnosis «schizophrenia»: past, present and future / H. Rittmannsberger // Psychiatr Danub. – 2012. – № 24(4). – P. 408–414.

3. Кожина А. М. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией / А. М. Кожина, В. Е. Кришталь, Е. И. Сухоиванова // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, № 2 (59). – С. 36.

4. Коростий В. И. Современные подходы к антипсихотической терапии в системе лечения и реабилитации пациентов с шизофренией / В. И. Коростий, С. М. Ординанс, М. Ю. Григорчук // Український вісник психоневрології. – 2012. – № 1 (70). – С. 46–47.

5. Михайлов Б. В. Проблема шизофрении в современной психиатрии / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // Мужское здоровье и гендерная медицина. – 2013. – № 1(01). – С. 14–29.

6. Михайлов Б. В. Сучасний стан проблеми шизофренії / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 4 (65). – С. 39–47.

7. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects / A. Jablensky // Dialogues Clin Neurosci. – 2010. – № 12(3). – P. 271–287.

8. Чабан О. С. Шизофренія з позиції постпсихіатрії / О. С. Чабан // Здоров'я України. – 2012. – № 3. – С. 53.

9. Reiko K. Simple schizophrenia revisited: Its schizophrenic body image deviation / K. Reiko, N. Yuya, M. Nobuaki // Open Journal of Psychiatry. – 2012. – № 2. – P. 370–373.

10. Tandon R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11 / R. Tandon // Psychiatr Clin North Am. – 2012. – № 35(3). – P. 557–569.

11. Buss A. H. An inventory for assessing different kinds of hostility. / A. H. Buss, A. Durkee // Journal of Consulting Psychology. – 1957. – № 21. – P. 343–349.

## References

1. Vanyushina E. A., Poplavskaya O. V., Chernaya N. A. Diagnosticheskie slozhnosti i vozmozhnye puti korrektsii dezadaptatsii, vznikshie vsledstvie prostooy shizofrenii [Diagnostic complications and possible ways of correction of maladaptation, arising from simple schizophrenia]. Farmatsiya i farmakologiya [Pharmacy and Pharmacology], 2015, vol. 3, no. 1, pp. 29–30. (In Russ.)

2. Rittmannsberger H. The diagnosis «schizophrenia»: past, present and future. Psychiatr Danub., 2012, no. 24(4), pp. 408–414.

3. Kozhina A. M., Krishtal' V. E., Sukhoivanova E. I. Sovremennye podkhody k reabilitatsii bol'nykh shizofreniey [Modern approaches to the rehabilitation of patients with schizophrenia]. Tavricheskiy zhurnal psikhatrii [Taurian Journal of Psychiatry], 2012, vol. 16, no. 2(59), p. 36. (In Russ.)

4. Korostiy V. I., Ordinans S. M., Grigorchuk M. Yu. Sovremennye podkhody k antipsikhoticheskoy terapii v sisteme lecheniya i reabilitatsii patsientov s shizofreniey [Modern approaches to antipsychotic therapy in the system of treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia]. Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2012, vol. 20, no. 1(70), pp. 46–47. (In Russ.)

5. Mikhaylov B. V., Chugunov V. V. Problema shizofrenii v sovremennoy psikhatrii [The problem of schizophrenia in modern psychiatry]. Muzhskoe zdorov'e i gendernaya meditsina [Men's Health and Gender Medicine], 2013, no. 1 (01), pp. 14–29. (In Russ.)

6. Myhajlov B. V. Suchasnyj stan problemy shyzofrenii' [State of the art schizophrenia]. Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2010, vol. 18, no. 4 (65), pp. 39–47. (In Ukr.)

7. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. Dialogues Clin Neurosci., 2010, no. 12(3), pp. 271–287.

8. Chaban O. S. Shyzofrenija z pozycji' postpsyhatrii' [Schizophrenia position of Postpsychiatry], 2012, no. 3, p. 53. (In Ukr.)

9. Reiko K., Yuya N., Nobuaki M. Simple schizophrenia revisited: Its schizophrenic body image deviation. Open Journal of Psychiatry, 2012, no. 2, pp. 370–373.

10. Tandon R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. Psychiatr Clin North Am., 2012, no. 35(3), pp. 557–569.

11. Buss A. H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology, 1957, no. 21, pp. 343–349.



I. Г. Мудренко

УДК: 616.89-008.454:616.89.441.44]-053.9:616.831.2:616-058:314.04

**Мудренко Ірина Григорівна (Україна)** – к.м.н., асистент кафедри нейрохірургії та неврології, Медичний інститут Сумського державного університету, вул. Санаторна, 31, м. Суми, 40018; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com.

**Irina Mudrenko (Ukraine)** – PhD in Medicine, Assistant of Department of Neurosurgery and Neurology, Medical Institute of Sumy State University, 31, Sanatorna Street, Sumy, 40018; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com.

**Мудренко Ирина Григорьевна (Украина)** – к.м.н., ассистент кафедры нейрохирургии и неврологии, Медицинский институт Сумского государственного университета, ул. Санаторная, 31, г. Сумы, 40018; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 35–44

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ, КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ СУЇЦИДОГЕНЕЗУ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ ТА МЕТОДИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

THE MODERN VIEWS ON SOCIO-PSYCHOLOGICAL,  
CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL LAWS  
OF SUICIDOGENESIS AT DEMENTIA  
AND METHODS OF MEDICAL AND SOCIAL AID

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ  
О СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, КЛИНИКО-  
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЯХ  
СУИЦИДОГЕНЕЗА ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ  
И МЕТОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

**Summary.** Modern views on the etiopathogenesis of suicidal behavior in patients with dementia are highlighted on the basis of the review of scientific periodicals. The role of demographic, gender, socio-economic, psychological influences on the formation of a life crisis in the form of suicidal behavior is indicated. The leading clinical and psychopathological correlates of suicide in this group of patients are depression and anxiety; feeling of hopelessness and helplessness; decrease of the amount of operative memory; reduction of cognitive control over emotions; mild cognitive deficiency; relatively preserved social functioning; duration of the disease up to 1 year; presence of suicidal history. Factors decreasing the risk of suicide at dementia according to literature data are the prescription of the disease for more than three years; stay in a boarding school; absence of comorbid depression; deep cognitive deficiency. Comprehensive care for patients with dementia is carried out within the limits of the biopsychosocial model.

**Key words:** dementia, suicidal behavior, socio-psychological, clinical and psychopathological predictors, medical and social aid.

**Аннотація.** На основанні обзора наукової періодики освітлені сучасні погляди на етіопатогенез суїцидального поведіння у хворих з деменцією. Указана роль демографічних, гендерних, соціо-економічних, психологічних впливів на формування життєвого кризису в формі суїцидального поведіння. Ведущими клініко-психопатологічними корелятами суїцида у даної групи хворих є депресія та тривога; почуття безнадійності та неможливості; зменшення об'єму оперативної пам'яті; зниження когнітивного контролю над емоціями; м'який когнітивний дефіцит; відносно збережене соціальне функціонування; тривалість захворювання до 1 року; наявність суїцидальної історії. Факторами антиризика суїцида при деменціях за даними літератури є давність захворювання більше трьох років; перебування в інтернаті; відсутність коморбідної депресії; глибокий когнітивний дефіцит. Комплексна допомога дементним хворим проводиться в рамках біопсихосоціальної моделі.

**Ключевые слова:** деменции, суицидальное поведение, социально-психологические, клинико-психопатологические предикторы, медико-социальная помощь.

Похилий вік визнано одним із піків суїцидальної активності. Цей період життя зазвичай характеризується втратами роботи, фінансової незалежності, соціального статусу, кола спілкування, близьких родичів, подружжя та у більшості випадків – фізичного здоров'я. Одночасно з біологічними процесами старіння вищезазначені психогенні чинники запускають механізм фор-

мування психічних розладів. В Україні цей процес протікає особливо гостро, що обумовлено певними соціально-економічними факторами, і зараз Україна входить до десятки країн Європи з найбільшим рівнем аутоагресії: з кожних 100 тис. населення 22 особи здійснюють самогубства. Це відбувається, зокрема, внаслідок збільшення питомої ваги громадян похилого віку та

значної розповсюженості цереброваскулярної патології, яка провокує стрімкий ріст захворюваності на деменції.

У дослідженнях, проведених раніше, дані щодо частоти суїцидальної поведінки (СП) у хворих із деменціями відрізняються: деякі вчені наголошують на тому, що ризик суїциду в осіб з цим захворюванням низький; інші звертають увагу на непоодинокі випадки самогубств. Відомо, що при патоморфологічному дослідженні самовбивць часто знаходять характерні для хвороби Альцгеймера (ХА) зміни, хоча за життя це захворювання діагностовано не було.

Усе вищевикладене обумовлює актуальність теми і вимагає подальшого дослідження механізму суїцидогенезу при деменціях, адже вивчення закономірностей, які лежать в основі суїцидальної поведінки (СП), має вирішальне значення для систематичного попередження самогубств. Метою нашої роботи є пошук за даними літератури соціально-психологічних, клініко-психопатологічних предикторів суїцидальної поведінки у хворих із деменціями та відомих методів їх корекції. Пошук здійснювався в інформаційних наукових базах Google Scholar, PubMed, Medscape, Elibrary.ru.

Узагальнюючи отримані протягом дослідження дані, ми маємо підстави стверджувати, що всі чинники, які викликають СП, умовно можна розподілити на соціально-демографічні, гендерні, патопсихологічні, клініко-психопатологічні та біологічні. У даній роботі ми зосередимо увагу лише на соціальних і клініко-психопатологічних факторах, які впливають на формування СП при деменціях.

#### **Епідеміологія деменцій, соціально-демографічні предиктори суїциду**

Деменція – набуте зниження пам'яті та інтелекту внаслідок органічного враження головного мозку, яке призводить до втрати професійних навичок та здатності до самообслуговування. На деменції страждають 5% осіб віком 65–69 років, а зі збільшенням віку на кожні 10 років поширеність подвоюється. У світі зараз налічується приблизно 24–25 млн пацієнтів із цим захворюванням, і щороку реєструється майже 9,9 млн нових випадків [1–3].

Найпоширенішою формою деменції у світі є ХА (60–80%), менш розповсюджені васкулярна деменція (10–25%) і деменція

з тільцями Леві (7–25%). Інші форми цього розладу зустрічаються рідше, їх кількість не перевищує 10%. Часто зустрічаються змішані форми [4; 5].

Збільшення захворюваності на деменції у світі пов'язане, перш за все, з прискоренням темпів старіння населення (особливо в країнах із низьким і середнім рівнями доходів), зі збільшенням частки людей похилого та старечого віку, а також із удосконаленням методів діагностики, що дає змогу точніше виявляти захворювання. Аналогічно загальносвітовим тенденціям в Україні відбувається зростання розповсюженості деменцій [1–6].

Найбільшу зустрічальність деменції за реєстровано в Азійсько-Тихоокеанському регіоні – 9,9 млн випадків, тоді як у Європі – 7,7 млн, у Північній та Південній Америці – 5,2 млн, а в Африці лише 1,5 млн [2]. Відносно невелика кількість хворих в Африці обумовлена не тільки короткою тривалістю життя, а й складними умовами виживання, частими випадками приховування захворювання, поганим доступом до медичної допомоги, а також недостатніми дослідженнями цього регіону. У 2010 році кількість людей з деменцією у світі зросла до 35,56 млн: 15,94 млн випадків було зафіксовано в Азії, де захворювання продовжувало набирати темпи; 9,95 млн – в Європі; 7,82 млн – у країнах Північної та Південної Америки й лише 1,86 млн – в Африці.

Сучасний стан поширеності деменцій в Україні демонструє перевагу судинних форм над іншими. Питома вага хворих на судинну деменцію становить приблизно 41% [1; 4–6]. Така тенденція відрізняється від загальносвітової і обумовлена високою поширеністю цереброваскулярної патології у нашій країні, низькою якістю допомоги при мозкових катастрофах, недостатньою діагностикою ХА та меншою тривалістю життя.

Пацієнти з деменцією потребують тривалого догляду, тому їх часто влаштовують у притулки для старих. Згідно з даними літератури, поширеність деменції серед пацієнтів цих закладів становить від 39 до 87%. Основна частина витрат на дементних пацієнтів пов'язана зі здійсненням догляду в будинка-інтернатах, і у США, наприклад, потреба на одного хворого орієнтовно становить 40 тис. доларів на рік [5–8]. На пізніх стадіях деменції доволі часто виявляють поведінкові

та психопатологічні розлади, які ще більше посилюють економічний тягар і викликають труднощі в піклувальників [1].

Привертає до себе увагу високий рівень завершених суїцидів серед літніх людей. Аналіз даних ВООЗ дозволив встановити, що особи віком понад 65 років йдуть з життя добровільно в 1,3 рази частіше, ніж у загальній популяції [9–13].

Л. С. Сейфрід повідомляє, що зі 100 000 душевнохворих похилого віку 81 людина вкорочує собі віку [14]. За результатами дослідження, проведеного в Данії, встановлено, що серед респондентів 50–69 років з деменцією ризик самогубства у 8–10 разів вищий, ніж в осіб без недоумства; цікаво, що після 70 років ймовірність суїциду зменшується, але все ж перевищує загальну кількість у 3 рази [15]. Щодо гендерних відмінностей СП у похилому віці, відомості різняться: одні автори зазначають, що чоловіки скоюють самогубства у 10 разів частіше за жінок, інші доводять, що СП зустрічається у літніх осіб обох статей з однаковою частотою [16].

Вивчення суїцидів у міській та сільській місцевостях дозволило встановити тенденцію до прогресуючого зростання суїцидів у селах (особливо в чоловічій популяції зрілого працездатного віку) та їх переважання в усіх регіонах України. Це обумовлено зростаючою соціальною ізоляцією, прогресуючим старінням, високим ступенем залежності населення від психоактивних речовин і недостатньо розвиненим медичним сервісом, а також вищим рівнем безробіття на тлі нижчих культурно-освітніх стандартів та якості життя порівняно з міськими [11; 17].

#### **Клініко-психопатологічні та патопсихологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих з деменціями**

Похилі люди страждають на психічні розлади значно частіше, ніж населення в цілому, проте до психіатрів і психотерапевтів звертаються рідше [4; 8]: часто особи старші за 60 років не надають значення розладам пам'яті, настрою та поведінки, розглядаючи їх як неминучий результат старіння [5; 8].

На сьогодні пріоритет у психіатрії мають інтегруючі моделі формування СП, у яких на тлі психопатологічних, психологічних та біологічних чинників життєвий стрес стає

пусковим механізмом для здійснення самогубства [4]. Суїцид – багатокомпонентне явище, зумовлене характерологічними особливостями, біологічними змінами в головному мозку та психогенними впливами соціуму. Прихильники традиційної медичної моделі підкреслюють провідну роль психопатології в патогенезі СП; ті ж, хто орієнтуються на психосоціальну модель, підкреслюють значення соціальної ізоляції, соціальної неспроможності внаслідок когнітивних змін [5; 9; 10; 12].

Існує тісний зв'язок когнітивних розладів при деменціях із широким колом психопатологічних синдромів та поведінкових розладів [4–6]. Так, при первинно-дегенеративних деменціях депресивні прояви діагностуються в 20–30% випадків, а при судинній (мультиінфарктній) – в 25–30% епізодів [4–6]. Наявність коморбідної психопатологічної симптоматики при слабоумстві є прогностично несприятливою ознакою прогресу когнітивного дефіциту, обмеження активності у повсякденному житті, інвалідизації та швидкої смерті [4–6; 18].

Більшість авторів вважає, що ризик суїциду найбільший при депресії та тривозі. Депресія може бути єдиною клінічною ознакою на початкових стадіях деменції. Встановлено, що хворі з тяжким ступенем когнітивного дефіциту мають більший рівень симптомів депресії, ніж пацієнти з помірним або легким ступенем прояву симптомів. Приблизно дві третини хворих з коморбідною депресивною симптоматикою думають про самогубство, а 10–15% вчиняють спроби вкоротити собі віку. Найнебезпечнішими щодо скоєння суїциду, на думку багатьох авторів, є початкові стадії деменції – більшість випадків позбавлення себе життя відбувається у перші три роки з моменту встановлення діагнозу «деменція» [15].

До захворювань, які підвищують суїцидальний ризик (СР) у похилому віці, належать наявність тяжкої соматичної хвороби та синдрому залежності від алкоголю. Такі психопатологічні розлади, як депресія, тривога, відчуття внутрішнього дискомфорту, наростання диссомнії сприяють переходу ідеаторних форм СП до безпосереднього здійснення поведінкових аутодеструктивних актів. СП у осіб даної групи характеризується вибором високолетального способу, повторними суїцидальними спробами та мають істинний характер [19].

У сучасних наукових джерелах існують різні, часто розбіжні, думки щодо СР при деменції: деякі вчені вважають, що СР при слабоумстві низький; інші ж, навпаки, наполягають, що ризик високий, мотивуючи це великою спорідненістю деменції і депресії. СР знижується з посиленням когнітивного дефіциту, але це твердження є суперечливим, існують непоодинокі повідомлення про спроби самогубства в стадії глибокої деменції [15].

У похилому віці ідеаторні форми СП переважають над зовнішньоповедінковими актами, проте погіршення когнітивних функцій запобігає реалізації суїцидальних намірів. Відомо, що думки про самогубство виникають приблизно у 40% літніх людей з депресією та когнітивним дефіцитом (від м'якого – до помірної деменції). Феноменологія форм СП у похилому віці має свої особливості. Так, у хворих з нейрокогнітивним дефіцитом СП може мати пасивний характер та проявлятися у відмові від їжі, води та ліків [15]. Відмінною особливістю літніх суїцидентів є те, що смерть сприймається ними як бажаний засіб позбавлення від труднощів.

Й.Й.Манн висунув концепцію стрес-діагнотезу, відповідно до якої в основі суїциду лежить порушення когнітивного (ментального) контролю, а також дефіцит соціального функціонування та імпульсивність [20].

В роботах Н.О.Марути повідомляється, що особистісні переживання осіб похилого віку характеризуються відчуттям провини, непотрібності близьким, відсутності перспективи у майбутньому, емоційної вразливості й втрати емоційного відгуку, а також зниженою впевненістю у собі. Виявлені якості свідчать про помітну фіксованість таких хворих на скороченні соціальної активності та потребі в близькому оточенні. Самогубці скаржились на відсутність соціальної підтримки та безгрошів'я [7].

У більшості досліджень, присвячених проблемі самогубств у похилому віці, проводять паралель з почуттям безнадії. Ступінь безнадії достеменно вища в осіб, які вчиняли спроби самогубства, ніж у тих, хто висловлював суїцидальні думки [7; 12]. До психологічних детермінант СП у хворих з деменціями, окрім відчуття безнадії, належать низький рівень позитивних емоцій і екстраверсії, високий невротизм, недостатні показники когнітивної регуляції емоцій, почуття гніву, провини. Натомість зменшення інтенсивності негатив-

них емоцій (депресії, песимізму, неспокою, самоприниження) сприяє зменшенню суїцидальних інтенцій [4; 5].

Дефіцит когнітивного контролю виявлений як у хворих, що вчинили замах на власне життя, так й у їхніх близьких родичів. У осіб з високим СР при деменції виявлено низький ступінь активної супресії бажань, порушення процесу прийняття рішень у складних ситуаціях, проблеми у навчанні, зниження уваги і робочої пам'яті [4; 5]. Під час дослідження [21] з'ясовано, що неспроможність обмежувати потік несуттєвої інформації при деменціях може погіршити здатність адекватно реагувати на стресові ситуації, що підвищує ризик суїциду.

Вчені, які вивчали взаємозв'язок між ступенем когнітивного дефіциту та схильністю до самогубства, встановили, що стан пізнавальних функцій не залежить від форми СП (думки, спроби, наміри); також не виявлено достовірного зниження пам'яті та інтелекту у хворих на деменцію, які скоїли суїцидальну спробу і в групі контролю (без СП). Таким чином, у ході досліджень доведено, що стан когнітивних функцій не залежить від стану афективної сфери [3; 14; 21].

У роботах іноземних науковців відзначено, що існує взаємозв'язок між низьким рівнем соціальної взаємодії, порушенням пізнавальних функцій та СП у літніх осіб. К.Сзанто, А.І.Домбровські, Б.Й.Сахакіан висловили припущення, що суттєвий вплив на формування СП справляють неможливість розпізнавати складні емоційні стани оточуючих, схильність до обмеження соціальних контактів; ворожнеча, імпульсивність у комунікаціях, брак соціальної підтримки та невирішеність соціальних проблем [22].

У дослідженні Л.Цларк наголошується, що рівень оперативної пам'яті у самогубців похилого віку нижчий, ніж у групі хворих на депресію без проявів СП [20].

Під час проведення ретроспективного когортного дослідження виявлено вищий ризик СП у респондентів європеоїдної раси – з частими госпіталізаціями до психіатричних лікарень, лікуванням антидепресантами та анксиолітиками (більшість з них (73%) загинули від використання вогнепальної зброї). Вираженість супутньої соматичної патології на СР у хворих на деменцію не впливала. Перебування пацієнтів у бунках-інтернатах зменшувало СР у цієї категорії хворих [14].

На думку групи вчених, збереження семантичної пам'яті має вирішальне значення в усвідомленні самого себе та самоідентифікації в певний період часу на підставі досвіду, набутого в минулому. Однією з причин СП є неможливість виконання дій, звичних для хворих у минулому. Результати тестів у осіб зі слабоумством, схильних до суїциду, довели, що через дементний процес у них відсутній потенційний досвід, конкретне мислення переважає над абстрактно-логічним, а також наявні порушення самоусвідомлення, самоідентифікації та проєкції себе в майбутньому [23].

10-річний ретроспективний аналіз показав, що 7,6% хворих на ХА загинули в результаті суїциду. Більшість авторів зазначає, що ризик самогубства в пацієнтів з ХА збільшується за наявності коморбідної депресії. Але, враховуючи високу поширеність депресивних розладів при судинній деменції, вважаємо за доцільне подальше вивчення хворих із різними клінічними формами деменції [4; 5].

Крім безпосередньо когнітивного дефіциту, пацієнтів із слабоумством відзначають прояви ажитації, агресивної поведінки, бродяжництва, делірій, загальна дезорганізація психіки, що є безпосередньою причиною суїциду та госпіталізації до психіатричних стаціонарних закладів [24].

#### **Методи лікування та превенції суїциду, поведінкових та коморбідних психопатологічних розладів при деменціях**

Лікування хворих з аутоагресивними проявами в клінічній картині необхідно проводити методом невідкладної комплексної суїцидологічної допомоги із застосуванням кризової фармакотерапії та психотерапії. Фармакотерапевтичні препарати – атипіві нейролептики, антидепресанти та транквілізатори – призначаються з урахуванням провідного психопатологічного синдрому. Психотерапевтичні заходи реалізуються у формі індивідуальної кризової психотерапії і включають такі етапи: кризову підтримку, кризове втручання, підвищення рівня адаптації хворих [16].

Повертаючись до деменцій, зауважимо, що концепція лікування хворих зі слабоумством спрямована на покращення їхніх когнітивних функцій та соціального функціонування. В сучасній психіатрії застосовується

багатовекторний підхід у межах біопсихосоціальної моделі надання допомоги таким пацієнтам. Базовою метою організації медичної допомоги хворим на деменції є:

- якомога більш рання діагностика когнітивного дефіциту за допомогою скрінг-методу в первинній медичній мережі;
- оптимізація фізичного здоров'я та когнітивних здібностей;
- виявлення та лікування поведінкових та коморбідних психопатологічних симптомів;
- виявлення та лікування супутньої соматичної хвороби;
- оптимізація фізичної активності, комунікацій та соціального благополуччя;
- психоосвітня робота з особами, які здійснюють догляд за хворими.

Внаслідок ураження ацетилхолінергічних рецепторів патологічним (атрофічним, судинним) процесом, патогенетично доцільним є призначення антихолінергічних препаратів. До інгібіторів ацетилхолінергази (АХЕ) належать донепезіл, рівастигмін, галантамін, іпідакрін [7; 8]. Але стратегія впливу на нейротрансмітерні системи все частіше піддається сумніву, оскільки базується на інтактності нейрональних мішеней. Наприклад, при ХА часто відсутній очікуваний ефект від застосування холінергічних препаратів саме через прогресування загибелі холінергічних нейронів зі зменшенням загальної насиченості рецепторів, на які мають діяти ці препарати [25].

Фармакотерапія коморбідних суїцидо-небезпечних психопатологічних станів у хворих на деменції ускладнюється віковими змінами фармакокінетики і фармакодинаміки препаратів, а також наявністю органічних змін мозку і різними соматичними захворюваннями. Побічні дії виникають при застосуванні навіть не середньотерапевтичних, а мінімальних доз лікарських засобів. Підкіркова дисфункція, яка спостерігається в осіб похилого віку, сприяє розвитку характерних для депресій старечого віку екстрапірамідних розладів, у першу чергу, паркінсонізму і пізньої дискінезії.

Лікування депресій при ХА здійснюється антидепресантами нового покоління – селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СИЗС) та зворотними селективними інгібіторами

моноаміноксидази (ІМАО) у поєднанні з патогенетичною терапією ХА антихолінергічними засобами та блокаторами NMDA-рецепторів [8; 24]. Застосування інгібіторів АХЕ, у свою чергу, сприяє зменшенню роздратованості, емоційної лабільності у хворих на деменції та зменшує дистрес у осіб, які здійснюють догляд за хворими.

Більшість авторів висловлює думку, що лікування коморбідної афективної та психотичної симптоматики антипсихотиками необхідно поєднувати безпосередньо з нейропротективною терапією. Так, серед препаратів для лікування когнітивних судинних порушень вигідно вирізняється гідрохлорид  $\gamma$ -аміно- $\beta$ -фенілмасляної кислоти (фенібут) – цей ноотроп комплексної дії з широким спектром фармакологічної активності через його адаптогенний, антистресовий, снодійний ефекти відносять до транквілоноотропів.

Можливість тривалого застосування лікарських засобів без побічних ефектів у будь-якому віці обумовлена спорідненістю до природних метаболітів організму. У випадках постінсультного когнітивного дефіциту важливу роль відіграють антиаритмічний та гіпотензивний ефекти, поліпшення церебральної гемодинаміки при ішемії мозку, нормалізація вегетативної регуляції при церебральній ангіодистонії. Окрім цього, фенібут призначають при постінсультному судомному синдромі та спастичності [26].

Для лікування деменцій використовують широке коло нейротрофічних, антихолінергічних та ноотропних препаратів. Результати власного наукового дослідження щодо лікування коморбідної депресивної симптоматики у хворих із різними клінічними варіантами деменції продемонстрували ефективність препарату когніфен. Цей лікувальний засіб є комбінованим та містить нообут і нейромідин – отже впливає як ноотроп з седативною дією та як антихолінергічний засіб. Хворих досліджували в трьох групах, утворених за типом деменції: внаслідок ХА, з судинною та змішаного типу. Доведено позитивний вплив препарату на редукцію депресивної симптоматики при різних клінічних варіантах деменцій та зниження рівня депресії з тяжкого і помірного – до легкого. Відзначено сприятливу дію на редукцію суїцидальних проявів (анти-

вітальних висловлювань, думок, намірів, спроб) у хворих з деменцією внаслідок ХА та змішаного типу на рівні  $p \leq 0,05$ . Отже, на думку авторів, застосування когніфену для купірування коморбідної депресивної симптоматики у хворих з деменціями дозволяє уникнути поліпрагмазії та додаткового призначення антидепресантів та транквілізаторів [8; 27; 28].

Найсучасніші дослідження в області нейропротекції вивчають механізми клітинної та тканинної трансплантації при дегенеративних захворюваннях головного мозку. Безпосереднє введення клітин мозку ембріона хворому не стимулює нейрогенез, але посилює нейротрофічний ефект, який лежить в основі механізму дії відповідних препаратів. Так, доведено ефективність ноотропного препарату церебролізін, який є продуктом протеолітичного розщеплення білків головного мозку свині. За даними дослідників, церебролізін пригнічує активність  $\beta$ -амілоїду, чим активує нейрогенез в гіпокампі при ХА. Доведено позитивний вплив препарату на синаптичну передачу, шляхом впливу на пресинаптичні аденозинні рецептори. Застосування церебролізіну в експерименті сприяє підвищенню кількості нейрогенних клітин кори великого мозку [8; 27; 28].

В Японії з метою лікування депресивних проявів у людей похилого віку застосували акупунктуру. Обстеження під час сесії голковколівання за допомогою позитронної емісійної томографії (ПЕТ) продемонструвало покращення кровотоку в передніх і задніх ділянках кори головного мозку. Після сеансу зменшилася вираженість симптомів депресії за шкалою Гамільтона [29].

Досить ефективними біологічними методами терапії СП є латеральна фізіотерапія, окремі види терапії (електросудомна, парнополяризуєча, перемінним магнітним полем низької частоти), краніоцеребральна гіпотермія. Латеральна фізіотерапія (зонально-латеральна електростимуляція) – біологічний вплив, заснований на функціональній міжпівкулевій асиметрії мозку, – дозволяє впливати на «суїцидальний симптомокомплекс» шляхом створення достатньої контрлатеральної домінантної активності в менш ушкодженій хворобою півкулі головного мозку [12].

Догляд за дементними хворими викликає дистрес у членів їхніх родин. Рівень



соціального функціонування та психологічного здоров'я осіб, які здійснюють опіку, прямо корелює з тягарем щоденного догляду за літнім хворим; вираженістю поведінкових, афективних, диссомнічних порушень, а також втратою довіри, емоційної близькості між членами родини внаслідок наростання нейрокогнітивного дефіциту в людини, яка хворіє [30].

З огляду на це, ефективним є застосування комплексної сімейно-центрованої реабілітації за участю членів родин хворих. Вона включає заходи, спрямовані як на пацієнта, так і на родичів (психодіагностика, психокорекція, психологічне консультування). Важливими елементами програми комплексної реабілітації хворих на деменції є створення комфортного середовища для них, розробка і дотримання оптимального режиму дня з раціональною організацією обов'язкових щоденних справ (сон, вдягання, прийом їжі, індивідуальна гігієна), а також підтримка їхньої соціальної активності.

Задля створення максимально ефективних умов соціально-психологічної адаптації хворих на деменції Д. А. Волощук радить проведення тренінгів соціальних навичок для пацієнтів та здійснення тривалої психологічної підтримки родичів на амбулаторному етапі лікування. З цією метою використано соціальну мережу Facebook, де створено тематичну сторінку та відкрито тематичний форум для учасників програми [30].

За кордоном функціонують клініки пам'яті для людей з порушеннями когнітивних функцій. Основним завданням таких центрів є встановлення і з'ясування когнітивних порушень різного ступеня та ґенези, а також надання нефармакологічної соціально-психологічної допомоги хворим та піклувальникам [5].

З метою діагностики доклінічної стадії сімейної форми ХА, науковці радять пройти генетичне консультування для з'ясування ризиків. При цьому увага в публікаціях приділяється реакції хворих на інформацію про встановлення діагнозу «деменція». Подання інформації про невиліковну хворобу в неправильній формі спричиняє життєвий стрес та не виключає катастрофічної реакції у вигляді суїциду. Автори наголошують на необхідності поступового розкриття інформації в повному обсязі, необхідності в бесіді вказувати на можливість повільного прогресування хвороби, збереженні яко-

сті життя на донозологічному рівні та доступності лікування. Бажаним є залучення членів родини, за згодою хворого, для підтримки життєдіяльності пацієнта та емоційної підтримки [30].

Серед психотерапевтичних втручань у літніх пацієнтів перевага надається когнітивно-поведінковій психотерапії з акцентом на аналізі життєвого шляху. Застосовуються техніки формування позитивного погляду на стан справ і його порівняння з ситуацією в інших; самоідентифікація з долею дітей та внуків; зниження рівня власних життєвих вимог. У самотніх пацієнтів доволі ефективною є інтерперсональна психотерапія [5; 30].

### Висновки

1. Спроби суїциду у літніх осіб пов'язані з незадовільними соціальними комунікаціями, звуженням кола спілкування та порушенням міжособистісних відносин.

2. До психологічних детермінант суїциду в похилому віці належать вороже ставлення до оточуючих, відчуття безнадії, гніву, провини, імпульсивність, прояви агресії; низький рівень екстраверсії, позитивних емоцій; високий рівень нейротизму, слабкий когнітивний (ментальний) контроль регуляції емоцій; зменшення об'єму оперативної пам'яті та концентрації уваги; порушення пізнавальних функцій, зокрема, проблеми у диференціації складних емоцій оточуючих.

3. Серед обстежених з різними формами слабоумства найвищий ризик суїциду встановлено у хворих з деменцією внаслідок ХА.

4. Клініко-анамнестичними предикторами суїциду при деменціях, за даними літератури, є початкові стадії деменції, м'який когнітивний дефіцит, давність захворювання до 1 року, часті госпіталізації до психіатричних стаціонарів, наявність в клініці чи анамнезі епізодів тривоги чи депресії, прийом антидепресантів та анксиолітиків, високий рівень функціонування, збереження здатності виконувати цілеспрямовані дії, суїцидальна історія в анамнезі.

5. Факторами антиризиків суїциду при деменціях, за даними літератури, є давність захворювання понад 3 роки, перебування в будинку-інтернаті, відсутність коморбідної депресії, глибокий когнітивний дефіцит.

6. Лікування хворих на деменцію проводять в рамках біопсихосоціальної моделі.

До надання допомоги разом з медичними закладами залучаються соціальні, релігійні, волонтерські організації. Фармакотерапія осіб з високим ризиком суїциду включає інгібітори АХЕ та блокатори NMDA-рецепторів у поєднанні з симптоматичним лікуванням коморбідної афектив-

ної та продуктивної симптоматики. Препаратами вибору для лікування депресивних симптомів є антидепресанти класу СИЗС. Невід'ємною частиною допомоги є психологічне консультування хворих та осіб, які їх доглядають, психоосвітні програми та використання психотерапії.

### Література

1. Соломенчук Т. М. Проблема сосудистой деменции в общемедицинской практике: рациональная антигипертензивная терапия как приоритет в лечении / Т. М. Соломенчук // Артериальная гипертензия. – 2012. – № 1(21). – С. 9–15.
2. Rizzi L. Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types [Electronic Resource] / L. Rizzi, I. Rosset, M. Roriz-Cruz // BioMed Research International. – 2014. – P. 2. – Way of access : <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/908915/>.
3. Dementia: a public health priority [Electronic Resource] / World Health Organization, Alzheimer's Disease International // World Health Organization. – 2012. – P. 23. – Way of access : [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/).
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги при деменціях: наказ МОЗ України від 19.07.2016 № 736 // Реєстр медико-технологічних документів МОЗ. – 2016. – С. 565.
5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Деменція» [Електронний ресурс] // Реєстр медико-технологічних документів МОЗ України. – 2016. – С. 112. – Режим доступу : [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_736\\_Demencia/2016\\_736\\_AKN\\_Dem.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_736_Demencia/2016_736_AKN_Dem.pdf).
6. Мудренко І. Г. До актуальності проблеми суїцидальної поведінки у хворих з деменціями / І. Г. Мудренко // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», Київ, Архів психіатрії. – 2016. – С. 112–113.
7. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресії та їх терапія у осіб похилого віку / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. – № 19(66). – С. 66–72.
8. Бачинская Н. Ю. Холинергическая стратегия в терапии когнитивных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. Ю. Бачинская, О. О. Копчак // Международной неврологический журнал. – 2014. – №2 (64). – С. 84–92.
9. Бачериков А. М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) / А. М. Бачериков, І. Г. Мудренко // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 3 (52). – С. 30–33.
10. Мудренко І. Г. Аутоагресивна поведінка у хворих з дебютом шизофренії / І. Г. Мудренко // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів «Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини», Суми. – 2005. – С. 70–71.
11. Мудренко І. Г. Психологічні предиктори аутоагресивної поведінки у хворих з маніфестним психозом шизофренії / І. Г. Мудренко // Матеріали X Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих учених. – Тернопіль, 2006. – С. 125.
12. Мудренко І. Г. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом : дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук.: 14.01.16: захищена 08.03.2008: затв. 20.10.2008 / І. Г. Мудренко. – Харків, 2008. – 190 с.
13. Юрьева Л. Н. Региональная и гендерная динамика суицидальной смертности среди городского и сельского населения Украины / Л. Н. Юрьева // Психічне здоров'я. – 2012. – № 4(37). – С. 76–80.
14. Predictors of suicide in patients with dementia / L. S. Seyfried, H. C. Kales, R. V. Ignacio, Y. Conwell, M. Valenstein // *Alzheimers Dement.* – 2011. – № 7(6). – P. 567–573.
15. Erlangsen A. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data / A. Erlangsen, S. H. Zarit, Y. Conwell // *Am. J. Geriatr Psychiatry.* – 2008. – № 16(3). – P. 220–228.
16. Суицидология и кризисная психотерапия / под ред. Г. В. Старшенбаума. – М. : Когито-центр, 2005. – 217 с.
17. Решедько Л. А. Суицидальное поведение у лиц пожилого возраста, страдающих психической патологией на примере контингента геронтопсихиатрического стационара / Л. А. Решедько, С. В. Ваулин, М. В. Алексеева // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – Т. 15 (2). – С. 72–77.
18. Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons / I. C. Bogers, M. Zuidersma, M. L. Boshuisen [et al.] // *Int. Psychogeriatr.* – 2013. – № 25(11). – P. 1775–1782.
19. Любов Е. Б. Клинико-эпидемиологические, фармакоэпидемиологические и экономические аспекты старческих деменций / Е. Б. Любов, И. Р. Еналиев, Т. П. Крюченкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 1. – С. 33–38.
20. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression / L. Clark, A. Y. Dombrowski, G. J. Siegle [et al.] // *Psychology and Aging.* – 2011. – № 26(2). – P. 321–330.
21. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: aneurocognitive marker of suicidal risk / S. Richard-Devantoy, F. Jollant, Z. Kefi [et al.] // *J. Affect Disord.* – 2012. – № 140 (2). – P. 193–199.
22. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression / K. Szanto, A. Y. Dombrowski, B. J. Sahakian [et al.] // *Am. J. Geriatr Psychiatry.* – 2012. – № 20(3). – P. 257–265.

23. Takacs R. Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia / R. Takacs, G. S. Ungvari, G. Gazdag // *Neuropsychopharmacol Hung.* – 2015. – № 17(3). – P. 141–145.

24. Suicidal behavior and loss of the future self in semantic dementia / J. J. Hsiao, N. Kaiser, S. S. Fong [et al.] // *Cogn Behav Neurol.* – 2013. – № 26(2). – P. 85–92.

25. Harwey P. D. Cognitive Enhancement in Schizophrenia: Pharmacological and cognitive remediation Approaches / P. D. Harwey, C. R. Bowie // *Psychiatr Clin North Am.* – 2012. – № 35. – P. 683–698.

26. Возможности реабилитации постинсультных когнитивных нарушений / А. Н. Стоянов, А. Р. Пулык, Д. Н. Храмов и др. // *Український вісник психоневрології.* – 2017. – Т. 25, вип. 3 (92). – С. 108–110.

27. Тиганов А. С. Проблема возрастных аспектов депрессивных состояний / А. С. Тиганов // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2013. – № 2(11). – С. 3–6.

28. Мудренко І. Г. Фармакологічна корекція депресивних симптомів у хворих з різними клінічними варіантами деменцій / І. Г. Мудренко // *Український вісник психоневрології.* – 2017. – Т. 25, вип. 3 (92). – С. 49–54.

29. Increased cerebral blood flow in depressed patients responding to electroconvulsive therapy / O. Bonne, Y. Krausz, B. Shapira [et al.] // *J Nucl Med.* – 1996. – № 37(7). – 1075–1080.

30. Аймедов К. В. Оцінка ефективності комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з судинною деменцією / К. В. Аймедов, Д. А. Волощук // *Архів психіатрії.* – 2016. – № 22(86). – С. 20–27.

## References

1. Solomenchuk T. M. Problema sosudistoy dementsii v obshchemeditsinskoj praktike: ratsional'naya antigipertenzivnaya terapiya kak prioritet v lechenii [The problem of vascular dementia in general medical practice: rational antihypertensive therapy as a priority in treatment]. *Arterial'naya gipertenziya [Arterial hypertension]*, 2012, no. 1(21), pp. 9-15. (In Russ.)

2. Rizzi L., Rosset I., Roriz-Cruz M. Global Epidemiology of Dementia. *Alzheimer's and Vascular Types.* *BioMed Research International*, 2014, p. 2. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/908915/>.

3. Dementia: a public health priority. *World Health Organization, Alzheimer's Disease International.* *World Health Organization*, 2012, p. 23. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/).

4. Unifikovanyj klinichnyj protokol pervynnoi', vtorynnoi' (specializovanoi'), tretynnoi' (vysokospecializovanoi') ta paliatyvnoi' medychnoi' dopomogy pry demencijah: nakaz MOZ Ukrainy vid 19.07.2016 №736 [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) and palliative care at dementia: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 07.19.2016 №736], 2016, pp. 565. (In Ukr.)

5. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazah «Demencija» [Adapted clinical guidance, based on the evidence «Dementia»]. *Rejestr medyko-technologichnyh dokumentiv MOZ Ukrainy [Register of medical and technological documents of the Ministry of Health of Ukraine]*, 2016, p. 112. Available at: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_736\\_Demencia/2016\\_736\\_AKN\\_Dem.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_736_Demencia/2016_736_AKN_Dem.pdf). (In Ukr.)

6. Mudrenko I. G. Do aktual'nosti problemy sui'cydal'noi' povedinky u hvoryh z demencijamy [The urgency of the problem of suicidal behavior in patients with dementia]. *Materialy nauko-практичній конференції з міжнародною участю «Vid specializovanoi' psyhiatrychnoi' dopomogy do systemy ohorony psyhichnogo zdorov'ja»*, Kyi'v, Arhiv psyhiatrii' [Materials of the scientific-practical conference with international participation "From specialized psychiatric care to the system of mental health", Kyiv, Archive of psychiatry], 2016, pp. 112-113. (In Ukr.)

7. Maruta N. O., Pan'ko T. V. Kliniko-psyhopatologichni osoblyvosti depresii' ta i'h terapija u osib pohy-

logo viku [Clinico-psychopathological features of depression and their therapy in the elderly]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal of Psychoneurology]*, no. 19(66), pp. 66-72. (In Ukr.)

8. Bachinskaya N. Yu., Kopchak O. O. Kholi-nergicheskaya strategiya v terapii kognitivnykh narusheniy u patsientov pozhilogo i starchykh vozrasta [Cholinergic strategy in the therapy of cognitive impairment in elderly and senile patients]. *Mezhdunarodnyy nevrologicheskyy zhurnal [International neurological journal]*, 2014, no. 2 (64), pp. 84-92. (In Russ.)

9. Bacherykov A. M., Mudrenko I. G. Autoagresyvnna povedinka u hvoryh z pershyh psyhotychnym epizodom (diagnostyka, klinika, likuvannja) [Auto-aggressive behavior in patients with the first psychotic episode (diagnosis, clinic, treatment)]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal of Psychoneurology]*, 2007, vol. 15, issue 3 (52), pp. 30-33. (In Ukr.)

10. Mudrenko I. G. Autoagresyvnna povedinka u hvoryh z debutom shyzofrenii' [Auto-aggressive behavior in patients with debut of schizophrenia]. *Materialy Mizhnarodnoi' nauko-практичній конференції studentiv, molodyh vchenykh, likariv ta vykladachiv "Suchasni problemy klinichnoi' ta teoretychnoi' medycyny"*, Sumy [Materials of the International Scientific and Practical Conference of Students, Young Scientists, Doctors and Teachers «Modern Problems of Clinical and Theoretical Medicine», Sumy], 2005, pp. 70-71. (In Ukr.)

11. Mudrenko I. G. Psyhologichni predyktory auto-agresyvnnoi' povedinky u hvoryh z manifestnym psyhozom shyzofrenii' [Psychological predictors of auto-aggressive behavior in patients with manifest psychosis of schizophrenia]. *Materialy X Mizhnarodnogo medychnogo kongresu studentiv i molodyh uchenykh [Materials of the X International Medical Congress of Students and Young Scientists]*. Ternopil, 2006, p. 125. (In Ukr.)

12. Mudrenko I. G. Autoagresyvnna povedinka u hvoryh z pershyh psyhotychnym epizodom. *DySSERTACIJA na zdobuttja naukovogo stupenja kandydata medychnykh nauk.* 14.01.16 [Auto-aggressive behavior in patients with the first psychotic episode. Dissertation for the degree of candidate of medical sciences. January 14, 166]. Kharkiv, 2008, 190 p. (In Ukr.)

13. Yur'eva L. N. Regional'naya i gendernaya dinamika suitsidal'noy smertnosti sredi gorodskogo i sel'skogo

naseleniya Ukrainy [Regional and gender dynamics of suicidal mortality among urban and rural population of Ukraine]. *Psikhichne zdorov'ya* [Psychologically healthy], 2012, no. 4(37), pp. 76-80. (In Russ.)

14. Seyfried L. S., Kales H. C., Ignacio R. V., Conwell Y., Valenstein M. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimers Dement*, 2011, no. 7(6), pp. 567-573.

15. Erlangsen A., Zarit S. H., Conwell Y. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2008, 16(3), pp. 220-228.

16. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya (pod red. G. V. Starshenbauma) [Suicidology and Crisis Psychotherapy (edited by G. V. Starshenbaum)]. Moscow, Kogito Center Publ., 2005, 217 p. (In Russ.)

17. Reshed'ko L. A., Vaulin S. V., Alekseeva M. V. Suitsidal'noe povedenie u lits pozhilogo vozrasta, stradayushchikh psikhicheskoy patologiei na primere kontingenta gerontopsikhiatricheskogo statsionara [Suicidal behavior in elderly people suffering from mental pathology using the example of the gerontopsychiatric hospital contingent]. *Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj meditsinskoj akademii* [Bulletin of the Smolensk State Medical Academy], 2016, vol. 15 (2), pp. 72-77. (In Russ.)

18. Bogers I. C., Zuidersma M., Boshuisen M. L. [et al.] Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons. *Int. Psychogeriatr.*, 2013, no. 25(11), pp. 1775-1782.

19. Lyubov E. B., Enaliev I. R., Kryuchenkova T. P. Kliniko-epidemiologicheskie, farmakoepidemiologicheskie i ekonomicheskie aspekty starcheskikh dementsiy [Clinical-epidemiological, pharmacoepidemiological and economic aspects of senile dementia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2010, no. 1, pp. 33-38. (In Russ.)

20. Clark L., Dombrovski A. Y., Siegle G. J. [et al.] Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychology and Aging.*, 2011, no. 26(2), pp. 321-330.

21. Richard-Devantoy S., Jollant F., Kefi Z. [et al.] Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *J Affect Disord.*, 2012, no. 140 (2), pp. 193-199.

22. Szanto K., Dombrovski A. Y., Sahakian B. J. [et al.] Social emotion recognition, social functioning and attempted suicide in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2012, no. 20(3), no. 257-265.

23. Takacs R., Ungvari G. S., Gazdag G. Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia. *Neuropsychopharmacol Hung.*, 2015, no. 17(3), pp. 141-145.

24. Hsiao J. J., Kaiser N., Fong S. S. [et al.] Suicidal behavior and loss of the future self in semantic dementia. *Cogn Behav Neurol.*, 2013, no. 26(2), pp. 85-92.

25. Harwey P. D., Bowie C. R. Cognitiv Enhancement in Schizophrenia: Pharmacological and cognitive remediation Approaches. *Psychiatr Clin North Am.*, 2012, no. 35, pp. 683-698.

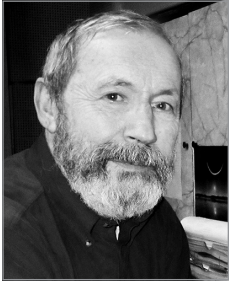
26. Stoyanov A. N., Pulyk A. R., Khramtsov D. N. [et al.] Vozmozhnosti reabilitatsii postinsul'tnykh kognitivnykh narusheniy [Possibilities for the rehabilitation of post-stroke cognitive impairment]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 2017, vol. 25, issue 3(92), pp. 108-110. (In Russ.)

27. Tiganov A. S. Problema vozrastnykh aspektov depressivnykh sostoyaniy [The problem of age aspects of depressive states]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry], 2013, no. 2(11), pp. 3-6. (In Russ.)

28. Mudrenko I. G. Farmakologichna korekcija depresyvnykh symptomiv u hvoryh z riznymy klinichnymy variantamy demencij [Pharmacological correction of depressive symptoms in patients with different clinical variants of dementia]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 2017, vol. 25, issue 3 (92), pp. 49-54.

29. Bonne O., Krausz Y., Shapira B., [et al.] Increased cerebral blood flow in depressed patients responding to electroconvulsive therapy. *J Nucl Med.*, 1996, no. 37(7), pp. 1075-1080.

30. Ajmedov K. V., Voloshhuk D. A. Ocinka efektyvnosti kompleksnogo medyko-social'nogo suprovodu pacijentiv z sudynnoju demencijeju [Evaluation of the effectiveness of integrated medical and social support for patients with vascular dementia]. *Arhiv psyhiatrii'* [Archive of psychiatry], 2016, no. 22(86), pp. 20-27. (In Ukr.)



В. Ф. Простомолотов

УДК: 616.891-085.851

© Простомолотов Валерій Федорович (Україна) – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

© Valerii Prostomolotov – (Ukraine) MD, PhD, Professor of the Department of Clinical Psychology, I. I. Mechnikov Odesa National University, 2, Dvorianska Street, Odesa, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

© Простомолотов Валерій Федорович (Україна) – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

Том 4, № 8, 2017, стр. 45–53

## ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: ИСТОРИЯ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

HISTORICAL DISORDER OF THE PERSON: HISTORY,  
CLINIC AND PSYCHOTHERAPY PECULIARITIES

ИСТЕРИЧНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ: ІСТОРІЯ,  
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ПСИХОТЕРАПІЇ

**Summary.** The article describes hysteria, the oldest of all personality disorders that look different on different social floors. They are many of them among the lower strata of society. But they are also found among the middle class and even the elite. Outstanding hysterics can be found among historical figures, people's idols, heroes, leaders: for example, Joan of Arc. The author considers hysterical personality disorder as a pathological development within the framework of a particular congenital constitution and introduces its specifications for the detection of obligate hysterical symptoms, including dissociative disorders. Methods of psychotherapy in the treatment of hysterical disorders fit into three areas: 1) the patient must understand what and why is happening to him; 2) he / she must learn to possess muscle and emotional-autonomic self-regulation; 3) he / she must learn to live, not to be treated, to realize hi / her potential of person and citizen.

**Key words:** hysteria, character, personality, development, constitution, stigma, psychotherapy.

**Анотація.** У статті описано істерію, найдавніший з усіх особистісних розладів, які на різних соціальних поверхах виглядають по-різному. Їх багато серед нижчих верств суспільства. Але зустрічаються вони і серед представників середнього класу і навіть еліти. Видатних істериків можна зустріти серед особистостей історичного масштабу, народних кумирів, героїв, вождів, наприклад, Жанна д'Арк. Автор розглядає істеричний розлад особистості як патологічний розвиток в рамках тієї чи іншої вродженої конституції та вносить свої уточнення для виявлення облігатних симптомів істеричного характеру, серед яких диссоціативні розлади. Методи психотерапії під час лікування істеричних розладів укладаються в три напрямки: 1) пацієнт повинен зрозуміти, що і чому з ним відбувається; 2) він повинен навчитися володіти м'язовою й емоційно-вегетативною саморегуляцією; 3) він повинен навчитися жити, а не лікуватися, реалізувати свій потенціал людини і громадянина.

**Ключові слова:** істерія, характер, особистість, розвиток, конституція, стигми, психотерапія.

Истерия является самым старым из всех невротических и личностных расстройств. А. Якубик [1] в обстоятельной монографии, посвященной данной теме, указывает на древнеегипетские папирусы Кахун (1900 г. до н. э.) и Эберса (1700 г. до н. э.), сыгравшие существенную роль в развитии различных взглядов на истерию. Именно тогда появилась т. н. маточная модель истерии (от греч. *hystera* – матка), заимствованная и далее развитая в Древней Греции. Наконец, в завершающем периоде эпохи Возрождения французский врач Ш. Лепуа нарушил традицию и выразил твердое убеждение, что истерия – это болезнь мозга, а не матки. А. Якубик остроумно заметил по этому поводу, имея в виду работы Ж. М. Шарко в

парижской клинике Сальпетриер на рубеже XIX–XX вв., что опубликованные в 1618 г. взгляды Ш. Лепуа ждали 300 лет официального признания психиатрами [1].

Позднее «английский Гиппократ» Т. Сиденгам (1624–1689), разделявший взгляды Ш. Лепуа, внес существенный вклад в развитие научных взглядов на истерию. Он писал, имея в виду огромное количество клинических проявлений заболевания: «Истерия – Протей, принимающий бесконечное множество ее различных видов, хамелеон, непрерывно меняющий окраску <...> Очень немногие болезни нашей жалкой культуры не могут быть имитированы ею» [2].

В минувшем столетии значительный вклад в изучение клиники, патогенеза и те-

рапии истерии внесли французские ученые Ж. М. Шарко [3] и его ученики П. Жане [4] и Ж. Бабински [5], а также (и особенно) немецкий психиатр Э. Кречмер [6] и российский нейрофизиолог И. П. Павлов [7].

Истерические личности встречаются повсюду, но на разных социальных этажах они выглядят по-разному. С одной стороны, их много среди людей низших слоев общества – людей примитивных и поверхностных, вымогателей и обманщиков. Столь же часто их можно встретить среди представителей т. н. среднего класса и даже элиты, но обычно – детей и внуков тех, кто различными путями, чаще несправедливыми, добился высокого социального статуса и материального благосостояния. Для истериков этого круга особенно типично демонстративное поведение по типу «казаться, но не быть». С другой стороны, выдающихся истериков можно встретить среди личностей крупного, даже исторического масштаба, среди выдающихся манипуляторов, снискавших славу народных кумиров, героев, вождей, например, Жанна д'Арк, горевшая на костре и одновременно певшая песни и выкрикивавшая лозунги.

Мы рассматриваем истерическое расстройство личности как патологическое развитие в рамках той или иной конституции или характера в соответствии с рассматриваемыми типами по Э. Кречмеру [6], П. Б. Ганнушкину [8], Ф. Минковской [9].

Как известно, в МКБ-10 изъята дефиниция «Истерическое невротическое расстройство», и, на наш взгляд, совершенно справедливо, ибо до каких пор можно было терпеть «маточную теорию» происхождения самого старого из всех неврозов. Но решение это, как видим, половинчатое, ибо одно из наиболее распространенных расстройств личности носит все тот же маточный смысл. Полагаем, настало время внести полную семантическую ясность.

В МКБ-10 [10] дается следующие определение истерическому расстройству личности.

**«Истерическое расстройство личности, F 60.4**

- А. Должны выявляться общие критерии расстройства личности (F 60).
- Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:
- 1) самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций;

- 2) внушаемость (легкая подверженность влиянию других людей или обстоятельств);
- 3) неглубокая и лабильная эмоциональность;
- 4) постоянное стремление к взволнованности и деятельности, во время которых индивидум находится в центре внимания;
- 5) неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;
- 6) повышенная озабоченность физической привлекательностью.

**Примечание.**

Завершают клиническую картину, хотя и не являются обязательными для диагноза, эгоцентризм, потворствующее отношение к себе, постоянное желание быть признанным, отсутствие заботы по отношению к другим людям, легкая обидчивость и постоянное манипуляторное поведение».

Отметим, что среди шести названных выше критериев МКБ-10 (из которых минимум четыре должны присутствовать) не названы две облигатные черты характера истериков – ювенильность или инфантильность личности, т. е. **ее незрелость**, а также **лживость**. Предположение, что во всех рекомендуемых шести критериях лживость как бы подразумевается, считаем неубедительным, т. к. облигатный критерий должен быть конкретно определен и назван.

На наш взгляд, критерий второй – «внушаемость» (легкая подверженность влиянию других людей или обстоятельств) – вызывает ряд возражений. Во-первых, уже каждый более-менее опытный специалист убеждается в том, что внушаемость у истериков избирательна: когда по тем или иным соображениям им что-то не подходит, они оказывают упорное сопротивление, мобилизуя все свое инфантильное упрямство, и становятся невнушаемыми (что, заметим, можно отнести к нюансам диагностики). Во-вторых, названный критерий указывает на социальный аспект проблемы, игнорируя и подменяя наиболее важный при истерии психосоматический аспект.

Исторически на всех этапах изучения истерии именно благодаря телесным ее проявлениям (т. н. истерическим стигмам – пресловутому *globus hystericus*, известному каждому врачу), а также истерическим судорогам, анестезии, амнезии, афонии, блефар-

роспазму и множеству других телесных симптомов истерия доказательна. Истериические стигмы, например, судороги или анестезия, легко поддаются объективной проверке, в отличие, скажем, от субъективного описания каждым исследователем черт характера, скажем, той же капризности, театральности, манерности, демонстративности и др. Не потому ли истерия продолжает привлекать внимание ученых?

Что касается самого понятия «внушаемость», то оно в приводимом тексте МКБ носит скорее описательно-бытовой, а не научный характер. Уместно заметить, что до сих пор в этом вопросе нет ясности. На протяжении четверти века мы не перестаем настаивать в научных работах – вопреки сохраняющемуся традиционному мнению со времен И. Бернгейма [11] – на первичности гипноза (точнее, искусственно наведенного измененного сознания) и вторичности внушения. В 1968 г. в статье «Проблемы внушаемости» В. И. Григорьев [12] впервые в литературе сделал попытку внедрения в научную терминологию в области психоневрологии понятия «психосоматическая проводимость», предложив ряд тестов для ее определения. Уверен, в то время на Западе эта работа советского автора осталась без внимания, ибо даже труды нобелевского лауреата по медицине И. П. Павлова по условным рефлексам, второй сигнальной системе у человека и др. (в т. ч. базовая научная статья по истерии «Проба физиологического понимания истерии») также малоизвестны, как, к сожалению, и среди молодого поколения наших врачей и психологов.

Истериическое расстройство личности (F60.4) и акцентуированные характеры встречаются, и не столь редко, на всех без исключения социальных уровнях с преобладанием женщин над мужчинами (10–15/1).

Главными особенностями истериического характера, по мнению профессора П. Б. Ганнушкина [9], являются стремление любым способом обратить на себя внимание и отсутствие критической оценки, «правды», по отношению к окружающим и особенно – к собственной персоне.

А. Е. Личко [13], характеризуя истериков, указывает на их «беспредельный эгоцентризм, ненасытную жажду постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. На худой

конец, предпочитается даже негодование или ненависть окружающих в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие, только не перспектива остаться незамеченным». Демонстративное поведение выступает у истериков в качестве средства для удовлетворения эгоцентризма. Истериик, по сути, не живет, а играет всю свою жизнь; это человек позы, жеста, манер, внешности, которая у него, как правило, на первом месте (во всяком случае, он о ней очень заботится, часто и внимательно контролирует свой вид в зеркале, даже если это мужчина). Подчеркивая эти черты характера истериков, К. Ясперс дает меткое определение «той основы, из которой вырастает поведение и характер истериических» (П. Б. Ганнушкин) – «стремление казаться больше, чем это на самом деле есть» [8].

Лица у истериков, особенно у женщин, чаще смазливые, чем красивые, но бывают, хотя и редко, грубые, отталкивающие. Обильная татуировка на теле мужчин – обычное явление у истериков низших слоев общества, но в связи с модой времени возможна на любом социальном этаже и у обоих полов. И прически, и одежда истериков обычно ультрамодные и яркие, макияж – на пределе возможного. Впрочем, все зависит от того, какая роль играет: «умирающего лебедя», «звезды экрана», «красотки кабаре», «альфонса», «бездомного нищего», «принцессы Турандот», «непонятого гения», «государственного деятеля» и т.д.

Истериические черты часто проявляются с ранних лет, особенно при дефектах воспитания типа «кумира семьи» или «золушки». Весьма способствует формированию истериических черт характера болезненность ребенка в первые годы жизни. С детства у истериков развиваются страсть находиться в центре внимания, любовь к похвалам, восторгам по поводу их внешности, способностей. Они испытывают неудовольствие, когда при них кого-то хвалят или уделяют другим больше внимания. А. Н. Молохов (1932 г.) [14] вообще рассматривал истериический характер только как развитие личности под влиянием среды, с чем трудно не согласиться.

Это поверхностные, нетерпеливые натуры, жаждущие признания и высокой оценки, но при этом, как правило, не любящие незаметного, систематического труда. В то же время они проявляют завидное упорство, чтобы овладеть такой профессией (часто

оригинальной) и работать в таком месте, где можно было бы себя показать; сцена и экран – мечта истерика. Представители художественного типа мышления, истерики обычно и реализуют себя в творчестве, однако при этом они больше любят себя в искусстве, чем само творчество, и, очевидно, поэтому, даже обладая способностями и талантом, не все достигают успеха. Озабоченность тем, какое впечатление они произведут, опережает у истериков сам процесс труда, творчества, отвлекает и расхолаживает, мешает сосредоточить все душевные и физические усилия на выполняемой работе.

Сам по себе процесс труда (на производстве, в квартире, на кухне) их не интересует, часто они испытывают к нему даже отвращение. Свое предназначение истерики связывают с красивой (с их точки зрения) праздничной жизнью, частой сменой развлечений и т. п. Современных чеховских попрыгуний можно встретить повсюду; на разных этажах общества они выглядят по-своему, и только одно делает их похожими – эгоизм. Не считаясь ни с чем, они стремятся удовлетворить свою жажду к наслаждениям. Чрезвычайно чувствительные ко всему, что затрагивает их лично, они одновременно проявляют поразительную невнимательность и бездушную холодность к другим.

Часто они выходят замуж/женятся назло или по расчету, что обрекает их на дисгармоничную супружескую жизнь. Сексуальная неудовлетворенность, в свою очередь, вызывает у истеричек множество аффективно-поведенческих и висцеро-вегетативных расстройств.

Истерики стремятся казаться значительнее, чем они есть на самом деле. Этому благоприятствует их склонность к фантазиям, непостоянству, лжи. Еще ничего не достигнув, они восхваляют себя, рассказывают всякие небылицы столь правдоподобно, что им верят. Не случайно в преступном мире истерики оказываются среди аферистов.

Истерический психопат-псевдолог, увлекаясь ложью, часто теряет чувство меры, подобно барону Мюнхгаузену, и способность к критической оценке действительности, принимает желаемое за действительное. Выдающийся пример в этом отношении – немецкий писатель К. Мей (1842–1912), написавший свыше 50 томов увлекательных, но мало правдоподобных историй из жизни индейцев, героем многих из которых является вождь Виннету.

К. Леонгард [15], раскрывая сущность истерической личности, пишет:

«До начала писательской деятельности Карл Мей более семи лет отсидел в тюрьме, отбывая наказание за кражи, грабежи со взломом и различные жульнические махинации. В 38 лет он в последний раз был в тюремном заключении. Мей, став уже писателем, продолжал свои авантюристические выходки, правда, теперь в них не было уголовного элемента. Например, к своему литературному псевдониму он присоединил громко звучащие имена с дворянскими титулами. Эти псевдонимы он увенчал званием доктора наук, которое впоследствии даже, так сказать, материализовал, приобретя за деньги диплом доктора в одном из американских университетов. Он выдавал себя за Old Chatterhand (Старого Болтуна), т. е. идентифицировал себя с одним из персонажей своих романов. На его визитных карточках было напечатано: «“Карл Мей по прозвищу Old Chatterhand”». В письма он вкладывал свои фотографии, где был снят на фоне разных экзотических пейзажей...»

Вершиной наглого обмана Мей можно считать цитируемое Бемом письмо. В нем, после сообщения о смерти на 32-м году жизни его друга, Виннету, сказано:

«“Я говорю и пишу по-французски, английски, итальянски, испански, гречески, латински, еврейски, румынски, по-арабски 48 – на 6 диалектах, по-персидски, по-курдски – на 2 диалектах, по-китайски – на 6 диалектах, по-малайски, на языке нанаква, на нескольких наречиях сиу, апачей, команчей, суаки, ута, киова, а также кечумани, затем на трех южно-американских диалектах. О лапландском вспоминать не стану. Сколько рабочих ночей это мне стоило? Я и сейчас не сплю по 3 ночи в неделю: с 6 часов вечера в понедельник до 12 во вторник, точно так же со среды на четверг и с пятницы на субботу. Кому бог дал один фунт разума, тот должен приумножать его, ибо с него спросится...» Он вообще охотно переписывался с читателями, но, кроме того, создавал себе рекламу, публикуя читательские письма, которые **сам же сочинял** (В. П.). Письма эти издавались в виде отдельных брошюр под названием «“От благодарных читателей”». Карл Мей представал в них воспитателем, пастырем, а его противники ни спровергались».



Конечно, Карл Мей – явление экстраординарное, но лунов меньшего калибра среди истерических личностей предостаточно. Фальшивость истериков далеко не всегда и не всем заметна. При знакомстве они могут произвести впечатление непосредственных, искренне отзывчивых, обворожительных и радушных людей. Только постепенно, особенно при пересечении их интересов с интересами других людей, становятся заметны их завистливость, ревнивость, черствый эгоизм, за которыми нередко обнаруживаются убогость внутреннего мира и душевная пустота.

Высокая внушаемость и самовнушаемость истериков (повторим, часто избирательные) – обычное явление. Это и слепое следование моде (на прическу, одежду, профессию, словечки, стиль поведения, даже, как это ни покажется странным, на веру или безверие); и их нередко болезненная мнительность; и высокая, подчас феноменальная, психосоматическая проводимость; и подверженность психическим эпидемиям. Конверсионные, псевдосоматические истерические расстройства широко известны: это и «удушающий» ком в горле; и «страшное сердцебиение» с трясучкой всего тела, онемением и сведением рук, когда близкие должны их растирать (хотя при этом пульс лишь соответствует эмоциональному состоянию больного, а нередко бывает нормальным); это и нервные рвоты, расстройства стула, диуреза и т. п. Примеры высокой психосоматической проводимости у истериков, в т. ч. т. н. «христовы знаки», иногда поражают.

Среди многообразия истерических реакций Э. Кречмер [6] подметил две группы: тип двигательной бури и тип мнимой смерти.

У истерических демонстративных личностей часто обнаруживаются вкрапление таких психастенических симптомов, как повышенная тревожность, неуверенность, сомнения, навязчивые фобии, обычно ипохондрического содержания.

После вышеперечисленных особенностей характера истериков заметим, что единого типичного для них психологического портрета не существует. Нам это стало понятно спустя два десятка лет работы в практической психотерапии, когда, вопреки традиционному рассмотрению многими корифеями истерической психопатии как конституциональной, мы склонились к мнению профессора А. Н. Молохова [14] о том, что

истерический характер является результатом развития. Но на какой почве?

В зависимости от конституциональной почвы, из которой вырастает истерический характер (по нашему мнению – из аффективной, шизоидной, эпилептоидной или их смешения), личностный рисунок, клинические проявления и динамика аномалии будут выглядеть по-разному.

Так, например, **истеро-аффективные личности**, общительные (и в известных пределах синтонные), в зависимости от знака аффекта будут либо искриться демонстративным счастьем, успехом, гиперсексуальностью в гипертимной фазе, либо вызывать к себе жалость плаксиво-пасмурным видом в гипотимной. При всем этом букет истерических проявлений, основанных на жажде внимания, демонстративности, стремлении казаться, но не быть, эгоцентризме и др., цветет, хотя и с разными оттенками, во всех случаях. В то же время замечено, что аффективная конституция привносит в характер истерической личности, по сравнению с двумя вышеотмеченными, определенную мягкость и эмоциональную неустойчивость.

**Истеро-шизоидные личности** отличаются болезненной капризностью, отстраненностью, холодностью. Часто именно эти варианты смотрятся наиболее истеричными, манерными, театральными. Сенситивные и экспансивные шизоидные черты придают таким истерикам свои характерные оттенки: сверхчувствительность, мимозоподобие, ранимость в пышном обрамлении конверсионных расстройств в первом случае (*hysteria mimosa*) и высокомерие, холодный эгоцентризм, демонстративную деятельность – во втором.

**Истеро-эпилептоидные личности** отличаются высокой стеничностью, экспрессивностью, властностью. Их претенциозность и застреваемость лежат в основе борьбы за власть, за «справедливость», при этом они, истинные интриганы, не брезгуют ничем из арсенала истерических личностей (ложь, наговоры, сплетни, анонимки и т. д.). Определение «стервозная истерия» (*hysteria stervosa*) старых психиатров касается в первую очередь этого варианта истерического расстройства личности. Грубые диссоциативные и конверсионные расстройства (сумеречное помрачение сознания, фуги, истерические параличи, судороги и др.) здесь часты.

Впрочем, наложение истерических черт на основные и смешанные конституциональные типы может придать самые разнообразные оттенки личности с учетом той или иной художественной, интеллектуальной одаренности или посредственности и других индивидуальных особенностей.

В динамике развития и становления истерической личности одним из типичных (но, конечно, не столь частых) представляется следующий вариант. Еще с ранних детских лет впечатлительный, капризный и эгоцентричный ребенок любит не только находиться в центре внимания, но и проявляет тенденцию к лидерству. Вначале он лидер детских, подростковых, молодежных организаций, затем и более серьезных. Но из-за капризности, непереносимости критики со временем ему становится все труднее удерживаться на высших командных постах. Однако благодаря личной привлекательности, артистизму и интуиции (и более всего – за счет таких качеств эпилептоидного конституционального радикала, как упорство, воля, умение вести двойную игру и интриги, а также в силу других внутренних и внешних обстоятельств) судьба может вознести его высоко, подчас очень высоко. Но и на вершинах власти истерик продолжает оставаться жаждущей признания незрелой личностью и испытывает истинное удовлетворение от нескончаемого потока наград и званий, оставаясь слепым к подобному гротеску, ибо высшими воинскими орденами (неприлично, но он этого не замечает) обвешан весь мундир, едва ли не ниже пояса.

При этом в мемуарах Брежнева находим весьма характерные следующие воспоминания, записанные писателем и пропущенные редакторами на всех уровнях. Автор мемуаров оказался в передовых окопах на Малой земле, когда противник внезапно жестоко атаковал позиции. Он, полковник, начальник политотдела армии, непременно пожелал лично принять участие в жестоком бою в качестве пулеметчика на передовой (забыв известное всем кинозрителям страны со времен кинофильма «Чапаев» обязательное правило: при отражении атаки противника командир находится сзади, чтобы все происходящее видеть и управлять боем и резервами, а при наступлении – впереди). После отражения атаки фашистов оказалось, что из-за судорог он не смог самостоятельно разнять пальцы

рук, сжимавшие рукоятки пулемета «Максим», из которого вел огонь, и таким образом оказался как бы прикован к пулемету; солдатам пулеметного расчета пришлось силой разжимать ему пальцы. И из-за этого редакторского упущения мы имеем возможность правильно трактовать/оценить описанный эпизод.

Ни один из ответственных за издание мемуаров генсека Л. И. Брежнева не владел знаниями в области психиатрии и, конечно, не знал об истерической диссоциации сознания и конвульсиях. Поэтому описываемые судороги в руках рассматривались как естественное проявление высокой эмоциональности воина на поле боя, что само по себе заслуживает высокой оценки. Но в действительности это не так. При истерическом характере и истерических реакциях из-за диссоциации сознания личность теряет контроль над происходящим вокруг и в своем теле, концентрируясь и суживаясь сознанием на чем-то одном, например, в данном случае – на грохоте пулеметных очередей, вибрации и тряске пулемета, рукоятки которого надо все сильнее и сильнее сжимать руками, вытесняя все остальное, пока на высоте эмоции судорога не охватывает руки, и они не выходят из подчинения сознанию. Вот и они – истерические стигмы, о которых мы писали выше, объективирующие портрет истерической личности.

Во всех других случаях, когда у личностей имеются врожденные и воспитанные нейрофизиологические защитные механизмы против диссоциации сознания истерического типа и вытеснения, этого не произойдет, что и продемонстрировали окружающие высокого начальника бойцы и младшие командиры пулеметного расчета, оказавшиеся рядом. Отбив атаку гитлеровцев, они стали тут же приводить оружие и позицию в порядок, при этом все в полной мере владели своими руками, хотя так же, как и их высокий начальник, были эмоционально и физически возбуждены прошедшим кровопролитным боем.

Второй из описанных в мемуарах случаев произошел на пленуме ЦК: когда на автора обрушился с руганью и угрозами «железный Лазарь» (Л. М. Коганович, член сталинского ЦК), у Брежнева стало плохо с сердцем.

Завершить вышеописанный психологический портрет можно указанием на перманентную ревность истерической личности к успехам других, склонность к интригам

и предательству. В. В. Карпов в трилогии «Маршал Жуков: его соратники и противники в дни войны и мира» [16] рассказывает, как, будучи приближенным к еще всесильному Н.С.Хрущеву, Л.И.Брежнев надувал в уши «дорогому Никите Сергеевичу» о министре обороны страны и плел против него интриги. Все было так подобострастно преподнесено, что тогда Н. С. Хрущев поверил лицедею и интригану, и начались гонения достойного маршала.

Л. И. Брежнева как своего доверенного человека Н. С. Хрущев постоянно выдвигал, не видя первоклассной актерской игры и не предполагая, что тот в удобный момент его предаст. Затем, став генсеком, Л. И. Брежнев, ревнуя к популярности Г. К. Жукова в народе, препятствовал изданию его мемуаров, а позже настойчиво высказывал пожелание, чтобы тот (маршал) упомянул в своей книге, будто хотел с Л. И. Брежневым (полковником) посоветоваться [16]. Со временем он сделал себя маршалом и «догнал» Г. К. Жукова, заместителя Верховного главнокомандующего в период Великой Отечественной войны (следует заметить, сыгравшего важную роль в победах Красной Армии под Ленинградом, Москвой, Сталинградом, Курском, Киевом, в Западной Украине, а также в освобождении Белоруссии, в разгроме неприятеля на Одере и, наконец, в захвате Берлина) по числу золотых звезд Героя Советского Союза – у Брежнева их было 4 (1966, 1976, 1978, 1981 гг.).

Обладая страстью к лихому вождению автомобиля, Л. И. Брежнев не преминул уже в пожилые годы выразительно продемонстрировать его с визгом резины и тормозов на большой скорости и крутых поворотах госсекретарю США Г. Киссинджеру, у которого, по его воспоминаниям, во время этой недолгой, но «жуткой» поездки сердце замирало от страха и мыслей о нелепой кончине в машине генсека. Следует, однако, заметить, что факт мастерского вождения автомобиля по типу спортивных гонок полностью дезавуирует распространявшиеся слухи о якобы психическом маразме у Брежнева – его не было и в помине. Зато во всей красе было представлено демонстративное поведение, которое, если внимательно просмотреть кинохронику тех лет, проявлялась в его высокой пластичности, театральности поз, жестов, мимики, улыбок. Вообще, уместно вспомнить, что истерическая личность всегда переигрывает: если такой человек

весел – то веселее всех, если хромает – то это заметит и слепой. И Брежнев, безусловно, не был исключением. Даже в последние годы, уже плохо владеющий и телом, и речью старец, которого всюду сопровождал и поддерживал адъютант в чине генерал-майора, сев за руль, он забывал о немощи и целиком отдавался азарту.

Высокая эмоциональность, внушаемость, психосоматическая проводимость у истерических личностей объясняются преобладанием у них подкорковой, подсознательной психической деятельности над корковой, сознательной, и такие больные нуждаются в коррекции и лечении. Суть последних сводится к разъяснению, обучению, воспитанию, что достигается посредством познавательно-поведенческой психотерапии, психоанализа, гипноза, ауто-тренинга и др.

Принятое среди психиатров и психологов мнение (берущее начало во времена патриархов зарождающихся пограничной психиатрии и психотерапии), что истерические пациенты тяготеют к гипносуггестивным методам (как бы более простым), а психастенические – к рациональным, познавательным, аналитическим (как бы более сложным), на мой взгляд, должно быть пересмотрено. За 176 лет развития научной психотерапии стало ясно, что простых пациентов не бывает.

Как правило, в каждом пациенте намешано множество соматических (в т. ч. церебрально-органических) неблагополучий и предрасположенностей с психическими факторами и наследственностью, болезненным и сложным характером, дефектами воспитания, окружения, травматическим жизненным путем и многое, многое другое. Часто простое на вид невротическое расстройство при профессионально внимательном и глубоком исследовании оказывается сложным сочетанием тяжелого органического поражения головного мозга с функционально-невротическим расстройством у личности со смешанной структурой характера и неблагоприятным социальным окружением.

Если при обнаружении тяжелой органической патологии у пациента с функционально-невротическим фасадом психотерапевт отправляет его к врачу (неврологу, онкологу, др.), не продолжая психологически помогать такому больному, это будет не правильно, я бы сказал, не профессионально-

но. Чаще бывает наоборот – ориентируясь только на внешние признаки, не углубляясь в нюансы диагностики, врачи тут же приступают к лечению истерических расстройств, за фасадом которых остается все еще не распознанная серьезная органическая или эндогенная патология.

Например, пациентка демонстрирует студенчески классическую картину истерического гиперкинеза (афонии, пареза, икоты и т. д.) в сопровождении соответствующего камуфляжа поведения, в т. ч. рыданий, чередующихся со смехом. Каждому специалисту, мало-мальски знакомому с невротическими расстройствами, тут же становится ясно, что перед ним истерическая пациентка, поэтому, не задумываясь, приступают к лечению. Опыт показывает, что те случаи, когда каждому участковому терапевту, каждой медсестре из-за демонстрируемой больной шаржированной истерической симптоматики тут же становится ясно, что это истерия, всегда необходимо особенно тщательно исследовать пациентку.

Шаржированная истерия, как правило (и это подтверждено в последние десятилетия благодаря высоко объективирующей патологические нарушения технике, например, компьютерной томографии, и тщательному анализу семейного анамнеза), не бывает без церебрально-органического или наследственного психического отягощения. Однако, обнаружив органику или эндогенную психическую патологию, психотерапевт, если он психиатр, назначает лекарственную терапию или советуется с коллегой о назначении более эффективного препарата, при этом параллельно продолжая и углубляя психотерапию. Психотерапевт-психолог должен направить больную к психиатру, с которым работает в контакте (лучше, если присутствует на консультации), продолжая оказывать психотерапевтическую помощь.

Что касается методов психотерапии, применяемых при лечении истерических расстройств, то они все те же, что применяются в отношении пациентов с остальными невротическими расстройствами, и укладываются в несколько направлений: 1) пациент должен понять, что и почему с ним (и с другими людьми в подобных ситуациях) происходит; 2) пациент должен научиться владеть мышечной, эмоциональной и вегетативной саморегуляцией (для этого

вовсе не обязательно применять стандартный аутотренинг или гипноз); 3) пациент должен научиться жить, а не лечиться и суметь реализовать свой потенциал человека и гражданина в контексте общечеловеческих ценностей.

Все это невозможно реализовать вне добротного, близкого, теплого психотерапевтического контакта, установлению и поддержанию которого нужно уделить максимум внимания. С истерической пациенткой необходима большая эмоциональность с обязательным учетом ее конституциональных особенностей. Так, например:

- **при аффективной/циклоидной основе**, учитывая общительность, реализм, склонность к юмору пациента, уместны шутки, цитирование стихов, быстрая смена темы обсуждения, обращение к здравому смыслу;
- **при шизоидной основе** никоим образом нельзя разрывать ту дистанцию, на которой держит вас пациентка. Тон и темп беседы заметно ниже. Здесь уместно обсуждение философских проблем, вопросов психологии и парапсихологии, некоторая теоретичность обсуждения вообще;
- **при эпилептоидной основе** вообще нужно больше слушать и соглашаться на первых порах, и только затем солидно, со ссылкой на толстые книги на полках обосновывать свои объяснения вопросов этиопатогенеза и психотерапии.

Мешать установлению продуктивного контакта может испытываемое некоторыми психотерапевтами неприятие, небрежение или даже отвращение к демонстративному, фальшивому поведению истеричек. Высоко интуитивные пациентки и пациенты обязательно почувствуют это, даже если профессиональным вниманием и вежливостью попытаться скрыть свое личное негативное отношение к ним.

Если контакт установлен и сложились теплые доверительные отношения с пациенткой, необходимо в доступной и принимаемой ею форме развенчать истерию как проявление слабости, незрелости, компрометирующей ее в обществе. В ряде случаев этому может способствовать суггестивное провоцирование у пациентки истерических расстройств (по предварительному согласованию с ней).

## Литература

1. Якубик А. Истерия / А. Якубик ; пер. с польск. – Москва : Медицина, 1982. – 344 с.
2. Ушаков Г.К. Пограничные психические расстройства / Г. К. Ушаков. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва : Медицина, 1987. – 304 с.
3. Шарко Ж. М. Болезни нервной системы / Ж. М. Шарко ; пер.с франц. – Санкт-Петербург, 1876. – 343 с.
4. Жане П. Неврозы / П. Жане ; пер. с франц. – М. : Космос, 1911. – 315 с.
5. Babinski J. Demeubrement de l'hysterie traditionnel pithiatisme / J. Babinski. – Paris, 1909. – 30 p.
6. Кречмер Э. Об истерии / Э. Кречмер ; пер. с нем. – Москва ; Ленинград : Госиздат, 1928. – 160 с.
7. Павлов И. П. Проба физиологического понимания истерии / И. П. Павлов // Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – Москва : Наука, 1973. – 508 с.
8. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин ; под ред. О. В. Кербикова. – Москва : Медицина, 1964. – 292 с. – С. 158–163.
9. Minkowska F. Recherches genealogiques et problems touchant aux caracteres (en particulier a celui de l'epyleptoide) / F. Minkowska // Ann. med. Psychol. – Paris, 1923. – Vol. 81, № 2. – P. 149–170.
10. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (Исследовательские диагностические критерии). – ВОЗ, Женева, 1996. – 208 с.
11. Bernheim I. De la suggestion dans l'etat hypnotique et dans l'etat de veille. – Paris : Octave Doin, 1884. – 110 p.
12. Григорьев В. И. К проблеме внушаемости / В. И. Григорьев // Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. – Харьков, 1968. – С. 26–28.
13. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – 2-е изд., доп. и перераб. – Ленинград : Медицина, 1983. – 256 с.
14. Молохов А. Н. Об истерическом развитии личности / А. Н. Молохов // Советская невропатологии, психиатрия и психогигиена. – 1932. – Т. 1, № 12. – С. 829–832.
15. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард ; пер. с нем. – Киев : Вища школа, 1981. – 392 с.
16. Карпов В. В. Маршал Жуков: его соратники и противники в дни войны и мира / В. В. Карпов. – М. : Вече, 2012. – 576 с.

## References

1. Jakubik A. Histeria [Hysteria]. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1979. (In Polish) (Jakubik A. Histeria [Hysteria] (Trans. from Polish). Moscow, Medicine Publ., 1982, 344 p. (In Russ.))
2. Ushakov G. K. Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva (2-e izd., dop. i pererab.) [Borderline mental disorders (2nd ed. and revised)]. Moscow, Medicine Publ., 1987, 304 p. (In Russ.)
3. Charcot J. M. Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la salpêtrière. Paris, Delahaye, 1872, 381. (In French) (Charcot J. M. Bolezni nervnoy sistemy [Diseases of the nervous system] (Trans. from French). St. Petersburg, 1876, 343 p. (In Russ.))
4. Janet P. Névroses et idées fixes. Paris, Alcan, 1898, vol. 2. (In French) (Janet P. Nevrozy (Per. s frants.) [Neuroses (Translated from French)]. Moscow, Space Publ., 1911, 315 p. (In Russ.))
5. Babinski J. Demeubrement de l'hysterie traditionnel pithiatisme. Paris, 1909, 30 p.
6. Kretschmer E. Hysterie, Reflex und Instinkt. Thieme, Leipzig 1923. (In German) (Kretschmer E. Ob isterii (Per. s nem.) [Hysteria (Trans. From German.)]. Moscow, Leningrad, State Publishing House, 1928, 160 p. (In Russ.))
7. Pavlov I. P. Proba fiziologicheskogo ponimaniya isterii [A sample of physiological understanding of hysteria]. Dvadsatiletniy opyt ob"ektivnogo izucheniya vysshey nervnoy deyatel'nosti (povedeniya) zhivotnykh [Twenty-year experience of objective study of higher nervous activity (behavior) of animals]. Moscow, Science Publ., 1973, 508 p. (In Russ.)
8. Gannushkin P. B. Izbrannye trudy (Pod red. O. V. Kerbikova) [Selected Works (Edited by O. V. Kerbikov)]. Moscow, Medicine Publ., 1964, 292 p., pp.158-163. (In Russ.)
9. Minkowska F. Recherches genealogiques et problems touchant aux caracteres (en particulier a celui de l'epyleptoide). Ann. med. Psychol. Paris, 1923, vol. 81, no. 2, pp. 149-170.
10. МКБ-10: Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii) [ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders (Research Diagnostic Criteria)]. WHO, Geneva, 1996, 208 p. (In Russ.)
11. Bernheim I. De la suggestion dans l'etat hypnotique et dans l'etat de veille. Paris, Octave Doin, 1884, 110 p.
12. Grigor'ev V. I. K probleme vnushaemosti [To the suggestibility problem]. Voprosy psikhoterapii v obshchey meditsine i psikhonevrologii [Questions of psychotherapy in general medicine and psychoneurology]. Kharkov, 1968, pp. 26-28. (In Russ.)
13. Lichko A. E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov (2-e izd., dop. i pererab.) [Psychopathy and the accentuation of character in adolescents (2nd ed., ext. And rev.)]. Leningrad, Medicine Publ., 1983, 256 p. (In Russ.)
14. Molokhov A. N. Ob istericheskom razvitii lichnosti [Hysterical personality development]. Sovetskaja nevropatologii, psichiatrija i psihogigiena [Soviet neuropathology, psychiatry and psychohygiene], 1932, vol. 1, no. 12, pp. 829-832. (In Russ.)
15. Leonhard K. Betreute Personen. (In German) (Leonhard K. Akcentuirovannye lichnosti (Per. s nem.) [Accentuated persons (Translated from German)]). Kiev, High School Publ., 1981, 392 p. (In Russ.)
16. Karpov V. V. Marshal Zhukov. Ego soratniki i protivniki v dni vojny i mira [Marshal Zhukov. His companions and opponents in the days of war and peace]. Moscow, Vech Publ., 2012, 576 p. (In Russ.)



В. Ф. Простомолотов



А. И. Простомолотова

УДК: 159.923

© **Простомолотов Валерій Федорович (Україна)** – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

© **Valerii Prostomolotov – (Ukraine) MD, PhD, Professor of the Department of Clinical Psychology, I. I. Mechnikov Odesa National University, 2, Dvorianska Street, Odesa, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.**

© **Простомолотов Валерий Федорович (Украина)** – д.мед.н., профессор кафедры клинической психологии, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

© **Простомолотова Аліна Іванівна (Україна)** – клінічний психолог, аспірант кафедри клінічної психології, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

© **Alina Prostomolotova (Ukraine)** – clinical psychologist, postgraduate student of the Department of Clinical Psychology, I. I. Mechnikov Odesa National University, 2, Dvorianska Street, Odesa, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

© **Простомолотова Алина Ивановна (Украина)** – клинический психолог, аспирант кафедры клинической психологии, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65058; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

Том 4, № 8, 2017, стр. 54–62

## ТЕМА РЕВНОСТИ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ И ФИЛОСОФСКИХ ТРУДАХ

### THEME OF JEALOUSY IN FICTION AND PHILOSOPHICAL WORKS

**Summary.** The theme of jealousy is widely represented in fiction in the form of certain episodes (dramatic, tragic, comic ones). Usually the theme of jealousy is simply called in this way by the writers, and further it acts as a psychogenic-stress factor of a neurotic reaction, but in some works jealousy is the main content of masterpieces. Noting the truthfulness of cases in fiction, Leongard wrote: "Great writers are also great psychologists." Taking into account the opinion of the classic psychology, a clinical and psychological analysis of two characters suffering from pathological jealousy was performed: Othello from the same drama by William Shakespeare and Pozdnyshv from L. Tolstoy's novel "Kreutzer Sonata. Simultaneously, based on the materials of the Yasnaya Polyana notes D. Makovitsky, a physician of the Tolstoy family, a clinical and psychological analysis of the personality of the great writer and enlightener suffering from pathological jealousy was carried out.

**Key words:** jealousy, personality disorder, character accentuation, overvalued and delusional idea.

### ТЕМА РЕВНОЩІВ В ХУДОЖНІЙ ЛІТЕРАТУРІ ТА ФІЛОСОФСЬКИХ ПРАЦЯХ

**Анотація.** Тема ревнощів широко представлена у художній літературі у вигляді тих чи інших її епізодів (драматичних, трагічних, комічних). Зазвичай письменники просто називають цю тему, і далі вона виступає як психогенно-стресовий фактор невротичної реакції. Але в окремих творах ревнощі становлять основний зміст. Відзначаючи правдивість викладених у художній літературі випадків, К. Леонгард писав: «Великі письменники одночасно є і великими психологами». З урахуванням думки класика психології був проведений клініко-психологічний аналіз двох літературних персонажів, які страждали від патологічних ревнощів: Отелло з однойменної драми У. Шекспіра і В. Позднішева з повісті Л. Толстого «Крейцерова соната». Одночасно, ґрунтуючись на матеріалах «Яснополянських записок» Д. Маковицького, лікаря родини Толстих, було проведено клініко-психологічний аналіз особистості великого письменника й просвітника, який страждав від патологічних ревнощів.

**Ключові слова:** ревнощі, розлад особистості, акцентуація характеру, надцінна і безглузда ідея.

В ревности только одна доля любви и девяносто девять долей самолюбия

**Ф. Ларошфуко**

Тема ревности достаточно широко представлена в мировой художественной литературе обычно в виде тех или иных ее эпизодов

(драматических, трагических, и даже комических в зависимости от ряда обстоятельств, особенно от жанра и стиля писателя). Например, в «Анне Карениной» в ответ на неприлично легкомысленное поведение гипертимного Стивы Облонского вне семьи, у его жены реактивно развивается истеро-депрессивная

реакция – с этого, собственно, и начинается свой роман Л. Толстой: «Все несчастливые семьи несчастливы по-своему». Обычно в подобных ситуациях тему ревности писатели просто называют, и далее она выступает как психогенно-стрессовый фактор той или иной кратковременной невротической реакции. Только в отдельных произведениях (например, в драме У. Шекспира «Отелло» и повести Л. Толстого «Крейцера соната») ревность составляет основное содержание.

Великие писатели в своих произведениях описывали правдивые, а не придуманные ими истории. Это весьма емко выразил К. Леонгард в монографии «Акцентуированные личности» [1]: «В художественной литературе мы в изобилии находим замечательные описания психологии человека, которые следовало бы уже давно использовать и в нашей науке. Великие писатели одновременно являются и великими психологами. Особенно убедительные результаты дает изучение психологии героев литературных произведений при анализе человека как индивидуальности».

Учитывая это высокое мнение классика психологии и психиатрии о глубоком психологическом проникновении великих писателей в души описываемых ими персонажей, мы провели клинико-психологический анализ двух страдавших от патологической ревности личностей/персонажей выдающихся произведений мировой литературы, совершивших в состоянии аффекта убийство своих жен: Отелло из одноименной драмы У. Шекспира и В. Позднышева из повести Л. Толстого «Крейцера соната». Одновременно, основываясь на мемуарных материалах «Яснополянских записок» Д. Маковицкого [2], личного врача семьи Толстых, мы провели клинико-психологический анализ личности великого писателя и просветителя, гениального художника и мыслителя, протестанта, неутомимого борца и правдоискателя.

«Крейцерову сонату» Л. Толстой написал после «Войны и мира» и других своих крупных произведений, в период борьбы за веру и конфликта со Священным Синодом. Мысли, вложенные в уста дворянина В. Позднышева – ревнивца, в состоянии аффекта убившего свою жену, которую до того много лет мучительно ревновал – повторяют мысли самого Л. Толстого о женщине и мужчине, их отношениях, браке, религии, неоднократно до того озвученные или опубликованные в других, чаще публицистических, работах.

Что касается ревности, то, основываясь на фактах, зафиксированных в «Яснополянских записках» Д. Маковицким, толстовцем, написавшим на основе своих ежедневных записей четыре объемных тома воспоминаний о Л. Толстом и о том, что говорилось и делалось в Ясной Поляне, можно вполне определенно утверждать, что сам великий писатель и просветитель многие годы страдал от тяжелой сверхценной патологической ревности с периодическими обострениями.

«В ночь с 17 на 18 июня 1905 года Софья Андреевна рассказала, что в эту ночь, с 17 на 18 июня, двадцать один год тому назад, – записал Д. Маковицкий, – она родила Сашу (необходимо уточнить, что это были у нее двенадцатые роды. – *Авт.*) Лев Николаевич вечером ей сказал, что не может с ней жить и уходит, надел сумку и ушел. Повивальная бабка была уже в доме. В 6 часов утра вернулся, оказалось, что ушел потому, что ревновал. Через час родила. Решила, что сама не буду кормить и не заботилась о Саше. Возненавидела христианство Льва Николаевича. Он тогда (это было в 1884 году. – *Авт.*) был на распутье, трудно было» [2].

Когда читаешь эти откровенные воспоминания жены Л. Толстого, которого знаешь и почитаешь не только как гениального писателя, но и как образованнейшего, культурнейшего и религиозного человека, берет оторопь. Ведь не пьяница, не примитивный забулдыга ушел из дома, когда любимой жене пришло время рожать в двенадцатый раз. Ушел, приревновав к кому-то. А в семье, кроме новорожденной Саши, к тому времени было уже семь больших детей (старшему, Сергею – 21 год), и все росли в любви друг к другу. Такой поступок возможен только в аффекте слепой патологической ревности у личности с гиперсоциально-эпилептоидным радикалом характера. Мы видим здесь проявление сверхценной идеи ревности, дававшей периодические обострения. В ту ночь Л. Толстой, приревновав жену и разволновавшись, с сумкой ушел из дома, но когда успокоился и под утро вернулся назад, то повел себя адекватно, как и подобает отцу новорожденной. Дочь Александру он очень любил и всецело доверял ей, что особенно проявилось в последние дни его трагически закончившейся жизни [3].

Конституционально Лев Николаевич обладал атлетическим телосложением. Когда он служил офицером, крестился двухпудо-

вой гирей, а после смерти, когда его обмывали, старший сын, Сергей Львович, отметил, сколь мускулисто было тело 82-летнего отца: «Тело мне показалось и сильным и гораздо моложе своих лет» [3].

Высокая эмоциональность и впечатлительность, негибкое упорство и воля, отмеченные многими исследователями и близкими писателя, как и зафиксированные, особенно в последние годы жизни, единичные абсансы, во время которых наблюдались дезориентировка в месте или падение с ушибами [3], также подтверждают, что великий писатель относился к группе гиперсоциальных эпилептоидов.

Исследуемой нами теме посвящены также труды философов и мыслителей, обычно в связи с обсуждением ими проблем отношений полов, брака и семьи. В этом плане большой интерес представляют размышления известных философов о любви мужчины и женщины (телесной и духовной), а также о ее часто назойливой и ядовитой спутнице – ревности, с которых и начнем.

#### **Тема любви и ревности в произведениях Н. Бердяева**

Наше внимание привлекла работа Н. Бердяева «Размышление об эроте» [4], в которой содержатся глубокие, иногда противоречивые, но всегда до боли пронзительные мысли русского философа-изгнанника о любви и ревности мужчины и женщины, излагаемые предельно откровенно, ясно, диалектично. Чтобы не быть голословными, приведем фрагмент статьи [4], прокомментировав только заключительную часть, в которой известный философ обнажает самые разные стороны и оттенки человеческих переживаний в области физической и душевной любви, а также пишет о страданиях ревности:

«“Что делать?” Чернышевского – художественно бездарное произведение, и в основании у него лежит очень жалкая и беспомощная философия. Но социально и этически я совершенно согласен с Чернышевским и очень почитаю его. Чернышевский свято прав и человечен в своей проповеди свободы человеческих чувств и в своей борьбе против власти ревности в человеческих отношениях. При этом в книге его, столь оклеветанной правыми кругами, есть сильный аскетический элемент и большая чистота. Интересно, что сам Чернышевский, один из лучших русских людей, относился с трогательной, необы-

чайной любовью к своей жене. Его письма с каторги к жене представляют собой документ любви, редко встречающийся в человеческой жизни. У него была свободная любовь и свободная верность жене. У этого нигилиста и утилитариста был настоящий культ вечной женственности, обращенный на конкретную женщину, эротизм не отвлеченный, а конкретный. И Чернышевский осмелился восстать против ревности, столь связанной с любовью эротической. Я всегда считал ревность самым отвратительным чувством, рабским и поработочающим. Ревность не соединима со свободой человека. В ревности есть инстинкт собственности и господства, но в состоянии унижения. Нужно признавать права любви и отрицать права ревности, перестав ее идеализировать. Это сделал Чернышевский в прямолинейной и упрощенной форме, не обнаружив никакой утонченной психологии. Ревность есть тирания человека над человеком. Особенно отвратительна женская ревность, превращающая женщину в фурию. В женской любви есть возможность ее превращения в стихию демоническую. Существуют демонические женщины. Они иногда писали мне письма, у них была склонность к астральным романам. Это очень тяжелое явление. Есть несоизмеримость между женской и мужской любовью, несоизмеримость требований и ожиданий. Мужская любовь частична, она не захватывает всего существа. Женская любовь более целостна. Женщина легко делается одержимой. В этом смертельная опасность женской любви. В женской любви есть магия, но она деспотична. И всегда есть несоответствие с идеальным женским образом. Образ женской красоты часто бывает обманчивым. Женщины лживее мужчин, ложь есть самозащита, выработанная историческим бесправием женщины со времен победы патриархата над матриархатом. Но женская любовь может подниматься до необычайной высоты. Таков образ Сольвейг у Ибсена, Вероники у Жуандо. Это любовь, спасающая через верность навеки. Мне всегда казалось, что самое тяжелое и мучительное не неразделенная любовь, как обыкновенно думают, а любовь, которую нельзя разделить. А в большинстве случаев любовь нельзя разделить. Тут примешивается чувство вины. У меня было больше дружеских и близких отношений с женщинами, чем с мужчинами. Мне иногда казалось, может быть иллюзорно, что женщины меня



лучше понимают, чем мужчины. У женщин есть необыкновенная способность порождать иллюзии, быть не такими, каковы они на самом деле. Я мог чувствовать женское очарование. Но у меня не было того, что называют культом вечной женственности и о чем любили говорить в начале XX века, ссылаясь на культ Прекрасной Дамы, на Данте, на Гёте» [4].

К сожалению, размеры журнальной статьи не позволяют продолжить цитирование Н. Бердяева, но и эта небольшая выдержка дает возможность понять, сколь безгранична обсуждаемая тема в контексте как этической и духовной мысли, так и психолого-психиатрического анализа. Если приведенный фрагмент и не исчерпывает воистину безграничной темы любви и ревности, что демонстрирует мировая литература, то в плане настоящей статьи, полагаем, достаточно разносторонне и полно освещает обсуждаемые вопросы. Однако считаем необходимым привести мнение и других выдающихся писателей, философов, ученых с мировым именем, чтобы оценка ревности была более многосторонней и объективной (хотя, признаемся, что объективность в таких сферах, как любовь, и вообще чувства, весьма относительна, т. е., откровенно говоря, субъективна).

**Дж. Бруно:**

«Ревность потрясает и отравляет все то, что есть красивого и хорошего в любви».

**У. Шекспир:**

«Ревнивцы не нуждаются в поводе: они часто ревнуют совсем не по поводу, а потому, что ревнивы. <...> Ревность – чудовище, само себя и зачинающее, и рожающее».

**М. Сервантес:**

«Ревнивцы вечно смотрят в подозрительную трубу, которая вещи малые превращает в большие, карликов – в гигантов, догадки – в истину».

**Ф. Ницше:**

«Ревность – остроумнейшая страсть и, тем не менее, еще и величайшая глупость».

**М. Ю. Лермонтов:**

«Все ясно в ревности – а доказательств нет!»

**Д. Дидро:**

«Ревность – это страсть убогого скаредного животного, боящегося потери; это чувство, недостойное человека, плод наших гнилых нравов и права собственности, распространенного на чувствующее, мыслящее, свободное существо».

**О. Бальзак:**

«Ревность у мужчины складывается из эгоизма, доведенного до чертиков, из самолюбия, захваченного врасплох, и раздраженного ложного тщеславия».

Как видим, все приведенные оценки ревности не только косвенно подтверждают крылатое выражение Ф. Ларошфуко, вынесенное в эпиграф статьи, но и указывают на негативный, болезненный характер этого чувства/состояния.

**Ревность как паранойяльное развитие у психопатической паранойяльной (параноидной по МКБ-10) и застревающей-эпилептоидной личности**

Теперь перейдем к психологическому анализу весьма непростого произведения «Крейцера соната», в котором Л. Толстой в художественной форме выразил собственные радикальные взгляды на брак, на отношения мужчины и женщины, а также передал страдания ревности, пережитые им самим.

Будем фрагмент за фрагментом вчитываться в рассказ ревнивца В. Позднышева и приведем наиболее принципиальные мысли персонажа/автора, подчеркнув при этом явные сверхценные нарушения мышления, выражающиеся в алогичности, оторванности от обычаев и культуры среды, в которой и сам герой/писатель вырос. Эти особенности мышления и поведения отличаются такой категоричностью, бестактностью, эгоизмом, упрямым нежеланием понять (и, наконец, простить) любимую женщину, что в конечном итоге становятся просто нелепыми.

«Я во все время моей женатой жизни никогда не переставал испытывать терзания ревности. Но были периоды, когда я особенно резко страдал этим. И один из таких периодов был тот, когда после первого ребенка доктора запретили ей кормить. Я особенно ревновал в это время, во-первых, потому, что жена испытывала то свойственное матери беспокойство, которое должно вызывать беспричинное нарушение правильного хода жизни; во-вторых, потому, что, увидав, как она легко отбросила нравственную обязанность матери, я справедливо, хотя и бессознательно, заключил, что ей так же легко будет отбросить и супружескую, тем более что она была совершенно здорова и, несмотря на запрещение милых докторов, кормила следующих детей сама и выкормила прекрасно» [6].

Муки болезненной ревности вызывали у В. Позднышева эмоциональное напряжение. «Отношения становились все враждебнее и

враждебнее. И, наконец, дошли до того, что уже не разногласие производило враждебность, но враждебность производила разногласие: что бы она ни сказала, я уж вперед был не согласен, и точно так же и она. На четвертый год с обеих сторон решено было как-то само собой, что понять друг друга, согласиться друг с другом мы не можем. Мы перестали уже пытаться договориться до конца. О самых простых вещах, в особенности о детях, мы оставались неизменно каждый при своем мнении» [6].

Далее в форме злой иронии, характерной для паранойяльного ревнивца, идут философские и религиозные рассуждения, связанные с обсуждаемой сверхценной идеей ревности. Говорится о нежелании (или о невозможности) понять и согласиться с тем, что общественные отношения, в т. ч. отношения мужчина–женщина, развиваются по своим законам, которые необходимо изучать и адаптироваться к ним, а не категорически/догматически отвергать или навязывать другим. «Царь природы, человек. Ведь вы заметьте, животные сходятся только тогда, когда могут производить потомство, а поганый царь природы – всегда, только бы приятно. И мало того, возводит это обезьянье занятие в перл создания, в любовь. И во имя этой любви, то есть пакости, губит – что же? – половину рода человеческого. Из всех женщин, которые должны бы быть помощницами в движении человечества к истине и благу, он во имя своего удовольствия делает не помощниц, но врагов. Посмотрите, кто тормозит повсюду движение человечества вперед? Женщины» [6]. (Мысли Л. Толстого, выраженные героем «Крейцеровой сонаты»).

«И образование женщины будет всегда соответствовать взгляду на нее мужчины. Ведь все мы знаем, как мужчина смотрит на женщину: “Wein, Weiber und Gesang” – вино, женщины и песни (нем.). И так в стихах поэты говорят. Возьмите всю поэзию, всю живопись, скульптуру, начиная с любовных стихов и голых Венер и Фрин, вы видите, что женщина есть орудие наслаждения; она такова на Трубе, и на Грачевке, и на придворном бале. И заметьте хитрость дьявола: ну, наслаждение, удовольствие, так бы и знать, что удовольствие, что женщина сладкий кусок. Нет, сначала рыцари уверяли, что они боготворят женщину (боготворят, а все-таки смотрят на нее как на орудие наслаждения)». Персонаж/автор, движимый

сверхценными нарушениями мышления, уверяет читателя, что весь мир идет не в ногу, и только он – в ногу, что только так и надо жить, и никак иначе.

«Идеал всякой девушки, какое бы ни было ее образование, будет все-таки тот, чтобы привлечь к себе как можно больше мужчин, как можно больше самцов (та же злая и безтактная ирония. – Авт.) с тем, чтобы иметь возможность выбора» <...> «Женщина счастлива и достигает всего, чего она может желать, когда она обворожит мужчину. И потому главная задача женщины – уметь обвороживать его. Так это было и будет». <...> «Наряды, чтения, зрелища, музыка, танцы, сладкая пища, вся обстановка жизни, от картинок на коробках до романов и повестей и поэм, еще более разжигают эту чувственность, и вследствие этого самые ужасные половые пороки и болезни делаются обычными условиями выращивания детей обоего пола и часто остаются и в зрелом возрасте» [6].

Далее, по мере развития и расцвета молодой женщины, жены ревнивца, его чувства к ней, вопреки логике гармоничной семейной жизни, не расцветают, а усиливают его страдания ревности.

«Она была во всей силе тридцатилетней не рожавшей, раскормленной и раздраженной женщины. Вид ее наводил беспокойство. Когда она проходила между мужчинами, она притягивала к себе их взгляды. Она была как застоявшаяся, раскормленная запряженная лошадь, с которой сняли узду» <...> «Но любовь с огаженным и ревностью, и всякой злостью мужем была уже не та» <...> «Она опять с увлечением взялась за фортепиано, которое прежде было совершенно брошено. С этого все и началось» <...> «Ссоры между нами становились в последнее время чем-то страшным и были особенно поразительны, сменяясь тоже напряженной животной страстью» <...> «Я ведь, прежде чем кончить, как я кончил, был несколько раз на краю самоубийства, а она тоже отравлялась». <...> «Тысячи разных планов о том, как отомстить ей и избавиться от нее и как поправить все это и сделать так, как будто бы ничего не было, приходят мне в голову». <...> «Главное чувство, как и всегда, во всякой злости, было – жалость к себе» [6].

В повести много внимания уделено обвинению светского общества в создании и культивировании условий для растления мужчин и женщин, для их безнравственного поведения, и это, по мнению В. Поздны-

шева / Л. Толстого, не может не порождать ревность. Рассматривая эту ситуацию с позиций клинической психологии и психиатрии, мы видим, что первичное (акцентуированная/патологическая личность) и вторичное (внешние условия) здесь меняются местами.

«Одно из самых мучительнейших отношений для ревнивцев (а ревнивцы все в нашей общественной жизни) – это известные светские условия, при которых допускается самая большая и опасная близость между мужчиной и женщиной. Надо сделаться посмешищем людей, если препятствовать близости на балах, близости докторов со своей пациенткой, близости при занятиях искусством, живописью, а главное – музыкой. Люди занимаются вдвоем самым благородным искусством, музыкой; для этого нужна известная близость, и близость эта не имеет ничего предосудительного, и только глупый, ревнивый муж может видеть тут что-либо нежелательное. А между тем все знают, что именно посредством этих самых занятий, в особенности музыкой, и происходит большая доля прелюбодеяний в нашем обществе» [6]. (Авт.). И никак иначе, по мнению ревнивца В. Позднышева, обнаруживающего признаки нарушения мышления – по меньшей мере, сверхценную идею ревности.

Более того, его философские и религиозные рассуждения о взаимоотношении между мужчинами и женщинами, о любви, браке и семье указывают на паранойяльное развитие личности (по МКБ-10 – параноидное расстройство личности) или даже более четко – на паранойяльный бред ревности. У нас имеются веские основания предполагать, что Л. Толстой по завершении повести консультировался с психиатрами о возможности проведения своему персонажу судебно-психиатрической экспертизы и о ее результатах. То, что в повести В. Позднышев решением судебно-психиатрической экспертизы был освобожден от придания суду, а также был изолирован от своих детей, доказывает правильность нашего предположения, т. к. паранойяльный сюжет событий и рассуждений, закрученных так, что в них хочется верить (очевидно, в них верил и сам автор), способен был распутать только опытный психиатр – и великий писатель доверился ему.

Венчает повесть страшный конец, один из трагических исходов патологической ревности. Л. Толстой (словами В. Позднышева)

передал чувства своего героя поразительно ярко и правдоподобно в деталях, будто подсмотрел, но нет – он все прочувствовал и пережил сам, и в этом убеждает описание сцены ревности, сделанное Д. Маковицким со слов жены писателя!

«От того ли, что, сев в вагон, я живо представил себя уже приехавшим, или оттого, что железная дорога так возбуждающе действует на людей, но только, с тех пор как я сел в вагон, я уже не мог владеть своим воображением, и оно не переставая с необычайной яркостью начало рисовать мне разжигающие мою ревность картины, одну за другой и одну циничнее другой, и все о том же, о том, что происходило там, без меня, как она изменяла мне. Я сгорал от негодования, злости и какого-то особенного чувства упоения своим унижением, созерцая эти картины, и не мог оторваться от них; не мог не смотреть на них, не мог стереть их, не мог не вызывать их. Мало того, чем более я созерцал эти воображаемые картины, тем более я верил в их действительность. Яркость, с которой представлялись мне эти картины, как будто служила доказательством тому, что то, что я воображал, было действительностью. Какой-то дьявол, точно против моей воли, придумывал и подсказывал мне самые ужасные соображения» <...> «Я – честный человек, я – сын своих родителей, я – всю жизнь мечтавший о счастье семейной жизни, я – мужчина, никогда не изменявший ей. И вот! пять человек детей, и она обнимает музыканта, оттого что у него красные губы! Нет, это не человек! Это сука, это мерзкая сука!» <...> «Я вступил в то состояние зверя или человека под влиянием физического возбуждения во время опасности, когда человек действует точно, неторопливо, но, не теряя ни минуты, и все только с одной определенной целью». <...> «Несмотря на страшное бешенство, в котором я находился, я помнил все время, какое впечатление я произвожу на других, и даже это впечатление отчасти руководило мною. Я повернулся к ней. Она упала на кушетку и, схватившись рукой за расшибленные мною глаза, смотрела на меня. В лице ее были страх и ненависть ко мне, к врагу, как у крысы, когда поднимают мышеловку, в которую она попала. Я, по крайней мере, ничего не видел в ней, кроме этого страха и ненависти ко мне. Это был тот самый страх и ненависть ко мне, которые должны были вызвать любовь к другому» [6].

Как и бывает в действительности в состоянии аффекта, лавина злобы и агрессии у ревнивца захлестывает его, требует выхода; такой человек неудержим в стремлении к развязке – и он разрешает ситуацию с помощью орудия убийства, в данном случае – кинжала. «Я бы и еще помедлил, но эти последние слова ее, – «ничего не было» – по которым я заключил обратное, то есть, что все было, вызывали ответ. И ответ должен был быть соответствен тому настроению, в которое я привел себя, которое все шло crescendo, нарастая (итал.), и должно было продолжать так же возвышаться. У бешенства есть тоже свои законы». <...> «Я все помнил и ни на секунду не переставал помнить. (Это убедительно указывает на то, что аффект был физиологическим. Тогда почему же на психиатрической экспертизе В. Позднышев был признан невменяемым и освобожден от суда? Очевидно, потому, что психиатры расценили его поведение как паранойяльный бред у психопатической личности. В настоящее время, когда четко разработаны критерии вменяемости–невменяемости и ограниченной вменяемости, в подобном случае ревнивец, скорее всего, был бы признан ограниченно вменяемым, но не исключен и диагноз, как было отмечено выше, «паранойяльный бред ревности у психопатической личности». – Авт.) Чем сильнее я разводил сам в себе пары своего бешенства, тем ярче разгорался во мне свет сознания, при котором я не мог не видеть всего того, что я делал. Всякую секунду я знал, что я делаю. Не могу сказать, чтобы я знал вперед, что я буду делать, но в ту секунду, как я делал, даже, кажется, несколько вперед, я знал, что я делаю, как будто для того, чтоб возможно было раскаяться, чтоб я мог себе сказать, что я мог остановиться. Я знал, что я ударяю ниже ребер и что кинжал войдет. В ту минуту, как я делал это, я знал, что я делаю нечто ужасное, такое, какого я никогда не делал и которое будет иметь ужасные последствия. Но сознание это мелькнуло как молния, и за сознанием тотчас же следовал поступок. И поступок сознавался с необычайной яркостью» [6].

Если в характере В. Позднышева ведущими чертами, как мы установили при анализе его личности, были болезненная подозрительность/ревность, недоверчивость, эгоцентризм, стремление в отношениях женщина–мужчина свести к минимуму чувственный и физиологический компонент любви при доминировании духовного и общечелове-

ческого, особенно со стороны женщины (а это противоречит самой природе, благодаря которой женщина сильна чувством, лучше понимает и чувствует детей и мужа, а они ее, что способствует гармонии отношений в семье, особенно при рациональном и уравновешенном муже), то в характере Отелло преобладают эмоциональность, импульсивность и чувственность. Отелло, в противоположность В. Позднышеву, доверчив и легко поддается обманам и интригам.

### **Ревность как паранойяльная реакция у импульсивно-эпилептоидной личности**

Переходим к анализу драмы У. Шекспира «Отелло», проведенному К. Леонгардом [1] и дополненному нашими комментариями, оценками и суждениями.

«Человек, – согласно К. Леонгарду, – в котором столь ярко представлено паранойяльное начало, как в Отелло, должен уже от природы быть чувствительным и подозрительным. Но лишь после того, как Отелло убил Дездемону, из самых последних слов его в трагедии мы узнаем, что он “любил без меры и благоразумья, был не легко ревнив, но в буре чувств впал в бешенство”. Такие слова наводят даже на мысль о том, что перед нами скорее возбудимая (эпилептоидная), чем застревающая личность» [1].

Последняя трактовка личности Отелло К. Леонгардом представляется нам единственно правильной, и мы уверены, что трансформация имени Отелло в нарицательное для обозначения ревнивцев произошла благодаря гипертрофированным представлениям мавра о ревности вообще, многократно усиленная подчеркнута демонстративной игрой актеров на сценах мира (тем более, что высокоэмоциональные проявления ревности, возмущения и гнева можно изобразить и без утонченной актерской игры, а примитивно прямолинейно), а не благодаря сложностям выражения черт характера этого персонажа, написанного У. Шекспиром.

Отелло – полководец, он быстр и импульсивен в решениях и поступках. Если у него и имеются какие-то незначительные черты характера застревающих личностей, то они мало заметны и не оказывают существенного влияния на его поступки. Как истинный эпилептоид, он страстен и неудержим. Следует, однако, заметить, что эпилептоидные личности – а Отелло, по нашему мнению, типичный эпилептоид – предрасположены к паранойяльным реакциям и развитию

под влиянием ситуативных внешних обстоятельств. Все реагирование Отелло на интриги Яго типично для высокоэмоционального (а потому и легковерного) эпилептоида. Всегда и во всем подозрительного параноика/застревающего не так-то просто обмануть, увлечь, т. к. он интригана первого же и заподозрит. Такова, по нашему мнению, клиническая реальность.

К. Леонгард обращает внимание на то, что «Шекспир дал не только в художественном, но и в психологическом аспекте блестящий анализ трагических событий. Рафинированной игрой Яго удается подвести Отелло к неустойчивому, шаткому состоянию, к постоянным колебаниям между надеждой и страхом, которые столь опасны при паранойальном развитии, и не только подвести, но и все время поддерживать его в этом (неустойчивом) состоянии. Сначала Яго только делает намеки, отказывается сказать больше и тем самым вызывает напряжение. Когда Отелло все ближе к тому, чтобы вспылать бешеной ревностью, высказывания Яго могут уже сделаться более определенными, так как он не боится больше встретить резкий отпор. Тонко сообразуя свою тактику с состоянием Отелло, который постепенно созревает для веры в любую ложь, Яго начинает раздувать свои коварные обвинения. А когда Отелло уже окончательно сражен ревностью, то клеветник может пустить в ход тяжелые орудия, т. е. расписать Отелло в подробностях картину интимного сближения Дездемоны и Кассио» [1].

Отметим, что не только в драме У. Шекспира, а сплошь и рядом в повседневной жизни «мастера и мастерицы сплетен и интриг» своим искусством распускать слухи, наговаривать способны довести доклиническое проявление т. н. нормальной ревности до патологической формы ее развития, с чем нередко приходится сталкиваться на практике клиническим психологам.

А первый разговор Яго с Отелло начинается так: «Яго: Скажите, генерал, знал Кассио о вашем увлеченье / До вашей свадьбы? / Отелло: Знал. Конечно, знал. / А что такое? Яго: Так. Соображенья. / Хочу сличить их, вот и все. / Отелло: Во имя неба, говори ясней! / Яго: Хотя б вы сердце мне руками сжали, / Не буду, не могу и не хочу. / Отелло: Так вот как! / Яго: Ревности остерегайтесь, / Зеленоглазой ведьмы, генерал, / Которая смеется над добычей. / Яго: А главное, не надо углубляться / В вопросы эти дальше, генерал. /

Все предоставьте времени. Взысканья / Я с Кассио пока бы не снимал. / Он превосходный офицер, конечно, / Но я его держал бы в стороне, / Чтоб наблюдать за ним на расстоянии. / Следите, как проявит госпожа / Свое участие в судьбах лейтенанта. / А в заключенье должен повторить: / Я по натуре склонен к ложным страхам. / Наверно, я хватаю через край. / Не думайте о Дездемоне плохо».

Когда ревность Отелло достигает апогея из-за клеветы и козней предателя Яго, происходит такой диалог: «Отелло: Он вслух о ней болтал? / Яго: Болтал. / Отелло: Что? Что? / Яго: То, от чего всегда он отречется. / Отелло: Но все-таки. / Яго: Он говорил... / Отелло: И так? / Яго: Что он лежал... / Отелло: С кем? С ней? / Яго: Да... Нет. Увольте» [1].

«Вероятно, во всей художественной литературе, – пишет К. Леонгард, – не найдется другого произведения, где с таким мастерством было бы описано течение паранойального развития, как у Шекспира в трагедии “Отелло”. Яго удается держать Отелло все время в неуверенности, “дозировать” клевету таким образом, что Отелло постоянно колеблется между жестоким подозрением и доверием к Дездемоне» [1].

Считаем весьма необходимым дополнить и уточнить, что у Отелло в драме У. Шекспира наблюдалась паранойальная реакция ревности, а не развитие, как пишет К. Леонгард; до него (паранойального развития) не дошло, и весь трагизм произошедшего обусловлен именно импульсивностью эпилептоидной личности.

Также необходимо заметить, что амбивалентность не свойственна параноикам [5] вообще, напротив, ими движет абсолютная уверенность, даже самоуверенность. Импульсивно же эпилептоидный Отелло, страстно любящей Дездемону, ошеломлен, сражен интригами Яго, который умело манипулирует эмоционально возбудимым и внушаемым мавром.

«Если бы Яго начал сразу с грубой клеветы, Отелло тут же с возмущением отверг бы наговоры, он ничему не поверил бы. Но Яго шаг за шагом провоцирует все более глубокие аффекты Отелло, пока, наконец, тот не начинает принимать за чистую монету самую вульгарную ложь, что наблюдается у бредовых больных. Между тем, пока дело не дошло до данной стадии, Отелло терзают неопишуемые мучения, и вызваны они не чем иным, как перманентной неуверенностью (У параноика? – Авт.). Отелло: Как! Изменить

мне! / Яго: Довольно, генерал. / Оставьте эти мысли. / Отелло: Сгинь! Исчезни! / Ты жизнь мою в застенек обратил. / Пускай меня и больше б обманули, / Да я б не знал» <...> Вполне возможно, – уточняет далее К. Леонгард, – что в личности Отелло не столь уж ярко представлены паранойяльные черты сами по себе: нельзя не учитывать того, с каким изощренным коварством его толкали на путь паранойяльного развития. Необходимо учитывать, что он был мавром, и его терзали сомнения и опасения, принимавшие навязчивый характер, может ли быть прочной любовь к мавру у такой тонкой нежной девушки, как Дездемона» [1].

Все реагирование Отелло на интриги Яго, по-нашему мнению, типично для импульсивно эмоционального, а потому и легковерного, эпилептоида. Столь же типичен и финал: страстно любя Дездемону, в аффекте он убивает ее, а затем и себя. У застревающих/паранойяльных личностей так не бывает. Всегда и во всем подозрительного параноика/застревающего не так-то просто обмануть и увлечь, т. к. он интригана первого же и заподозрит. Злоба к мнимой изменщице еще долго (если не всегда) будет жить в его душе и служить оправданием содеянного.

Такова клиническая реальность.

### Выводы

Начавшись эпиграфом Ф. Ларошфуко, статья дополняется метким замечанием классика психологии и психиатрии К. Леонгарда о том, что «великие писатели одновременно являются и великими психологами», что сразу дает основания для практического проведения научных исследований темы ревности в их произведениях. То, что великие писатели (одаренные

сверхчувствительностью) не придумывают свои истории, а воссоздают реальные события, чувства, эмоции, пережитые ими самими, дает представление о ревности даже более четкое и правдивое, чем описания в историях болезни, амбулаторных картах и листах наблюдений и потому позволяет проводить клиничко-психологический анализ, подобный тому, который делается на конференциях и разборах сложных случаев в диагностическом и терапевтическом отношении в отделениях/клиниках пограничных состояний или психологических центрах и консультациях.

Представленное в настоящей статье исследование некоторых философских трудов и художественных произведений позволяет сделать следующие выводы:

1. Философы/мыслители, всесторонне и глубоко анализируя душевную сферу жизни человека (включая ее психологические и психопатологические проявления, часто трудно различимые), находящуюся в диалектическом взаимодействии с соматическими функциями, в своих трудах указывают на то, что весь конгломерат человеческих отношений должен быть изучен на всех возможных уровнях; применительно к ревности это значит, что необходимо изучать не только ее психопатологию, но и психологические факторы для ее проявлений.

2. Сверхценные/паранойяльные реакции ревности в остром состоянии присущи импульсивным/эпилептоидным личностям.

3. Паранойяльное развитие и паранойяльный бред ревности формируются преимущественно у патологических личностей паранойяльного (параноидного по МКБ-10) и застревающее-эпилептоидного типов.

### Литература

1. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – К., 1981. – 392 с.
2. Маковицкий Д. П. У Толстого: Яснополянские записки / Д. П. Маковицкий. – Т. 1. – М.: Наука, 1979. – 544 с.
3. Толстой С. Л. Очерки о былом / С. Л. Толстой. – Тула, 1966. – 512 с.

4. Бердяев Н. А. Размышление об эроте / Н. А. Бердяев // Самопознание: опыт философской автобиографии. – М.: Мысль, 1990. – 220 с. – С. 65–72.
5. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. – М.: Медицина, 1964. – 292 с.
6. Толстой Л. Н. Крейцеров соната : Повести. – СПб.: Азбука-классика, 2007. – 352 с.

### References

1. Leongard K. Aktsentuirovannye lichnosti [Accentuated persons]. Kiev, 1981, 392 p. (In Russ.)
2. Makovitskiy D. P. U Tolstogo. Yasnopolyanskiye zapiski [Tolstoy. Yasnaya Polyana notes]. Moscow, Science Publ., 1979, vol. 1, 544 p. (In Russ.)
3. Tolstoy S. L. Ocherki o bylom [Essays about the past]. Tula, 1966, 512 p. (In Russ.)
4. Berdyaev N. A. Razmyshlenie ob erose [Thinking about eros]. Samopoznanie: opyt filosofskoy avtobi-

- ogrfii [Self-knowledge: the experience of a philosophical autobiography]. Moscow, Thought Publ., 1990, 220 p., pp. 65-72. (In Russ.)
5. Gannushkin P. B. Izbrannyye trudy [Selected Works]. Moscow, Medicine Publ., 1964, 292 p. (In Russ.)
6. Tolstoy L. N. Kreytserova sonata : (povesti) [The Kreutzer Sonata (The Tale)]. St. Petersburg, Classical ABC Publ., 2007. 352 p. (In Russ.)



К. О. Стаханов

УДК: 616.895.8-06:616.89-008.454-055.1-085.851

© **Стаханов Кирил Олегович (Україна)** – асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com.

© **Kiril Stakhanov (Ukraine)** – Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance, Odessa National Medical University, 2, Valikhovsky Lane, Odessa, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com.

© **Стаханов Кирил Олегович (Украина)** – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи, Одесский национальный медицинский университет, пер. Валиховский, 2, г. Одесса, 65028; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стр. 63–72

## ДОСВІД РОБОТИ СПІЛЬНОТНИХ ВИЌЗНИХ БРИГАД З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У СФЕРІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

EXPERIENCE OF WORK OF COMMUNITY OUTREACH TEAMS FOR THE PROTECTION OF MENTAL HEALTH IN THE SPHERE OF ASSISTANCE TO PATIENTS WITH POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION

ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩЕСТВЕННЫХ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

**Summary.** The article describes the results of their own research and the experience of using the model of the work of social outreach teams for the protection of mental health within the framework of complex medical and psychological support for patients with post-schizophrenic depression. The study was conducted during 2011–2017 on the basis of the CI «Odesa Regional Medical Center of Mental Health». Methods of research were: theoretical, socio-demographic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, catamnestic, statistical. The study involved 141 patients for post-schizophrenic depression, who were provided on an outpatient basis with specialized medical and psychosocial care at home and in the community's community. According to the results of the study, it is established that the implemented author medico-psychological support is effective and allows achieving significant improvement in the social functioning of patients with post-schizophrenic depression, improving the indicators of the psychoemotional and cognitive sphere, and significantly improving the quality of life of patients

**Key words:** post-schizophrenic depression, medical and psychological support, community outreach teams for the protection of mental health.

**Аннотация.** В статье изложены результаты собственного исследования и опыт использования модели работы общественных выездных бригад по охране психического здоровья в рамках комплексного медико-психологического сопровождения пациентов с постшизофренической депрессией. Исследование проводило в течение 2011–2017 гг. на базе КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья». В работе использовались теоретический, социально-демографический, клиничко-психопатологический, психодиагностические, катамнестический, статистический методы. В исследовании участвовал 141 больной с постшизофренической депрессией, всем амбулаторно предоставлялась специализированная медицинская и психосоциальная помощь на дому и на территории проживания сообщества. По результатам исследования установлено, что реализованное во время работы авторское медико-психологическое сопровождение является эффективным и позволяет достичь значительного улучшения социального функционирования пациентов с постшизофренической депрессией, улучшить показатели психоэмоциональной и когнитивной сферы и значительно повысить качество жизни больных.

**Ключевые слова:** постшизофреническая депрессия, медико-психологическое сопровождение, общественные выездные бригады охраны психического здоровья.

### Вступ

Сьогодні українська система надання допомоги пацієнтам із психічними розладами знаходиться на шляху деінституціоналізації. Скорочення ліжкового фонду психіатричних клінік є однією зі складових цього процесу, який неможливий без створення альтернативних послуг замість тих, що надавалися в умовах стаціонару [1].

Згідно з Європейським планом психічного здоров'я на 2013–2020 рр. найбільш сучасною альтернативою спостереженню у лікарні є організація спільнотних служб охорони психічного здоров'я, які можуть органічно доповнювати існуючу систему. При цьому наголошується на розвитку нових структур і розширенні ролі первинної ланки медичної психіатричної допомоги [2; 3]. Важ-

ливо, що **головним завданням** утворюваних **служб є інтеграція** пацієнтів із постшизофренічною депресією **у суспільство** – тобто робота орієнтована не лише на зменшення симптомів і поліпшення психологічного комфорту хворого, а й на побудову всієї системи реабілітації навколо значущих для пацієнта цілей з максимальним включенням особи з психічним захворюванням у соціальне життя [1; 4; 5]. Відповідно до Європейського плану психічного здоров'я на спільнотні служби покладено виконання певного обсягу послуг:

- надання інформації і засобів самодопомоги пацієнтам і членам їхніх родин для підтримки (робота з оточенням);

- лікування найпоширеніших порушень психічного здоров'я;

- профілактика, лікування та психосоціальна реабілітація людей із важкими та/або комплексними порушеннями психічного здоров'я за місцем їхнього проживання;

- госпіталізація в установи місцевого рівня – такі, як центри здоров'я або центральні районні лікарні (як надзвичайний захід, за необхідності інтенсивного лікування);

- підтримка персоналу будинків-інтернатів для осіб із хронічними розладами психічного здоров'я;

- інші види послуг на регіональному або центральному рівні, у тому числі – проведення судово-психіатричної експертизи [1; 2].

Одразу після виписки зі стаціонару пацієнт перенаправлюється до спільнотної служби, яка на перших порах перебування хворого вдома забезпечує його супровід та ретельне спостереження. Для цього створено окремі підрозділи – спільнотні виїзні бригади охорони психічного здоров'я. Вони надають допомогу переважно на дому, а в разі потреби – у лікувальному закладі, на базі якого діють або в якому перебуває пацієнт [1]. Таким чином, спільнотні служби під час домашнього візитування або прийому в спеціальному центрі надають реабілітаційну допомогу за місцем проживання, що врешті-решт сприяє значному скороченню часу перебування пацієнта у стаціонарі та є профілактикою рецидиву захворювання [6; 7].

### **Мета дослідження**

Мета дослідження полягає у визначенні ефективності заходів авторського комплексного медико-психологічного супроводу.

### **Матеріали та методи дослідження**

Дослідження проходило протягом 2011–2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До

участі було включено 141 хворого на постшизофренічну депресію (ПШД). На початку дослідження всі обстежувані були розділені за гендерною ознакою на 2 групи: 68 чоловіків склали першу групу, а 73 жінки – другу. Перед початком корекційних інтервенцій ці групи досліджуваних розподілили на 2 основні групи (ОГ) та 2 групи порівняння (ГП). До ОГ1 включили 37 чоловіків, а до ОГ2 – 39 жінок; до ГП1 увійшов 31 чоловік, а до ГП2 – 34 жінки.

Під час роботи використовувалися теоретичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний методи дослідження. Психодіагностичне дослідження проводилося з використанням шкали HADS/HARS та опитувальника Басса–Дарки. Вивчення соціально-психологічних особливостей проводили за допомогою опитувальника вольового самоконтролю (ВСК) А. Г. Зверкова та Е. В. Эйдемана та опитувальника суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої). Когнітивна сфера оцінювалась за методиками «10 слів» А. Р. Лурія (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.) та методом піктограм. Дослідження якості життя пацієнтів проводилося за допомогою методики Й. Е. Меззіч, Н. Цоген, М. Руіперез, Й. Ліу, Г. Іоон, (1999 р.) [8].

На першому етапі дослідження здійснювали набір у групи за критеріями включення–виключення, вивчали соціально-демографічні характеристики обстежуваних чоловіків та жінок та проводили психодіагностику з метою з'ясування індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з ПШД. У 100% з них за результатами психодіагностичного обстеження було виявлено порушення в окремих сферах:

- психоемоційній (високий рівень тривоги та депресії, агресивні тенденції);

- когнітивній (порушення уваги, пам'яті та мислення);

- психосоціальної (низький рівень адаптації, складнощі з самоконтролем в комунікації, ризик реалізації суїцидальної поведінки, зниження якості життя).

У межах дослідження визначено психокорекційні мішені, на які було спрямовано інтервенції комплексного медико-психологічного супроводу. Він проводився виключно ОГ і складався з двох етапів: перший проходив упродовж стаціонарного лікування та мав психокорекційну спрямованість; другий (психопрофілактичний, підтримуючий) – в амбулаторний період.



### Результати дослідження та їх обговорення

На амбулаторному етапі в межах програми медико-психологічного супроводу було використано модель роботи спільнотних виїзних бригад з охорони психічного здоров'я. Вони працюють за підтримки ВООЗ в 4-х пілотних регіонах України (Донецькій, Сумській, Дніпропетровській та Одеській областях) із січня 2016 року.

В Одесі СВБОПЗ створено при КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», який був клінічною базою для проведення дослідження. До складу спільнотної виїзної бригади з охорони психічного здоров'я (СВБОПЗ) входять фахівці медичних, психологічних, соціальних спеціальностей. А головним завданням є надання амбулаторної спеціалізованої медичної та психосоціальної допомоги особам із психічними розладами у них вдома та на території проживання спільноти. Мета такої роботи полягає у попередженні госпіталізації пацієнтів, мінімізації інвалідності та покращенні якості їхнього життя [1; 2].

Склад одеської СВБОПЗ, яка була задіяна на етапі надання допомоги пацієнтам з ПШД у межах досліджувальної роботи, наведено на **рис. 1**.

Для кожного з пацієнтів з ПШД було розроблено особисту програму реабілітації, яка ґрунтувалась на результатах визначення індивідуальних потреб пацієнта і стала основою для надання допомоги. Програма узгоджувалась членами СВБОПЗ із хворим та/або членом його сім'ї/законним представником і переглядалася через 30 днів від початку на-

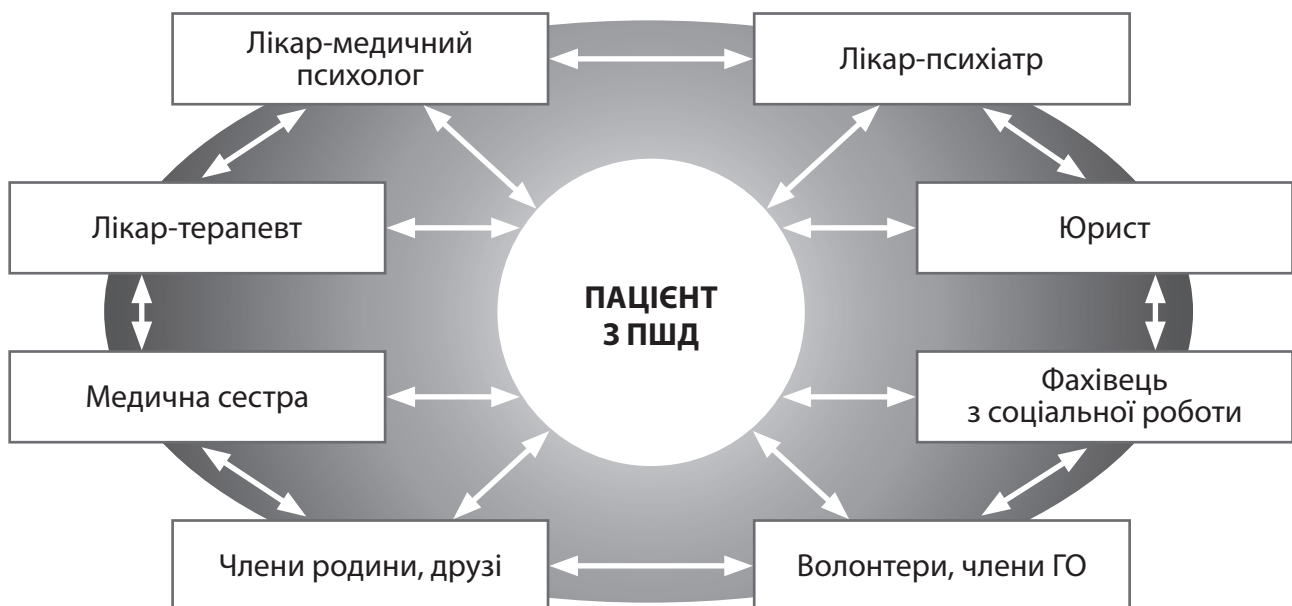
дання допомоги, а у подальшому коригувалася відповідно до необхідності. Зміст та обсяг допомоги визначались персонально залежно від ступеня індивідуальної потреби кожного пацієнта та наявних ресурсів СВБОПЗ.

Реабілітаційна програма реалізовувалася за такими напрямками:

1. Медикаментозне лікування (призначалося за потребою та за показаннями до медикаментозної терапії психічних розладів відповідно до клінічних настанов та клінічних протоколів, що затверджуються Міністерством охорони здоров'я України).

2. Психосоціальна реабілітація:

- психоосвітня робота з пацієнтами та їхніми родинами щодо діагнозу та очікуваного перебігу захворювання, сучасних ефективних лікувальних підходів, особливостей медикаментозного лікування та можливої побічної дії препаратів;
- психоосвітні заходи, спрямовані на підвищення прихильності до лікування, залучення родичів до лікування та підвищення якості життя пацієнта;
- психологічне консультування та психокорекційна робота задля підтримки процесу одужання, вирішення можливих проблем та досягнення цілей, визначених у індивідуальній реабілітаційній програмі пацієнта;
- когнітивно-поведінкова, міжособистісна, сімейна та інші форми психотерапії, які мають за мету допомогти пацієнтові усвідомити особливості власного розладу та сутність терапевтичного процесу, а також відновлення соціального функціонування;



**Рис.1.** Склад СВБОПЗ для надання допомоги пацієнтам з ПШД

- навчання самомоніторингу та управлінню своїм станом;
- розробка індивідуального плану попередження рецидиву, який включав відомі провокуючі фактори та стратегії зменшення ризику рецидиву;
- тренінг соціальних та комунікативних навичок, який мав на меті сприяння соціальній інтеграції;
- консультування щодо забезпечення освітніх та професійних потреб, пошук можливостей та сприяння поверненню пацієнта до роботи, розвитку професійних навичок, а також ознайомлення зі стратегіями вирішення проблем на шляху досягнення таких цілей;
- навчання пацієнта навичкам самостійного проживання та догляду за собою задля покращення спроможності забезпечувати свої базові повсякденні потреби;
- навчання та надання інформації щодо отримання послуг спільноти щодо того, як розпоряджатися грошима й особистим майном;
- практична допомога у забезпеченні базових потреб у співпраці з родичами/доглядачами та необхідними службами [2; 3; 7].

3. Моніторинг соматичного стану (в межах спостереження за можливою побічною дією медикаментів), а за необхідності – направлення на консультацію до відповідного

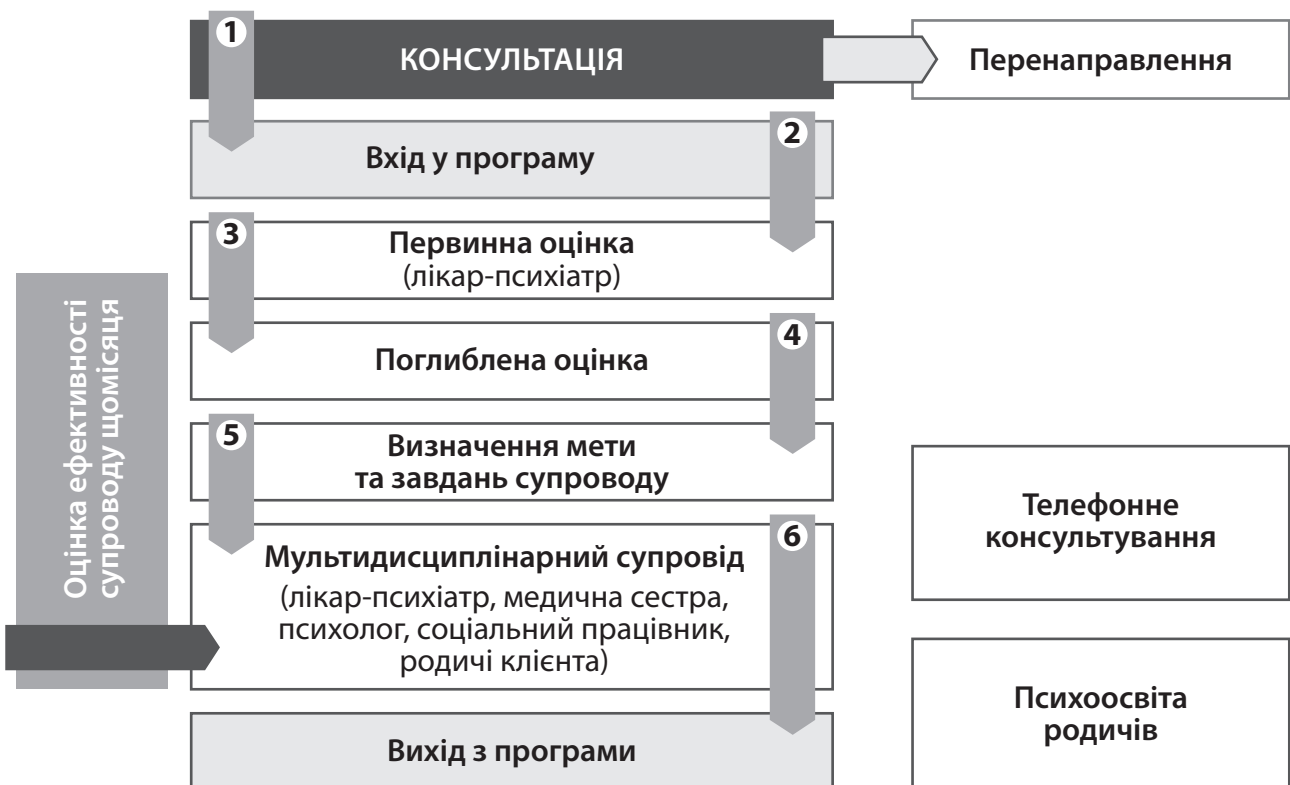
медичного фахівця чи медзакладу для отримання необхідної професійної допомоги.

4. Консультування щодо підвищення мотивації пацієнта до проходження регулярних медичних оглядів, підтримки здорового способу життя та зменшення шкоди здоров'ю (харчування, фізична активність, виключення алкоголю та ін.); проведення мотиваційного інтерв'ювання.

5. Соціально-правова допомога: консультації щодо прав громадян із психічними захворюваннями; допомога в оформленні документів, матеріальної допомоги та в отриманні безоплатної правової допомоги [2; 5; 7].

6. Підтримка сім'ї та/або доглядачів: психоосвітня робота з сім'єю пацієнта щодо його захворювання та стратегій, спрямованих на підвищення прихильності до медикаментозного лікування; психологічне консультування щодо покращення сімейної взаємодії, навчання комунікативним навичкам, оволодіння техніками вирішення проблем та ін.; сімейна психотерапія, спрямована на формування оптимальної сімейної взаємодії та покращення сімейного функціонування [2; 3; 5; 7].

Схему роботи СВБОПЗ наведено на **рис. 2**. Підставою для надання допомоги СВБОПЗ були: 1) направлення від сімейного лікаря, інших лікарів-фахівців, у тому числі психіатрів спеціалізованих лікуваль-



**Рис. 2.** Схема роботи СВБОПЗ для надання допомоги пацієнтам з ПШД

Таблиця 1

## Розподіл за рівнем тривоги та депресії в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (%)

Рівень тривоги та депресії		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
<b>Рівень тривоги (HARS)</b>					
Високий	до	16/43,24	13/41,94	21/53,85	19/55,88
	після	5/13,52*	8/25,81 **	8/20,52*	12/35,30**
Середній	до	17/45,95	14/45,16	15/38,46	13/38,24
	після	16/43,24	18/58,06	18/46,15	18/52,94
Низький	до	4/10,81	4/12,90	3/7,69	2/5,88
	після	16/43,24*	5/16,13**	13/33,33*	4/11,76**
<b>Рівень депресії (HADS)</b>					
Високий	до	23/62,16	19/61,29	21/53,85	18/52,94
	після	7/18,92*	13/41,94**	6/15,38	11/32,36
Середній	до	14/37,84	12/38,71	18/46,15	16/47,06
	після	21/56,76	16/51,61	21/53,85	20/58,82
Низький	до	–	–	–	–
	після	9/24,32	2/6,45	12/30,77	3/8,82

**Примітки:**\* – різниця в групі до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;\*\* – різниця між ОГ та ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

но-психіатричних установ або інших структур, які забезпечують нагляд, і соціальних служб відповідної громади; 2) власне звернення пацієнта; 3) звернення його опікуна до закладу охорони здоров'я щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною; 4) наявність розладу психіки, діагноз якого встановлено відповідно до критеріїв Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду, і який відповідає критеріям включення для надання допомоги СВБОПЗ.

Допомога спеціалістами СВБОПЗ надавалася після проведення психіатричного огляду, встановлення діагнозу психічного розладу, визначення ступеня його тяжкості, виду динамічного спостереження і рівня психосоціальної дезадаптації. Фахівці мультидисциплінарної команди працювали спільно, розробляючи індивідуальний план ведення кожного пацієнта з урахуванням інтересів та бачення конкретного хворого. Для цього в мультидисциплінарній команді проводилися регулярні групові обговорення та супервізії. Супровід пацієнтів здійснювався як в умовах суспільного центру, так і під час домашніх візитів.

При наданні допомоги на дому у пацієнта користувались технологією «AIDET»:

1. Acknowledge (вітання) – привітати кожного, кого зустрінете в сім'ї, бути приємними;
2. Introduce (представитися) – представитися самому і розповісти про свою роль, носити бейдж з ім'ям;

3. Duration (тривалість) – сказати, скільки приблизно триватиме візит;
4. Explanation (пояснення) – пояснити всі процедури, що ви збираєтеся робити);
5. Thank you (подяка) – подякувати за час і запрошення в будинок.

Вважалось за обов'язкове дотримання принципів конфіденційності, поваги до особистого простору пацієнта та професійних меж.

Припинення надання допомоги здійснювалось після спільного обговорення всіма членами СВБОПЗ результатів, які були досягнуті. Інформація про припинення надання допомоги надавалась дільничному психіатру.

Задля оцінки ефективності авторського комплексного медико-психологічного супроводу, серед усього контингенту досліджених було проведено ретестування з використанням психодіагностичних методик, які застосовувалися на етапі первинної психодіагностики. Оцінка ефективності здійснювалась з урахуванням трьох сфер: психоемоційної, когнітивної, соціально-психологічної.

За результатами ретестування було встановлено, що кількість осіб з високим рівнем тривоги в ОГ1 зменшилась на 43,24%, в ОГ2 – на 38,47%; при цьому кількість пацієнтів із низьким рівнем тривоги, яких на початку впровадження супроводу в зазначених групах не було зовсім, збільшилась в ОГ1 на 24,32%, в ОГ2 – на 30,77% (табл. 1).

Зміни в групах порівняння також мали позитивний вектор, проте вони не були ста-

Таблиця 2

Структура і вираженість форм агресивної поведінки в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Фізична агресія	до	56,50 ↑	56,30 ↑	46,10	46,20
	після	32,60 *	43,20 **	23,80 *	39,70 **
Вербальна агресія	до	63,00 ↑	62,80 ↑	54,20 ↑	53,90 ↑
	після	38,10 *	49,50 **	31,00 *	42,40 **
Непряма агресія	до	65,90 ↑↑	66,30 ↑↑	59,00 ↑↑	59,10 ↑↑
	після	36,70 *	48,20 ↑ **	29,50 *	43,0 ↑ **
Негативізм	до	73,80 ↑	73,40 ↑	65,30 ↑	65,50 ↑
	після	47,50 *	59,60 ↑ **	41,40 *	54,90 ↑ **
Роздратування	до	85,10 ↑↑↑	85,60 ↑↑↑	84,10 ↑↑↑	83,70 ↑↑↑
	після	51,20 ↑ *	63,80 ↑↑ **	49,60 ↑ *	61,50 ↑↑ **
Підозрілість	до	82,40 ↑↑↑	82,60 ↑↑↑	73,90 ↑↑↑	74,50 ↑↑↑
	після	50,10 ↑ *	62,50 ↑↑ **	48,90 ↑ *	59,80 ↑↑ **
Образа	до	61,90 ↑↑	61,70 ↑↑	72,60 ↑↑↑	72,40 ↑↑↑
	після	35,40 *	51,80 ↑ **	49,00 ↑ *	59,70 ↑↑ **
Почуття провини	до	69,50 ↑	69,40 ↑	81,60 ↑↑	81,00 ↑↑
	після	50,30 *	58,00 ↑	62,70 ↑ *	69,50 ↑

Примітки:

- ↑ – підвищений рівень; ↑↑ – високий рівень; ↑↑↑ – дуже високий рівень;
- \* – різниця в групі до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;
- \*\* – різниця між ОГ та ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

статистично достовірними при порівнянні ані з відповідними основними групами, ані з етапом, який передував корекції ( $p > 0,05$ ).

Про більшу ефективність авторського медико-психологічного супроводу порівняно зі стандартним лікуванням свідчить також позитивна динаміка рівня депресії пацієнтів з ПШД в основних групах дослідження, які та-

кож мали статистичну достовірність ( $p \leq 0,05$ ). В ОГ1 кількість осіб з високим рівнем депресії зменшилась на 43,24%, в ОГ2 – на 38,47%; відповідно збільшилася кількість пацієнтів з низьким рівнем депресії: в ОГ1 – на 24,32%, в ОГ2 – на 30,77%. У групах порівняння також відбулися позитивні зміни, але вони не мали статичної достовірності порівняно ані з від-

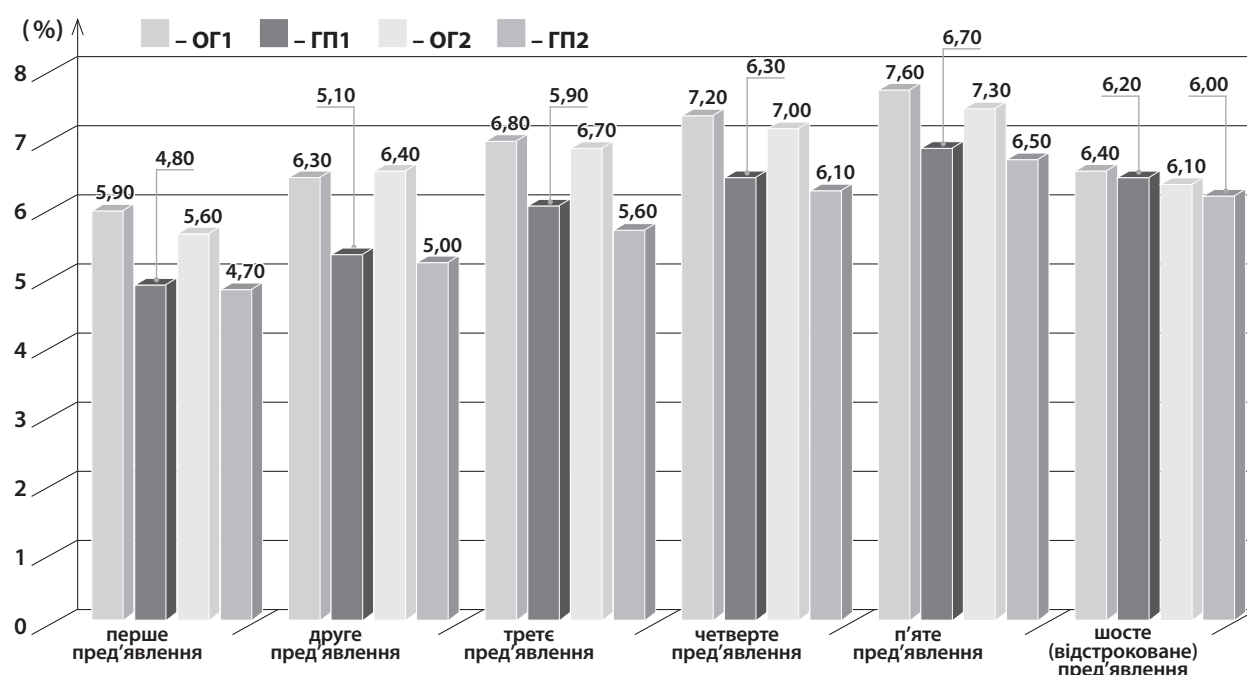


Рис. 3. Крива запам'ятовування 10 слів за тестом А. Р. Лурії в досліджених групах після корекції

Таблиця 3

## Розподіл за особливостями уваги в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (%)

Параметри уваги та їх рівень		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)	
Стойкість	низький	до	62,16	64,52	69,23	70,59
		після	29,73*	48,39**	33,33*	47,06**
	середній	до	37,84	35,48	30,77	29,41
		після	70,27*	51,61**	66,67*	52,94**
	високий	до	-	-	-	-
		після	-	-	-	-
Концентрація	низький	до	64,86	64,52	74,36	76,47
		після	35,14*	51,61**	38,46*	52,94**
	середній	до	35,14	35,48	25,64	23,53
		після	64,86*	48,39**	61,54*	47,06**
	високий	до	-	-	-	-
		після	-	-	-	-
Розподіл	низький	до	75,68	74,19	71,79	73,53
		після	43,24*	51,61**	43,59*	58,82**
	середній	до	24,32	25,81	28,21	26,47
		після	56,76*	48,39**	56,41*	41,18**
	високий	до	-	-	-	-
		після	-	-	-	-
Переключення	низький	до	62,16	61,29	61,54	58,82
		після	37,84*	51,61**	38,46*	44,12**
	середній	до	37,84	38,71	38,46	41,18
		після	62,16*	48,39**	61,54*	55,88**
	високий	до	-	-	-	-
		після	-	-	-	-

## Примітки:

\* – різниця в групі до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;\*\* – різниця між ОГ та ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

Таблиця 4

## Показники за опитувальником ВСК в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Загальна (В)	до	6,50	6,60	6,80	6,70
	після	10,30	7,60	9,40	7,40
Наполегливість (Н)	до	3,80	4,00	3,80	3,60
	після	6,40	4,70	5,50	4,10
Самовладання (С)	до	2,50	2,40	2,70	2,60
	після	4,30	2,90	3,50	3,00

## Примітки:

\* – різниця в групі до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;\*\* – різниця між ОГ та ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

Показник за загальною шкалою самоконтролю в ОГ1 підвищився на 3,80 балу, в ОГ2 – на 2,60 балу (табл. 4).

повідними основними групами, ані з етапом, що передував корекції ( $p > 0,05$ ).

В основних групах відзначалися позитивні зрушення за всіма шкалами агресивності; важливо, що ці зміни мали статистичну достовірність порівняно з етапами до та після корекції, а також при зіставленні з даними, отриманими у групах порівняння ( $p \leq 0,05$ ) (табл. 2).

У результаті проведення психокорекційних інтервенцій, в ОГ 1 рівні фізичної, вербальної та непрямой агресії, а також негативізму і почуття провини були значно зменшені (різниця у групі на етапах до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ). А в ОГ2 було досягнуто зниження рівнів не тільки фізичної, вербальної та непрямой агресії, негативізму та почуття провини, але і роздратування, підозрілості та образи (різниця в групі на етапах до та після інтервенцій є достовірною,  $p \leq 0,05$ ) (табл. 2). Позитивні зміни на етапі після корекції в групах порівняння були статистично менш значними порівняно з відповідними основними групами ( $p \leq 0,05$ ).

Після проведення корекційних заходів ефективність запам'ятовування в основних групах підвищилась і складала:

– в ОГ1: при першому пред'явленні  $5,90 \pm 0,19$ , при другому –  $6,30 \pm 0,12$ , при третьому –  $6,80 \pm 0,13$ , при четвертому –  $7,20 \pm 0,10$ , при п'ятому –  $7,60 \pm 0,12$ , при шостому (відстрокованому) –  $6,40 \pm 0,15$ ;

– в ОГ2: при першому пред'явленні  $5,60 \pm 0,12$ , при другому –  $6,40 \pm 0,12$ , при третьому –  $6,70 \pm 0,11$ , при четвертому –  $7,00 \pm 0,12$ , при п'ятому –  $7,30 \pm 0,13$ , при шостому (відстрокованому) –  $6,10 \pm 0,11$ .

Різниця з відповідними групами порівняння статистично достовірною ( $p \leq 0,05$ ) (рис. 3).

В результаті проведення медико-психологічного супроводу результати за всіма параметрами уваги (стійкість, концентрація, розподіл, переключення) в основних групах збільшилися (різниця між ОГ та відповідними ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ ) (табл. 3).

В ОГ1 зменшилася кількість осіб з низьким рівнем стійкості уваги – на 32,43%, з низьким рівнем концентрації уваги – на 29,72%, з низьким рівнем розподілу уваги – на 32,44%; кількість чоловіків з низьким рівнем переключення уваги зменшилась на 24,32%. В ОГ2 зменшилася кількість пацієнтів з низьким рівнем стійкості уваги – на 36,00%, з низьким рівнем концентрації уваги – на 35,90%, з низьким рівнем розподілу уваги – на 28,20%; кількість жінок з низьким рівнем переключення уваги зменшилась на 23,08%.

Позитивні зміни відбулися в основних групах й щодо рівня наполегливості та самовладання: показник наполегливості в ОГ1 підвищився на 2,60 балу, самовладання – на 1,80 бала; в ОГ2 результат за шкалою наполегливості збільшився на 1,70 балу, за шкалою самовладання – на 0,80 балу.

До початку корекційного впливу у жінок з ПШД ризик суїцидальної поведінки був достовірно меншим порівняно з чоловіками, про що свідчили і низькі значення за більшістю шкал опитувальника, а також вищий (порівняно з чоловіками) показник за антисуїцидальним фактором ( $p \leq 0,05$ ) (табл. 5).

Після впровадження авторського комплексного супроводу показник за антисуїцидальним фактором підвищився в обох ОГ (ОГ1 – на 0,90 балу; ОГ2 – на 1,30 балу), при цьому все ж зберігалася статистично достовірна різниця між ОГ1 та ОГ2 ( $p \leq 0,05$ ).

Таким чином, порівняння результатів в основних групах до та після корекції, а також зіставлення даних у групах порівняння ( $p \leq 0,05$ ) свідчать про ефективність заходів

Таблиця 5

**Показники рівня суїцидального ризику в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)**

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Демонстративність	до	3,00	3,10	5,20	5,30
	після	2,20	2,90	2,80	4,50
Афективність	до	5,10	5,30	5,00	5,10
	після	3,10	4,70	3,70	4,60
Унікальність	до	2,40	2,20	2,60	2,70
	після	1,70	2,00	1,90	2,10
Неспроможність	до	5,70	5,60	4,20	4,10
	після	3,60	5,00	2,80	3,70
Соціальний песимізм	до	5,90	5,80	3,80	3,90
	після	3,70	5,10	2,40	3,30
Злам культурних бар'єрів	до	2,80	2,70	1,90	1,60
	після	2,00	2,50	1,20	1,50
Максималізм	до	4,50	4,70	2,50	2,40
	після	3,40	4,40	1,70	2,10
Часова перспектива	до	5,60	5,50	3,20	3,30
	після	3,80	5,20	2,10	2,80
Антисуїцидальний фактор	до	2,20	2,10	3,40	3,20
	після	3,10	2,40	4,70	3,60

**Примітки:**

- \* – різниця в групі до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;
- \*\* – різниця між ОГ та ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

медико-психологічного супроводу. Але у той же час у групі чоловіків з ПШД ризик реалізації суїцидальних намірів залишався досить високим і після корекції. Виходячи з цього, маємо зауважити, що чоловіки з ПШД потребують не тимчасового, а постійного міждисциплінарного комплексного супроводу, насамперед, для мінімізації ризику суїцидальної поведінки.

У результаті проведення корекції рівень загального сприйняття якості життя в ОГ1 підвищився на 1,70 балу, в ОГ2 – на 2,50 балу (різниця між ОГ та відповідними ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ ). У результаті корекційного впливу в ОГ значно підвищився ступінь адаптації пацієнтів з ПШД (табл. 6).

В ОГ1 кількість осіб з хорошим рівнем адаптації збільшилася на 21,62%, а кількість чоловіків із задовільним рівнем адаптації – на 10,81%; в ОГ2 кількість пацієнтів з

Таблиця 6

**Показники якості життя в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)**

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Фізичне благополуччя	до	4,80	5,00	4,20	4,40
	після	6,20	5,40	6,80	5,10
Психологічне/емоційне благополуччя	до	4,60	4,40	4,20	4,10
	після	6,30	5,20	6,90	5,40
Самообслуговування та незалежність в діях	до	5,10	4,90	4,50	4,30
	після	6,50	5,40	6,30	5,20
Працевдатність	до	4,80	4,70	4,50	4,60
	після	6,90	5,10	6,10	5,20
Міжособистісна взаємодія	до	4,70	4,50	4,20	4,0
	після	6,50	5,30	7,00	5,70
Соціоемоційна підтримка	до	4,10	4,30	3,70	3,90
	після	6,80	5,20	7,20	5,00
Громадська та службова підтримка	до	4,00	3,80	3,60	3,70
	після	6,40	4,70	7,10	5,00
Самореалізація	до	3,50	3,40	3,00	3,10
	після	4,30	4,00	4,90	4,40
Духовна реалізація	до	3,30	3,20	3,10	2,90
	після	3,90	3,50	4,60	3,70
Загальне сприйняття якості життя	до	3,70	3,90	3,60	3,40
	після	5,40	4,30	6,10	4,70

**Примітки:**

- \* – різниця в групі до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;
- \*\* – різниця між ОГ та ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

Таблиця 7

Ступінь адаптації в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (%)

Ступінь адаптації		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Відмінна або дуже добра	до	–	–	–	–
	після	–	–	–	–
Хороша	до	0,00	0,00	5,13	5,88
	після	21,62*	–**	33,33*	5,88**
Задовільна	до	32,43	32,26	48,72	47,06
	після	43,24*	38,71	38,47	50,00
Погана	до	40,54	38,71	28,21	29,41
	після	29,73*	41,94**	25,64	32,36
Дуже погана	до	27,03	29,03	17,94	17,65
	після	5,41*	19,35**	2,56*	11,76**
Важка дезадаптація	до	–	–	–	–
	після	–	–	–	–

## Примітки:

\* – різниця в групі до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;

\*\* – різниця між ОГ та ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

Таблиця 8

Показники за шкалою соціальної підтримки в групах пацієнтів з ПШД до та після корекції (середній бал)

Показники за шкалами		ОГ1 (n=37)	ГП1 (n=31)	ОГ2 (n=39)	ГП2 (n=34)
Соціальна підтримка сім'ї	до	1,90	2,00	1,30	1,40
	після	2,40	2,10	2,90*	1,90**
Соціальна підтримка друзів	до	1,40	1,50	1,10	1,20
	після	2,00	1,70	2,50*	2,00**
Соціальна підтримка «значимих інших»	до	1,00	1,10	0,70	0,60
	після	1,90	1,50	2,30*	1,40**

## Примітки:

\* – різниця в групі до та після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;

\*\* – різниця між ОГ та ГП є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

хорошим рівнем адаптації підвищилась на 28,20%, а кількість осіб із задовільним рівнем адаптації – на 10,25% (табл. 7).

Різниця в групах ОГ1 та ОГ2 на етапах до та після корекції була статистично достовірною,  $p \leq 0,05$ ; також достовірною була різниця між основними групами та відповідними групами порівняння,  $p \leq 0,05$ .

В результаті впровадження медико-психологічного супроводу рівень використання соціальної підтримки хворими з ОГ підвищився, при цьому пацієнти почали більше користуватись допомогою та підтримкою друзів та «значимих інших» (різниця між ОГ та відповідними ГП була достовірною,  $p \leq 0,05$ ) (табл. 8).

В ОГ1 рівень соціальної підтримки сім'ї підвищився на 0,50 балу, в ОГ2 – на 1,60 балу. Рівень соціальної підтримки друзів в ОГ1 підвищився на 0,60 балу, в ОГ2 – на 1,40 балу. Рівень соціальної підтримки від «значимих інших» в ОГ1 підвищився на 0,90 балу, в ОГ2 – на 1,70 балу. Позитивні зміни в групі жінок мали статистичну достовірність при порівнянні результатів на етапах до та після корекції ( $p \leq 0,05$ ), а також порівняно з ОГ1, що свідчить про більшу чутливість жіночого контингенту пацієнтів з ПШД щодо інтервенцій проведеного медико-психологічного супроводу ( $p \leq 0,05$ ).

Визначено, що впроваджений авторський медико-психологічний супровід є ефективним і дозволяє досягти значного покращення соціального функціонування пацієнтів з ПШД, поліпшити показники психоемоційної та когнітивної сфери та значно підвищити якість життя хворих (статистична різниця між основними групами та відповідними групами порівняння на етапі після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ).

## Висновки

Згідно з Європейським планом психічного здоров'я 2013–2020 рр., найсучаснішою альтернативою стаціонарній психіатричній допомозі є організація спільнотних служб психічного здоров'я, які можуть органічно доповнювати існуючу систему. При цьому акцент робиться саме на розвитку спільнотних служб охорони психічного здоров'я і розширенні ролі первинної ланки медичної психіатричної допомоги. Виходячи з цього, ми впровадили у клінічну практику програму медико-психологічного супроводу, який включав два етапи. Перший проводився впродовж стаціонарного лікування та мав психокорекційну спрямованість; другий

етап, психопрофілактичний, підтримуючий, було організовано в амбулаторний період. На амбулаторному етапі використовували модель роботи СВБОПЗ.

Результати реалізації заходів авторського медико-психологічного супроводу довели його ефективність – помічено значне покращення соціального функціонування пацієнтів з ПШД, а також позитивна динаміка показників психоемоційної та когнітивної сфери, суттєве підвищення якості життя хворих (статистична різниця між основними групами та відповідними групами порівняння після корекції є достовірною,  $p \leq 0,05$ ).

## Література

1. Пінчук І. Я. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я – перспективний напрям розвитку психіатричної служби України / І. Я. Пінчук, О. В. Колодежний, А. К. Ладик–Бризгалова, Ю. В. Ячнік // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (40) С.162-166.

2. The European Mental Health Action Plan 2013–2020 / World Health Organization. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. – Access mode : <http://www.euro.who.int>. – Title from screen.

3. Becker T. The European perspective of psychiatric reform / T. Becker, J. L. Vazquez-Barquero // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – № 104 (410). – P. 8–14.

4. Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective / J. E. Epping-Jordan, M. van Ommeren, H. N. Ashour, A. Maramis [et al.] // *International Journal of Mental Health Systems*. – 2015 – № 9 (15). – P. 10–21.

5. Jiloha R. C. Integration of Mental Health in Community setting with Psychiatry for person concept / R. C. Jiloha, L. S. Shekhawat // *Delhi Psychiatry Journal*. – 2010. – № 13 (1). – P. 12–17.

6. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience / H. Killaspy // *British Medical Bulletin*. – 2006. – № 79–80 (1). – P. 245–258.

7. Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care / Edited by M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft. – Maidenhead [England]: Open University Press, 2006. – 456 p. – (Open University Press European Observatory on Health Systems and Policies series).

8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский // Самара. «Бахрах-М», – 2002. – 672 с.

## References

1. Pinchuk I. Ja., Kolodjezhnyj O. V., Ladyk-Bryzgalova A. K., Jachnik Ju. V. Spil'notni sluzhby ohorony psyhichnogo zdorov'ja – perspektyvnyj naprjam rozvytku psyhiatrychnoi' sluzhby Ukraїny [Community mental health services is a promising direction for the development of the psychiatric service of Ukraine]. *Ukraїna. Zdorov'ja nacii'* [Ukraine. The health of the nation], 2016, no. 4 (40), pp. 162-166. (In Ukr.)

2. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.– Available at: <http://www.euro.who.int>.

3. Becker T., Vazquez-Barquero J. L. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, no. 104 (410), pp. 8-14.

4. Epping-Jordan J. E., van Ommeren M., Ashour H. N., Maramis A. [et al.] Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using

a longer-term perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 2015, no. 9 (15), pp. 10-21.

5. Jiloha R. C., Shekhawat L. S. Integration of Mental Health in Community setting with Psychiatry for person concept. *Delhi Psychiatry Journal*, 2010, no. 13 (1), pp. 12-17.

6. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin*, 2006, no. 79-80 (1), pp. 245-258.

7. Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care (edited by M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft). – Maidenhead [England], Open University Press, 2006, 456 p. (Open University Press European Observatory on Health Systems and Policies series).

8. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara, Bakhrach-M Publ., 2002, 672 p. (In Russ.)





Т. М. Радченко

УДК: 613.83-616.441-008.64

© **Радченко Тетяна Миколаївна (Україна)** – здобувач кафедри психіатрії та наркології, ДЗ «Луганський державний медичний університет», вул. Будівельників, 32, м. Рубіжне, 93012; e-mail: tatyana1radchenko@gmail.com.

© **Tetiana Radchenko (Ukraine)** – Applicant of the Department of Psychiatry and Narcology, State Institution "Lugansk State Medical University", 32, Budivelnkyiv Street, Rubizhne, 93012; e-mail: tatyana1radchenko@gmail.com.

© **Радченко Татьяна Николаевна (Украина)** – соискатель кафедры психиатрии и наркологии, ГУ «Луганский государственный медицинский университет», ул. Строителей, 32, г. Рубежное, 93012; e-mail: tatyana1radchenko@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стр. 73–78

## ВИЗНАЧЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО ОПІОЇДІВ У ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ЖІНОК ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ

DETERMINATION OF INTENSITIVITY  
OF PATHOLOGICAL ATTRACTION TO OPIOIDS  
IN WOMEN WITH OPIOID DEPENDENCE  
WITH VARIOUS CLINICO-TYOPOLOGICAL FEATURES

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ АТОЛОГИЧЕСКОГО  
ВЛЕЧЕНИЯ К ОПИОИДАМ У БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ  
КЛИНИКО-ТИПОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

**Summary.** In this study, the research of the intensity of pathological trauma to opioids in women-patients with opioid dependence was carried out taking into account their clinical and typological peculiarities. It is confirmed that its intensity depends on the period of the disease, gradually increases from early to late abstinence, and then gradually decreases in the remission period with a significant deterioration of the parameters of quality of life. Gender analysis showed that in men the intensity of the pathological trauma was most pronounced in people with epileptoid and unstable traits. The obtained data emphasize the extraordinary significance of the psychological correction of the emotional sphere of women, taking into account their characteristic features and, accordingly, the use of various psycho-correction technologies. The professional conduct of such work will make it impossible to exacerbate, first and foremost, the ideatoric component of the pathological urge for opioids and prevent the recurrence of the disease.

**Key words:** opioid dependence in women, pathological attraction to opioids, clinical and typological peculiarities, stages of remission establishing.

**Аннотація.** В цьому дослідженні проведено вивчення інтенсивності патологічного влечення к опіоїдам у больних опіоїдної залежністю жінок з урахуванням їх клініко-типологічних особливостей. Підтверджено, що його інтенсивність залежить від періода хвороби, поступово зростає від ранньої до пізньої абстиненції, а потім поступово зменшується в період ремісії при суттєвому погіршенні параметрів якості життя. Гендерний аналіз показав, що у чоловіків інтенсивність патологічного влечення була найбільш вираженою у осіб з епілептоїдними та нестійкими рисами. Отримані дані підкреслюють надзвичайну значимість психологічної корекції емоційної сфери жінок з урахуванням їх характерологічних особливостей і, відповідно, застосування різних психокорекційних технологій. Професійне проведення такої роботи дозволить виключити загострення зокрема ідеаторного компонента патологічного влечення к опіоїдам і запобігати рецидивам захворювання.

**Ключевые слова:** опіоїдна залежність у жінок, патологічне влечення к опіоїдам, клініко-типологічні особливості, стадії формування ремісії.

## Вступ

Наркотична залежність є однією із найважливіших соціальних та медичних проблем сучасності [1–4]. Дедалі більша захворюваність на опіоїдну залежність (ОЗ) обумовлює ранню інвалідизацію хворих, суттєві витрати на лікування та реабілітацію пацієнтів [5; 6]. Актуальним питанням також є збільшення розповсюдженості ОЗ серед жінок, особливо дітородного віку [7]. У наркозалежних жінок мають місце істотні гендерні відмінності у механізмах початку, прогресування та рецидивів хвороби [7; 8]. Оцінка клініко-психопатологічних та патопсихологічних аспектів опіоїдної залежності у жінок на різних стадіях формування ремісії, ступеня вираженості патологічного потягу до наркотичних речовин дозволяє об'єктивно визначати важкість, прогноз перебігу та розвитку рецидивів захворювання ОЗ [9].

## Мета дослідження

Метою дослідження стало визначення інтенсивності патологічного потягу до опіоїдів (ППО) у наркозалежних жінок із різними типами особистості.

Завдання дослідження:

- вивчення клініко-типологічних особливостей (КТО) у групі хворих на ОЗ жінок;
- визначення динаміки ППО у загальній групі хворих на ОЗ у жінок у різні періоди хвороби;
- проведення порівняльного аналізу квантифікаційних значень інтенсивності ППО в періодах ранньої (від 3 до 5 діб) та пізньої (від 8 до 10 діб) абстиненції та періоді ремісії (від 12 до 14 діб) при різних типах КТО.

## Матеріали і методи дослідження

Під наглядом знаходилось 165 жінок віком від 18 до 45 років (середній вік  $31,50 \pm 1,60$  років) з низькопрогресивним (НП) варіантом перебігу ОЗ, у яких було виявлено превалювання певних КТО. Всі обстежувані спостерігалися у Луганському обласному наркологічному диспансері (м. Лисичанськ, Україна).

Критеріями включення до дослідження було встановлення у хворих діагнозу «опіоїдна залежність» за критеріями МКХ–10 (F11.2). Психодіагностичне дослідження та динамічне визначення показників здійснювалось за допомогою опитувальника К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (1978) [10] та тесту Чередниченко–Альтшюлера «Кількісна оцінка структури і динаміки патологічного потягу до алкоголю у хворих на алкоголізм» (адаптація Д. М. Корошнічен-

ко, І. В. Лінського, 2008) [12]. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакету статистичних програм Statistica 8.0 Statsoft Inc. (USA), Microsoft Excel 2003 в операційній системі Windows 7.

## Результати дослідження та їх обговорення

У структурі характерів усіх досліджених практично обов'язково є в наявності такі елементи, як емоційна нестійкість, збудливість, риси незрілості психіки та її дисгармонійність, підвищена роль афектів у організації поведінки, переважання гедоністичних мотивів, що значно ускладнює чітке розмежування проявів преморбідних характерологічних особливостей за окремими типами. У зв'язку з цим типологічне угруповання преморбідних особистісних рис було проведено відповідно до принципів клінічного підходу на основі домінуючої симптоматики і дало таку картину (табл. 1).

Таблиця 1

Структура КТО хворих на ОЗ

Преморбід	Абсолютна кількість	%
Гіпертимні	19	11,50
Епілептоїдні	44	26,70
Істеричні (демонстративні)	55	33,30
Нестійкі	25	15,20
Астенічно-невротичні	22	13,30
<b>Усього</b>	<b>165</b>	<b>100,00</b>

Тож, за типом преморбідних рис характеру хворих розподілили таким чином:

- **риса гіпертимності** – 11,50% обстежених (19 осіб). Для пацієнток цього типу характерними були велика рухливість, товариськість, балакучість, вираженість жестів, міміки, пантоміміки, надмірна самостійність, схильність до пустощів, недолік почуття дистанції у стосунках з іншими. Такі особи скрізь вносять багато галасу, полюбляють компанії однолітків, прагнуть ними командувати. Вони завжди мають дуже гарний настрій, хороше самопочуття, високий життєвий тонус, а нерідко – квітучий вигляд, здоровий сон, прекрасний апетит і навіть схильність до обжерливості. Це люди з підвищеною самооцінкою, веселі, легковажні, поверхневі, але у той же час діловиті, винахідливі, блискучі співрозмовники; вони вміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні. Велике прагнення до самостійності може стати джерелом конфліктів – для них характерні спалахи гніву, роздратування, особливо, коли зустрічають сильну протидію, зазнають не-

вдачу. Схильні до аморальних вчинків, підвищеної дратівливості, прожектерства, вони недостатньо серйозно ставляться до своїх обов'язків. Також важко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонну діяльність, вимушену самотність;

■ **епілептоїдні риси** – 26,70% пацієнтів (44 особи). Жінкам цієї групи притаманна низка специфічних особливостей, характерних для збудливого типу. Це мало прояв у напруженому зтягнутому афекті, у схильності до перепадів настрою з переважанням злісно-тужливого афекту. Хворим були властиві такі риси, як наполегливість, підозрілість, недовіра, прискіпливість, педантичність разом з імпульсивністю та дратівливістю;

■ **істеричні (демонстративні) риси** – 33,30% обстежених (55 осіб). Головний особистісний радикал – «жадання визнання» за К. Шнайдер (1923) [10] – проявлявся вже у дитячому віці прагненням притягнути до себе увагу у будь-який спосіб, зокрема, демонстративністю, театральністю поведінки, схильністю до фантазування й перебільшення своїх здібностей. Досить регулярно відзначалися емоційна нестійкість, примхливість, брехливість, егоцентризм, незрілість психіки;

■ **нестійкі риси** – 15,20% випадків (25 осіб). Найбільш характерними для цієї групи хворих була виражена слабкість вищих вольових функцій, і, відповідно, підвищена вразливість, податливість зовнішнім впливам, крайня мінливість інтересів, нездатність до тривалого вольового зусилля, недостатньо розвинене почуття обов'язку, легкість виникнення та закріплення патології потягів. Типовою була схильність до реакцій імітації. На стресові ситуації нестійкі особистості реагували по-різному: частіше форми реагування утворювалися за істеричним, збудливим або астеничним типами;

■ **астеничні й тривожно-недовірливі риси** – 13,30% (22 особи). Значно частіше, ніж в інших групах, тут зустрічалися перенесені у дитинстві невротичні розлади. Вже у дошкільному й молодшому шкільному віці у цих пацієнток відзначалися схильність до виникнення страхів, тривожних побоювань, особлива недовірливість, моторна невправність. Характерними для них були підвищена дратівливість, схильність до дистимії, швидка виснажуваність психічних процесів, що поєднується з вегето-соматичною лабільністю у вигляді швидкоплинних функціональних розладів, слабка стійкість до психічних і фізичних навантажень.

Аналіз показників за опитувальником Чередниченка–Альтшулера показав, що афективний компонент мав максимальне значення у пізньому абстинентному періоді (ПАП), що вірогідно перевищувало показники раннього абстинентного періоду (РАП) та періоду ремісії (ПР) (табл. 2).

Таблиця 2

#### Інтенсивність ППО та його складових на різних стадіях формування ремісії

Показники	Періоди		
	РАП	ПАП	ПР
Афективний компонент	4,61	6,50	5,91
Вегетативні розлади	2,97	3,17	2,15
Ідеаторний компонент	2,93	3,10	4,01
Загальний показник	11,79	14,16	12,76

За даними табл. 2, інтенсивність вегетативних розладів у загальній групі обстежених вірогідно зростала у РАП та ПАП, а в ПР зменшилася в 1,40 рази. В усіх хворих на ОЗ інтенсивність ідеаторного компоненту поступово збільшувалася в РАП і у ПАП; у ПР спостерігалось подальше вірогідне зростання цього показника. Аналіз вираженості патологічного потягу до наркотиків показав поступове його зростання у РАП у ПАП із подальшим зменшенням рівня в ПР.

При порівнянні показників бальної оцінки у хворих на ОЗ із різними КТО у РАП встановлено, що найбільший рівень афективних розладів спостерігався в осіб з демонстративними рисами, а найменший – з гіпертичними (табл. 3).

Таблиця 3

#### Співвідношення складових ППО в обстежених у РАП відповідно до їх КТО

Компоненти	Риси				
	нестійкі	епілептоїдні	демонстративні	гіпертичні	астеничні
Ідеаторний	5,01	4,53	6,73	2,91	3,97
Вегетативний	3,16	4,11	4,13	3,11	4,58
Афективний	3,91	3,70	3,28	2,02	3,14

Як свідчать дані табл. 3, інтенсивність вегетативних розладів у РАП практично не відрізнялася у групах із різними типами особистості ( $p > 0,10$ ). Ідеаторний компонент у РАП досягав найбільших значень у хворих із нестійкими рисами. Найменші його показники спостеріга-

ли у хворих із гіпертимними КТО. Найбільший загальний рівень клініко-ідентифікаційного рейтингу ППО в РАП відзначався у хворих із демонстративними та епілептоїдними рисами, а найменший – з гіпертимними.

При аналізі ступеня вираженості ППО встановлено, що афективні розлади в ПАП були найбільші у хворих із демонстративними, а найменші – з гіпертимними КТО. Вегетативні розлади з найбільш вираженим ступенем інтенсивності зареєстровано в осіб з астенічними та демонстративними, найменшим – з гіпертимними та нестійкими КТО (табл. 4).

Таблиця 4

**Співвідношення складових ППО в обстежених у ПАП відповідно до їх КТО**

Показники	Риси				
	астенічні	гіпертимні	демонстративні	епілептоїдні	нестійкі
Афективний компонент	3,81	2,49	6,00	5,14	5,49
Вегетативні розлади	3,52	2,19	3,41	3,19	2,78
Ідеаторний компонент	3,95	3,47	4,03	4,23	4,95

Показники табл. 4 доводять, що ідеаторний компонент у ПАП мав найбільші значення в пацієнток із нестійкими та епілептоїдними КТО, а найменші – з гіпертимними та астенічними. При оцінці загального показника ППО хворих у ПАП встановлено, що найвищий його рівень зареєстровано в осіб з переважно демонстративними, а найнижчий – з гіпертимними та астенічними рисами.

У ПР найбільш виражені афективні розлади спостерігалися у хворих із демонстративними та з епілептоїдними рисами, а найменший прояв – з гіпертимними та астенічними КТО (табл. 5).

Згідно з даними табл. 5, за ступенем проявів вегетативних розладів у ПР нами не було встановлено вірогідних відмінностей між групами з різними КТО (за винятком осіб з переважно гіпертимними особливостями, які мали достовірно менший рівень вираженості цих розладів). Показники інтенсивності ідеаторного компоненту ППО в ПР були найбільшими у пацієнток з нестійкими та епілептоїдними КТО. При квантифікаційній оцінці вираженість ППО у ПР була найбільшою серед осіб з нестійкими, а найменшою – з гіпертимними КТО.

**Співвідношення складових ППО в обстежених у ПР відповідно до їх КТО**

Показники	Риси				
	астенічні	гіпертимні	демонстративні	епілептоїдні	нестійкі
Афективний компонент	3,71	2,39	5,91	4,99	4,86
Вегетативні розлади	3,31	1,58	1,97	2,45	2,65
Ідеаторний компонент	3,98	3,47	4,10	4,27	5,01

Таким чином, на різних стадіях формування ремісії інтенсивність ППО в обстежених достовірно зростала від ранньої до пізньої абстиненції з поступовим зменшенням у ПР. Вона була представлена переважно суттєвими афективними та вегетативними розладами на тлі менших проявів ідеаторних. У свою чергу, у ПР відзначалося значне зростання показників ідеаторного компонента зі збереженням провідної ролі афективного; водночас відбувалося зменшення вегетативних проявів до їх показників у РАП.

Квантифікаційна оцінка вираженості ППО у хворих із різними КТО показала, що сумарний рівень потягу був найбільшим в осіб із демонстративними рисами на усіх стадіях формування ремісії. Надвисокі сумарні значення показника інтенсивності ППО реєструвалися також у обстежених із нестійкими в ранньому, а наднизькі – у пізньому абстинентному періоді в осіб з астенічними рисами.

Інтенсивність ППО у хворих на ОЗ у всіх групах співпадала з загальними коливаннями цього показника серед усіх обстежених, але мала деякі особливості. Так, вираженість афективних розладів мала відносно позитивну динаміку в осіб з демонстративними, астенічними та гіпертимними рисами, (тобто у ПР була нижчою, ніж у РАП), а в осіб із нестійкими рисами в ПР незначно перевищувала показники РАП. У свою чергу, у групі епілептоїдних пацієнток показник афективного компонента у ПР у 1,24 рази перевищував рівень РАП.

Поступове збільшення рівня ідеаторного компонента відповідало загальним закономірностям у осіб із демонстративними, нестійкими та астенічними рисами; було найбільшим у пацієнток із гіпертимними КТО (у ПР більше в 1,69 рази, ніж у РАП, та

в 1,18 рази – ніж у ПАП) та мало найменшу прогресивність у хворих із епілептоїдними рисами. Достовірних розбіжностей рівня вегетативних розладів у групах із різними КТО, окрім описаних вище, виявлено не було.

### Висновки

1. Інтенсивність ППО в обстежених достовірно зростала від ранньої до пізньої абстиненції з поступовим зменшенням у ПР.

2. На всіх стадіях формування ремісії встановлена найбільша інтенсивність усіх складових ППО серед хворих на ОЗ із демонстративними рисами та найменша – у пацієнток з гіпертимними.

3. Визначена несприятлива динаміка афективних розладів у пацієнтів з епілептоїдними типологічними особливостями та ідеаторних – у осіб із гіпертимними залежно від стадій формування ремісії (порівняно з хворими на ОЗ із іншими особистісними характеристиками).

4. Особи з нестійкими КТО потребували впливу на афективний компонент ППО у РАП, а особи з епілептоїдними рисами – у ПАП.

5. Особливої медико-соціальної корекції вегетативних та ідеаторних розладів у структурі ППО у ПАП потребували особи з нестійкими рисами, а особи з астенічними – у ПР.

### Література

1. Битенский В. С. Роль алкоголизма и наркоманий в демографическом кризисе в Украине / В. С. Битенский // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 543–550.

2. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / [А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін.]. – Київ, 2011. – 22 с.

3. Линский И. В. Исследование влияния наследственности на прогрессивность заболеваний наркологического профиля / И. В. Линский // Український вісник психоневрології. – 1999. – Т. 7, вип. 4. – С. 41–45.

4. Линский И. В. Семейный анамнез как источник информации о предрасположенности к заболеваниям наркологического профиля / И. В. Линский // Український медичний часопис. – 2000. – № 5. – С. 141–144.

5. Михайлова Е. Б. Особенности формирования психических нарушений при субклинической форме гипотиреоза (клинико-динамический, клинико-терапевтический и социальный аспекты): дисс. на соискание научной степени канд. мед. наук: 14.00.18 / Е. Б. Михайлова. – Казань, 2006. – 191 с.

6. Levine A. R. Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment / A. R. Levine, L. H. Lundahl, D. M. Ledgerwood, M. Lisieski, G. L. Rhodes, M. K. Greenwald // J. Subst. Abuse. Treat. – 2015. – July; 54. – P. 37–43.

7. Evans E. Gender differences in mortality among treated opioid dependent patients / E. Evans, A. Kelleghan, L. Li, J. Min, D. Huang, D. Urada, Y. I. Hser, B. Nosyk // Drug.

Alcohol. Depend. – 2015. – October 1; 155. – P. 228–235.

8. Овчаренко М. О. Аналіз розповсюдженості наркотичної залежності в Луганській області та методи її прогнозування / М. О. Овчаренко // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики : збірник наукових праць. – Київ–Луганськ, 2010. – Вип. 20. – С. 358–368.

9. Наркологія : національний підручник / за ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва. – Харків : Колегіум, 2014. – 1500 с.

10. Корошниченко Д. Н. Диференційна діагностика залежності від героїну та залежність від метадону / Д. Н. Корошниченко, І. В. Лінський // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009. – №1 (21). – С. 56–64.

11. Альтшулер В. Б. Наркомания: Соотношение между депрессией, патологическим влечением к алкоголю и влечением к опиатам / В. Б. Альтшулер, С. Л. Кравченко, О. О. Павлова // Материалы международной конференции психиатров, 16–18 февраля 1998. – М. – С. 294.

12. Корошниченко Д. Н. Порівняльна характеристика патологічного потягу до опіоїдів у хворих, залежних від героїну, і хворих залежних від метадону / Д. Н. Корошниченко // Український вісник психоневрології. – Т. 15, вип. 1(154). – 2008. – С. 14–18.

13. Чередниченко Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Н. В. Чередниченко, В. Б. Альтшулер // Вопросы наркологии: научно-практический журнал. – 2008. – № 2. – С. 74–78.

### References

1. Bitenskiy V. S. Rol' alkogolizma i narkomaniy v demograficheskom krizise v Ukraine [The role of alcoholism and drug addiction in the demographic crisis in Ukraine]. Zhurn. AMN Ukraini [Journal. AMS of Ukraine], 2007, vol. 13, no. 3, pp. 543-550. (In Russ.)

2. Vijevs'kyj A. M., Zhdanova M. P., Sydjak S. V. [et al.] Zriz narkotychnoi' situacii' v Ukraini (dani 2010 roku) [A cut of the narcotic situation in Ukraine (2010 data)]. Kiev, 2011, 22 p. (In Russ.)

3. Linskiy I. V. Issledovanie vliyaniya nasledstvennosti na progredientnost' zbolevaniy narkologicheskogo profilya [Investigation of the influence of heredity on the prognosis of illnesses in the narcolological profile]. Ukrai'ns'kiy visnik psikhonevrologii' [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 1999, vol. 7, issue 4, pp. 41-45. (In Russ.)

4. Linskiy I. V. Semeynyy anamnez kak istochnik informatsii o predrasplozhennosti k zbolevaniyam narkologicheskogo profilya [Family history as a source of information on predisposition to diseases of narcolological profile]. Ukrai'ns'kiy medychnyj chasopys [Ukrainian medical journal], 2000, no. 5, pp. 141-144. (In Russ.)

5. Mikhaylova E. B. Osobennosti formirovaniya psikhicheskikh narusheniy pri subklinicheskoy forme gipotireoza (kliniko-dinamicheskoy, kliniko-terapevticheskoy i sotsial'nyy aspekty): diss. na soiskanie nauchnoy stepeni kand. med. nauk: 14.00.18 [Features of the formation of mental disorders in the subclinical form of hypothyroidism (clinical-dynamic, clinical-therapeutic and social aspects): diss. on the application for a candidate's degree in medicine: 14.00.18]. Kazan, 2006, 191 p.

6. Levine A. R. Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment. J. Subst. Abuse. Treat. 2015, July; 54: 37-43.

of hypothyroidism (clinical-dynamic, clinical-therapeutic and social aspects): diss. for the scientific degree of candidate of medical sciences: 14.00.18]. Kazan, 2006, 191 p. (In Russ.)

6. Levine A. R., Lundahl L. H., Ledgerwood D. M., Lisieski M., Rhodes G.L., Greenwald M. K. Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment. *J. Subst. Abuse Treat.* 2015, July; no. 54, pp. 37-43.

7. Evans E., Kelleghan A., Li L., Min J., Huang D., Uroda D., Hser Y.I., Nosyk B. Gender differences in mortality among treated opioid dependent patients. *Drug. Alcohol. Depend.*, 2015, October no. 1, issue 155, pp. 228-235.

8. Ovcharenko M. O. Analiz rozpovsjudzhenosti narkotychnoi' zalezhnosti v Lugans'kij oblasti ta metody ii' prognozuvannya [Analysis of the prevalence of drug dependence in the Luhansk region and methods for its prediction]. Aktual'ni problemy akusherstva i ginekologii', klinichnoi' imunologii' ta medychnoi' genetyky [zbirnyk naukovykh prac'] [Actual problems of obstetrics and gynecology, clinical immunology and medical genetics [collection of scientific works]. Kiev-Lugansk, 2010, issue 20, pp. 358-368. (In Ukr.)

9. Narkologija [nacional'nyj pidruchnyk za redakcijeju prof. I. K. Sosina, doc. Ju. F. Chujeva] [Narcology [national textbook edited by professor I. K. Sosin, assistant professor Ju. F. Chujev]]. Kharkiv, Collegium Publ., 2014, 1500 p. (In Ukr.)

10. Koroshnychenko D. N., I. V. Lins'kyj Dyferencijna diagnostyka zalezhnosti vid geroi'nu ta zalezhnist'

vid metadonu [Differential diagnosis of dependence on heroin and dependence on methadone]. *Zhurnal psyhiatrii' ta medychnoi' psihologii'* [Journal of Psychiatry and Medical Psychology], 2009, no. 1 (21), pp. 56-64. (In Ukr.)

11. Al'tshuler V. B., Kravchenko S. L., Pavlova O. O. Narkomaniya. Sootnoshenie mezhdue depressiey, patologicheskim vlecheniem k alkogolyu i vlecheniem k opiatam [Drug addiction. The relationship between depression, pathological attraction to alcohol and craving for opiates]. Materialy mezhdunarodnoy konferentsii psikiatrov, 16-18 fevralya 1998 [Materials of the International Conference of Psychiatrists, 16-18 February 1998]. Moscow, 1998, p. 294. (In Russ.)

12. Koroshnychenko D. N. Porivnjal'na harakterystyka patologichnogo potjagu do opioi'div u hvoryh, zaleznyh vid geroi'nu, i hvoryh zaleznyh vid metadonu [Comparative characteristics of pathological trauma to opioids in patients dependent on heroin and patients dependent on methadone]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology]. 2008, vol. 15, issue 1(154), pp. 14-18. (In Ukr.)

13. Cherednichenko N. V., Al'tshuler V. B. Kolichestvennaya otsenka struktury i dinamiki patologicheskogo vlecheniya k alkogolyu u bol'nykh alkogolizmom [Quantitative evaluation of the structure and dynamics of pathological craving for alcohol in patients with alcoholism]. *Voprosy narkologii [nauchno-prakticheskiy zhurnal]* [Questions of narcology [scientific and practical journal]]. 2008, no. 2, pp. 74-78. (In Russ.)



В. В. Іщук

УДК: 616.89-008.1-06:[616.44+616.453]-07

© **Іщук Вадим Васильович (Україна)** – к.м.н., старший науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Кловський узвіз, 13А, м. Київ, 01021; e-mail: androman2008@ukr.net.

© **Vadim Ischuk (Ukraine)** – PhD in Medicine, Senior Researcher of the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Endocrine Transplantation of Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, 13A, Klovsky descent, Kyiv, 01021; e-mail: androman2008@ukr.net.

© **Ищук Вадим Васильевич (Украина)** – к.м.н., старший научный сотрудник Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, Кловский спуск, 13А, г. Киев, 01021; e-mail: androman2008@ukr.net.

Том 4, № 8, 2017, стр. 79–84

## ТИПОЛОГІЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРНИКІВ

TYPES OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ARRANGEMENTS OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY

ТИПОЛОГІЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АРАНЖИРОВКИ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗИ І КОРИ НАДПОЧЕЧНИКІВ

**Summary.** To investigate the clinical and psychopathological analysis and systematisation of psychopathological abnormalities in the structure of psychoendocrine syndrome in violation of metabolism of glucocorticoids and thyroid hormone a prospective study of 300 patients who were treated on the basis of the Ukrainian Scientific-Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of endocrine organs and tissues of the Ministry of Health of Ukraine, was conducted. The use of clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods enabled to separate and compare the clinically-psychological arrangements of different genesis psychoendocrine syndrome with its typology formation. 8 types of clinically-psychological arrangements of psychoendocrine syndrome have been structured. The following types of PeS have been distinguished: hypotimously-susceptive; sensitive-negativistic; explosive-agonistic; agitated-impulsive; anxio-fatigative; passive-adversive; irritative-meritative; anxio-offensive.

**Key words:** psychoendocrine syndrome, hypothyroidism, hyperthyroidism, hypocortisolism, hypercortisolism.

**Анотація.** С целью исследования клинико-психопатологического анализа и систематизации психопатологических отклонений в структуре психоэндокринного синдрома при нарушении обмена глюкокортикоидов и тиреоидных гормонов было проведено проспективное исследование 300 больных, проходивших лечение на базе Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины. Применение клинико-психопатологического и психодиагностического методов позволило выделить и сопоставить клинико-психологические аранжировки психоэндокринного синдрома различного генеза. Сформирована их типология и выделено 8 типов клинико-психологической аранжировки: гипотимно-суспективный; сензитивно-негативистичный; эксплозивно-агонистический; агитированно-импульсивный; анксиозно-фатигативный; пассивно-адверсивный ирритативно-меритативный; анксиозно-офензивный.

**Ключевые слова:** психоэндокринный синдром, гипотиреоз, гипертиреоз, гипокортицизм, гиперкортицизм.

### Вступ

Наявність успіхів у розробці медикаментозних препаратів, терапевтичних систем та методів корекції ендокринних порушень сприяла стабілізації їхнього перебігу із до-

сягненням стійких станів компенсації (СК), і тому зараз основними задачами терапевтичного процесу є досягнення високого рівня життя та максимально можливого контролю за захворюванням. Усе це зміщує увагу

спеціалістів у бік вивчення особливостей та факторів, які впливають на якість життя, його повсякденні патерни, пов'язані із дотриманням терапевтичних і дієтичних рекомендацій, та психосоматичних аспектів у широкому розумінні [1–4].

Психоендокринний синдром (ПeC) розглядається як взаємопов'язана комбінація емоційних, вольових, когнітивних та поведінкових порушень, які розвиваються у хворих на розлади ендокринної системи. Тим не менш ПeC лише окреслює коло різномірних психопатологічних констеляцій, які вимагають дескрипції й компаративного аналізу [5–8].

#### Мета дослідження

Мета дослідження полягала у розробці клініко-психологічної типології ПeC у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози (ОГ ЩЗ) та кори надниркових залоз (КНЗ).

#### Матеріали та методи дослідження

Контингент дослідження склали 437 хворих, що проходили лікування на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України на порушення ОГ ЩЗ та КНЗ, з яких було відібрано 300 хворих із діагностованим ПeC. Середній вік обстежених становив  $46,33 \pm 1,36$  року. Тривалість захворювання на момент дослідження – від 5 до 25 років.

Із 300 пацієнтів, які мали прояви ПeC у клінічній картині захворювання, було утворено 4 групи:

- Г1 – 100 хворих із явищами гіпертиреозу;
- Г2 – 100 хворих із явищами гіпотиреозу;
- Г3 – 50 хворих із явищами гіперкортицизму;
- Г4 – 50 хворих із явищами гіпокортицизму.

Для реалізації визначених дослідженням завдань використовувалася низка методів та методик.

**Клініко-психопатологічний метод** було реалізовано за допомогою опитувальника Symptom Check List 90-Revised (SCL-90-R) [9];

**Психодіагностичний метод** було реалізовано за допомогою таких методик:

- оцінювальна шкала манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS) [10] використовувалася для оцінки рівня вираженості маніоформних симптомів;
- тест Басса–Дарки (Buss–Durkee Hostility Inventory, BDHI) [11] застосовувався

для визначення рівня агресивності та ворожості.

**Методи клінічної, описової та математичної статистики** застосовано для обробки результатів та визначення:

- середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників –  $M(s)$ ;
- стандартизованої похибки середнього –  $M \pm m$ ;
- коефіцієнта кореляції –  $r$ ;
- $t$ -критерію Стьюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності –  $p$ .

Усі розрахунки здійснювали на ПЕОМ за допомогою програм SPSS 15.0 та Excel з пакету Microsoft Office 2003.

#### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами клініко-психологічного та клініко-психопатологічного досліджень було встановлено і охарактеризовано клінічні варіанти ПeC при порушеннях ОГ ЩЗ та КНЗ.

Для кваліфікації отриманих результатів за даними SCL-90-R були використані діапазони балів відповідно до вираженості симптоматики за кожною з підшкал:

- 0,10–0,40 – дуже низький рівень;
- 0,50–1,40 – низький рівень;
- 1,50–2,40 – помірний рівень;
- 2,50–3,40 – високий рівень;
- 3,50–4,00 – дуже високий рівень.

За результатами клініко-психопатологічного аналізу за даною методикою було встановлено, що:

■ **при гіпотиреозі**, у стані декомпенсації (СДК) і стані компенсації (СК) ендокринної патології, було виявлено достовірне зниження кількості важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) і помірних ( $p(\chi^2) = 0,01$ ) форм соматизації; помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) і помірних ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) форм обсесивно-компульсивних порушень; важких форм депресивних симптомів ( $p(\chi^2) < 0,01$ ); важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) і помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) форм тривожності; важких форм фобічних порушень ( $p(\chi^2) < 0,05$ ); важких форм паранояльності ( $p(\chi^2) < 0,01$ ). Зворотний ефект мав місце відносно ворожості, де на етапі титрування доз замісної терапії було виявлено достовірне підвищення помірних ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) і помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) її форм;

■ **при гіпертиреозі**, в СДК і СК ендокринної патології, було виявлено достовірне зниження кількості помірно-важких форм



соматизації ( $p(\chi^2) < 0,01$ ); помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) і важких ( $p(\chi^2) < 0,01$ ) форм обсесивно-компульсивних порушень; важких форм порушень інтерперсональної чутливості ( $p(\chi^2) < 0,05$ ); помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,01$ ) і важких ( $p(\chi^2) = 0,01$ ) форм тривожності; помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) і важких ( $p(\chi^2) > 0,01$ ) форм ворожості; важких форм психотизму ( $p(\chi^2) < 0,01$ );

■ **при гіпокортицизмі**, в СДК і СК ендокринної патології, було виявлено достовірне відносне підвищення кількості легких форм соматизації ( $p(\chi^2) < 0,01$ ), за сумарною редукцією більш важких форм; середньо-важких форм обсесивно-компульсивних порушень ( $p(\chi^2) < 0,05$ ); важких форм тривожності ( $p(\chi^2) < 0,05$ ); помірних форм фобічних порушень ( $p(\chi^2) < 0,05$ ), важких форм паранояльності ( $p(\chi^2) < 0,01$ ); важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) рівнів семіотики, що відповідає підшкалі психотизму;

■ **при гіперкортицизмі**, в СДК і СК ендокринної патології, була виявлена клінічна редукція вираженості важких форм соматизації ( $p(\chi^2) < 0,01$ ); легких форм обсесивно-компульсивних порушень ( $p(\chi^2) < 0,01$ ); помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,01$ ) і легких ( $p(\chi^2) < 0,01$ ) форм депресивних порушень; важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) і помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,05$ ) форм тривожності; виражених форм ворожості ( $p(\chi^2) < 0,01$ ); середніх ( $p(\chi^2) < 0,01$ ) і помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,01$ ) рівнів семіотики, що відповідає підшкалі психотизму.

Для аналізу маніоформних проявів у структурі патоафективного компонента ПеС було проведено дослідження за YMRS (табл. 1).

Встановлені маніоформні патоафективні прояви у структурі ПеС залежно від нозологічної приналежності ендокринної дисфункції мали таке клінічне наповнення:

■ **при гіпотиреозі**: порушення сну, дратівливість та ідеаторні порушення; сумарна оцінка свідчить про відсутність маніоформного стану, при цьому наявний комплекс семіотики свідчить про активуючий вплив тривожності на психічні кореляти патоафективних розладів;

■ **при гіпертиреозі**: гіпертимія, підвищення моторної активності, дратівливість, збільшення вербальної активності, асоціативні й ідеаторні порушення; сумарна оцінка свідчить про гіпоманіакальний стан, при цьому наявний комплекс семіотики свідчить про психостимулюючий вплив надлишку тиреоїдних гормонів, що призводить до включення до патоафективного компонента ПеС маніоформної семіотики;

■ **при гіпокортицизмі**: дратівливість; сумарна оцінка свідчить про відсутність маніоформного стану, при цьому наявність ізольованої дратівливості вказує на існування психастенизації, що знижує ефективність гальмівних процесів;

■ **при гіперкортицизмі**: підвищення моторної активності, дратівливість, агресивні поведінкові акти; сумарна оцінка свідчить про гіпоманіакальний стан, при цьому наявний комплекс семіотики свідчить про сполучення психостимулюючого ефекту надлишку глюкокортикоїдів та дисфорічного аранжування патоафективних розладів.

Таблиця 1

Маніоформні прояви у структурі патоафективного компонента ПеС (за YMRS)

Критерії	$\Sigma_{\text{сер.}}$			
	Г1	Г2	Г3	Г4
Гіпертимія	0,41±0,11	2,31±0,14	0,41±0,12	0,41±0,11
Підвищення моторної активності	0,72±0,12	3,02±0,11	0,64±0,13	2,42±0,12
Підвищення сексуальної активності	0,46±0,14	1,16±0,12	0,72±0,12	1,26±0,14
Порушення сну	2,32±0,12	2,26±0,11	1,45±0,11	2,32±0,12
Дратівливість	3,20±0,16	3,60±0,10	2,12±0,18	3,44±0,12
Збільшення вербальної активності	0,57±0,12	2,53±0,11	0,92±0,12	1,34±0,11
Асоціативні порушення	1,42±0,12	2,71±0,14	1,36±0,11	1,76±0,12
Ідеаторні порушення	3,10±0,19	2,42±0,12	1,11±0,14	2,24±0,16
Агресивні поведінкові акти	1,10±0,12	2,16±0,16	1,06±0,10	3,10±0,12
Порушення зовнішнього вигляду	0,70±0,11	1,30±0,12	0,56±0,12	0,80±0,12
Нозогнозія	0,60±0,09	2,12±0,16	1,42±0,12	1,80±0,10
Сумарна оцінка	9,60±0,12	18,50±0,16	7,40±0,11	19,40±0,12

Таблиця 2

## Рівні імпульсивності хворих у досліджених групах

Показники	Г1 (n=100)	Г2 (n=100)	Г3 (n=50)	Г4 (n=50)
Середнє значення (M±m)	22,11±0,29	41,07±0,47	16,12±0,18	26,04±0,27
p-критерій / Г1	–	p<0,01	p<0,01	p<0,01
p-критерій / Г2	p<0,01	–	p<0,01	p<0,01
p-критерій / Г3	p<0,01	p<0,01	–	p<0,01
p-критерій / Г4	p<0,01	p<0,01	p<0,01	–

Результати аналізу імпульсивності з використанням IS представлено у **табл. 2**.

За результатами компаративного аналізу показників імпульсивності, який проводився за допомогою розрахунку t-критерію Стюдента, було виявлено статистично достовірні (p<0,01) розбіжності між усіма групами дослідження.

Аналіз рівня агресивних форм реагування у хворих із нозоспецифічними варіантами ПеС у стані декомпенсації ендокринної дисфункції, який було проведено з використанням BDHI, представлений у **табл. 3 та 4**.

За результатами компаративного аналізу показників рівня агресивності у хворих на порушення ОГ ЩЗ (**табл. 3**), який було проведено за допомогою розрахунку t-критерію Стюдента, були виявлені статистично достовірні (p<0,01) розбіжності за всіма показниками, окрім підшкал «образа» та «почуття провини».

За результатами компаративного аналізу показників рівня агресивності у хворих на порушення ОГ КНЗ (**табл. 4**), який було проведено за допомогою розрахунку t-критерію Стюдента, були виявлені статистично достовірні (p<0,01) розбіжності за всіма показниками, окрім підшкал «опосередкована агресія» та «підозрілість».

У структурі СДК виділено два типи клініко-психологічного аранжування ПеС:

– *гіпотимно-суспективний* – композиція зниженого фону афекту, афективної та патоідеаторної торпідності, що призводить до формування стійких надцінних ідей з депресивною фабулою;

– *сенситивно-негативістичний* – композиція гіперболізованої чутливості, дратівливості та негативізму, що призводить до ампліфікації нозогенних впливів і порушень мотивації щодо контролю за захворюванням.

Для ПеС **при гіпертиреозі** характерне поєднання високого рівня імпульсивності, високих рівнів фізичної, опосередкованої та вербальної агресії. У структурі станів декомпенсації виділено два типи клініко-психологічного аранжування ПеС:

– *експлозивно-агоністичний* – композиція нетримання афекту та агресивних патернів реагування, що призводить до втрати контролю за афективно-детермінованою поведінкою та включення у комплекс психогенних станів мікросоціальної дезадаптації;

– *ажитовано-імпульсивний* – композиція тривожності та імпульсивності аранжована психостимулюючими ефектами тиреоїдних гормонів, що призводить до диспропорції та ларвованих форм психомоторного збудження.

Таблиця 3

## Рівні агресивних форм реагування у хворих на порушення ОГ ЩЗ

Підшкала	Σ <sub>макс.</sub>	Г1 (n=100)		p-критерій (Σ <sub>сер.</sub> )	Г2 (n=100)	
		Σ <sub>сер.</sub>	Σ <sub>сер.</sub> / Σ <sub>макс.</sub>		Σ <sub>сер.</sub>	Σ <sub>сер.</sub> / Σ <sub>макс.</sub>
Фізична агресія	10	2,04±0,07	0,20	p<0,01	7,23±0,16	0,72
Опосередкована агресія	9	3,12±0,10	0,34	p<0,01	7,12±0,14	0,79
Дратівливість	11	6,99±0,11	0,87	p<0,01	10,01±0,11	0,91
Негативізм	5	4,02±0,10	0,80	p<0,01	2,16±0,08	0,43
Образа	8	6,21±0,11	0,77	p>0,05	6,91±0,13	0,36
Підозрілість	12	11,03±0,11	0,91	p<0,01	2,02±0,08	0,16
Вербальна агресія	13	2,13±0,10	0,16	p<0,01	12,07±0,08	0,92
Почуття провини	9	6,97±0,12	0,77	p>0,05	6,08±0,11	0,45

## Примітки:

Σ<sub>макс.</sub> – сумарне максимальне значення за показником;

Σ<sub>сер.</sub> – сумарне середнє значення за показником.

## Рівні агресивних форм реагування у хворих на порушення ОГ КНЗ

Підшкала	$\Sigma_{\text{макс.}}$	Г3 (n=50)		р-критерій	Г4 (n=50)	
		$\Sigma_{\text{сер.}}$	$\Sigma_{\text{сер.}} / \Sigma_{\text{макс.}}$		$\Sigma_{\text{сер.}}$	$\Sigma_{\text{сер.}} / \Sigma_{\text{макс.}}$
Фізична агресія	10	2,90±0,13	0,29	p<0,01	6,06±0,12	0,60
Опосередкована агресія	9	3,96±0,12	0,44	p>0,05	3,20±0,13	0,80
Дратівливість	11	3,04±0,19	0,27	p<0,01	8,08±0,13	0,73
Негативізм	5	2,98±0,12	0,59	p>0,05	3,14±0,11	0,82
Образа	8	7,18±0,11	0,89	p<0,01	3,02±0,15	0,37
Підозрілість	12	8,06±0,14	0,67	p>0,05	8,08±0,12	0,17
Вербальна агресія	13	5,00±0,12	0,38	p<0,01	7,02±0,12	0,54
Почуття провини	9	4,99±0,11	0,55	p<0,01	6,90±0,13	0,76

**Примітки:**

$\Sigma_{\text{макс.}}$  – сумарне максимальне значення за показником;

$\Sigma_{\text{сер.}}$  – сумарне середнє значення за показником.

Для ПеС при гіпокортицизмі характерним є поєднання низького рівня імпульсивності та високого рівня образи. У структурі станів декомпенсації виділено два типи клініко-психологічного аранжування ПеС:

– *анксіозно-фатігативний* – композиція високих рівнів тривоги та виснажливості, що призводить до формування станів, клінічно тотожних психастенічній сплутаності свідомості з тривожно-фобічним аранжуванням;

– *пасивно-адверсивний* – композиція зниженого рівня реалізації спонтанних поведінкових актів та комунікативних зв'язків, що має номінальну конфронтаційну аргументацію.

Для ПеС при гіперкортицизмі характерним є поєднання середнього рівня імпульсивності, високих рівнів дратівливості, негативізму та почуття провини. У структурі станів декомпенсації виділено два типи клініко-психологічного аранжування ПеС:

– *іrrитативно-меритативний* – композиція дратівливості, негативізму та схильності до почуття провини, що призводить до виникнення конфліктів та патологічних реакцій на наслідки конфліктів у вигляді проносованого почуття провини;

– *анксіозно-офензивний* – композиція тривожності та презентації імпульсивно-конфронтаційних поведінкових та вербальних патернів, що призводить до втрати соціальної підтримки та почуття безпеки, що інтенсифікує тривожність.

**Висновки**

Виявлено клініко-психологічну інваріантність ПеС за умов стану компенсації в усіх групах хворих з варіабельністю персонологічного аранжування відповідно до онтогенетичних особливостей. Виражені нозозалежні клініко-психологічні відмінності встановлено у хворих усіх груп у станах декомпенсації, на їх підставі сформовано типологію клініко-психологічного аранжування ПеС: гіпотиреоз гіпотимно-суспективного та сенситивно-негативістичного типів; гіпертиреоз експлозивно-агоністичного та ажитовано-імпульсивного типів; гіпокортицизм анксіозно-фатігативного та пасивно-адверсивного типів; гіперкортицизм іrrитативно-меритативного та анксіозно-офензивного типів. Доведено, що «тиск» клініко-психологічних феноменів у структурі ПеС нівелює психоонтогенетичну варіабельність патоперсонологічно-детермінованих форм реагування.

**Література**

1. Павлова Е. А. Депрессия и тиреотоксикоз / Е. А. Павлова, Е. А. Григорьева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 2. – С. 100–107.
2. Bartalena L. Evaluation of thyroid function in patients with rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder / L. Bartalena, L. Pellegrini, M. Meschi [et al.] // Psychiatry Research. – 1990. – № 34. – P. 13–17.
3. Bauer M. Thyroid hormones, serotonin and mood: of synergy and significance in the adult brain / M. Bauer, A. Heinz, P. C. Whybrow // Molecular Psychiatry. – 2002. – № 7. – P. 140–156.
4. Beydoun M. A. Thyroid hormones are associated with cognitive function: moderation by sex, race, and depressive symptoms / M. A. Beydoun, H. A. Beydoun, M. H. Kitner-Triolo [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. – 2013. – № 98. – P. 3470–3481.
5. Коростій В. І. Клінічні та нейропсихологічні особливості когнітивних розладів серед хворих

з ендокринними захворюваннями / В. І. Коростій, Г. М. Кожина, О. Л. ТОВАЖНЯНЬСКА, І. А. Григорова // Український вісник психоневрології. – 2012. – № 1(70). – С. 44.

6. Пшук Н. Г. Психологічні особливості хворих з гіперфункцією щитовидної залози / Н. Г. Пшук // Психічні і соматичні розлади психогенного походження. – Харків, 2009. – С. 120–121.

7. Пятницький Н. Ю. Сравнительная характеристика психических расстройств при разных видах эндокринопатий / Н. Ю. Пятницький // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 10–13.

8. Bauer M. The Thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders / M. Bauer, T. Goetz,

T. Glenn [et al.] // Journal of Neuroendocrinology. – 2008. – № 20 (10). – P. 1101–1114.

9. Derogatis L. R. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care / L. R. Derogatis // Handbook of psychological assessment in primary care settings / M. E. Maruish. – Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates. – P. 297–334.

10. Young R. C. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity / R. C. Young, J. T. Biggs, V. E. Ziegler, D. A. Meyer // Br J Psychiatry. – 1978. – № 133– P. 429–435.

11. Buss A. H. An inventory for assessing different kinds of hostility / A. H. A. Buss, A. Durkee // Journal of Consulting Psychology. – 1958. – № 21. – P. 343–348.

## References

1. Pavlova E. A., Grigor'eva E. A. Depressiya i tireotoksikoz [Depression and thyrotoxicosis]. Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya [Social and Clinical Psychiatry], 2010, no. 2, pp. 100-107. (In Russ.)

2. Bartalena L., Pellegrini L., Meschi M. [et al.] Evaluation of thyroid function in patients with rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder. Psychiatry Research, 1990, no. 34, pp. 13-17. (In Russ.)

3. Bauer M., Heinz A., Whybrow P. C. Thyroid hormones, serotonin and mood: of synergy and significance in the adult brain. Molecular Psychiatry, 2002, no. 7, pp. 140-156.

4. Beydoun M. A., Beydoun H. A., Kitner-Triolo M. H. [et al.] Thyroid hormones are associated with cognitive function: moderation by sex, race, and depressive symptoms. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2013, no. 98, pp. 3470-3481.

5. Korostij V. I., Kozhyna G. M., Tovazhnyans'ka O. L., Grygorova I. A. Klinichni ta nejropsyholoqichni osoblyvosti kognityvnyh rozladiv sered hvoryh z endokrynnyh zahvorjuvannjamy [Clinical and neuropsychological peculiarities of cognitive disorders among patients with endocrine diseases]. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 2012, no. 1 (70), p. 44. (In Ukr.)

6. Pshuk N. G. Psyholoqichni osoblyvosti hvoryh z giperfunkcijeju shhytyvydnoi' zalozy [Psychological features of patients with hyperfunction of the thyroid gland]. Psyhichni i somatychni rozlady psyhogennoho pohodzhennja [Mental and somatic disorders of psychogenic origin]. Kharkiv, 2009, pp. 120-121. (In Ukr.)

7. Pjatnickij N. Ju. Sravnitel'naja harakteristika psyhicheskikh rasstrojstv pri raznyh vidah jendokrinopatij [Comparative characteristics of mental disorders in different types of endocrinopathies]. Social'naya i klinicheskaya psixhiatrija [Social and Clinical Psychiatry], 2001, no. 4, pp. 10-13. (In Russ.)

8. Bauer M., Goetz T., Glenn T. [et al.] The Thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders. Journal of Neuroendocrinology, 2008, no. 20 (10), pp. 1101-1114.

9. Derogatis L. R. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In Maruish M. E. Handbook of psychological assessment in primary care settings. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, pp. 297-334.

10. Young R. C., Biggs J. T., Ziegler V. E., Meyer D. A. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br. J. Psychiatry, 1978, no. 133, pp. 429-435.

11. Buss A. H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology, 1958, no. 21, pp. 343-348.



С. І. Коломієць

УДК: 616.711-007.55-053.6-085.851

© **Коломієць Соломія Ігорівна (Україна)** – аспірантка кафедри загальної і медичної психології та педагогіки, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, бульвар Тараса Шевченка, 13, м. Київ, 01601; e-mail: solyah@yahoo.com.

© **Solomia Kolomiets (Ukraine)** – postgraduate student of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogy, O. O. Bogomolets National Medical University, 13, Taras Shevchenko Boulevard, Kyiv, 01601; e-mail: solyah@yahoo.com.

© **Коломиец Соломия Игоревна (Украина)** – аспирантка кафедры общей и медицинской психологии и педагогики, Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, бульвар Тараса Шевченко, 13, г. Киев, 01601; e-mail: solyah@yahoo.com.

Том 4, № 8, 2017, стр. 85–89

## ОСОБЛИВОСТІ САМОВІДНОШЕННЯ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

### THE SPECIFICITIES OF SELF ASSESSMENT IN ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS

### ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ

**Summary.** Scoliosis is one of the most common diseases of the musculoskeletal system, which affects people of childhood and adolescence and, changing the shape of the spine, distorting posture, affects the self-assessment, in particular the image of the body. Along with solving complex orthopedic issues, the psychosocial aspect remains important, in particular, the study of the features of the formation of the internal picture of the disease, its prerequisites and the impact on the process of helping patients with scoliosis. The article presents the results of the study of the specificities of self-assessment of adolescents with scoliosis. By the inclusion-exclusion criteria, 169 adolescents (boys and girls) were included in the study with grade III and III-IV scoliosis. The tendencies towards a decrease in the level of self-esteem for groups of adolescents with different severity of orthopedic disorders in scoliosis, and the relationship between the level of self-assessment and the degree of defeat are determined. Gender difference in the self-correlation of adolescents with scoliosis is also described.

**Key words:** scoliosis, adolescents, personality traits, self-assessment.

**Анотація.** Сколіоз являється одним из самых часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата, которое поражает лиц детского и подросткового возраста и, изменяя форму позвоночника, искажая осанку, влияет на самоотношение, в частности, на образ тела. Наряду с решением сложных вопросов ортопедического характера, важным остается психосоциальный аспект, в том числе изучение особенностей формирования внутренней картины болезни, ее предпосылок и влияния на процесс помощи пациентам со сколиозом. В статье приведены результаты исследования особенностей самоотношения подростков со сколиозом. По критериям включения-исключения в исследование было включено 169 подростков (как юношей, так и и девушек) с I–II и III–IV степенью сколиоза. Определены тенденции к снижению уровня самооценки групп подростков с разной степенью тяжести ортопедических нарушений при сколиозе и взаимосвязь уровня самооценки со степенью поражения. Также описано гендерное различие в самоотношении подростков со сколиозом.

**Ключевые слова:** сколиоз, подростки, личностные особенности, самоотношение.

### Вступ

Важливою ознакою підліткового віку є розвиток самосвідомості та формування ідеалу особистості, що відбуваються шляхом усвідомлення власних індивідуальних особливостей. Це призводить до формування особливого критичного ставлення підлітка до своїх недоліків. Бажаний образ «Я» зазвичай складається з тих якостей і переваг, які підлітки цінують в інших людях, і саме тому цей образ часто виходить суперечливим [1]. Це може призвести до невідповідності підлітка своєму ідеалу, що стає приводом для переживань.

У підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату відзначаються порушення осо-

бистісного розвитку, тому під час лікування виникає необхідність враховувати не тільки патогенний вплив хвороби на організм, а й психосоціальні фактори. Особливого значення набуває вивчення особливостей формування внутрішньої картини хвороби, її передумов та впливу на процес допомоги пацієнтам зі сколіозом [2].

Актуальність проблеми надання комплексної допомоги підліткам зі сколіозом визначається не тільки зростаючою кількістю пацієнтів даної вікової категорії з зазначеною патологією. Їх лікування та реабілітація дуже ускладнюються через відсутність обґрунтованого індивідуально-диференційованого підходу до клініко-функціо-

нальної оцінки стану цієї складної категорії хворих і, як наслідок, психосоціальної допомоги їм [3].

Для досягнення максимально ефективного результату лікування, зниження рівня інвалідації, успішної інтеграції у соціальному просторі надзвичайно важливу роль відіграє індивідуальна комплексна програма психосоціальної допомоги пацієнтам цього віку. Значимою передумовою її розробки є глибока обізнаність щодо специфічних дезадаптивних медико-психологічних ознак хворих на сколіоз підлітків [4].

### Мета дослідження

Мета дослідження полягала у визначенні характерних для пацієнтів 14–16 років зі сколіозом особистісних особливостей (зокрема, самовідношення), які вивчалися у межах комплексного дослідження юнаків та дівчат з цим захворюванням відповідного віку.

### Матеріали та методи дослідження

Було здійснено обстеження 184 підлітків віком від 14 до 16 років, у яких було діагностовано сколіоз різного ступеня. За критеріями включення–виключення до подальшого дослідження було відібрано 169 осіб обох статей: 85 дівчат та 84 юнака (50,30% та 49,70% відповідно).

До дослідження були залучені лише ті підлітки, які відповідали критеріям включення:

- були здатні усвідомити дані, наведені в інформаційній згоді для участі у дослідженні, а також розуміли інструкції, наведені у психологічних тестових методиках та дали згоду на участь у дослідженні;
- батьки яких власноруч підписали інформаційну згоду на участь своєї дитини у дослідженні;
- мали встановлений діагноз «сколіоз» (M41 за МКХ-10);
- входили до вікової групи 14–16 років (для досягнення однорідності у групах дослідження).

Критерії виключення з дослідження:

- наявність іншого вираженого соматичного або психіатричного діагнозу у стадії загострення;
- наявність будь-якого іншого хронічного соматичного або психічного розладу в анамнезі;
- невідповідність віковому критерію дослідження;
- відсутність згоди на участь у дослідженні;

- відсутність підпису батьків пацієнтів у згоді на участь у дослідженні.

Ступінь сколіозу визначався рентгенологом за рентгенограмами на підставі виміру кутів сколіозу за В.Д. Чаклиним: I ступінь – 1–10 градусів, II ступінь – 11–25 градусів, III ступінь – 26–50 градусів, IV ступінь – більше 50 градусів.

З 85 обстежених дівчат I ступінь сколіозу мали 25; II ступінь – 22; III ступінь – 20; IV ступінь – 18. Серед 84 обстежених юнаків I ступінь сколіозу було діагностовано у 26; II ступінь – у 23; III ступінь – у 19; IV ступінь – у 16.

При формуванні груп враховувалися клінічна симптоматика та сомато-психологічні особливості пацієнтів, приділялася увага збереженню логіки дослідження, однорідності груп та їх невеликій чисельності. З урахуванням цих показників і за ступенем важкості ортопедичних порушень при сколіозі нами було сформовано 2 основні групи:

- Г1 – увійшли 96 осіб з I та II ступенем сколіозу, з них 47 дівчат – Г1(д) та 49 юнаків – Г1(ю);
- Г2 – увійшли 73 особи з III та IV ступенем сколіозу, з них 38 дівчат – Г2(д) та 35 юнаків – Г2(ю).

Під час роботи застосовано такий комплекс методів:

– **теоретичний метод** використовувався для теоретико-методологічного аналізу та систематизації наявних сучасних літературних джерел з проблеми особливостей формування внутрішньої картини хвороби (ВКХ) у підлітків зі сколіозом та шляхів надання допомоги даній категорії пацієнтів;

– **соціально-демографічний метод** включав напівструктуроване інтерв'ю, яке дало змогу отримати необхідні соціально-демографічні дані: віковий склад, стать досліджених, місце навчання, показники рівня шкільної успішності, рівня достатку родин, наявність статусу інваліда;

– **клініко-психологічний метод** включав спостереження та напівструктуроване інтерв'ю, що дало змогу отримати дані про особливості перебігу сколіотичної хвороби, ступінь захворювання, а також особливості впливу хвороби на якість життя пацієнта (за власною думкою обстежуваних);

– **психодіагностичний метод** використовувався для визначення індивідуально-психологічних та психосоціальних характеристик підлітків, а також особливостей формування ВКХ та включав експери-

ментально-психологічні методики. У статті наведено дані однієї з них («Особистісний диференціал»), за допомогою якої визначали особливості самовідношення підлітків. Використання цієї методики дозволило характеризувати ставлення підлітків до людей або самих себе. Метод особистісного диференціала містить вибірку слів, які описують різноманітні риси особистості, що дозволяє створити своєрідну модель особистості.

Для статистичного аналізу було застосовано пакет Statistica for Windows 5.0 (StatSoft, USA, 1998). Для оцінки зв'язку психологічних характеристик зі ступенем сколіозу застосовано критерій рангової кореляції Кендала (в силу рангового характеру ступенів сколіозу і тривожності), для парного порівняння груп – непараметричний критерій Манна–Уїтні [5]. У цьому випадку параметричні ряди подавали як M+s.

### Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення соціально-демографічних характеристик проводилося нами за показниками віка, статі, місця навчання, шкільної успішності, рівня достатку у родині, наявності статусу інваліда. Дані наведено у **табл. 1–4**.

Таблиця 1

Розподіл досліджених за місцем навчання (n, %)

Місце навчання	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Школа	34	72,34	35	71,43	32	84,21	30	85,71
Коледж (училище)	13	27,66	14	28,57	6	15,79	5	14,29

Як свідчать наведені у **табл. 1** дані, більшість досліджених були учнями загальноосвітніх шкіл (77,51% із сумарної кількості обстежених). У структурі загального контингенту підлітків учнями коледжів та училищ були здебільшого юнаки та дівчата з меншим ступенем ортопедичних порушень – Г1(д) та Г1(ю).

Таблиця 2

Розподіл досліджених за шкільною успішністю (n, %)

Середній бал	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10–12	10	21,28	8	16,33	6	15,79	4	11,43
7–9	24	51,06	25	51,02	22	57,90	20	57,14
4–6	13	27,66	16	32,65	10	26,31	11	31,43

За даними **табл. 2**, більш ніж половина досліджених (53,85%) мали середній рівень

шкільної успішності (7–9 балів), при цьому у групах Г1(д) та Г1(ю) рівень успішності був дещо вищим порівняно з Г2(д) та Г2(ю). Дослідження виявило й гендерну різницю щодо зазначеного показника у групах підлітків: незалежно від ступеня важкості ортопедичної патології, дівчата в цілому навчалися краще за юнаків; при цьому більш високий рівень успішності було зареєстровано у Г1(д) порівняно з Г2(д).

Також у підлітків було виявлено диференційоване ставлення до навчання. З'ясувалося, що існує вибірковість відносно шкільних предметів: одні ставали улюбленими і потрібними, до інших інтерес з часом знижувався. Така ситуація пояснюється формуванням нових мотивів до навчання, пов'язаних з бажанням займатися цікавою роботою і самостійною творчою працею у майбутньому – саме це обумовлює розширення кола інтересів, прагнення до більш глибоких знань у певних науках та формування умінь і навичок, які знадобляться у подальшому [6].

Наступною соціально-демографічною характеристикою, яка вивчалася у межах дослідження, був рівень достатку в родині підлітків (**табл. 3**).

Таблиця 3

Розподіл досліджених за рівнем достатку в родині (n, %)

Рівень достатку	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Високий	5	10,64	6	12,24	4	10,53	4	11,43
Середній	29	61,70	31	63,27	24	63,16	22	62,86
Низький	13	27,66	12	24,49	10	26,31	9	25,71

Як видно з **табл. 3**, переважна більшість родин досліджуваних підлітків мали середній або низький рівень достатку: Г1(д) – 89,36%; Г1(ю) – 87,76%; Г2(д) – 89,47%; Г2(ю) – 88,57%); лише приблизно 10,00% сімей у кожній з груп оцінювали рівень власного достатку як високий.

Таблиця 4

Розподіл досліджених за наявністю статусу інваліда (n, %)

Наявність статусу інваліда	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Є статус інваліда	5	10,64	6	12,24	31	81,58	29	82,86
Без статусу інваліда	42	89,36	43	87,76	7	18,42	6	17,14

За даними **табл. 4**, із загальної кількості підлітків, які взяли участь у дослідженні, статус інваліда мали 42,01%, в переважній більшості з них було діагностовано III–IV ступінь сколіозу – у 84,51% (з них 51,67% дівчат та 48,33% юнаків).

Підлітковий вік, як відомо, є кризисним у становленні особистості та характеризується формуванням характерних новоутворень та підліткових реакцій. У період статевого дозрівання формується інтерес до протилежної статі, а підлітки відрізняються підвищеною збудливістю, частою зміною настрою. У цей же час відбуваються і розвиток само-свідомості та вольових якостей, формуються почуття дорослості, ідеали особистості, а також схильність до рефлексії, виникає гостра потреба у самовизначенні, самоствердженні та самовдосконаленні, в діяльності, що має особистісний сенс.

У підлітків зі сколіозом наявність моторних порушень та усвідомлення власної тілесної «неідеальності» призводить до змін самовідношення. Особливості самооцінки досліджуваних юнаків та дівчат вивчалися за допомогою методики «Особистісний диференціал» (**табл. 5**).

Таблиця 5

**Розподіл за показниками самооцінки за опитувальником (ОД) (середній бал)**

Рівень	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Фактор «Оцінка»</b>								
Високий	2	4,26	5	10,20	0	0,00	1	2,86
Середній	19	40,43	21	42,86	6	15,79	7	20,00
Низький	26	55,31	23	46,94	32	84,21	27	77,14
<b>Фактор «Сила»</b>								
Високий	4	8,51	8	16,33	0	0,00	2	5,71
Середній	23	48,94	25	51,02	10	26,32	11	31,43
Низький	20	42,55	16	32,65	28	73,68	22	62,86
<b>Фактор «Активність»</b>								
Високий	7	14,89	10	20,41	3	7,89	5	14,29
Середній	27	57,45	28	57,14	19	50,00	18	51,43
Низький	13	27,66	11	22,45	16	42,11	12	34,28

Як свідчать отримані дані (**табл. 5**), майже всі обстежені підлітки з III–IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Оцінка», що сигналізує про наявність низького рівня самоповаги, труднощі з прийняттям себе як особистості, невизнання у себе соціально схвалюваних якостей, критичне ставлення до себе та незадоволеність собою. Низькі значення за фактором «Оцінка»

вказують на критичне ставлення людини до самої себе, її незадоволеність власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, а також на недостатній рівень прийняття самої себе.

Тенденція до зниження самооцінки спостерігалася і в групах підлітків з I–II ступенем сколіозу, проте в Г1(д) та Г1(ю) показники були достовірно кращими відносно Г2(д) та Г2(ю): низькі показники за фактором «Оцінка» мали 55,31% дівчат – на 28,90% менше, ніж у Г2(д) та 46,94% юнаків – на 30,20% менше порівняно з Г2(ю).

Фактор «Сила» в самооцінці характеризує розвиток вольових якостей особистості і те, як вони усвідомлюються самим досліджуваним. Високі значення цього показника свідчать про впевненість у собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях. Достовірно більша кількість дівчат та юнаків із III–IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Сила» порівняно з підлітками обох статей з I–II ступенем сколіозу ( $p \leq 0,05$ ). Такі досліджені сприймали себе як осіб, залежних від зовнішніх обставин, не здатних не тільки досягати бажаного, а й навіть просто наполягати на своєму та контролювати ситуацію. Також низькі значення за фактором «Сила» свідчать про недостатність самоконтролю, неспроможність триматися обраної лінії поведінки, залежність від зовнішніх обставин і оцінок. В Г1(д) та в Г1(ю) низькими показниками за фактором «Сила» характеризувались 42,55% дівчат та 32,65% юнаків, при цьому достовірна різниця у Г1(д) та Г1(ю) дорівнювала ( $p \leq 0,05$ ).

За фактором «Активність» більшість підлітків усіх груп дослідження мали високий та середній показники (Г1(д) – 72,34%, Г1(ю) – 77,55%, Г2(д) – 57,89%, Г2(ю) – 65,72%). Кількість осіб з низькими показниками за фактором «Активність» була достовірно більшою у групах з III–IV ступенем сколіозу: різниця між Г1(д) та Г2(д) складає 4,45 балів, ( $p \leq 0,05$ ); різниця між Г1(ю) та Г2(ю) – 11,83 бали, ( $p \leq 0,05$ ). Досліджені з низьким рівнем активності характеризували себе як не товариських, не активних, відчували зниження енергійності, замкнутість, стриманість [7].

### Висновки

1. Тенденція до зниження самооцінки спостерігалася у групах підлітків з I–II ступенем сколіозу, проте у цих групах показники були



достовірно кращими відносно підлітків з III–IV ступенем сколіозу: показники за фактором «Оцінка» у Г1(д) на 28,90% вищі, ніж у Г2(д), а у Г1(ю) на 30,20% кращі, ніж у Г2(ю).

2. Достовірно більша кількість дівчат та юнаків з III–IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Сила» порівняно з підлітками обох статей з I–II ступенем сколіозу, ( $p \leq 0,05$ ). В Г1(д) та в Г1(ю) низькими показниками за фактором «Сила» характеризувались 42,55% дівчат та 32,65% юнаків, при цьому достовірна ген-

дерна різниця відзначалася при порівнянні Г1(д) та Г1(ю), ( $p \leq 0,05$ ).

3. За фактором «Активність» більшість обстежуваних усіх груп дослідження мали високий та середній показники: (Г1(д) – 72,34%, Г1(ю) – 77,55%, Г2(д) – 57,89%, Г2(ю) – 65,72%). Кількість пацієнтів із низькими показниками за фактором «Активність» була достовірно більшою у групах підлітків з III–IV ступенем сколіозу: різниця між Г1(д) та Г2(д) складає 4,45 балів, ( $p \leq 0,05$ ); різниця між Г1(ю) та Г2(ю) – 11,83 бали, ( $p \leq 0,05$ ).

### Література

1. Динаміка психічного здоров'я населення України 2008–2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги / І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко // Архів психіатрії. – 2013. – № 1 (72). – С. 11–17.

2. Дадаева О. А. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом / О. А. Дадаева, Р. Т. Склярченко, Н. Г. Травникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 3. – С. 10–14.

3. Крайнюков С. В. Картина мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / С. В. Крайнюков, И. И. Мамайчук // Ананьевские чтения. Психология в здравоохранении: материалы науч. конф., 22–24 октября 2013 г. / отв. ред. О. Ю. Щелкова. – СПб., 2013. – С. 222–224.

4. Машин В. А. К вопросу классификации функциональных состояний человека. Экспериментальная психология. – 2011. – № 1. – С. 40–56.

5. Михайлов Б. В. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / Б. В. Михайлов, В. В. Кришталь, Н. А. Марута, Л. Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2008. – № 1. – С. 3–6

6. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2001. – 408 с.

7. Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – 410 с.

### References

1. Pinchuk I. Ja., Bogachev R. M., Hobzej M. K., Petrychenko O. O. Dynamika psyhichnogo zdorov'ja naselenja Ukraïny 2008-2012 rr. ta perspektyvy rozvytku psyhiatrychnoi' dopomogy [The dynamics of the mental health of the population of Ukraine in 2008-2012 and the prospects for the development of psychiatric care]. Arhiv psyhiatrii' [Archive of psychiatry], 2013, no. 1 (72), pp. 11-17. (In Ukr.)

2. Dadaeva O. A., Sklyarenko R. T., Travnikova N. G. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti detey i podrostkov, bol'nykh skoliozom [Clinical and psychological characteristics of children and adolescents with scoliosis]. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya [Medico-social examination and rehabilitation], 2003, no. 3, pp. 10-14. (In Russ.)

3. Kraynyukov S. V., Mamaychuk I. I. Kartina mira podrostkov s zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Picture of the world of teenagers with diseases of the musculoskeletal system]. Anan'evskie chteniya. Psikhologiya v zdravookhraneni: materialy nauch. konf., 22-24 oktyabrya 2013 g. [otv. red. O. Yu. Shchelkova] [Ananyev readings. Psychology in health: materials of scientific. Conf.,

October 22-24, 2013 [responsible editor O. Yu. Shchelkov]]. St. Petersburg, 2013, pp. 222-224. (In Russ.)

4. Mashin V. A. K voprosu klassifikatsii funktsional'nykh sostoyaniy cheloveka [On the classification of human functional states]. Eksperimental'naya psikhologiya [Experimental Psychology], 2011, no. 1, pp. 40-56. (In Russ.)

5. Mikhaylov B. V., Krishtal' V. V., Maruta N. A., Shestopalova L. F. Rol' i mesto meditsinskoy psikhologii v sisteme meditsinskoy pomoshchi naseleniyu [The role and place of medical psychology in the system of medical care for the population]. Meditsinskaya psikhologiya [Medical Psychology], 2008, no. 1, pp. 3-6. (In Russ.)

6. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kyiv, Morion Publ., 2001, 408 p. (In Russ.)

7. Psikhoterapiya detey i podrostkov [pod red. Kh. Remshmidta] [Psychotherapy of children and adolescents [ed. H. Remschmidt]]. Moscow, World Publ., 2000, 410 p. (In Russ.)



Г. С. Кочарян

УДК: 616.69-008.3

© **Кочарян Гарник Суменович (Україна)** – д.мед.н., професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176; e-mail: kochargs@rambler.ru.

© **Garnik Kocharyan (Ukraine)** – MD, PhD, DSc., Full Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, 58, Amosov Street, Kharkiv, 61176; e-mail: kochargs@rambler.ru.

© **Кочарян Гарник Суменович (Украина)** – д.мед.н., професор кафедри сексології, медичинської психології, медичинської і психологічної реабілітації Харківської медичинської академії последипломного образования МЗ України, ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176; e-mail: kochargs@rambler.ru.

Том 4, № 8, 2017, стор. 90–96

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

### PREMATURE EJACULATION: MODERN NOTIONS

**Summary.** Data are submitted on the frequency of premature ejaculation and its definitions in the International Classification of Diseases of the 10th Revision, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the 4th and 5th Revisions (USA), and in the recommendations of the special committee of the International Society for Sexual Medicine. The biological and the biopsychosocial approach to assessing the duration of sexual intercourse are presented and characterized. It is concluded that the biological approach to its evaluation which is fully applicable to animals is insufficient for humans, since it does not take into account the extremely important recreational aspect of intimate intimacy in people. Psychogenic and biogenic factors involved in the formation of premature ejaculation are presented. It is concluded that attempts to completely eliminate or significantly downplay the role of biogenic factors in the genesis of this dysfunction should be considered untenable.

**Key words:** premature ejaculation, frequency, definitions, formation.

### ПЕРЕДЧАСНА ЕЯКУЛЯЦІЯ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ

**Анотація.** У статті наведено відомості щодо частоти передчасної еякуляції, її визначення у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, Діагностичному і статистичному пораднику психічних захворювань 4-го і 5-го переглядів (США), рекомендаціях Комітету для вироблення визначення передчасної еякуляції Міжнародного товариства сексуальної медицини. Представлено й охарактеризовано біологічний та біопсихосоціальний підхід до оцінки тривалості статевого акту. Зроблено висновок, що біологічний підхід до оцінки передчасної еякуляції, який цілком прийнятний до тварин, для людей є недостатнім, бо він не враховує надзвичайно важливий для людини рекреативний аспект інтимної близькості. Представлено психогенні та біогенні чинники, які беруть участь у формуванні передчасної еякуляції. Зроблено висновок, що спроби повністю виключити або значно зменшити роль біогенних чинників у генезі цієї дисфункції слід вважати безпідставними.

**Ключові слова:** передчасна еякуляція, частота, визначення, формування.

Актуальность изучения проблемы эректильных дисфункций связана с большой частотой обращений за помощью к сексологам в связи с этими расстройствами. При этом отмечается большая распространенность у мужчин проблемы ранней эякуляции, а именно преждевременного семяизвержения (Premature Ejaculation – PE). Исследователи отмечают, что PE является самой распространенной сексуальной дисфункцией у мужчин до 40 лет [1] и имеет место практически у трети мужчин во всем мире в возрасте от 18 и 59 лет [2]. Однако за квалифицированной помощью в силу тех или иных причин обращаются лишь от 1 до 12% лиц с данной патологией [3; 4].

Существуют значительные трудности в диагностировании PE, что связано с неоднозначными подходами к ее определению. Как следует из Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [5] и Диагностического и статистического руководства психических заболеваний 4-го пересмотра (DSM-IV) [6], при характеристике преждевременного семяизвержения учитывается длительность полового акта (без указания каких-либо точных значений). Способность мужчины контролировать продолжительность коитуса фиксируется в МКБ-10 наряду с утверждением, что при преждевременном семяизвержении у обоих партнеров отсутствует удовлетво-

ренность половым актом. То есть для обеих вышеуказанных классификаций характерно доминирующее представление о РЕ как о преимущественно функциональном, не имеющем органической природы, феномене; однако в МКБ-10 такая возможность считается маловероятной.

У разных авторов существуют подчас значительно различающиеся представления о нормальной минимальной продолжительности полового акта. Так, И. А. Попов [7] к РЕ относит такое семяизвержение, которое наступает спустя 7–10 сек. (и раньше) после начала полового акта, либо после совершения 9–10 (и менее) фрикции. При этом на вопрос сколько же времени должен длиться половой акт, В. И. Здравомыслов отвечает: «Мы считаем – не менее 5–10 мин.» [8], и такой точки зрения придерживается не только В. И. Здравомыслов, в публикации Н. Баум [3; 4] высказывается аналогичное мнение.

В связи с этим Г. С. Васильченко [9] отмечает, что принятие предлагаемой И. А. Поповым нижней нормативной границы привело бы к отказу от лечения значительного числа нуждающихся в нем мужчин, несомненно страдающих сексологическими расстройствами. В то же время принятие предлагаемой В. И. Здравомысловым нижней нормативной границы, напротив, приведет к сексологической инвалидизации большинства мужчин, которые считают себя здоровыми.

В свое время Х. С. Каплан [10] отметила, что выражение «преждевременная эякуляция» следовало бы применять к случаям, когда мужчина не способен переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения эякуляции, а также при возникновении трудностей с контролем эякуляторного рефлекса. Однако, как указывают У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [11], большинство сексологов считают не правилом, а скорее исключением способность полностью контролировать эякуляцию.

Интересно мнение, которое в 1948 г. высказали А. Кинси и соавт. [12] о нормальной продолжительности полового акта. Исследователи считали быструю эякуляцию признаком биологической компетентности и писали следующее: «Примерно у трех четвертых всех мужчин оргазм достигается в пределах двух минут после начала сношения, и у немалой части мужчин разрядка может наступить до истечения минуты или

даже в пределах 10–20 с после интродукции» [12]. Они критически отнеслись к высказыванием клиницистов, настаивающих на отнесении эякуляций в разряд преждевременных во всех тех случаях, когда мужчина не способен задерживать эякуляцию до наступления оргазма у женщины. Также указанные авторы в цитируемом труде пишут: «Мужчина, реагирующий быстрой сексуальной разрядкой, будучи весьма далек от какой бы то ни было патологии, совершенно нормален среди других млекопитающих и совершенно обычен среди представителей собственного вида» [12].

Отметим, что данное представление соответствует биологической точке зрения о норме, которая, вероятно, полностью применима к животному миру. Действительно, находящиеся в естественных условиях самцы животных поставлены в такие условия, когда необходимо в кратчайшие сроки ввести оплодотворяющий биологический материал самке как с целью избегания срыва спаривания, так и для повышения генеративных возможностей вида. В этом плане заслуживают внимания многочисленные данные, свидетельствующие, что продолжительность копулятивных циклов у различных видов обезьян составляет гораздо менее минуты. У низших млекопитающих продолжительность фрикционной стадии находится в таких же пределах [9].

Аппелируя к животному миру, следует отметить, что вряд ли можно заподозрить животных-самцов в прибегании к каким-либо мероприятиям по увеличению продолжительности полового акта с целью получения большего удовольствия (что нередко делают мужчины). Если же говорить о людях, которые проводят половые акты с целью получения наслаждения, находясь в относительно благоприятных условиях (особенно по сравнению с животными в дикой природе), то их представления о норме могут существенно отличаться, что несомненно не могло не отразиться на научном мнении специалистов-сексологов.

Хотелось бы уделить внимание вопросу, что же в конечном итоге могло оказать влияние на то, что представления о норме продолжительности полового акта у людей изменились. Прежде всего, тот факт, что произошло изменение в понимании задачи, которая стоит перед половым актом. Так, в животном мире на первый план выхо-

дит задача продолжения рода. У людей же основной является задача получения удовольствия при половом акте, обуславливающая необходимость его пролонгации, а, следовательно, контроль над эякуляцией, увеличивающий вероятность достижения женщинами оргазма.

Подтверждение данной точки зрения встречаются в различных публикациях [1; 3; 4; 13]. Так как вследствие эволюции главной целью человеческой сексуальности стало удовольствие, мужчины учились контролю над эякуляцией по мере роста стремления к нему их и их партнерш. На основе всех вышеперечисленных представлений мы считаем целесообразным постулировать именно культуральный, а не природный характер контроля человечества над эякуляцией.

По нашему мнению, все же неправильно считать верным ранжирование задач секса (получение удовольствия – воспроизводство человеческого рода) как от более приоритетной к менее. Обе эти задачи имеют свое предназначение, и каждая из них важна. Полагаем, что по отношению к мужчинам правомерным в оценке продолжительности их полового акта можно считать по меньшей мере **биосоциальный подход**. Более того, определения РЕ, приводимые в последних классификациях, в оценке данной дисфункции предлагают биопсихосоциальный подход [5; 14; 15]. Мы думаем, что сугубо **биологический подход в данном случае, который полностью применим к животным, для людей является недостаточным**.

Как свидетельствуют приведенные выше данные, задача установления нормативных параметров продолжительности полового акта является достаточно сложной. Данную проблему не так давно попытались прояснить эксперты Международного общества сексуальной медицины (the International Society for Sexual Medicine; ISSM). В августе 2007 г. это общество назначило 21 международного эксперта по проблеме РЕ и объединило их в Комитет для выработки нормативов и определения понятия преждевременной эякуляции (Committee for the Definition of Premature Ejaculation). Его участники встретились в Амстердаме в октябре 2007 г. и пришли к единогласному мнению, что для выработки определения РЕ следует учитывать такие понятия, как скорость наступления эякуляции, воспринимаемую/

осознаваемую самоэффективность и контроль семяизвержения, а также отрицательные личные последствия от РЕ.

Кроме этого, было предложено определять существующую с начала половой жизни (lifelong) РЕ как нарушение мужской сексуальной функции. Эту дисфункцию характеризовали как эякуляцию, которая всегда (или почти всегда) происходит до влагалищного проникновения или же в течение приблизительно одной минуты после него. Кроме этого, она характеризуется неспособностью задерживать семяизвержение при всех (или же почти всех) влагалищных проникновениях, а также отрицательными последствиями для личности. К этим отрицательным последствиям относятся дистресс, беспокойство, фрустрация, избегание сексуальной близости.

Данное определение касается только мужчин с РЕ, существующей с начала половой жизни, и применимо только к гетеросексуальному интравагинальному коитусу. Эта группа экспертов также пришла к заключению, что не существует достаточного числа опубликованных объективных данных, которые позволили бы предложить дефиницию приобретенной РЕ, базирующуюся на доказательствах [15].

Для повторного обсуждения этой проблемы Комитет (the ISSM PE Guidelines Committee) собирался в сентябре 2009 г. в Лондоне в расширенном составе. На этот раз в него вошли 26 признанных международных экспертов. Выводы относительно критериев РЕ, которые были даны комитетом в 2007 г., не изменились [16].

В последней американской классификации психических расстройств (2013), представленной в Диагностическом и статистическом руководстве психических заболеваний 5-го пересмотра (DSM-5), РЕ трактуют как устойчивую или повторяющуюся эякуляцию, которая происходит во время партнерской сексуальной активности в течение приблизительно 1 мин. после проникновения во влагалище и до того, как индивидум пожелает этого [14].

Выделяется 3 формы ее тяжести:

– легкая (эякуляция происходит в течение примерно от 30 сек. до 1 мин. после проникновения во влагалище);

– умеренная (эякуляция происходит в течение примерно 15–30 сек. после проникновения);

– тяжелая (эякуляция происходит до сексуальной активности, в ее начале или в течение приблизительно 15 сек. после проникновения).

В контексте данной публикации интересно обратить внимание на следующий факт. В DSM-5 отмечается, что оценки распространенности РЕ широко варьируют в зависимости от используемого определения. Подчеркивается, что более чем 20–30% мужчин в возрасте 18–70 лет выражают беспокойство по поводу того, как быстро они эякулируют, однако с принятием нового определения РЕ («семяизвержение происходит в течение примерно 1 мин. после проникновения во влагалище»), якобы только у 1–3% мужчин будет диагностироваться данное расстройство.

Известно, что большую роль в возникновении РЕ отводят психогенным факторам. В связи с этим называют страх, стресс, депрессию, эмоциональное или умственное перенапряжение, тревожное опасение сексуальной неудачи, проблемы во взаимоотношениях сексуальных партнеров, патологические сексуальные поведенческие стереотипы (сформировавшийся по разным причинам паттерн быстро эякулировать при мастурбации или при половых актах). Также называют эректильную дисфункцию (опасение потери эрекции может заставить мужчину стремиться к быстро протекающему половому акту, опуская свои обычные стратегии задержки наступления оргазма), какое-либо заболевание, которое обуславливает беспокойство при половых актах (например, сердечно-сосудистая патология может заставить мужчину стремиться быстро эякулировать) [4; 17].

В классических теориях психоанализа в качестве главных причин РЕ определены садистическое и нарциссическое поведение. Быстро эякулируя, мужчина как бы «крадет» оргазм у своего партнера. Рядом авторов приводятся примеры, когда РЕ наступает, если половые акты по определенной причине нежелательны для мужчин, поэтому они заинтересованы их быстрым завершении. В этих случаях клинико-патогенетический анализ сексуальных расстройств позволил исследователям выявить их развитие по механизму условной приятности [4; 17].

Х. С. Каплан [10] предложила гипотезу, согласно которой причина неспособности сдерживать семяизвержение у мужчин

заключается в отсутствии перцептивно-го осознания ими тех ощущений, которые предшествуют оргазму. Автором предполагается, что в нужный момент мужчина переживает какое-либо отвлекающее его волнение. Согласно гипотезе, именно осознание ощущений, сопровождающих тот или иной рефлекс (например, при мочеиспускании или дефекации), является важным условием приобретения и развития их произвольного контроля.

Существуют и другие психогенные причины РЕ. Однако следует отметить, что в настоящее время исследователи отказались от точки зрения, что РЕ обуславливается влиянием сугубо психологических факторов, т. е. имеет исключительно психогенное происхождение. Так, известно, что РЕ бывает как психогенной и биогенной, так и смешанной, когда в ее генезе участвуют как психогенные факторы, так и факторы биогенной модальности. Помимо этого, следует отметить, что РЕ может существовать с начала половой жизни либо быть приобретенной.

Некоторые эксперты считают, что, хотя и биологические, и психологические факторы играют роль в большинстве случаев РЕ, биологическая основа все же более вероятна, если речь идет о проблеме, существующей с начала половой жизни (первичная РЕ). В статье «Тенденции в исследовании преждевременной эякуляции за последние 25 лет» [18] был проведен анализ публикаций, представленных в двух базах данных (PsychINFO и MEDLINE) за период с 1979 по 2006 год. Хотя число публикаций о РЕ увеличилось только в MEDLINE, все же 25-летняя тенденция показала снижение удельного веса психологических (особенно поведенческих) статей в обеих базах данных, и увеличение статей биологической и фармакологической направленности. На основании полученных результатов, авторы [18], в частности, выражают беспокойство в связи с тем, что исследователи упускают возможность изучать важные биоповеденческие взаимодействия, лежащие в основе эякуляторного ответа и РЕ.

Среди биогенных причин РЕ называют гиперестезию головки и уздечки полового члена, увеличение дорсальных нервов пениса, короткую уздечку, высокую вибрационную чувствительность головки полового члена, состояние тазовых мышц и мышц,

окружающих половой член. Мышцы, которые окружают половой член, находятся у мужчин, страдающих преждевременным семяизвержением, в гиперактивном состоянии; так, у них отмечаются рефлексивные гипертонические сокращения мышц промежности при осуществлении интродекции, либо даже когда они только собираются ее совершить. Кроме того, известно, что в процессе семяизвержения при РЕ мышцы, которые участвуют в генерировании эякуляции, находятся в гиперактивном состоянии.

К биогенным причинам РЕ также причисляют хронический простатит, урогенитальные сексологические расстройства, осложненные стойким нарушением механизмов нервной регуляции, поражения спинного мозга, нарушения на уровне гипоталамо-лимбико-ретикулярного комплекса, синдром парацентральных долек, гипертиреоз [4; 19], а также опиоидную абстиненцию [14].

Необходимо обратить особое внимание на возможную роль хронического простатита в генезе РЕ. Некоторые авторы пытаются отрицать возможность его патогенного влияния на сексуальные функции по сугубо биологическим механизмам, однако существует целый ряд исследований, указывающих на такую возможность. Не следует забывать, что простата участвует в акте эякуляции, поэтому ее поражение может отразиться на этом процессе. Интерес представляет мнение по данному вопросу, представленное в последней американской классификации сексуальных расстройств 2013 г., которая является составной частью DSM-5. В разделе, посвященном РЕ, простатит в качестве ее этиологического фактора указан трижды [14].

Нами были выделены и охарактеризованы следующие модели формирования сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом: психосоматическая, психопатологической детерминации, нейрорецепторная, вегетодисфункциональная, алгическая, дисгормональная, смешанная, системная [4]. В системной модели, которой нужно отдать несомненное предпочтение, выполнены исследования И. И. Горпинченко [20], а также И. А. Ланцбергом и О. З. Лившицем [21]. Данная модель учитывает роль различных факторов (в том числе, обусловленных органическим поражением простаты) в их взаимодействии при формировании сексуальных дисфункций.

Следует отметить, что в последние годы выявлено влияние генетических факторов в генезе РЕ. Однако еще в 1943 г. Б. Шапиро в своей статье [22] отметил, что некоторые мужчины (члены семьи мужчин с РЕ) также имеют РЕ. В 1998 г. в Нидерландах была обнаружена высокая распространенность существующей с начала половой жизни РЕ среди мужчин-родственников первой линии голландских мужчин с такой же формой РЕ [23], а близнецовые исследования в 2007 и 2009 г. в Финляндии выявили существенный умеренный генетический эффект для РЕ [24; 25].

Результаты исследований, проведенных на генетическом уровне, свидетельствуют о том, что к возникновению РЕ предрасполагает нарушение генетического контроля системы серотонинергической регуляции [26]. В другой работе отмечается, что у мужчин с РЕ отмечается генетически унаследованная измененная чувствительность центральных рецепторов серотонина [27]. В работах последних лет, обращающих внимание на биологический фундамент РЕ, отмечается, что она опосредуется главным образом нарушениями серотонинергической нейротрансмиссии и определенными серотониновыми рецепторами и, в меньшей степени, окситоцинергической нейротрансмиссией в ЦНС [28]. Н. Д. Ахвледиани [29] также отмечает, что повышенным риском возникновения РЕ сопровождаются S/S и S/LA генотипы гена транспортера серотонина.

Первое изучение влияния ДНК на РЕ было выполнено П. Янссен и соавт. [4] в Нидерландах в 2009 году. Полученные результаты поддерживают модель генетической предрасположенности, существующей с начала половой жизни РЕ, а не представление, согласно которому в основе этого расстройства у всех мужчин лежат генетические предпосылки.

Исследование шведских и финских ученых также свидетельствует о возможном участии генетического фактора в развитии РЕ [30]. В ходе работы было установлено, что РЕ обусловлена дефектом гена, который контролирует выброс дофамина (анализ ДНК).

Таким образом, в заключение хотелось бы отметить, что биогенные факторы в формировании эякуляторной дисфункции играют достаточно значительную роль, а все попытки полностью исключить или значительно преуменьшить их роль в генезе РЕ следует считать несостоятельными.

## Литература

1. Vardi Y. Are premature ejaculation symptoms curable? / Y. Vardi, C. G. McMahon, M. D. Waldinger, E. Rubio-Aurioles, D. Rabinowitz // *J. Sex. Med.* – 2008. – 5(7). – P. 1546–1551.
2. Broderick G. A. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction / G. A. Broderick // *J. Sex. Med.* – 2006. – 3, Suppl. 4. – P. 295–302.
3. Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: терминология, эпидемиология, дефиниции, «философия» диагноза / Г. С. Кочарян // *Здоровье мужчины.* – 2013. – № 2(45). – С. 151–159.
4. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение / Г. С. Кочарян. – X. : Апостроф, 2012. – 328 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб. : АДИС, 1994. – 304 с.
6. Diagnostic Criteria from DSM-IV™. – Washington : American Psychiatric Association, 1996. – 5th printing. – ix + 358 p.
7. Попов И. А. Материалы к психогигиене половой жизни мужчины : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук. – М., 1969. – 239 с.
8. Здравомыслов В. И. Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и терапия / В. И. Здравомыслов // *Проблемы современной сексopatологии.* – М., 1972. – С. 409–425.
9. Общая сексopatология: руководство для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1977. – 488 с.
10. Kaplan H. S. The new sex therapy / H. S. Kaplan. – New York : Brunner/Mazel, 1974. – 544 p.
11. Мастерс У. Основы сексологии / У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни; пер. с англ. – М. : Мир, 1998. – x. + 692 с.
12. Kinsey A. C. Sexual behavior in the human male / A. C. Kinsey, W. B. Pomeroy, C. E. Martin. – Philadelphia : Saunders, 1948. – 804 p.
13. Kamischke A. Update on medical treatment of ejaculatory disorders / A. Kamischke, E. Nieschlag // *International Journal of Andrology.* – 2002. – № 25(6). – P. 33–344.
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – United States : American Psychiatric Association, 2013. – 5th edition. – 947 p.
15. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation / C. G. McMahon, S. E. Althof, M. D. Waldinger, H. Porst, J. Dean, I. D. Sharlip, P. G. Adaikan, E. Becher, G. A. Broderick, J. Buvat, K. Dabees, A. Giraldi, F. Giuliano, W. J. Hellstrom, L. Incrocci, E. Laan, E. Meuleman, M. A. Perelman, R. C. Rosen, D. L. Rowland, R. Segraves // *J. Sex. Med.* – 2008. – № 5(7). – P. 1590–1606.
16. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation / S. E. Althof, C. H. N. Abdo, J. Dean [et al.] // *J. Sex. Med.* – 2010. – № 7(9). – P. 2947–2969.
17. Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: психогенные детерминанты / Г. С. Кочарян // *Здоровье мужчины.* – 2013. – № 4(47). – С. 86–88.
18. Rowland D. Trends in research on premature ejaculation over the past 25 years / D. Rowland, M. Burek // *J. Sex. Med.* – 2007. – № 4(5). – P. 1454–1461.
19. Кочарян Г. С. Биогенные детерминанты преждевременной эякуляции / Г. С. Кочарян // *Здоровье мужчины.* – 2014. – № 2(49). – С. 64–68.
20. Горпинченко И. И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / И. И. Горпинченко. – К., 1977. – 19 с.
21. Ланцберг И. А. Хронические простатиты в структуре сексуальных нарушений / И. А. Ланцберг, О. З. Лившиц // *Вопросы сексopatологии (материалы научно-практической конференции).* – М. : Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1969. – С. 96–99.
22. Schapiro B. Premature ejaculation. A review of 1130 cases / B. Schapiro // *J. Urol.* – 1943. – № 50. – P. 374–379.
23. Familial occurrence of primary premature ejaculation / M. D. Waldinger, M. Rietschel, M. M. Nothen, M. W. Hengeveld, B. Olivier // *Psychiatric Genet.* – 1998. – № 8. – P. 37–40.
24. Evidence for a genetic etiology to ejaculatory dysfunction / P. Jern, P. Santtila, A. Johansson, M. Varjonen, K. Witting, B. von der Pahlen, N. K. Sandnabba // *Int. J. Impot. Res.* – 2009. – № 21(1). – P. 62–67.
25. Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins / P. Jern, P. Santtila, K. Witting, K. Alanko, N. Harlaar, A. Johansson, B. von der Pahlen, M. Varjonen, N. Vikstrum, M. Algars, K. Sandnabba // *J. Sex. Med.* – 2007. – № 4(6). – P. 1739–1749.
26. Safarinejad M. R. Polymorphisms of the serotonin transporter gene and their relation to premature ejaculation in individuals from Iran / M. R. Safarinejad // *J. Urol.* 2009. – № 181(6). – P. 2656–2661.
27. McMahon C. G. New agents in the treatment of premature ejaculation / C. G. McMahon, C. N. McMahon, L. J. Leow // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* – 2006. – № 2(4). – P. 489–503.
28. Waldinger M. D. Premature ejaculation: definition and drug treatment / M. D. Waldinger // *Drugs.* – 2007. – № 67(4). – P. 547–568.
29. Ахведиани Н. Д. Преждевременное семяизвержение: эпидемиология, факторы риска, диагностика и лечение : автореф. дисс. на соискание ученой степени д. мед. наук. – М., 2011. – 48 с.
30. The dopamine transporter gene (DAT1) polymorphism is associated with premature ejaculation / P. Santtila, P. Jern, L. Westberg, H. Walum, C. T. Pedersen, E. Eriksson, N. K. Sandnabba // *J. Sex. Med.* – 2010. – Vol. 7, Issue 4, pt. 1. – P. 1538–1546.

## References

1. Vardi Y., McMahon C. G., Waldinger M. D., Rubio-Aurioles E., Rabinowitz D. Are premature ejaculation symptoms curable? *J. Sex. Med.*, 2008, no. 5(7), pp. 1546-1551.
2. Broderick G. A. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction. *J. Sex. Med.*, 2006, no. 3, suppl. 4, pp. 295-302.
3. Kocharyan G. S. Prezhdevremennaya eyakulyatsiya [terminologiya, epidemiologiya, defnitsii, «filosofiya» diagnoza] [Premature ejaculation [terminology, epidemiology, definitions, «philosophy» of diagnosis]. *Zdorov'e muzhchiny* [Men's health]. 2013, no. 2(45), pp. 151-159. (In Russ.)

4. Kocharyan G. S. Rasstroystva eyakulyatsii i ikh lechenie [Ejaculation disorders and their treatment]. Kharkov, Apostrophe Publ., 2012, 328 p. (In Russ.)
5. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and guidelines for diagnosis]. St. Petersburg, AFIS Publ., 1994, 304 p. (In Russ.)
6. Diagnostic Criteria from DSM-IV™. Washington, American Psychiatric Association, 1996, 5th printing, ix + 358 p.
7. Popov I. A. Materialy k psikhogigiyene polovoy zhizni muzhchiny. Diss. na soiskanie uchenoy stepeni kand. med. nauk [Materials for the psycho-hygiene of a man's sexual life. Diss. for the academic degree of Cand. medical sciences]. Moscow, 1969, 239 p. (In Russ.)
8. Zdravomyslov V. I. Funktsional'nye seksologicheskie rasstroystva u zhenshchin, ikh klassifikatsiya i terapiya [Functional sexological disorders in women, their classification and therapy]. Problemy sovremennoy seksopatologii [Problems of modern sexopathology]. Moscow, 1972, pp. 409–425. (In Russ.)
9. Obshchaya seksopatologiya. Rukovodstvo dlya vrachey [pod red. G. S. Vasil'chenko] [General sexopathology. Manual for doctors [ed. G. S. Vasil'chenko]. Moscow, Medicine, 1977, 488 p. (In Russ.)
10. Kaplan H. S. The new sex therapy. New York, Brunner/Mazel, 1974, 544 p.
11. Masters W., Johnson V., Kolodny R. Osnovy seksologii [per. s angl.] [Fundamentals of Sexology from English]. Moscow, The World Publ., 1998, x. + 692 c. (In Russ.)
12. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. Sexual behavior in the human male. Philadelphia, Saunders, 1948, 804 p.
13. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders. International Journal of Andrology, 2002, no. 25(6), pp. 333-344.
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. United States, American Psychiatric Association, 2013, 5th ed., 947 p.
15. McMahon C. G., Althof S. E., Waldinger M. D., Porst H., Dean J., Sharlip I. D., Adakan P. G., Becher E., Broderick G. A., Buvat J., Dabees K., Giraldo A., Giuliano F., Hellstrom W. J., Incrocci L., Laan E., Meuleman E., Perelman M. A., Rosen R. C., Rowland D. L., Segraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. J. Sex. Med., 2008, no. 5 (7), pp. 1590-1606.
16. Althof S. E., Abdo C. H. N., Dean J. [et al.] International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. J. Sex. Med., 2010, no. 7(9), pp. 2947-2969.
17. Kocharyan G. S. Prezhdevremennaya eyakulyatsiya. Psikhogennyye determinanty [Premature ejaculation. Psychogenic determinants]. Zdorov'e muzhchiny [Men's health]. 2013, no. 4(47), pp. 86-88. (In Russ.)
18. Rowland D., Burek M. Trends in research on premature ejaculation over the past 25 years. J. Sex. Med., 2007, no. 4(5), pp. 1454-1461.
19. Kocharyan G. S. Biogennyye determinanty prezhdevremennoy eyakulyatsii [Biogenic determinants of premature ejaculation]. Zdorov'e muzhchiny [Men's health]. 2014, no. 2(49), pp. 64-68. (In Russ.)
20. Gorpichenko I. I. Kharakteristika seksual'nykh rasstroystv u bol'nykh khronicheskim prostatitom. Avtoref. diss. na soiskanie uchenoy stepeni kand. med. nauk [Characteristics of sexual disorders in patients with chronic prostatitis. Author's abstract. diss. for the degree of Candidate of medical sciences]. Kiev, 1977, 19 p. (In Russ.)
21. Lantsberg I. A., Livshits O. Z. Khronicheskie prostatity v strukture seksual'nykh narusheniy [Chronic prostatitis in the structure of sexual disorders]. Voprosy seksopatologii (materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii) [Questions of sexopathology (materials of the scientific-practical conference)]. Moscow, Proceedings of the Moscow Research Institute of Psychiatry, Ministry of Health of the RSFSR, 1969, pp. 96-99. (In Russ.)
22. Schapiro B. Premature ejaculation. A review of 1130 cases. J. Urol., 1943, no. 50, pp. 374-379.
23. Waldinger M. D., Rietschel M., Nothen M. M., Hengeveld M. W., Olivier B. Familial occurrence of primary premature ejaculation. Psychiatric Genet., 1998, no. 8, pp. 37-40.
24. Jern P., Santtila P., Johansson A., Varjonen M., Witting K., von der Pahlen B., Sandnabba N. K. Evidence for a genetic etiology to ejaculatory dysfunction. Int. J. Impot Res., 2009, no. 21(1), pp. 62-67.
25. Jern P., Santtila P., Witting K., Alanko K., Harlaar N., Johansson A., von der Pahlen B., Varjonen M., Vikstrum N., Algars M., Sandnabba K. Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. J. Sex. Med., 2007, no. 4(6), pp. 1739-1749.
26. Safarinejad M. R. Polymorphisms of the serotonin transporter gene and their relation to premature ejaculation in individuals from Iran. J. Urol., 2009, no. 181(6), pp. 2656-2661.
27. McMahon C. G., McMahon C. N., Leow L. J. New agents in the treatment of premature ejaculation. Neuro-psychiatr Dis. Treat., 2006, no. 2(4), pp. 489-503.
28. Waldinger M. D. Premature ejaculation: definition and drug treatment. Drugs, 2007, no. 67(4), pp. 547-568.
29. Akhvediani N. D. Prezhdevremennoe semyaizverzhenie: epidemiologiya, faktory riska, diagnostika i lechenie. Avtoref. diss. na soiskanie uchenoy stepeni d. med. nauk [Premature ejaculation: epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. Author's abstract. diss. for the scientific degree of d. med. science]. Moscow, 2011, 48 p. (In Russ.)
30. Santtila P., Jern P., Westberg L., Walum H., Pedersen C. T., Eriksson E., Sandnabba N. K. The dopamine transporter gene (DAT1) polymorphism is associated with premature ejaculation. J. Sex. Med., 2010, vol. 7, issue 4, pt. 1, pp. 1538-1546.





А. С. Рахимкулова

УДК: 159.98

© Рахимкулова Анастасія Станіславівна (Росія, Україна) – нейропсихолог, Центр дитячої та підліткової нейропсихологічної діагностики та корекції, вул. Різдва, 11, г. о. Митищі, Московська область, 141006; аспірант кафедри клінічної психології Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова, вул. Дворянська, 2, м. Одеса, 65082; e-mail: rakhimkulova@yahoo.com.

© Anastasiia Rakhimkulova (Russia, Ukraine) – Neuropsychologist, Child and Adolescent Neuro Diagnostics and Correction Centre, 11, Rozhdestvenskaia Street, City District Mytushchi, Moscow Region, 141006; graduate student, I. I. Mechnikov Odesa National University, 2, Dvoryanskaya street, Odessa, 65082; e-mail: rakhimkulova@yahoo.com.

© Рахимкулова Анастасия Станиславовна (Россия, Украина) – нейропсихолог, Центр детской и подростковой нейропсихологической диагностики и коррекции, ул. Рождественская, 11, м. о. Мытищи, Московская область, 141006; аспирант кафедры клинической психологии Одесского национального университета им. И. И. Мечникова, ул. Дворянская, 2, г. Одесса, 65082; e-mail: rakhimkulova@yahoo.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 97–108

## ПСИХОДІАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВ С РИСКОВИМ ПОВЕДЕННЯМ

### PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF RISKY BEHAVIOR OF ADOLESCENTS

**Summary.** The article reflects practical results of the research on adolescent risky behavior and specifically – the psychodiagnostics stage. Traditionally therapeutic impact on risky adolescents is not quite effective. We assume that the main reason of poor efficiency of the psychological correction of risky behavior lies in the inability to address precise factors that stand out for particular adolescent since these factors may vary substantially. In our research we were able to distinguish three factors and their wide array of components that affect adolescent's engagement into such types of behavior. Grounding on those we elaborated a detailed procedure for running psychological diagnostics that enables to identify and to further impact actual psychological targets during further coming psychological correction classes. The psychodiagnostics procedure aims at analyzing the following phenomena: adolescent's predisposition to self-harming and suicidal behavior; current psycho-emotional state; attitude to self and its components; stress-resilience; typical coping strategies and psychological adaptation. The proposed system of methods also enables to identify every adolescent's strengths that a psychotherapist can employ as the basis for new skills' development.

**Key words:** adolescent risky behavior, adolescent suicidality, psychological diagnostics of adolescents.

### ПСИХОДІАГНОСТИКА ПІДЛІТКІВ ІЗ РИЗИКОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ

**Анотація.** У статті викладені практичні результати проведеного нами дослідження психологічних особливостей ризикової поведінки підлітків, зокрема, етап психодіагностики. Традиційно психотерапевтична робота із цією групою протікає недостатньо ефективно, що загалом пояснюється відсутністю можливості адресно впливати на актуальні для конкретного підлітка фактори. За результатами нашого дослідження було сформульовано трифакторну модель ризикової поведінки, яка враховує широкий спектр психологічних особливостей такого поведіння підлітків. Виходячи з цього, ми розробили детальну процедуру психодіагностики, яка дозволяє впливати безпосередньо на актуальні психологічні мішені під час проведення подальшої психокорекції. Психодіагностика спрямована на детальне вивчення таких феноменів як схильність до саморуйнування та суїциду; поточний психоемоційний стан; самовідношення та його компоненти; стресостійкість; копінг-механізми та рівень соціально-психологічної адаптації. Запропонована нами система методів дозволяє також виявити сильні сторони кожного підлітка, які можна використовувати як базис для розвитку нових психологічних якостей.

**Ключові слова:** підлітки із ризиковою поведінкою, суїцидальність підлітків, психодіагностика підлітків.

Психокоррекционная работа с подростками с рисковым поведением (РП) редко протекает достаточно эффективно: несмотря на затраченные психотерапевтом усилия, подростки с РП не меняют своего поведения и не перестают подвергать свои жизнь и здоровье риску [1–4].

Обычно с проблемой РП подростков (РПП) к психотерапевту обращаются взрос-

лые, испытывающие сложности во взаимоотношениях с ребенком [1; 5]. Психотерапевтический запрос формулируется на основании предъявляемых к подростку социальных и юридических требований, что находит отражение в выборе методик для психодиагностики и использовании психокоррекционных технологий [5–6]. При этом действительные психологические причины

РП часто остаются скрытыми и не учитываются, что приводит к несоответствию содержания психокоррекционной работы и психологических составляющих РПП [2].

По нашему мнению, такой обобщенный подход, реализующийся в диффузном воздействии на рискованного подростка, становится основной причиной неэффективности терапевтического воздействия на него. Разрешить сложившуюся ситуацию может адресная психокоррекция, которой предшествует качественная и направленная психодиагностика [1–2; 5]. Однако на этапе психодиагностики психотерапевт сталкивается с проблемой подбора методик, способных

адекватно отразить психологические причины склонности к РП конкретного, а не усредненного, подростка.

Для решения данной практической задачи нами было проведено исследование психологических особенностей РПП на выборке из 605 учащихся (286 мальчиков и 319 девочек) общеобразовательных школ г. Одесса в возрасте 12–18 лет. Мы получили данные о гендерных и возрастных отличиях РПП у младших (12–13 лет), средних (14–15 лет) и старших (16–18 лет) подростков. Наша работа позволила не только собрать статистические данные о распространенности различных видов РП среди украинских подростков, но и выделить широкий спектр психологических феноменов, ассоциируемых с РП, которые мы представили в виде трехфакторной модели РПП (табл. 1).

Результаты исследования позволили нам сформулировать основную задачу психодиагностики РП как определение структуры психологических феноменов, влияющих на склонность подростка к РП. Понимание структуры данных психологических феноменов, их взаимообусловленности и взаимовлияния позволит в дальнейшем сделать выбор психотерапевтических техник более точным, более целенаправленным [3].

Предлагаемая нами процедура психодиагностического обследования подростков с РП затрагивает следующие диагностические блоки:

- диагностика суицидального риска и склонности к саморазрушению;
- диагностика психоэмоционального состояния;
- диагностика самоотношения;
- диагностика стрессоустойчивости, предпочтительных копинг-стратегий и механизмов психологических защит, уровня социальной дезадаптации.

В процессе психодиагностики психотерапевт составляет карту как основных переживаемых подростком сложностей, так и сильных сторон его личности. Сложности становятся практическими мишенями психокоррекции, а выделенные сильные стороны используются как базис для формирования новых психологических навыков.

Рассмотрим особенности каждого из блоков психодиагностики.

Таблица 1

## Факторы, обуславливающие РПП

Факторные нагрузки	Факторы		
	Негативная оценка	Восприятие трудностей	Поведение
Уровень тревожности	0,58	0,29	0,26
Проблемы с поведением	0,21	0,14	0,55
Гиперактивность	-0,05	0,02	0,76
Признание трудностей	0,19	0,88	0,08
Трудности продолжительные	0,15	0,83	0,02
Трудности расстраивают	0,18	0,89	0,08
Трудности сказываются на людях	0,24	0,70	0,08
Затрудненность в принятии решений	0,60	0,10	0,18
Уровень субъективно воспринимаемого стресса	0,55	0,21	0,25
Негативная оценка себя – самокритика	0,51	0,10	0,24
Восприятие себя неудачником	0,50	0,22	0,25
Ощущение бесполезности	0,60	0,17	0,04
Грусть	0,64	0,25	0,18
Ощущение наказанности	0,24	0,00	0,55
Неудовлетворенность жизнью	0,74	0,06	0,01
Одиночество	0,61	0,25	0,07
Раздражительность	0,65	0,07	0,13
Потеря интереса к окружающему	0,67	0,06	-0,09

### ■ **Диагностика суицидального риска и склонности к саморазрушению у подростка с РП**

Прежде всего мы предлагаем определить актуальное состояние суицидальности у подростка с РП. Хотя природа взаимосвязи РП с суицидальными проявлениями в этом возрасте еще недостаточно изучена, данные, полученные и нами, и другими учеными, убедительно показывают, что исследуемая категория имеет более высокие показатели суицидальной активности: мыслей, намерений, планов и попыток [7]. В связи с этим важно, чтобы при выявлении высокого суицидального риска на этапе диагностики, проводящий беседу специалист был готов оказать профессиональную помощь – он должен либо иметь навыки практической работы с суицидентами, либо тесно контактировать со специализированными подростковыми службами, оказывающими квалифицированную помощь [4; 6].

Новообразования подросткового возраста делают возможным проведение открытой и достаточно прямой диагностической беседы о смерти и об отношении к ней [4; 8]. В основном подростки со склонностью к РП достаточно легко (а иногда даже с удовольствием) делятся своими мыслями о смерти, потому что откровенное обсуждение этой темы и демонстрация отсутствия страха смерти воспринимаются ими как смелая и сильная жизненная позиция [7].

За время беседы о смерти психотерапевт должен понять и зафиксировать для себя, воспринимает ли подросток суицид как способ избавления от своих проблем и выход из сложных, стрессовых жизненных ситуаций. Для этого можно задавать вопросы о его отношении к суициду других людей (знакомых и незнакомых): насколько обследуемый поддерживает, восхищается или отвергает такое решение; воспринимает его как смелое или трусливое; оправдывает или осуждает суицидентов. Стоит попросить поделиться своими планами на будущее, чтобы понять, стремится пациент прожить долгую жизнь или, напротив, пожить коротко, но ярко. Можно затронуть и темы самоповреждения у самого подростка, а также коснуться фантазий и мыслей о смерти.

Важно помнить, что, беседуя с подростком о смерти и суициде и позволяя ему свободно высказать свои мысли на эту тему, психоте-

рапевт обязан сразу же определять сигналы саморазрушения, а в некоторых ситуациях – даже проводить их психокоррекцию непосредственно в процессе психодиагностики [5–7]. Ведь, сталкиваясь с потенциальными суицидентами, специалист не всегда имеет возможность долгосрочной психокоррекционной работы с ними [7]. Такими сигналами, помимо прямых и косвенных высказываний о намерении умереть, служат общая усталость подростка от жизни, неудовлетворенность жизнью и собой, отсутствие стремлений и долгосрочных планов, восприятие собственного будущего как мрачного и бесперспективного или полное отсутствие его видения [7–8].

Однако не все исследователи поддерживают идею открытого обсуждения мыслей о самоубийстве и связанных с ними намерений подростков [4–6; 8]. Поэтому при оценке суицидального риска и намерений наиболее распространенными психодиагностическими инструментами по-прежнему остаются специализированные опросники и анкеты [4; 6; 8]. Их условно можно разделить на две группы:

- а) методики, использующие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний;
- б) методики, завуалированные под тесты, цель которых – исследование психологических особенностей личности подростка.

Мы рекомендуем к использованию следующие методики, направленные на обнаружение суицидального риска у подростков с РП:

– **методика А. А. Кучера и В. П. Костюкевича «Выявление суицидального риска у детей»** [6], завуалированная под тест интеллектуальных возможностей ребенка – соотнося значения услышанных пословиц и устойчивых выражений с предложенными группами общечеловеческих проблем, ребенок сообщает о своем отношении к суицидальным действиям, к смыслу жизни и об отношении к смерти (с 10 лет);

– **рисуночный тест З. В. Королевой «Ваши суицидальные наклонности»** [9] – по характеру закрашивания предложенной фигуры можно различить истинные и демонстративно-шантажные суицидальные мотивы, выделить наличие скрытых суицидальных склонностей и стойких витальных переживаний, не допускающих суицид (с 12 лет);

– опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой) [10] – экспресс-диагностика суицидального риска, выявление уровня и степени сформированных суицидальных намерений (с 14 лет; можно использовать для группы);

– методика диагностики суицидального поведения М. В. Горской [11] – выявление степени интенсивности проявления тревожности, агрессивности, фрустрации, ригидности, наличия осознанного стремления к жизни (с 16–17 лет);

– прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков А. Н. Волковой [11] – относит подростка к группе суицидального риска при суммарном наличии ряда неблагоприятных факторов;

– тест П. И. Юнацкевича СР-45 на определение суицидального риска [12] – начальный уровень развития склонности личности к суициду;

– методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л. Б. Шнайдер [8] – позволяет определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

В результате диагностики суицидального риска у подростков с РП психотерапевт

выделяет аспекты, которые вносятся в карту сложностей и сильных сторон подростка (табл. 2).

Если психотерапевт полагает, что проведение беседы о суициде и применение опросников суицидального риска может спровоцировать развитие соответствующих мыслей у подростка, можно исследовать индивидуально-психологические особенности личности, ассоциируемые с самоубийством [5–8, 13]. Однако, мы полагаем, что использование исключительно непрямых методов диагностики может оказаться недостаточно информативным и объективным по нескольким причинам.

Во-первых, развитие намерений покончить собой нередко протекает без традиционно ассоциируемых с этим психоэмоциональных состояний. Во-вторых, наличие подавленности и угнетенности в подростковом возрасте не всегда указывает на развитие именно желаний лишить себя жизни. В то же время установление доброжелательного и уважительного раппорта между психотерапевтом и подростком может значительно улучшить взаимоотношения между ними, что создает предпосылки как для откровенной беседы о смерти, так и для открытой диагностики.

Таблица 2

Карта сложностей и сильных сторон подростка с РП. Суицидальность

Параметры	Суицидальный риск	Сложности на коррекцию	Сильные стороны
Думает, что самоубийство .....→	достойный выход из сложной ситуации	возможный (крайний) выход в неразрешимых ситуациях	не выход из сложных и проблемных ситуаций
Считает, что самоубийцы .....→	смелые личности, заслуживающие уважения и восхищения	заслуживают понимания своих суицидальных действий, их можно оправдать	слабые личности, которые не пытаются найти решение, а просто «уходят» от проблемы
Фантазии о смерти и суицидальные мысли .....→	навязчивые и постоянные	периодические, частые	отсутствуют или редки
Суицидальные попытки .....→	были (неоднократно) или есть план суицида	были попытки или есть план суицида	нет попыток и нет плана суицида
Восприятие своего будущего .....→	мрачное, бесперспективное, неопределенное, отсутствуют представления о будущем	в основном негативное и пессимистичное, слабо определенное, неясное	нейтральное или позитивное, присутствует жизненный план, может сформулировать жизненные цели
Склонность к аутоагрессии .....→	частое или постоянное самоповреждающее поведение, самобичевание	периодическое самоповреждающее поведение, самокритика	не склонен к аутоагрессии

### ■ **Диагностика психоэмоционального состояния подростка**

Психоэмоциональное состояние – один из ключевых параметров психического здоровья человека, который проявляется в умении контролировать свои эмоции, мыслить позитивно, сохранять устойчивость при влиянии стрессоров и фрустраторов [4; 13; 14]. Психоэмоциональное состояние детей и подростков нестабильно, поскольку находится еще в стадии становления, и поэтому особенно уязвимо для негативных воздействий [13].

Работая с рискованым подростком, психотерапевт должен быть готов столкнуться со значительным негативным настроением с его стороны [4–6; 15]. Общее психоэмоциональное состояние этого контингента можно охарактеризовать как ресентимент, который проявляется сниженным настроением, депрессией, чувствами недовольства собой и неудовлетворенности жизнью, а также негативным восприятием своего будущего, ощущениями собственной бесполезности, потери смысла жизни и т. д. В случаях демонстрации своей внутренней силы и уникальности подростковый ресентимент может принимать крайние формы, в частности нигилизма и резонерства [6; 16]. С психотерапевтической точки зрения данный феномен можно трактовать как формирование системы оправдания испытываемого ребенком чувства собственной слабости по отношению к обществу с его нормами, в котором подросток не может найти свое место и которое постепенно преобразуется в образ «врага».

РП способствуют закреплению в социально-психологической структуре личности доминирующего негативного фона и вызванных им соответствующих психоэмоциональных состояний [2]. Однако не всегда рискованные подростки склонны испытывать весь спектр негативных переживаний [2–3]. Поэтому задача психодиагностики – определить, какие из них преобладают у конкретного исследуемого и как они связаны между собой.

На протяжении всего психодиагностического обследования специалист наблюдает и отмечает реакции, свидетельствующие об адаптивно-мобилизующем и поведенческо-экспрессивном уровнях психоэмоционального состояния подростка [4; 10; 16]. Важно следить, как из-

меняется его состояние в зависимости от темы беседы, при переключении с одного диагностического блока на другой, как реагирует на предлагаемые задания и комментарии специалиста. Для более эффективного мониторинга состояния можно использовать предложенные К. К. Платоновым и Е. А. Зинченко лист и таблицу экспертной оценки эмоциональных проявлений и выраженных состояний (согласно им в качестве внешних эмоциональных показателей выделяют рот, глаза, брови, движения рук, интонацию, содержание высказываний, дыхание) [4; 16].

На субъективно-оценочном уровне психотерапевт может использовать следующие методики для оценки психоэмоциональных состояний подростков с РП:

- **общее эмоциональное состояние:** модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» (с 14 лет) [11]; методика самочувствия, активности, настроения (СААН) [17]; методика оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности [12]; тест-опросник «Оценка настроения» [11]; методика «Самооценка эмоциональных состояний» Уэссмана–Рикса [18]; тест-анкета «Эмоциональная направленность» Б. И. Додонова [11]; методики экспресс-диагностики В. В. Бойко [10] (методика экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии); методика диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды; методика экспресс-диагностики неуправляемой эмоциональной возбудимости; методика экспресс-диагностики склонности к аффективному поведению);

- **степень психической устойчивости** (оценивается как уровень психоэмоционального состояния, так и уровень нервно-психической устойчивости, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях): цветовой тест М. Люшера [19] (с 5 лет); методика «Прогноз» в адаптации Санкт-Петербургской военно-медицинской академии [20];

- **депрессия** (помимо общей диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, специалисту желательно выбрать такую методику, которая позволила бы оценить количественные показатели спектра депрессивных симптомов

– сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения): шкала депрессии М. Ковач (CDI) [12]; шкала депрессии А. Бека (BDI) [11]; методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний У. Зунге в адаптации Т. И. Балашовой [11]; методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова [21] (все – с 14 лет);

– **тревожность:** методика самооценки уровня тревожности Спилбергера–Ханина [11]; шкала проявления тревожности Дж. Тейлора [17]; шкала самооценки тревоги Д. В. Шихана [12]; методика диагностики склонности к немотивированной тревожности [11]; опросник «Тревожность и депрессия» [18];

– **фрустрация** (часто позволяет оценить целый спектр связанных состояний, в

том числе причины социальной дезадаптации): тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга [12] (для детей 4–14 лет); вербальный фрустрационный тест Л. Н. Собчик [22] (с 14 лет);

– **одиночество:** методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона [20] (с 12 лет); опросник С. Г. Корчагина «Одиночество» [22] (с 14 лет);

– **агрессивность и склонность к аутоагрессии** (важно оценить уровни и направленность агрессивности – наружу или вовнутрь – и связанные с этим чувства, например, самообвинения, вины, угрызения совести): тест «Руки» Э. Вагнера [11]; методика «Личностная агрессивность и конфликтность» [12]; методика определения интегральных форм коммуникативной агрессивности [17]; методика диагностики

Таблица 3

**Карта сложностей и сильных сторон подростка с РП. Психоэмоциональное состояние**

Параметры	Суицидальный риск	Сложности на коррекцию	Сильные стороны
Общее эмоциональное состояние →	ярко выраженная дистимия, потеря удовольствия и интереса, психологическая усталость	дистимия среднего и выше среднего уровней, склонность к аффективному поведению	высокие уровни общего интереса, эмоционального тона и комфортности, настроение хорошее
Степень психической устойчивости .....→	высокая вероятность нервно-психических срывов; необходимо дополнительное обследование психиатра, невропатолога	нервно-психические срывы вероятны, особенно в экстремальных условиях и ситуациях повышенного стресса	нервно-психические срывы маловероятны
Депрессия .....→	высокие уровни депрессии, ангедония, усталость, равнодушие, безучастность, разочарование	средние и выше среднего уровни депрессии, ангедония, инертность, вялость, пессимизм, затруднения в принятии решений	депрессия отсутствует, чувствует себя сильным, работоспособным, интересующимся
Тревожность .....→	высокие уровни тревожности, чувства неопределенности, неуверенности, высокое напряжение	скованность, встревоженность, озабоченность, беспокойство, нервозность, раздражительность, значительная напряженность	тревожность отсутствует, чувствует себя непринужденно, не обеспокоен
Фрустрация .....→	сильно фрустрирован, избегает неудач, боится трудностей, выраженная ригидность, отказ от самореализации, в основном интрапунитивные реакции	фрустрация проявляется в реакциях страха и тревожности, стремление уйти от конфликта, ригидность, в основном экстрапунитивные реакции	устойчив к неудачам, не боится трудностей, относительно легкая переключаемость, в основном импунитивные реакции
Одиночество .....→	высокая степень одиночества, ощущение непонятности и того, что его никто не знает; отверженность, отсутствие людей, с которыми мог бы поделиться переживаниями	чувство одиночества выше среднего, отсутствие близости, ощущение, что не хватает общения, социальные отношения поверхностны	степень близости отношений с окружающими устраивает, есть близкие друзья и не такие близкие, может оставаться в одиночестве, не испытывая дискомфорта
Агрессивность .....→	агрессивность, наступательность, обвиняющее поведение, отсутствие выдержки, обидчивость, импульсивность	агрессивность, драчливость, импульсивность, раздражительность, озлобленность	стенничность, спокойствие, выдержанность, конфликтные ситуации редки

показателей и форм агрессивного поведения Басса–Дарки [17]; диагностика враждебности по шкале Кука–Медлей [11]; методика «Незаконченные предложения» (с 7 лет), вариант методики Сакса–Леви [10] в апробации Г. Г. Румянцева.

Преимуществом вышеперечисленных методик, опросников и шкал являются простота и быстрота исследования и обработки результатов.

В карте сложностей и сильных сторон психотерапевт отмечает полученные результаты анализа психоэмоционального состояния подростков (**табл. 3**).

Сильное негативное психоэмоциональное состояние в начале психокоррекционной работы может сделать ее неэффективной. Поэтому первый этап психокоррекции должен быть посвящен коррекции психоэмоционального состояния подростка с РП и охватывать все выявленные при психодиагностике мишени.

#### ■ **Диагностика самоотношения подростка**

Самоотношение, хотя и не считается врожденным образованием, относится к компонентам ядра личности [2; 13; 23]. Влияние этого фактора на другие психологические явления, процессы и состояния настолько велико, что изучающие его исследователи неизбежно приходят к рассмотрению проблемы самоотношения в неразрывной связи с другими проблемами психологии: личности, развития, деятельности, общения, мотивации, психических состояний [4]. Самоотношение подвергается значительным трансформациям в подростковый период прежде всего из-за формирования идентичности и Я-концепции, что затрагивает практически все сферы жизни подростка [23].

Для подросткового возраста характерно отсутствие целостного понимания себя, базирующееся на понимании своей сущности, и в целом неустойчивая самооценка [4; 21]. Мы полагаем, что причиной, по которой подростки склоняются к РП, является, прежде всего, низкая степень дифференцированности их самоотношения, т.е. отсутствие развитой способности феноменологически отличать свои позитивные черты от негативных, а также отделять себя от результатов своей деятельности.

Необходимо учитывать, что РП становится для подростков, возможно, первой

целенаправленной деятельностью, которую они инициируют самостоятельно и самостоятельно контролируют. Вовлечение в подобную активность создает комплексную среду, в которой посредством формулирования мотивов и целей деятельности формируется самоотношение. Выбирая РП, личность уже не просто наблюдает за собой в отдельных, не связанных между собой ситуациях, но и начинает осмысливать себя как целостный субъект и соотносить собственные качества с мотивами предпринимаемых усилий. В результате рождение личностного смысла «Я» и способность к самореализации происходят под влиянием РП. Если РП приобретает личностный смысл, отношение к своему «Я» меняется в зависимости от того, насколько «Я» способствует или препятствует самореализации через РП [21].

Для анализа РПП необходимо оценить все структурные компоненты самоотношения: когнитивный, эмоциональный и конативный [4; 6; 21]. Без понимания характеристик структуры каждого из них, а также особенностей их взаимовлияния, обеспечить эффективную психокоррекционную работу будет крайне сложно. Все данные о компонентах самоотношения заносятся в карту подростка.

Хорошо зарекомендовали себя в работе с подростками с РП следующие методики:

– **глобальное самоотношение:** шкала Я-концепции Теннеси (TSCS) [10] – самокритичность, самоудовлетворенность, личностное «Я», семейное «Я», социальное «Я», специфические формы самоотношения к своему телу, к себе как моральному субъекту (с 12 лет); контрольный список прилагательных Г. Гоха [22]; шкала самоуважения М. Розенберга [11] (с 12 лет); методика исследования самооценки личности С. А. Будасси [17]; Q-классификация В. Стефенсона [11]; методика диагностики самооценки Дембо–Рубинштейн (модификация А. М. Прихожан) [6]; семантический дифференциал Ч. Осгуда [11]; тест ролевых конструктов Г. Келли [17];

– **когнитивный, эмоциональный и конативный компоненты:** шкала детской Я-концепции Пирса–Харриса [21] – отношение к своему «Я», обстоятельства и ситуация, связанные с проявлением самоотношения (с 8 до 16 лет); опросник

самоотношения В. В. Столина [11] – самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес, ожидаемое отношение от окружающих; методика исследования самоотношения Р. С. Пантелеева (МИС) [10] (с 14 лет).

Самоотношение, особенно у подростков, часто связывают с понятием локуса контроля [4; 8; 21; 23]. В качестве дополнительных инструментов при изучении самоотношения подростков с РП можно отметить эффективность следующих методик диагностики локуса контроля: оригинальная шкала Дж. Роттера 1-Е [20] (в переводе на русский язык); диагностика парциальных позиций интернальности–экстернальности личности Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной и А. М. Эткинды [12]; опросник субъективной локализации контроля (ОСЛК) С. Р. Пантелеева и В. В. Столина [11].

В карту сложностей и сильных сторон личности по диагностическому блоку «Самоотношение» мы предлагаем вынести следующие показатели (табл. 4).

При исследовании самоотношения специалисту необходимо помнить, что подросток выбирает РП как результат своего самоотношения. Но в то же время, РП (как целенаправленная деятельность) обуславливает дальнейшее развитие его самоотношения. Поэтому при проведении как психодиагностики, так и психокоррекции психотерапевту категорически не рекомендуется занимать патримониальную или осуждающую позицию относительно увлечения подростка РП, т.к. это может существенно исказить результаты полученных данных и полностью нивелировать установленный ранее раппорт.

■ **Диагностика стрессоустойчивости подростка, типичного репертуара копинг-стратегий и механизмов**

Влияние стресса на поведение подростков привлекает внимание исследователей все больше, поскольку в последние десятилетия все более прочные позиции занимают теории стресс-обусловленности нега-

Таблица 4

**Карта сложностей и сильных сторон подростка с РП. Самоотношение**

Параметры	Суицидальный риск	Сложности на коррекцию	Сильные стороны
Глобальное самоотношение .....→	неудовлетворенность собой высокая, затрагивает практически все виды «Я», сложно отделить один вид от другого, спутанность идентичности	неудовлетворенность собой выше среднего, затрагивает большую часть видов «Я», спутанная идентичность	в целом удовлетворен своим физическим, моральным, личностным, семейным и социальным «Я», «Я» идеальное близко к «Я» реальному
Когнитивный компонент самоотношения .....→	высокая самокритичность, отсутствие самоуважения, ощущение ничтожности	высокая самокритичность, низкое самоуважение, внутренняя конфликтность	самопринятие, самоуважение, самопонимание
Эмоциональный компонент самоотношения .....→	низкая/ниже нормы самоудовлетворенность, ненависть и презрение к себе, полное отсутствие самопривязанности	низкая/ниже нормы самоудовлетворенность, отсутствие самооценности, слабая самопривязанность	высокая самоудовлетворенность и аутосимпатия, самоинтерес, самооценность, самопривязанность
Конативный компонент самоотношения .....→	самобичевание, самоуничижение, слабая самопоследовательность, отсутствие саморуководства	самообвинение, ниже нормы самопоследовательность, слабое саморуководство	раскованная самореализация, раскрепощенное самоутверждение, самопоследовательность
Степень дифференцированности самоотношения .....→	дифференцированность практически отсутствует, в основном акцентирует внимание только на недостатках и слабых сторонах	дифференцированность слабая, баланс между самоуважением и самоуничижением неустойчив: успехи поднимают до вершин, неудачи повергают в депрессию	может адекватно оценивать свои достоинства и недостатки, соглашается с тем, что бывает неправ, сохраняет уважение к себе при неудачах
Локус контроля .....→	–	преобладает экстернальный: защитное поведение, в ситуации надеется на шанс на успех, рассчитывает на внешнюю стимуляцию	преобладает интернальный: видит ситуацию как результат целенаправленной деятельности, зависящий от его компетентности и уровня способностей



тивных паттернов поведения, в том числе и суицидального [2; 21; 24–25]. По мнению ряда ученых, низкая толерантность к стрессу, восприятие обстоятельств как стрессовых, неспособность найти выход из создавшейся ситуации часто становятся поводом для суицидальной попытки в подростковом возрасте [24–25].

Стрессоустойчивость личности обеспечивается ее общей психологической выносливостью и эффективностью механизмов используемых психологических защит [21; 24]. Подростки часто жалуются, что испытывают стресс, но окружающим взрослым эти жалобы кажутся неоправданными, поскольку в жизни таких молодых людей, как правило, отсутствуют реальные ситуации и события, которые могли вызвать чрезмерную психологическую нагрузку [2]. Тем не менее, современные теории стресс-обусловленности поведения подчеркивают необходимость разграничения объективного (вызванного фактически происходящим) и субъективного (спровоцированного внутренними переживаниями) стрессов [2; 26]. Исходя из определения, предложенного Р. Лазарусом, субъективный стресс можно объяснить как испытываемый дискомфорт из-за несоответствия индивидуального восприятия запросов среды подростком и доступных ему ресурсов для удовлетворения этих запросов [4; 21].

Эффективно измерить степень подверженности стрессу и риск развития спровоцированных им психологических и психических расстройств могут следующие классические диагностические инструменты: симптоматический опросник (SCL-90-R) Л. Дерогатиса в адаптации Н. В. Тарабриной [12]; оценочная шкала социальной реорганизации (SRRS) [20]; шкала жизненных событий и трудностей (LEDS) [20]; Мюнхенский список событий и трудностей (MEL) [8]; шкала субъективно-воспринимаемого стресса С. Коэна (PSS) [20].

В результате оценки внешнего (объективного) или внутреннего (субъективного) стрессового события инициируется копинг-процесс [24]. Непродуктивные копинг-стратегии в сочетании с негативным самоотношением приводят к слабой защите глобального позитивного самоотношения [23]. Необходимо помнить, что для некоторых подростков РП является проявлением агрессивного копинга (особенно,

если в повседневной жизни подросток склонен к вербальной и физической агрессии для решения проблем или выражения чувств) [1].

Диагностика копинг-стратегий подростков с РП может осуществляться с помощью ряда методик: индекс жизненного стиля (LSI) в адаптации Е. С. Романова и Л. Р. Гребенникова [11]; методика определения индивидуальных копинг-стратегий, разработанная Е. Хаймом (MDICS) в адаптации Е. В. Змановской [18]; индикатор стратегий преодоления стресса Д. Амирихана в адаптации Н. А. Сироты и В. М. Ялтонского [11]; опросник копинг-стратегий (WCQ) Р. Лазаруса и С. Фолкман в адаптации Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк, М. С. Замышляевой [18].

Эффективность психологических защит непосредственно связана с развитостью дифференцированности компонентов самоотношения [21; 25]. Эти параметры лучше прояснить в беседе с подростком. При низком уровне дифференцированности самоотношения личность обращается к специфическим способам защиты своего «Я» [23–26]:

- «псевдосамораскрытие» – субъект занимает страдательную позицию объекта, перекладывая тем самым ответственность за совершаемые поступки на других людей;
- актуализация асоциального поведения – подросток активно принимает свое «Я» как социально «негативное» и предпринимает только такие действия и поступки, которые соответствуют данной роли;
- слияние аутосимпатии с самообвинением – подростку настолько нравится отрицательный образ «Я», что, обвиняя себя, он испытывает удовольствие.

Низкая стрессоустойчивость, преобладание непродуктивных копинг-стратегий и неэффективных психологических защит часто сопровождаются нарушениями социально-психологической адаптации у подростков с РП [27]. Этому же способствуют негативное самоотношение, resentment, сниженная стрессоустойчивость, которые вынуждают подростка считать, что окружающие относятся к нему хуже, чем к другим [2].

Давно ставшая классической методика диагностики социально-психологиче-

## Карта сложностей и сильных сторон подростка с РП. Стрессоустойчивость

Параметры	Суицидальный риск	Сложности на коррекцию	Сильные стороны
Объективный стресс .....→	учитываются: вид стрессового события и степень изменения (утрата, приобретение; угроза, вызов и т. д.); его нормативность, случайность и контролируемость; длительность и тяжесть; кумуляция событий; озадаченность событием и придание ему личностного значения		
Субъективный стресс .....→	высокий уровень, ощущает себя подавленным и усталым	уровень выше среднего, сложно себя организовать	уровни стресса не влияют на эмоциональное состояние и работоспособность
Копинг-стратегии .....→	пассивные формы поведения с отказом от решения проблем, преодоления трудностей и умышленной недооценкой неприятностей; состояние безнадежности и покорности, избегание, изоляция, уход от контактов	формы поведения, направленные на снятие напряжения, перенос ответственности, стремление к временному отходу от решения проблем, концентрация на трудностях, придание особого смысла их преодолению	поведение, направленное на анализ трудностей и возможных путей выхода, вера в собственные ресурсы, протест по отношению к трудностям, активное сотрудничество с окружением
Психологические защиты .....→	в основном примитивные: отрицание, регрессия, вытеснение, подавление	в основном примитивные: отрицание, регрессия, вытеснение, подавление, склонность к реактивным образованиям	склонность к рационализации, компенсации, замещению
Социально-психологическая адаптация .....→	дезадаптивность, неприятие себя и других, эмоциональный дискомфорт	дезадаптивность, неприятие себя и других, эмоциональный дискомфорт	адаптация, принятие других, эмоциональная комфортность, самопринятие

ской адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд в адаптации А. К. Осницкого [26] позволяет измерить уровень не только адаптации подростка, но и его самопринятия, принятия других, эмоциональной комфортности и интернальности.

Таким образом, при анализе стрессоустойчивости мы выделяем следующие параметры для составления карты сложностей и сильных сторон подростка (табл. 5).

Только точная диагностика позволит максимально эффективно способствовать повышению у подростков с РП стрессоустойчивости, расширению репертуара их копинг-стратегий и действительно улучшению навыков их социально-психологической адаптации.

### Выводы

Использование предложенных методик и карты трудностей и сильных сторон подростка позволит медицинскому психологу или психотерапевту определить, какие именно психологические факторы оказывают влияние на вовлеченность конкретного подростка в РП. Для удобства специалистов результаты всех диагностических блоков можно внести в общую карту сложностей и сильных сторон подростка с РП. Отмечая в предложенной нами карте имеющиеся психологические особенности, психотерапевт получит наглядную информацию о сферах и объемах психокоррекционной работы, может составить ее подробный план, воздействуя на искаженные РП психологические особенности подростка.

### Литература

1. Березин С. В. Технология формирования социальных навыков : методическое пособие для психологов и социальных педагогов ИТУ / С. В. Березин, К. С. Лисецкий. – Самара, 1999. – 198 с.
2. Рахимкулова А. С. Рисковое поведение подростков и психическое здоровье / А. С. Рахимкулова // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. – 2016. – Vol. 5(17). – P. 99–113.
3. Рахимкулова А. С. Трехфакторная модель рискованного поведения у подростков с суицидальными мыслями и намерениями / А. С. Рахимкулова // Медицинская психология. – 2017. – Т. 12 (2). – С. 51–56.
4. Столяренко Л. Д. Основы психологии : практикум / Л. Д. Столяренко. – Ростов н/Д. : Феникс, 2006. – 279 с.
5. Пашукова Т. И., Допира А. И., Дьяконов Г. В. Психологические исследования. Практикум по общей психологии для студентов педагогических вузов / Т. И. Пашукова, А. И. Допира, Г. В. Дьяконов. – М. : ИПП, 1996. – 326 с.

6. Прихожан А. М. Диагностика личностного развития детей подросткового возраста /А. М. Прихожан. – М. : АНО «ПЭБ», 2007. – 56 с.
7. Рахімкулова А. С. Взаємозв'язок ризикової та суїцидальної поведінки у підлітків в Україні / А. С. Рахімкулова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. / ред. С. Д. Максименко, Л. А. Онуфрієва ; Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. І. Огієнка, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – Кам'янець-Подільський: Аксиома, 2016. – Вип. 34. – № 34. – С. 446–470.
8. Психологическая диагностика : учебное пособие / под ред. К. М. Гуревича, Е. М. Борисовой. – М. : УРАО, 1997. – 281 с.
9. Павлова Т. С. Диагностика риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях / Т. С. Павлова // Современная зарубежная психология. – 2013. – № 4. – С. 79–91.
10. Сборник психологических тестов. Часть III: Пособие / сост. Е. Е. Миронова. – Минск : Женский институт ЭНВИЛА, 2006. – 120 с.
11. Большая энциклопедия психологических тестов / сост. А. А. Карелин. – М. : ЭКСМО, 2006. – 416 с.
12. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2003. – 351 с. : илл. – (Серия «Учебник нового века»).
13. Подольский А. И. Психоземotionalное состояние подростков: актуальное состояние и пути улучшения / А. И. Подольский // Материалы Всероссийской научно-практической конференции Личностно-ориентированный подход в воспитании и дополнительном образовании школьников. – 2005. – С. 18–39.
14. Барлас Т. В. Психодиагностика в психологическом консультировании: задачи и подходы / Т. В. Барлас // Журнал практической психологии и психоанализа – 2003. – Т. 1(1). – С. 28–41.
15. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард ; под ред. В. М. Блейхера. – К. : Выща школа, 1989. – 289 с.
16. Щекин Г. В. Визуальная психодиагностика / Г. В. Щекин. – М. : МАУП, 2001. – 616 с.
17. Сборник психологических тестов : пособие. Ч. II / сост. Е. Е. Миронова. – Минск : Женский институт ЭНВИЛА, 2006. – 146 с.
18. Романова Е. С. Психодиагностика : учебное пособие / Е. С. Романова. – 3-е изд., доп. – М. : КНОРУС, 2011. – 336 с.
19. Карманов А. А. Методика диагностики основных параметров психического состояния тестом Люшера / А. А. Карманов. – СПб. : Питер, 2000. – 189 с.
20. Двинин А. П. Современная психодиагностика : учебно-практическое руководство / А. П. Двинин, И. А. Романченко. – СПб. : Речь, 2012. – 283 с.
21. Немов Р. С. Психология : учебник для студентов высших педагогических учебных заведений : в 3 кн. / Р. С. Немов. – 4 изд. – М. : Гуманитарный издательский центр «Владос», 2001. – Кн. 3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – 640 с.
22. Психодиагностика и психокоррекция / под ред. А. А. Александрова. – СПб. : Питер, 2008. – 384 с. : илл. (Серия «Мастера Психологии»).
23. Панцырь С. Н. Самоотношение подростков с девиантным поведением / С. Н. Панцырь // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 1. – С. 24–29.
24. Демина Л. Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности / Л. Д. Демина, И. А. Ральникова. – Барнаул : Изд-во Алтайского государственного университета, 2000. – 123 с.
25. Набиуллина Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учебное пособие / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань, 2003. – С. 23–29.
26. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности : учебник для студентов высших учебных заведений / Н. И. Шевандрин. – 2-е изд. – М. : Владос, 2001. – 512 с.
27. Диагностика социально-психологической адаптации (К. Роджерс, Р. Даймонд) / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Изд-во Института Психотерапии. – 2002. – С. 193–197.

## References

1. Berezin S. V., Lisetskiy K. S. Tekhnologiya formirovaniya sotsial'nykh navykov – metodicheskoe posobie dlya psikhologov i sotsial'nykh pedagogov ITU [Technology of forming social skills - a methodological guide for psychologists and social educators of the ITU]. Samara, 1999, 198 p. (In Russ.)
2. Rakhimkulova A. S. Riskovoe povedenie podrostkov i psikhicheskoe zdorov'e [Risk behavior of adolescents and mental health]. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. 2016, vol. 5(17), pp. 99–113. (In Russ.)
3. Rakhimkulova A. S. Trekhfaktornaya model' riskovogo povedeniya u podrostkov s suitsidal'nymi myslyami i namereniyami [Three-factor model of risk behavior in adolescents with suicidal thoughts and intentions]. Meditsinskaya psikhologiya [Medical psychology]. 2017, vol. 12(2), pp. 51–56. (In Russ.)
4. Stolyarenko L. D. Osnovy psikhologii. Praktikum [Fundamentals of Psychology. Workshop]. Rostov-on-Don, Phoenix Publ., 2006, 279 p. (In Russ.)
5. Pashukova T. I., Dopira A. I., D'yakonov G. V. Psikhologicheskie issledovaniya. Praktikum po obshchey psikhologii dlya studentov pedagogicheskikh vuzov [Psychological research. A workshop on general psychology for students of pedagogical universities]. Moscow, IPP, 1996, 326 p. (In Russ.)
6. Prikhozhan A. M. Diagnostika lichnostnogo razvitiya detey podrostkovogo vozrasta [Diagnosis of the personal development of adolescent children]. Moscow, ANO «PEB», 2007, 56 p. (In Russ.)
7. Rahimkulova A. S. Vzajemozvjazok ryzikovoi' ta sui'cydal'noi' povedinky u pidlitkiv v Ukraini [Relationship of risk and suicidal behavior in adolescents in Ukraine]. Problemy suchasnoi' psyhologii': zb. nauk. pr. [red. S. D. Maksymenko, L. A. Onufrijeva, Kam'janec'-Podil's'kyj nacional'nyj universytet im. I. Ogijenka, Instytut psyhologii' im. G. S. Kostjuka APN Ukrainy] [Problems of modern psychology: a collection of scientific works [ed. S. D. Maksymenko, L. A. Onufrijeva, I. Ogienko, Kamenetz-Podolsky National University, G.S. Kostyuk Academy Institute of Psychology of Pedagogical Sciences of Ukraine]]. Kamyanets-Podilsky, Axioma Publ., 2016, no. 34, pp. 446–470. (In Ukr.)
8. Psihologicheskaja diagnostika [uchebnoe posobie] [pod red. K. M. Gurevich, E. M. Borisova] [Psychological diagnostics [tutorial] [ed. K. M. Gurevich, E.

M. Borisova]]. Moscow, Publ. house of URAO, 1997, 281 p. (In Russ.)

9. Pavlova T. S. Diagnostika riska suitsidal'nogo povedeniya detey i podrostkov v obrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh [Diagnosis of the risk of suicidal behavior in children and adolescents in educational institutions]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Modern foreign psychology]. 2013, no. 4, pp. 79-91. (In Russ.)

10. Sbornik psikhologicheskikh testov [posobie]. Chast' III [sost. E. E. Mironova] [Collection of psychological tests] [tutorial]. Part III [compil. E. E. Mironova]. Minsk, Publ. house of Women's Institute of ENVILA, 2006, 120 p. (In Russ.)

11. Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov [sost. A. A. Karelin] [Encyclopedia of psychological tests [compil. A. A. Karelin]]. Moscow, EKSMO Publ., 2006, 416 p. (In Russ.)

12. Burlachuk L. F. Psikhodiagnostika [Uchebnik dlya vuzov] [Psychognosis [textbook for high schools]]. St. Petersburg, Piter Publ., 2003, 351 p. (Series «Textbook of a new century»). (In Russ.)

13. Podol'skiy A. I. Psikhooemotsional'noe sostoyanie podrostkov: aktual'noe sostoyanie i puti uluchsheniya [Psychoemotional state of adolescents: current status and ways to improve]. *Materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii Lichnostno-orientirovanny podkhod v vospitanii i dopolnitel'nom obrazovanii shkol'nikov* [Materials of the All-Russian Scientific-Practical Conference The Person-Oriented Approach in the Education and Additional Education of School Students]. 2005, pp. 18-39. (In Russ.)

14. Barlas T. V. Psikhodiagnostika v psikhologicheskoy konsul'tirovani: zadachi i podkhody [Psychodiagnosics in psychological counseling: problems and approaches]. *Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhooanaliza* [Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis]. 2003, vol. 1(1), pp. 28-41. (In Russ.)

15. Leonhard K. Akcentuirovannyye lichnosti [pod red. V. M. Bleykher] [Accentuated persons] [ed. V. M. Bleykher]. Kiev, Vishche school Publ., 1989, 289 p. (In Russ.)

16. Shhekin G. V. Vizual'naya psikhodiagnostika [Visual psychodiagnosics]. Moscow, Publ. house of MAUP, 2001, 616 p. (In Russ.)

17. Sbornik psikhologicheskikh testov [posobie]. Chast' II [sost. E. E. Mironova] [Collection of psychological tests] [tutorial]. Part II [compil. E. E. Mironova]. Minsk, Publ. house of Women's Institute of ENVILA, 2006, 120 p. (In Russ.)

18. Romanova E. S. Psikhodiagnostika [uchebnoe posobie] [Psychodiagnosics: tutorial]. 3rd ed. Moscow, KNORUS Publ., 2011, 336 p. (In Russ.)

19. Karmanov A. A. Metodika diagnostiki osnovnykh parametrov psicheskogo sostojaniya testom Ljushera

[The procedure for diagnosing the main parameters of the mental state by the Luscher test]. St. Petersburg, Piter Publ., 2000, 189 p. (In Russ.)

20. Dvinin A. P., Romanchenko I. A. Sovremennaya psikhodiagnostika: uchebno-prakticheskoe rukovodstvo [Modern psychodiagnosics: a practical training manual]. St. Petersburg, Speech Publ., 2012, 283 p. (In Russ.)

21. Nemov R. S. Psikhologiya [Uchebnik dlja studentov vysshih pedagogicheskikh uchebnykh zavedenij. V 3 kn.] [Psychology [Textbook for students of higher pedagogical educational institutions] In 3 books]. 4rd ed. Moscow, The humanitarian publishing center «Vlados», 2001. Book 3. Psychodiagnosics. Introduction to scientific psychological research with elements of mathematical statistics. 640 p. (In Russ.)

22. Psikhodiagnostika i psikhokorrekcija [pod red. A. A. Aleksandrov] [Psychodiagnosics and psycho correction [ed. A. A. Aleksandrov]]. St. Petersburg, Piter Publ., 2008, 384 p. (Series of «Masters of Psychology»). (In Russ.)

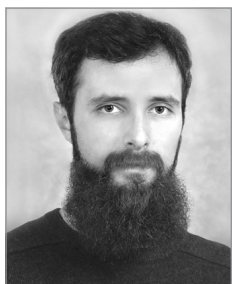
23. Pancyr' S. N. Samootnoshenie podrostkov s deviantnym povedeniem [Self-attitude of adolescents with deviant behavior]. *Psikhologicheskaja nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2012, no. 1, pp. 24-29. (In Russ.)

24. Demina L. D., Ral'nikova I. A. Psicheskoe zdorov'e i zashhitnye mehanizmy lichnosti [Mental health and personal protective mechanisms]. Barnaul, Publishing house of Altai State University, 2000, 123 p. (In Russ.)

25. Nabiullina R. R., Tuhtarova I. V. Mehanizmy psikhologicheskoy zashhity i sovladanija so stressom (opredelenie, struktura, funkcii, vidy, psichoterapevticheskaja korrekcija) [uchebnoe posobie] [Mechanisms of psychological protection and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction) [tutorial]]. Kazan, 2003, pp. 23-29. (In Russ.)

26. Shevandrin N. I. Psikhodiagnostika, korrekcija i razvitie lichnosti. Uchebnik dlja studentov vysshih uchebnykh zavedenij [Psychodiagnosics, correction and development of personality. Textbook for students of higher educational institutions]. 3rd ed. Moscow, Vlados Publ., 2001, 512 p. (In Russ.)

27. Fetiskin N. P., Kozlov V. V., Manujlov G. M. Diagnostika social'no-psikhologicheskoy adaptacii (K. Rodzhers, R. Dajmond) [Diagnosis of socio-psychological adaptation (K. Rogers, R. Diamond)]. *Social'no-psikhologicheskaja diagnostika razvitija lichnosti i malyh grupp* [Socio-psychological diagnosis of personality development and small groups]. Moscow, Publishing house of Institute of Psychotherapy, 2002, pp. 193-197. (In Russ.)



Д. Ю. Хан

УДК: 159.964.2:615.851

© Хан Дмитро Юрійович (Україна) – практичний психолог Центру дитячої та юнацької творчості, вул. Лесі Українки, 60, м. Кам'янець-Подільський, Хмельницька область, 32300; e-mail: khandmitry564@gmail.com.

© Dmitry Khan (Ukraine) – Practical Psychologist of Kamyanets-Podilsky Children and Youth Creativity Center, 60, Lesya Ukrainka street, Kamyanets-Podilsky, Khmelnytskyi Region, 32300; e-mail: khandmitry564@gmail.com.

© Хан Дмитрий Юрьевич (Украина) – практический психолог Центра детского и юношеского творчества, ул. Лесы Украинки, 60, г. Каменец-Подольский, Хмельницкая область, 32300; e-mail: khandmitry564@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 109–111

## ПСИХОГЕННИЙ ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЙНИЙ СИНДРОМ

ПСИХОГЕННЫЙ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ  
СИНДРОМ

PSYCHOGENIC HYPERVENTILATION  
SYNDROME

**Анотація.** В статті приведено опис психогенного гіпервентиляційного синдрому у молодого чоловіка двадцяти п'яти років з невротическим прошлым, яке представлено кардіофобією, панічними атаками, обсессіями. На момент звернення клієнт жалювався на неможливість реалізувати повний глибокий вдих, тоді як поверхнєне дихання оставалося інтактним; постійні спроби реалізувати повноцінний вдих приводили до гіпервентиляції, а передчуття невдачі при глибокому вдиху становило одним з факторів, підтримуючих симптом. На психогенне походження гіпервентиляції вказує наявність травматичної ситуації, а також відсутність патології при соматическому огляді. Патогенним фактором у розвитку гіпервентиляції була не тільки травматична ситуація, але й когнітивні установки суб'єкта, які не давали можливості впоратися з психотравмою. Поступова нейтралізація патогенних когнітивних установок дозволила покращити стан клієнта, а з часом повністю усунути симптом.

**Ключові слова:** гіпервентиляційний синдром, диссоціація, конверсія, психотравма, обсессія, фобія.

**Summary.** The article describes the psychogenic hyperventilation syndrome of a 25 years old male with a "neurotic past" in the form of cardiophobia, panic attacks, obsessions. The client appealed complaining of the impossibility of implementing a complete deep breath while superficial breathing remained intact, client's constant attempts to realize a full-fledged breath caused the hyperventilation, and the premonition of failure at deep breathing became one of the cognitive factors supporting the symptom. The psychogenic nature of hyperventilation indicates the presence of a traumatic situation, and the absence of pathology in the somatic examination. The pathogenic factor in the development of hyperventilation was not only the traumatic situation, but cognitive settings of the subject, which did not provide the opportunity to cope with the traumatic. By gradually neutralizing pathogenic cognitive intension, it was possible to relieve the condition of the client, and subsequently completely eliminate the symptom.

**Key words:** hyperventilation syndrome, dissociation, conversion, psychotrauma obsession, phobia.

Теоретична актуальність цієї статті полягає в тому, що психогенна гіпервентиляція майже не представлена у літературі як стійкий функціональний розлад, а розглядається лише як симптом панічної атаки, який має приступоподібний характер. Представлений випадок ілюструє класичний зв'язок симптому з травматичною ситуацією, а також висвітлює роль когнітивних інтенцій у виникненні та підтриманні симптому; він виступає клінічним доказом фізіологічних досліджень, які відзначають зв'язок панічного розладу з гіпервентиляцією як дисоціативним симптомом.

Клієнт С., хлопець без тяжкої генетики, розвивався без затримок, комунікабельний. Перший розлад невротичного регістра з'явився в пубертаті у вигляді кардіофобії, згодом до неї приєдналися панічні атаки. Спонтанні ремісії цього стану змінювались повторними поверненнями до фобії, у різні періоди спостерігались обсессії, іпохондрична готовність.

На момент звернення клієнт скаржився на неможливість реалізувати повний глибокий вдих, тоді як поверхнєне дихання залишалося інтактним. Інколи під час фізичних вправ з'являлись оніміння в руках. Постій-

ні спроби клієнта реалізувати повноцінний вдих призводили до гіпервентиляції. У подальшому передчуття невдачі при глибокому вдиху ставало одним із когнітивних факторів, які підтримували симптом.

Соматичний огляд С. патології не виявив, появі симптому передувала травмуюча ситуація (ТС), пов'язана з розривом стосунків із дівчиною, а також наявність в анамнезі психічних розладів. З огляду на сукупність цих факторів стан С. було класифіковано як гіпервентиляційний синдром психогенного походження (ГВС) – F45.3 за МКБ–10 [1].

Пояснити локалізацію симптому *Locus Minoris Resistentiae* (місцем найменшого супротиву) не можна через відсутність будь-яких патологій, хронічних захворювань серцево-судинної, дихальної системи. Існують дослідження, в яких доведено, що гіперопіка батьків формує предрисповицію для гіпервентиляції [2], це також підтверджується цим клінічним випадком. Як стверджував Ф. Александер, на соматизацію найбільше впливає несвідомий емоційний конфлікт [3], у нашому випадку це конфлікт між потребою проявити емоції і заборорою переживати емоції, пов'язані з ТС.

#### ■ Патофізіологія ГВС

Б. Керн, описуючи патофізіологію ГВС, вказує на те, що нормальний об'єм дихання складає приблизно 500 мл на вдих, або 7 мл/кг маси тіла. Грудна стінка пручається гіперінфляції легень за цей рівень, а об'єм вдиху за цим рівнем суб'єктивно переживається як задишка [4]. І. Дальба пише, що перебільшена респіраторна реакція спостерігалась під дією емоційного дисстресу, а також лактату натрію, кофеїну, ізопротенолу, холецистокініну, вуглекислого газу. Настій лактату викликав панічну атаку у 80% пацієнтів, схильних до неї, і лише у 10% з контрольної групи, тоді як гостра гіпервентиляція спостерігалась приблизно тільки у 50% реагуючих.

Також було встановлено, що у пацієнтів із панічними розладами відносно більший рівень лактату. Таким чином було зроблене припущення, що аномалія в метаболізмі лактату розуміється як одна з причин гіпервентиляції. Клієнти з високим рівнем вуглекислого газу, які панікували, мали значно більшу початкову дихальну мінливість, яка також спостерігається у пацієнтів з ГВС, що вказує на зв'язок між цими двома розладами [5].

#### ■ Психодинамічна інтерпретація

Розрив С. сприйняв холоднокровно, не було притаманних йому сильних емоцій, які зазвичай мали місце в подібних ситуаціях. Ще під час стосунків зі своєю дівчиною клієнт сформував «принципи», які мали зробити його сильнішим як особистість і більш привабливим обранці, а після припинення стосунків давали надію на її повернення. Беземоційність, яку породжували ці принципи, не давала клієнту змоги нормально пережити розрив. Через кілька днів (до трьох) після розставання з'явилась «обструкція дихання». У цьому випадку відстрочену появу симптому можна пояснити тим, що хлопець спочатку не вірив в остаточне припинення стосунків. Однак, коли це стало очевидним, потрібно було репресувати в собі велику кількість емоцій, що було інтерпретовано як основна причина гіпервентиляції. Згодом С. пересвідчився у правильності цієї інтерпретації. Коли йому вдавалось відчувати, хай не надовго, сум за стосунками, ставав можливим «вдих на повні груди».

Варто звернути увагу на те, що після повторного соматичного огляду, який нічого не виявив, була спроба пояснити свій симптом соматичною патологією. Власне, інтерпретацію гіпервентиляція мала отримати кардіологічну, що повертало С. до кардіофобії, яка мала місце раніше. Відбулось це у період вимушеної перерви у сеттінгу тривалістю в сім днів. Раціоналізація дисоціативного симптому суб'єктом могла призвести до консолідації, а в окремих випадках не виключено навіть формування фобії. Неспецифічна фіксація на симптомі, тенденція пояснити його через соматичну патологію була усунена психологом, що разом з нейтралізацією патогенних установок дозволило повністю зняти гіпервентиляцію в клієнта.

Наведений у статті функціональний розлад разом з фізіологічними дослідженнями дозволяє припустити, що панічні атаки в анамнезі можуть слугувати предиктором для розвитку дисоціативної гіпервентиляції в майбутньому. Описаний випадок в основному підтверджує психодинамічне розуміння етіології дисоціативних розладів, адже має досить прозорий зв'язок з травматичною ситуацією. Окрім цього, цей епізод ілюструє патогенну роль когнітивних установок та їхню роль у виникненні та підтриманні симптому.

## Література

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр. – Женева ; Москва : Всемирная организация здравоохранения : Медицина, 1995. – Т. 1. – 691 с.
2. Shu B. C. Parental attachment, premorbid personality, and mental health in young males with hyperventilation syndrome / B. C. Shu, Y. Y. Chang, F. Y. Lee et al. // *Psychiatry Research*. – 2007. – Vol. 153(2). – P. 163–70.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение / Ф. Александер. – М. : Ин-т общегуманитарных исследований, 2014. – 319 с.
4. Brian K. Hyperventilation Syndrome [Electronic resource] / K. Brian ; chief editor P. B. Ryland // *Medscape*. – 2016. – Way of access : <http://emedicine.medscape.com/article/807277-overview#a3>.
5. D’Alba I. Hyperventilation syndrome in adolescents with and without asthma. *Pediatr Pulmonol* / I. D’Alba, I. Carloni, A. L. Ferrante et al. // *Pediatric Pulmonology*. – 2015. – Vol. 50(12) . – P. 1184–1190.

## References

1. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya bolezney i problem, svyazannykh so zdorov'em: 10-y peresmotr [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision]. Geneva, Moscow, World Health Organization, Medicine Publ., 1995, vol. 1, 691 p. (In Russ.)
2. Shu B. C., Chang Y. Y., Lee F. Y. [et al.] Parental attachment, premorbid personality, and mental health in young males with hyperventilation syndrome. *Psychiatry Research*. 2007, vol. 153(2), pp. 163-70.
3. Aleksander F. Psikhosomaticheskaya meditsina: printsipy i primeneniye [Psychosomatic medicine: principles and application]. Moscow, Publ. house of Institute of General Humanitarian Research, 2014, 319 p. (In Russ.)
4. Brian K. Hyperventilation Syndrome [chief editor P. B. Ryland]. *Medscape*. 2016. Available at : <http://emedicine.medscape.com/article/807277-overview#a3>.
5. D’Alba I., Carloni I., Ferrante A. L. [et al.] Hyperventilation syndrome in adolescents with and without asthma. *Pediatr Pulmonol. Pediatric Pulmonology*, 2015, vol. 50 (12), pp. 1184-1190.



А. О. Широка



Л. Б. Корж

УДК: 159.922.8:[616-072.5:612.884]

**Широка Анастасія Олександрівна (Україна)** – к.психол.н., доцент кафедри психології та психотерапії Українського католицького університету, вул. Іл. Свенціцького, 17, м. Львів, 79011; e-mail: shyroka@ucu.edu.ua.

**Anastasia Shyroka (Ukraine)** – PhD, Candidate of Psychological Science, docent of psychology and psychotherapy department, Ukrainian Catholic University, 17, Ilarion Svetsytskyi Street, Lviv, 79011; e-mail: shyroka@ucu.edu.ua.

**Широкая Анастасия Александровна (Украина)** – к. психол. н., доцент кафедры психологии и психотерапии Украинского католического университета, ул. Ил. Свенцицкого, 17, г. Львов, 79011; e-mail: shyroka@ucu.edu.ua.

**Корж Лариса Богданівна (Україна)** – магістр кафедри теоретичної та практичної психології Національного університету «Львівська політехніка», вул. С. Бандери, 12, м. Львів, 79013; біолог клініко-діагностичної лабораторії Центру первинної медико-санітарної допомоги Червоноградської центральної міської лікарні, вул. Івасюка, 2, м. Червоноград, Львівська область, 80103; e-mail: larysa.korzh@gmail.com.

**Larysa Korzh (Ukraine)** – complete master's degree in psychology at Theoretical and applied psychology department, Lviv Polytechnic National University, 12, Stepan Bandera Street, Lviv, 79013; biologist of Clinic and Diagnostic Laboratory, Center for Primary Health Care, Chervonograd Central City Hospital, 2, Ivasiuk Street, Chervonograd, Lvivskiy Region, 80103; e-mail: larysa.korzh@gmail.com.

**Корж Лариса Богдановна (Украина)** – магистр кафедры теоретической и практической психологии Национального университета «Львовская политехника», ул. С. Бандери, 12, г. Львов, 79013; биолог клиничко-диагностической лаборатории Центра первичной медико-санитарной помощи Червоноградской центральной городской больницы, ул. Ивасюка, 2, г. Червоноград, Львовская область, 80103; email: larysa.korzh@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 112–117

## РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНОЇ БЕСІДИ У ПОЛЕГШЕННІ БОЛЮ ДІТЕЙ ПІД ЧАС МЕДИЧНИХ ПРОЦЕДУР

THE EFFECT OF INFORMATION PROVISION IN DECREASING PAIN LEVEL FOR CHILDREN DURING MEDICAL PROCEDURES

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕСЕДЫ В ОБЛЕГЧЕНИИ БОЛИ У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР

**Summary.** This article reviews the research papers about effectiveness of information provision for children about painful medical procedures. There are described main recommendations as to the content, format, and timing of information provision. The results of empirical study of the effect of information provision on adolescent's behavior and emotions before, during and after venipuncture are presented. The study sample consisted of 71 adolescents aged 14 to 15 years, who were divided into experimental and control groups. The day before procedure the adolescents from experimental group got the information about procedure; the children from the control group underwent procedure without preparation. Adolescents from the experimental group showed statistically less physical/ verbal resistance, less talked about fear and pain, had less questions to the medical personal, and after the procedure evaluated own experience as less painful. Preparing children and adolescents need to be essential part of the painful medical procedures.

**Key words:** painful medical procedures, psychological preparation, venipuncture, pain, adolescents.

**Аннотация.** В статье представлен анализ современных исследований эффективности предварительной подготовки детей к болезненным медицинским процедурам. Рассмотрены основные рекомендации, касающиеся формата, временных рамок и содержания информационных встреч. Описаны результаты эмпирического исследования влияния информационной беседы на переживания и поведение детей перед процедурой забора крови из вены, во время проведения и после нее. Во время исследования подростки 14–15 лет были разделены на экспериментальную и контрольную группы. В экспериментальной проводилась информационная беседа, в контрольной группе обследуемые проходили процедуру без подготовки. Результаты показали, что после предварительной беседы дети статистически реже оказывали физическое или словесное сопротивление, реже сообщали о страхе и боли, задавали меньше вопросов лаборантам, а после забора крови отмечали более низкий уровень испытанной боли. Представлена дискуссия о целесообразности предварительной подготовки как важного этапа проведения болезненных медицинских процедур.

**Ключевые слова:** болезненные медицинские процедуры, психологическая подготовка, забор крови из вены, боль, подростковый возраст.

Висловлюємо щиру подяку у сприянні проведенню дослідження завідувачу шкільно-дошкільним відділенням Центру первинної медико-санітарної допомоги Червоноградської центральної міської лікарні Наталії Іванівні КОЧЕРОВІЙ.



## Вступ

Медичний супровід будь-якої дитини, як правило, передбачає болючі медичні процедури. Найтиповіші з них – забір крові на аналізи, щеплення та стоматологічне лікування. Здавалося б, звичайні медичні заходи, але для дітей – це найстрашніше з того, що відбувається у поліклініці.

Проблема болю під час медичних процедур залишається актуальною не лише у нашій країні. Зокрема, в одному з сучасних зарубіжних оглядів [1] йдеться про те, що біль дітей досі залишається недостатньо полегшеним не зважаючи на існування різних можливостей – як фармакологічних, так і нефармакологічних. Недооцінене й значення болю для дітей. Результати проведених у цьому напрямку досліджень свідчать: якщо біль дитини не отримує полегшення, він має як короточасні, так і віддалені наслідки [1–3]. Пережитий біль статистично значимо впливає на тривогу очікування та збільшує чутливість до болю у подальшому [4].

У дослідженні Дж. Пате зі співавторами [5] було доведено, що негативний дитячий досвід значною мірою зумовлює поведінку під час болючих медичних маніпуляцій у дорослих: вони проявляють більше страху та менше ефективних копінг-стратегій, а також частіше уникають візитів до лікаря та будь-яких лікувальних процедур. На ці та інші наслідки вказує також і робота Ф. Портера зі співавторами [6].

У вітчизняних поліклініках лаборанти вже звиклися з криками та плачем дітей, так само, як і більшість батьків сприймають дискомфорт дитини під час відповідних процедур як тимчасове явище, яке потрібно просто пережити. Наразі вважається, що психологічна підготовка та супровід дитини під час забору крові – це цілком відповідальність дорослих, які приводять дитину на аналізи. При цьому вони не завжди обізнані в тому, як краще підготувати дитину до процедури.

Якщо ж поглянути на рекомендації для медперсоналу, впроваджені у більшості клінік США та Канади [2; 3], то там основна відповідальність за створення оптимального комфорту з урахуванням інтересів пацієнта покладається на лікарів, лаборантів та медсестер. Також персонал має ознайомитися й з результатами сучасних досліджень, які стосуються практик полегшення болю у дітей [2; 3].

У деяких країнах Європи та Америки біль, пов'язаний із лікувальними заходами,

почали інтенсивно досліджувати ще у 80-х рр. минулого століття. Тоді ж розпочалася дискусія про валідні способи оцінки болю, а також зменшення інтенсивності больової чутливості та психологічного дистресу, особливо у педіатричній практиці та під час паліативного догляду. Вже тоді помітили, що, як правило, персонал звертає увагу на пацієнта саме в момент болю, а практика попередньої підготовки до болючих медичних процедур – відсутня. Між іншим, така робота не потребує значних витрат часу і може відбуватися опосередковано через відповідні казкові історії, тематичні буклети, фото- чи відеоматеріали.

У подальших дослідженнях було встановлено, що підготовка дітей та їхніх батьків є ефективним засобом полегшити дистрес, пов'язаний із операцією [8], забором крові з вени, стоматологічними процедурами, МРТ, а також із госпіталізацією та проколюванням вух (Т. Джааністе, Б. Хейс, К. вон Баєр) [7].

Ще у дослідженні 1988 р. Б. Меламед та Р. Рідлі-Джонсон [9] показали: якщо дитина має досить чіткі уявлення про те, що саме буде з нею відбуватися, та знає, як допомогти собі опанувати тривогу та біль, у маніпуляційній вона не переживає сильний дистрес, а також легше відновлюється після пережитого. Найкраще знайомити дитину з тим, що на неї очікує, за певний час до процедури, щоб вона мала час засвоїти інформацію. При цьому слід враховувати серйозність медичного втручання: якщо це щеплення або забір крові, то інформація може подаватися у той самий день, а якщо йдеться про операцію – заздалегідь [10].

Інформування може проходити у різних формах: на сьогодні існують дослідження ефективності використання відео, комп'ютерних програм, ігор з ляльками, брошур, а також моделювання ситуацій і навіть екскурсії лікарнею [7]. Окрім цього, результати досліджень доводять: якщо усний чи письмовий матеріал доповнюється ілюстраціями або моделюванням очікуваної ситуації, інформація запам'ятовується краще [11]. В основному всі заходи попередньої підготовки орієнтовані на те, щоб дати дитині та її батькам уявлення про саму медичну процедуру, можливі переживання, а також поради, в який саме спосіб краще справитися з тривогою. За змістом поданий матеріал повинен бути зрозумілим, конкретним та відповідати віку дитини (Т. Джааністе, Б. Хейс, К. вон Баєр) [7].

### Мета дослідження

Проведене нами дослідження мало на меті перевірити, як впливає попередня інформаційна бесіда на переживання та поведінку дітей до, під час та після забору крові з вени – обов'язкової процедури, яка щороку проводиться серед учнів 8-х класів для встановлення групи крові дитини.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося у 2016 р. на базі Червоноградської клініко-діагностичної лабораторії поліклініки для дітей. Його учасниками стала 71 дитина віком 14–15 років – учні двох 8-х класів з різних шкіл. За умовами досліду довільним чином було обрано експериментальну групу (ЕГ); до неї увійшли восьмикласники однієї зі шкіл, з якими було проведено попередню інформаційну бесіду. Решта підлітків склали контрольну групу (КГ) і жодної інформації, яка передувала б забору крові, не мала; процедура проходила за звичайним сценарієм. Додамо, що за кількісним та статевим складом ЕГ та КГ були відповідними.

Під час підготовки до зустрічі зі школярами ми вважали за важливе дотримуватися кількох основних положень. Ознайомча бесіда мала тривати не довше 15 хвилин, але разом з тим – бути цікавою, інформаційно насиченою і зрозумілою для підлітків. Тому теоретичне викладення матеріалу доповнювалося кольоровими ілюстраціями, використовувалися інтерактивні форми роботи (обговорення, моделювання ситуації) та елементи зворотного зв'язку (анкетування).

Бесіда в ЕГ проходила у школі за день до процедури і була спланована та підготовлена згідно з наведеними вище принципами. Передусім учням пояснили, навіщо потрібно визначити і знати групу крові та як відбувається її забір; розповіли про основні етапи процедури та принципи підготовки до неї; ознайомили з правилами поведінки перед цим аналізом, під час маніпуляції й після її закінчення, а також повідомили, як дізнатися про результат.

Також дітей ознайомили з кількома варіантами полегшення власних неприємних відчуттів та переживань під час процедури. Школярам пропонувалося, наприклад, подумки відволіктися на щось приємне, слухати музику, дивитися у бік, глибоко та повільно дихати, розслабити руку – загалом, згадувалася більшість способів полегшення тривоги та болю, ефективність яких

доведена науково. Наприкінці заняття підлітків попросили дати письмову відповідь на запитання про те, що вони планують робити в очікуванні на власну чергу та під час самої процедури.

Дослідження проводилося у 3 етапи: до забору крові, під час аналізу та після нього.

До забору крові досліджуваних як КГ, так і ЕГ попросили оцінити рівень власного страху за допомогою рейтингової шкали Вонга–Бейкера (Wong–Baker faces) [12] та тривоги – за опитувальником Ч. Спілбергера.

Протягом процедури поведінка кожного зі школярів аналізувалася за обсерваційними шкалами поведінкового дистресу К. Еліота, С. Джея та П. Вуді (The Observational Scale of Behavioral Distress, 1987). [13] Ця методика дає можливість описати поведінку дитини за 12 реакціями, зокрема, враховуються крик, плач, втеча, пошук підтримки, розпитування про процедуру і т. д. При цьому оцінюється прояв або відсутність тієї чи іншої реакції. Також протягом забору крові лаборант заміряв пульс обстежуваних (кількість ударів на хвилину).

Після процедури досліджуваних попросили оцінити інтенсивність болю, який вони відчували, за рейтинговою шкалою болю Вонга–Бейкера.

### Результати дослідження та їх обговорення

Дітей, з якими проводилася інформаційна бесіда, попросили обрати з наданого переліку варіант поведінки в очікуванні на процедуру або додати свій власний.

Таблиця 1

#### Ймовірна поведінка в очікуванні на процедуру

Варіанти відповідей	Кількість опитаних (n=36)
Слухати музику	24
Читати книжку	4
Грати в ігри у телефоні або планшеті	4
Власний варіант (нічого не робити; дивитися, як грають інші; мовчати; переживати; байдкувати)	4

Отже, як бачимо з табл. 1, діти надають перевагу спокійним відволікаючим справам, таким як прослуховування музики, читання, ігри на телефоні/планшеті. На нашу думку, дуже важливо пропонувати дітям різні способи проведення часу в очікуванні на процедуру, оскільки це не лише відволікає увагу від поганих думок, але і вчить різним стратегіям опанування тривоги.

Ймовірна поведінка під час процедури

Таблиця 2

Варіанти відповідей	Кількість опитаних (n=36)
Глибоко та повільно дихати	18
Дивитися у бік	6
Слухати музику	1
Уявляти, що я десь в іншому місці і зайнятий чимось приємним	1
Власний варіант (дивитися на процедуру)	10

Як видно з **табл. 2**, під час інформаційної бесіди дітям особливо сподобалася стратегія глибокого дихання як спосіб полегшення больових відчуттів. Це простий і ефективний метод, до того ж школярі мали змогу потренуватися застосовувати його на самому занятті. Несподіванкою стало те, що майже кожен третій досліджуваний дописав власний варіант відповіді – «дивитися на процедуру». Ймовірно, не зважаючи на неприємні переживання, процес забору крові є цікавим для підлітків. Ми пересвідчилися у цьому й під час заняття: діти ставили багато запитань, намагаючись якомога більше дізнатися про мету та особливості забору крові; було зрозуміло, що це викликає в них інтерес.

Для оцінки ефективності інформаційної бесіди з дітьми було проведено порівняльний аналіз результатів, отриманих у ЕГ та КГ. Зокрема, зіставлялися переживання, які передували забору крові, поведінка і пульс під час процедури, а після неї – оцінки інтенсивності відчутого болю. Порівняльний аналіз проводився за t-критерієм Стьюдента і перевірявся за непараметричним показником Манна-Уїтні. Обидві методики показали схожий статистичний результат.

Було з'ясовано важливі закономірності.

■ **До процедури** переживання обстежуваних ЕГ та КГ не відрізнялися – більшість відзначили у себе середній рівень страху, напруги та хвилювання.

■ **Під час процедури** виявлено певні відмінності у поведінці: підлітки ЕГ статистично рідше вдавалися до фізичного опору, рідше повідомляли про біль та страх і частіше використовували глибоке дихання; школярі з КГ частіше розпитували про процедуру (**табл. 3**).

Загалом, в ЕГ найпопулярнішою стратегією поведінки під час процедури було гли-

боке дихання (81%). Майже всі підлітки з КГ (97%) мали до лаборантів запитання, пов'язані з процедурою: розпитували, де сісти, як тримати руку, чи буде боляче і т.д.

Таблиця 3

Відмінності у поведінці під час процедури

Поведінкова реакція	ЕГ (n=36)	КГ (n=35)	Рівень статистичної значимості (p)
	Середнє значення показників (бали)		
Втеча	0,03	0,03	0,76
Фізичний опір	0,29	0,69	0,02*
Плач	0,17	0,03	0,68
Крик	0,00	0,17	0,52
Глибоке дихання	1,83	0,40	0,00*
Словесний опір	0,54	0,89	0,10
Повідомлення про біль	0,54	1,14	0,00*
Повідомлення про страх	0,74	1,31	0,00*
Пошук емоційної підтримки	0,86	1,17	0,63
Висловлювання про процес	1,00	0,86	0,43
Пошук інформації	0,54	1,71	0,00*
Відволікання в розмові	0,46	0,11	0,72

**Примітка:**

\* – наявність статистичної відмінності.

Отримані результати порівняльного аналізу свідчать, що немає статистичної розбіжності між пульсом дітей ЕГ та КГ під час процедури (**табл. 4**). Цей показник складав у середньому 85,55 та 86,65 ударів на хвилину при середній нормі для дітей віком 12–15 років 75,00 ударів на хвилину і у межах 55–95,00 ударів [14]. Отримані показники вказують на те, що процедура забору крові з вени помітно активує симпатичну нервову систему і є досить стресовою для організму підлітків незалежно від попередньої бесіди та поведінкових стратегій під час аналізу.

Таблиця 4

Оцінка пульсу під час процедури (уд./хв)

Показник	ЕГ (n=36)	КГ (n=35)	Норма пульсу для дітей 12–15 рр.
	Середнє значення		
Пульс	85,55	86,65	0,75±20,00

■ **Після процедури** виявлено статистично значиму розбіжність між оцінкою рівня пережитого болю серед досліджуваних: школярі з ЕГ відзначили нижчий рівень, ніж їхні однокласники з КГ (**табл. 5**).

Таблиця 5  
Оцінка болю під час процедури

Показник	ЕГ (n=36)	КГ (n=35)	Рівень статистичної значимості (p)
	Середнє значення (бали)		
Біль	1,85	3,02	0,05

Також з-поміж усіх досліджуваних ми виділили школярів, які під час забору крові власною поведінкою демонстрували ознаки сильного дистресу (кричали, плакали, втікали, чинили фізичний опір), а після процедури повідомили про інтенсивний біль. У більшості з них, вочевидь, залишилися неприємні спогади, пов'язані зі здачею аналізу. Цю категорію підлітків було виділено в окрему групу, яку доцільно назвати «групою ризику», оскільки через отриманий негативний досвід, у майбутньому вони ймовірноше за інших ризикуватимуть власним здоров'ям, уникаючи неприємних, утім важливих, медичних процедур.

Важливим для проведеного дослідження ми вважаємо те, що з 23 школярів групи ризику 18 належали до КГ, і лише 5 – до ЕГ. Враховуючи, що за основними характеристиками склад обох груп був відповідним, є всі підстави стверджувати, що завдяки попередній інформаційній роботі нам вдалося майже втричі скоротити кількість підлітків з негативним досвідом процедури забору крові з вени.

### Висновки

Представлений теоретичний огляд та результати дослідження мали на меті показати, що у педіатричній практиці існує як потреба, так і широкий діапазон можливостей керувати гострим болем дітей під час медичних процедур. Зокрема, проведення попередніх інформаційних заходів може мати дуже важливий вплив на зменшення переживань дітей.

Отримані нами результати цілком узгоджуються з даними досліджень, проведених

в інших країнах: підлітки, яким розповідають про особливості процедури, ймовірно переживання та способи полегшення дистресу, краще переносять біль. Коротка інформативна бесіда, підкріплена ілюстраціями та моделюванням ефективної поведінки, загалом сприймається добре та суттєво впливає на формування позитивного досвіду, пов'язаного з медпроцедурами. Спостерігаючи за ЕГ, ми переконалися: за наявності чітких інструкцій підлітки здатні планувати власну поведінку під час болючих медичних заходів.

У результаті проведеної роботи було виявлено, що особливо привабливим способом впливу на біль при заборі крові з вени є глибоке дихання. Зауважимо, що й в інших схожих дослідженнях саме цей прийом визнається одним з найпростіших та ефективних способів опанування болю та дистресу [15; 16]. Розуміння того, що саме відбувається, та практика глибокого дихання допомогли досліджуваним під час перебування у лабораторії краще почуватися і поводитися (менше чинити фізичний та словесний опір, повідомляти про страх та біль), а також зменшити кількість запитань до лаборантів. Важливо, що після забору крові саме ці підлітки відзначали нижчий рівень пережитого болю.

У КГ, в якій досліджувані не отримували попередньої ознайомчої інформації, ми побачили зовсім іншу картину. Під час забору крові підлітки інтенсивніше проявляли реакції дистресу (фізичний та словесний опір, повідомлення про біль та страх) та майже кожний мав запитання до лаборантів стосовно того, що саме відбувається і навіщо.

Отримані нами данні в цілому узгоджуються з результатами аналогічних досліджень в інших країнах та доводять доцільність та ефективність завчасного інформування, коли йдеться про болючі медичні процедури.

### Література

- Petovello K. Pediatric procedural pain management: a review of the literature / K. Petovello // *International Journal of Child, Youth and Family Studies*. – 2012. – № 4(1). – P. 569–589.
- Cancer pain relief and palliative care in children. – Geneva: World Health Organization, 1998.
- Brennan F. Pain management: A fundamental human right / F. Brennan, D. Carr, M. Cousins // *Anesthesia & Analgesia*. – 2007. – № 105(1). – P. 205–221.
- Noel M. The Role of State Anxiety in Children's Memories for Pain / M. Noel, C. Chambers, P. McGrath, R. Klein // *J. Pediatr Psychol*. – 2012. – № 37 (5). – P. 567–579.

- Pate J. A childhood medical experience and temperament as predictors of adult functioning in medical situations / J. Pate, R. Blount, L. Cohen, A. Smith // *Children's Health Care*. – 1996. – № 25. – P. 281–298.
- Porter F. Long-term effects of pain in infants / F. Porter, R. Grunau, K. Anand // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. – 1999. – № 20. – P. 253–261.
- Jaaniste T. Providing children with information about forthcoming medical procedures: A review and synthesis / T. Jaaniste, B. Hayes, C. von Bayer // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2007. – № 14. – P. 124–143.

8. Kain Z. Preoperative psychological preparation of the child for surgery: An update / Z. Kain, A. Caldwell-Andrews // *Anesthesiology Clinics of North America*. – 2005. – № 23. – P. 597–614.

9. Melamed B. Psychological Preparation of Families for Hospitalization / B. Melamed, R. Ridley-Johnson // *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. – April, 1988. – Vol. 9, Issue 2. – P. 96–102.

10. Kain Z. Preoperative preparation in children: A cross-sectional study / Z. Kain, L. Mayes, L. Caramico // *Journal of Clinical Anesthesia*. – September, 1996. – Vol. 8, Issue 6. – P. 508–514.

11. McGuigan F. Pre-event discussion and recall of a novel event: How are children best prepared? / F. McGuigan, K. Salmon // *Journal of Experimental Child Psychology*. – 2005. – № 91. – P. 342–366.

12. Tomlinson D. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children / D. Tom-

linson, C. Von Baeyer, J. Stinson, L. Sung // *Pediatrics*. – 2010. – № 126. – P. 1168–1198.

13. Elliott C. An Observation Scale for Measuring Children's Distress During Medical Procedures / C. Elliott, S. Jay, P. Woody // *Journal of Pediatric Psychology*. – December, 1987. – Vol. 12, Issue 4. – P. 543–551.

14. Нормы пульса для детей и взрослых. – Режим доступу: // <http://zdravoe.com/120/p1615/index.html>.

15. Uman L. Psychological interventions for needlerelated procedural pain and distress in children and adolescents [Electronic Resource]/L. Uman, C. Chambers, P. McGrath, S. Kisely // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2006. – № 4. – Way of access : // <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005179.pub3/full>.

16. Cohen L. Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access / L. Cohen // *Pediatrics*. – 2008. – № 122. – P. 134–139.

## References

1. Petovello K. Pediatric procedural pain management: a review of the literature. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 2012, no. 4(1), pp. 569-589.

2. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva, World Health Organization, 1998.

3. Brennan F., Carr D., Cousins M. *Pain management: A fundamental human right*. *Anesthesia & Analgesia*, 2007, no. 105(1), pp. 205-221.

4. Noel M., Chambers C., McGrath P. [et al.] *The Role of State Anxiety in Children's Memories for Pain*. *J Pediatr Psychol*, 2012, no. 37 (5), pp. 567-579.

5. Pate J., Blount R., Cohen L. [et al.] *A childhood medical experience and temperament as predictors of adult functioning in medical situations*. *Children's Health Care*, 1996, no. 25, pp. 281-298.

6. Porter F., Grunau R., Anand K. *Long-term effects of pain in infants*. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1999, no. 20, pp. 253-261.

7. Jaaniste T., Hayes B., von Bayer C. *Providing children with information about forthcoming medical procedures: A review and synthesis*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2007, no. 14, pp. 124-143.

8. Kain Z., Caldwell-Andrews A. *Preoperative psychological preparation of the child for surgery: An update*. *Anesthesiology Clinics of North America*, 2005, no. 23, pp. 597-614.

9. Melamed B., Ridley-Johnson R. *Psychological Preparation of Families for Hospitalization*. *Journal of*

*Developmental & Behavioral Pediatrics*, April, 1988, vol. 9, issue 2, pp. 96-102.

10. Kain Z., Mayes L., Caramico L. *Preoperative preparation in children: A cross-sectional study*. *Journal of Clinical Anesthesia*, September, 1996, vol. 8, issue 6, pp. 508-514.

11. McGuigan F., Salmon K. *Pre-event discussion and recall of a novel event: How are children best prepared?* *Journal of Experimental Child Psychology*, 2005, no. 91, pp. 342-366.

12. Tomlinson D., Von Baeyer C., Stinson J. [et al.] *A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children*. *Pediatrics*, 2010, no. 126, pp. 1168-1198.

13. Elliott C., Jay S., Woody P. *An Observation Scale for Measuring Children's Distress During Medical Procedures*. *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 12, issue 4, December, 1987, pp. 543-551.

14. *Normy pulsa dlya detej i vzroslyh* [Normal heart rate for children and adults]. Available at: // <http://zdravoe.com/120/p1615/index.html>. (In Ukr.)

15. Uman L., Chambers C., McGrath P. [et al.] *Psychological interventions for needlerelated procedural pain and distress in children and adolescents*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, no. 4. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005179.pub3/full>.

16. Cohen L. *Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access*. *Pediatrics*, 2008, no. 122, pp. 134-139.



S. Ya. Yanovska

UDC: 616-036.86:616.12-008331.1;159.923:371.214.114

© Яновська Світлана Яківна (Україна) – мол.н.с. групи психоневрології, психотерапії та медичної психології відділу медико-соціальної експертизи та реабілітації при внутрішніх, нервових хворобах і психосоматичних розладах ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», пров. Феодосія Макаревського, 1А, м. Дніпро, 49027; e-mail: svitlanayanovskaya@gmail.com.

© Svitlana Yanovska (Ukraine) – Junior Scientist of the Department of Medical and Social Expertise and Rehabilitation for Internal and Nervous Diseases and Psychosomatic Disorders of the Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability, Ministry of Health of Ukraine, 1A, Feodosyi Makarevsky Lane, Dnipro, 49027; e-mail: svitlanayanovskaya@gmail.com.

© Яновская Светлана Яковлевна (Украина) – мл.н.с. группы психоневрологии, психотерапии и медицинской психологии отдела медико-социальной экспертизы и реабилитации при внутренних, нервных болезнях и психосоматических расстройствах ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», пер. Феодосия Макаревского, 1А, г. Днепр, 49027; e-mail: svitlanayanovskaya@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 118–126

## DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR COGNITIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION IN MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

**Анотація.** Порушення когнітивних функцій відбувається значною мірою у хворих на артеріальну гіпертензію, особливо після перенесеного інсульту. У статті розглянуто підходи до визначення когнітивних функцій у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в практиці медико-соціальної експертизи, які базуються на використанні інформаційних технологій (розробки моделі оцінки когнітивних функцій, удосконалення методів психологічної діагностики та створення математичного забезпечення). Представлено найбільш значущі показники в оцінці уваги, пам'яті, мислення, інтелекту, особистісних і характерологічних особливостей хворих із перенесеним мозковим інсультом. Розроблено діагностичний алгоритм виявлення характеру та ступеня когнітивної дисфункції при артеріальній гіпертензії для використання в практиці медико-соціальної експертизи.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, мозковий інсульт, алгоритм, когнітивні функції, медико-соціальна експертиза

**Аннотация.** Нарушение когнитивных функций происходит в значительной степени у больных артериальной гипертензией, особенно после перенесенного инсульта. В статье рассмотрены подходы к определению когнитивных функций у пациентов с артериальной гипертензией в практике медико-социальной экспертизы, основанные на использовании информационных технологий (разработки модели оценки когнитивных функций, совершенствование методов психологической диагностики и создания математического обеспечения). Представлены наиболее значимые показатели в оценке внимания, памяти, мышления, интеллекта, личностных и характерологических особенностей больных с перенесенным мозговым инсультом. Разработан диагностический алгоритм выявления характера и степени когнитивной дисфункции при артериальной гипертензии для использования в практике медико-социальной экспертизы.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, мозговой инсульт, алгоритм, когнитивные функции, медико-социальная экспертиза.

### Introduction

Nowadays the issues of lungs differential diagnosis and severe cognitive impairments in patients with hypertension especially after a stroke are relevant for psychologists, neurologists, rehabilitation therapists and medical social assessment boards [1]. In Ukraine a number of the following institutions deal with these problems: National Medical Academy of Post-

graduate Education named after P.L. Shupyk, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Donetsk National Medical University, Bogomolets National Medical University, Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine, Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability, Ministry of Public Health of Ukraine. I. S. Zozulya, M. I. Chernenko, G. M. Kushnir,

A.V. Ipatov [2], N.K. Murashko [3] applied a great number of psychognostic methods in medical social expertise of disability of patients with cerebral stroke.

In Russia these problems are investigated in National Center for Mental Health, Research Institute of Cerebrovascular Pathology and Stroke of Russian State Medical University, Moscow Medical Academy named after I. M. Sechenov, Scientific Center of neurology of RAMS, in Belarus – Republic Center of Neurology and Neurosurgery [4]. In the USA – Multiple Sclerosis Center, Tomas Jefferson University, in Italy – Department of Angiocardiology, University of Siena, in Spain – EuroExpes Biomedical Research Center, in Chile – Unidad de Neurologia Cognitiva y Demevcial, Chile Seccion de Geriatric, Hospital Clinico Universidad de Chile – IRCCS Neuromed, in Sweden – Department of Geriatrics.

#### **Purpose and objectives of the study**

In the field of medical psychology the problem lies in the fact that various types of cognitive, emotional and behavioral impairments in patients with hypertension are limited to the problem of a single function or a few basic cognitive control functions in contemporary studies. Among current methods in clinical and psychological investigations the above mentioned problem shows insufficient research in the theoretical and methodological framework, as well as guidance in studying cognitive activity impairments in patients with hypertension caused by certain stressful factors [5].

After the analysis of literature data, it was revealed that in current cognitive control studies one of the reasons is in the theoretical position of “responsiveness” due to the impression that the structure of human cognitive activity control is rigid and static but not flexible and dynamic. This impression is opposite to methodological principle of kinesis and systematization that was elaborated by N. A. Bernstein, P. K. Anokhin, L. S. Vygotsky, A. R. Lurii, B. F. Lomov and other founders of national psychology and physiology. Fundamental ideas represented in papers of P. K. Anokhin, L. S. Vygotsky, A. R. Lurii allow us to make a new theoretical and methodological approach to understand the mechanisms of human cognitive activity control. On the basis of application of advanced technologies, it is possible to model human cognitive

processes under specific stressful conditions. This approach can promote investigation of pathopsychological factors of cognitive activity control [6].

However, there are no methodological approaches and cognitive functions assessment criteria in the practice of medical social expertise based on not only “Regulations of detecting disability status” [7], but also on the principles of International Classification of Functioning, Disability and Health [8]. A complicated issue for psychologists is a combination of true cognitive impairments and attempts of patients to represent themselves in a “favorable light” or hysteroid reactions and demonstrative behavior typical of most patients who are examined by medical social assessment boards. It made possible to suggest a hypothesis as for “psychology that limits life activity” vs “psychology of disability”.

Purpose of the research is to develop a diagnostic algorithm to detect cognitive dysfunction in patients with hypertension in general practice of medical and social expertise.

#### **Materials and methods**

139 patients aged 30–59 suffering from hypertension (AH) of stage I and stage II (with the consequences of cerebral stroke) agreed to be examined and monitored in open investigation, which was conducted in SI «Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability, Ministry of Public Health of Ukraine», Dnipro. The patients were divided into 2 groups:

- the first group – patients with stage II AH (29 patients);
- the second group – patients with stage III AH (110 patients).

An average age of the patients with AH stage II was  $48.1 \pm 3.1$ , with stage III –  $45.3 \pm 5.6$  years old. 59,7% male and 40,3% female patients were examined. The patients under examination suffered a stroke about  $4,4 \pm 1,8$  years ago; 84 patients (76,3%) suffered a stroke less than 5 years ago, 19 patients (17,3%) – 5–10 years ago, 7 patients (6,4%) – 11–20 years ago. Nine patients experienced recurrent stroke, one patient had two strokes. According to diagnostic criteria of International Classification of Diseases [9], mild cognitive impairments were detected by a psychologist in 100 (74,2%) patients with stage I and stage II AH, moderate ones – in 25,8% of patients with stage III AH.

Accentuation of personality traits of patients was identified according to Shmishek questionnaire test, personality features according to the "Methods of personality factors research" [10], character traits – according to R. Cattell's "Analysis of personality", types of attitude towards the disease (TATD) – according to "Personality questionnaire of Bekhterev Institute (PQBI)". The peculiarities of emotional intelligence were evaluated according to Emln questionnaire for emotional intelligence of D.V.D.V.Lusin. Shulte tables, Munsterberg methods, Benton's corrective table were used to detect attention. Memory investigations were conducted with the help of the following tests: image memory test, visual memory test, logical memory test, short-term memory capacity test, Luria's test on memorizing 10 words. General mental abilities were studied by means of short oriented test, mental processes – with the help of methods to identify key features, Ebbinhausser's methods, oddball tasks, similarity tasks [11–13].

Database in Microsoft Excel and Access was established to conduct statistical processing. Student's t-test was used to compare average value and  $\chi^2$  criterion – to compare relative number [14]. Cognitive functions significance in patients with AH was assessed by ranging the research indicators according to their individual value to detect mild and moderate cognitive impairments. Kendall's method was used for this purpose [14]. According to the method scheme for mild and moderate cognitive impairments in patients with AH stage II and stage III, for each  $x$  indicator exponent rate was specified as  $[x_{\min}; x_{\max}]$ , where  $x_{\min}$  – minimal,  $x_{\max}$  – maximal indicator value. Then the exponent range change was found, the same in both cases, and the number of patients with different exponent range was calculated. This number was taken as a weight status: the higher it was, the more significant the indicator was. To get more stable results, the method was used a few times with occasionally chosen 95% of patients, the obtained weight status was averaged.

### Results of research and discussion

As it was described in our previous papers, 22,2 and 9,4% patients with AH of both groups had their attention in normal condition. Mild attention impairments in patients with AH stage II and stage III were in 77,8 and 81,2% of cases; moderate impairments were observed

in patients with AH stage III – 9,4%. 55,6 and 2,7% patients of both groups examined by psychologists had healthy memory. Mild memory impairments in patients with AH stage II and stage III were in 22,2 and 62,2% of cases; moderate impairments were observed in 22,2 and 35,1% respectively. Healthy thought process had 55,6 and 35,1% patients in both groups. Mild disorders in patients with AH stage II and stage III were in 44,4 and 29,8% of cases; moderate disorders were observed in patients with AH stage III – 35,1%.

55,6 and 24,4% patients examined of both groups had their intellectual abilities in normal condition. Mild impairments in patients with AH stage II and stage III were in 22,2 and 32,4% of cases; moderate impairments were observed in 22,2 and 43,2% respectively. Thus, it should be concluded that patients with AH stage II and III suffer the most significant cognitive impairments of memory (44,4 and 97,3%), attention (77,8 and 90,6%), intellectual ability (44,4 and 75,6%) and thought process (44,4 and 64,9%) [6; 15].

If temperament and personality functions can be considered as cognitive ones according to International classification of Functioning, Disability and Health, as well as our suggested cognitive functions assessment model in medical social expertise [6], patients with AH had the following characteristics more meaningful:

- desire to represent themselves in a "favorable light".....4,7;
- Pa – paranoia .....4,3;
- Sc – schizoid .....3,9;
- Ma – hypomania .....2,9;
- D – depression .....2,9;
- Pt – psychastenia .....2,6;
- Hy – hysteria .....2,1;
- Hs – hypochondria ..... 2,1;
- Pd – psychopathy .....1,8;
- disthymic .....3,1;
- anxiety .....2,2;
- irritation .....2,1;
- pedantic .....2,0;
- cyclothymic ..... 1,2;
- stuck .....1,2;
- accentuation of personality traits.

The defined indicators rates of temperament and personality functions of patients with AH mild and moderate cognitive impairments were different according to these criteria: desire to represent themselves in a "favorable light",



Pa – paranoia, Sc – schizoid, Ma – hypomania, D – depression, Pt – psychastenia, which proved more significant differences based on these data.

Assessment of intellectual, volition and imperative functions in patients with AH resulted in the following obtained data:

- conformity – non-conformity .....2,6;
- relaxation – tension .....2,2;
- emotional resilience – non-resilience .....2,0;
- straightforwardness – diplomacy .....1,9;
- self-confidence – anxiety .....1,8;
- restraint – expressiveness .....1,6;
- timidity – bravery .....1,5;
- trust – suspicion .....1,4.

Their upper rates in patients with AH were distinctive in conformity – non-conformity, emotional resilience – non-resilience, straightforwardness – diplomacy, self-confidence – anxiety, trust – suspicion, high-low level of self-control, practicality – developed attention that showed the necessity to study these indicators to detect mild and moderate cognitive impairments.

Having assessed the types of response to the disease in patients with AH, the most significant were apathetic (3,8), euphoric (2,9), melancholic (2,7), neurasthenic (2,5), sensitive (2,4), hypochondriac (2,2), anosognosic (1,8), egocentric (1,8), obsessive and phobic (1,3) types of attitude toward the disease (TATD). Their upper rates in patients with AH were different in apathetic, euphoric, melancholic, hypochondriac, anosognosic types that showed evident distinctions in patients with mild and moderate cognitive impairments.

Concerning attention as a cognitive function in patients with AH, differences were detected in work efficiency (4,4), attention capacity (2,5), Dynamic Index of Mental stability (1,8). Their upper rates in patients with AH of both groups were different in work efficiency, attention capacity, Dynamic Index of Mental stability, coefficient of attention asymmetry, selective attention that showed the necessity to study them to assess cognitive impairments differences.

As for the memory as a cognitive function in patients with AH, such indicators as short-term memory capacity (5,2), immediate memory (3,9), short-term voice and aural memory (3,1), logical memory (3,9), image memory (2,7). Upper rates of memory indicators in patients

with AH of both groups were different. Immediate memory, short-term voice and aural memory, logical memory, visual memory were identified as the most distinctive.

In the thought process the following indicators were of significant value: understanding logical connections of concepts (4,1), productive thinking (3,6), distinction of heterogeneous concepts (3,2), integral indicator of mental abilities (2,8), level of logical thinking (2,2). Upper rates of thought process indicators in patients with AH of both groups were different in integral indicator of general mental abilities.

Concerning emotional intelligence in patients with AH, the most significant were ability to understand emotions of others (2,0), ability to understand personal emotions (2,0), interpersonal emotional intelligence (1,6), understanding personal emotions (1,6), integral level of general emotional intelligence (1,5), intrapersonal emotional intelligence (1,2). Upper rates of emotional intelligence in patients with AH of both groups were different in understanding personal emotions and emotions of others, interpersonal, intrapersonal and integral level of emotional intelligence that indicates their significance in medical and social expertise.

Therefore, the most significant and informative cognitive functions in patients with AH based on the research are:

- short-term memory capacity ...5,2;
- desire to present oneself in “a favorable light” .....4,7;
- work efficiency .....4,4;
- Pa – paranoia .....4,3;
- ability to understand logical connections of concepts .....4,1;
- Sc – schizoid .....3,9;
- immediate memory (test 4) ....3,9;
- logical memory .....3,9;
- apathetic TATD .....3,8;
- immediate memory (test 3) .....3,6;
- productive thinking .....3,6;
- distinction of heterogeneous concepts .....3,2;
- image memory .....2,7.

Upper rates of all cognitive disability function indicators in patients with AH had considerable differences in the following aspects: desire to present oneself in “a favorable light”, work efficiency, Pa – paranoia, Sc – schizoid.

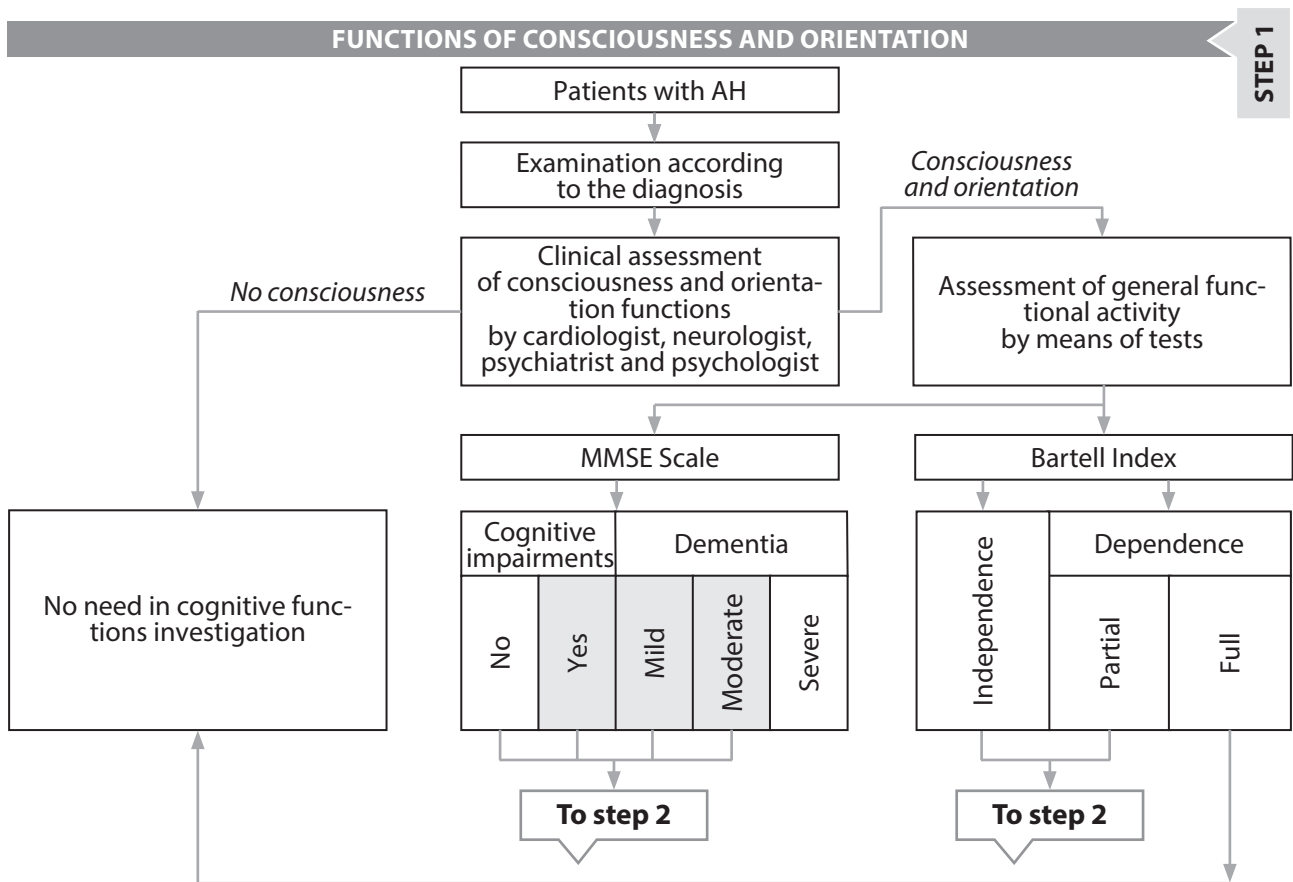
We have developed a step-by-step diagnostic algorithm to detect the nature and stage of cognitive impairment in patients with AH for medical and social expertise. It represents extended and express (highlighted in the grey text) versions, step-by-step nature and according to ICF the following assessment in patients with AH: functions of consciousness and orientation (**Step 1**), temperament and individual functions (**Step 2**), intellectual, volition and imperative functions (**Step 3**), global psychological and social functions (**Step 4**), memory (**Step 5**), thought process (**Step 6**) and attention (**Step 7**) (Fig. 1–7).

**Conclusions**

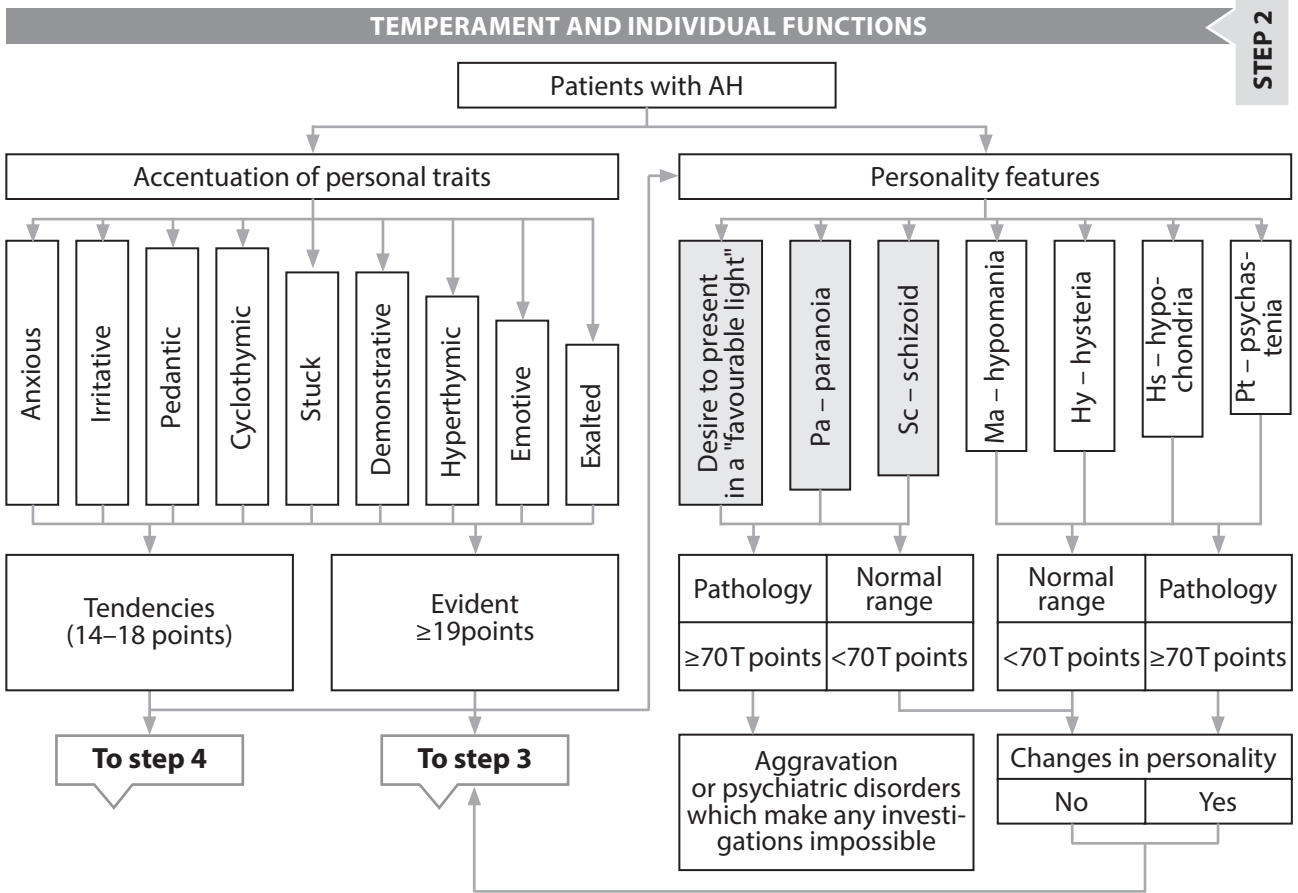
As a result of investigation and assessment of cognitive functions in patients with AH the following indicators of informative value were identified: in attention – work efficiency, dynamic attention capacity and index of attention fatigue; in memory – short-term memory capacity, short-term voice and aural memory, logical and image memory; in thought process – ability to understand logical connections of concepts, productive thinking, distinction of heterogeneous concepts, general mental

abilities and level of logical thinking; in emotional intelligence – ability to understand personal emotions and emotions of others, interpersonal, intrapersonal and integral level of emotional intelligence. The above mentioned impairments in patients with AH lead to certain limitations and disabilities in interpersonal relations, key life aspects, learning and knowledge application, self-care, household and mobility.

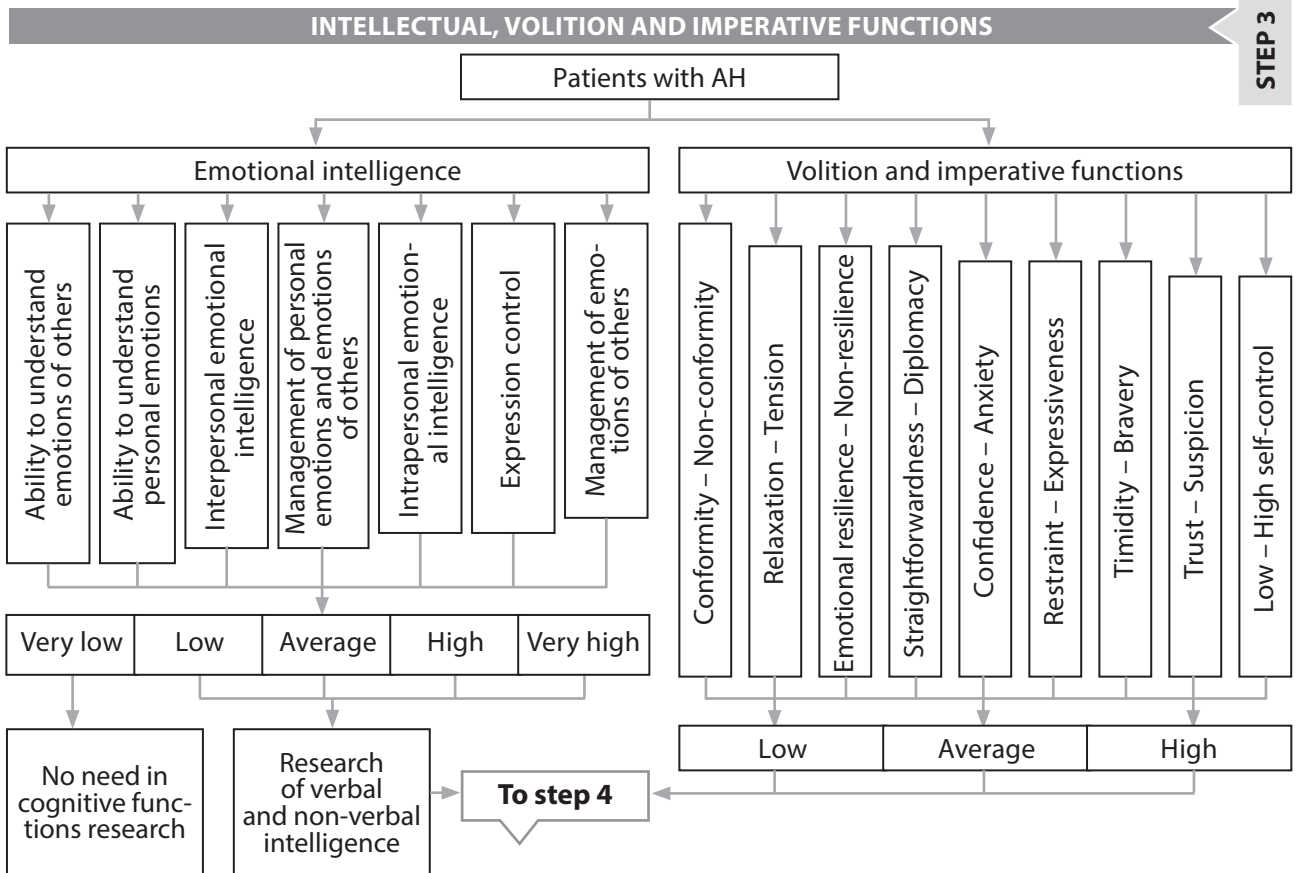
Investigation of personal and character traits, inner picture of disease and their interrelations, attention, memory, thought process, intelligence should be included into the examination standard in order to detect cognitive functions in medical and social expertise. The assessment of personality organization, as well as cognitive functions research contributes into specification of the nature and stage of psycho-emotional disorders. Investigation of personality organization (personal and character traits, internal picture of the disease) and cognitive functions (attention, memory, thought process, intelligence) is perspective and essential to detect psycho-emotional disorders in patients with AH. Therefore, such research in the practice of medical and social expertise in this pathology is obligatory.



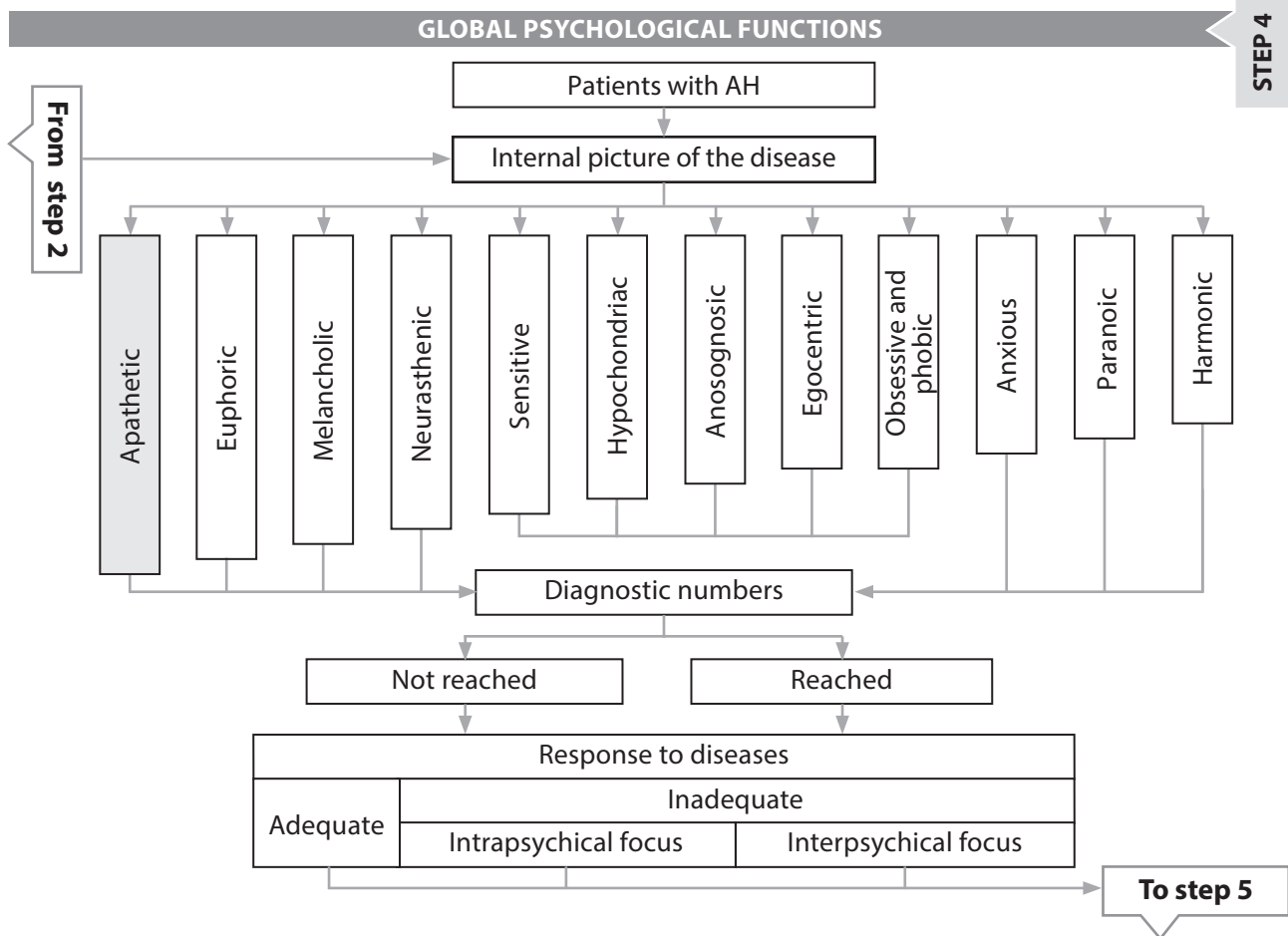
**Fig. 1.** Diagnostic algorithm for detecting nature and stage of cognitive dysfunction in patients with arterial hypertension



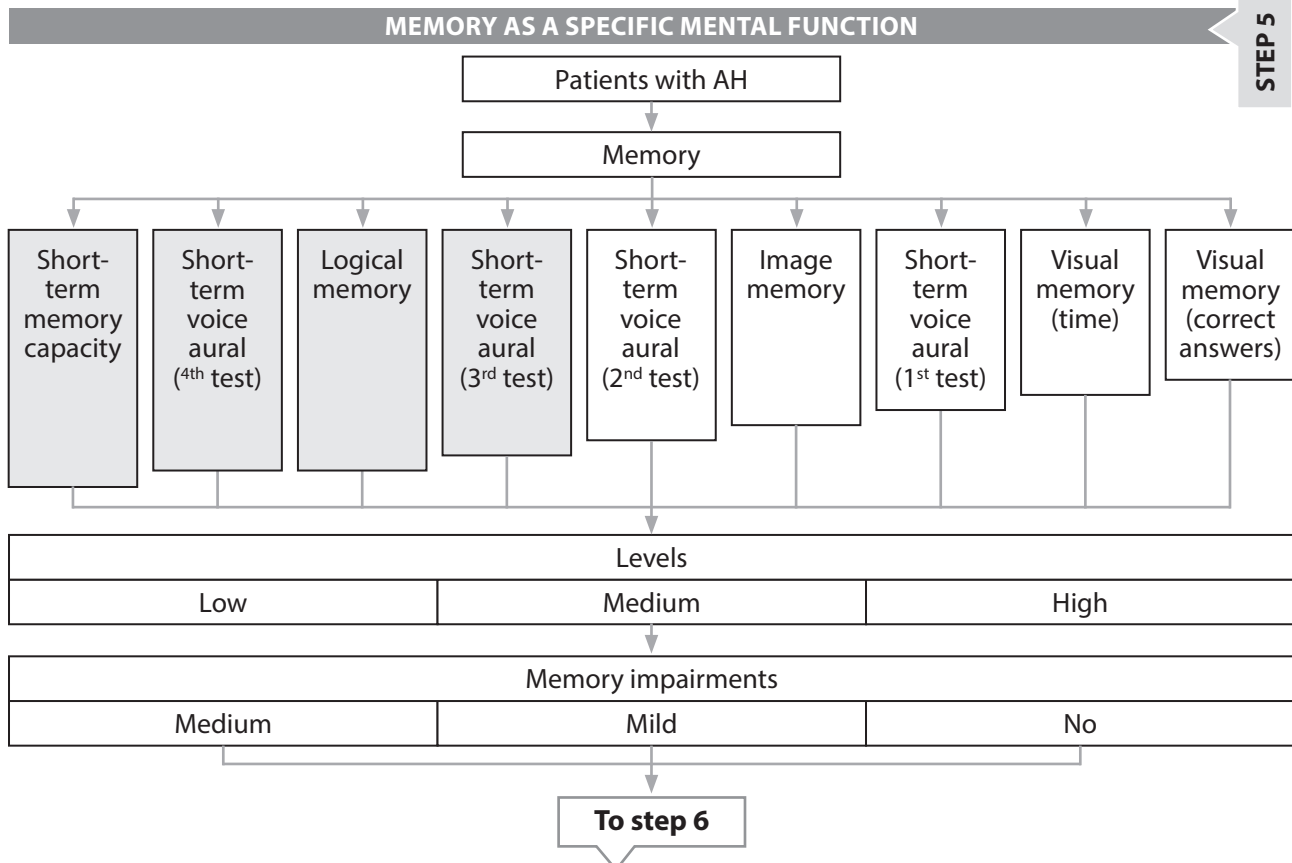
**Fig. 2.** Diagnostic algorithm for detecting nature and stage of cognitive dysfunction in patients with AH



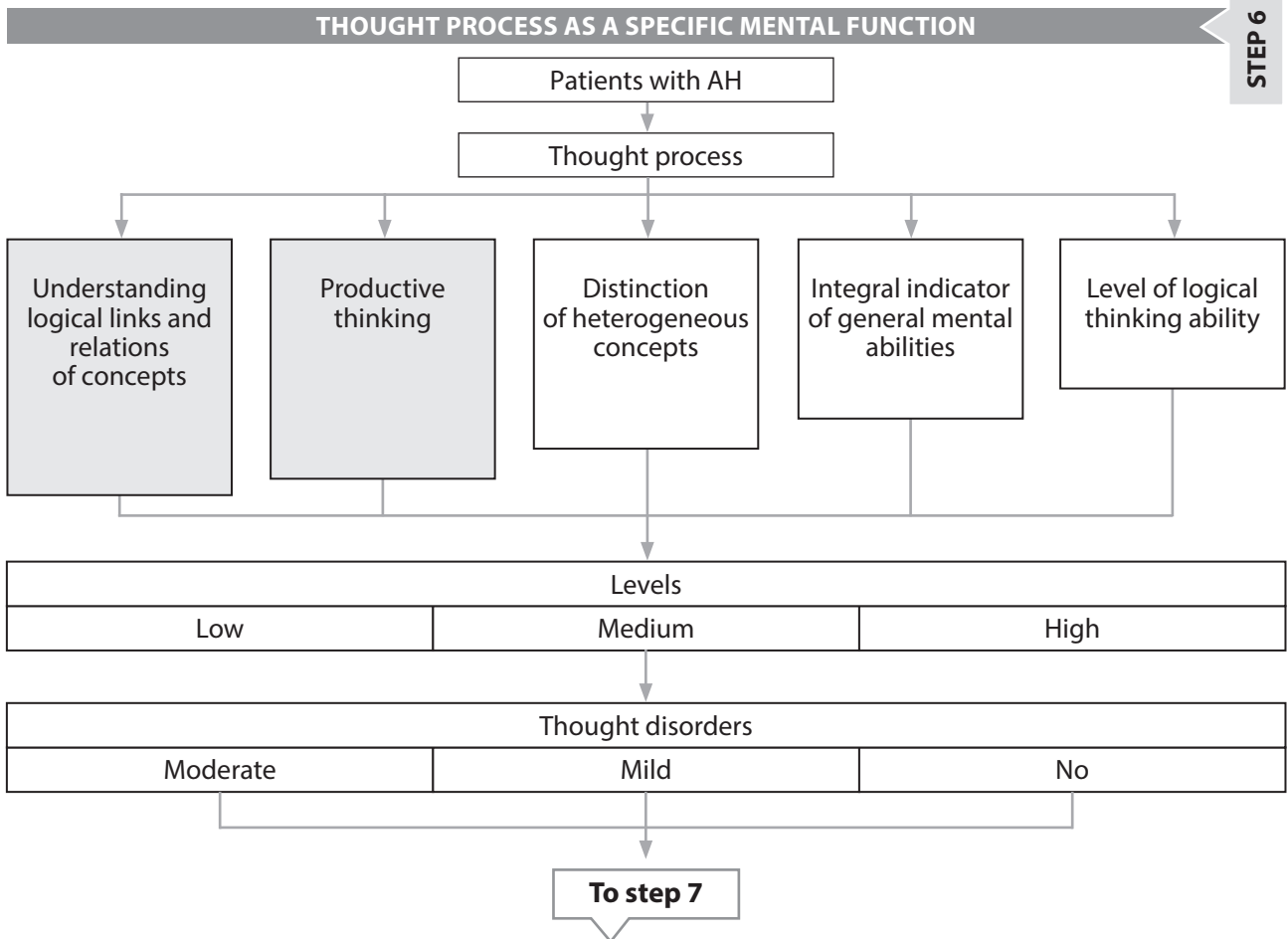
**Fig. 3.** Diagnostic algorithm for detecting nature and stage of cognitive dysfunction in patients with AH



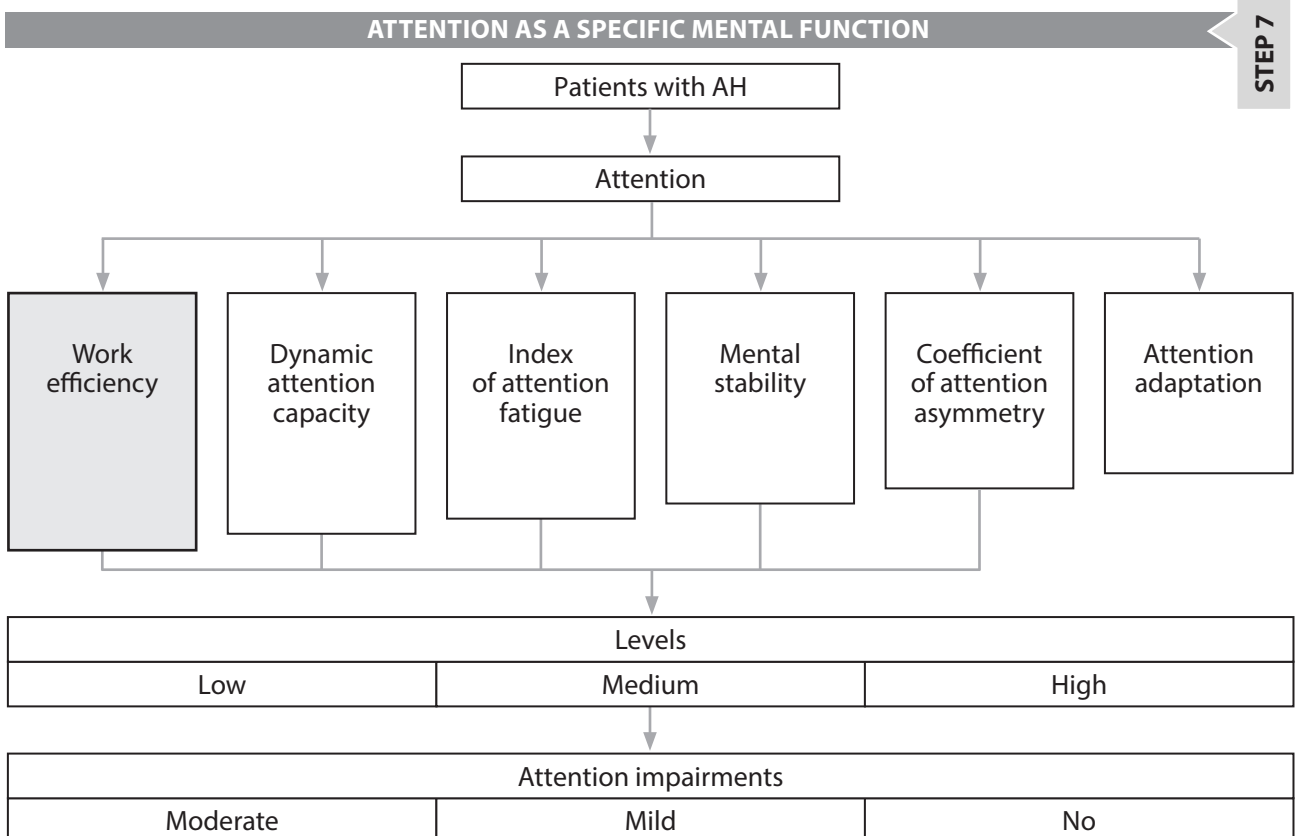
**Fig. 4.** Diagnostic algorithm for detecting nature and stage of cognitive dysfunction in patients with AH



**Fig. 5.** Diagnostic algorithm for detecting nature and stage of cognitive dysfunction in patients with AH



**Fig. 6.** Diagnostic algorithm for detecting nature and stage of cognitive dysfunction in patients with AH



**Fig. 7.** Diagnostic algorithm for detecting nature and stage of cognitive dysfunction in patients with AH

## References

1. Kovalenko V. M., Lutaia M. I. Serdtsevo-sudynni zahvoriuvannia. Klassyfikatsia, standarty diagnostyky ta likuvannia [Cardiovascular diseases. Classification, diagnostic standards and treatment]. Kyiv, Morion Publ., 2016, 190 p. (In Ukr.)
2. Ipatov A. V. Printsipy organizatsii psihodiagnosticheskogo obsledovaniya v mediko-sotsialnoy ekspertize. Metodicheskoe posobie [Principles of psychodiagnostic examination in medical and social expertise]. Dnepropetrovsk, Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability, 2011, 70 p. (In Russ.)
3. Murashko N. K. Algoritm prognozirovaniya razvitiya kognitivnyh narusheniy u bolnyh s arterialnoy hipertenziei i aterosklerozom koronarnykh i tserebralnykh arteriy [Algorithm for predicting cognitive impairments in patients with AH and atherosclerosis of coronary and cerebral vessels]. Kiev, National medical academy of post-graduate studies named after P. L. Shupik, 2014, 40 p.
4. Kovalchuk V. V. Osobennosti reabilitatsii patsientov posle insul'ta [Rehabilitation peculiarities after a stroke]. Zhurnal nevrologii s psihiatrii im. S. S. Korsakova [Journal of neurology and psychiatry named after S.S. Korsakov], 2001, no. 5, pp.77-84.
5. Polunina A. G. Pokazateli elektroentsefalogrammy pri otsenke kognitivnyh funktsiy [Electroencephalogram indices to assess cognitive functions]. Zhurnal nevrologii s psihiatrii im.S.S. Korsakova [Journal of neurology and psychiatry named after S.S. Korsakov], 2012, no. 7, pp. 74-82. (In Russ.)
6. Drozdova I. V., Hramtsova V. V., Matsuga O. M. [et al.] Kognitivni funktsiyi v praktitsi mediko-sotsialnoy ekspertizi [Cognitive functions in the practice of medical and social expertise], 2015, 59 p. (In Ukr.)
7. Law of Ukraine "On authorization of disability status" № 561 of 05.09.2011. Available at: <http://www.ifp.kiev.ua>.
8. International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, Geneva, 2001, 342 p.
9. International Classification of Diseases – 10. Available at: <http://www.ciet.kiev.ua/about.php?id=54>.
10. Mendelevich V. D. Klinicheskaya i meditsinskaya psihologiya [Clinical and medical psychology]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2002, 592 p. (In Russ.)
11. Raigorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara, BAHRAH-M Publ., 2000, 672 p. (In Russ.)
12. Luysin D. V. Novaya metodika dlya izmereniya emotsionalnogo intellekta. Oprosnik Emln [New methods for emotional intelligence assessment. Questionnaire Emln]. Psihologicheskaya diagnostika. Psychological Diagnostics, 2006, no. 4, pp. 3-22. (In Russ.)
13. Vizel T. G. Neyropsihologicheskoe blits-obsledovanie [Neuropsychological examination]. Moscow, Sikahev Publ., 2005, 24 p. (In Russ.)
14. Babak V. P., Biletskyi A. Ya. Statystychna obrobka danyh [Statistical data processing]. Kyiv, MIVVTS Publ., 2001, 388 p. (In Russ.)
15. Petersen R., Touchon J. Consensus on mild cognitive impairment. Research and practice in AD. EADS-ADCS joint meeting, 2005, vol. 10, pp. 24

## Література

1. Коваленко В. М. Сердцево-судинні захворювання : класифікація, стандарти діагностики та лікування / В. М. Коваленко, М. І. Лутай. – Київ : Моріон, 2016. – 190 с.
2. Ипатов А. В. Принципы организации психодиагностического обследования в медико-социальной экспертизе : методическое пособие / А.В.Ипатов. – Днепропетровск : Украинский государственный научно-исследовательский институт медицинских и социальных проблем инвалидности, 2011. – 70 с.
3. Мурашко Н. К. Алгоритм прогнозирования развития когнитивных нарушений у больных с артериальной гипертензией и атеросклерозом коронарных и церебральных артерий / Н. К. Мурашко. – Киев : Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, 2014. – 40 с.
4. Ковальчук В. В. Особенности реабилитации пациентов после инсульта / В. В. Ковальчук // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – № 5. – С. 77–84.
5. Полунина А. Г. Показатели электроэнцефалограммы при оценке когнитивных функций / А. Г. Полунина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 7. – С. 74–82.
6. Когнітивні функції у практиці медико-соціальної експертизи / І. В. Дроздова, В. В. Храмцова, О. М. Мачуга та ін. – 2015. – 59 с. (In Russ.)
7. Law of Ukraine "On authorization of disability status" № 561 of 05.09.2011 [Electronic Resource]. – Way of access : <http://www.ifp.kiev.ua>.
8. International Classification of Functioning, Disability and Health // WHO. – Geneva, 2001. – 342 p.
9. International Classification of Diseases – 10. Available at: <http://www.ciet.kiev.ua/about.php?id=54>.
10. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – Москва : Медпресс-информ, 2002. – 592 с.
11. Райгородская Д. Я. Практическая психодиагностика : методики и тесты / Д. Я. Райгородская. – Самара : БАХРАХ-М, 2000. – 672 с.
12. Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта : опросник Emln / Д. В. Люсин // Psychological Diagnostics. – 2006. – № 4. – С. 3–22.
13. Визель Т. Г. Нейropsychологическое блиц-обследование / Т. Г. Визель. – Москва : В. Секачев, 2005. – 24 с.
14. Бабак В. П. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький. – Київ : МІВВЦ, 2001. – 388 с.
15. Petersen R. Consensus on mild cognitive impairment / R. Petersen, J. Touchon // Research and practice in AD. EADS-ADCS joint meeting. – 2005. – Vol. 10. – P. 24.



О. І. Вовк

УДК 616.89:378.4(477.54)(091)

© **Вовк Ольга Ігорівна** (Україна) – к.іст.н., заступник директора Центру краєзнавства імені академіка П. Т. Тронька, пл. Свободи, 6, м. Харків, 61022; e-mail: tronkocentr@karazin.ua.

© **Olga Vovk** (Ukraine) – PhD in History, Deputy Director of P. T. Tronko Center for Area Studies, 6, Svobody Square, Kharkiv, 61022; e-mail: tronkocentr@karazin.ua.

© **Вовк Ольга Игоревна** (Украина) – к.ист.н., заместитель директора Центра краеведения имени академика П. Т. Тронько, пл. Свободы, 6, г. Харьков, 61022; e-mail: tronkocentr@karazin.ua.

Том 4, № 8, 2017, стор. 127–129

## ПСИХІАТРІЯ ТА НЕВРОЛОГІЯ У СТІНАХ ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ: СТОРІНКИ ІСТОРІЇ

Анотація і коментарі О. І. Вовк

### PSYCHIATRY AND NEUROLOGY IN KHARKIV UNIVERSITY: HISTORICAL RETROSPECTIVE

**Summary.** The present paper provides a fragment of the monograph “School of Medicine of Kharkiv University during the first 100 years of its functioning (1805-1905)” which was published in 1905-1906 under the editing of University professors I.P. Skvortsov and D.I. Bagalii. The text is published according to the rules of modern spelling and punctuation with keeping to the author’s style. The given fragment (the author – Professor Ia. A. Anfimov) covers the main milestones of developing Psychiatry and Neurology as scientific branches and subjects at Kharkiv University in the late XIX – early XX century. There is viewed the personnel, methodological and scientific potential of the Department of systematic and clinical study of nervous diseases established in 1884 as a separate structural unit of Kharkiv University. Special emphasis is given to the characteristic of clinical basis of the department, their material provision, their role and significance for the studying process.

**Key words:** history of medicine, Kharkiv University, psychiatry, neurology.

### ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ В СТЕНАХ ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

**Аннотация.** Вниманию читателей предлагается фрагмент монографии «Медицинский факультет Харьковского университета за первые сто лет его существования (1805-1905)», вышедшая в 1905–1906 гг. под редакцией университетских профессоров И. П. Скворцова и Д. И. Багалея. Текст публикуется по правилам современной орфографии и пунктуации с сохранением авторской стилистики. Приведенный очерк (автор – профессор Я. А. Анфимов) освещает основные вехи становления и развития психиатрии и неврологии как отраслей науки и учебных дисциплин в Харьковском университете в XIX – начале XX века. Характеризуется кадровый, методический и научный потенциал кафедры систематического и клинического учения о нервных и душевных болезнях, которая была создана в 1884 г. как отдельное структурное подразделение Харьковского университета. Особый акцент сделан на характеристике клинических баз кафедры, их материального обеспечения, роли и значения, которые они играли в учебном процессе.

**Ключевые слова:** история медицины, Харьковский университет, психиатрия, неврология.

### Кафедра учения о нервных и душевных болезнях\*

Кафедра систематического и клинического учения о нервных и душевных болезнях получила свою организацию только со времени введения Университетского Устава 1884 года<sup>1</sup>.

\* Друкється за виданням: Медицинский факультет Харьковского университета за первые сто лет его существования (1805–1905) / под ред. проф. И. П. Скворцова и проф. Д. И. Багалея. Репр. изд. – Вступ. сл. С. М. Куделко. – Х.: САГА, 2011. – 12, V, 471, 314, XVI с., 18 с. портр.

С первых лет существования Императорского Харьковского университета по 1884 год преподавание нервных и душевных болезней было приурочено к кафедре частной патологии и терапии. Одним из первых видных преподавателей нервных и душевных болезней в Харьковском университете был профессор П. А. Бутковский<sup>2</sup>, оставивший руководство по психиатрии под заглавием «Душевные болезни, изложенные сообраз-

но началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании»<sup>3</sup>. Санкт-Петербург. 1834 г. Учебник и в настоящее время представляет большой исторический интерес. Профессор Бутковский вел преподавание до 1844 года (в этом году он заболел и скоро скончался). После него временно поручено было чтение лекций по нервным и душевным болезням профессору Частной патологии и терапии Ф. К. Альбрехту<sup>4</sup>, который, в свою очередь, скоро передал этот курс профессору К. А. Демонси<sup>5</sup>. Последний читал нервные и душевные болезни до конца 60-х годов. В 1870–1871 учебном году временно чтение лекций по этому предмету было поручено профессору В. Г. Лашкевичу<sup>6</sup>. Но скоро, именно с 1871–1872 учебного года, преподавание поручено проф. Я. С. Кремянскому<sup>7</sup>, который вел его до 1884 года в губернской земской психиатрической больнице «Сабурова дача»<sup>8</sup>.

С введением Устава 1884 года основана была самостоятельная кафедра систематического и клинического учения о нервных и душевных болезнях, которую занял профессор П. И. Ковалевский<sup>9</sup>. С уходом последнего в 1894 году ректором в Варшавский университет, кафедра предоставлена была профессору Я. А. Анфимову<sup>10</sup>, который ведет преподавание и в настоящее время.

Названная кафедра в Императорском Харьковском университете до сих пор не имеет клиники. Преподавание, по особому утверждению г. Министром Народного Просвещения положению, ведется в частной лечебнице для душевных и нервных болезней<sup>11</sup> д-ра И. Я. Платонова<sup>12</sup>. Помогательным учебным учреждением для

кафедры душевных и нервных болезней служит существующее при университете на пожертвования средства так наз. Маньковское электролечебное заведение. Средства на него, в количестве 28.000 р., пожертвованы полтавскою помещицею, вдовою титулярного советника Верою Манько в 1853 году. В 1862 году совет университета выработал особое положение для Электротерапевтического заведения имени Манько как лечебницы для приходящих больных, и непосредственно заведывание этим заведением было поручено директору терапевтической клиники. Но занятия по приему и лечению больных ведены были особым доцентом. С учреждением отдельной кафедры душевных и нервных болезней, г. Министр Народного Просвещения в 1884 году предложил присоединить Маньковское электролечебное заведение к кафедре нервных и душевных болезней, « в виде постоянного учебного пособия для улучшения и облегчения преподавания нервных и душевных болезней». После пересмотра всего дела производства о Маньковском заведении и составления новых правил для пользования им, оно было окончательно приурочено к этой кафедре в январе 1886 года. С этого времени оно служит для амбулаторных приемов приходящих больных и кабинетом по кафедре нервных и душевных болезней, в котором происходят ежедневно практические занятия по диагностике и электротерапии со студентами старших семестров. В ближайшем будущем предполагается устройство клиники нервных и душевных болезней; планы и сметы выработаны и представлены в порядке административного производства.

### Коментарі

<sup>1</sup> Організаційні основи університетського життя в Російській імперії регламентувалися спеціальними правовими актами – Статутами. Всього було видано чотири Статути (1804 р., 1835 р., 1863 р., 1884 р.), дія яких поширювалася на всі існуючі на той час університети країни. Університетський статут 1863 р. передбачав викладення курсу «Систематичне та клінічне викладення вчення про нервові та душевні хвороби» в межах навантаження кафедри спеціальної патології і терапії. Статут 1884 р. передбачав створення на медичних факультетах російських університетів окремих кафедр систематичного та клінічного вчення про нервові та душевні хвороби.

<sup>2</sup> Бутковський Петро Олександрович (1800–1844). Закінчив Медико-хірургічну академію в Петербурзі у 1823 р., після цього працював лікарем у військових шпи-

талях в Або та Виборзі. З 1834 р. і до самої смерті викладав у Харківському університеті.

<sup>3</sup> Ця книга стала першим підручником з психіатрії у Російській імперії.

<sup>4</sup> Альбрехт Фрідріх-Вільгельм (Фрідріх Карлович) (1800–1871). Закінчив медичний факультет Дерптського університету в 1825 р. Працював в Одесі: спершу у військово-шпиталі, згодом – на посаді інспектора лікарської управи. У 1838 р. обраний професором на кафедру терапії і клініки Харківського університету. У 1862 р. звільнений зі служби з затвердженням у званні заслуженого професора.

<sup>5</sup> Демонсі Карл Олександрович (1816–1867). У 1836 р. закінчив медичний факультет Казанського університету, у клініці якого залишився працювати. У 1840–1843 рр. стажувався за кордоном. У 1844 р. поступив на роботу в Хар-



ківський університет, у 1846 р. був затверджений у званні ординарного професора. Кілька років очолював холерну лікарню при університеті, керував терапевтичним відділенням клініки. Протягом 1855–1856 рр. (під час Кримської війни) завідував терапевтичним відділенням тимчасового військового шпиталю в Харкові. У 1863 р. був обраний деканом медичного факультету.

<sup>6</sup> Лашкевич Валеріан Григорович (1835–1888). Закінчив Медико-хірургічну академію в Петербурзі. Залишився в академії для підготовки до професорського звання, стажувався за кордоном. У 1869 р. затверджений на посаді доцента Харківського університету по кафедрі терапевтичної клініки. У 1870 р. затверджений екстраординарним, а в 1872 р. – ординарним професором Харківського університету.

<sup>7</sup> Кремянський Яків Семенович (1839–1907). У 1864 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. В 1865 р. склав іспит на ступінь доктора медицини і захистив дисертацію у Військово-медичній академії в Петербурзі. Стажувався за кордоном. З 1868 по 1885 р. викладав у Харківському університеті на кафедрі часткової патології і терапії (з 1868 р. – доцент, з 1879 р. – екстраординарний, з 1882 р. – ординарний професор).

<sup>8</sup> В наші дні – Обласна психіатрична лікарня № 3.

<sup>9</sup> Ковалевський Павло Іванович (1849/1850–1931). Випускник медичного факультету Харківського університету 1874 р. З 1878 р. викладав в університеті, у 1884 р. став першим керівником кафедри систематичного та клінічного вчення про нервові та душевні хвороби. З 1886 р. – екстра-

ординарний, з 1887 р. – ординарний професор, з 1888 р. – декан медичного факультету Харківського університету. У 1894–1897 рр. – ректор Варшавського університету. Згодом працював у Казані та Петрограді. У 1920-х рр. виїхав до Західної Європи.

<sup>10</sup> Анфімов Яків Афанасійович (1852–1930). У 1877 р. закінчив природниче відділення фізико-математичного факультету Петербурзького університету, а в 1880 р. – Медико-хірургічну академію в Петербурзі. У 1887 р. в академії отримав ступінь доктора медицини, працював на кафедрі нервових і душевних хвороб. У 1882 р. очолив кафедру нервових і душевних хвороб у Томському університеті, з 1894 по 1919 р. очолював аналогічну кафедру в Харківському університеті. Згодом переїхав до Тбілісі, до кінця життя викладав у Тбіліському університеті.

<sup>11</sup> «Лечебница доктора И. Я. Платонова для нервных и душевнобольных и алкоголиков» являла собою новий тип психіатричного закладу, в якому науково обґрунтовані методи лікування доповнювалися комфортними умовами перебування хворих. Тривалий час заклад був клінічною базою Харківського університету. Психіатричне відділення клініки знаходилось на вул. Скобелівській, 14, а нервове відділення – на вул. Нетеченській, 6.

<sup>12</sup> Платонов Іван Якович (1852–1920). У 1875 р. закінчив Харківський університет, працював земським психіатром у Харкові, Полтавській та Новгородській губерніях. У 1885 р. повернувся до Харкова, де створив приватну клініку. У 1916 р. переїхав до Євпаторії, де згодом і помер.

## ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ ТА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

до міжнародного науково-практичного журналу  
«Психіатрія, неврологія та медична психологія»

У міжнародному науково-практичному журналі «Психіатрія, неврологія та медична психологія» публікуються статті з певних наукових проблем, результати оригінальних та експериментальних досліджень, статті оглядового, дискусійного та історичного характеру, а також стислі повідомлення, лекції, рецензії, випадки з практики, матеріали інформаційного характеру, праці з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою та інші матеріали, присвячені актуальним проблемам клінічної та судової психіатрії, наркології, неврології, медичної психології, психотерапії, фармакотерапії тощо.

Редколегія журналу приймає до розгляду статті, які відповідають тематиці журналу та наведеним нижче вимогам.

### ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Приймаються роботи, які не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

Обсяг оригінальних статей не повинен перевищувати 12 сторінок, лекцій та оглядів – 20, стислих повідомлень – 5, рецензій – 3 сторінок.

Робота може бути написана українською, російською або англійською мовами.

Статтю слід надсилати в редакцію у двох примірниках; один з них має бути підписаний усіма авторами (або одним з них, котрий бере на себе відповідальність та ставить підпис з припискою «погоджено зі всіма співавторами»).

### СУПРОВІДНІ ДОКУМЕНТИ ТА ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Робота має супроводжуватися офіційним направленням, завізованим підписом керівника та печаткою закладу, де виконано роботу, а для вітчизняних авторів також й експертним висновком, який дозволяє відкрити публікацію, та висновком комісії з біоетики закладу, де виконано роботу.

Статті дисертантів повинні мати візу наукового керівника.

До статей, виконаних за особистою ініціативою автора, необхідно додавати лист з проханням про публікацію.

Разом з текстом статті слід надавати (в електронному вигляді) відомості про автора/авторів:

- прізвище, ім'я, по батькові (повністю);
- місце роботи та посада автора (повністю, без абревіатур);
- науковий ступінь;
- наукове звання;
- номер контактного телефону (мобільний);
- e-mail;
- адреса для пересилання журналу.

### ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ ТЕКСТУ

Ім'я файлу створюється за прізвищем першого автора (стандарт набору – **петренко.doc** або **petreko.doc**).

Текст набирається у текстовому редакторі Microsoft Word:

- формат сторінки – А4, орієнтація – книжкова;
- ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого – 1 см;
- шрифт Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал – 1,5;
- абзацний відступ – 1,25 см (**використовується виключно клавіша Enter**);
- вирівнювання тексту – по ширині сторінки;
- виділення тексту можливе напівжирним шрифтом або курсивом.

### Не допускається:

- дублювання назви статті у назві файлу;
- створення абзацного відступу за допомогою клавиш Tab та пробілів;
- примусові (розставлені вручну) переноси;
- підкреслення, розрядка, застосування великих літер для виділення фрагментів тексту;
- застосування маркованих та нумерованих списків Microsoft Word (окрім списку літератури);
- заміна тире (–) знаком дефіса (-) й навпаки.

### АНОТАЦІЯ ТА КЛЮЧОВІ СЛОВА

**Обсяг анотації** (без ключових слів) – 800–900 знаків без пробілів.

Анотація кожною мовою (українською, російською, англійською) повинна містити:

- назву статті;
- ініціали та прізвище автора/авторів (стандарт набору – **І. А. Петренко**);

- офіційну назву закладу або організації (якщо автори працюють в різних організаціях, слід вказати усі назви та адреси, а надрядковими арабськими цифрами вказати відповідність закладів, де працює кожен автор);
- ключові слова (5–7 слів або словосполучень).

#### ТЕКСТ СТАТТІ

##### Матеріал статті викладається за схемою:

- індекс УДК (статті без УДК не розглядаються);
- назва статті;
- ініціали та прізвище автора/авторів (стандарт набору – **І. А. Петренко**);
- повна назва закладу, де виконано роботу (без аббревіатур);
- три анотації (українською, російською та англійською мовами);
- ключові слова;
- в експериментальних статтях та результатах оригінальних дослідженнях окремим рядком **виділяють такі розділи**:
  - вступ;
  - мета дослідження;
  - матеріали та методи дослідження;
  - результати дослідження та їх обговорення;
  - висновки;
  - література (**список літератури мовою оригіналу**).

У стислих повідомленнях та оглядових статтях зазначені розділи не виділяються, а наводиться лише список літератури.

Усі аббревіатури пояснюються (окрім загальноновідомих скорочень) при першій згадці у тексті.

У тексті статті посилання починаються з [1] та йдуть по наростанню та по порядку.

Посилання на літературу наводяться у квадратних дужках:

- **при посиланні на два та більше джерел**, які не йдуть один за одним, вони розділяються крапкою з комою (стандарт набору [2; 4; 9]);
- **при зазначенні трьох та більше джерел**, що йдуть один за одним, інтервал позначається тире (стандарт набору [2–5]).

При кожному згадуванні прізвища вченого слід вказувати посилання на його публікацію, яка має бути наявною у списку літератури.

Усі цитати мають закінчуватися посиланнями на джерела.

Усі статистичні дані повинні бути обґрунтовані посиланнями на джерела.

У статтях усі фізичні величини та одиниці слід наводити за міжнародною системою SI, терміни – згідно з міжнародною номенклатурою.

#### ТАБЛИЦІ ТА ІЛЮСТРАЦІЇ (графіки, діаграми, схеми, фотографії)

Таблиці повинні бути побудовані у редакторах Microsoft Word, Microsoft Excel, бути компактними та мати відповідні змісту назви.

На всі таблиці та ілюстрації у тексті повинні бути посилання.

Ілюстрації та таблиці слід нумерувати арабськими цифрами (якщо їх кількість більше однієї) та розміщувати у тексті безпосередньо після абзацу, в якому згадуються.

У тексті статті не мають дублюватися дані, наведені у таблиці.

Рисунки не повинні дублювати таблиці.

Якщо графіки, діаграми, схеми створені не в Microsoft Word, вони надсилаються окремими файлами у тій програмі, в якій побудовані (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) з відповідним розширенням.

Схеми, графіки, діаграми повинні бути виконані у колірному режимі Grayscale (градації сірого). Використання кольорового ілюстративного матеріалу (окрім фотографій авторів) не дозволяється та в роботу не приймається.

Фотографії надсилаються окремими файлами у форматі .jpg (або .tiff) з розширенням 300 dpi.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Список літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та повинен містити роботи за останні 10 років. Публікації, датовані раніше, включаються у список лише за необхідності.

У список не включаються неопубліковані роботи.

У бібліографічному описі вказуються прізвище та ініціали автора/авторів, назва роботи, назва періодичного видання (якщо йдеться про статтю з журналу), місто та рік видання, том, випуск, сторінки.

В оригінальних роботах цитується не менше 5 й не більше 15 джерел, в наукових оглядах – до 30.

Література в списку розміщується згідно з порядком посилання на неї у тексті статті.

**Нумерація першоджерел** виконується лише з використанням функції «нумерований список» програми Microsoft Word.

За правильність наведених у списку літератури даних відповідальність несуть автори.

Редакція залишає за собою право рецензування, редакційної правки статей, а також відхилення робіт, які не відповідають вимогам редакції до публікацій; рукописи авторам не повертаються.

Статті та інші матеріали надсилаються за адресою: 61022 Україна, м. Харків, майдан Свободи, 6, к. 605 (кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна).

Електронний варіант надсилається на електронну пошту (e-mail: [journal@psychiatry-neurology.org](mailto:journal@psychiatry-neurology.org)).

Додаткову інформацію можна отримати на сайті журналу: <http://www.Psychiatry-neurology.org> або за тел. 057-705-11-71.

## RULES FOR SUBMITTING PAPERS

to the International scientific and practical journal  
«Psychiatry, Neurology and Medical Psychology»

In the international scientific and practical journal «Psychiatry, Neurology and Medical Psychology» problematic articles, the results of original and experimental studies, articles of review, discussion and historical character, as well as short reports, lectures, reviews, case studies and materials of information character, works on teaching of neurosciences, organization and management of mental service and other materials related to topical issues of clinical and forensic psychiatry, narcology, neurology, medical psychology, psychotherapy, pharmacotherapy and others are published.

The Editorial Board accepts articles for consideration, which correspond to the subject of the magazine and the requirements below.

### GENERAL PROVISIONS

The works which were not published and not submitted for publication before are accepted.

The volume of original articles should not exceed 12 pages, lectures and reviews – 20, short reports – 5, reviews – 3 pages.

The work can be written in Ukrainian, Russian or English.

The article is sent to the editorial office in two copies; one of them must be signed by all the authors (or one of them, who takes responsibility and puts his signature with the note «agreed with all collaborators»).

### SUPPORTING DOCUMENTS

#### AND INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

The paper is accompanied by an official letter, endorsed by the supervisor's signature and seal of the institution where the work was done, and for domestic authors – also the expert conclusion, allowing open publication, and the conclusion of the bioethics commission of the institution, where the work was done.

Dissertators' papers should have a visa of the supervisor.

The papers made on the personal initiative of the author should be accompanied by a letter with a request for publication.

Together with the text of the article (in electronic form) the information about the author / authors is submitted:

- surname, name and patronymic (in full);
- the place of work and position of the author (in full, no abbreviations);
- science degree;
- academic title;
- contact telephone number (mobile);
- e-mail address;
- the address for sending the journal.

### TECHNICAL RULES FOR TEXT FORMATTING

The file name is named after the first author's surname (petrenko.doc).

The text is typed in text editor Microsoft Word:

- page format – A4, orientation – portrait;
- margins: left, top and bottom 2 cm, right – 1 cm;
- font Times New Roman, size 14, line spacing – 1,5;
- indentation – 1.25 cm (just use the enter key);
- text alignment – the width of the page;
- allocation of fragments of the text may be bold or italic.

#### Not allowed:

- duplication of the article title in the file name;
- creation of indentation using the Tab key and the space bar;
- compulsory (placed manually) transfers;
- underlining, discharge, use of capital letters to highlight parts of the text;
- using bulleted and numbered lists in Microsoft Word (except References);
- replacement of a dash (–) with hyphen (-) and vice versa.

### ABSTRACT AND KEY WORDS

The volume of abstracts (without key words) – 800-900 characters without spaces.

Abstract in each language (Ukrainian, Russian, English) should include:

- article title;
- initials and surname of the author / authors (set standard – I.A. Petrenko);
- official name of the institution or organization (if the authors work in different organizations, it is necessary to bring all the names and addresses, and superscript Arabic numerals denoting the corresponding the institutions where authors work);
- key words (5-7 words or phrases).

## TEXT OF THE ARTICLE

Article material is presented by the scheme:

- UDC (article without UDC is not considered);
- article title;
- initials and surname of the author / authors (set standard – I.A. Petrenko);
- full name of the institution where the work was done (without abbreviations);
- three abstracts (in Ukrainian, Russian and English);
- key words;
- in the experimental articles and the results of the original research separate lines highlight sections:
  - Introduction;
  - The purpose of the article;
  - Methods used during research;
  - Results and discussion;
  - Conclusions;
  - References; (**list of references in the original language**).

In brief reports and review articles specified sections do not stand out, there is only a list of references.

All abbreviations should be disclosed (except common abbreviations) at the first mention in the text.

In the text of the article links start with [1], and follow on the rise and in order.

References are given in square brackets:

- by reference to **two or more sources that are not consecutive**, their numbers are separated with a semicolon (set standard [2; 4; 9]);
- at the mention of **three or more sources of consecutive order** the interval is indicated with a dash (set standard [2-5]).

At every mention of the names of scientists a reference to his / her publication, which should be included into references is necessary.

All quotes should end with references to sources.

All statistical data should be backed up by references to sources.

All physical quantities and units should be given in the international system of SI, the terms – according to the international nomenclature.

## TABLES AND FIGURES (GRAPHS, CHARTS, DIAGRAMS, PHOTOS)

All tables should be created in Microsoft Word, be compact and have relevant content titles.

All tables and figures in the text should be referred to.

Illustrations and tables are numbered in Arabic numerals (if their number is more than one) and are placed in the text immediately after the paragraph, in which there is reference to them.

The text of the article should not duplicate the data shown in the table.

Figures should not duplicate the table.

If graphs, charts, diagrams are constructed not in Microsoft Word, then they are sent as separate files in the program, in which they were created (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) with the appropriate extension.

Diagrams, charts, diagrams should be made in the Grayscale color mode (grayscale). **The use of color illustrations is not permitted and is not accepted** (except authors' photographs).

Photos should be sent in separate files in .jpg format (or .tiff) with extension of 300 dpi.

## BIBLIOGRAPHY CITED

References are made in accordance with DSTU GOST 7.1: 2006 and should contain the works no older than 10 years. Earlier publications are included in the list only when necessary.

The list does not include unpublished works.

The bibliographic description includes the surname and initials of the author / authors, title, publisher, place and year of publication, volume, issue, amount of pages.

In the original studies **not less than 5 and not more than 15 sources** are cited, and in **scientific reviews – up to 30 sources**.

**References in the list are placed in order to the order of links in the text.**

**The numbering** of the original sources is done only with the use of "numbered list" feature of Microsoft Word

For the correctness of the data given in the bibliography cited only authors are responsible.

---

The editors' board reserves the right to review and edit articles as well as refuse the works that do not meet the requirements of editorial publications. Manuscripts are not returned.

Articles and other materials should be sent to the address: 61022 Ukraine, Kharkiv, Svoboda Square, 6, room. 605, Department of Psychiatry, Addiction, Neurology and Medical Psychology, V.N. Karazin Kharkiv National University.

The electronic version is sent to the e-mail address: [journal@psychiatry-neurology.org](mailto:journal@psychiatry-neurology.org)).

Additional information is available on the website of the journal: <http://www.Psychiatry-neurology.org> or by telephone number 057-705-11-71.

## ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ И ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

в международный научно-практический журнал  
«Психиатрия, неврология и медицинская психология»

В международном научно-практическом журнале «Психиатрия, неврология и медицинская психология» публикуются проблемные статьи, результаты оригинальных и экспериментальных исследований, статьи обзорного, дискуссионного и исторического характера, а также краткие сообщения, лекции, рецензии, случаи из практики, материалы информационного характера, работы по вопросам преподавания нейронаук, организации и управления психоневрологической службой и другие материалы, посвященные актуальным проблемам клинической и судебной психиатрии, наркологии, неврологии, медицинской психологии, психотерапии, фармакотерапии и др.

Редакционная коллегия журнала принимает к рассмотрению статьи, которые соответствуют тематике журнала и приведенным ниже требованиям.

### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Принимаются работы, которые не публиковались и не подавались к печати ранее.

Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, лекций и обзоров – 20, кратких сообщений – 5, рецензий – 3 страниц.

Работа может быть написана на украинском, русском или английском языках.

Статья присылается в редакцию в двух экземплярах; один из них должен быть подписан всеми авторами (или одним из них, который берет на себя ответственность и ставит подпись с припиской «согласовано со всеми соавторами»).

### СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Работа сопровождается официальным направлением, завизированным подписью руководителя и печатью учреждения, где выполнена работа, а для отечественных авторов также экспертным заключением, позволяющим открытую публикацию, и заключением комиссии по биоэтике учреждения, где выполнена работа.

Статьи диссертантов должны иметь визу научного руководителя.

К статьям, выполненным по личной инициативе автора, должно прилагаться письмо с просьбой о публикации.

Вместе с текстом статьи (в электронном виде) подаются сведения об авторе/авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
- место работы и должность автора (полностью, без аббревиатур);
- научная степень;
- ученое звание;
- номер контактного телефона (мобильный);
- e-mail;
- адрес для пересылки журнала.

### ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕКСТА

Имя файла создается по фамилии первого автора (**петренко.doc** или **petreko.doc**).

Текст набирается в текстовом редакторе Microsoft Word:

- формат страницы – А4, ориентация – книжная;
- ширина полей: левого, верхнего и нижнего по 2 см, правого – 1 см;
- шрифт Times New Roman, кегль 14, межстрочный интервал – 1,5;
- абзацный отступ – 1,25 см (используется только клавиша Enter);
- выравнивание текста – по ширине страницы;
- выделение фрагментов текста возможно полужирным шрифтом или курсивом.

### Не допускается:

- дублирование названия статьи в названии файла;
- создание абзацного отступа с помощью клавиш Tab и пробел;
- принудительные (расставленные вручную) переносы;
- подчеркивание, разрядка, использование прописных букв для выделения фрагментов текста;
- использование маркированных и нумерованных списков Microsoft Word (кроме списка литературы);
- замена тире (–) знаком дефиса (-) и наоборот.

### АННОТАЦИЯ И КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

**Объем аннотации** (без ключевых слов) – 800–900 знаков без пробелов.

Аннотация на каждом языке (украинский, русский, английский) должна включать:

- название статьи;
- инициалы и фамилию автора/авторов (стандарт набора – **И. А. Петренко**);
- официальное название учреждения или организации (если авторы работают в разных организациях, необходимо привести все названия и адреса, а надстрочными арабскими цифрами обозначить соответствие учреждений, где работают авторы);
- ключевые слова (5–7 слов или словосочетаний).

## ТЕКСТ СТАТЬИ

Материал статьи излагается по схеме:

- индекс УДК (статьи без УДК не рассматриваются);
- название статьи;
- инициалы и фамилия автора/авторов (стандарт набора – **И. А. Петренко**);
- полное название учреждения, где выполнена работа (без аббревиатур);
- три аннотации (на украинском, русском и английском языках);
- ключевые слова;
- в экспериментальных статьях и результатах оригинальных исследований отдельной строкой **выделяются разделы**:
  - введение;
  - цель и задачи исследования;
  - материалы и методы исследования;
  - результаты исследования и их обсуждение;
  - выводы;
  - литература (**список литературы на языке оригинала**).

В кратких сообщениях и обзорных статьях указанные разделы не выделяются, а приводится только список литературы.

Все аббревиатуры должны быть раскрыты (кроме общепринятых сокращений) при первом упоминании в тексте.

В тексте статьи ссылки начинаются с [1] и следуют по нарастающей и по порядку.

Ссылки на литературу приводятся в квадратных скобках:

- при ссылке на **два и более источников**, не следующих друг за другом, они разделяются точкой с запятой (стандарт набора [2; 4; 9]);
- при упоминании **трех и более источников**, следующих друг за другом подряд, интервал обозначается знаком тире (стандарт набора [2–5]).

При каждом упоминании фамилии ученого необходима ссылка на его публикацию, которая должна быть включена в список литературы.

Все цитаты должны заканчиваться ссылками на источники.

Все статистические данные должны быть подкреплены ссылками на источники.

Все физические величины и единицы следует приводить по международной системе SI, термины – согласно международной номенклатуре.

## ТАБЛИЦЫ И ИЛЛЮСТРАЦИИ

(графики, диаграммы, схемы, фотографии)

Все таблицы должны быть построены в редакторе Microsoft Word, быть компактными и иметь соответствующие содержанию названия.

На все таблицы и иллюстрации в тексте должны быть ссылки.

Иллюстрации и таблицы нумеруются арабскими цифрами (если их количество более одной) и размещаются в тексте непосредственно после абзаца, в котором упоминаются.

В тексте статьи не должны дублироваться данные, которые приведены в таблице.

Рисунки не должны дублировать таблицы.

Если графики, диаграммы, схемы построены не в Microsoft Word, то они присылаются отдельными файлами в той программе, в которой построены (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) с соответствующим расширением.

Схемы, графики, диаграммы должны быть выполнены в цветовом режиме Grayscale (градации серого). **Использование цветного иллюстративного материала не допускается** и не принимается (кроме фотографий авторов).

Фотографии присылаются отдельными файлами в формате .jpg (или .tiff) с разрешением 300 dpi.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Список литературы оформляется в соответствии с ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 и должен содержать работы за последние 10 лет. Более ранние публикации включаются в список только в случае необходимости.

В список не включаются неопубликованные работы.

В библиографическом описании указываются фамилия и инициалы автора/авторов, название работы, издательство, место и год издания, том, выпуск, страницы.

В оригинальных работах цитируется **не менее 5 и не более 15 источников**, а в научных **обзорах – до 30 источников**.

**Литература в списке размещается в порядке ссылок на нее в тексте статьи.**

**Нумерация первоисточников** выполняется только с использованием функции «нумерованный список» программы Microsoft Word.

За правильность приведенных в списке литературы данных несут ответственность авторы.

---

Редакция оставляет за собой право рецензирования, редакционной правки статей, а также отклонения работ, которые не соответствуют требованиям редакции к публикациям; рукописи авторам не возвращаются.

Статьи и другие материалы отправляются по адресу: 61022 Украина, г. Харьков, площадь Свободы, 6, к. 605, кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина.

Электронный вариант отправляется по электронной почте (e-mail: [journal@psychiatry-neurology.org](mailto:journal@psychiatry-neurology.org)).

Дополнительную информацию можно получить на сайте журнала: <http://www.Psychiatry-neurology.org> или по тел. 057-705-11-71.

**Наукове видання**

**Психіатрія, неврологія та медична психологія**

**Міжнародний науково-практичний журнал  
Том 4, № 8**

(Укр., рос. та англ. мовами)

Відповідальна за випуск І. Б. Савостьянова

Підписано до друку 30.10.2017. Формат 60x84/8.  
Папір крейдяний. Друк офсетний.  
Гарнітура Myriad.  
Ум. друк. арк.                      Обл.-вид. арк.  
Наклад 500 пр. Зам. №                      Ціна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
майдан Свободи, 6, кімн. 605, м. Харків, Україна 61022.