

## КОРРЕКЦИЯ АУТОАГРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ КАК ЗВЕНО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Черненко М. Е., Вовк В. И.

**Черненко  
Максим Евгеньевич**

Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины»;  
улица Академика Павлова, 46, 61068, г. Харьков, Украина  
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина;  
площадь Свободы, 4, 61022, г. Харьков, Украина  
mchernenko78@ukr.net; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7810-792X>

**Вовк  
Виктория Игоревна**

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина;  
площадь Свободы, 4, 61022, г. Харьков, Украина  
v.i.vovk@ukr.net; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9547-8968>

В статье проанализированы современные данные об аутоагрессии у больных с демиелинизирующей патологией. Отмечено, что вопросы психоневрологической адаптации и реабилитации больных с демиелинизирующей патологией остаются остро актуальными до настоящего времени. Важное место в комплексе мер по раннему выявлению нарушений в эмоциональной сфере занимают исследования агрессии, в частности, неосознаваемой агрессии, которая при определенных условиях может приобретать аутоагрессивную направленность. Установлено, что сведения о выраженности неосознаваемой агрессии у больных рассеянным склерозом украинской популяции, важные для выделения мишеней превенции суицидальной активности, отсутствуют. Представлены результаты методики «Hand-test» у жителей Восточного региона Украины с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза, находившихся на лечении в ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (n=71). Исследование проведено в связи с задачей усовершенствования психоневрологической модели адаптации и реабилитации больных на основании раннего выделения мишеней превенции аутоагрессии. Тенденция к агрессивному поведению оценивалась путем сравнения тенденций, отображающих готовность к агрессивному поведению, а также тенденций, которые предполагают кооперацию. Были выявлены определенные сложности в сфере социальных контактов, что может находить свое выражение в отгороженности от окружающих, формализме в отношениях. Выделен психодиагностический профиль, в котором на фоне повышенной неосознаваемой агрессии доминируют показатели зависимости и личностной незрелости. Такое сочетание несет в себе потенциальную угрозу реализации аутоагрессивной тенденции. Проведенное исследование позволило выявить общую повышенную склонность к проявлению агрессивности у обследуемых больных. Интенсивное переживание больными чувства зависимости, беспомощности, подчиненности при повышенной неосознаваемой агрессии идентифицировано как мишень превенции потенциальной суицидальной активности в изученной выборке. Выявление, изучение и дальнейшая коррекция неосознаваемых поведенческих тенденций является важным звеном психоневрологической модели адаптации больных демиелинизирующей патологией.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, демиелинизирующая патология, аутоагрессия, адаптация, реабилитация, психодиагностический маркер суицидального риска.

Вопросы адаптации и реабилитации пациентов с рассеянным склерозом на данный момент остаются остро актуальными. Так, авторами отмечается важность сопоставления параметров адаптации личности с особенностями метаболических процессов головного мозга у больных рассеянным склерозом, что может дополнить понимание адаптационных механизмов личности и позволить подойти к использованию новых способов психокоррекции, необходимых для повышения эффективности реабилитационных мероприятий [1]. Демиелинизирующие заболевания, представляя собой одну из наиболее важных медико-социальных проблем, являются также неоспоримым фактором риска для формирования суицидальных тенденций. Преобладающая у пациентов тревожно-депрессивная симптоматика на фоне органического поражения центральной нервной системы может явиться основой кристаллизации аутоагрессивного поведения. Также общеизвестным фактом является то, что процесс адаптации значительно ухудшается (а зачастую и вовсе нивелирует) суицид.

Согласно данным Н. Bronnum-Hansen et al. [2], около 1% мужчин и 0,5% женщин с рассеянным склерозом (РС) заканчивают жизнь самоубийством в течение первых 10 лет после постановки диагноза. Факторами риска повышенной суицидальной готовности больных с рассеянным склерозом (РС) считаются соматогенные детерминанты основного заболевания: тяжелое состояние больных, сопровождающееся снижением уровня их физической активности и способности к самообслуживанию; нарушения сексуальной функции у мужчин; дизурические расстройства и нарушения зрения. К факторам, поддерживающим суицидальную активность, отнесены дисгармоничные отношения в семье, ведущие к микросоциальной изолированности больного [3; 4; 5; 6]. Установлено, что риск самоубийства среди больных РС от 2 до 7 раз может превышать показатели здоровых людей того же пола и возраста [6; 8]. Отмечается также, что сообщения о фактической частоте попыток суицида среди этих больных не точны, и подчеркивается, что, видимо, она значительно выше, чем цифры, приводимые в литературе [5; 8]. основополагающим принципом профилактики аутоагрессивного поведения является раннее выявление нарушений в эмоциональной сфере у больных с РС [3; 4; 5]. Важное место в комплексе мер по раннему выявлению нарушений в эмоциональной сфере занимают исследования агрессии, в частности, неосознаваемой агрессии, которая при определенных условиях может приобретать аутоагрессивную направленность. Для выявления агрессии указанного типа хорошо зарекомендовала себя проективная методика

Тест руки Вагнера (Hand test) [10; 11; 12]. В отдельных выборках больных РС с её помощью были изучены усредненный показатель склонности к открытой агрессии [13], степень психопатологических проявлений и дезадаптации личности [14], взаимосвязи неосознаваемой агрессии с региональными значениями уровня метаболизма глюкозы в головном мозге (по данным позитронно-эмиссионной томографии) [15]. В исследовании Т.Н. Резниковой, Н.А. Селиверстовой (2017) показатель склонности к открытому агрессивному поведению (скрытая агрессия) по проективной методике Hand test в 52% случаев у пациентов с РС был выше единицы и находился в пределах от 1 до 8 баллов. Усредненный показатель склонности к открытой агрессии (неосознанная агрессия) оказались выше нормы ( $n=1,5$ , при норме от -1 до +1). При этом указанный показатель имел широкий диапазон значений, что трактовалось как выраженная вариабельность неосознаваемой агрессии. Такое повышение неосознаваемой агрессии сопровождалось увеличением категорий ответов агрессивного и директивного характера, и свидетельствовало, по мнению авторов, о низкой коммуникативности и трудностях социальной адаптации [13]. В исследовании Т.М. Шамовой, А. В. Карпович-Мисник [14], по результатам Hand test, напротив, показано, что большинство пациентов с РС не проявляли склонности к агрессивному поведению, только у 16% зарегистрированы высокие суммарные показатели по шкалам агрессии (Agg) и директивности (Dir) – более 20% ответов. Степень личностной дезадаптации больных РС был значительно выше показателей у здоровых испытуемых, также отмечена повышенная тенденция к уходу от реальности по сравнению со здоровыми людьми [14]. Связь неосознаваемой агрессии (по Hand test) с региональными значениями уровня метаболизма глюкозы в головном мозге (по данным позитронно-эмиссионной томографии) у больных РС была прослежена Т. Н. Резниковой, Н. А. Селиверстовой, Г. В. Катаевой с соавт. [15]. Показано, что повышенная склонность к открытой агрессии у больных РС связана преимущественно со снижением функционирования разных отделов лобных долей головного мозга слева и изменением скорости метаболизма глюкозы в структурах лимбической системы правого и левого полушария. При повышении неосознанной агрессии наблюдается снижение скорости метаболизма глюкозы в отдельных областях нижней и средней лобной извилины слева. Обобщая представленный в литературе опыт применения методики «Hand-test» у больных с демиелинизирующей патологией, можно заключить, что данная проективная методика является высоко информатив-

ной в плане выявления потенциальной склонности к поведенческой агрессии уже на ранних стадиях болезни. Многими исследователями подчеркивается значимость выделения агрессивности в качестве маркера потенциального риска опасного поведения для повышения эффективности медико-реабилитационных мероприятий [16; 17]. Открытым остается вопрос о механизмах изменения аффективного статуса больных РС в условиях его длительного лечения. Установлено также, что сведения о выраженности неосознаваемой агрессии (по Hand test) у больных РС украинской популяции, важные для выделения мишеней превенции суицидальной активности, отсутствуют. Все выше сказанное предопределило цель настоящего исследования.

**Цель исследования:** разработка и усовершенствование психоневрологической модели адаптации и реабилитации пациентов с демиелинизирующей патологией на основании изучения выраженности неосознаваемых поведенческих тенденций у больных с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза Восточного региона Украины.

#### **Материал и методы исследования.**

Было обследовано 71 пациент (из них мужчин – 29, женщин – 42, в возрасте от 18 до 67 лет), находившихся на лечении в ГУ «ИНПН АМН Украины». Критериями включения в исследование являлись: установленный диагноз рассеянного склероза (РС) (для верификации использовались критерии McDonald 2010 [18], данные МРТ-исследования); однотипность течения РС (у всех респондентов – ремиттирующий тип РС – РТ РС); наличие ремиссии (все больные на момент исследования находились в состоянии ремиссии); постоянное проживание в Восточном регионе Украины. Тяжесть РС оценивали с помощью шкалы EDSS J.F. Kurtzke [19]. Исследование проводилось с соблюдением биоэтических норм согласно протоколу, утвержденному локальным биоэтическим комитетом.

Использовались: клинический, клинико-anamnestический методы, МРТ метод, психодиагностический метод, методы математической статистики.

Общая характеристика пациентов с РТ РС представлена в табл. 1.

В качестве психодиагностического инструмента оценки вероятности реализации поведенческих тенденций использовалась проективная методика «Тест руки» (Hand test) в адаптации Т.Н. Курбатовой [10]. В ходе выполнения теста испытуемым в качестве визуальных стимулов предлагались стандартизированные изображения руки, которые они должны были проинтерпретировать в содержательно-действенном контексте. При обработке результатов каждый ответ относили

к одной из 11 шкал, три из которых имеют прямое отношение к оценке агрессивного поведения: «Агрессия» (Agg), «Директивность» (Dir), «Страх» (F). Ответы по трем другим шкалам отражали особенности установок, направленных на социальное взаимодействие испытуемого: «Аффектация» (Aff), «Коммуникация» (Com), «Зависимость» (Dep). Шкалы «Описание» (Des), «Активные безличные ответы» (Act), «Пассивные безличные ответы» (Pas) связаны с оценкой уровня общей активности; а ответы по шкалам «Увечность» (Crip) и «Эксгибиционизм» (Ex) – с патохарактерологическими личностными особенностями. Алгоритм интерпретации результатов Hand test – традиционный. Результаты качественного анализа тестовых категорий у пациентов сравнивались с тестовыми нормами, определенными для сопоставимой половозрастной группы [10].

Таблица 1

#### **Общая характеристика пациентов с РТ РС, %, М ± m**

Параметр	Группа РТ РС (n=71)
Средний возраст, лет	35,97 ± 0,9
Соотношение мужчины/женщины, %	40,85/59,15
Постоянное место проживания	Восточный регион Украины
Длительность заболевания, лет	8,81 ± 0,74
Шкала EDSS, баллы	2,89 ± 0,13

Статистический анализ и обработка полученных данных проводились с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics, 22 версия. Уровень значимости был принят  $p < 0,05$ .

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

Всего в группе РТ РС (n=71) было получено 1 646 ответов на предложенный в ходе исследования стимульный материал. Общее количество ответов свидетельствовало о существующем запасе тенденций к действию, отражало энергетический потенциал и степень активированности личности испытуемых [10]. Среднее значение ответов по выборке было равно  $23,2 \pm 1,1$ , что свидетельствовало о средне выраженной психологической активности испытуемых. При интерпретации ответов полагали, что процентное значение отражало вес данной тенденции к действию в целостной психической жизни пациента. Чем выше процент ответов определенной категории, тем выше вероятность её проявления в поведении, тем легче активируется данная тенденция [10].

По результатам анализа процентного соотношения категорий в группе РТ РС были выделены два психодиагностических профиля: «А» и «Б». Профиль «А» был установлен у 47 (66,20%) пациентов, профиль «Б», соответственно, у 24 (33,80%) пациента.

По результатам направленного клинико-анамнестического изучения наличия/отсутствия признаков суицидальности было установлено, что у всех пациентов с профилем «Б» имели место различные проявления суицидальности в анамнезе: у 4 (16,67%) выявлены суицидальные решения и намерения, у 19 (79,17%) – суицидальные мысли, у 1 (4,17%) – незавершенная суицидальная попытка. У больных с профилем «А» признаки суицидальности отсутствовали.

Показатели диагностики Hand test у пациентов с профилем «А» отражены в таблице 2.

Из табл. 2 следует, что доминирующее положение в профиле «А» занимали две первые категории: «Agg» (13,7%) и «Dir» (16,4%). Значения этих категорий превышали нормативные значения в сопоставимой половозрастной выборке (нормативные «Agg» = 9,4%, Dir = 11,65% [9]). Суммарный коэффициент ответов по указанным категориям в профиле «А» составил 497 баллов (30,1%), что свидетельствовало о высокой вероятности проявления агрессии в реальном поведении испытуемых. Сопоставление категорий «Agg» и «Dir» показало, что последняя на 2,7% превышает показатель «Agg», т.е. имело место преобладание директивной тенденции над агрессивной. Наличие наивысшего значения показателя категории «Dir» в профиле отображало у испытуемых установку на доминирование в отношении с другими людьми; в их поступках отображается готовность к открытому агрессивному поведению и нежелание приспособливаться к социальному окружению. Из литературы известно, что главной детерминантой открытого агрессивного поведения является низкий уровень развития навыков социального сотрудничества, а не наличие развитых агрессивных тенденций [20]. Поэтому тенденция к агрессивному поведению оценивалась путем сравнения тенденций, отображающих готовность к агрессивному поведению, а также тенденций, которые предполагают кооперацию.

Установлено, что показатели «Aff» (10,7), «Com» (10,0), «Dep» (10,8), отображающие тенденции, связанные с социальной кооперацией, в суммарном значении составили 31,5% в профиле «А» (табл. 2). Процентный показатель эмоциональности, коммуникации и зависимости лишь на 1,4% был выше суммарного показателя агрессии и директивности. Выявленное равновесие значений в группах «Aff»-«Com»-«Dep» и «Agg»-«Dir» свидетельствует, во-первых, о связанности агрессивных директивных тенденций и тенденции к социальному кооперированию [20], во-вторых, о тенденции к подавлению в себе чувства любви и эмоционально позитивного чувства к другим людям [20]. По показателю «Com», испытуемые с РТ РС с профилем «А» получили 165 баллов, что на 105 баллов меньше по показателю «Dir». Превосходящие значения показателя «Dir» над показателем «Com» указывает на то, что испытуемые в общении не опираются на обратную связь, проявляют формализм в отношениях, неискренность. Такое соотношение указывает на наличие определенных сложностей в сфере социальных контактов, что может находить свое выражение в отгороженности от окружающих, формализме в отношениях.

По данным литературы, процент безличных ответов («Act» + «Pas») распределяется примерно в равных долях и колеблется в границах 35,00% [20]. В нашем исследовании суммарный показатель указанных категорий у пациентов с профилем «А» составил 21,17%. Преобладание ответов категории «Act» над категорией «Com», с одной стороны, указывало на то, что основной опыт переживания у таких пациентов связан с физической средой, а не с другими людьми. С другой стороны, преобладание значения категории «Act» над «Com» можно трактовать и как признак обостренного социального восприятия, сенситивности в межличностных отношениях и тревожности [20]. Большинство событий,

Таблица 2

### Показатели диагностики Hand test у пациентов с РТ РС: профиль «А», баллы, %

Agg*	Dir	F	Aff	Com	Dep	Ex	Crip	Act	Pas	Des
227**	270	141	177	165	178	51	55	197	150	35
13,7***	16,4	8,6	10,7	10,0	10,8	3,09	3,4	12	9,17	2,14

Примечание: \* – категории Hand test: Agg – агрессия, Dir – директивность, F – страх, Aff – аффектация, Com – коммуникация, Dep – зависимость, Ex – эксгибиционизм, Crip – увечность/калечность, Act и Pas – активные и пассивные безличные ответы, Des – описание; \*\* - баллы; \*\*\* – % (то же в таблице 3)

Таблица 3

### Показатели диагностики Hand test у пациентов с РТ РС: профиль «Б», баллы, %

Agg	Dir	F	Aff	Com	Dep	Ex	Crip	Act	Pas
186	196	145	26	189	313	117	28	257	193
11,3	11,9	8,8	1,60	11,5	19,0	7,1	1,68	15,6	11,7

в которых функционируют испытуемые с такой диспропорцией «Act» / «Com», равно как и большинство предметов, с которыми они взаимодействуют, имеют для них личностный смысл. Указанные особенности в целом повышают личностную уязвимость таких пациентов. Процент ответов по категории «страх» («F») у пациентов с профилем «А» составил 8,6%, что превышает нормативный показатель [10]. В традиционной интерпретации эта категория включает ответы, отражающие страх перед ответным ударом, агрессией со стороны других людей. К категории «F» относятся не «истинные» тенденции к действию, а защитные реакции. В таких ответах отнесенных к категории «F» рука может выступать как жертва чьих-то агрессивных проявлений или стремиться оградить себя от физических воздействий и повреждений. В нашем исследовании у пациентов с профилем «А» отсутствовали ответы, в которых рука выступала как жертва собственной агрессии. Этим профиль «А» отличался от профиля «Б». Сочетания категориальных значений в паре, где значение «Der» выше «F» (как в профиле «А»), с большой долей вероятности указывало на то, что страх вызывается зависимостью. Из литературы известно, что неосознанное намерение пациента отгородить себя от различных влияний и угроз, исходящих из внешнего мира, может быть реализовано в беспредметном страхе на уровне защитной реакции [10; 20]. В целом, профиль «А» можно охарактеризовать как профиль, в котором хорошо развиты директивно-агрессивные тенденции, проявление которых уравнивается достаточно хорошо развитыми тенденциями к социальному кооперированию. Повышенный показатель страха отражает в большей степени страх больного перед нарастающей инвалидизацией, но также и страх перед агрессией со стороны других людей, от которых в силу своего положения он зависит. Директивность как показатель, который напрямую связан с возможностью открытого проявления агрессивных тенденций, проявляется как власть в общении, попытками «управления» близкими, медперсоналом, ходом лечения. Такая директивность поддерживает у пациента иллюзию контроля над окружением, собственным физическим состоянием, ходом лечения и пр., способствует снижению страха. При хорошо развитой преобладающей тенденции директивности, вероятность переадресации агрессивности с внешнего объекта на внутренний представляется нам как низкая. В пользу сказанного свидетельствует отсутствие указаний на суицидальную активность в анамнезе у всех пациентов с профилем «А».

Показатели диагностики Hand test у пациентов группы РТ РС с профилем «Б» представлены в табл. 3.

Установлено, что доминирующую позицию в профиле «Б» у пациентов с РТ РС занимает показатель категории «зависимость» («Der») (19,0%). Для характеристики категории «Der» оцениваются ответы, в которых рука воспринимается как ищущая поддержку у других людей. Такие ответы свойственны человеку, считающему, что окружающие должны уделять ему много внимания, тратить на него время, нести ответственность за его действия. Высокие показатели «Der», как правило, сопровождаются сильнейшим чувством обиды за свое зависимое, подчиненное положение [10; 14; 20]. Подчиненность собственной воле воле других людей в ситуации, когда критично снижается уровень физической активности и способности к самообслуживанию, с одной стороны есть целиком закономерный процесс. С другой стороны, постоянная подчиненность накладывает определенный отпечаток на все поведение, что может находить свое выражение, как показано в исследовании О.Ф. Хміляр [20], в аутоагрессии. Особенно неблагоприятным, в плане реализации аутоагрессивной тенденции, рассматривается сочетание в профиле высокого значения показателя «Der» с низким значением показателя категории «Aff» [20]. Именно такое сочетание отмечено в профиле «Б» у пациентов. Низкое значение показателя «Aff» (1,6%) свидетельствует о дефиците откровенных эмоциональных проявлений и отсутствии желания поддерживать эмоциональный контакт. На этом фоне высокие показатели категории «Ex» (7,1%) относительно «Aff» указывают, что испытуемые стремятся выразить себя и одновременно подавляют это чувство. При такой констелляции тенденций, сверхнормативно повышенная агрессия («Agg+Dir» = 23,2%, норматив – 21,5% [10]) потенциально может быть неосознанно переадресована на себя и реализоваться в форме самоповреждения. Возможность и условия такой переадресации описана в литературе [20]. По нашему мнению, основной причиной перенаправленности агрессии на себя является то, что благополучие пациента с РС критично зависит от внешнего объекта (доступности квалифицированной медицинской помощи, поддержки микроокружения, отношения врача и пр.). Несмотря на то, что реализация аутоагрессивной тенденции является социально осуждаемым актом, и создает серьезные проблемы для тех, кто использует этот вид психологической защиты, эмоционально самоповреждение может являться для больных РС с профилем «Б» более предпочтительным, чем осознание первичного объекта агрессии. Подтверждением сказанного является тот факт, что у всех пациентов с профилем «Б» в анамнезе отмечены признаки суицидальности.

Процент ответов по категории «страх» («F») у пациентов с профилем «Б» составил 8,8%, что превышает нормативный показатель [10]. Значения процентных показателей в профилях «А» и «Б» существенно не различались, но только в профиле «Б» у пациентов были отмечены ответы категории «F», в которых рука выступала как жертва собственной агрессии. Пример: «Рука царапает себя», «Рука тушит сигарету» и пр.

Суммарный коэффициент «Act» и «Pas» – активных и пассивных безличных ответов у пациентов профиля «Б», составил 27,3%, что на 6,13% больше, чем аналогичный суммарный коэффициент у пациентов с профилем «А». Указанные показатели в целом отражают личностную незрелость [20], степень выраженности которой выше у пациентов с профилем «Б». Высокий процент безличных ответов свидетельствует также о снижении роли социума в жизни человека [14], что косвенно может указывать на нивелирование значимых социальных предписаний, запрещающих самоповреждение.

Таким образом, результаты данного исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Вопросы психоневрологической адаптации и реабилитации больных с демиелинизирующей патологией остаются остро актуальными до настоящего времени.

2. Изучение, выявление и дальнейшая коррекция неосознаваемых поведенческих тенденций в виде аутоагрессии является важным звеном психоневрологической модели адаптации больных с рассеянным склерозом.

3. Проективная методика «Hand-test» у больных с РТ РС позволила выявить общую повышенную склонность к проявлению агрессивности у больных РТ РС, проживающих в Восточном регионе Украины.

4. Выделен психодиагностический профиль – профиль «Б», в котором на фоне повышенной неосознаваемой агрессии, доминируют показатели зависимости и личностной незрелости. Такое сочетание несет в себе потенциальную угрозу реализации аутоагрессивной тенденции, что позволяет отнести пациентов РТ РС с указанным профилем в «Hand-test» к группе риска.

5. Интенсивное переживание больными чувства зависимости, беспомощности, подчиненности при повышенной неосознаваемой агрессии является, по нашему мнению, мишенью превенции потенциальной суицидальной активности у больных с демиелинизирующей патологией.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Терентьева И. Ю. Особенности адаптации личности у больных рассеянным склерозом : диссертация ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Терентьева Инга Юрьевна; – Санкт-Петербург, 2005. – 115 с.
2. Bronnum-Hansen H. Suicide among Danes with multiple sclerosis / H. Bronnum-Hansen, E. Stenager, E. Nylev Stenager [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry*. – 2005. – №76. – С.1457-1459. DOI: 10.1136/jnnp.2004.056747
3. Куценко Н.И. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (клинико-динамический и социально-психологический аспекты): диссертация ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Куценко Наталия Ивановна; [Место защиты: ГУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАНН»]. – Томск, 2008. – 138 с.
4. Зотов П.Б. Психопатологические факторы антисуицидального барьера (на примере больных рассеянным склерозом) / П.Б. Зотов, Н.И. Куценко, С.М. Уманский // *Медицинская наука и образование Урала*. – 2008. – № 6. – С. 46-47.
5. Зотов П.Б. Мотивы суицидальной активности и факторы антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом / П.Б. Зотов, Н.И. Куценко // *Суицидология*. – 2011. – №3. – С.20-25.
6. Stenager E.N. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation / E.N. Stenager, E. Stenager, N. Koch-Henriksen [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry*. – 1992. – Vol. 55. – P. 542-545. DOI: 10.1136/jnnp.55.7.542
7. Turner A.P. Suicidal ideation in multiple sclerosis / A.P. Turner, R.M. Williams, J.D. Bowen [et al.] // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2006, Vol 87. – P.1073-1078. DOI:10.1016/j.apmr.2006.04.021
8. Shen Q. Association between suicide and multiple sclerosis: An updated meta-analysis / Q. Shen, H. Lu, D. Xie [et al.] // *Multiple Scler. J.* – 2019. – Vol.34. – P.83-90. DOI: 10.1016/j.msard.2019.06.012
9. Marrie R.A. What is the risk of suicide in multiple sclerosis? / R.A. Marrie // *Multiple Scler. J.* – 2017. – Vol.23. – P.755-756.
10. Курбатова Т.Н. Проективная методика исследования личности «Hand-test»: методическое руководство / Т.Н. Курбатова, О.И. Муляр. – СПб.: ИПП ИМАТОН, 2001. – 64 с.
11. Вагнер Э. Тест руки (Hand Test). Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006. – 1096 с.
12. Хруленко-Варницкий И.О. О некоторых методических подходах к оценке эмоциональной возбудимости в процессе фармакотерапии больных с пограничными психическими расстройствами / И.О. Хруленко-Варницкий // *Фарматека*. – 2012. – №3 – С.31-36.
13. Резникова Т.Н. О значении осознанных и неосознанных эмоциональных процессов при рассеянном склерозе / Т.Н. Резникова, Н.А. Селиверстова // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*. – 2017. – Том 9. – №3. – С. 53-58.
14. Шамова Т.М. Характеристика личности больных рассеянным склерозом по данным проективного метода «Hand-test» / Т.М. Шамова, А.В. Карпович-Мисник // *Журнал ГрГМУ*. – 2007. – № 4. – С.80-82.
15. Резникова Т.Н. Функциональная активность структур головного мозга и склонность к агрессии у больных с длительно текущими заболеваниями ЦНС / Т.Н. Резникова, Н.А. Селиверстова, Г.В. Катаева [и др.] // *Физиология человека*. – 2015. – Том 41. – №1. – С.35-42.
16. Булыгина В.Г. Психодиагностические методы исследования в практике принудительного лечения психически больных: Руководство для врачей / В.Г. Булыгина, Т.А. Котова, М.А. Котова [и др.]. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского». – 2010. – 302 с.
17. Макушкин Е.В. Мотивационная агрессия / Е.В. Макушкин, В.В. Горинев // *Российский психиатрический журнал*. – 2016. – № 2. – С. 11–19.
18. Polman C.H. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria / C.H. Polman, S.C. Reingold, B. Banwell [et al.] // *Ann. Neurol.* – 2011. – Vol. 69. – N 2. – P. 292-302. <https://doi.org/10.1002/ana.22366>
19. Kurtzke J. F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) / J.F. Kurtzke // *Neurology*. – 1983. – Vol. 33. – N 11. – P. 1444-1452. DOI: 10.1212/WNL.33.11.1444
20. Хміляр О.Ф. Символічна мова руки та поведінкові тенденції людини / О.Ф. Хміляр // *Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка»*. – 2012. – Вип.19. – С.254-258.

## REFERENCES

1. Terenteva I. Yu. Features of personality adaptation in patients with multiple sclerosis: dissertatsiya ... kand. med. nauk : 19.00.04, Sankt-Peterburg, 2005, 115 p. [In Russ.]
2. Bronnum-Hansen H., Stenager E., Nylev Stenager E. and al. Suicide among Danes with multiple sclerosis. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry*. 2005. No 76. pp. 1457-1459.
3. Kutsenko N.I. Suicidal behavior of patients with multiple sclerosis (clinical-dynamic and socio-psychological aspects): dissertatsiya ... kand. med. nauk: 14.00.18, Tomsk, 2008, 138p. [In Russ.]
4. Zotov P.B., Kutsenko N.I., Umanskiy S.M. Psychopathological factors of the antisuicidal barrier (on the example of patients with multiple sclerosis). *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2008. No 6, pp. 46-47. [In Russ.]
5. Zotov P.B., Kutsenko N.I. Motives for suicidal activity and anti-suicidal barrier factors in patients with multiple sclerosis. *Suitsidologiya*. 2011. No 3. pp. 20-25. [In Russ.]
6. Stenager E.N., Stenager E., Koch-Henriksen N. and al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1992. Vol. 55, pp. 542-545.
7. Turner A.P., Williams R.M., Bowen J.D. and al. Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arch. Phys. Med. Rehabil*. 2006. Vol. 87. pp. 1073-1078.
8. Shen Q., Lu H., Xie D. and al. Association between suicide and multiple sclerosis: An updated meta-analysis. *Multiple Scler. J*. 2019. Vol. 34. pp. 83-90.
9. Marrie R.A. What is the risk of suicide in multiple sclerosis? *Multiple Scler. J*, 2017. Vol. 23, pp. 755-756.
10. Kurbatova T.N., Mulyar O.I. The projective method of personality research "Hand-test": a methodological guide. SPb.: IPP IMATON. 2001. 64 p. [In Russ.]
11. Vagner E. Hand Test. *Psychological Encyclopedia*, edited by R. Korsini, A. Auerbaha, 2-e izd., SPb.: Piter, 2006, 1096 p. [In Russ.]
12. Hrulenko-Varnitskiy I.O. About some methodological approaches to the assessment of emotional excitability in the process of pharmacotherapy of patients with borderline mental disorders. *Farmateka*. 2012. No 3, pp. 31-36. [In Russ.]
13. Reznikova T.N., Seliverstova N.A. On the meaning of conscious and unconscious emotional processes in multiple sclerosis. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta about I.I. Mechnikova*. 2017. Vol. 9. pp. 53-58. [In Russ.]
14. Shamova T.M., Karpovich-Misnik A.V. Characteristics of the personality of patients with multiple sclerosis according to the projective method "Hand-test". *Zhurnal GrGMU*. 2007. Vol. 4, pp. 80-82. [In Russ.]
15. Reznikova T.N., Seliverstova N.A., Kataeva G.V. and al. Functional activity of brain structures and a tendency to aggression in patients with long-term central nervous system diseases. *Fiziologiya cheloveka*. 2015. Vol. 1. pp. 35-42. [In Russ.]
16. Bulygina V.G., Kotova T.A., Kotova M.A. and al. Psychodiagnostic research methods in the practice of compulsory treatment of mentally ill. M.: FGBU «GNTs SSP about V.P. Serbskogo». 2010. 302 p. [In Russ.]
17. Makushkin E.V., Gorinov V.V. Motivational aggression. *Rossiyskiy psihiatricheskii zhurnal*. 2016. Vol. 2. pp. 11-19. [In Russ.]
18. Polman C.H., Reingold S.C., Banwell B. and al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann. Neurol*. 2011. Vol. 69. No 2, pp. 292-302.
19. Kurtzke J. F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983. Vol. 33. No 11. pp. 1444-1452.
20. Xmilyar O.F. Symbolic hand language and human behavioral tendencies. *Scientific notes. Series «Psychology and pedagogy»*. 2012. Vol. 19. pp. 254-258. [In Ukr.]

## КОРЕКЦІЯ АУТОАГРЕСИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ ЯК ЗВЕНО ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЇ МОДЕЛІ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ З ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Черненко  
Максим Євгенович**

Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України»; вулиця Академіка Павлова 46, 61068, м. Харків, Україна  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна; майдан Свободи, 4, 61022, м. Харків, Україна  
mchernenko78@ukr.net; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7810-792X>

**Вовк  
Вікторія Ігорівна**

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна; майдан Свободи, 4, 61022, м. Харків, Україна  
v.i.vovk@ukr.net; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9547-8968>

У статті проаналізовані сучасні дані щодо аутоагресії у хворих з демієлінізуючою патологією. Відзначено, що питання психоневрологічної адаптації та реабілітації хворих з демієлінізуючою патологією залишаються гостро актуальними до теперішнього часу. Важливе місце в комплексі заходів з раннього виявлення порушень в емоційній сфері займають дослідження агресії, зокрема, неусвідомлюваної агресії, яка за певних умов може набувати аутоагресивну спрямованість. Встановлено, що дані про вираженість неусвідомлюваної агресії у хворих на розсіяний склероз української популяції, важливі для виділення мішеней превенції суїцидальної активності, відсутні. Представлено результати методики «Hand-test» у жителів Східного регіону України з ремітуючим типом перебігу розсіяного склерозу, які перебували на лікуванні в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (n=71). Дослідження проведено в зв'язку з завданням удосконалення психоневрологічної моделі адаптації та реабілітації хворих на підставі раннього виділення мішеней превенції аутоагресії. Тенденція до агресивної поведінки оцінювалася шляхом порівняння тенденцій, що відображають готовність до агресивної поведінки, а також тенденцій, які передбачають кооперацію. Були виявлені певні складності в сфері соціальних контактів, що може знаходити своє вираження в відгородженості від оточуючих, формалізмі у відносинах. Виділено психодіагностичний профіль, в якому на тлі підвищеної неусвідомлюваної агресії домінують показники залежності та особистісної незрілості. Таке

поєднання несе в собі потенційну загрозу реалізації аутоагресивної тенденції. Проведене дослідження дозволило виявити загальну підвищену схильність до прояву агресивності у обстежуваних хворих. Інтенсивне переживання хворими почуття залежності, безпорадності, підпорядкованості при підвищеній неусвідомлюваній агресії ідентифіковано як мішень превенції потенційної суїцидальної активності в вивченій вибірці. Виявлення, вивчення і подальша корекція неусвідомлюваних поведінкових тенденцій є важливою ланкою психоневрологічної моделі адаптації хворих на демієлінізуючу патологію.

**Ключові слова:** розсіяний склероз, демієлінізуюча патологія, аутоагресія, адаптація, реабілітація, психодіагностичний маркер суїцидального ризику.

## CORRECTION OF AUTO-AGGRESSIVE TRENDS AS A LINK TO THE PSYCHONEUROLOGICAL MODEL OF ADAPTATION OF PATIENTS WITH DEMYELINIZING PATHOLOGY

**Maxim E. Chernenko**

“Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine” State Institution; Ac. Pavlova street, 46, 61068, Kharkiv, Ukraine  
V. N. Karazin Kharkiv National University; Svobody Square, 4, 61022, Kharkiv, Ukraine  
mchernenko78@ukr.net; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7810-792X>

**Victoria I. Vovk**

V. N. Karazin Kharkiv National University; Svobody Square, 4, 61022, Kharkiv, Ukraine  
v.i.vovk@ukr.net; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9547-8968>

In this article, we analyzed current data on autoaggression in patients with demyelinating pathology. We noted that the issues of neuropsychiatric adaptation and rehabilitation of patients with demyelinating pathology remain acutely relevant to date. An important place in the package of measures for the early detection of disorders in the emotional sphere is occupied by studies of aggression, in particular, unconscious aggression, which under certain conditions can acquire an autoaggressive orientation. It has been established that there is no information on the severity of unconscious aggression in patients with multiple sclerosis of the Ukrainian population, which are important for identifying targets for the prevention of suicidal activity. The article presents the results of the “Hand-test” method for residents of the Eastern region of Ukraine with a remitting type of multiple sclerosis who were treated at the Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine ( $n = 71$ ). The study was carried out in connection with the task of improving the neuropsychiatric model of adaptation and rehabilitation of patients based on the early identification of autoaggression prevention targets. The tendency to aggressive behavior was assessed by comparing the trends reflecting the readiness for aggressive behavior, as well as the trends that suggest cooperation. We have identified difficulties in the field of social contacts, which can find expression in being fenced off from others and formalism in relationships. We have identified such a psychodiagnostic profile in which, against the background of increased unconscious aggression, indicators of dependence and personality immaturity dominate. This combination carries a potential threat to the realization of an auto-aggressive trend. The study, which was conducted, revealed a general increased tendency to manifest aggressiveness in the examined patients. Patients intensely felt a sense of dependence, helplessness, subordination, and at the same time did not realize their aggression; this was identified by us as a target of prevention of potential suicidal activity. The study, identification and further correction of unconscious behavioral trends is an important part of the neuropsychiatric model of adaptation of patients with demyelinating pathology.

**Key words:** multiple sclerosis, demyelinating pathology, autoaggression, adaptation, rehabilitation, psychodiagnostic marker of suicidal risk.