



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 1, № 1 (1)

Заснований 2014 р.

Харків
2014

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

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

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

М. І. Яблучанський — д.мед.н., професор (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна)

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

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

В. С. Бітенський — д.мед.н., професор, член-кор. НАМН України (Одеський національний медичний університет МОЗ України, Україна)

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

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

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

В. А. Вербенко — д.мед.н., професор (Державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського, Україна)

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

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

Р. О. Євстеєєв — д.мед.н., професор (Білоруська психіатрична асоціація, Білоруська медична академія післядипломної освіти, Білорусь)

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

С. Є. Козакова — д.мед.н., професор (Луганський державний медичний університет, Україна)

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

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

І. В. Кряж — д.психол.н. (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна)

В. М. Кузнецов — професор, член-кор. Російської психотерапевтичної академії (Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, Україна)

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

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

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

А. О. Наку — д.мед.н., професор (Державний Університет Медицини та Фармації імені М. Тестеміцану, Молдова)

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

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

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

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

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

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

С. І. Шкробот — д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України (Тернопільський державний медичний університет ім. І. Горбачовського, Україна)

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

В. В. Пономарьова — к.мед.н. (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна) — відповідальний редактор

М. М. Одинок — д.мед.н., професор, член-кор. РАМН, Заслужений лікар РФ (ФДБВОУ ВПО «Військово-медична академія ім. С. М. Кірова» МО РФ, Росія)

Ю. В. Попов — д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки РФ (Санкт-Петербурзький Психоневрологічний НДІ ім. В. М. Бехтерєва, Росія)

Н. Г. Пшук — д.мед.н., професор (Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна)

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

С. В. Римша — д.мед.н., професор (Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна)

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

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

О. А. Скороμεць — д.мед.н., професор, академік ЕА АМН, член-кор. РАМН (Перший Санкт-Петербурзький державний бюджетний медичний університет ім. акад. І. П. Павлова, Росія)

А. М. Скрипников — д.мед.н., професор (Українська медична стоматологічна академія, Україна)

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

О. О. Фільц — д.мед.н., професор (Національний медичний університет ім. Д. Галицького, Україна)

М. Фріцше — Ph.D. (Клініка внутрішньої медицини, Швейцарія)

В. Хабрат — Ph.D. (Інститут психіатрії та неврології Республіки Польща, Польща)

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

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

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

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

Затверджено до друку рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол №4 від 31 березня 2014 року.)

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

Свідоцтво про державну реєстрацію KB №20696–10496P від 17.04.2014

Адреса редакції: Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, кімн. 605, Тел.: 38 057 7051171, м. Харків, 61022, Україна.

e-mail: journal@psychiatry-neurology.org, www.psychiatry-neurology.org

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, оформлення, 2014

EDITOR-IN-CHIEF:

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

EDITORIAL BOARD:

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

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

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

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

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

V. S. Bitenskiy — MD, Professor, corresponding member of NAMS of Ukraine (Odessa National Medical University, Ukraine)

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

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

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

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

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

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

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

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

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 — MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine (State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy", Ukraine)

V. V. Ponomaryova — Ph.D. (V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine) — executive editor

ADVISORY EDITORIAL BOARD:

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

V. Chabrat — Ph.D. (Institute of Psychiatry and Neurology, Poland)

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

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

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

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

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

M. Fritzsche — Ph.D. (Practice of Internal Medicine, Switzerland)

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

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

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

S. E. Kozakova — MD, Professor (Lugansk State Medical University, Ukraine)

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

I. V. Kryazh — MD, Professor (V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine)

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

V. N. Kuznetsov — PhD, Professor, corresponding Member of the Russian Academy of psychotherapy (P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine, Ukraine)

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

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

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

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

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

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

N. G. Pshuk — MD, Professor (Vinnitsa National Medical University, Ukraine)

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

S. V. Rimsha — MD, Professor (Vinnitsa National Medical University, Ukraine)

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

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

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

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

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

M. L. Smulson — (G.S. Kostyuk Institute of Psychology, NAPS of Ukraine, Ukraine)

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

Approved for print by the decision of the
Academic Council of V. N. Karazin Kharkiv National University
(Protocol No. 4, 31.03.2014)

All articles have been reviewed.

Certificate of state registration KB №20696–10496P from 17.04.2014

Editorial board address: V. N. Karazin Kharkiv National University,
Svobody Sq., 6, Room 605, Phone: 38 057 7051171,
Kharkiv, 61022, Ukraine.

e-mail: journal@psychiatry-neurology.org, www.psychiatry-neurology.org

© V.N. Karazin Kharkiv National University, design, 2014

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

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

Н. И. Яблунчанский — д.мед.н., профессор (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина)

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

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

В. С. Битенский — д.мед.н., профессор, член-корр. НАМН Украины (Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, Украина)

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

В. А. Вербенко — д.мед.н., профессор (Государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, Украина)

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

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

Р. А. Евстегнеев — д.мед.н., профессор (Белорусская психиатрическая ассоциация, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Белоруссия)

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

С. Е. Козакова — д.мед.н., профессор (Луганский государственный медицинский университет, Украина)

В. Н. Краснов — д.мед.н., профессор (ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ России, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», Россия)

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

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

В. Н. Кузнецов — к.мед.н., профессор, член-корр. Российской психотерапевтической академии (Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины, Украина)

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

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

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

А. А. Наку — д.мед.н., профессор (Государственный Университет Медицины и Фармации имени Н. Тестемицану, Молдова)

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

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

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

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

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

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

С. И. Шкробот — д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины (Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Горбачовского, Украина)

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

В. В. Пономарёва — к.мед.н. (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина) — ответственный редактор

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

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

Н. Г. Пшук — д.мед.н., профессор (Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Украина)

А. А. Ревенюк — д.мед.н., профессор (Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, Украина)

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

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

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

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

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

М. Л. Смутьсон — д.психол.н., профессор (Институт психологии имени Г. С. Костюка НАПН Украины, Украина)

А. О. Фильц — д.мед.н., профессор (Национальный медицинский университет им. Д. Галицкого, Украина)

М. Фрицше — Ph.D. (Клиника внутренней медицины, Швейцария)

В. Хабрат — Ph.D. (Институт психиатрии и неврологии Республики Польша, Польша)

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

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

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

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

Утверждено к печати решением Ученого совета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина (протокол №4 от 31 марта 2014 года.)

Все статьи прошли внутреннее и внешнее рецензирование.

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

Адрес редакции: Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, площадь Свободы, 6, комн. 605, Тел.: 38 057 7051171, г. Харьков, 61022, Украина.

e-mail: journal@psychiatry-neurology.org, www.psychiatry-neurology.org

© Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, оформление, 2014



ДО ЧИТАЧІВ І АВТОРІВ

*Головні турботи повинні бути присвячені душі,
а менш важливі — тілу.
Платон*

Харків — місто науки і освіти. Його місце в історії України, значення для всієї Східної Європи важко переоцінити. Достатньо сказати, що не тільки перші наукові, а й взагалі перші в країні газети, журнали та альманахи з'явилися в головному місті Слобожанщини. Не є винятком і психіатрія, а також споріднені з нею дисципліни.

У Харкові в 1883 р. став виходити перший в Російській імперії періодичний спеціалізований науковий журнал «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии». Його засновником був видатний лікар, відомий вчений, фахівець з психіатрії та нервових хвороб, професор Харківського імператорського університету П. І. Ковалевський (1850–1931). Журнал друкував оригінальні статті вітчизняних та іноземних авторів, матеріали судово-психіатричних експертиз, рецензії, листи. Серед авторів були видатні психіатри О. У. Фрезе, Я. О. Боткін, В. Х. Кандинський та ін.

Харків перших десятиліть ХХ ст. можна назвати «столицею української психології, неврології, психіатрії та інших суміжних наук». З ним пов'язана доля плеяди блискучих діячів медицини, які вписали своє ім'я в аннали науки (С. М. Давиденков, В. О. Гіляровській, О. І. Ющенко, Д. О. Альперн, В. П. Протопопов та ін.). Свої фундаментальні праці вони друкували в харківських виданнях, тим самим прославляючи не лише себе, а й вітчизняну медицину.

Наш науково-практичний журнал «Психіатрія, неврологія та медична психологія» покликаний не тільки відновити кращі традиції, закладені нашими попередниками, а й продовжити благородну справу збереження душевного здоров'я людей.

Bona valetudo melior est quam maximae divitiae!

З повагою,
головний редактор,
доктор медичних наук, професор,
зав. кафедри психіатрії, наркології,
неврології та медичної психології
Харківського національного університету
імені В. Н. Каразіна

В. І. Пономарьов

ПСИХІАТРІЯ

- 10** **РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ**
В. И. Пономарёв, М. Е. Водка
- РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА НЕСУЇЦИДАЛЬНИХ САМОУШКОДЖЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ВТРАТОЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ
В. І. Пономарьов, М. Є. Водка
- PREVALENCE OF AFFECTIVE DISORDERS AND NON-SUICIDAL SELF-INJURIES IN WOMEN WITH MISCARRIAGE IN MEDICAL HISTORY
V. I. Ponomaryov, M. Ye. Vodka
- 16** **НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ**
С. Е. Казакова
- НОЗОЛОГІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ
С. Є. Казакова
- NOSOLOGY OF ANOREXIA NERVOSA
S. Ye. Kazakova
- 19** **ГЕЛОТОФОБИЯ (Обзор зарубежных публикаций)**
В. В. Пономарёва
- ГЕЛОТОФОБИЯ (Огляд закордонних публікацій)
В. В. Пономарьова
- GELOTOPHOBIA (Review of foreign publications)
V. V. Ponomaryova
- 25** **ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПО МКБ-10 И ШИЗОИДНАЯ ПСИХОПАТИЯ КРЕЧМЕРА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**
В. Ф. Простомолотов
- ШИЗОЇДНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ЗА МКХ-10 ТА ШИЗОЇДНА ПСИХОПАТІЯ КРЕЧМЕРА: ПОРІВНЯЛЬНЕ КЛІНІЧНЕ ЗІСТАВЛЕННЯ І ОСОБЛИВОСТІ БІОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХІЧНОЇ ТЕРАПІЇ
В. Ф. Простомолотов
- SCHIZOID PERSONALITY DISORDER AND KRETSCHMER'S SCHIZOID PSYCHOPATHY: A COMPARATIVE CLINICAL ANALYSIS AND FEATURES OF BIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL THERAPY
V. F. Prostomolotov
- 34** **OPTIMI (ONLINE PREDICATIVE TOOLS FOR INTERVENTION IN MENTAL ILLNESS) EU FUNDED E-HEALTH PROJECT AIMED AT ESTABLISHING PREDICTORS FOR POOR COPING BEHAVIOR**
L. Fritzsche, D. Majoe
- ОРТІМІ (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМІ ONLINE ДЛЯ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я) ПРОЕКТ «ЕЛЕКТРОННЕ ЗДОРОВ'Я», ЩО ФІНАНСУЄТЬСЯ ЄС, З МЕТОЮ ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ ПРОГНОЗУ ПОВЕДІНКИ, ЯКА ВЕДЕ ДО ПОГАНОВОГО КОПІНГУ СТРЕСУ
Л. Фріцше, Д. Маджо
- ОРТІМІ (ПРЕДИКАТИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В РЕЖИМЕ ONLINE ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ) ПРОЕКТ «ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДОРОВЬЕ», ФИНАНСИРУЕМЫЙ ЕС, С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА ПОВЕДЕНИЯ, ВЕДУЩЕГО К ПЛОХОМУ КОПИНГУ СТРЕССА
Л. Фрицше, Д. Маджо
-

НЕВРОЛОГІЯ

- 44** **СТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (ОПЗЧМТ) С ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**
Т. А. Литовченко, В. И. Пономарёв, В. А. Флорикян, Е. К. Зинченко, О. Ю. Меркулова

СТРУКТУРНІ ПОРУШЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА ДАНИМИ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ (МРТ) У ХВОРИХ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ (ВПЗЧМТ) З ВЕНОЗНОЮ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
Т. А. Литовченко, В. І. Пономарьов, В. А. Флорикян,
Е. К. Зинченко, О. Ю. Меркулова

STRUCTURAL BRAIN DISTURBANCES ON THE MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) OF THE PATIENTS IN THE REMOTE PERIOD OF CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY WITH DISCIRCULATORY VENOUS PATHOLOGY
T. A. Litovchenko, V. I. Ponomaryov, V. A. Florikyan,
E. K. Zinchenko, O. Yu Merkulova.

- 48** **АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**
С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Т. В. Синицкая, А. Н. Чепурная,
О. В. Чернышов, А. В. Воронина, Е. В. Киосева

АДДИКТИВНІ РОЗЛАДИ І ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА МОЛОДОГО ВІКУ
С. І. Табачніков, Е. М. Харченко, Т. В. Синицька, А. М. Чепурна,
О. В. Чернишов, О. В. Вороніна, О. В. Киосева.

ADDICTIVE DISORDERS AND FORMINF DEPENDENT CONDITIONS CAUSED BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE PERSONS ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS
S. I. Tabachnikov, E. N. Kharchenko, T. V. Sinitska, A. N. Chepurna,
O. V. Chernushov, O. V. Voronina, O. V. Kioseva

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

- 52** **FEATURES OF SOCIAL DYSFUNCTION IN STUDENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE, AND PRINCIPLES OF PSYCHOCORRECTION**
T. A. Aliieva

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ В ОСІБ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ ТА ПРИНЦИПИ ЇХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
Т. А. Алієва

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ПРИНЦИПЫ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
Т. А. Алиева

- 56** **СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХОТЕРАПІЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНІ**
Б. В. Михайлов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В УКРАИНЕ
Б. В. Михайлов

CURRENT STATE AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF
PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY IN UKRAINE
B. V. Mikhailov

59 АДДИКЦІЯ УПРАЖНЕНЬ І ВИРАЖЕНІСТЬ ЕМОЦІОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ У МУЖЧИН, РЕГУЛЯРНО ПІДДАЮТЬ СЕБЕ ІНТЕНСИВНИМ ФІЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ В ФОРМЕ БОДІБІЛДІНГА

В. І. Пономарєв

АДДИКЦІЯ ВПРАВ ТА ВИРАЖЕНІСТЬ ЕМОЦІЙНОГО
НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ У ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ РЕГУЛЯРНО ПІДДАЮТЬ
СЕБЕ ІНТЕНСИВНИМ ФІЗИЧНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ У ФОРМІ
БОДІБІЛДІНГУ
В. І. Пономарьов

EXERCISE ADDICTION AND SEVERITY OF EMOTIONAL DISTRESS IN
MEN, REGULARLY SUBJECTING THEMSELVES TO INTENSE PHYSICAL
STRESS IN THE FORM OF BODYBUILDING
V. I. Ponomaryov

64 CERTAIN GENDER IDENTITY SPECIFICITIES OF STUDENTS

Ya. K. Yagnyuk

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ СТУДЕНТІВ
Я. К. Ягнюк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ
СТУДЕНТОВ
Я. К. Ягнюк

ТЕРАПІЯ

**68 THE STRATEGY OF PROVIDING PATHOGENETICALLY SUBSTANTIATED
PSYCHOTHERAPEUTIC HELP TO UNIVERSITY STUDENTS WITH DEPRESSIVE
DISORDERS**

I. D. Vashkite

СТРАТЕГІЯ НАДАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНОЇ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ СТУДЕНТАМ ВИЩИХ
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ
І. Д. Вашкіте

СТРАТЕГИЯ ОКАЗАНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ВЫСШИХ
УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
И. Д. Вашките

**72 ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ, ЩО ВКЛЮЧАЄ ПСИХОАНАЛІТИЧНО
ОРІЄНТОВАНУ ПСИХОТЕРАПІЮ, НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПОСТРАЖДАЛИХ
ВНАСЛІДОК ТЕХНОГЕННИХ АВАРІЙ ТА КАТАСТРОФ З НЕПСИХОТИЧНИМИ
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

В. В. Волобуєв

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ,
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ
ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В. В. Волобуев

THE INFLUENCE OF COMPREHENSIVE TREATMENT, INCLUDING
PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED PSYCHOTHERAPY ON THE
QUALITY OF LIFE OF SURVIVORS OF TECHNOGENIC ACCIDENTS AND
CATASTROPHES WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS
V. V. Volobuyev

77

MODERNES METHODS OF DIAGNOSIS AND MIGRAINE TREATMENT

M. V. Savina

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ

М. В. Савіна

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МИГРЕНИ

М. В. Савина

81

ЛЕЧЕНИЕ ПРОНОРАНОМ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

A. A. Skorometz, D. G. Smolko, Y. V. Kas, K. T. Aliev, P. S. Biletskiy,
T. V. Lalayan, T. A. Skorometz, S. V. Hlynina

ЛІКУВАННЯ ПРОНОРАНОМ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ
ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

О. А. Скоромець, Д. Г. Смолко, Ю. В. Кас, К. Т. Алієв, П. С. Білецький,
Т. В. Лалаян, Т. О. Скоромець, С. В. Хлинїна

PRONORAN TREATMENT OF COGNITIVE FUNCTION DISORDERS IN
PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

A. A. Skoromets, D. G. Smolko, Y. V. Kas, K. T. Aliev, P. S. Biletskiy,
T. V. Lalayan, T. A. Skoromets, S. V. Hlynina

ІСТОРІЯ

89

ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ В ХАРЬКОВСКОМ КЛАССИЧЕСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

S. M. Kudelko

ОЧЕРК ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ У ХАРКІВСЬКОМУ
КЛАСИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

С. М. Куделко

ESSAY ON THE HISTORY OF PSYCHIATRY AT CLASSICAL UNIVERSITY
OF KHARKIV

S. M. Kudelko

94

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

95

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

96

SUBMISSION GUIDELINES



В. И. Пономарёв

М. Е. Водка

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

В. И. Пономарёв, М. Е. Водка

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Изучен контингент женщин с потерей плода в анамнезе ($n=358$). Средний возраст обследованных $28,65 \pm 5,20$ года. Временной промежуток от момента последней перинатальной потери до момента исследования составил 18 месяцев. Аффективные расстройства депрессивного спектра установлены у 25,42 % женщин с потерей плода в анамнезе (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия). Парасуицидальное поведение в форме неслучайных несуицидальных самоповреждений установлено у 18,16 % женщин с потерей плода в анамнезе. В группе женщин с перинатальными потерями в анамнезе и аффективными расстройствами самоповреждения, совершенные не по суицидальным мотивам, встречались в 9,06 раз чаще по сравнению с группой женщин с перинатальными потерями без психических расстройств ($p < 0,01$). Установленный высокий процент частот депрессивных расстройств и парасуицидальной активности у женщин с перинатальными потерями в анамнезе актуализирует необходимость ранней диагностики расстройств аффективного спектра и аутоагрессивной активности в данном контингенте.

Ключевые слова: аффективные расстройства, женщины с потерей плода в анамнезе, парасуицидальное поведение, несуицидальные самоповреждения.

Введение

В современной психиатрии особое место занимают депрессивные расстройства у женщин с проблемой потери плода в анамнезе [1, 9]. Невынашивание беременности является наиболее частым её осложнением [6]. Частота самопроизвольных абортос остается стабильной и достаточно высокой. Так, по данным разных авторов, она составляет от 2 до 55,00 %, достигая в первом триместре беременности до 80,00 % [10,11]. Синдром потери плода — это новый термин, появившийся в последнее время и включающий в себя один или более самопроизвольных абортов или неразвивающихся беременностей на сроке 10 и более недель; мертворождение; неонатальную смерть; три и более самопроизвольных абортов до 8-ми недель эмбрионального развития [6]. Потеря беременности — это огромный стресс для женщины, особенно при первой и/или желанной беременности, при привычном невынашивании и бесплодии [6]. Выкидыши рассматриваются в качестве генезных в структуре психогенных факторов, приводящих к депрессивному расстройству. Показано, что на более поздних сроках беременности первостепенное психотравмирующее значение приобретают преждевременные роды и внутриутробная гибель плода [8]. Потеря плода является пусковым механизмом в цепи нейрохимических изменений головного мозга и может стать основой для депрессивного состояния при последующей беременности [3]. Несмотря на проявленный и нарастающий интерес к проблематике депрессивных расстройств в структуре осложненных перинатальных потерь, исследования по дан-

ному вопросу малочисленны, нет обобщающих работ по распространенности, структуре депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе в общей мировой популяции, региональных субпопуляциях разных стран, в частности в Украине, не известны исследования по распространенности парасуицидальной активности у женщин с депрессиями и перинатальными потерями в анамнезе. Для нашего исследования, прежде всего, в аспекте сопоставимости результатов особый интерес представляет исследование региональных особенностей перинатальных депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе, выполненное российскими коллегами [3]. Полученные авторами данные позволяют судить как о высокой распространенности депрессии у женщин данного контингента (23,10 %), так и о высоком риске суицидального поведения (43,00 %). Таким образом, проблема болезненного психоэмоционального состояния женщин, перенесших самопроизвольный аборт, является актуальной, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Целью настоящей работы явилось изучение распространенности аффективных расстройств и парасуицидального поведения в форме несуицидальных самоповреждений в региональной выборке женщин с потерей плода в анамнезе для дальнейшей разработки дифференцированных программ профилактики и терапии.

Задачи исследования

1. Изучить распространенность психических расстройств с депрессивной симптоматикой у женщин с потерей плода в анамнезе.

2. Исследовать структуру психических расстройств с депрессивной симптоматикой у женщин с потерей плода в анамнезе и установить частоту аффективных расстройств.

3. Изучить распространенность парасуицидального поведения в форме самоповреждений при аффективных расстройствах у женщин с потерей плода в анамнезе.

Материалы и методы исследования

На первом этапе была изучена частота и структура аффективных расстройств (АР) (F30-F39 по критериям МКБ-10) в региональной выборке из 358 женщин, с потерей плода в анамнезе (ППА) (глубина исследования — 18 месяцев после последней перинатальной потери). Средний возраст обследованных женщин $28,65 \pm 5,20$ года, все жительницы г. Харькова или Харьковской области.

На втором этапе исследования в контингенте женщин с ППА и АР была изучена частота лиц с различными самоповреждениями неслучайного характера. По результатам исследования были сформированы две группы. В первую (основную) группу вошли 54 женщины с ППА, аффективными (депрессивными) расстройствами и парасуицидальным поведением. Вторую группу (контрольную) составили 50 женщин с ППА без психической патологии и парасуицидального поведения.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. Психическое состояние больных оценивалось с помощью диагностических критериев МКБ-10. Парасуицидальная активность у пациенток с ППА и аффективной патологией изучалась с помощью теста «Суицидальная мотивация» (Ю. Р. Вагин [13]). Тест позволил доказательно установить отсутствие у испытуемых суицидальных мотивов при нанесении самоповреждений. При оценке тяжести несуицидальных самоповреждений использовали критерии С. Д. Левиной [14].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета Statistica 6.0. Сравнение признаков интервальной шкалы (количественные значения) в основной и контрольной группах проводили t-тестом Стьюдента для независимых выборок (распределение значений в основной группе и группе сравнения соответствовало нормальному по одновыборочному тесту Колмогорова-Смирнова). Оценка достоверности различий проводилась посредством вычисления точного критерия Фишера для малых выборок и показателя соответствия (χ^2 -критерия) [15]).

Результаты исследования и их обсуждение

Данные анализа акушерского анамнеза отражены в табл. 1.

Привычное невынашивание беременности — наличие в анамнезе подряд 3 и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель было установлено у 211 (58,94 %) женщин. У всех у них имели место поздние выкидыши: 12–22 недели (код по МКБ-10 — N96 «Привычный выкидыш»). Неразвивающаяся беременность — комплекс патологических симптомов, включающих внутриутробную гибель плода (эмбриона), патологическую инертность миометрия и нарушения системы гемостаза (синонимы: замершая беременность, несостоявшийся выкидыш, missed abortion, код по МКБ-10 — O02.1 «Несостоявшийся выкидыш») была установлена у 85 (23,74 %) женщин. Преждевременные роды (роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель беременности) и закончившиеся рождением мертвого ребенка, код по МКБ-10 — O60 «Преждевременные роды») были установлены у 62 (17,32 %) женщин. Из данных табл. 1 следует, что в структуре перинатальных потерь преобладал привычный выкидыш ($p < 0,01$).

Средний возраст пациенток основной группы был $28,90 \pm 4,60$, средний возраст пациенток группы контроля составил $28,40 \pm 5,60$ ($p > 0,05$). Средний возраст начала половой жизни у женщин основной группы был $18,40 \pm 2,20$; у женщин контрольной группы составил $17,90 \pm 1,90$. Статистической разницы по этому фактору между группами не было ($p > 0,05$). Возраст вступления в брак в основной группе — $21,50 \pm 3,30$; в контрольной группе $20,40 \pm 3,10$ ($p > 0,05$). Количество браков в основной группе было $1,50 \pm 0,60$; в контрольной группе $1,40 \pm 0,70$ ($p > 0,05$). Статистической разницы по этому фактору между группами не было. Семейное положение пациентов было следующим: среди женщин основной группы 83,33 % были замужем, 16,67 % — не замужем. В группе контроля наблюдалось 84,00 % замужних и 16,00 % незамужних женщин. Статистической разницы по этому фактору между группами не было ($p > 0,05$). По наличию детей, количеству детей статистической разницы между группами не наблюдалось ($p > 0,05$). Представленные данные указывают на то, что сравниваемые группы были сопоставимы по представленным исследуемым факторам.

Результаты изучения частот распределения лиц с психической патологией и без таковой в контингенте женщин с ППА отражены в табл. 2.

Из табл. 2 следует, что психически здоровыми оказались 168 (46,93%) женщин с ППА.

Таблица 1

Данные анализа акушерского анамнеза в выборке женщин с перинатальными потерями, %

Акушерская патология, код по МКБ-10		Вся выборка (N=358)	
		Абс. ч., чел.	Отн. ч., %
N96	«Привычный выкидыш»	211	58,94 ¹
O02.1	«Несостоявшийся выкидыш»	85	23,74 ²
O60	«Преждевременные роды»	62	17,32 ³

Примечание: достоверность различий ¹⁻² — $p < 0,01$; ¹⁻³ — $p < 0,01$

Таблиця 2

Распределение в контингенте женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) частоты лиц с психической патологией и без таковой (по критериям МКБ-10), %

Женщины с потерей плода в анамнезе	Абс.ч., чел.	Отн. ч., %
1. Без психической патологии	168	46,93 ¹
2. С психической (непсихотической) патологией	190	53,07 ²
2.1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48)	99	27,65 ³
2.1.1. Кратковременная депрессивная реакция – F43.20	62	17,32
2.1.2. Пролонгированная депрессивная реакция – F43.21	15	4,19
2.1.3. Смешанная тревожно-депрессивная реакция – F43.22	17	4,75
2.1.4. Со смешанными нарушениями эмоций и поведения – F43.25	3	0,84
2.1.5. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство – F41.2	2	0,56
2.2. Аффективные расстройства (F30-)	91	25,42 ⁴
2.2.1. Депрессивный эпизод (легкий) – F32.0	10	2,79
2.2.2. Депрессивный эпизод (умеренный) – F32.1	31	8,66
2.2.3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени – F33.0	45	12,57
2.2.4. Дистимия – F34.1	5	1,40
Всего:	358	100,00

Примечание: достоверность различий ¹⁻² — $p < 0,001$; ³⁻⁴ — $p < 0,05$

Признаки психического неблагополучия имели 190 (53,07 %) женщин с ППА. Психическая патология у пациенток с ППА характеризовалась как непсихотическая. В структуре психической патологии доминировали невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48), причинно связанные с психотравмирующим событием — потерей плода. В структуре невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) преобладали адаптационные расстройства: их суммарный процент среди женщин с ППА составил 27,65 %. В структуре адаптационных расстройств доминировала кратковременная депрессивная реакция (F 43.20). Тревожно-фобические расстройства были установлены у 2 (0,56 %) женщин с ППА и проявлялись в форме смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2). АР были диагностированы у 91 женщины с ППА (25,42 %) и были представлены исключительно депрессивными расстройствами (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия). Чаще всего встречалось рекуррентное депрессивное расстройство (12,57 %), вторым по частоте был депрессивный эпизод (11,45 %). Частота дистимии составила 1,40 %. В структуре аффективной патологии (n=91) преобладало рекуррентное депрессивное рас-

стройство (49,45 %). В структуре депрессивных эпизодов (n=41) доминировал умеренный депрессивный эпизод (75,61 %). Степень выраженности депрессивного расстройства характеризовалась как «легкая» (по критериям МКБ-10) у большинства пациенток основной группы (60,44 %).

Были изучены: тип, частота и степень выраженности (тяжести) проявлений физической аутоагрессии в контингенте женщин с ППА, в контингенте женщин ППА и АР, в контингенте женщин с потерей плода в анамнезе без психических расстройств. В ходе изучения было установлено, что все наблюдаемые самоповреждения в изученной выборке носили неслучайный характер и характеризовались по мотиву нанесения как несуйцидальные. Результаты изучения распределения частоты неслучайных несуйцидальных самоповреждений (ННСП) у женщин с ППА и АР, относительно всей выборки женщин с ППА представлены в табл. 3.

Из табл. 3, следует, что в контингенте женщин с ППА, частота лиц с АР и ННСП составила 15,08 %.

Результаты изучения распределения частоты ННСП у женщин с ППА внутри группы с АР отражены в табл 4, а у женщин с ППА без психических расстройств — в табл. 5.

Таблиця 3

Распределение частоты неслучайных несуйцидальных самоповреждений (ННСП) у женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) и аффективными расстройствами (АР) относительно всей выборки лиц с ППА (N=358),%

Женщины с потерей плода в анамнезе (ППА), n=358				
Женщины с ППА и АР, n=91	С ННСП		Без ННСП	
	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %
	54	15,08 ¹	37	10,34 ²

Таблица 4

Распределение частоты неслучайных несуицидальных самоповреждений (ННСП) у женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) и аффективными расстройствами (АР), %

Женщины с ППА и АР	С ННСП		Без ННСП		Всего	
	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч.,чел.	Отн.ч.,%
	54	59,34 ¹	37	40,66 ²	91	100,00

Примечание: ¹⁻² — $p < 0,01$

Таблица 5

Распределение частоты неслучайных несуицидальных самоповреждений (ННСП) у женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) без психических расстройств, %

Женщины с ППА	С ННСП		Без ННСП		Всего	
	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч.,чел.	Отн.ч.,%
	11	6,55 ¹	157	93,45 ²	168	100,00

Примечание: ¹⁻² — $p < 0,01$

Из данных табл. 4 и 5, следует, что несуицидальные самоповреждения были установлены у большинства женщин с ППА и АР (59,34 %), и только у 6,55 % женщин с ППА без психической патологии.

Также следует, что в группе женщин с ППА и АР, самоповреждения, совершенные не по суицидальным мотивам встречались в 4,9 раз чаще по сравнению с группой женщин с ППА без психических расстройств ($p < 0,01$).

По результатам исследования самоповреждений в контингенте женщин с ППА, были сформированы однородные группы сравнения: основная, включившая 54 женщины с аффективными (депрессивными) расстройствами и признаками ННСП, и контрольная, составленная из 50 женщин с ППА без психической патологии и признаков самоповреждений.

Данные о распределении самоповреждений по степени тяжести в основной группе (по критериям С. Д. Левиной [14]) отражены в табл. 6.

По степени тяжести все наблюдаемые несуицидальные самоповреждения были разделены на два вида: легкие и средней тяжести. Легкие самоповреждения (не представлявшие опасности для жизни и не причиняющие выраженного ущерба здоровью) в 1,7 раза преобладали над самоповреждениями средней тяжести (приводящими к умеренному анатомо-физиологическому ущербу) ($p < 0,01$) (табл. 6). Тяжелые самоповреждения (калечащие, инвалидизиру-

ющие, опасные для жизни аутодеструктивные акты) ни в одном случае выявлено не было.

Данные о распределении тяжести самоповреждений относительно вида АР (по критериям МКБ-10) в основной группе, представлены в табл. 7.

Данные табл. 7 свидетельствуют, что легкая степень самоповреждений встречалась при легком депрессивном эпизоде и рекуррентном депрессивном расстройстве и не встречалась при умеренном депрессивном эпизоде.

Средняя степень самоповреждений была отмечена исключительно при умеренном депрессивном эпизоде.

Выводы

Проведенное исследование позволило сформулировать ряд обобщений:

1. Установлена неоднородность контингента женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) по параметру «наличие — отсутствие психической патологии». Признаки психического неблагополучия имели 53,07 % женщин с ППА. Психическая патология во всех случаях характеризовалась как непсихотическая.

2. В структуре психической патологии доминировали невротические, связанные со стрессом и соматоформные, расстройства (F40-F48), причинно связанные с психотравмирующим событием — потерей плода.

3. Аффективные расстройства (АР) были установлены у 25,42 % женщин с ППА и прояв-

Таблица 6

Распределение степени тяжести самоповреждений в группах сравнения, %

Степень тяжести ННСП	Женщины с ППА, АР и ННСП, n=54	
	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %
легкая	34	62,96 ¹
средняя	20	37,04 ²
тяжелая	—	—
Всего:	54	100,00

Примечание: ¹⁻² — $p < 0,01$

Распределение степени тяжести самоповреждений в основной группе относительно вида депрессивного расстройства (по критериям МКБ-10),%

Степень тяжести самоповреждений	Код депрессивного расстройства (по МКБ-10)							
	F32.0*		F32.1**		F33.0***		F30-	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Легкая	5	9,26	–	–	29	53,70	34	62,97
Средняя	–	–	20	–	–	–	20	37,03
Всего, n=54	5	9,26	20	37,04	29	53,70	54	100,0

Примечания: * — депрессивный эпизод (легкий) – F32.0; ** — депрессивный эпизод (умеренный) – F32.1; *** — рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени – F33.0; внутригрупповые различия при уровне достоверности не ниже $p < 0,01$.

лялись исключительно в форме депрессивных расстройств (депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства, дистимии). В структуре аффективной патологии ($n=91$) преобладало рекуррентное депрессивное расстройство (49,45 %). В структуре депрессивных эпизодов ($n=41$) доминировал умеренный депрессивный эпизод (75,61 %). Степень выраженности депрессивного расстройства характеризовалась как «легкая» (по критериям МКБ-10) у большинства (60,44 %) пациенток.

4. Парасуицидальное поведение в контингенте женщин с ППА было отмечено в 18,16 % случаев. Парасуицидальное поведение проявлялось в форме различных самоповреждений. Все наблюдаемые самоповреждения носили неслучайный характер и характеризовались по мотиву нанесения как несуйцидальные.

5. Установлено, что в группе женщин с ППА и АР, самоповреждения, совершенные не по суицидальным мотивам характеризовались как легкие и средней тяжести (по критериям С. Д. Левиной, 2007), и встречались в 4,9 раз чаще по

сравнению с группой женщин с перинатальными потерями без психических расстройств ($p < 0,01$). Легкие самоповреждения (не представляющие опасности для жизни и не причиняющие выраженного ущерба здоровью) значимо преобладали над самоповреждениями средней тяжести (приводящими к умеренному анатомо-физиологическому ущербу) ($p < 0,01$).

6. Средняя степень самоповреждений была отмечена исключительно при умеренном депрессивном эпизоде.

7. Установленный высокий процент частот депрессивных расстройств и парасуицидальной активности у женщин с перинатальными потерями в анамнезе актуализирует необходимость ранней диагностики расстройств аффективного спектра и аутоагрессивной активности в данном контингенте.

Полученные в ходе исследования данные будут использованы при разработке превентивных и терапевтических программ в отношении женщин с перинатальными потерями в анамнезе.

Литература

- Добряков И. В. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь [Текст] / И. В. Добряков, И. А. Колесников // Репродуктивное здоровье общества: сб. материалов международного конгресса. – СПб.: Изд-во ИПТП., 2006. – С. 156–159.
- Никишова М. Б. Психопатология затяжных реакций тяжелой утраты [Текст] / М. Б. Никишова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – № 10. – С. 24–29.
- Никифорова Т. В. Распространенность и факторы риска развития депрессивных расстройств у женщин с проблемой потери плода в анамнезе [Текст] / Т. В. Никифорова, Е. Д. Счастный, Г. А. Михеев // Сибирский медицинский журнал, 2010. – Т. 24. – № 4, 2. – С. 154–156.
- Никифорова Т. В. Предикторы формирования депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе [Текст] / Т. В. Никифорова, Л. А. Агаркова, Е. Д. Счастный // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9 (часть 5). – С. 886–889.
- Никифорова Т. В. Клинические проявления депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе [Текст] / Т. В. Никифорова, Л. А. Агаркова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (81). – С. 46–50.
- Рахмидинова З. М. Психоэмоциональное состояние женщин, перенесших самопроизвольный аборт, пути реабилитации [Текст] [Электронный ресурс] / З. М. Рахмидинова, А. Амантурлы кызы, Р. Н. Еспаева // Медицина и образование в Сибири (сетевое издание). – 2014. – № 3 Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1446 (дата обращения: 18.11.2014).
- Полуектова О. Г. Травма потери ребенка [Текст] [Электронный ресурс] / О. Г. Полуектова // Вестник новых медицинских технологий. – 2013 – N 1 Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4533.pdf> (дата обращения: 18.11.2014).
- Lancaster C. A. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy; a systematic review [Text] / C. A. Lancaster, K. J. Gold, H. A. Flynn // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 202. – № 5. – P. 14–36.
- Coleman P. K. The Psychological Pain of Perinatal Loss and Subsequent Parenting Risks: Could Induced Abortion Be More Problematic Than Other Forms of Loss [Text] / P. K. Coleman // Current Women's Health Issues. – 2009. – № 5. – P. 88–99.
- Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности [Текст] / В. М. Сидельникова. – М.: Триада-Х, 2002. – С. 304.

11. Акушерство. Национальное руководство [Текст] / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского [и др.]. – М.: Российское общество акушеров-гинекологов, Издательская группа ГЕОТАР-медиа, 2009. – 1200 с.

12. Suri R. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth [Text] / R. Suri, L. Altshuler, G. Hellemann // Am. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 164. – P. 1206.

13. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения [Текст] / Е. В. Ласый. – Минск: Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. – 46 с.

14. Левина С. Д. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра (варианты, феноменология, коморбидность): Автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук [Электронный ресурс] / М.: 2007. // Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/perfektsionizm-kak-lichnostnyi-faktor-depressivnykh-i-trevozhnykh-rasstroistv#ixzz2PUTzjhgs> (дата обращения: 4.05.2013).

15. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА НЕСУІЦИДАЛЬНИХ САМОУШКОДЖЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ВТРАТОЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ

В. І. Пономарьов, М. Є. Водка

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Досліджено контингент жінок із втратою плода в анамнезі (n=358). Середній вік обстежених 28,65±5,20 років. Вивчався період у 18 місяців від останньої перинатальної втрати. Афективні розлади депресивного спектра встановлено у 25,42 % жінок (депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, дистимія). Парасуїцидальна поведінка у формі не випадкових несуйцидальних самошкоджень встановлена у 18,16 % жінок із втратою плода в анамнезі. В групі з перинатальними втратами у анамнезі та афективними розладами, самошкодження, які були заподіяні не з мотивів самогубства, зустрічалися у 4,9 разів частіше, порівняно з групою жінок із перинатальними втратами, але без психічних розладів (p<0,01). Встановлений високий відсоток частот депресивних розладів та парасуїцидальної активності у жінок із перинатальними втратами в анамнезі актуалізує необхідність ранньої діагностики розладів афективного спектра та аутоагресивної активності у цьому контингенті.

Ключові слова: афективні розлади, жінки з втратою плода в анамнезі, парасуїцидальна поведінка, несуйцидальні самошкодження.

PREVALENCE OF AFFECTIVE DISORDERS AND NON-SUICIDAL SELF-INJURIES IN WOMEN WITH MISCARRIAGE IN MEDICAL HISTORY

V. I Ponomaryov., M. Ye. Vodka

V. N. Karazin Kharkiv National University

The group of women with miscarriage in medical history has been studied (n=358). Average age is 28,65 ± 5,20 years old. Time window from the last miscarriage to the beginning of study is 18 months. Affective depressive disorders were diagnosed in 25,42% women with miscarriage in medical history (depressive episode, recurrent depressive disorder, dysthymia). Para-suicidal behavior such as nonrandom non-suicidal self-injuries was found in 18,16% women with miscarriage in medical history. In the group of women with miscarriage in medical history and affective disorders, self-injuries without suicidal motivation occurred 4,9 times more often than in women with miscarriage without mental disorders (p<0,01). Established high occurrence of depressive disorders and para-suicidal activity in women with miscarriage in medical history demonstrates the necessity of early diagnostics of affective disorders and auto-aggressive activity in the given population.

Key words: affective disorders, women with miscarriage in medical history, para-suicidal behavior, non-suicidal self-injuries.



НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

С. Е. Казакова

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Аннотация. Нервная анорексия может выделяться как самостоятельная нозологическая единица и как синдром в рамках эндогенного процесса. Даже в том случае, когда нервная анорексия является самостоятельным заболеванием, она имеет 3 варианта течения с несколько отличающейся симптоматикой и прогнозом. Варианты зависят от «почвы», на которой развивается нервная анорексия. Так называемую «почву» представляют расстройства личности в виде шизоидного, истерического или ананкастного расстройства.

Ключевые слова: нервная анорексия, шизофрения, расстройства личности.

Введение

Нервная анорексия — это расстройство пищевого поведения, широко распространенное среди молодых женщин и девочек-подростков, хотя встречаемое и у молодых мужчин [1]. Нервная анорексия является тяжелой патологией, коморбидной ряду других психических расстройств и сочетающейся с выраженными расстройствами со стороны эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем [2–5]. При нервной анорексии страдает репродуктивная функция, возникает необратимая потеря костной массы, то есть, как видим, страдает весь организм в целом. До настоящего времени существует гипотеза, состоящая в том, что нервная анорексия является «гипоталамическим расстройством», возникающим в результате дисфункции нейромедиаторов и рецепторов вследствие генетических вариаций [6]. Именно нервная анорексия наиболее ярко демонстрирует зыбкость границ между вариантами нормального и патологического психического состояния [7]. Так, широко известно влияние изменяющихся культурных факторов на возникновение нервной анорексии. К крушению физического идеала образа женщины привело появление в 60-х годах прошлого века на подиуме женщины-модели Твигги. С этого времени дочери перестали подражать матерям в манере одеваться, а матери подхватили образ «нимфетки» и стали активно сбрасывать вес. Нервная анорексия нередко возникает у молодых женщин, стремящихся к идеалу в физической и интеллектуальной сферах. Поэтому ее иногда называют «синдромом отличницы». В культуре отдельных стран, в том числе у китайок, принята вариация веса, то есть возникает нервная анорексия без одного из основополагающих симптомов — дисморфомании [8, 9]. Вместе с тем, существует множество работ, в которых нервная анорексия относится к психической патологии, в том числе к шизофрении [10]. Несмотря на то, что нервной анорексии посвящено множество работ именитых авторов, до настоящего времени спорным остается как нозологическая принадлежность нервной анорексии, так и ее лечение.

Целью данного исследования стало изучение особенностей нозологической принадлежности нервной анорексии.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 206 пациентов, страдающих нервной анорексией в возрасте от 15 до 20 лет, из них 201 девушка и 5 юношей (основная группа). Контрольную группу составляли 25 практически психически здоровых девушек с пониженным весом, обусловленным их эстетическими взглядами. Все пациенты были обследованы клинико-психопатологическими методами с тщательным изучением анамнеза, психического, физического и неврологического статуса, психодиагностическими методами, применялась методика SCID, использовался статистический анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Детальное изучение анамнеза пациентов, страдающих нервной анорексией, выявило неоднородность почвы, на которой развивается данное расстройство. По нашему мнению, существует несколько вариантов нервной анорексии, клиническое своеобразие которых обусловлено почвой, на которой возникает данная патология.

При возникновении нервной анорексии у истероидных личностей выявлялось благоприятное течение заболевания. Эти лица попадали в стационар лишь однократно. Выписывались из стационара с выздоровлением. В дальнейшем были социально адаптированы. 87,0 % из них благополучно вышли замуж, 43,0 % пациенток этой группы родили одного ребенка, 21,0 % — двух детей. При этом послеродовый период у них протекал без психических расстройств. Пациентки отличались контактностью, общительностью, доброжелательностью. У них были адекватные отношения с членами семьи и сотрудниками. Странностей в их поведении не отмечалось, за исключением удерживающейся избирательности в еде. Несмотря на то, что у пациенток этой подгруппы не было жесткой системы ограничений съедаемой пищи, они продолжали сверхценно следить за своей фигурой и особенно за весом. Хотя и совершали это украд-

кой, скрывая свою озабоченность не только от посторонних, но и от близких. Настроение пациенток было ровным, депрессивных нарушений не отмечалось.

В постпсихотическом периоде выявлялись лишь незначительные проявления ранимости и обидчивости, укладывающиеся в психологическую норму. Девушки, как и в юности, любили быть в центре внимания, стремились к мужскому обществу, с удовольствием кокетничали, несколько преувеличивали свои внешние данные. Обаятельные, грациозные, легкие в общении, — они ни чем не напоминали психически больных. О своем пребывании в психиатрической клинике пациентки вспоминали неохотно. Детали этого пребывания стерлись из их памяти. Но все девушки утверждали, что именно индивидуально значимая для них психотравмирующая ситуация, заключающаяся в пренебрежительном отзыве об их внешних данных, послужила, по их мнению, пусковым моментом для сверхценного голодания. При этом, чем выше был вес девушки в преморбиде, тем более сензитивно она относилась к репликам по поводу ее полноты.

В 18,0 % случаев пациенты отличались ананкастными чертами. Повышенная тревожность, навязчивые страхи располнеть и вызвать отвращение и насмешки сверстников — приводили к тщательному контролю за весом. Робкие, застенчивые, с заниженной самооценкой — эти девушки отличались откровенностью, доступностью, их мотивы пищевой избирательности были психологически понятны. Именно в этой группе пациентов наиболее часто анорексия сменялась булимией.

У пациентов с ананкастными чертами отмечалось более позднее возникновение симптоматики, наличие более сложного симптомокомплекса, с длительным и устойчивым проявлением психопатологических нарушений, чем у истероидных лиц.

Прием пищи входил в своеобразный ритуал, с помощью которого они пытались защититься от несчастья. Постепенно наступало безразличие. Прежде волновавшее их мнение окружающих также становилось безразличным, мысли текли медленно, путались, не хотелось двигаться, ни с кем не было желания общаться. Если вначале пациенты худели с какой-то определенной целью, чаще всего для того, чтобы понравиться молодому человеку или досадить подруге, то в дальнейшем похудение становилось самоцелью. Девушки не могли объяснить даже себе, зачем они худеют. Однако они выздоравливали, возвращались к обычному образу жизни и то, что прежде происходило с ними, а именно — дезориентировку, растерянность, недопонимание — они не помнили, знали лишь по рассказам близких и не любили об этом говорить.

Шизоидные пациенты отличались интравертированностью. Эти девушки обычно не имели близких друзей, испытывали трудности и в контактах с молодыми людьми. Как правило, они тяготели к абстрактным наукам. Их «самосвер-

шенствование» носило гротескный характер и вызывало недоумение окружающих. Они были требовательны и даже жестки как по отношению к себе, так и к окружающим. Основой их жизни являлась самодисциплина. Подчиняясь ей, они целеустремленно сбрасывали вес. Они были отрешены от реальной жизни. Их мечты и фантазии подменяли действительность. Их инфантильность приводила к гиперопеке родителей. Девушки неоднократно делали попытки самоутвердиться, но эти попытки отличались нелепостью и неадекватностью. У этих пациенток достоверно быстрее, чем у предыдущих групп, расширялась фабула дисморфоманических расстройств ($p < 0,01$). В этот период больные начинали предъявлять множество жалоб сомато-вегетативного характера. Однако и эти больные выздоравливали, их некоторая оригинальность и самобытность, носящая гротескный характер, не мешала им в дальнейшей жизни и социальной адаптации. Дальнейшее соблюдение диет, активное посещение косметических салонов укладывалось в рамки современной жизни и не обращало на себя внимание.

Среди находившихся под нашим наблюдением лиц с нервной анорексией 34,0 % страдали шизофренией, дебютировавшей нарушением пищевого поведения. Пациенты, страдающие шизофренией, не могли объяснить свое стремление к похудению. Они жаловались на отвращение к пище. Тщательно следя за весом и резко ограничивая и истязая себя при малейшем прибавлении в весе, они были неряшливы, неуклюжи. Отмечался диссонанс между влечением к истощению и отсутствием заботы о своем внешнем виде, а также отсутствием желания произвести хорошее впечатление на окружающих.

У пациенток, страдающих шизофренией, достоверно быстрее, чем у пациенток с расстройствами личности расширялась фабула дисморфоманических расстройств ($p < 0,01$). Данные статистически достоверны. В этот период больные начинали предъявлять множество жалоб сомато-вегетативного характера. Нарастала нетипичность их поведения, грубая манерность обращала на себя внимание, усиливалась отгороженность, нескритичность, неконтактность пациентов. Обычно молчаливые, погрязшие в себя, настороженные, они лишь на короткое время становились доступными и откровенными. В эти мгновения они искали помощи и сочувствия, нуждаясь в них, а затем вновь отгораживались от окружающих. Изменялось настроение больных с преобладанием тревожно депрессивных расстройств. К этому времени пациентки теряли более 20,0 % веса. Они почти совершенно прекращали есть самостоятельно. Насильственное кормление родственниками вызывало рвоту. Возникали изменения со стороны внутренних органов. Дефицит веса обращал на себя внимание. Речь становилась замедленной. Вопросы, обращенные к ним, больные долго обдумывали, но не всегда понимали, нередко отвечали не по сути вопроса. Нарастала хаотичность мышления.

Взгляд пациентов становился настороженным и недоброжелательным, действия — нецеленаправленными. Еще больше усиливалась депрессивная симптоматика, на которую, в отличие от пациенток с расстройствами личности, наслаивались параноидные и галлюцинаторно-параноидные расстройства.

Эндогенный процесс вначале носил эпизодический характер. Уже во время первого приступа заболевания, наряду с позитивной симптоматикой отмечались негативные проявления. При этом в структуре дефекта наряду с типичными эндогенными проявлениями отмечались черты «соматического эгоизма». Затем ремиссии становились все более короткими, течение приобретало непрерывный характер, обрастало все новой позитивной симптоматикой, нарастала и негативная симптоматика, в том числе так называемая негативная аффективность (апатия в 97,0 % случаев, ангедония в 97,0 %, психическая анестезия в 69,0 %). Явления анорексии к этому времени уходили на второй план и скрывались под пластом грубых аффективных и бредовых расстройств. Усиливалась неряшливость, карикатурность, брутальность пациенток, анорексия сменялась булимией. Возникал стабильный грубый дефект.

В связи со сверхценно-бредовым отношением к массе тела, пациентам, страдающим нервной анорексией, рекомендуется назначать современные антипсихотики. Препаратом выбора, по нашему мнению, является эглонил (сульпирид), с учетом его фармакологических свойств, а именно умеренной нейролептической активности в сочетании со стимулирующим и тимолептическим действием, а также антиэметическим эффектом. С учетом депрессивной симптоматики

в клинической картине нервной анорексии широкое распространение получило назначение антидепрессантов, в том числе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, однако, несмотря на то, что было доказано участие серотонина в генезе нервной анорексии, ряд авторов свидетельствует, что при нервной анорексии возникает нарушение действия серотонина, а не его недостаток. В связи с этим, СИОЗС бесполезны при низкой массе тела, но после восстановления массы тела их применение, напротив, является эффективным. Преморбидные особенности пациентов оказывают значительное воздействие на клиническую картину нервной анорексии, осложняют течение заболевания, поэтому для их нивелирования применяют психотерапию, в том числе когнитивно-бихевиоральную. Для лечения анорексии применяют метод совладания с тяжелым эмоциональным состоянием. Для этого конкретизируют проблему и предпринимают шаги к ее изменению. Используют тренинг решения проблем и тренинг навыков, уточняют автоматические образы и купируют их искажающее действие на реальную ситуацию.

Выводы

Нервная анорексия может выделяться как самостоятельная нозологическая единица и как синдром в рамках эндогенного процесса. Даже в том случае, когда нервная анорексия является самостоятельным заболеванием, она имеет 3 варианта течения с несколько различающейся симптоматикой и прогнозом. Варианты зависят от «почвы», на которой развивается нервная анорексия. Так называемую «почву» представляют расстройства личности в виде шизоидного, истерического или ананкастного расстройства.

Литература

1. Цивилько М. А. Случай тяжелой нервной анорексии у мужчин [Текст] / М. А. Цивилько, М. В. Коркина, В. И. Скворцова и др. // Журн. невропатол. и психиатр. – 2001. – №2. – С. 46–49.
2. Вознесенская Т. Г. Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование) [Текст]: Дис. на соискание научн. степени д-ра мед. наук / Т. Г. Вознесенская. – М., 1990.
3. Вознесенская Т. Г. Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции [Текст] / Т. Г. Вознесенская, В. А. Сафонова, Н. М. Платонова // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – №12. – С. 49–52.
4. Гончарик Т. А. Изменения сердечно-сосудистой системы у больных нервной анорексией [Текст]: Автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук / Т. А. Гончарик. – М., 1994.
5. Гумницкая Т. Н. Психопатологические нарушения у больных с алиментарно-обменным ожирением (клиника, диагностика, принципы психотерапии) [Текст]: автореф. а соискание научн. степени канд. мед. наук / Т. Н. Гумницкая. – Х., 2004.
6. Mario M. Расстройства пищевого поведения [Текст] / М. Mario. Киев, 2008. – 430 с.
7. Марута Н. А. Нервная анорексия (клиника, диагностика, лечение) [Текст] / Н. А. Марута, С. Е. Казакова, Н. В. Ковалева. Луганск, 2009. – 133 с.
8. Kaye W. Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa [Text] / W. Kaye, K. Gendall, M. Strober // Biol. Psychiatry. – 1998. – Vol. 44. – P. 825–838.
9. Lee S. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 chinese patients in Hong Kong [Text] / S. Lee, T. P. Ho, L. K. G. Hau // Psychosom. Med. – 1993. – Vol. 23. – P. 999–1017.
10. Коркина М. В. Об особом варианте патологии влечений при шизофрении с синдромом нервной анорексии [Текст] / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Мариллов и др. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1986. – №86 (11). – С. 1689–1694.

НОЗОЛОГІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ

С. Є. Казакова
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Нервову анорексію можна виділяти як самостійну нозологічну одиницю і як синдром в межах

NOSOLOGY OF ANOREXIA NERVOSA

S. Ye. Kazakova
SE «Lugansk State Medical University»

Anorexia nervosa can be viewed as a separate clinical entity and as a syndrome within the endogenous pro-

ендогенного процесу. Навіть у тому випадку, коли нервова анорексія є самостійним захворюванням, вона має 3 варіанти перебігу з варіативною симптоматикою і прогнозом. Варіанти залежать від «ґрунту», на якому розвивається нервова анорексія. Так звані «ґрунти» представляють розлади особистості у вигляді шизоїдного, істеричного або ананкастного розладу.

Ключові слова: нервова анорексія, шизофренія, розлади особистості.

УДК 616.89-008.441



ГЕЛОТОФОБИЯ (Обзор зарубежных публикаций)

В. В. Пономарёва

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Проведен обзор зарубежных источников по клиническим исследованиям чувства юмора и комизма. Установлено, что результаты эмпирических исследований комичного представляют противоречивые данные о том, насколько позитивно влияние юмора на психическое здоровье и психологическое благополучие. Приведены результаты изучения публикаций, посвященных гелотофобии — патологического страха стать объектом насмешки. Отмечено, что исследование гелотофобии принимает все более масштабный характер и представляет научный и практический интерес в контексте как изучения индивидуальных различий, так и психопатологии, что связано с высокой распространенностью и универсальностью гелотофобии как психосоциального феномена, а также с тем, что избыточная социальная тревога рассматривается как компонент антивиталяного поведения.

Ключевые слова: гелотофобия, социальная тревожность, социальная фобия, обзор публикаций.

В последнее десятилетие в клинической психологии наметилась тенденция рассматривать чувство юмора не только как социально желательную черту личности, но и как важный компонент психического здоровья [13]. Изменение исследовательского вектора привело к появлению новых, ранее не известных данных, что значительно приблизило нас к концептуализации так называемого гелотического поведения человека в норме и патологии. На наш взгляд, актуализация клинических исследований комизма, и ситуаций, в которых восприятие юмора выступает модификатором поведенческого модуса и психоэмоционального комфорта, связана как с проблемой повышенного риска антивиталяного и аддиктивного поведения у лиц с ненормативной (по медицинскому критерию) тревогой и чувством стыда, неспособностью использовать юмор в качестве копинг-стратегии, так и с практической необходимостью выделения ранних психологических маркеров у лиц с психическими расстройствами, отражающих эмоциональные и мотивационно-личностные дефициты.

Проанализировав доступные нам публикации по клиническим аспектам юмора и комизма, мы сочли возможным разделить их на три кластера. Первый кластер объединил работы, посвященные рассмотрению количественных изменений юмора при психических заболева-

ness. Even when anorexia nervosa is a distinct disease, it has 3 choices flow from several different symptoms and prognosis. The options depend on «basis», which develops anorexia nervosa. So-called «basis» is the form of personality disorder, like schizoid, hysterical or anankast disorder.

Key words: anorexia nervosa, schizophrenia, personality disorders.

ниях, в которых фиксируется «снижение» или «повышение» чувства юмора в результате психопатологии [4-9]. Примером таких работ являются исследования G. Forabosco [6] и R. S. Wyer et al. [9]: из публикации G. Forabosco [6] следует, что при депрессии чувство юмора «снижается», при манинии — «повышается»; из публикации R. S. Wyer et al. [9], следует, что при тревожных расстройствах с увеличением фоновой тревоги затрудняется интеллектуальное понимание юмористических событий.

Второй кластер объединил работы, посвященные рассмотрению качественных изменений юмора при психических заболеваниях, качественной специфики юмора у больших различных нозологических групп [10, 11]. Примером работ второго кластера являются исследования А. Н. Лук [10], Е. М. Ивановой, С. Н. Ениколопова, М. Ю. Максимовой [11]. С точки зрения А. Н. Лук [10], чувство юмора приобретает определенную специфику при разных психических заболеваниях. При шизофрении больные перестают адекватно реагировать на шутку (смеяться) в связи с уплощением эмоций, потерей эмоциональной вовлеченности. При этом способность чисто интеллектуального понимания смысла шутки у них остаётся сохранной вплоть до формирования интеллектуального дефекта. При эпилепсии (при относительной сохранности эмоционального

компонента юмора) вязкость больных не позволяет им за множеством деталей уяснить суть шуток, что приводит к потере смысла. Кроме того, А. Н. Лук указывает на возможное «снижение уровня острот» при органической патологии мозга (вероятно, аналогично снижению уровня обобщений в интеллектуальной деятельности). В исследовании Е. М. Ивановой, С. Н. Ениколопова, М. Ю. Максимовой [11] показано, что нарушение юмора имеет нозологическую специфику. У больных приступообразно-прогредиентной шизофренией наблюдается нарушение способности к узнаванию юмора, что объясняется характерным для этих пациентов нарушением мышления, а также влиянием параноидальных тенденций. У больных вялотекущей шизофренией и аффективными нарушениями способность к узнаванию юмористического материала остаётся сохранной. У больных аффективными расстройствами подавляется смеховая активность при восприятии юмора. Больные вялотекущей шизофренией и с аффективными расстройствами, особенно с маниакальным синдромом, предпочитают цинично-пессимистические анекдоты. Этим же пациентам не нравятся неприличные анекдоты. Больные приступообразно-прогредиентной шизофренией предпочитают юмор, основанный на разрешении противоречия (особенно на сравнении по отдалённому признаку), и анекдоты, дискриминирующие противоположный пол.

Третий кластер публикаций образовали исследования гелотофобии и связанных с ней феноменов гелотофилии (стремления выглядеть смешным) и катагеластизма (склонности высмеивать окружающих). Гелотофобию (от греч. *gelos* — «смех» + фобия) W. Ruch [12] определил как патологический страх выглядеть смешным. Ещё более ста лет назад страх быть осмеянным рассматривался французским психиатром Р. Hartenberg [13] в контексте социальных страхов. Автор описывал таких пациентов как робких, с часто необоснованными проявлениями чувства смущения, стыда и страха, которые в основном возникали в присутствии других людей. Подобные проявления сопровождались физиологическими изменениями (дрожь, покраснение, повышенное потоотделение и др.), нарушениями в работе психических функций (внимания, мышления, памяти). Определяющим признаком такого расстройства автор считал страх насмешки, который был тесно связан со страхом самораскрытия и страхом выражения собственного мнения. Впервые гелотофобия как особая форма социофобии была описана М. Titze [14], однако позже было показано, что гелотофобия имеет свою специфику (Н. Carretero-Dios с соавт. [15]). Гелотофобия на клиническом уровне характеризуется убежденностью в собственной нелепости, восприятием любого смеха как враждебного, повышенной тревогой и чувством стыда, неспособностью использовать юмор в качестве копинг-стратегии, скованностью в движениях, психосоматическими расстройствами, ранимостью, обидчивостью, а в крайних вариантах —

социальной изоляцией [14]. На сегодняшний день исследователи описывают гелотофобов как людей, которые глубоко убеждены в том, что с ними что-то не так, что окружающие воспринимают их как нелепых и комичных. По мнению М. Titze [16], экстремальная выраженность гелотофобии включает параноидные тенденции, повышенную сенситивность и обидчивость и, как результат, — социальную изоляцию. Среди особенностей гелотофобии есть такие, которые напоминают описания критериев социальной фобии в международной классификации болезней (МКБ-10). Общими показателями являются наличие выраженного страха определённого типа социальных ситуаций (ситуации насмешки), преобладание тревоги в определённых ситуациях, выраженность психофизиологических симптомов тревоги, низкая самооценка и боязнь критики, эмоциональное переживание из-за симптомов, осознание того, что страх не обоснован, избегание потенциально опасных ситуаций, что в своих крайних проявлениях приводит к социальной изоляции. В то же время можно отметить ряд специфических особенностей гелотофобии. Так, D. Veale [17] замечает, что концепция социофобии имеет много общего с исследованиями стыда, однако эти два направления исследований не пересекаются в литературе. Гелотофобия (как особая форма тревожности, основанная на стыде) базируется на убеждении человека в своей комичности и нелепости, в ожидании того, что над ним будут смеяться (L. Wurmser [18]). Социальная фобия, по определению МКБ-10, социофобия по определению DSM-IV,V, не включает эту характеристику. Теории социофобии фокусируются на особом чувстве, что человек совершил непростительную ошибку (I. Marks [19]). Испытуемые с выраженной гелотофобией избегают общения с другими людьми, стараются не попадаться им лишней раз на глаза, потому что подозревают, что другие постоянно ищут в них доказательства их нелепости и чужаковатости. Такую особенность можно наблюдать и у людей с признаками социофобии, когда пугающие социальные ситуации также избегаются или переживаются с усиленной тревогой [14]. М. Titze [16] описывает типичную внешность лиц с выраженной гелотофобией: нехватка живости и спонтанности, веселья, часто выглядят дистантными и холодными по отношению к сверстникам. Нередко развивается общее мышечное напряжение как отражение эмоционального дискомфорта, и психофизиологические симптомы (повышенное сердцебиение, тремор, покраснение, сухость во рту и горле, учащённое дыхание, нарушения речи). Все эти проявления типичны также для социофобии [16]. Специфическим же физиологическим симптомом, отличающим гелотофобию, является замороженная экспрессивность, мимика. В ситуации острой тревоги (тревоги стыда) лицевая экспрессия этих пациентов становится обездвиженной и неживой, похожей на деревянную маску. Пациенты начинают чрезмерно контролировать движения сво-

их рук и ног, поэтому они теряют спонтанность. Такую специфическую «деревянную» внешность M. Titze [14] назвал «синдромом Пиноккио», и она является одним из ключевых признаков гелотофобии. Кроме того, становится выраженным чрезмерное логическое мышление, они слишком много думают о том, что могут подумать про них окружающие. Эти особенности также являются причиной повышенной инертности, напряжённости и скованности лиц с выраженной гелотофобией. Еще одним типичным проявлением гелотофобии является «агелотичное» состояние — неспособность гелотофобов получать позитивные эмоции от смеха [14]. Люди с выраженной гелотофобией не воспринимают смех и улыбку собеседника как нечто позитивное, но оценивают их как знак насмешки, оскорбления, агрессии. Они убеждены, что их внешность или поступки на самом деле смешны и нелепы, т. е. смех окружающих над ними небезоснователен. Гелотофобы смеются неохотно, против воли, близко к сердцу воспринимают юмористические замечания со стороны других людей, могут шутить только в окружении очень близких людей, воспринимают доброжелательные шутки окружающих как насмешку над собой. Их смех часто неестественен и неуместен, они часто не понимают смысла шуток или понимают его неверно. Юмор для них — соревнование, они язвительны и презрительны, смеются чаще «над другими», чем «с другими», не используют чувство юмора в качестве копинг-механизма. В целом, они либо смеются надо всем и всеми, либо не смеются вовсе (W. Ruch et al., [12, 20]).

Связи гелотофобии с пережитым опытом дразнения со стороны сверстников и взрослых в детстве и юности, а также некоторыми аспектами социальной тревожности и некоторыми специфическими страхами отражены в исследовании K. Edwards с соавт. [21]. Результаты продемонстрировали тесную положительную связь гелотофобии с ситуациями дразнения в детстве и юности, касающимися поведения в социуме. Данные также подтвердили связь гелотофобии с несколькими признаками социальной тревожности, но не продемонстрировали связи с такими конкретными опасениями, как, например, страх животных, болезни, смерти, травмы и др. Таким образом, отличительным критерием гелотофобии в данном контексте исследования был назван негативный опыт насмешек и дразнения со стороны сверстников и взрослых.

Исследование N. Carretero-Dios et al. [15] продемонстрировало высокую корреляцию гелотофобии и двух показателей: показателя социальной тревожности и страха негативной оценки. Было показано, что страх насмешки будет скорее выше у лиц с высокими показателями по этим двум переменным. В то же время, высокие значения гелотофобии могли встречаться и у лиц с низкими показателями социальной тревожности и страхом негативной оценки. Лишь половина людей с высокими показателями социальной тревожности превышает по-

рог гелотофобии. В связи с этим, становится очевидно, что все переменные связаны между собой, но пересекаются лишь частично. Так авторы свидетельствуют, что страх быть объектом насмешки гораздо шире, чем страх негативной оценки. Если концепция гелотофобии описывает два основных феномена, с одной стороны, социальную тревогу и изоляцию, с другой стороны, параноидальные тенденции, то страх негативной оценки скорее относится ко второй категории нарушений. Вышеописанные особенности гелотофобии позволяют говорить о тесной ее связи с социальной фобией. Однако некоторые проявления гелотофобии, не описанные в контексте социальной фобии, тем не менее, имеют место, и в силу травматичности последствий, также требуют особого внимания. Таковыми являются убежденность в своей комичности, неспособность воспринимать юмор окружающих как позитивный, «замороженная» экспрессивность, потеря телесной спонтанности. Обобщив концепцию гелотофобии, представленную в трудах W. Ruch et al., [20], M. Titze [14,16], исследовательница из России Е. А. Стефаненко [1], выделила и характеризовала 3 основных составляющих гелотофобии: когнитивную, эмоциональную и поведенческую. С точки зрения первой, по мнению автора, имеет место выраженная убежденность лиц с высокой гелотофобией в собственной нелепости, странности, подозрительности. Такие негативные мысли и убеждения могут быть доминирующими над чувствами и поведением. С точки зрения эмоциональных проявлений для гелотофобов характерна повышенная чувствительность к насмешкам окружающих, тревога, чувство стыда и страха. Выходом из подобного опасного для человека состояния являются определённые формы поведения гелотофобов: аутизация, повышенный контроль, неловкость, агрессия, избегание социально опасных ситуаций. Автор сделал аргументированный вывод о том, что все процессы, которые протекают в личности гелотофобов, взаимообусловлены и в конечном итоге дезадаптивны.

В публикации Е. А. Стефаненко, С. Н. Ениколопов, Е. М. Иванова [22] отражены результаты эмпирического исследования социодемографических характеристик гелотофобии в России. Были проверены следующие гипотезы: гелотофобия в подростковом возрасте выше, чем во взрослом; гелотофобия выше у людей, не состоящих в отношениях с противоположным полом; гелотофобия не связана с гендером; у жителей населенных пунктов с меньшей численностью населения гелотофобия выше, чем в городах с более высокой численностью населения; имеются значимые различия в выраженности гелотофобии у студентов различных факультетов: у студентов естественнонаучных и технических факультетов выше, чем на гуманитарных факультетах. Выборка: 1335 испытуемых в возрасте от 11 до 66 лет, среди них 435 мужчин и 900 женщин. Испытуемые проживали в разных городах РФ. В качестве

психологического инструментария использовалась шкала «GELOPH 15», состоящая из 15 утвердительно сформулированных предложений, которые касались трех аспектов: проявления убежденности в собственной нелепости и смехотворности, возможных предпосылок гелотофобии, возможных последствий гелотофобии.

Гипотеза о наибольшей выраженности гелотофобии в подростковом возрасте не подтвердилась. Зато была отмечена тенденция к увеличению гелотофобии после 35 лет как у мужчин, так и женщин. У женщин гелотофобия проявляется в меньшей степени в подростковом возрасте, увеличивается в юношеском и спадает в первом зрелом периоде, по мнению авторов, это связано с тем, что в период 22–35 лет женщина более всего ориентирована на семью и в меньшей степени на социум, соответственно, и меньше сравнивает себя с другими. Дальнейшее повышение гелотофобии характеризуется тем, что после декретного отпуска вернуть себе высокий социальный статус бывает сложно. У мужчин «кривая» гелотофобии выглядит несколько иначе: от подросткового к юношескому возрасту происходит спад, а к первому зрелому — подъем. Результаты исследования также подтвердили гипотезу о том, что чем меньше численность населения в городе, тем выше уровень гелотофобии. Это закономерно, так как чем меньше численность населения, тем выше риск уронить себя в глазах окружающих, что неразрывно связано со страхом показаться смешным и нелепым. Отсутствие связи гелотофобии с семейным статусом также подтвердилось результатами исследования. Гипотеза о преобладании гелотофобии у студентов технических и естественнонаучных специальностей не подтвердилась. Однако была обнаружена явная выраженность страха быть высмеянным у студентов медицинских специальностей и специальности менеджмента. Закljučая свое исследование, авторы отметили, что изучение гелотофобии и особенностей ее диагностики, профилактики и психотерапевтических методов по работе с ней важно не только в качестве помощи людям, страдающим этой фобией, но и для изучения механизмов страха и особенностей чувства юмора.

Результаты кросскультурного исследования гелотофобии представлены в публикациях [23, 24]. Подтверждена универсальность феномена гелотофобии [23]. Показано, что смех — врожденная форма эмоциональной экспрессии, имеющая определенную мимический и вокальный паттерн [23, 24]. Выделено 102 различных повода оказаться объектом смеха [23]. Используя метод многомерного шкалирования, Proyer R. T., Ruch W. et al. [23] выявили 2 фактора, объясняющих вариативность ответов, имеющих отношение к страху стать объектом насмешки. Первый из них описывает специфическую форму реагирования на смех других и изменяется от небезопасной (например, попытка скрыть ощущение небезопасности, чувство непреднамеренной комичности) до выраженной реакции избегания-ограничения по отношению к смеху окружающих. Максималь-

ные значения по небезопасным реакциям на смех окружающих получены в Туркменистане и Камбодже, а максимальные значения по реакциям избегания-ограничения в ответ на смех других — в Ираке, Египте и Иордании. Второй фактор характеризует высокую или низкую подозрительность по отношению к смеху окружающих. Максимальные значения получены в Буркина-Фасо, Эфиопии и Румынии, а минимальные — в Камбодже, Шотландии и на Украине. В общем, профиль ответов по 15 пунктам опросника оказался выше в восточных странах, чем в западных, что полностью противоречит исследованиям социофобии, которая оказалась чаще распространена в западных, чем в восточных странах. Подобное расхождение ставит под вопрос принадлежность гелотофобии к социофобии и требует подробных исследований. Исследование также показало большие различия в ответах на разные пункты опросника. Так, подозрительность, если другие смеются в твоём присутствии, широко распространена в Таиланде (80,00 % согласились), в то же время в Финляндии она намного ниже (лишь 8,50 %). Тем не менее, ни в одной из стран не было получено максимального или минимального значения по всем пунктам опросника в целом (Proyer et al. [23]). По данным авторов, распространённость гелотофобии (т.е. процент испытуемых с выраженной гелотофобией, превышающей пороговый балл 2,5) в Австрии, Китае и Швейцарии составляет соответственно 5,80, 7,31, и 7,23 %. В отличие от двух других стран, в Китае гелотофобия связана с низким уровнем жизни удовольствия и смысла. C. Davies [25] полагает, что распространённость гелотофобии в разных странах определяется двумя кластерами социальных переменных. Первый связан с социальной ролью смеха как давления, способа достижения конформности и установления гармонии (апеллируя к стыду, правилам приличия и этикета). Второй относится к таким социальным переменным, как иерархичность, статус, власть. Это означает, что теоретически высокая распространённость гелотофобии должна быть в иерархически организованных социумах, где основным инструментом социального контроля является стыд.

Анализ источников, входящих в третий кластер публикаций, посвященных клиническому изучению чувства юмора, показал, что публикации по распространённости гелотофобии в популяции единичны. Распространённость гелотофобии по данным исследования W. Ruch., R. T. Proyer [24] среди здоровых составляет от 5,00 % до 12,00 % населения. Анализ распространённости гелотофобии в России показал, что 7,41 % испытуемых обнаружили симптомы гелотофобии [22]. Также малочисленны публикации по распространённости гелотофобии в контингентах больных с психическими заболеваниями. В исследовании Forabosco et al., [6] показано, что больные психическими заболеваниями характеризуются выраженной гелотофобией, в сравнении с психически здоровыми людьми. При этом выраженность гелотофобии в разных нозологических группах

не одинакова. Так, у больных шизофренией и пациентов с расстройствами личности она выше, чем у пациентов с расстройствами настроения, тревожными и расстройствами пищевого поведения. Кроме того, выраженность гелотофобии позитивно связана с длительностью заболевания. Результаты исследования, проведенного в РФ Е. Стефаненко, подтверждают большую выраженность гелотофобии у пациентов психиатрической клиники в сравнении со здоровыми людьми [26]. При этом не удалось обнаружить связей между гелотофобией, с одной стороны, и агрессивностью, использованием агрессивного стиля юмора и уровнем притязаний, с другой. Интересно, что в контрольной группе гелотофобия оказалась больше связана с переживанием стыда, измеряемого по шкале Дембо–Рубинштейна, в то время как у больных психическими заболеваниями гелотофобия, скорее, была связана с переживанием страха, измеренного по той же методике.

В завершении обзора охарактеризуем итоги исследования Е. А. Стефаненко [1]. Проведенное автором исследование представляет первую, и, несомненно, удачную попытку верификации феномена гелотофобии в России. Результаты исследования свидетельствуют о тесной связи страха быть осмеянным с такими глубокими личностными переживаниями, как стыд и страх, социально нежелательными в обществе. Автором установлено, что оптимальные значения выраженности гелотофобии являются необходимым условием формирования адекватной самооценки человека, здорового чувства идентичности, социальной компетентности. В то же время, показано, что высокие значения гелотофобии часто связаны с социальной дезадаптацией и согласуются с психическими расстройствами. Важным представляется вывод о том, что выраженная гелотофобия может быть характерна как для психически здоровых людей, так и для больных шизофренией и аффективными расстройствами. В целом в группе больных психическими расстройствами гелотофобия чаще имеет высокие значения. Если в группе психически здоровых лиц выраженные значения гелотофобии являются риском социальной дезадаптации, то у больных шизофренией — это показатель менее выраженного дефекта. Описаны автором клинико-психологические особенности гелотофобии, согласно которым страх казаться объектом насмешки может иметь нозологическую специфику. В группе больных шизофренией гелотофобия имеет более диффузный характер, чем в группе больных депрессией и здоровых людей, поскольку связана с более широким спектром эмоциональных проявлений: чувством стыда, страха, тревоги, грусти, гнева. Гелотофобия имеет качественные различия при разных типах течения шизофрении и соотносится с клинической картиной в каждом случае. Выраженность гелотофобии может быть дополнительным индикатором глубины нарушения психической деятельности при ступообразно-прогредиентной шизофрении, поскольку различия в показателях гелотофобии

в этой группе испытуемых связаны с длительностью болезни и количеством приступов. Гелотофобия, связанная с чувством стыда, является менее патологичной, чем гелотофобия, связанная с чувством страха. Если высокая тревога в первом случае связана с ощущением собственной никчемности, беспомощности и отверженности в ситуации выраженного стыда, то во втором случае — также с ожиданием попадания в негативные ситуации в будущем и выраженным беспокойством по этому поводу. У больных шизофренией наблюдаются межполовые особенности отношения к смеху и юмору (более выраженный по сравнению с мужчинами самоподдерживающий стиль юмора, а также более выраженные значения гелотофилии и катагеластизма у женщин), свидетельствующие о большей адаптивности женщин в ситуации болезни. В исследовании продемонстрирована культуральная специфика гелотофобии в России. Показано, что выраженность гелотофобии у психически здоровых лиц согласуется с особенностями смеховой культуры в России, а также может быть связана с некоторыми социо-демографическими особенностями: наиболее высокие значения гелотофобии соответствуют наименьшей численности населенного пункта; возрастная динамика выраженности гелотофобии не одинакова у мужчин и женщин: у мужчин гелотофобия наиболее выражена в подростковом и первом зрелом возрасте, у женщин — в юношеском и втором зрелом. Несомненным достоинством работы является и адаптация русскоязычной шкалы гелотофобии GELOPH<15>, и апробация методики исследования гелотофобии, гелотофилии, катагеластизма PhoPhiKat <45>.

Выводы

1. Результаты эмпирических исследований комичного представляют противоречивые данные о том, насколько позитивно влияние юмора на психическое здоровье и психологическое благополучие [27], что косвенно указывает на существование различных механизмов или видов чувства юмора, одни из которых могут быть терапевтическими и способствовать адаптации, а другие — нейтральными или даже антитерапевтическими [28, 29].

2. На сегодняшний день исследование гелотофобии принимает все более масштабный характер и представляет научный и практический интерес в контексте как изучения индивидуальных различий, так и психопатологии [1, 2, 30], что связано с высокой распространенностью и универсальностью гелотофобии как психосоциального феномена [23, 24], а также с тем, что избыточная социальная тревога рассматривается как компонент антивиталяного поведения [3].

3. Перспективность изучения страха насмешки как феномена, отражающего эмоциональные и мотивационно-личностные аспекты психического здоровья, не вызывает сомнения, и является особенно важным в связи с тяжестью социальных последствий и нарушений адаптации в контингентах лиц с психической патологией.

4. Отсутствие отечественных исследований гелотофобии, отражающих её клиническую и культуральную специфичность существенно сужает диапазон терапевтических возможностей,

прежде всего в контингентах лиц с избыточной социальной тревожностью, с повышенным риском формирования коморбидных, суицидоопасных состояний.

Литература

1. Стефаненко Е. А. Психологические особенности гелотофобии (страха насмешки) при шизофрении и аффективных расстройствах: дисс. на соиск. уч. степ. канд. психол. наук / Е. А. Стефаненко – М.: 2014. – 159 с. / [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.psy.msu.ru/science/autoref/stefanenko/stefanenko_diss.pdf (дата обращения: 30.11.2014).
2. Стефаненко Е. А. Исследование гелотофобии у больных шизофренией с разным типом течения и длительностью болезни [Текст] / Е. А. Стефаненко, Е. М. Иванова // «Психиатрия вчера, сегодня, завтра»: Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием, Кострома, 22–24 апреля. – Кострома, – 2014. – С. 71 – 75.
3. Сагалакова О. А. Социальная тревога — маркер антивиталяного поведения в подростковом и юношеском возрасте [Текст] [Электронный ресурс] / О. А. Сагалакова, И. Я. Стоянова, Д. В. Труевцев // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4 (6) – Режим доступа: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 30.11.2014).
4. Deaner S. L. Relationship of humor to depression and personality [Text] / S. L. Deaner, J. T. McConatha // Psychological Reports. – 1993; 72. – P. 755 – 763.
5. Doris J. Humor and Enxiety [Text] / J. Doris, E. Fierman / J. Levine (ed.). Motivation in Humor. – N. Y., 1969. – P. 245 – 230.
6. Forabosco G. The ill side of humor: Pathological conditions and sense of humor. The Sense of Humor: explorations of a personality characteristic [Text] / G. Forabosco / Ed. W. Ruch. – N. Y.: Mouton de Gruyter, 2007. – P. 271 – 292.
7. Marjoram D. Mind Reading Cartoons: a Pictorial Theory of Mind Study in People with Schizophrenia [Text] / D. Marjoram, H. Tansley, D. MacIntyre [et all.] // Schizophrenia Research. Abstracts of the XIIth biennial winter workshop on schizophrenia. – Davos. Switzerland. 7-13 Feb. – Davos, 2004.
8. Senf R. The use of comic cartoons for the study of social comprehension in schizophrenia [Text] / R. Senf, P. E. Huston, B. D. Cohen // American Journal of Psychiatry. – 1956; 113. – P. 45 – 51.
9. Wyer R. S. A Theory of Humor Elicitation [Text] / R. S. Wyer, J. E. Collins // Psychological Review. – 1992. – №99, 4. – P. 663 – 688.
10. Лук А. Н. Юмор, остроумие, творчество [Текст] / А. Н. Лук. – М.: Искусство, 1977. – 183 с.
11. Иванова Е. М. Психологические механизмы нарушения чувства юмора при шизофрении и циклотимии [Текст] / Е. М. Иванова, С. Н. Ениколопов, М. Ю. Максимова // Психиатрия. – 2005. – №3. – С. 60 – 65.
12. Ruch W. Gelotophobia – fear of being laughed at: A useful new concept? [Text] / W. Ruch // IPSR. – Spring. – 2004. – Colloquium Series (manuscript unpublished).
13. Hartenberg P. La phobie du regard [Text] / P. Hartenberg // Arch. NeuroL. – 1904. – Vol. 18. – № 105. – P. 202 – 209.
14. Titze M. The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter [Text] / M. Titze // Humor and Health Journal. – 1996. – V. 5. – P. 1–11.
15. Carretero-Dios H. Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study [Text] / H. Carretero-Dios W. Ruch, D. Agudelo [et all.] // Psychological Test and Assessment Modeling. – Vol. 52. – 2010 (1). – P. 108–124.
16. Titze M. Gelotophobia: The fear of being laughed at [Text] / M. Titze // Humor: International Journ. of Humor Research. – 2009. – Issue 22 (1-2). – P. 27–48.
17. Veale D. Treatment of social fobia [Text] / D. Veale // Advances in Psychiatric Treatment. – 2003. – №9. – P. 258–264.
18. Wurmser L. Die Maske der Scham: die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten [Text] / L. Wurmser. – Berlin: Springer, 1997. – 531 p.
19. Marks I. Fears and Phobias [Text] / I. Marks. – London: Heineann, 1969. – 243 p.
20. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview [Text] / W. Ruch // Humor: International Journal of Humor Research. – 2009. – № 22 (1–2). – P. 1–26.
21. Edwards K. R. The fear of being laughed at, social anxiety, and memories of being teased during childhood [Text] / K. R. Edwards, R. A. Martin, D. J. A. Dozois // Psychological Test and Assessment Modeling. – 2010. – № 52. – P. 94 – 107.
22. Стефаненко Е. А. Социодемографические аспекты гелотофобии в России [Текст] / Е. А. Стефаненко, С. Н. Ениколопов, Е. М. Иванова // Вопросы психологии. – 2013. – № 2. – С. 104–111.
23. Proyer R. T. Breaking ground in cross-cultural research on the fear of being laughed at (gelotophobia): A multinational study involving 73 countries [Text] / R. T. Proyer, W. Ruch [et all.] // Humor: International Journal of Humor Research. – 2009. – P. 253–279.
24. Ruch W. The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia [Text] / W. Ruch, R. T. Proyer // Humor: International Journ. of Humor Research. – 2008. – Issue 21(1). – P. 47–67.
25. Davies C. Humor theory and the fear of being laughed at [Text] / C. Davies // Humor: International Journ. of Humor Research. – 2009. – Issue 22 – (1-2). – P. 49–62.
26. Ivanova A. Gelotophobia in structure of mental illness [Text] / A. Ivanova, E. Stefanenko, S. Enikolopov. / Paper presented at the 20th annual conference of the International Society for Humor Studies. Alcalá de Henares, Spain, July 7-11, 2008.
27. Martin R. A. Humor, Laughter, and Physical Health. Methodological Issues and Research Findings [Text] / R. A. Martin // Psychological Bulletin. July 2001. – 127 (4). – P. 504–519.
28. Иванова Е. М. Психопатология и чувство юмора [Текст] [Электронный ресурс]. / Е. М. Иванова, С. Н. Ениколопов // Трудный пациент. – 2009 (июль) – Режим доступа: <http://t-patient.ru/articles/6443/> (дата обращения: 30.11.2014).
29. Иванова Е. М. Исследования чувства юмора в психологии (обзор) [Текст] / Е. М. Иванова, С. Н. Ениколопов // Вопросы психологии. – 2006. – №4. – С. 122–133.
30. Стефаненко Е. А. Культурные особенности гелотофобии в России [Текст] / Е. А. Стефаненко / Дифференциальная психология и дифференциальная психофизиология сегодня: Материалы конференции, посвященной 115-летию со дня рождения Б. М. Теплова, 10–11 ноября 2011 г. / под ред. М. К. Кабардова. – М.: Смысл, 2011. – С. 297–300.

ГЕЛОТОФОБИЯ**(Обзор закордонних публікацій)**

В. В. Пономарьова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Проведено огляд закордонних джерел клінічних досліджень почуття гумору і комізму. Встановлено, що результати емпіричних досліджень комічного представляють суперечливі данні про те, наскільки позитивний вплив гумору на психічне здоров'я та психологічне благополуччя. Наведено результати вивчення публікацій, присвячених гелотофобії — патологічного страху стати об'єктом кепкування. Зазначено, що дослідження гелотофобії приймає все масштабніший характер і представляє науковий і практичний інтерес в контексті як вивчення індивідуальних відмінностей, так і психопатології, що пов'язано з високою розповсюдженістю та універсальністю гелотофобії як психосоціального феномену, а також з тим, що надлишкова соціальна тривога розглядається як компонент антивітальної поведінки.

Ключові слова: гелотофобія, соціальна тривожність, соціальна фобія, огляд публікацій.

GELOTOPHOBIA**(Review of foreign publications)**

V. V. Ponomaryova

V. N. Karazin Kharkiv National University

A review of foreign sources on clinical studies of sense of humor and comic elements has been carried out. It was found that the results of the empirical research of the comical are conflicting data on how positive the effect of humor on mental health and psychological well-being is. The article gives the results of the analysis of publications on gelotophobia – a pathological fear of becoming the object of derision. It is noted that the study of gelotophobia is becoming more widespread and is of great scientific and practical interest in the context of study of individual differences and psychopathology, which is associated with high prevalence and universality of gelotophobia as a psychosocial phenomenon, as well as with the fact that excessive social anxiety is considered as a component of anti-vital behavior.

Key words: gelotophobia, social anxiety, social phobia, publication review.

УДК 616.895.8-085



ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПО МКБ-10 И ШИЗОИДНАЯ ПСИХОПАТИЯ КРЕЧМЕРА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В. Ф. Простомолотов

Институт инновационного и последипломного образования
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова

Аннотация. В статье на основании многолетних клинических, терапевтических, психотерапевтических наблюдений автор обосновывает необходимость возврата к классическим представлениям Э. Кречмера о статике и динамике шизоидного расстройства личности с наиболее принципиальным положением о психоэстетической пропорции в его структуре. Крайние полюса оси шизоидного расстройства личности представлены чувствительным типом с астеническими проявлениями и экспансивным типом со стеническими проявлениями. Рассмотрены особенности биологической и психической терапии, включая терапию хобби и творчеством.

Ключевые слова: шизоидное расстройство личности, статика, динамика, чувствительный, экспансивный, терапия биологическая, психическая.

Причиной, побудившей нас к написанию настоящей статьи, является разительное расхождение между трактовкой рассматриваемого расстройства личности в МКБ-10 [1] и тем, как описал его сам автор-создатель [2], пророчески внедривший в психиатрическую науку и практику термин «шизоидная психопатия». Эти расхождения настолько качественно несопоставимы, требуют настолько разных подходов к установлению контакта и психотерапии, что не могут не быть представлены перед широкой аудиторией психиатров и психологов, что обусловлено значением знаний классических проявлений статики и динамики

шизоидной психопатии Кречмера для успешного проведения биологической терапии и психотерапии, а также психопрофилактики.

Несмотря на то, что вышеуказанное было замечено нами сразу же в 1996 г. при переходе отчетности на МКБ-10, только впоследствии нам стала в полной мере понятна вся пагубность отступления от классических принципов психиатрии, ибо, никак не повлияв на нас, старшее поколение, она отразилось на формировании молодых специалистов.

В МКБ-10 для диагностики шизоидного расстройства личности, кроме общих симптомов

для выявления расстройств личности, в общем повторяющих известные с 30-х годов минувшего века критерии психопатии П. Б. Ганнушкина [3], а затем и коротко сформулировавшего их О. В. Кербилова [4] (**выраженность** аномальных черт, их **тотальность**, почти перманентная психическая и социальная **дезадаптация**), необходимо выявить минимум 4 признака из числа следующих: 1) мало что доставляет удовольствие или вообще ничего; 2) эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная аффективность; 3) ограниченная способность проявлять теплые или нежные чувства или гнев по отношению к другим людям; 4) внешняя индифферентность как к похвале, так и к критике; 5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст); 6) постоянное предпочтение уединенной деятельности; 7) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией; 8) отсутствие близких друзей или доверительных связей; 9) заметное игнорирование доминирующих социальных норм и условностей, не являющееся преднамеренным.

Опытному психиатру понятно, что здесь обозначен всего лишь один крайний — эмоционально холодный — тип из множества подтипов оси шизоидной психопатии Кречмера.

Согласно проведенным нами исследованиям [4], среди обследованных за год подряд 668 пациентов психотерапевта, работающего в условиях территориальной поликлиники (464 — 70,0 % — жен.; 204 — 30,0 % — муж.) всего у 186 (28,0 %) выявлена психопатия (F60), в т.ч. у 129 жен. (28,0 %) и 57 муж. (32,0 %). Среди этого круга пациентов шизоидная психопатия (F60.1) выявлена всего у 67 пациентов (36,0 %), в т.ч. у 42 жен. (33,0 %) и 25 муж. (44,0 %). Учитывая, что общее количество пациентов с пограничными психическими расстройствами, которых за 35 лет нашей работы в практической медицине пришлось консультировать, лечить (в т.ч. проводить им психотерапию) превышает 20 тысяч, нетрудно подсчитать, сколь велико число пациентов с рассматриваемой в данной статье патологией, наблюдаемых нами. При этом необходимо иметь в виду формы динамики этого типа расстройства личности/психопатии.

Из 67-ми пациентов у 32-х (21 жен., 11 муж.) наблюдались невротические реакции/расстройства (48,0 %), у 30-ти (18 жен., 12 муж.) астено-депрессивные и сенесто-ипохондрические фазы (45,0 %), у 5-ти (3 жен., 2 муж.) — развитие (паранойальное, ипохондрическое) — 7,0 %, требующие, кроме психотерапии, применения биологических средств воздействия: антидепрессанты, ноотропы, нейрорептики, нормотимики (как правило, в малых или умеренных дозах). Необходимо признать, что эффективность психотропных препаратов в пограничной психиатрии вообще, особенно при латентной эндогенной патологии (скрытых депрессиях, сенесто-ипохондрических симптомах), часто бывает недостаточной. Поэтому естественны поиски и применение других биологических методов лечения, часто в сочетании с психотерапией. В

настоящее время находят применение следующие из них: лечебное голодание, фототерапия, терапия депривацией сна, латеральная терапия, водные процедуры типа «моржевания» или контрастного душа. Без физических методов: лечебной и общеукрепляющей физкультуры, физиотерапии в широком смысле, иглорефлексотерапии и других биологических методов воздействия трудно в настоящее время представить эффективную терапию пограничных психических расстройств вообще.

В связи с невротическими реакциями в структуре расстройств личности шизоидного круга вспоминается **пациент, мужчина 36 лет**, высокого роста, астенического телосложения, холерического темперамента; по профессии экономист, он удачно начал несколько лет назад предпринимательскую деятельность, но вскоре получил несколько провальных дел, в результате чего впал в тревожно-подавленную невротическую депрессию. В студенческие годы успешно участвовал в соревнованиях по шахматам и в КВН. Жена пациента, сопровождающая его при первичной консультации в центр психотерапии, сообщила, что он стал неузнаваем, упал духом, потерял уверенность; наряду с подавленностью настроения, нарушением сна жаловался на боли в области сердца, приступы сердцебиения в сопровождении тревожно-фобических комплексов; из квартиры почти не выходил. Обратился к психотерапевту по настоянию жены, мало надеясь на положительный эффект психической терапии. Пациенту были назначены поливитамины, глутамат по 0,05 два раза в день, валокордин по 30 капель 2–3 раза в день и феназепам 1 мг на ночь, предложено через 5–7 дней прийти на контроль. Через неделю вновь приведен женой, существенного улучшения своего состояния не отмечал, хотя вынужден был признать, что под воздействием лекарств стал спать. Однако утром после пробуждения испытывал еще большую вялость, чем до принятия лекарств. По-прежнему подавлен, разочарован, ипохондричен, много времени проводил на диване.

С пациентом наконец-то удалось установить контакт, обсуждая с ним историю его жизни, особенно в студенческие годы, его увлечения, успешное участие в КВН и др. Выяснилось, что в недалеком прошлом он был прекрасный ходок, любил отмерять километры в длительных турпоходах по лесам и горам, а по утрам — на физзарядке. Куда все это подевалось? Забылось правило: «В здоровом теле — здоровый дух». В эмоционально насыщенном диалоге с пациентом в стиле Дюбуа я указал ему, что ослаблять себя еще и физически никак не допустимо. Необходимо ходить!

— Да где же ходить? — вопрошал пациент.

— С такими длинными ногами вы могли бы свободно отмерять по 7–8 км в час по проспекту Мира, который хорошо продуваем и находится совсем неподалеку от вас.

У пациента загорелись глаза, чувствовалось, что он для себя принял решение действовать. Поблагодарил за науку и с вдохновенным ви-

дом энергично вышел из кабинета. Последующие наблюдения показали, что через две-три недели регулярной энергичной ходьбы, физическое и психическое состояние пациента пришло к норме.

Шизоидная психопатия по Кречмеру

Э. Кречмер, основоположник конституционального направления в психиатрии, рассматривал аномальные типы характера не как однообразно застывшее статичное образование (точку), а как ось, на одном полюсе которой, имея в виду шизоидную психопатию, сконцентрированы эмоциональное равнодушие и холодно расчетливый эгоизм, а на другом — утонченная сенситивность, нерешительность, закомплексованность. Не вдаваясь в обсуждение взглядов Кречмера на рассмотрение конституции как единой основы, объединяющей варианты психической нормы, аномалии характера и болезни (шизотимический нормальный интровертированный характер — шизоидная психопатия — шизофрения) в контексте настоящей статьи рассмотрим подробно только шизоидов.

Это группа патологических характеров, по Кречмеру, (шизоидное расстройство личности, по МКБ-10, F60.1) включает в себя множественные варианты, в ряду которых на одном полюсе находятся мимозоподобные натуры, утонченные эстеты, на другом — холодные расчетливые эгоисты и равнодушные ко всему отшельники-чудаки. Впрочем, нередко эти, казалось бы, противоположные качества уживаются, сосуществуют в одном человеке. На это обстоятельство — чрезвычайно важное в диагностике шизоидной психопатии — и обращал особое внимание Э. Кречмер, называя его психоэстетической пропорцией, т. е. сочетанием в одном характере, но в разных пропорциях черт чрезвычайной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии).

Э. Кречмер выделял следующие наиболее часто встречающиеся качества характера шизоидов, наблюдаемые, как он писал, на поверхности: 1) необщителен, тих, сдержан, серьезен (лишен юмора), чужак; 2) застенчив, боязлив, тонко чувствующий, нервен, возбужден, друг книги и природы; 3) послушен, добродушен, честен, равнодушен, туп, глуп. Черты первой группы наиболее типичны и часты, включают в себя и вторую, и третью группы, которые определенным образом противостоят друг другу, образуя контрастные полюса; чувствительной раздражительности и равнодушной тупости (как у циклоидов веселье и печаль).

Шизоидный характер обычно выявляется при соответствующем тонком, астеничном/лептосомном, грацильном телосложении, реже атлетическом и диспластичном. Кожа у шизоидов обычно чувствительная и бледная; волосы на голове, в отличие от циклоидов, пышные; если у циклоидов лица правильные, то у шизоидов — интересные.

Черты интровертированного, шизоидного характера проявляются уже в раннем детском

возрасте, когда тихий 3–4-летний ребенок предпочитает уединенные тихие игры шумным коллективным. Рано обнаруживая интерес к отвлеченному, абстрактному, такой ребенок часами может молча слушать, как взрослые обсуждают какие-то философские проблемы, следить за шахматными баталиями, ничем не выдавая своего присутствия, а затем совершенно неожиданно давать точные советы, как надо правильно поступать. Так, например, четырехлетний гениальный кубинец, будущий знаменитый чемпион мира по шахматам Хосе-Рауль Капабланка, которого до того никто не обучал этой игре, требующей внутренней сосредоточенности ума, два дня молча наблюдал, как его отец играл с гостем в шахматы. На третий день малыш заметил, что отец неправильно пошел конем, а затем, когда тот возмутился и предложил сынишке самому расставить фигуры и сыграть с ним партию, тот не только правильно расставил фигуры, но выиграл без особых проблем. Через несколько дней четырехлетний вундеркинд, приведенный отцом в шахматный клуб, выиграл партию, хотя и с большой форой, но у сильного местного шахматиста¹.

Интровертированность, погруженность в себя и отгороженность от других людей (*аутизм*) является одной из характерных черт шизоида и выражается в стиле его жизни, выборе профессии и увлечений (математика, философия, музыка, особенно композиция, путешествия, шахматы, филателия и т. п.). Вообще, аутистические занятия являются любимым времяпровождением шизоида. «Друг книги и природы», по Кречмеру, он получает истинное наслаждение в общении с ними. Однако полная замкнутость встречается редко, чаще всего шизоиды — это люди избирательного общения, узкого круга, богемы. Но и там, как отмечал классик, они не смешиваются со средой, а отделены от нее невидимой, «стеклянной» преградой. Проблема общения у шизоида обусловлена не только его аутизмом, но и часто *неловкостью моторики*, быстрой истощаемостью интересов, недостатком, а иногда почти полным отсутствием интуиции, из-за чего он нередко попадает в неловкие ситуации. Этому же способствует и лишенная юмора серьезность, проявляемая повсюду, даже среди общего веселья. О богатстве внутреннего мира шизоида судить нелегко. По словам Кречмера, он подобен «лишенным украшений римским виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца, но в сумерках которых справляются роскошные пиры».

Конечно, богатство внутреннего мира зависит в большой степени от уровня образования и культуры, однако, в сравнении с другими типами личностей, шизоиды вообще выглядят более интеллигентными. Мышление их нестандартное, даже оригинальное: среди, казалось бы, обыденного они способны раскопать парадоксальную

¹ — Панов В. Н. Капабланка (Документальное повествование о гениальном кубинском шахматисте и 70-ти его избранных партий) В. Н. Панов — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: Физкультура и спорт. 1970. — 272 с.

идею. И вообще они люди идеи, фантасты, оторванные от жизни чудаки, донкихоты, которые часто проявляют доходящую до странности непрактичность.

Внешность шизоидов также необычна, оригинальна: часто бывает полное, как у хиппи, пренебрежение к одежде, прическе, косметике (у женщин); или вычурное, сверхмодное платье, вызывающие прическа и макияж, или подчеркнуто аристократическая изысканность в одежде и манерах, какая-то офицерская выправка и походка. Но последняя все же чаще бывает ходульной, шарнирной, неестественной: то с негнибающимися коленями, то подпрыгивающая.

Почерк шизоидов также характерен и обычно неразборчивый, даже вопреки формальной аккуратности: то обратный наклон букв, то их начертание с особым изломом, то какие-то ажурные завитки, мелкий бисер и своеобразное написание букв-символов и т. п.

Но, как поразительно тонко отмечает П. Б. Ганнушкин, «среди шизоидов можно найти и людей, занимающих позиции на вершинах царства идей, в разреженном воздухе которых трудно дышать обыкновенному человеку. Сюда относятся утонченные эстеты-художники, творчество которых, большей частью формальное, понятно лишь немногим, глубокомысленные метафизики, наконец, талантливые ученые-схематики и гениальные революционеры в науке, благодаря своей способности к неожиданным сопоставлениям с бестрепетной отвагой преображающие, иногда до неузнаваемости, лицо той дисциплины, в которой они работают».

Противоречивость черт наряду с аутизмом и интровертированностью составляют основу шизоидного характера, среди многих переходных вариантов которого выделяют два крайних типа: сенситивный и экспансивный.

Сенситивные шизоиды — это люди душевной сверхчувствительности, болезненно ранимые и неуверенные в себе. Они не терпят грубости и подолгу переживают даже мелкую обиду. Чрезвычайно щепетильные в вопросах нравственности и долга, честные и добросовестные, они самолюбивы и болезненно реагируют на всякую несправедливость по отношению к себе, особенно когда их незаслуженно критикуют. Подобные психотравмирующие переживания вызывают у них сверхценные идеи отношения, они падают духом, плохо спят и едят, быстро худеют и истощаются и, как улитки, еще более замыкаются в себе.

Эти мимозоподобные натуры защищаются тем, что настороженно недоверчивы, весьма избирательны в контактах, избегают ситуаций, требующих большого эмоционального напряжения и ответственности. Люди тонкие, одухотворенные, они часто обнаруживают ювенильную мечтательность, фанатично преданы какой-то идее. Даже работая в области естественных наук, они (не говоря уже о представителях декадентского направления в литературе и искусстве) часто неожиданно поражают склонностью к мистике, неистовой религиозностью.

Аутичные, как все шизоиды, они склонны обнаруживать нежную и глубокую привязанность к кому-нибудь, тяжело переживают разлуку, а утрата «поводыря», наставника, часто единственного спутника в жизни вызывает у них столь сильные переживания и отчаянье, что способна если не сломать душевно, то надолго выбить из привычного ритма, вызвать разочарование в жизни. К домашним животным, особенно к собачкам и кошкам, они также нежно привязаны, тяжело переживают их гибель. Это жалостливые, сентиментальные натуры, в их душах находят живой отклик разного рода гуманистические идеи и движения, в том числе в защиту животных, природы, человека, но и здесь они остаются людьми крайних точек зрения, непрактичными идеалистами. Их можно часто встретить среди одаренных поэтов, писателей, композиторов и музыкантов.

Экспансивные шизоиды среди круга энергичных людей, куда входят вместе с ними гипертимики, возбудимые и параноики, отличаются холодной бесцеремонностью и беззастенчивостью. Формалисты по образу мышления, они, даже будучи фанатично преданными какой-то гуманистической идее, оказываются безразличными и даже жестокими по отношению к отдельному живому человеку. Волевые и решительные, они действуют с бездушием компьютера и машины, чем и отличаются от человекомягкого циклоида и конкретно целеустремленных эпилептоида и параноика, всегда тонко чувствующих момент. Их можно встретить среди активистов и даже лидеров различных партий и движений, обычно радикального толка, а также среди руководителей учреждений и разного рода фанатиков и неудачников, упорно добивающихся реализации своих идей.

«В истории имеется мало личностей, — пишет Э. Кречмер, — которые представляют собой такую классически чистую культуру шизотимических качеств в их странных контрастах — обладающих шизотимической триадой: идеализмом, фанатизмом, деспотизмом — как это мы видим у Робеспьера: резкая эмоциональная холодность наряду с эксцентричностью, героическим пафосом, фанатической настойчивостью и внезапным отказом от решений, скрытая замкнутость при верности своим принципам. Что-то угрюмое, недоверчивое, напыщенное, педантичное, робкое. Добродетельный убийца, варвар из гуманности, «фанатик холодной, но безумной рефлексии»... Кровопийца? — вопрошает классик. — Нет, ученик Руссо и сын нежной матери, робкий, нежный мечтатель, бледная добродетельная фигура, выдающийся учитель жизни не понимает ужасов. Он углублен в чтение «Общественного договора» (Ж.-Ж. Руссо — В. П.), своей любимой книги, идеи которой он претворяет в действительность с педантичной тщательностью. Он не чувствует, что творит, и продолжает посылать на гильотину с неподкупающей справедливостью. Он ничего не чувствует, кроме добродетели и идеала. Он не чувствует, что это

причиняет страдание. При этом он пишет стихи ... и проливает слезы умиления, когда говорит. Простой, приличный, скромный, мягкий, нежный семьянин, который больше всего боится оваций и дам... Он — своеобразный идеалист. Мирабо, его циклотимический антипод, сказал о нем, покачивая головой: «Этот человек верит во все, что говорит».

Но современному читателю (психиатру/психологу), на наш взгляд, будет более понятной личность, чья жизнь и политическая деятельность в первую половину XX века оставила глубокие раны на судьбах большинства граждан в нашем отечестве, поэтому составим — сравнительно с Робеспьером — психологический/патопсихогический портрет Гитлера. Он, обладая той же самой триадой, описанной Э. Кречмером, шизоидных черт (идеализм, фанатизм, деспотизм), стал национальным лидером еще большего и зловещего масштаба, вознамерившись возродить и возвысить свой народ над всеми другими и принес неисчислимые страдания многим сотням миллионов людей в мире. Осиротев подростком (когда ему было 14 лет, скоропостижно скончался отец, а через 4 года от продолжительной и тяжелой болезни умерла и мать), он вынужден был, согласно его описаниям, выполнять тяжелую физическую работу на стройках Вены (которые, однако, следует это отметить, расходятся с достоверными исследованиями немецких историков, например, И. Феста, т. 1, с. 66, который считает, что Адольф относительно безбедно жил на сбережения покойных родителей и получаемое пособие). Но, будучи другом книги и природы — точно по Кречмеру — он, как сам пишет в *Main Kampf*, испытывая крайнюю нужду и, часто голодая, последние деньги тратил на книги. Несмотря на определенные художественные способности, — но при упорном нежелании к систематическому труду, на что многократно обращает внимание Фест — его не приняли в художественную школу, рекомендовав, по поданным на конкурс рисункам, учиться на архитектора. Действительно, бывая в больших городах, особенно в Вене, Адольф, по его признаниям, как зачарованный днями ходил вокруг великолепных дворцов и архитектурных ансамблей вместо посещения художественных выставок. Но жизнь распорядилась иначе — началась первая мировая война и 24-летний Адольф из патриотических побуждений добровольцем пошел на фронт. Там он перенес ранение и отравление ипритом, что, скорее всего, и вызвало в последующие годы проявление энцефалопатических симптомов — повышенную эмоциональную возбудимость, вегетативные дисфункции, слабодушие, свидетелями которых многократно являлось его окружение. Был дважды награжден за храбрость: 1-е — Железный крест 2-й ст.; 2-е — Железный крест 1-й ст. С фронта он вернулся еще более радикальным патриотом, болезненно переживая поражение Германии в войне и унижительную капитуляцию, согласно Версальскому

договору. Занялся политикой, в которой, обладая талантом оратора/демагога, вскоре преуспел, став вождем национал-социалистической рабочей партии Германии. Ему принадлежит авторство в символике фашистской партии. Он, с гордостью называя себя националистом, стал авантюрным политиканом, эксплуатирующим национал-социалистическую идею лучше всех до и после него. Обладая феноменальной памятью, он, будучи верховным главнокомандующим вермахта, помнил фамилии и лица всех командиров полков, а это, по крайней мере, полторы-две тысячи человек. Используя свои немалые интеллектуальные способности в самообразовании, природный артистизм и нравственный дефект, Гитлер смог провести вокруг пальца руководителей многих государств, особенно обладавшего паранойяльной подозрительностью Сталина. Он не курил, не пил, был сентиментальным человеком, примерным холостяком, любил собак, «никого не ел», то есть был вегетарианцем и вообще ипохондричным человеком. Обладая природной неловкостью и застенчивостью, он любил предаваться фантазированию.

Один из первых его биографов написал о нем книгу с весьма характерным названием «Дон-Кихот Мюнхенский» (Цит. по Фесту И., 1993, т. 1, с. 31), что находит подтверждение и в словах самого Гитлера: «Я был словно не от мира сего» (Там же, с. 55); а также, когда буквально все, отмечал он потом, считали его просто фантазером, торжественно заявил: «Так кто же был прав, фантазер или другие? Прав был я» (Там же, с. 33). И. Фест (Там же, с. 57) описал весьма характерный в этом отношении эпизод из жизни «Дон-Кихота Мюнхенского»: «В марте 1945 г., когда Красная Армия стояла (буквально) у ворот Берлина, Гитлер велел принести в бункер под имперской канцелярией планы перестройки Линца (его родного города, нарисованные/начерченные им в юности) и, как рассказывают, долго стоял над ними с мечтательным выражением на лице».

Что касается внешности Гитлера, то все исследователи его личности указывают на его несколько карикатурный облик: нескладная внешность, челка, ниспадающая на лоб, и усы щеточкой, в поведении явно обращает на себя внимание стремление к позе, подчас вычурной, импульсивным жестам и поступкам.

Но этот человек с природной нерешительностью одним росчерком пера и зачастую одним намеком (не найден ни один письменный документ, не доказан ни один его устный приказ об уничтожении целых народов) отправлял на тот свет многие миллионы людей. До сих пор мир содрогается при упоминании преступлений против человечества, совершенных в соответствии с идеологией о превосходстве арийской расы, замешанной на антисемитизме, созданной этим человеком, обладавшим набором парадоксальных черт способностей, характера, личности, пронизанных эмоциональной холодностью,

беспардонністю, беззастенчивістю і жорстокістю експансивного шизоїда².

В психопатологічному портреті Гітлера на фоні визначаючих рис експансивного шизоїда помітна підвищена емоціональна збудливість, а в останні роки — наростаючі паркінсонічні симптоми, обумовлені, по нашому мнению, органічним ураженням ЦНС (як наслідок отруєння іпрітом, стосовно до ураження нервнопаралітичного діяння), а також параноїальне розвиток ідеї чистої раси (господ, великої, порочної, злочинної, рабської і т. д.), а також ідеї величчя і переслідування, здобуваюче в останні роки і особливо місяці його життя гротескне виявлення.

Шизоїди — це радикали, користуючись любов'ю і авторитетом у мас, вони нерідко являють собою в вузькому колі або в родині «тип холодного деспота» (Е. Кречмер), бездушного сина і батька. Втім, і в стосунках з оточуючими вони, адепти справедливості, звичайно суворі і офіційні і являють собою тип бездушного бюрократів. Діяльний експансивний шизоїд, як і шизоїди всіх типів, істинно протирічлив, в відміння від зовнішньої протирічливості у епілептиків і параноїків, які завжди знають, чого хочуть, і для досягнення мети не брезкують лестью і лицемір'ям на словах, щоб на справу реалізувати свої задумки, якими б злочинними і жорстокими вони ні були.

Їх протирічливість визначається здатністю надзвичайно глибоко, але односторонньо проникатися і захоплюватися ідеєю «per se», при цьому залишаючись буквально сліпими і глухими до людей не як до носіїв символів, а як до живих істот з своїми слабкостями, надіями і тривогами. Але вони можуть проникнутися ідеєю окремого індивіда або шару суспільства, гарячо відстають їх інтереси, при цьому живою людиною, не існуючою поза системою стосунків з іншими людьми, знову підмінюється, підганяється під ідею, образ, часто викривлений. Як писав П. Б. Ганнушкін, «несогласно з очевидністю рідко сміє шизоїда, і він без всякого смієння називає чорне білим, якщо тільки це будуть вимагати його схеми. Для нього типово фраза Гегеля, сказана останнім в відповідь на запитання невідповідності деяких його теорій з дійсністю: «Тим гірше для дійсності».

² — Представляє інтерес, що Е. Кречмер, написавши яскраві психологічні і клінічні портрети історичних діячів Французької революції, живши в Німеччині в період зародження, розгону, ураження фашизму і відродження післявоєнних ГДР і ФРН, не залишив подібних описаній главарів режиму, своїх сучасників (класик помер в 1964 році). В особистій бесіді з мною московський проф. М. Е. Бурно, обговорюючи в 80-і роки з сином класика Вольфангом, відомим психотерапевтом, передав мені думку, що, будучи дуже обережним людиною, Е. Кречмер, очевидно, не вирішався писати про сучасників взагалі, хоча в родинному колі висловлював іронічні жарти в адресу лідерів фашистської Німеччини. Однак, вважаю, не можна виключати при цьому і значення національних почуттів самого класика, баварця за походженням і місцем проживання, т. к. багато осіб з партійної верхівки НСРПГ були його земляками.

Капризні, зазвичай жорстокі, не терплячі стандартів, експансивні шизоїди, в суспільстві творять себе в жанрі сатири. Їх художні і літературні карикатури вражають своєю оригінальністю і парадоксальністю ідей, колкостю і язвистістю.

Звичайно жорстокі, вони бувають одержимі ідеєю зміцнення здоров'я; їх можна зустріти серед «моржей» і фанатів бігу трусцями, поклонників вправ йоги і особливих дієт, наприклад сиров'яддя і т. п. Вони, як правило, високого думки про себе, своїх здібностях, непримиримі і заносливі, схильні до вибухових реакцій, які з мірою ускладнення життєвих проблем наростають аж до вибухів гніву і руйнівних дій. Власна їм підозрливість може перерости в бредину надзвичайної параноїальності і розвитку.

У шизоїдів декомпенсація в формі невротичних і психопатичних реакцій може виникнути в зв'язі з віковими кризами, генеративними періодами, а також перенесеними шкодами і психотравмами, складнощами міжособистісного спілкування, виникаючими в малих групах, що ілюструє наступне клінічне спостереження.

Мені довелося консультувати видатного спортсмена, призера Олімпійських ігор в боротьбі в важелі, який в числі інших психологічних проблем, в т. ч. в взаємостосунках з жінками, повідомив про труднощі проживання на зборах і змаганнях. Як виявилось, справа було в тому, що спортсменів розміщували в готелях в двокожних номерах, і його напарником постійно був неугомонний подвижник «малюк». У того борця найлегшого ваги, за словами пацієнта, рот не закривався ні на мить. Він постійно жартував, балагував, сміявся, що дуже подразило мого пацієнта. Їму хотілось побути одному, помовчати, подумати, поспати, але напарник, очевидно, людина гіпертична, не залишав його ні на мить в спокої. Іноді, ділився з мною атлет, хотілось розтопати «малюка», але він не міг дозволити собі навіть виругатися.

Фізичні дані атлета, в поведінці намагаючого великого негідного дитини, були такі: висота — 195 см, вага — 130 кг (при мінімально тонкій шкірній складці, викликаній мною у нього на животі), в стані відмінної спортивної форми він легко на одних руках двічі піднімався вгору і опускався вниз по канату; стискаючи пальцями гранений скляний двокожграммовий стакан, роздавлював його. Цей гігант, коли перебував в дверному отворі, займав весь його об'єм, але, виходячи з кабінету і йдучи по тротуару, явно намагався порівнятися з людською масою, стиснутися і казати менше, ніж він на справу є, для чого трохи сутулювався і стискав плечі, але його крок при цьому був ритмічно легкою і пружною.

Для динаміки шизоїдного розладу особистості (шизоїдної психопатії) характерні ауто-

хтонно, спонтанно, без видимых причин возникающие депрессивные фазы, отличие которых состоит в том, что они более продолжительные (в тяжелых случаях до 3–4 лет), чем у циклоидов (до 2–3 месяцев). Начавшись с тяжелой астении и вегетативно-невротических расстройств, клиническая картина декомпенсации шизоидной психопатии постепенно обрастает массивной сенесто-ипохондрической симптоматикой, перерастающей в собственно депрессию, рассматриваемую МКБ-10 в разделе F32.

«Этот безумный, безумный, безумный мир» ранит шизоида буквально на каждом шагу неотвратимой необходимостью многочисленных неформальных человеческих контактов ежедневно и ежечасно, и шизоид защищается уходом в себя, в мир идей. Хорошо, если работа соответствует призванию, а в коллективе не лезут в душу, да еще есть узкий круг ненавязчивых друзей-единомышленников, с которыми можно погулять по тихим аллеям, а иногда и просто потрепаться по телефону. Ну, а если все не так?

Тогда шизоид ищет спасения в аутистическом хобби, которое помогает ему ежедневно, еженедельно, ежегодно восстанавливать душевное равновесие. Это книги, пластинки, марки, увлечения йогой, бегом, моржеванием, путешествием, если не в одиночку, то вдвоем-втроем по глухим, безлюдным, малоизвестным местам, куда уже давно не ступала нога человека, горный туризм, альпинизм, дельтапланеризм и т. д.

Вспоминается журнальная статья, в которой автор, любитель путешествий в одиночку по безлюдным местам, сетовал на то, как он был разочарован, когда пробираясь летом по заполярной тундре, заметил, что несколько лет назад здесь уже проходили люди, а он надеялся быть в этих местах первым. По его мнению, год подготовки прошел впустую.

Школьный товарищ автора, романтик, большой любитель рыбной ловли, с проникновенными интонациями в голосе делился: «Ты понимаешь, какое это наслаждение — смотреть на поплавок: все мысли уходят, голова проясняется». Особенно восторженно отзывался он о подледном лове: «Тишина, все внимание на лунке. Получаешь истинное удовлетворение, вытаскивая окуньков».

Если же совсем худо, а на душе тревога и хандра, напряжение и усталость, не помогают увлечения, тогда необходима биологическая терапия, назначенная психотерапевтом или психиатром. Психотерапия также принесит облегчение.

Следующий случай из клинической практики демонстрирует эффект хобби-терапии.

Пациент 27 лет, электрик со средним специальным образованием, с динамикой шизоидного расстройства личности, проявляющейся в форме астено-депрессивной фазы, длящейся более полугода, с диффузными тревогами и навязчивым страхом темных улиц (а после второй смены приходилось возвращаться домой поздно вечером). Он также испытывал и различные проблемы, «комплексы» личного порядка. Внеш-

не выглядит бледнолицым, выше среднего роста, астенического телосложения, но достаточно жилистый. По характеру высоко ранимый, любит читать фантастику и мечтать. Лекарственное лечение: трифтазин 1 мг х 2 раза и ноотропил 0,4 х 2 раза в первой половине дня, феназепам 1 мг на ночь, витаминотерапия, психотерапия, в т. ч. групповая, оказали за три недели лишь слабый эффект. Приглашенная на беседу жена больного сообщила ко всему, что он неделями к ней не прикасается, а, запершись в туалете, занимается онанизмом – она подсмотрела. Замечу, что это не редкость с подобными пациентами, сенситивными, легко ранимыми, долго помнящими обиды, нанесенными вспыльчивой женой, но не эту проблему я рассматривал главной. Пациент жил безрадостно, погружался бесповоротно в тягучую депрессию. Его необходимо было встряхнуть, оживить. Многократно я обсуждал с ним необходимость для каждого человека, и для него в том числе, заниматься хобби, лучше на воздухе и в движении. На группе и в индивидуальных беседах мы весьма прицельно и заинтересовано обсуждали этот вопрос. Наконец, пациент решил и пошел с одним своим знакомым в клуб дельтапланеристов. Через неделю перестал посещать сеансы психотерапии. Позвонил, извинился, что не попрощался при уходе с последнего сеанса. Ходить на психотерапию нет времени, так как всерьез занялся дельтапланеризмом.

Где-то через полтора года я случайно встретил уже бывшего пациента в коридоре поликлиники. У него на обеих руках были гипсовые повязки, но он шел весьма энергично и вид у него был уверенный. Я спросил, что случилось, на что он бодро ответил: «Так, пустяки, неудачно спикировал. Все будет хорошо», — и, не останавливаясь, прошел.

Я навел справки. Действительно, переломы в области предплечий в типичном месте срослись у больного быстро и вскоре он возобновил полеты.

Как явствует из всего вышеизложенного, особенно клинических иллюстраций, диагностика шизоидного расстройства личности, если проводить ее исключительно на основании критериев МКБ-10, очевидно, будет затруднена или вообще находиться под вопросом, что неминуемо отразится, во-первых, на способах установления контакта с пациентом, во-вторых, на терапевтических, в т.ч. психотерапевтических, воздействиях и, в-третьих, на психопрофилактике декомпенсации расстройства личности. Попробуем теперь разобраться в возникших сомнениях и обосновать нашу позицию, обозначенную выше в целях исследования, но для начала обратимся к описанному Кречмером патологическому характеру Робеспьера, а также и к нашей попытке в этом отношении описать фюрера НСРПГ. Но разве с позиции критериев диагностики шизоидного расстройства личности, указанных в МКБ-10, можно двух выше только что указанных политических и государственных деятелей отнести к этому типу аномалии личности/шизоидной психопатии?

Здесь мы сталкиваемся с парадоксом, возникшим в мире в последние десятилетия в разных сферах социальных отношений, в т. ч. и особенно в психиатрии, когда низвергается не просто прошлое, но особенно прошлые достижения, прошлый бесценный опыт, взамен которых навязывается нечто новое, но не развивающее предшествующие достижения, а опускающие их до уровня дилетантских представлений, что, очевидно, во многом обязано распространенному на Западе движению «антипсихиатрия».

Принципиальным показателем, характеризующим расстройство личности, является нарушение социальной адаптации. Если к этому показателю подходить чисто формально — без тонкого, всестороннего и глубокого анализа психологического, морального, нравственного состояния индивидуума — и оценивать его состояние компенсации-декомпенсации с позиции рассмотрения только роста его служебного/политического/государственного статуса как факта, доказывающего отсутствие декомпенсации и т. о. указывающего на несомненную компенсацию, то это будет явно бытовой, а не научной психиатрической оценкой личности как гармоничной или дисгармоничной.

Известно из описаний жизни многих диктаторов, находившихся у власти годы и даже десятилетия, как они, находясь в состоянии хронической гипертимии/гипомании, самозабвенно трудились по 20 часов в сутки или же перманентно испытывали высокий уровень тревоги и страха, находились во власти сверхценных идей, паранойяльной подозрительности, мести и злобы. У всех у них были разлажены семейные и межличностные отношения, а решения, которые они принимали, затем оказывались ошибочными, а не гениальными.

Чтобы завершить мысль, что достижения любого человека, в т. ч. монарха, государственного деятеля, представителя искусств и т. д., сами по себе не доказывают, что у него имеется гармоничный — или только акцентуированный — характер, укажем на личность Петра I. Он провел в России грандиозные широко известные реформы, но и он же провел много разрушительных (но малоизвестных!) для страны нововведений. Будучи юным царем, он лично отрубил головы (явно не царское дело) пятидесяти стрельцам, а в зрелом возрасте пытал своего сына. Любителям анализа структуры личности, в частности царя Петра I, предоставим возможность проделать это самостоятельно, предварительно предупредив, что подобные действия не могут быть случайными и не исходить из того, о чем писал П. И. Ганнушкин, обосновывая облигатные критерии психопатии, и что коротко сформулировал О. В. Кербинов (см. первую страницу статьи).

Теперь нам необходимо определиться с предшественниками в статье пациентами, особенно с незадачливым экономистом и необщительным атлетом, имеется ли у них расстройство личности вообще, отвечает ли оно трем принципиальным критериям П. И. Ганнушкина, а также и критери-

ям МКБ-10, необходимым для его диагностики, или же здесь имеет место акцентуация личности/характера, по К. Леонгарду [6] или А. Е. Личко [7]? Что касается дисгармоничного электрика, то здесь сомнений в диагностике, на наш взгляд, нет или же они минимальны.

Сразу следует признать, что все три пациента не обнаруживают — с позиции психиатра, имеющего дело с острыми и хроническими психозами — тяжелых проявлений симптомов невротического или психопатического регистра. Однако тут же необходимо отметить, что у двух из них — первого и третьего — в случае неблагоприятно сложившихся обстоятельств (к числу которых может быть отнесено: 1) несвоевременное обращение к специалисту высокой квалификации, что вызовет несвоевременное адекватное терапевтическое воздействие; 2) негативное семейное воздействие; 3) дополнительные психогенные или соматогенные патогенные факторы) вполне возможным было утяжеление и протрагирование симптоматики за счет эндогенизации расстройства — явления, хорошо известного опытным специалистам, которое и нам приходилось неоднократно наблюдать в запущенных случаях.

Что касается атлета, то приходится признать, что, являясь выдающимся спортсменом, он таковым стал не столько благодаря своим врожденным анатомо-физиологическим особенностям, сколько учебе в специализированной спортивной школе-интернате, в которой и учеба, и проживание, как мы можем судить, были глубоко продуманными и благоприятными. Но, проживая ребенком и подростком много лет в условиях общежития, он так и не научился быть общительным. В интернате соблюдался строгий порядок, свет в спальнях комнатах на 4 ученика выключали во время и строго следили за соблюдением тишины. У них, в палате атлетов, все ребята были крупными и сильными, которых, как и его, тренера мотивировали на высокие достижения. Поэтому все они тренировались с полной нагрузкой, уставали, и им было не до баловства. В часы отдыха любил посмотреть телевизор или посидеть на скамейке во дворе интерната и послушать музыку.

Поскольку у него с самого начала появились спортивные достижения, особенно в подростковом и юношеском возрасте, на него тренера сразу обратили пристальное внимание, и он был включен в группу одаренных спортсменов. Их внимательно опекали. Тренировались они по индивидуальному плану, а в свободное от тренировок время не менее часа смотрели видеофильмы о соревнованиях борцов европейского и мирового уровня. Просмотры комментировали тренера с последующим оживленным обсуждением.

Последующая спортивная деятельность и учеба в спортивном ВУЗе также проходили в благоприятных условиях, создаваемых для членов сборных команд. Он много времени вдохновенно тренировался, преодолевая усталость, наращивая силу и улучшая технику. Это было и является его главным увлечением, что, не нарушая

атмосферу інтровертированности, несомненно, стимулює позитивний емоціональний і життєвий тонус, благоприємствує становищу компенсації.

Що стосується міжличностних відносин, особливо з жінками, то вони були і залишаються у нього до сих пор проблемними. При обговоренні с атлетом спортивних ситуацій на вершинах Олімпіади вдалося в'ясувати два важливі недоліки, сыгравші вирішальну роль в упущенні їм перемог, незважаючи на кращу — в порівнянні з суперниками — фізичну форму: 1) малу інтуїтивність, 2) недолік агресивності. Як відомо, у шизоїдів існує дефіцит і того, і іншого.

Заключення

В статті, з позиції Е. Кречмера, описані клінічні прояви шизоїдного розладу особистості і його динаміки, зроблена спроба вмістити старе класичне зміст в нову

діагностичну форму, зберігши при цьому принципове в відкриттях класика — явище психоестетичної пропорції на всій осі шизоїдної психопатії від мимозоподібних натур через множинні перехідні варіанти до емоціонально тупих. «Тільки той володіє ключем до розуміння шизоїдних темпераментів — писав Е. Кречмер — хто знає, що більшість шизоїдів відрізняється не тільки надмірною чутливістю або холодністю, але володіють тим і іншим одночасно». По переважанню гіперестезії або анестезії в структурі шизоїдного розладу особистості необхідно виділяти два крайні варіанти: чутливих шизоїдів з астеничними проявами і експансивних шизоїдів з стеничними проявами, що сприяє ефективності терапевтичних і психопрофілактичних заходів.

Література

1. МКБ-10. Класифікація психічних і поведінкових розладів [Текст]. – 1996, 208 с.
2. Кречмер Е. Становлення тіла і характер [Текст] / Е. Кречмер – М., 2000. – 208 с.
3. Ганнушкін П. Б. Обрані твори. [Текст] / П. Б. Ганнушкін / під ред. О. В. Кербікова. – М.: Медицина, 1964. – 292 с.
4. Кербіков О. В. Обрані твори [Текст] / О. В. Кербіков – М.: Медицина, 1979. – 312 с.
5. Простомолотов В. Ф. К порівняльній характеристиці невротів і пограничних станів у жінок і чоловіків (частота, особливості

клініки і динаміки) [Текст] / В. Ф. Простомолотов // Curier Medical MS RM. – 1995. – № 3. – С. 45–48.

6. Фест І. «Гітлер: Біографія» (1973) [Текст] / І. Фест / Пер. з нем. – Пермь: Культурний центр «Алетей», 1993. – Т. 1. – 368 с., Т. 2. – 480 с., Т. 3. – 544 с.

7. Леонгард К. Акцентовані особистості [Текст] / К. Леонгард / пер. з нем. – Київ: Вища школа, 1981. – 392 с.

8. Личко А. Е. Психопатії і акцентуації характеру у підлітків [Текст] / А. Е. Личко. – Л.: Медицина, 1977. – 208 с.

ШИЗОЇДНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ЗА МКБ-10 ТА ШИЗОЇДНА ПСИХОПАТІЯ КРЕЧМЕРА: ПОРІВНЯЛЬНЕ КЛІНІЧНЕ ЗІСТАВЛЕННЯ І ОСОБЛИВОСТІ БІОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

В. Ф. Простомолотов

Інститут інноваційної та післядипломної освіти

Одеського національного університету імені І. І. Мечникова

У статті на підставі багаторічних клінічних, терапевтичних, психотерапевтичних спостережень автор обґрунтовує необхідність повернення до класичних уявлень Е. Кречмера стосовно статичної і динамічної шизоїдної розладу особистості з найбільш принциповим положенням про психоестетичну пропорцію в його структурі. Крайні полюси осі шизоїдної розладу особистості представлені чутливим типом з астеничними проявами і експансивним типом зі стеничними проявами. Розглянуто особливості біологічної та психічної терапії, включаючи терапію хобі та творчістю.

Ключові слова: шизоїдний розлад особистості, статика, динаміка, чутливий, експансивний, терапія біологічна, психічна.

SCHIZOID PERSONALITY DISORDER AND KRETSCHMER'S SCHIZOID PSYCHOPATHY: A COMPARATIVE CLINICAL ANALYSIS AND FEATURES OF BIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL THERAPY

V. F. Prostromolotov

Institute of Innovational and Postgraduate Education

of Odessa I. I. Mechnikov national university

The article based on the author's long-term clinical, therapeutic and psychological observations substantiates the need to return to E. Kretschmer's classical notions about the statics and dynamics of schizoid personality disorder with the most fundamental point of psychoesthetic proportions in its structure. The extreme poles of the axis of schizoid personality disorder are presented by sensitive type with asthenic manifestations and expansive type with stenic manifestations. The features of biological and psychological treatment, including therapy by creative activities and hobbies, are examined.

Key words: schizoid personality disorder, statics, dynamics, sensitive, expansive, biological therapy, mental therapy.

616.895.4-085:[004.773.7:061.1 EI



L. Fritzsche



D. Majoe

OPTIMI (ONLINE PREDICATIVE TOOLS FOR INTERVENTION IN MENTAL ILLNESS) EU FUNDED E-HEALTH PROJECT AIMED AT ESTABLISHING PREDICTORS FOR POOR COPING BEHAVIOR

L. Fritzsche^{1,2}

D. Majoe¹

¹ETH Zürich, Department of Computer Science Institute of Computer Systems

²Practice of Internal Medicine, Switzerland

Summary. This article gives an overview on OPTIMI's theoretical background with an emphasis on the concept of "high risk" for stress-related disorders such as depression and coping strategies. The article shows the widely accepted relationship between stress and the onset of depression and emphasizes how individual reactions to stressors depend to a large extent on their problem-oriented or emotion-oriented coping strategies.

Key words: Depression, stress, high risk, coping.

Depression and stress-related disorders are among the most common mental illnesses and the prevention of depression and suicide is one of the central focus points in the European Pact for Mental Health and Well Being yet, currently, very little research is devoted to develop effective systems for early Detection and Prevention of the onset of mental illness. Against this background the goal of OPTIMI is to develop tools to perform Prediction through early identification of the onset of an illness, especially those being stress-related, by monitoring mood states, coping behavior and changes in stress-related physiological variables (e.g. heart rate, cortisol, sleep, etc.). OPTIMI is based on the hypothesis that the central issue and starting point of longer term mental illness depends on the individual's capacity and ability to cope with stress both on a psychological and a physiological level.

Three initial studies ("calibration trials") have been performed in Switzerland, Spain and China. These trials used high-risk populations for mental distress (students undergoing exams, people facing economic difficulties, mothers of handicapped children) to test and establish the different sensor and measurement systems.

Stress and its relationship to depression

"Stress" has become an everyday expression with many different connotations frequently used by laypersons and specialists as well. Therefore it is necessary to have a closer look at scientific approaches and models, which tried to define and explain the phenomenon.

The first physiologically oriented approach was pursued by Cannon [1] who investigated the physiology of emotion and wrote "... stress (is) a **disturbance of homeostasis** under conditions of cold, lack of oxygen, low blood sugar, and so on..." [2].

Selye [3] described stress as "...**bodily defences**

against any form of noxious stimuli (including psychological threats)..." and in his theory of stress described it as a **psycho-biological adaptation process**. This reaction-oriented approach was later abandoned due to the fact that not only agonistic but also antagonistic stimuli can provoke similar physiological arousal or reaction patterns. The stimulus oriented approach considered critical life events (e.g. death of a beloved person, chronic illness, divorce, disability, loss of workplace, and so on) as major stressors, but was unable to explain that people may display very different types of reaction to the same external critical life event.

The **transactional model of stress**, from the Berkeley research group of Richard Lazarus, introduced the idea that an individual's cognitive processing of stressors matters most - instead of the characteristics of the situation or the characteristics of the impending stimulus. **Stress is seen as a dynamic relationship between a person and its environment**. The subjective representation of an event can be evaluated as challenging, defiant, harmful or threatening - Lazarus called this evaluation the "primary appraisal" —which might or Introduction

Depression and stress-related disorders are among the most common mental illnesses and the prevention of depression and suicide is one of the central focus points in the European Pact for Mental Health and Well Being yet, currently, very little research is devoted to develop effective systems for early Detection and Prevention of the onset of mental illness. Against this background the goal of OPTIMI is to develop tools to perform Prediction through early identification of the onset of an illness, especially those being stress-related, by monitoring mood states, coping behavior and changes in stress-related physiological variables (e.g. heart rate, cortisol, sleep, etc.). OPTIMI is based

on the hypothesis that the central issue and starting point of longer term mental illness depends on the individual's capacity and ability to cope with stress both on a psychological and a physiological level.

Three initial studies ("calibration trials") have been performed in Switzerland, Spain and China. These trials used high-risk populations for mental distress (students undergoing exams, people facing economic difficulties, mothers of handicapped children) to test and establish the different sensor and measurement systems.

Stress and its relationship to depression

"Stress" has become an everyday expression with many different connotations frequently used by laypersons and specialists as well. Therefore it is necessary to have a closer look at scientific approaches and models, which tried to define and explain the phenomenon.

The first physiologically oriented approach was pursued by Cannon [1] who investigated the physiology of emotion and wrote "... stress (is) a **disturbance of homeostasis** under conditions of cold, lack of oxygen, low blood sugar, and so on..." [2].

Selye [3] described stress as "...**bodily defences against any form of noxious stimuli** (including psychological threats)..." and in his theory of stress described it as a **psycho-biological adaptation process**. This reaction-oriented approach was later abandoned due to the fact that not only agonistic but also antagonistic stimuli can provoke similar physiological arousal or reaction patterns. The stimulus oriented approach considered critical life events (e.g. death of a beloved person, chronic illness, divorce, disability, loss of workplace, and so on) as major stressors, but was unable to explain that people may display very different types of reaction to the same external critical life event.

The **transactional model of stress**, from the Berkeley research group of Richard Lazarus, introduced the idea that an individual's cognitive processing of stressors matters most - instead of the characteristics of the situation or the characteristics of the impending stimulus. **Stress is seen as a dynamic relationship between a person and his/her environment**. The subjective representation of an event can be evaluated as challenging, defiant, harmful or threatening — Lazarus called this evaluation the "primary appraisal" — which might or might not be mastered with the given resources of a person ("secondary appraisal"). **Stress reactions are an adaptive attempt to balance between external demands and the ability to cope with these demands**. Therefore stress can be differentiated into various forms, e.g. the quality of stress (positive stress or "eustress" vs. negative stress or "distress"), intensity of stress (macro- vs. micro-stress), duration of exposure (acute vs. chronic stress), an individual vs. collective affliction, whether the stress situation is being experienced as familiar or novel, predictable or unforeseeable, uncontrollable or manageable. Stress can also be differentiated in terms of physical causes (noise, illumination, pollution), social stressors (conflicts in partnership, with colleagues),

ecological stressors, economical stressors, work-related stressors including monotony (monotonous work, stimulus satiation). For the transactional model, the subjective evaluation of the stressors matters most, as well as coping resources and its subjective meaning for a person, whether stress will be harmful or not to a person's health.

OPTIMI's approach explicitly is inspired and guided by this transactional model, as it offers the most comprehensive framework for its strategy.

Physiological manifestations of stress

Stressful environmental influences can cause **permanent physiological changes**. In his adaptation model, Selye [3] postulated three phases: 1. In an acute alert situation all bodily resources are activated and unnecessary body functions are lowered or turned off - heart rate and breathing frequency increase and attention is solely focused on the stressor. 2. Increased resistance towards the stressor develops (for example in case of loud noise as the stressor the threshold for acoustic perception is increased), leading to a greater demand for energy. If this state persists for an extended period of time, energy resources may exhaust. 3. The process of exhaustion may cause irreversible physiological changes. These changes are intended by nature to create the physiological pre-requirements against the stressor, as a form of "biological" coping. Sapolsky [4] was able to demonstrate brain "lesions" after permanent uncontrollable emotional stress.

The way stress is perceived may vary largely inter-individually. Byrne introduced the "**repression-sensitization**"-model in 1961, suggestion that individuals may lie anywhere between these two extremes of perceiving/ dealing with stress. Repressors are defined as subjects that neglect/ suppress frightening information. Repressors will experience less manifest anxiety in a threatening situation than sensitizers. On the other hand, sensitizers explicitly focus their attention on threatening information. Weinberg [5] was able to show that repressors reported to be subjectively less stressed in an experiment, but did react more intense on a physiological level than sensitizers. They asked women to suppress their emotions while watching emotional films. In the suppression condition of this trial, participants showed heightened reactions of their sympathetic nervous system and cardiovascular activity. Other correlates of "repression" (Miller called it "monitoring vs. blunting", 1987) are reported in a review by Schwartz [6], e.g. increased physiological activity, decreased immune functioning, a heightened vulnerability for allergies, hypertension, impotence etc.

Psychological impact of stress

As said before, a widely used **definition of stressful situations is one in which the demands of the situation threaten to exceed the resources of the individual** [2]. It is clear that all of us are exposed frequently to stressful situations at the societal, community, and interpersonal level. The way we meet these challenges will influence our health status. Acute stress responses in young, healthy individuals may be adaptive and typically do not

impose a health burden. Indeed, individuals who are optimistic and have good coping responses may benefit from such experiences and do well dealing with chronic stressors [7]. **By contrast, if stressors are too strong and too persistent in individuals who are biologically vulnerable because of age, genetic, or constitutional factors, stressors may lead to manifest disease.** This is particularly the case if the person has few psychosocial resources and only poor coping skills [6].

It is well known that **stress, in moderate doses, is necessary**, even beneficial in our life. Just a quick revision of its possible positive effects: stress as a level of stimulation, a thrill, a challenge; a source of energy; it can enhance our perception, attention and make us more productive; it renders us better prepared for future difficulties, solving problems and learning skills; and as a warning sign of danger, its more biological function. Moreover, response to stress may be beneficial not only as a short-term adaptation to a specific stress but also may supply a long term benefit. In that way, an organism already subject to stress may be more able to cope with another encountered stress. This effect is widely known in the literature as the acclimatization phenomenon [8]. Summarizing, stress can promote the personal development if it is limited to a given challenge which is successfully dealt with by the individual.

On the other hand, the **adverse effects of stress have been investigated widely.** The negative effects of chronic stressors are particularly common in humans, possibly because their high capacity for symbolic thought may elicit persistent stress responses to a broad range of life events [6]. The harmful effects of stress can be ascribed to the nature of the stressful events, to the individual or to the interaction of both, but in the long run a harmful effect on an individual's stability is exerted.

What can be considered as a **psychological stressor**? Any event that forces a person to change or adapt. For example, catastrophic events (e.g. natural disasters); life changes and strains (divorce); chronic stressors (living near a noisy airport) and daily hassles (commuting in heavy traffic). The response to this stressor can be physical and/ or psychological. The **psychological level** can be distinguished in **emotional, cognitive and behavioural responses.** Usually, individuals respond on more than one psychological level [2].

Furthermore, between the stressor and the response to stress, other processes, unavoidably have to take place to understand the general mechanisms of stress. Thus, **the relationship between psychosocial stressors and its consequences is very complex** [6]. It is affected, for example, by the nature, number, and severity or intensity and persistence of the stressors as well as by the individual's biological vulnerability, learned patterns of coping and the "perceived stress" [9] including variables like predictability and control over the stressor. On one hand, predictable stressors tend to have less impact than unpredictable stressors, especially when stressors are intense and

occur for relatively short periods of time. On the other hand, the perception of being in control (or not) mediates the effects of stressors. The belief that a stressor is controllable can reduce the impact of the stressor. Besides, life event dimensions of loss, humiliation, and danger are related to the development of major depression and generalized anxiety [10].

Two other variables that could be significant in this process are **social support** [11], and **resilience** [12]. We consider these variables as "**buffering**" or **protective factors against stressful events.** Dumont and Provost [13] found that resilient adolescents had higher self-esteem and well-adjustment and showed higher scores on problem solving than vulnerable subjects. They conclude that the beneficial role of certain internal factors (self-esteem, coping) and external factors (social support and social activities) constitutes in protecting young people against becoming depressed and help to cope with daily hassles.

Researchers, most notably Rutter [14], have cited important processes associated with resilience necessary for those who work and live with high-risk young people to recognize and deal with: a) the reduction of risk and its negative chain reaction, b) provide opportunities to enhance self-esteem and c) recognize turning points for a change in a trajectory.

Therefore, recent stress research leads us to conceptualize the stress process in terms of external challenges and perceptions of the challenges, coping resources and perceptions of coping resources, and the dynamic interplay of these over time [9].

Impact of stress on health

There is overwhelming evidence about the consequences of the most frequent kind of stressors: exposure to violence, abuse and divorce/ marital conflict [15]. The psychological effects of maltreatment/abuse include the dysregulation of affect, provocative behaviours, the avoidance of intimacy, and disturbances in attachment. Sexual abuse leads to major psychological disturbances including personality disorders and is linked with negative thoughts towards learning and poor school performance. Children of divorced parents show more antisocial behaviour, anxiety and depression than their peers [16].

Most emotional disorders are related to stress [17]; they either are caused by stress and/or cause it or both. Interpersonal problems can be a cause or an effect of stress: feeling pressured or trapped, irritability, fear of intimacy, sexual problems, feeling lonely, struggling for control, and others. Likewise, stressful life events can exacerbate many "bad" habits: procrastination and much "wasted time" are attempts to handle anxiety. Moreover, several unpleasant emotional feelings generate feelings of inadequacy, depression, anger, dependency. Preoccupation with real or often exaggerated troubles/worries, concerns about physical health, obsessions, compulsions, jealousy, suspiciousness, fears, tiredness, and phobias are common as well.

Other consequences of stress that have major

negative impact on health have been identified, such as increases in smoking, substance and alcohol use, sleep problems, and eating disorders [6]. Life in stressful environments has also been linked to fatal accidents [18].

Summarizing, exposure to intense and chronic stress has long-lasting effects on a neurobiological (for overview see: [19]) and on a psychological level [6].

Stress and depression

Research of the last 50 years has demonstrated convincingly that there is a robust and causal association between **stressful life events and the occurrence of major depression** (e.g. [20]). Studies suggest that most episodes of major depression are preceded by stressful life events, although most people do not become depressed even if they experience a negative life event, thus suggesting that besides stressful life-events as triggers for depression a genetically based vulnerability interacts with these events [21].

Regarding the relationship of the physiological changes due to/ under stress and depression present research concentrated on the role of the hormone **cortisol** which is secreted by the **HPA (hypothalamo-pituitary-adrenal) -axis**. A longitudinal study by Harris et al. [22] examined morning and evening cortisol levels and onset of depressive episodes following severe stressors or ongoing difficulties among women considered to be at high or low risk for depression (expressed as the amount of negativity in their primary relationships or to low self-esteem). Higher morning (but not evening) cortisol levels, life events, and vulnerability status all predicted depression onset. Goodyer et al. (2000) found similar results in adolescent depressives. The authors speculate that high cortisol levels might render the brain more susceptible to develop depression under duress, but the specific mechanisms are not yet known.

According to Holsboer [23, 24] changes in the setpoint of the HPA-system in the majority of depressed patients result in an altered regulation of corticotropin (ACTH) and cortisol secretory activity. More sophisticated analysis has indicated that corticosteroid receptor signalling is impaired in major depression, resulting among other changes, in increased production and secretion of corticotropin-releasing hormone (CRH) in various brain regions postulated to be involved in the causality of depression. In biological psychiatry, drugs acting as antagonists at the corticosteroid receptor are discussed as potential novel antidepressants. A recent study [25] gave evidence for the fact that for example extreme early childhood stress (childhood abuse) may lead to altered brain structures (in hippocampal areas) and altered glucocorticoid receptor function, thus paving the way for an increased susceptibility to react with depression to increased levels of cortisol caused by stressful life events. Lupien et al. [26] have recently summarized the knowledge about stress throughout the lifespan on brain, behaviour and cognition, assuming basically that

the hypothalamo-pituitary-adrenal axis (HPA) by producing glucocorticoids exerts potentially long-lasting effects on the functioning of brain regions regulating their release. This is due to the fact that steroid receptors are expressed throughout the whole brain and act as transcription factors and thus also regulate gene expression.

Cortisol secretion is thus a major parameter reflecting both stress and depression and vice versa “feeding back” on mood regulation and therefore is among OPTIMI’s central variables.

As said before, it is well known that **first depressive episodes often develop following the occurrence of a major negative life event, which is assumed to be causal for the onset of depression** [20]. The diagnosis of a major medical illness can also be considered a severe life stressor and often is accompanied by high rates of depression. Stressful life events also precede anxiety disorders. Interestingly, long-term follow-up studies have shown that anxiety occurs usually before depression. In fact, in prospective studies, patients with anxiety are most likely to develop major depression after stressful life events occur [6]. Likewise, stress/ stressful life events can precipitate a number of psychiatric disorders including conversion disorder, adjustment disorder, acute stress reaction, and post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder and somatization disorder as well.

Sleep regulation in stress and depression

Sleep-wake regulation and stress/ depression

Insomnia (i.e. problems to fall asleep or to maintain sleep or non-restorative sleep) is independently associated with psychopathological conditions, most notably depressive disorders (e.g. [27, 28]). An overview of longitudinal epidemiological studies investigating the association between insomnia and depression is given in figure 1 (data taken from Baglioni et al., in press) [29].

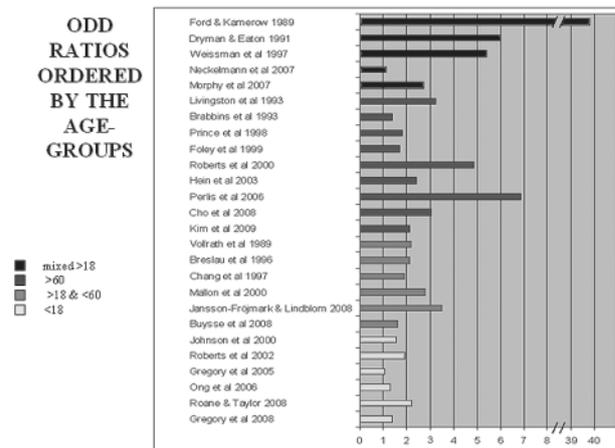


Figure 1. Results from epidemiological studies simultaneously investigating insomniac and depressive symptoms

In this figure, odds ratios for depression at follow-up (usually 1 to 3 years after baseline measurement) are presented for those patients having insomnia at baseline in comparison to patients with no insomnia at baseline. It can be seen that most of

the studies described significantly increased odds ratios indicating that subjects with insomnia are on average 2.5 times more likely to develop depression one or several years later than subjects without insomnia. This overwhelming evidence clearly indicates that insomnia is a predictor for depression. Following this line of reasoning, Ford and Kamerow suggested in 1989 that 'treatment of insomnia may prevent psychiatric consequences' [30]. However, this assumption has not yet been put to test empirically and needs to be addressed in large-scale longitudinal investigations. This seems mandatory and very important for public health, as a recent longitudinal study demonstrated that disturbances of sleep onset/ maintenance are associated with an increased risk for suicidal ideation/ behaviour even in the absence of other psychopathology [31].

Depressed patients frequently suffer from disturbances of sleep continuity including an increased latency to fall asleep, an increased frequency of nocturnal awakenings and early morning awakenings. Furthermore, specific sleep architecture alterations are evident in depression, namely a reduction of slow wave sleep, a shortened REM latency and an increased REM density [32]. Insomnia patients usually do not have these REM sleep alterations supporting the assumption that insomnia is an independent disorder and not merely an early symptom of depression.

Given the high prevalence and economic burden of depression, it is of significant importance to investigate the role of insomnia for psychopathology more extensively. A biological link between insomnia and depression might be increased cortisol secretion, which is present in both depressive disorder (for overview: [23]) and at least in some patients with Primary Insomnia (overview see [33]).

Stress and coping

Overview

Coping is defined in various ways: "any response to external life strains that serves to prevent, avoid or control emotional distress" [34] or as "constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external or internal demands that are appraised as taxing the resources of the person" [2].

Coping strategies refer to the specific efforts, both behavioural and psychological, that people employ to master, tolerate, reduce, or minimize stressful events. Two general coping strategies have been distinguished:

1. Approach and task-oriented coping: these coping styles involve problem-solving, seeking information and attempts to alter the situation. Thus, these strategies are efforts to do something active to alleviate stressful circumstances. Tamres et al., [35] include in their meta-analysis three individual behaviours: active coping, planning, and seeking social support (instrumental) and another general category: problem-focused coping.

2. Avoidance and emotion-oriented coping styles involve efforts to regulate the emotional consequences of stressful or potentially stressful events. Avoidance-coping describes activities that

aim at avoiding the stressful situation and involve denial, wishful thinking, and withdrawal. Emotion-oriented coping describes emotional reactions that are self-oriented to reduce stress. These reactions involve emotional responses (individuals blaming themselves for being too emotional, becoming angry, or tense) and ruminative responses [36].

Research indicates that people use both types of strategies to combat most stressful events [37]. The predominance of one type of strategy is determined, in part, by personal style (e.g., some people cope more actively than others) and also by the type of stressful event; Problem-focused coping is commonly employed to deal with potential controllable problems such as work-related problems and family-related problems, whereas stressors perceived as less controllable, such as certain kinds of physical health problems, prompt more emotion-focused coping. This different strategy, depending on controllability of stressor, is proposed to be most adaptive, and is also known as the goodness-of-fit approach [38]. The emotion-coping style seems to be associated with higher psychological distress [39] and predictive of higher levels of psychopathology and functional impairment [40]. In a recent study, Vinberg et al., [41] found that use of emotion-oriented coping was more prominent in the high-risk affective disorder group compared with the low-risk group, also after adjustment for sociodemographic characteristics and the experience of stressful life events.

Coping researchers distinguish between stress reactions, which describe immediate involuntary physiological, psychological, and behavioural responses to stressful situations [42], and action regulation [43] which refers to "how people mobilize, guide, manage, energize, and direct behaviour, emotion, and orientation, or how they fail to do so" under stress [44]. Although there is an ongoing debate about how stress reactions and action regulation are related, it is now a general consensus that they mutually influence each other [45]. Manifest coping responses reflect the balance (or, more precisely, the imbalance) between reactions and regulation, with involuntary stress responses being perceived as the result of extreme stress reactions combined with weak or disabled regulatory systems, and volitional coping responses being seen as the result of weak stress reactions or well-developed action regulation systems [46].

Psychological Coping models

Coping is a very broad concept with a long and complex history [42, 47]. As said before, a common model of coping set forth by Lazarus and Folkman [2] in their **Transactional Model of Stress Appraisal and Coping** delineates that coping choices are dependent on both the appraisal of the threat (**primary appraisal**) and the appraisal of one's resources to address the threat (**secondary appraisal**). Finally, the reappraisal is defined as a successive evaluation that is based on new information obtained from the environment and/or person during the circumstance. Primary appraisal evaluates perceived control of the

situation and resources available to the individual. Secondary appraisal guides the use of specific coping strategies. The effectiveness of these coping strategies determines the reappraisal, as well as the individual's psychological adjustment. Thus the nature of coping is conceptualized as dynamic in nature, as a transaction between the threat, the appraisal and the response.

Furthermore, several distinctions have been made with respect to coping styles [45]:

Problem vs emotion-focus

Lazarus and Folkman [2] distinguish between **problem-focused and emotion-focused coping**. The first one is directed at the stressor itself in order to remove, evade or diminish its impact. If the stressor cannot be evaded, this mechanism includes active coping, planning, seek social support (instrumental) and problem-focused coping [35]. The second strategy is aimed at minimizing stress triggered by stressors, including a wide range of responses, ranging from self-soothing (relaxation, seeking emotional support, etc., to expression of negative emotion (yelling, crying, etc.), to a focus on negative thoughts (rumination, etc.), to attempt to escape stressful situations (avoidance, denial, wishful thinking, etc.) [48]. This distinction can, however, be problematic, because some behaviours can serve either function, depending on the goal motivating their use. For example, if it is the aim of seeking support to obtain emotional support and reassurance it is classified as emotion-focused, but if the aim is to obtain advice or help, then it must be considered problem-focused. Perhaps it is more useful to interpret the two forms of strategies "problem vs. emotion-focused" as complementary rather than two different coping categories [2].

Engagement vs disengagement

Engagement coping can be defined as a coping aimed at dealing with the stressor or the resulting distress emotions and includes problem-focused coping and some forms of emotion-focused coping: support seeking, emotion regulation, acceptance, and cognitive restructuring. **Disengagement coping** can be understood as a coping mechanism aimed at escaping from dealing with the stressor or the resulting distressing emotions and includes responses such as avoidance, denial, and wishful thinking. **Disengagement coping** is often emotion-focused, because it involves an attempt to escape feelings of distress. Sometimes disengagement coping is almost literally an effort to act as though the stressor does not exist. Wishful thinking and fantasy distance the person from the stressor, at least temporarily, and denial creates a boundary between reality and the person's experience. Despite the aim of avoiding distress, disengagement coping is usually ineffective over the long term, can promote a paradoxical increase in intrusive thoughts about the stressor and increase negative mood and anxiety, just as the increased intake of alcohol and drugs, shopping or gambling, may create serious problems on their own [48].

Accommodative coping and meaning-focused coping

Accommodative coping does not exert control or is secondary to other coping efforts. It summarizes responses such as acceptance, cognitive restructuring and scaling back one's goals in the face of insurmountable interference. Self-distraction can be included here. **Meaning-focused coping** named after Folkman [49] reflects a strategy in which people draw on their beliefs and values to find, or remind themselves of, benefits from the stressful experiences [50]. This way of coping includes reordering life priorities and infusing ordinary events with positive meaning, and also involves reappraisal and appears to be most likely when stressful experiences are judged to be uncontrollable.

Proactive coping

Although most discussions of coping emphasize responses to threat and harm, Aspinwall and Taylor have pointed out that some coping occurs proactively before the occurrence of any stressor. Proactive coping is not necessarily different in nature from other types of coping, but it is intended to prevent threatening or harmful situations even to arise. Proactive coping is nearly always problem-focused, involving the accumulation of resources that will be useful if a threat arises and scanning the experiential horizon for signs that a threat may arise. If the beginning of a threat is perceived, the person can engage strategies that will prevent the threat from increasing. If the anticipation of an emerging threat helps the person avoid it, the person will experience fewer stressful episodes and will experience stress of less intensity when the experiences are unavoidable [48].

After this brief review, it seems clear that there are many ways of coping, but none of the distinctions made above fully represents the comprehensive structure of coping. Confirmatory analysis clearly supports hierarchical, multidimensional models of coping [43] as depicted in figure 2 (Adapted from [45]).

In this model, coping is conceptualized by considering the multiple individual processes that give rise to it, as well as the environmental contexts within which it unfolds. Families, peer groups, and schools create demands and act as filters for stressors and resources, forming the backup systems that will protect children (or leave them vulnerable) while their coping capacities are developing. Skinner and colleagues (Coping Consortium, 1998) have further developed three nested levels and timescales based on this model:

Coping as an Episodic Process: coping is organized into episodes that unfold over time. Coping is recruited in response to demands (environmental or intrapsychic) and is shaped by an individual's appraisals of those demands and the social and individual resources available in the situation. Depending on how encounters evolve, different outcomes result, and these feed-back into subsequent demands and resources. The effects of episodes can accumulate, creating short-term coping resources and liabilities.

Coping as an Adaptive Process: coping can be seen as part of the adaptive processes through which adversity has long-term effects on development. The consequences of coping are not limited to the resolution of stressful episodes, but accrue in the functioning, health, and survival of individuals, relationships, and groups. This implies that ways of coping are not simply lists of things people do in times of distress. Their taxonomy should reflect basic adaptive processes and help differentiate the effects of stress on functioning and adaptation. At this level, the study of coping can contribute to an understanding of how adversity shapes the development, fitting within the frameworks of risk, resilience, and competence.

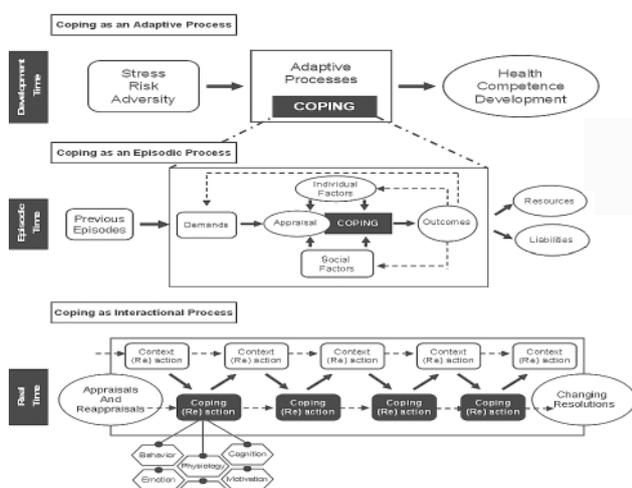


Figure 2. A model of Coping as a Multi-level Adaptive System. (Adapted from Skinner and Zimmer-Gembeck, 2009 [45])

Coping as an Interactional Process: coping interactions can also be viewed as real-time, reciprocal exchanges between person and context. As interactions unfold, individuals form and revise appraisals; at the same time, progress may be made toward alternative resolutions of the interaction. In such a transactional process, multiple components of reactions to stress are evoked and coordinated in real time. In this sense, coping is an organizational construct, capturing the interactions among behavior, emotion, attention, cognition, and motivation under stress and building on what is known about general stress physiology and temperament.

An overview of this model is given in table 1 (see below).

According to Skinner et al. [45], we think that a multilevel system in the study of coping can provide for OPTIMI an integrative perspective in the real-time coping interactions, in which individual's response to stress is constrained by of cognitive, social, emotional and motivational processes. With this knowledge we may develop additional strategies to detect and modify coping with concomitant mental and physical health benefits.

Coping and Depression: what is known?

It has long been known that people with a diverse array of mental disorders, including depression,

schizophrenia, anxiety disorders, and autism, lack coping resources for managing the challenges of daily living. Likewise, chronic psychological distress, which is related to lack of coping resources is implicated in more than half of the DSM-IV axis I disorders and in almost all of the axis II psychiatric disorders. For example, depression is marked by pessimism, low self-esteem, a low sense of control, and adverse effects on social relationships.

Social support, another significant coping resource, is defined as the perception or experience that one is loved and cared for by others, esteemed and valued, and part of a social network of mutual assistance and obligations. Research consistently demonstrated that social support reduces psychological distress, such as depression or anxiety, during times of stress and promotes psychological adjustment to a broad array of chronically stressful conditions.

In addition to their role as mediators, coping processes also can interact with contextual and individual parameters in their contribution to adjustment. For example, cancer patients who experienced low social support in tandem with the greater use of avoidant coping, subsequently evidenced more severe symptoms of posttraumatic stress [7]. Emotionally expressive coping predicted decreased distress and fewer medical appointments for cancer-related morbidities in breast cancer patients high in hope. Newer models for conceptualizing the links among stressful life experiences, coping processes, and mental health outcomes also recognize their potentially reciprocal relations. Hammen's [50] stress generation hypothesis points to the potential for the experience of depression to encounter stressful events, which in turn can exacerbate depressive symptoms. Holahan et al. [20] recently integrated coping processes into the stress generation model. In a 10 yr long investigation of 1211 adults aged 55 to 65 years at study entry, avoidance-oriented coping at study entry predicted more chronic and acute life stressors four years later, which in turn predicted an increase in depressive symptoms at 10 years.

Reid et al [25] suggest that the internalising disorders such as depression are likely to result from an inability to down-regulate negative emotions and/or up regulate positive emotions, yet capturing and demonstrating this phenomenon has proven difficult.

In a recent and exhaustive work of coping and personality, Carver and Connor-Smith [51] examined the five-factor model of personality related to coping and pointed out that the second factor, neuroticism concerns the ease and frequency with which a person becomes upset and distressed. They also point out that moodiness, anxiety and depression reflect higher neuroticism which has been linked to the avoidance temperament. In the same publication meta-analyses show that neuroticism predicts clinical symptoms and mental disorders, with a stronger relationship to mood and anxiety disorders than to externalizing problems Neuroticism is also linked to greater risk for suicidal ideation, attempts, and completion and to more alcohol use. Pessimism

Table 1

A Hierarchical Model of Adaptive Processes and Families of Coping (Adapted from Skinner and Zimmer-Gembeck, 2009 [45])

Adaptive process 1: Coordinate actions and contingencies in the environment				
Family of coping:	1. Problem solving	2. Information seeking	3. Helplessness	3. Escape
Family function in adaptive process:	Adjust actions to be effective	Find additional contingencies	Find limits of actions	Escape noncontingent environments
Ways of coping:	Strategizing Instrumental action Planning Mastery	Reading Observation Asking others	Confusion Cognitive interference Cognitive exhaustion Passivity	Behavioral avoidance Mental withdrawal Flight Denial Wishful thinking
Adaptive process 2: Coordinate reliance and social resources available				
Family of coping:	5. Self-reliance	6. Support seeking	7. Delegation	8. Social Isolation
Family function in adaptive process:	Protect available social resources	Use available social resources	Find limits of resources	Withdrawal from unsupportive contexts
Ways of coping:	Emotion regulation Behavior regulation Emotional expression Emotion approach	Contact seeking Comfort seeking Instrumental aid Social referencing	Maladaptive help seeking Complaining Whining Self-pity	Social withdrawal Concealment Avoiding others Freeze
Adaptive process 3: Coordinate preferences and available options				
Family of coping:	9. Accomodation	10. Negotiation	11. Submission	12. Opposition
Family function in adaptive process:	Flexibility adjust preferences to options	Find out new options	Give up preferences	Remove constraints
Ways of coping:	Distraction Cognitive restructuring Minimization Acceptance	Bargaining Persuasion Priority seeking	Rumination Rigid perseveration Intrusive thoughts	Other blame Projection Aggression Defiance

is similarly related to lower levels of subjective well-being across many studies.

As reflected above, Vinberg et al., [41] concluded that healthy individuals with a family history of affective disorder use maladaptive coping styles more often than individuals without a family history of affective disorder, but the association interacts with other factors: Stressful Life Events, personality traits, and subclinical depressive symptoms. Hence, the use of maladaptive coping style may represent a trait marker for mood disorder in individuals at risk for affective disorder. Consequently, improving maladaptive coping styles may be a target for selective prevention focusing on subgroups at high risk of developing an affective disorder.

Physiological correlates of successful/ unsuccessful coping

Undoubtedly mood states are reflected by or sometimes even driven by changes in physiological variables, like for example cortisol secretion. The question here is how and to what extent the process of coping (successful vs. non-successful) with a stressful event is reflected by physiological parameters like sleep, cortisol, EEG, ECG or results of voice analysis. A major caveat of this issue is to avoid circular reasoning. As said before, it is assumed that

poor coping in relation to stressors is coupled with an increased risk becoming depressed. On the other hand, physiological stress responses may occur independently of coping style, i.e. changes in heart rate, EEG, cortisol and sleep may happen uniformly in subjects undergoing for example exams irrespective whether they are coping well or not. It is hypothesized that it is not the acute physiological stress response but probably the time course of the physiological stress response over time and the way physiological systems regulate themselves homeostatically. In other words, an increase in cortisol secretion provoked by a sudden stressor maybe either followed by a down-regulation of cortisol levels to normal levels or by a constantly enhanced cortisol regulation, in the latter case being indicative of a pathological process.

OPTIMI with its frequent measurements of mood/ anxiety etc. and stressors/ coping capabilities and physiological variables allowed having a closer look at the interrelationships between stressors, coping mechanisms, mood states and physiological reactions. Therefore OPTIMI will offer the chance to discover the exact relationships between types of coping and type of physiological reactivity.

References

1. Cannon W. B. The wisdom of the body [Text] / W. B. Cannon. – New York: Norton, 1932.
2. Lazarus R. Stress, Appraisal, and Coping [Text] / R. Lazarus, S. Folkman. – Springer: New York, N. Y., 1984.
3. Selye H. A. Syndrom Produced by Diverse Noxious Agents / H. A. Selye // Nature. – 1936. – July 4. – № 138. – P. 32.
4. Sapolsky R. M. Stress, the aging brain, and the mechanisms of neuron death [Text] / R. M. Sapolsky. – Cambridge: MI Press, 1992.
5. Weinberger D. A. The construct validity of the repressive coping style [Text] / D. A. Weinberger // In JL Singer (ed.), Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1990. – P. 337–386.

6. Schneiderman N. Stress and Health: Psychological, Behavioral and Biological Determinant [Text] / N. Schneiderman, G. Gail Ironson, S. D. Siegel // Annual Review of Clinical Psychology. – 2005. – Vol. 1 – P. 607–28.
7. Glanz M. D. Resilience and Development: Positive Life Adaptations [Text] / M. D. Glanz, J. L. Johnson. – New York: Kluwer Acad./Plenum, 1999.
8. Minois N. Longevity and aging: beneficial effects to exposure to mild stress [Text] / N. Minois // Biogerontology. – 2000. – Vol. 1 – P. 15–29.
9. Monroe S. M. Modern Approaches to Coconceptualizing and Measuring Human Life Stress [Text] / S. M. Monroe // Annual Review of Clinical Psychology. – 2008. – № 4. – P. 33–52.
10. Kendler K. S. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. [Text] / K. S. Kendler, J. M. Hettema, F. Butera, C. O. Gardner, C. A. Prescott // Arch. Gen. Psychiatry. – 2003. – Vol. 60. – P. 789–796.
11. Sánchez E. Social Psychology of Mental Health: The Social Structure and Personality Perspective [Text] / E. Sánchez, A. Barrón // The Spanish Journal of Psychology. – 2003. – Vol. 6. – P. 3–11.
12. Feder A. Psychobiology and molecular genetics of resilience [Text] / A. Feder, E. J. Nestler, D. S. Charney // Nat Rev Neurosci. – 2009. – V. 10. – P. 446–457.
13. Dumont M. Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depresión [Text] / M. Dumont, M. A. Provost // Journal of Youth and Adolescence. – 1999. – Vol. 28 – P. 343–363.
14. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations [Text] / M. Rutter // J. Adol Health. – 1994. – Vol. 14. – P. 626–663.
15. Cicchetti D. Child maltreatment [Text] / D. Cicchetti // Annu. Rev. Clin. Psychol. – 2005. – Vol. 1. – P. 409–438.
16. Short J. L. The effects of parental divorce during childhood on college students [Text] / J. L. Short // J. Divorce Remarriage. – 2002. – Vol. 38. – P. 143–156.
17. Shaw J. A. Children exposed to war/terrorism [Text] / J. A. Shaw // Clin. Child Fam. Psychol Rev. – 2003. – Vol. 6. – P. 237–246.
18. Linsky A. S. Social Stress in the United States: Links to Regional Patterns in Crime and Illness [Text] / A. S. Linsky, M. Strauss. – Dover, MA: Auburn House, 1986.
19. Heim C. Neurobiology of early life stress: clinical studies [Text] / C. Heim, C. B. Nemeroff // Semin. Clin. Neuropsychiatry. 2002) – Vol. 7. – P. 147–159.
20. Hammen C. Stress and Depression [Text] / C. Hammen // Annu. Rev. Clin. Psychol. – 2005. – Vol. 1. – P. 293–319.
21. Sullivan F. Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis [Text] / F. Sullivan, M. Neale, K. Kendler // Am J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 157. – P. 1552–1562.
22. Harris T. O. Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorder in adult women [Text] / T. O. Harris, S. Borsanyi, S. Messari, K. Stanford, S. E. Cleary // Br. J. Psychiat. – 2000. – Vol. 177. – P. 505–510.
23. Holsboer F. Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: implications for therapy [Text] / F. Holsboer // J Aff Dis – 2001. – Vol. 62. – P. 77–91.
24. Holsboer F. The rationale for corticotropin-releasing hormone receptor (CRH-R) antagonists to treat depression and anxiety [Text] / F. Holsboer // J. Psychiat Res. – 1999 – Vol. 33 – P. 181–214.
25. Reid S. C. A mobile phone program to track young people's experiences of mood, stress and coping: Development and testing of the mobiletype program [Text] / S. C. Reid, S. D. Kauer, P. Dudgeon, L. A. Sanci, L.A. Shrier, G. C. Patton // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2009. – Vol. 44. – P. 501–507.
26. Lupien S. J. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition [Text] / S. J. Lupien, B. McEwen, M. R. Gunnar, C. Heim // Nature Rev Neurosci. – 2009. – Vol. 10. – P. 434–445.
27. Riemann D. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? [Text] / D. Riemann, U. Voderholzer // J. Affect Dis. – 2003. – Vol. 76. – P. 255–259.
28. Riemann D. Does effective management of sleep disorders reduce depressive symptoms and the risk of depression? [Text] / D. Riemann // Drugs. – 2009. Vol. 69 (suppl. 2). – P. 43–64.
29. Baglioni C. Sleep and emotions: focus on insomnia [Text] / C. Baglioni, K. Spiegelhalter, C. Lombardo, D. Riemann // Sleep Med Rev, in press.
30. Ford D. E. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? [Text] / D. E. Ford, D. B. Kamerow // JAMA. – 1989. – Vol. 262. – P. 1479–1484.
31. Wojnar M. (Sleep problems and suicidality in the national comorbidity survey replication [Text] / M. Wojnar, M. A. Ilgen, J. Wojnar, R. J. McCammon, M. Valenstein, K. J. Brower // J Psychiat Res. – 2009. – Vol. 43. – P. 526–531.
32. Riemann D. Sleep and depression – results from psychobiological studies: an overview [Text] / D. Riemann, M. Berger, U. Voderholzer // Biol Psychol. – 2001. – Vol. 57. – P. 67–103.
33. Riemann D. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence [Text] / D. Riemann, K. Spiegelhalter, B. Feige, U. Voderholzer, M. Berger, M. L. Perlis, C. Nissen // Sleep Med Rev. – 2010. – Vol. 14. – P. 19–31.
34. Pearlin M. L. The Structure of Coping [Text] / L. J. Pearlin, C. Schooler // Journal of Health and Social Behavior. – 1978. – Vol. 19. – P. 2–21.
35. Tamres L. K. Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping [Text] / L. K. Tamres, D. Janicki, V. S. Helgeson // Personality and Social Psychology Review. – 2002. – Vol. 6. – P. 2–30.
36. Endler N. S. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual (Revised Edition) [Text] / N. S. Endler, J. D. Parker. – Toronto: Multi-Health Systems, 1999.
37. Folkman S. An analysis of coping in a middle-aged community sample [Text] / S. Folkman, R. S. Lazarus // Journal of Health and Social Behavior. – 1980. – Vol. 21. – P. 219–239.
38. Kendall E. Understanding adjustment following traumatic brain injury: Is the Goodness-of-Fit coping hypothesis useful? [Text] / E. Kendall, D. J. Terry // Social Science & Medicine. – 2008. – Vol. 67. – P. 1217–1224.
39. Beutler L. E. Coping and coping styles in personality and treatment planning: Introduction to the special series [Text] / L. E. Beutler, R. H. Moos // Journal of Clinical Psychology. – 2003. – Vol. 59. – P. 1045–1047.
40. Kelly M. M. Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms [Text] / M. M. Kelly, A. R. Tyrka, P. H. Lawrence, L. L. Carpenter // Depression and Anxiety. – 2008. – Vol. 25. – P. 839–846.
41. Vinberg M. [Text] / M. Vinberg, V. Froekjaer, M. D. Gedsoe, L. V. Kessing // The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2010. – Vol. 1. – P. 39–44.
42. Compass B. E. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in

theory and research [Text] / B. E. Compass, J. K. Connor-Smith, H. Saltzman, A. H. Thomsen, M. E. Wadsworth // *Psychol Bull.* – 2001. – Vol. 127. – P. 187–127.

43. Skinner E. A. Action regulation, coping, and development [Text] / E. A. Skinner, B. Brandtstädter, R. M. Lerner (Eds.). – Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.

44. Skinner E. A. Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective [Text] / E. A. Skinner, J. G. Wellborn // In D. Featherman, R. Lerner, M. Perlmutter (Eds.) *Life-span development and behavior.* – 1994. – Vol. 12. – P. 91–133.

45. Skinner E. A. Changes to the Developmental Study of Coping [Text] / E. A. Skinner, M. J. Zimmer-Gembeck // *Annu. Rev. Psychol.* – 2009. – Vol. 124. – P. 5–17.

46. *Rev Clin Psychol.* – Vol. 3. – P. 377–401.

47. Wills T. A. Social support and interpersonal relationships. Prosocial behavior. In Clark, Margaret S. (Ed.) [Text] / T. A. Wills // *Prosocial behavior. Review of*

personality and social psychology. – 1991. – Vol. 12. – P. 265–289.

48. Taylor S. E. Social support [Text] / S. E. Taylor // In *Foundations of Health Psychology*, ed. HS Friedman, RC Silver. – New York: Oxford Univ, Press, 2007. – P. 145–171.

49. Stanton A. L. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. [Text] / A. L. Stanton, S. Danoff-Burg, C. L. Cameron, Bishop M. M., Collins C. A. // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2000. – Vol. 68. – P. 875 – 882.

50. Hammen C. Generation of stress in the course of unipolar depression [Text] / C Hammen // *J. Abnorm. Psychol.* – 1991. – Vol. 100. – P. 555–561.

51. Carver C. S. Optimism. [Text] / C. S. Carver, M. F. Scheier, C. J. Miller Fulford // In *Oxford Handbook of Positive Psychology*, ed. CR Snyder, S. J. Lopez. – New York: Oxford Univ. Press, 2009. – 2nd ed. – P. 303–311.

ОРТІМІ (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМІ ONLINE ДЛЯ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я) ПРОЕКТ «ЕЛЕКТРОННЕ ЗДОРОВ'Я», ЩО ФІНАНСУЄТЬСЯ ЄС, З МЕТОЮ ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ ПРОГНОЗУ ПОВЕДІНКИ, ЯКА ВЕДЕ ДО ПОГАНОВОГО КОПІНГУ СТРЕСУ

Л. Фріцше^{1,2}, Д. Майо¹

¹ Інженерно-технічна вища школа (ІТВШ), Відділення комп'ютерних наук при Інституті комп'ютерних систем, Швейцарія

² Клініка внутрішньої медицини, Швейцарія

У цій статті подається загальний огляд теоретичної бази ОРТІМІ з акцентом на концепції «підвищеного ризику» стосовно депресії, адаптаційних стратегій та інших стресових розладів. У статті демонструється загальнознаний зв'язок між стресом і початком депресії та підкреслюється значна залежність індивідуальних реакцій на стрес-фактори від їхніх проблемно-орієнтованих або емоційно-орієнтованих адаптаційних стратегій.

Ключові слова: депресія, стрес, підвищений ризик, адаптація.

ОРТІМІ (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМІ ONLINE ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ) ПРОЕКТ «ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДОРОВЬЕ», ФИНАНСИРУЕМЫЙ ЕС, С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА ПОВЕДЕНИЯ, ВЕДУЩЕГО К ПЛОХОМУ КОПИНГУ СТРЕССА

Л. Фрицше^{1,2}, Д. Майо¹

¹ Инженерно-техническая высшая школа (ИТВШ), Отделение компьютерных наук при Институте компьютерных систем, Швейцария

² Клиника внутренней медицины, Швейцария

В данной статье подаётся общий обзор теоретической базы ОРТІМІ с акцентом на концепции «повышенного риска» применительно к депрессии, адаптационным стратегиям и другим стрессовым расстройствам. В статье демонстрируется общепризнанная связь между стрессом и началом депрессии и подчёркивается значительная зависимость индивидуальных реакций на стресс-факторы от их проблемно-ориентированных или эмоционально-ориентированных адаптационных стратегий.

Ключевые слова: депрессия, стресс, повышенный риск, адаптация.

УДК 616.714+616.831]-001:616.831-005-073.763.5



Т. А. Литовченко

В. И. Пономарёв

В. А. Флорикян



Е. К. Зинченко

О. Ю. Меркулова

СТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (ОПЗЧМТ) С ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Т. А. Литовченко¹, В. И. Пономарёв², В. А. Флорикян¹,
Е. К. Зинченко¹, О. Ю. Меркулова²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования

²Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Авторы на основании данных МРТ выявили у 82 больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы с венозной дисциркуляторной патологией различной степени выраженности, что ликворная гипертензия (гидроцефалия) является одним из ведущих факторов, приводящих к атрофии элементов мозговой ткани, расширению желудочков и субарахноидальных пространств, одиночным и множественным инфарктам, локализованным, как правило, в глубоких отделах мозга.

Ключевые слова: отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы, магнитно-резонансная томография, венозная дисциркуляторная патология, гидроцефалия, структурные изменения мозга.

Введение

В последнее десятилетие, несмотря на огромные достижения в диагностике и лечении больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), отмечается дальнейшее увеличение частоты тяжести и летальности от изолированной и сочетанной травмы черепа [3, 5]. Большие потери производственных сил и материальных средств, расходуемых на диагностику и реабилитацию больных после перенесенной ЧМТ придают этой проблеме актуальность и особую социальную и медицинскую значимость.

Имеется огромное количество литературы, посвященной отдаленным последствиям закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ), которое продемонстрировало фундаментальность проблемы травматической болезни головного мозга и широкие перспективы ее разностороннего научного изучения [2, 3]. В частности ждут своего решения вопросы провоцирующей роли травмы мозга в развитии венозной дисциркуляторной патологии и формировании ее различных клинических проявлений, коррекции ликворо-динамических нарушений и степени выраженности затруднения венозного оттока из мозга [6, 7]. Данные вопросы нуждаются в уточнении и дальнейшем их решении.

Цель работы: выявление структурных нарушений головного мозга методом МРТ у больных в ОПЗЧМТ с церебральной венозной патологией различной степени выраженности с целью улучшения результатов лечения.

Материалы и методы исследования

Для объективизации данных нами у 82 больных с венозной дисциркуляторной патологией в ОПЗЧМТ была проведена МРТ. В зависимости от степени выраженности нарушений венозного оттока обследованные были разделены на 3 группы. С начальными проявлениями венозной дисциркуляторной патологии (I группа) обследовано 17 (19,70 %) больных, с церебральной венозной дистонией (II группа) — 36 (46,60 %) и венозной энцефалопатией (III группа) — 29 (33,70 %) больных.

С помощью МРТ определялись очаговые и диффузные изменения в головном мозге, субарахноидальные, субдуральные нарушения, изменения в ликворопроводящих пространствах, наличие очагов повышенной и пониженной плотности, их локализация.

Контрольной группой служили 26 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 60 лет, у которых на томограммах не были выявлены патологические изменения.

Внутренняя (желудочковая) гидроцефалия устанавливалась при расширении желудочковой системы мозга, наружная — при расширении конвекситальных пространств, борозд мозжечка и др.

А при смешанной гидроцефалии имело место сочетание признаков внутренней и наружной гидроцефалии. Степень тяжести внутренней гидроцефалии оценивали по критериям, разработанным С. Б. Вавиловым (1986). Легкой — считается внутренняя гидроцефалия при увеличении поперечного размера переднего рога боковых желудочков или их центрального отдела, или

поперечного размера третьего желудочка до 30,00 %, средней степени — расширение этих отделов до 60,00 % и тяжелой степени — 60,00 % и более. Степень выраженности наружной гидроцефалии оценивалась по критериям, рекомендованным J. Mees et al. (1980). Нормальной считается ширина борозд больших полушарий мозга от 2 до 4 мм, увеличение их до 6 мм рассматривается как наружная гидроцефалия легкой степени, расширение борозд до 9 мм — как средняя степень выраженности, и более 9 мм — как выраженная наружная гидроцефалия. Степень выраженности смешанной гидроцефалии оценивалась по сочетанию указанных выше размеров, кроме того, степень выраженности гидроцефалии анализировалась по М. В. Верещагину и соавт. (1986) — незначительно выраженная, умеренно выраженная, выраженная.

Результаты исследования и их обсуждение

У обследованных больных I группы с начальными проявлениями венозной дисциркуляторной патологии смешанная гидроцефалия отмечалась у 21,40 %, внутренняя гидроцефалия имела место у 17,80 % и наружная — у 9,00 % лиц. Незначительно выраженная гидроцефалия наблюдалась в 31,70 % и умеренно выраженная — у 12,70 % обследованных лиц. Выраженная гидроцефалия среди пациентов с начальными проявлениями нарушения венозного оттока была обнаружена всего у 21,00 % наблюдений.

Во II группе, с церебральной венозной патологией, смешанная гидроцефалия наблюдалась у 32,50 % больных, внутренняя — у 19,40 % и наружная — у 13,20 % обследованных лиц. В этой группе незначительно выраженная гидроцефалия выявлена у 37,40 % больных, умеренно выраженная — 21,00 % и выраженная — у 10,10 % пациентов.

У больных III группы с выраженной энцефалопатией в ОПЗЧМТ были отмечены значительные изменения в ликворных пространствах. Так, смешанная гидроцефалия имела место у 41,00 % наблюдаемых больных, внутренняя — у 21,30 % и наружная у 19,25 % больных. Степень выраженности гидроцефалии у больных III группы значительно превосходила больных I и II группы. Так, незначительно выраженная гидроцефалия обнаружена у 48,10 % больных, умеренно выраженная — у 31,50 % и выраженная у 14,30 % обследованных больных.

На основании данных МРТ у больных с венозной дисциркуляторной патологией в ОПЗЧМТ нами произведены сопоставления взаимоотношений между формой и степенью выраженности посттравматической гидроцефалии, клиническими синдромами заболевания, функциональными нарушениями нервной системы, головного мозга. Было выявлено, что у больных всех трех групп при наружной гидроцефалии чаще всего обнаруживается астенический синдром (94,30 %), при внутренней симметричной гидроцефалии — эпилептический синдром (38,00 %) и синдром вегетативной дисфункции (56,00 %); при внутренней асимметричной и смешанной

гидроцефалии — преимущественно астенический синдром (81,20 %). Выявлена корреляционная зависимость между степенью выраженности гидроцефалии и клиническими симптомами. Так, у обследованных с легкой, незначительно выраженной гидроцефалией на фоне астении преобладал синдром вегетативной дисфункции (56,40 %), при гидроцефалии средней степени выраженности — эпилептический синдром (39,40 %) на фоне астенических проявлений.

Наиболее значительные признаки поражения центральной нервной системы были выявлены у больных III группы с выраженной гидроцефалией. Вот далеко не полный перечень объективных клинических неврологических симптомов заболевания: вялость зрачковых реакций имела место у 63,00 % обследованных, асимметрия лица — у 65,00 %, асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов у 57,00 %, гипергидроз кожных покровов туловища и конечностей — у 40,50 %, нарушение дермографизма — у 28,00 %, девиация языка — у 25,00 %, симптом Манна у 22,00 %, тремор век и пальцев вытянутых рук — у 15,00 %.

Представленные данные указывают на развитие у всех групп больных с посттравматическими венозными дисциркуляторными нарушениями различной степени тяжести внутренней и наружной гидроцефалии, которая нарастала с прогрессированием нарушений венозного оттока из головного мозга.

МРТ выявила в среднем у 47,00 % больных с венозной энцефалопатией спайки на конвексальной и базальной поверхностях головного мозга, атрофические процессы — у 25,00 % обследованных. Эти органические нарушения были более выражены у больных III группы и сопровождались различными неврологическими проявлениями. Как и у Л. И. Закрутько [1], В. А. Яроша [8], нами было выявлено, что при локализации спаечного процесса в задней черепной ямке наблюдаются преимущественно вестибулярные (76,40 %) и мозжечковые нарушения (65,10 %), а базальная локализация обуславливает одно- либо двустороннюю симптоматику поражения черепных нервов в области головного мозга (57,60 %), гипоталамо-гипофизарные изменения с выраженной вегетативной и эндокринной симптоматикой (69,70 %).

Прогрессирование церебральной патологии, в частности, его венозного компонента у лиц с ОПЗЧМТ сопровождается не только ухудшением функции ликворопроводящих пространств, возрастанием ликворной гипертензии, гидроцефалии, но и появлением очагов пониженного МР сигнала или диффузного снижения плотности ткани мозга. Эти очаговые и диффузные морфологические изменения в головном мозге наблюдались у всех групп обследованных, однако, большей частью они выявлялись у больных со II и III степенью нарушения венозного оттока. Так, во II группе одиночные очаги были обнаружены у 12,30 % обследованных, а множественные очаги пониженной плотности — у 58,00 %. У больных III группы

одиночные очаги были выявлены у 37,10 %, а множественные — у 13,40 % обследованных.

Кроме того, у 5,70 % больных III группы с церебральными венозными нарушениями были выявлены так называемые «немые» очаги, располагающиеся в основном в глубоких отделах мозга. Что касается лиц с дисциркуляторной венозной патологией, перенесших в прошлом легкую закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ), то интересно отметить, что МРТ све-

ной патологии.

Подтверждением приведенных данных являются изменения линейных размеров желудочков головного мозга у лиц в ОПЗЧМТ с различной степенью нарушения венозного оттока по данным МРТ.

Характеристика линейных размеров желудочковой системы головного мозга, выявленная на МРТ у лиц в ОПЗЧМТ с венозной дисциркуляторной патологией представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Линейные размеры желудочков головного мозга у лиц с ОПЗЧМТ с различной степенью нарушения венозного оттока по данным МРТ

Группа обследованных				
	контрольная группа	I группа	II группа	III группа
ширина передних рогов боковых желудочков, мм				
слева	6,30 ± 0,54	6,90 ± 0,72	9,10 ± 1,10*	12,00 ± 1,10**
справа	6,50 ± 0,35	7,10 ± 0,85	9,20 ± 0,93*	11,70 ± 1,11**
ширина центрального отдела боковых желудочков, мм				
слева	10,80 ± 0,39	11,90 ± 1,10*	14,80 ± 1,20**	18,10 ± 1,39***
справа	10,90 ± 0,45	12,10 ± 1,30	14,40 ± 1,21*	18,60 ± 1,49*
ширина задних рогов боковых желудочков, мм				
слева	9,90 ± 0,45	10,90 ± 0,85	14,30 ± 1,30*	17,10 ± 1,20**
справа	9,70 ± 0,51	11,00 ± 0,95	13,90 ± 1,40*	17,30 ± 1,11**
ширина третьего желудочка, мм				
	3,20 ± 0,11	4,50 ± 0,78*	5,20 ± 0,92*	6,30 ± 1,00**

Примечание: * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,005

дения у них были достаточно полиморфными. У 14,20 % обследованных даже с легкой ЗЧМТ в отдаленном периоде травматической болезни удалось выявить ишемические очаги различных размеров. Однако в отличие от R. P. Clark et al. [9], О. В. Могучей, Э. Д. Лебедевой [4], четкой корреляции, достоверных отличий между объемом участка пониженной плотности и выраженностью неврологических клинических проявлений нами не было выявлено.

Как и R. Kanthan, A. Shuaib [11], G. Hilton [10] мы считаем, что обнаруженные МРТ исследованием очаги пониженной плотности возникли в результате не только перенесенной острой мозговой травмы с анатомическими повреждениями мозговых структур, в том числе и сосудистых, но и вследствие развившейся хронической мозговой дисциркуляции, сниженных местных репаративных, иммунных процессов.

Таким образом, нейровизуализация структур головного мозга с помощью МРТ выявила непрямые признаки его атрофии в виде развития внутренней и наружной гидроцефалии, одиночных и множественных мелких ишемизированных очагов, которые локализовались либо в глубоких отделах мозга либо формировали гранулярную атрофию мозга. Все эти анатомические нарушения в различных структурах мозга нарастали с прогрессированием венозной дисциркулятор-

Анализируя представленную таблицу, необходимо, прежде всего, отметить, что с ухудшением венозной дисциркуляторной патологии наблюдается значительное увеличение всех ликворосодержащих пространств головного мозга. Так, если коснуться только ширины левых передних рогов боковых желудочков, то у больных I группы по сравнению с контрольной они увеличены всего на 9,50 %. У III группы — на 90,40 %. Аналогичное увеличение ширины передних рогов боковых желудочков наблюдается и справа (9,20 % и 44,40 % соответственно). С возрастанием венозного оттока изменяются размеры и центральных отделов боковых желудочков как слева, так и справа. Даже если сравнивать показатели ширины центральных отделов боковых желудочков у больных I и II групп, то отмечается их увеличение слева на 24,30 % (p<0,05), справа — на 52,60 % при недостоверных изменениях в целом по группе (p>0,05). Ширина задних рогов боковых желудочков слева возросла на 10,10 %, справа — на 13,40 % (p>0,05).

Что касается показателей ширины третьего желудочка, то у больных с начальными проявлениями нарушения венозного оттока (I группа) по сравнению с контрольной группой они увеличились на 40,60 % (p<0,05). У больных III группы были выявлены изменения в ликворосодержащих пространствах не только по

сравнению с контрольной группой, но и больными II группы с венозной дисциркуляторной патологией. Так, ширина передних рогов боковых желудочков слева по сравнению с контрольной группой увеличилась на 90,40 %, справа — на 80,00 %, а относительно данных II группы ($p < 0,01$) слева — на 46,00 %, справа — на 38,40 %. Ширина центрального отдела боковых желудочков слева изменялась на 67,50 % по сравнению с контрольной группой и на 22,20 % относительно II группы ($p < 0,005$), а справа — на 70,60 % и 29,10 соответственно ($p < 0,05$). Отмечается значительное увеличение ширины задних рогов боковых желудочков; справа, по сравнению с контрольной группой они составили 78,30 % и 24,10 %, у больных II группы ($p < 0,01$), а слева — 72,70 % и 24,40 % соответственно ($p < 0,01$). Ширина III желудочка у больных с выраженным венозным застоем (III группа) по сравнению с контрольной группой больных выросла на 96,80 % ($p < 0,05$), а относительно показателей II группы больных ($p < 0,01$) — на 21,00 %.

Выводы

Таким образом, МРТ у пациентов в ОПЗЧМТ с церебральной венозной патологией выявила непрямые признаки атрофии элементов мозговой ткани, уменьшение ее массы, которые проявлялись развитием внутренней и наружной гидроцефалии различной степени выраженности, одиночными и множественными мелкоочаговыми инфарктами, локализованными, как правило, в глубоких отделах мозга. Степень выраженности данных нарушений повышалась пропорционально развитию венозных дисциркуляторных нарушений. С нашей точки зрения, в процессе лечения данных пациентов целесообразно совместное применение препаратов улучшающих ликвороток и венозный отток из полости черепа.

В связи с применением высокопольного МРТ в дальнейшем будет возможна более точная диагностика изменений вещества мозга и окружающих пространств на ранних этапах и проведение современного медикаментозного лечения, что требует дальнейшего исследования и разработки.

Литература

1. Закрутько Л. И. Особенности пароксизмальных нарушений сознания при различной локализации патологического процесса у больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы [Текст] / Л. И. Закрутько // Укр. вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10. – Вып. 2. – С. 41–42.
2. Захарова Н. Е. Нейровизуализация структурных и гемодинамических нарушений при тяжелой черепно-мозговой травме [Текст] / Н. Е. Захарова, А. А. Потапов, В. Н. Корниенко [и др.]. // Материалы Сибирского международного нейрохирургического форума. ICAN 2012 – Новосибирск, 2012. – С. 173.
3. Меликян З. А. Нейровизуализационные и нейропсихологические исследования в клинике черепно-мозговой травмы легкой и средней степени тяжести // [Текст] / З. А. Меликян, Ю. В. Микадзе, А. А. Потапов [и др.]. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – № 12. – С. 100–111.
4. Могучая О. В. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы в Санкт-Петербурге [Текст] / О. В. Могучая, Э. Д. Лебедев // Актуальные вопросы нейрохирургии. – 1992. – С. 28–29.
5. Потапов А. А. Черепно-мозговая травма [Текст] / А. А. Потапов, А. Д. Кравчук, Н. Е. Захарова // Диагностика нейрорадиология / Под ред. акад. В. Н. Корниенко, проф. И. Н. Пронин – М.: ИП «Т. М. Андреева», 2009. – С. 11–102.
6. Потапов А. А. Прогностическое значение мониторинга внутричерепного и церебрального перфузи-
- онного давления, показателей регионарного кровотока при диффузных и очаговых повреждениях мозга [Текст] / А. А. Потапов, Н. Е. Захарова, И. Н. Пронин [и др.] // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. – 2011. – № 3. – Т. 75. – С. 3–16.
7. Пронин И. Н. Перфузионная КТ: Исследование мозговой гемодинамики в норме [Текст] / И. Н. Пронин, Л. М. Фадеева, Н. Е. Захарова // Медицинская визуализация. – 2007. – № 3. – С. 8–12.
8. Ярош В. А. Структурно-гемодинамические нарушения при отдаленных последствиях легкой черепно-мозговой травмы у больных молодого и среднего возраста [Текст] / В. А. Ярош // Укр. вісник психоневрології. – 2004. – т. 12. – Вып. 2 (39). – С. 55–56.
9. Clark R. P. Neutrophil accumulation after traumatic brain injury in rats: comparison of weight drop and controlled cortical impact models [Text] / R. P. Clark, J. K. Schiding, S. L. Kaczorowski // Neurotrauma. – 1994. – Vol. 11. – № 5. – P. 499–506.
10. Hilton G. Behavioral and cognitive sequelae of head trauma [Text] / G. Hilton // Orthop. Nurs. – 1994. – Vol. 13. – № 24. – P. 25–32.
11. Kanthan R. Clinical evaluation of extra cellular amino acids in severe head trauma by intracerebral in vivo microdialysis [Text] / R. Kanthan, A. Shuiab // J. Neural Neurosurg. Psychiat. – 1995. – Vol. 59. – № 3. – P. 326–327.

СТРУКТУРНІ ПОРУШЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА ДАНИМИ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ (МРТ) У ХВОРИХ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ (ВПЗЧМТ) З ВЕНОЗНОЮ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Т. А. Литовченко¹, В. І. Пономарьов², В. А. Флорикян¹,
Є. К. Зинченко¹, О. Ю. Меркулова²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

STRUCTURAL BRAIN DISTURBANCES ON THE MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) OF THE PATIENTS IN THE REMOTE PERIOD OF CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY WITH DISCIRCULATORY VENOUS PATHOLOGY

T. A. Litovchenko¹, V. I. Ponomaryov², V. A. Florikyan¹,
E. K. Zinchenko¹, O. Yu. Merkulova²

¹Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

²V. N. Karazin Kharkiv National University

Автори на підставі даних МРТ 82 хворих у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми (ВПЗЧМТ)

The authors on the basis of information of MRT of 82 patients in the remote period of closed craniocere-

з венозною дисциркуляторною патологією різного ступеня вираженості виявили, що лікворна гіпертензія (гідроцефалія) є одним з провідних факторів, що призводять до атрофії елементів мозкової тканини, розширення шлуночків і субарахноїдальних просторів, одиночним і множинним інфарктам, локалізованим, як правило, в глибоких відділах мозку.

Ключові слова: віддалені наслідки закритої черепно-мозкової травми, магнітно-резонансна томографія, венозна дисциркуляторна патологія, гідроцефалія, структурні зміни мозку.

bral injury with discirculatory venous pathology of different degrees of severity identified that hypertension CSF (hydrocephalus) is one of the leading factors that lead to atrophy of the brain tissue elements, expansion of the ventricles and subarachnoid area, single and multi-infarct localized as a rule in a deep brain structures.

Key words: the remote period of closed craniocerebral injury, magnetic resonance imaging, venous discirculatory pathology, hydrocephalus, structural brain changes.

УДК 616.89-008.441.1-053.6



С. И. Табачников

Е. Н. Харченко

Т. В. Сеницкая



А. Н. Чепурная

О. В. Чернышов

Е. В. Киосева

АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

С. И. Табачников¹, Е. Н. Харченко¹, Т. В. Сеницкая¹, Т. В. Чепурная¹, Т. В. Чернышов², Т. В. Воронина¹, Е. В. Киосева¹

¹Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

²Николаевская областная психиатрическая больница №1

Аннотация. Проведено исследование аддиктивного поведения 1400 подростков, 170 из них употребляли психоактивные вещества на ранних этапах. Выявлены патохарактерологические и психопатологические особенности аддиктивного поведения, а также принципы формирования зависимого состояния.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психоактивные вещества, подростки, формирование зависимых состояний.

Введение

Среди различных актуальных медико-социальных проблем современности, вопрос аддиктивных расстройств имеет особую значимость [1, 2]. В большей степени им подвержены лица с низкой переносимостью трудностей, и, соответственно, недостаточными адаптационными возможностями. В поисках средств защиты от напряжения, дискомфорта, стресса они часто прибегают к альтернативным стратегиям аддиктивного поведения [3, 4].

Рассматривая проблему аддиктивного поведения в широком медико-социальном плане, нельзя не отметить ее серьёзное, угрожающее воздействие на здоровье, как физическое, так и психическое, не только самих аддиктов, но и среди их окружения. Среди разных социальных проблем современности, в числе первых находится определенная категория лиц с различными формами зависимости. В целом она достаточно вариабельна. В первую очередь, это относится к химической зависимости: от алкоголя, наркотиков, табака и др.; зависимость от приема пищи: анорексия и булимия; сексуальные девиации и перверзии (па-

рафилии); психостимулирующие нехимические зависимости: экстремальные виды деятельности, гемблинг, клептомания, серийные насильственные действия; викарные зависимости, заполняющие психологическую пустоту: накопительство, трудовголизм, фанатизм и др.; электронные формы зависимости: компьютерные игры, интернет-зависимость. Однако вопрос зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) является одним из наиболее актуальных среди ведущих медико-социальных проблем современности в целом и зависимых состояний в частности [5, 6]. Как свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, как отечественных, так и зарубежных [7, 8], уровень распространенности алкогольной, табачной и других видов наркотической зависимости неуклонно увеличивается (как по масштабу, так и по вариабельности видов) в большинстве стран мира, в том числе и в Украине. Особенно опасным является соответственно катастрофический рост употребления ПАВ среди детей, и молодежи, что ведет к ранней психофизической декомпенсации и десоциализации подрастающего поколения. По данным ВООЗ, Украина занимает первое место

по масштабам подросткового алкоголизма. Соответственно данным отечественных и зарубежных исследователей [7, 8], среди украинских подростков 13–15 лет употребляют алкоголь около 90,00 %; курят табак 63,00 %; принимают наркотические вещества более 25,40 % (33,60 % юношей и 18,80 % — девушек) [9, 10]. При этом следует учитывать, что объективные данные значительно превышают официальные. Среди ПАВ наиболее употребляемыми среди подростков являются никотин, алкоголь, каннабиноиды, психостимуляторы, опиаты, опиоиды и др. Начало периода курения чаще встречается в 12–15 лет. Так, 1/5 подростков начинают курить с 10–11 лет. Первичное употребление наркотиков приходится обычно на 12–16 лет (32,00 %); 17–18 лет — 35,00 %; 19–28 лет — 33,00 %. Очень часто наблюдается коморбидность в употреблении различных ПАВ, что ещё более отягощает их состояние. Естественно, их употребление, особенно в юном возрасте, приводит к ухудшению здоровья, а также к девиантному поведению, аутоагрессивным и гетероагрессивным действиям, криминогенности и травматизму.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные данной проблеме, до последнего периода остается разноплановым понимание формирования аддиктивных расстройств (как химических, так и нехимических). В частности, остаются недостаточно выясненными вопросы этиопатогенеза, патофизиологических и психопатологических особенностей, а также критериев ранней диагностики аддиктивных расстройств у подростков и молодежи, употребляющих ПАВ, что, в свою очередь, не дает возможности их своевременного выявления, а также оказания им квалифицированной медико-социальной помощи.

Цель работы — определить структуру формирования зависимых состояний у подростков и лиц молодого возраста с аддиктивным поведением, принимающих психоактивные вещества.

Задачи исследования:

–Определить социально-демографические, патофизиологические и клинико-психопатологические особенности формирования аддиктивного поведения при употреблении ПАВ у подростков и лиц молодого возраста.

–Выявить особенности психических и поведенческих расстройств при употреблении ПАВ лицами молодого возраста.

–Определить идентификацию биологических, психологических и психосоциальных причин, способствующих возникновению аддиктивных расстройств у подростков и лиц молодого возраста при приеме ПАВ.

–Разработать систему оказания медицинской помощи при данной патологии.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось среди студентов ВУЗов младших курсов. Общее число обследованных составило 1400 человек. Из них была отобрана группа лиц, употребляющих ПАВ — (170 чел., 12,10 %). Для изучения социально-демографических, клинико-anamnestических, патохарактерологических и психопато-

логических особенностей исследуемых лиц нами была использована «Унифицированная карта обследования», составляющая структурно: информированное согласие на обследование, социально-демографическую анкету; методики определения личностно-характерологических акцентуаций: Басса–Дарки — для диагностики агрессивных реакций; Ч. Д. Спилберга–Ю. Л. Ханина — для определения личностной и ситуационной тревоги; Е. Хейма — выявление копинг-стратегий; комплексные оценки аддиктивного статуса индивида с помощью системы AUDIT тестов (методика И. В. Линского и соавт.). Исследование проводилось анонимно.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди основных факторов мотивации патологического влечения к употреблению ПАВ у подростков и лиц молодого возраста можно выделить следующие: уход от психологически неблагоприятных ситуаций, связанных с окружением и взаимоотношениями в микро- и макросоциуме. Это конфликты в семье (чаще с родителями), с педагогами (в местах обучения), сверстниками (или средой общения со старшими), сексуальная дисгармония, чувство одиночества, непонимание (или утрата) смысла жизни, бесперспективность будущего. Возникающая при этом психологическая дезадаптация приводила у аддиктивных личностей к желанию «ухода» от реальности, чувству страха перед повседневностью, наполненной стандартными обязанностями и регламентациями. Характерологически такие лица с детских лет чаще отличались нервно-психической неустойчивостью, гиперактивностью, склонностью к фантазированию, повышению (или к снижению) самооценки, «ранимостью» к критике, стремлению к поиску новых ощущений и переживаний, которые выражались в тенденциях к физическому и социальному риску, низкой фрустрационной толерантностью, неспособностью к ответственности за свои действия. Окружающими, средовыми факторами, формирующими патологическое поведение, чаще была аддиктивная семья (в которой рос индивид), среда обучения или работы, друзья (часто с дефектами воспитания); конфликты интра- и трансперсонального порядка, являющиеся психологическими предикторами, способствующими формированию высокой фрустрационной готовности и саморазрушающему аддиктивному поведению. К факторам, способствующим аддиктивному поведению при употреблении ПАВ, на фоне нервно-психической неустойчивости, и акцентуации личности, можно отнести и наличие форм стереотипного поведения, свойственных молодому возрасту.

По типам акцентуации исследуемые распределились следующим образом: гипертимный тип составил 11,20 %; истероидный (демонстративный) — 21,50 %; эмотивный (нестойкий) — 32,30 %; эпилептоидный — 3,50 %; конформный — 13,00 %; возбудимый — 16,40 %; другие — 2,20 %. Таким образом, наибольшую категорию по акцентуации составили лица с «нестойким» типом — 32,30 %; значительную часть — истероидные — 21,50 %;

существенную — возбудимый тип — 16,40 %; конформный — 13,00 %; меньше гипертимный — 11,20 % и другие. Среди всех исследуемых было выявлено 17,40 % лиц со скрытыми (маскированными) депрессиями (непсихотического уровня), в основном в рамках патохарактерологических особенностей, которые чаще относились к нестойкому типу акцентуаций. В плане степени употребления ПАВ большинство исследуемых находилось на субклиническом уровне — 82,40 %; а 17,60 % — на клиническом. Субклинические дезадаптивные проявления классифицировались нами в пяти вариантах: астенические — 11,77 %; астено-вегетативные — 36,16 %; обсессивно-фобические — 15,45 %; тревожные — 26,15 % и смешанные — 8,16 %. В свою очередь, исследуемые, находящиеся в степени зависимости, подразделились на 2 подгруппы: субкомпенсированная — значительно большая по объёму — 84,40 % и некомпенсированная — 15,60 %, требующие лечения.

Безусловно, в формировании наркоманий значимыми являются психофизиологические особенности подростков, вид ПАВ, частота и способ употребления. Таким образом, переход аддиктивного поведения в болезнь зависит от множества социальных, биологических и психологических факторов. Существенным также является возраст начала употребления ПАВ. В этом плане следует отметить следующие особенности: 1) у лиц с более ранним возрастом начала наркотизации чаще отмечается наследственная отягощённость алкоголизмом и психическими заболеваниями; 2) лица с ранней наркоманией воспитываются преимущественно в неблагополучных семейных условиях; 3) раннее начало наркотизации неблагоприятно отражается на последующем образовании подростков: негативное отношение к учебе, ограниченность интересов, примитивность увлечений, потребительская ориентация в выборе нравственных ценностей, низкий интеллектуальный уровень; 4) среди данного контингента достоверно большее число лиц с девиантной предрасположенностью в преморбиде, в частности, чертами неустойчивости, патологической конформности, слабости эмоционально-волевых установок, признаками психологического инфантилизма (повышенной внушаемости, подражание и подчиняемость лицам более старшего возраста, социальной незрелостью и др.); 5) при раннем употреблении ПАВ течение зависимых состояний наиболее прогрессивно; 6) сроки формирования абстинентного синдрома у лиц молодого возраста могут быть более вариабельны, чаще короче, при этом в его картине более преобладают психопатологические проявления, что свидетельствует о большей тяжести процесса; 7) у лиц с ранней наркотизацией значительно в большей степени возникает изменение личности, в том числе психопатоподобное нарушение с признаками морально-этического снижения и асоциальным поведением, а также интеллектуально-мнестические расстройства (особенно у лиц, злоупотребляющих седативными препа-

ратами, ингалянтами, тяжёлыми ПАВ) и иные медико-социальные последствия.

В процессе зависимого состояния обычно выделяется три стадии: начальная (первые признаки), средняя «сформировавшаяся болезнь»; дефектное состояние. Среди исследуемого контингента лиц большинство, как указывалось выше, находилось на субклиническом уровне — 82,40 % и только 17,60 % — на клиническом (субкомпенсированные — 84,40 %; некомпенсированные — 15,60 %). Соответственно этому, у наших исследуемых мы наблюдали преимущественно первую стадию зависимого состояния. Как правило, оно характеризовалось формированием и углублением психической зависимости, при которой перерыв в принятии ПАВ приводил к психическому дискомфорту, подавленному настроению, тревоге, дисфории с резким обострением влечения к употребляемому веществу. В этот период наблюдалось ослабление и угасание защитных рефлексов на действие ПАВ, повышение толерантности, социальная дезадаптация. Соответственно, вторая стадия зависимого состояния у исследуемого контингента наблюдалась реже.

Выводы

1. Употребление ПАВ тесно связано с понятиями делинквентного и аддиктивного поведения. Основным мотивом поведения таких подростков является стремление ухода от субъективно воспринимаемой «невыносимой реальности». При этом, как правило, встречаются внутренние причины: переживание стойких неудач в учебном процессе, конфликты в семье, среде сверстников, чувство одиночества, утрата смысла жизни, ощущение невостребованности в будущем, беспомощность в разных видах деятельности, социальная дезадаптация. Предрасполагающими факторами употребления ПАВ является нервно-психическая неустойчивость, акцентуация характера (эмотивный, истероидный, конформный, возбудимый и др. типы), своеобразие поведенческих реакций в подростковом возрасте: протеста, группирования, эмансипации, имитации и другие особенности подросткового периода.

2. Выявлено, что характерными признаками аддиктивных расстройств при употреблении ПАВ является доминирование дистимично-дисфорической симптоматики со сверхценной идеей — нахождения в «особом состоянии», желанием общения с лицами соответствующей среды. Клинико-динамическими особенностями можно считать преобладание высокого уровня личностной и ситуационной тревожности со сверхценной идеей употребления ПАВ, с нарушением возможности контроля дозы наркотического вещества и своего поведения в целом. Характерными были явления тревожно-депрессивного спектра, черты эмоциональной неустойчивости (в виде повышенной раздражительности), формальность суждений, нередко декларативное признание своей вины и показное раскаяние. В клинической динамике данных расстройств выделялись две стадии: субкомпенсированная и некомпенсированная:

первая — «условно контролируемая», характеризующаяся формальной упорядоченностью поведения (критической оценкой) с прогностически возможным отказом от приёма ПАВ; вторая — неконтролируемая, при которой у индивида отсутствует сознание болезненного расстройства. Установлено, что в клиническом плане динамика симптомов аддиктивного поведения имеет высокую корреляцию со специфическими мотивами употребления ПАВ (коммуникативные, гедонистические, компульсивные).

3. Идентифицированы биологические, психологические и психосоциальные причины возникновения аддиктивных расстройств при употреблении ПАВ, которые ранжированы по интенсивности воздействия на predisponирующие, способствующие и поддерживающие, а также на общие и специфические. Predisponирующими факторами являлись подростково-молодой возраст, неблагополучная наследственность, экзистенциальный вакуум, отсутствие цели и смысла в жизни, высокая склонность к аддиктивному поведению и наличие делинквентного потенциала. Способствующими факторами были: синдром дефицита внимания, гиперактивность в анамнезе, слабость фрустрационной переносимости, более выраженная компроментация коммуникативной сферы по сравнению с эмоционально-волевой и интеллектуальной; доминирование среди личностных особенностей черт беззаботности, импульсивности, спонтанности в поведении, неуверенности в себе, в соединении с отсутствием самоанализа, конфликтные ситуа-

ции с родными или близкими. Поддерживающими факторами были наличие черт акцентуации неустойчивого, истероидного, конформного, возбудимого и других типов; невозможность достижения желаемого положения в обществе; нарушение социальных связей; снижение самооценки и субъективное стремление повышения путем принятия ПАВ; примитивность жизненных целей и запросов; низкий уровень моральных критериев.

4. Решение вопросов помощи при аддиктивных расстройствах у подростков и молодежи, принимающих ПАВ, характеризовались психологическими и психопрофилактическими мероприятиями, которые должны быть направлены на биосоциальные, личностные и поведенческие факторы риска, а также необходимостью осуществления возможного контроля за поведением данных лиц в группах риска, характеризующихся импульсивностью поведения; неадекватностью самооценки; плохой переносимостью фрустрации; нарушением адаптации и др. Психотерапевтическими мишенями должны быть аффективные, когнитивные, волевые и поведенческие функции аддикта. Выявленные особенности этиопатогенетических, патопсихологических и психопатологических характеристик аддиктивного поведения подростков и молодых лиц, принимающих ПАВ, позволяют более профессионально подходить к раннему субклиническому периоду выявления данной категории и оказания им своевременной квалифицированной медико-социальной помощи.

Література

1. Бірюк О. О. Профілактика і корекція девіантної поведінки [Текст] / О. О. Бірюк // 36. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ. – 2011. – Т. XIII; Ч. 5. – С. 23–33.
2. Руководство по аддиктологии [Текст] / под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
3. Менделевич В. Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка [Текст] / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2010. – №5. – С. 94–100.
4. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии [Текст] / В. Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – №3. – С. 21–27.
5. Руководство по аддиктологии [Текст] / под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 786 с.
6. Kumpfer L. Drug Abuse Prevention: tools and Programs [Text] / L. Kumpfer, R. Aivarado, P. Smith // Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations / P. H. Coombs. – London, 2005. – P. 467–486.
7. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов [Текст] / Д. Н. Исаев. – 3-е изд. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 463 с.; С. 384, 390.
8. Пшук Є. Я. Особливості комунікативних копінг-ресурсів хворих на алкогольну залежність [Текст] / Є. Я. Пшук, М. В. Маркова // Мед. психологія. – 2009. – Т. 4; № 2–3. – С. 205–208.
9. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие [Текст] / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
10. Вієвський А. М. Дослідження уявлень дітей та підлітків щодо вживання психоактивних речовин як основа заходів цільової психопрофілактики [Текст] / А. М. Вієвський // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18. – № 1. – С. 81–86.

АДДИКТИВНІ РОЗЛАДИ І ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА МОЛОДОГО ВІКУ

С. І. Табачников¹, Є. М. Харченко¹, Т. В. Синицька¹, А. М. Чепурна¹, О. В. Чернушов², О. В. Вороніна¹, О. В. Кіосєва¹

¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

²Миколаївська обласна психіатрична лікарня №1

Проведено дослідження аддиктивної поведінки 1400 підлітків, 170 з яких, приймали психоактивні речовини на ранніх етапах. Виявлено патохарактерологічні та

ADDICTIVE DISORDERS AND FORMING DEPENDENT CONDITIONS CAUSED BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE PERSONS ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS

S. I. Tabachnikov¹, E. N. Kharchenko¹, T. V. Sinitzka¹, A. N. Chepurna¹, O. V. Chernushov², O. V. Voronina¹, O. V. Kioseva¹

¹Ukrainian research Institute of social and judicial psychiatry and narcology of Ministry of health of Ukraine

²Mykolaiv regional psychiatric hospital №1

A study was conducted on addictive behaviors of 1400 adolescents, 170 of which took psychoactive substances in the earlier period. Patocharacterological and psycho-

психопатологічні особливості адиктивної поведінки, а також принципи формування залежного стану.

Ключові слова: аддиктивна поведінка, психоактивні речовини, підлітки, формування залежних станів.

pathological characteristics of addictive behavior and principles of formation dependent conditions were revealed in the study.

Key words: addictive behavior, psychoactive substances, adolescents, formation dependent conditions.

УДК: 159.9-942.2-944-9.07:616.12-084



FEATURES OF SOCIAL DYSFUNCTION IN STUDENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE, AND PRINCIPLES OF PSYCHOCORRECTION

T. A. Aliieva

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. Persons with CHD are characterized by basic social dysfunction: high levels of reactive anxiety, neurotic and emotionally labile profiles, unstable motivation to success, the presence of destructive psychological defense mechanisms in the presence of stress, such as "Suppression", "Compensation" and "Rationalization"; intersubjective relationship to disease ("Sensitivity" and "Self-centered"); reduced physical component of quality of life, namely indicators of physical functioning general health. Students with SVD CSS disorders obtain a high level of reactive anxiety and trait anxiety, and depressive symptoms; profiles of spontaneous aggression, depression, irritability and poor balance, stability of the low motivation to succeed, the presence of destructive mechanisms to protect the type of "regression", "Replacement" and "Denial"; observed intrapsychic orientation relationship to disease ("Anxiety", "hypochondriac" and "neurotic"); reduced mental health component (mental health, role functioning due to emotional state, vital activity and the physical component of quality of life (physical functioning and role functioning due to physical condition. The findings of the factor analysis were formed by two types of social dysfunction in patients with CHD and one common one for individuals with SVD CVS, "Reactive-the sensitive" type of social dysfunction in individuals with "white" heart defects, "Reactive-self-centered" type of NSF in patients with "blue" heart defects, "Rigid-fixation" in patients with SVD CVS.

Keywords: congenital heart disease, somatoform autonomic dysfunction, social dysfunction, individually-typological features, social integration, quality of life, psychological correction, psyches educational training.

The urgency the study

Cardiovascular disease (CVD), including congenital heart disease (CHD) still continue to be one of the most important medical and social problems due to their frequency and the adverse effects that lead to disability and even death [1–4]. Congenital heart defects are among the most serious and common birth defects. Comorbidity of mental disorders with CHD is one of the major health problems in the European region and the world, in terms of prevalence, severity of disease and disability [5]. Therefore, the problem of health in young people named as one of the priorities of the WHO in the XXI century [6].

The negative trend of deteriorating health of young people enrolled in higher education institutions (HEI) are due to medical and social, psychological and other factors [7].

Pay special attention to himself category of persons enrolled in institutions of higher learning and have an innate pathology of the cardiovascular system, which in turn provides the status of the disabled. Deterioration of physical and mental health of people with CHD, stated in the recent reduction in stress and cognitive functions is the subject of special attention of researchers [8]. Increased psycho-emotional stressors of the

environment is the determining factor in this situation [9–10].

Acquires the continued relevance of research foundations pathopsychological social dysfunction (PSF) of the students with CHD, primarily due to the load of the first year of training and conditions of information and emotional stress, significant mental and physical stress [11].

All this makes it necessary to pay attention to comprehensive treatment methods, taking into account the factors that contribute to the PSF in individuals with the Air Force, psychological methods of correction and prevention of reduced quality of life. What matters most is the search for new effective pathogenetic methods of psychological correction in young people with the Air Force in connection with the possibility of a significant positive impact on quality of life, hard work, the level of social functioning and facilitate the further course of diseases of the cardiovascular system.

The foregoing and led to the relevance and necessity of this research.

The purpose of research — based on the study of medical and psychological factors PSF develop a differentiated model of psychological correction PSF persons with CHD to improve the quality of life and optimize the level of social functioning.

According to the aim sought to define the tasks of research:

1. Determine the status of the emotional sphere in patients with CHD.
2. To investigate the individual psychological characteristics of patients with CHD.
3. Determine the level of social adjustment and quality of life in patients with congenital heart disease.
4. Classify the types of social dysfunction in individuals with congenital heart disease.
5. Develop, implement a model of psychological correction of disorders of social functioning in individuals with congenital heart disease and to evaluate its effectiveness.

Research methods

In the course of the thesis used a set of theoretical (theoretical and methodological analysis of the problem, organize scientific literature, comparison and integration of data), empirical (observation, standardized interviews, psychodiagnostic methods) and mathematical-statistical (t-Student test, λ -Kolmogorov criterion Smirnov, ϕ — Fisher, Spearman's correlation coefficient) methods.

Organization and database research. The study was conducted during 2010-2013. HPU in «Kharkiv City Hospital Student», which was attended by students with special needs with congenital heart disease (CHD) and students from somatoform vegetative dysfunction of the cardiovascular system (SVD CVS). The study involved 153 students who are studying in higher education: 78 students from the GCC, with congenital heart disease and 75 students from SVD CCC.

The results of the study

When informed consent in compliance with the principles of bioethics and ethics During 2010–2013. The study included students from the GCC, who are studying in higher education institutions. Kharkov. Of 153 people surveyed 78 students with congenital heart disease group (47 — 1 intervention group and 31 people — the control group 1), in the comparison group included 75 students from somatoform autonomic dysfunction without disability, of which 45 people — formed the intervention group 2 and 30 — control group 2.

In turn, the intervention group 1 was divided into two subgroups: subgroup with the «blue» heart defects included 17 people, and in the subgroup with «white» heart defects — 30 people.

First, in the study group were analyzed complaints. Individuals likely to occur Force application, namely on the overall health status of a feeling of fatigue and total 93.58 % 92.31 % to weakness; complaints concerning the adherence of the day, as a feeling of congestion in 89.74 % and insufficient rest in 88.46 % and relative complications learning 61.53 %. In patients with SVD CVS significantly more frequent complaints about the general state of health 96.00 %, headache — to 97.33 %, a sleep disorder — 69.33 %, poor appetite — to 76.00 %, pain in the heart — 64.00 %, reduced emotional background (in a bad mood, frequent mood swings) in 94.67 % and 93.33 % decrease in efficiency;

relative difficulty in learning the selected faculty — at 86.67 %, the level of achievement in school — in 81.33%; interpersonal relationships in the form of conflict — in 85.33 %, and poor relations in the team in 68.00 % and in the family — at 84.00 %.

Analyzing the complaints presented by the persons with CHD, it was clear that they were concerned the failure to overcome the difficulties and manage their physical strength to conduct an effective learning process. This, in turn, leads to lower levels of efficiency, a sense of fatigue and weakness.

Psychodiagnostic study showed that people with «white» heart defects is characterized by: high rates of reactive anxiety in 33.33 %, a moderate level of 76.67 % in the personal anxiety and easy depressive symptoms in 56.67 %. Whereas those with «blue» heart defects significantly more frequent high reactive anxiety (70.59%, with $p < 0.01$) and reactive anxiety (52.94 %, with $p < 0.01$), mild depression was observed in 41.18%. State of emotional sphere in patients with SVD CCC significantly different from the intervention group 1: a high level of RT in 86.67 % (with $p < 0.05$), personal anxiety in 66.66 % (with $p < 0.01$) and a moderate level of depression to 62.22 % (with $p < 0.05$).

For individual psychological characteristics in patients treated with CHD: a personal profile of the maximum values must scale «emotional lability» (8.41 ± 1.07 and 8.34 ± 1.45) and «neuroticism» (7.82 ± 0.94 and 7.64 ± 0.91); overcome stress situations is the dominant destructive defense mechanisms (MOH): «Compensation» (93.40 ± 2.76) and «oppression» (94.9 ± 3.81) for people with «white» heart defects, «rationalization» (94.30 ± 3.05) — with the «blue» heart defects; expressive motivation for avoiding failure in 48.93 % patients with «blue» heart defects she met significantly more frequently — in 70.58 % (12 people); expressive interpsychic focus of his illness, where people with «white» heart defects reliably characteristic «the sensitive» type, and for those with «blue» heart defects — «self-centered» model.

For persons with SVD CVS were characterized by: a significant peaks on the scales «spontaneous aggression» (8.52 ± 1.06), «depression» (8.11 ± 0.84), «irritability» (7.83 ± 0.97); leading types protection mechanism «regression» (91.30 ± 3.27), «denial» (88.60 ± 3.71) and «substitution» (89.70 ± 3.64); degree of motivational orientation to the avoidance of high-level failures in 80.00 %; intrapsychic focus of his illness «hypochondriac» type — in 82.22 %, «alarm» and «neurotic» type — in 80.00 %.

Subjective assessment of the quality of life is low, most patients are dissatisfied with CHD physical condition, namely, reduced rates of physical functioning (PF- 34.70 ± 2.52) and general health (GH- 36.30 ± 2.17). Whereas patients with SVD CVS reduced the physical component of health: physical functioning (28.34 ± 2.67) and role functioning, mediated by the physical state (31.69 ± 2.06); and the psychological component of health: mental health (23.64 ± 1.98), role functioning mediated emotional state (26.49 ± 1.72) and vital activity (32.74 ± 2.19).

Indicators of social adaptation were reduced in the scales: «self-perception» (9.01 ± 1.45), «internality» (8.94 ± 1.57) and «emotional comfort» (6.16 ± 1.20). Ambivalent attitude toward themselves and the circumstances in patients with CHD are key in violation of social adaptation. For persons with SVD CVS high rates of «escapism» (19.5 ± 2.27) and low — «to take other» (9.60 ± 1.34) «internality» (11.50 ± 2.12) and «emotional comfort» (8.30 ± 2.06).

As a consequence of the study was a comparison of individual psychological properties of individual groups of intervention.

The emphasis in the intervention groups 1 and 2, are worthy of high emotional state destabilization, motivational orientation on the avoidance of failures and disharmonious type of attitude to the disease. High rates of reactive anxiety and avoidance motivation inherent failures as people with «white» handicapped and persons with «blue» heart defects. It characterizes the intervention group 1 as «affective-reactive.» Certain expressive stress levels, which determines the degree of a person with CHD, is launching an emotional response in the form of destructive anxiety, which does not allow the adaptation of domestic resource mobilization, which in turn leads to a negative result, followed by a feeling of exhaustion and fixation motivation for avoiding failure. For students from SVD CVS also characteristic high reactive anxiety and motivation of avoiding failure. However, the reason for increasing the level of these indicators lies in their individual psychological qualities. Also there is a difference in the expression of the type of attitude to the disease and the mechanisms of protection of individuals with «white» and «blue» heart defects. For 92.20 % of those with «white» shortcomings inherent in «the sensitive» type of attitude to the disease, and the leading mechanism of protection is the «oppression» and «compensation». For those with a «blue» defects in 82.40 % expressive «self-centered» type of attitude to the disease with the Ministry of Health of the type «rationalization».

In the future, was conducted factor analysis, which allowed us to determine the leading factors of social dysfunction (PSF) in patients with CHD. 6 output on the relationship of measured social dysfunction in patients with VVS using factor analysis revealed two actions of latent variables (factors).

For those with «white» Sun were singled out two factors after Viramaks turn. By a factor of 1, the maximum loads are interchangeable №1 (reactive anxiety) and №2 (motivation for avoiding failure). This «cognitive model of anxiety», formed on the emotional experiences, has some irrational cognitive setting expectations danger motivational focus on avoiding failure. The second factor with a maximum load variables №3 («the sensitive» type of attitude to the disease), №5 («depression») and №6 («compensation») formed a maladaptive pattern relevant to the circumstances. Any problem that arises in the somatic condition (deterioration of the cardiovascular system, mood, fatigue, sleep disturbance, etc.) with the help of the Ministry of Health in an «oppression» is leveled, as the main

cause of failure in the social and educational activities for the opinion people with «white» sun is the status of «disabled since childhood.» Therefore especially important for them to «hide» the presence of the disease and choose a model of behavior in the form of «neglect» of the disease. In general, these two factors form a certain type of social dysfunction in people with «white» heart defects — «reactive-aware.»

Those with «blue» Sun Viramaks-turnover factor 1 (F1) maximum load have replaceable №1 (reactive anxiety) and №2 (trait anxiety) and №3 (motivation for avoiding failure). Formed a «cognitive model of anxiety» that is, the reaction in the form of anxiety, which is characteristic of any severity stress situation. This in turn leads to the depletion of resources human personality. Constant anxiety, which is supported by a high level of personal anxiety in the form of constant expectation of failures in its work, family conflicts or illness of a family member, the deterioration of his health, etc. But, in contrast to those with «white» HD in persons with «blue» HD there are certain differences in the other factor (F2), where the maximum loads are interchangeable «self-centered» type of attitude to the disease and the municipality «rationalization». In this case, the disease is a means of achieving the result, and the mechanism of protection helps to reduce the personal significance of the disease, as a measure of disability and the associated status «disabled since childhood.» According to the analyzes of the factors of a particular type of PSF in persons with «blue» sun — «reactive self-centered.»

In patients with SVD CVS Viramaks after turnover by a factor of 1 maximum loads are interchangeable № 1 (high levels of depression) and №2 (trait anxiety) and №3 (scale «depression»). This factor combines state of emotional sphere and typological characteristics, which may precede the psychological and emotional reactions of the individual. Factor 2 variables are №4 («alarming» type of attitude to the disease), №5 («hypochondriac» type of attitude to the disease), №6 («negation») № 7 («replacement»). This factor reflects the strategy of behavior of people with SVD CCC, which is passive - avoidant style. Joint analysis of the data obtained in the group with SVD CVS was received «rigid-fixation» type of social dysfunction, which is characterized, on the one hand, the monotony of the emotional response to the stress of the situation (in the form of swelling reactive anxiety), and on the other hand, unconscious tendency to preserve the proven model of behavior, which, in their opinion is a positive experience (the use of disease). The analysis showed that individuals do not pass the first stage adaptation - mobilization.

In the process, the following methods were used correction: play therapy, art therapy (compilation of stories, music therapy, projective drawings), behavioral therapy (a method of systematic desensitization, the elements of the imago method and psychodrama), rational therapy.

Basic psychocorrectional program included: a psychoeducational work, group and individual

sessions, which were implemented graded and consisted of differentiated power units:

1. Block «psychoeducational program» is gradually implementing a system of information and psycho influence. Aimed at psychocorrection social dysfunction and preservation of mental health in individuals with the Air Force and SVD CVS who are studying in higher education institutions. The main task of this unit: an adequate understanding of the disease (depending on nosology), the definition of the basic principles of preservation of mental health of individuals, working out consistently high level of quality of life.

2. «Stabilization of psycho-emotional state» is associated with improvement of the state of the emotional sphere, by reducing the level of anxiety and depression, mining models constructive response to stress, a critical assessment of the situation and restore the transaction in the «man-environment», the duration of the course 4 lessons.

3. «Training of personal growth» differentiated depending on the type of social dysfunction in the group with CHD and those with SVD CVS. Thus were formed three subgroups for psychocorrectional intervention.

The «short» course «Formation of skills of organization activities» aimed at learning the organization of its activities, included persons who

had «reactive-aware» type of PSF. Course Duration 3 lessons

In the «full» course «of forming a type of response to stress situations» includes a person with a «reactive self-centered» type of PSF. Course duration 5 lessons aimed at strengthening the skills and principles of organization of life adjustments.

For a group of students from SVD CVS was formed course «Work with personal resources» aimed at working with personal qualities, for the formation of self-esteem and critical evaluation of others and lasted for 6 sessions

4. Block «Testing of socio-adapted life skills» is aimed at the creation of new patterns of behavior, consolidation of acquired skills. «Full» course, which continued to face a «reactive self-centered» and «rigid-fixation» type, aimed at consolidating the acquired skills in improving the quality of life, development of skills of organization of life. Course Duration 3 lessons.

Thus, psycho events in the group with CHD focused on social learning activities, such as: the ability to allocate time between exercise and rest, adaptively respond to stressful situations, to control their emotional state. Whereas in the group of students with SVD CVS psychocorrection aimed at testing of individual behavioral characteristics.

References

1. Prince M. No health without mental health [Text] / M. Prince, V. Patel, S. Saxena et al. // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 859 – 877.
2. Birkenhager W. H. Psychosomatic sequelae of hypertension labelling [Text] / W. H. Birkenhager // J. Hypertens. – 2003. – Vol. 21, № 7. – P. 1235 – 1236.
3. Ware J. Overview of the SF-36 Health Survey and the International anality of Life Assessment (JQOLA)/ J. Ware, B. Gandek // Projekt J. Clin. Epidemiology. – 2011. – Vol. 11. – P. 903 – 912.
4. Сенаторови А. С. Современное состояние вопроса диагностики и лечения детей раннего возраста с сердечной недостаточностью [Текст] / А. С. Сенаторови, И. М. Галдина // Современная педиатрия. – 2012. – № 2. – С. 41 – 46.
5. Ebrahim S. Fixed-dose combination therapy for the prevention of cardiovascular disease [Text] / Ebrahim S. / A. N. de Cates; M. R. Farr; N. Wright; M. C. Jarvis; K. Rees; S. Ebrahim; M. D. Huffman // Cochrane Database Syst Rev. – 2014. – P. CD009868
6. Марута Н. О. Клініко психопатологічні і патопсихологічні закономірності формування дистонії [Текст] / Н. О. Марута, Ю. М. Завалко // Укр. вісн. психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 1(54). – С. 23 – 25.
7. Шевченко Н. Ф. Розвиток емоційно-вольової саморегуляції студентів в умовах вищого навчального закладу станів [Текст] / Н. Ф. Шевченко // Педагогічні науки: теорія історія, інноваційні технології. – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка. – 2010. – № 3(1). – С. 270–280.
8. Маркова М. В. До питання впливу неспихотичних психічних розладів, коморбідних з хворобами системи кровообігу, на їх перебіг (на моделі артеріальної гіпертензії та невротичних розладів) [Текст] / М. В. Маркова, Є. М. Харченко, Н. М. Степанова [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 5, вип. 1. – С. 205.
9. Висковатова Т. П. Психология успешности личности в бизнесе: [монография] / Т. П. Висковатова, Т. П. Чернявская. – Одесса: Астропринт, 2010. – 286 с.
10. Mykhaylov B. Contemporary psychotherapeutic care in Ukraine [Text] / B. Mykhaylov // PostersP-1160. The Journal of the European Psychiatric Association. 20th European Congress of Psychiatry. 3-6 March. 2012. Prague. Czech Republik).
11. Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students / Dale J. Terasaki, Bizu S Gelaye, Yemane Berhane [et. al.] // BMC Public Health. – 2009. – 9:13. – P. 1–25.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ В ОСІБ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ ТА ПРИНЦИПИ ЇХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

Т.А. Алієва

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Для осіб з ВВС характерні базові ПСФ: високі показники РТ, невротичний та емоційно-лабільний профілі, нестійка мотивація до успіху, наявність деструктивних механізмів психологічного захисту при наявності стресу, такі як «пригнічення»,

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ПРИНЦИПЫ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРЕКЦИИ

Т.А. Алиева

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Для лиц с ВПС характерны базовые НСФ: высокие показатели реактивной тревоги, невротический и эмоционально-лабильный профили, неустойчивая мотивация к успеху, наличие деструктивных

«компенсація» та «раціоналізація»; інтерпсихічна спрямованість ставлення до хвороби («сенситивний» та «еґоцентричний» типи); знижений фізичний компонент якості життя. За допомогою отриманих результатів факторного аналізу були сформовані два типи порушення соціального функціонування в осіб з ВВС і один загальний для осіб з СВД ССС: «реактивно-сенситивний» тип ПСФ у осіб з «білими» ВС; «реактивно-еґоцентричний» тип ПСФ у осіб з «синіми» ВС; «ригідно-фіксаційний» у осіб з СВД ССС. Сформовані блоки психокорекційної програми для осіб з ПСФ, науково обґрунтована, розроблена і впроваджена в практику система психокорекції осіб з ВВС та СВД ССС, ефективність застосування якої підтверджена даними психодіагностичного дослідження.

Ключові слова: вроджені вади серця, соматоформна вегетативна дисфункція, порушення соціального функціонування, індивідуально-типологічні властивості, соціальна адаптація, якість життя, психокорекція, психоосвітня робота, тренінг.

механизмов психологической защиты при наличии стресса, таких как «подавление», «компенсация» и «рационализация»; интерпсихическая направленность отношения к болезни («сенситивный» и «эгоцентричный»); сниженный физический компонент качества жизни. С помощью результатов факторного анализа были сформированы два типа нарушения социального функционирования у лиц с ВПС и один общий для лиц с СВД ССС: «реактивно-сенситивный» тип НСФ у лиц с «белыми» ПС; «реактивно-эгоцентричный» тип НСФ у лиц с «синими» ПС; «ригидный-фиксационный» у лиц с СВД ССС. Сформированы блоки психокоррекционной программы для лиц с НСФ, научно обоснована, разработана и внедрена в практику система психокоррекции лиц с ВПС и СВД ССС, эффективность применения которой подтверждена данными психодиагностического исследования.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, соматоформная вегетативная дисфункция, нарушение социального функционирования, индивидуально-типологические свойства, социальная адаптация, качество жизни, психокоррекция, психообразовательная работа, тренинг.

УДК 616.89:614.2(477)



СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХОТЕРАПІЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Б. В. Михайлов

Харківська медична академія післядипломної освіти

Анотація. У статті подано огляд сучасного стану психотерапевтичної та медико-психологічної служби в системі надання медичної допомоги населенню України. Наведені деякі статистичні дані та діючі нормативні документи, які регламентують функціонування цієї служби. Розглянуто питання, які стосуються оптимізації перспектив розвитку психотерапевтичної та медико-психологічної служби України.

Ключові слова: психотерапія, медична психологія, стан, розвиток.

Вступ

У 2006 р. на нараді ВООЗ в Гельсінкі Україна приєдналася до Європейської декларації охорони психічного здоров'я і Європейського плану дій [1, 2]. Це суттєво підвищує значущість медико-психологічної і служби в системі охорони здоров'я України.

Європейським планом дій з охорони психічного здоров'я, до якого Україна приєдналася в 2005 р. на Конгресі ВООЗ в Гельсінкі передбачено:

«Забезпечити надання послуг у галузі охорони психічного здоров'я з урахуванням вікових та гендерних особливостей службами первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованими установами, що функціонують у рамках єдиної мережі.

Забезпечити доступ до психотропних препаратів і простим психотерапевтичним процедурам на рівні первинної медико-санітарної допомоги при найбільш поширених, а також важких психічних розладах, особливо щодо осіб з три-

валими і стабільними психічними розладами, які проживають в даній громаді.

Надавати за місцем проживання комплексну та ефективну лікувальну допомогу (включаючи психотерапію та медикаментозне лікування) з найменшими побічними ефектами, особливо коли мова йде про молодих людей, у яких вперше розвилася проблема психічного здоров'я».

Мета дослідження

В цьому сенсі істотно зростає роль психотерапії та медичної психології як у загальній системі надання медичної допомоги населенню, так і в її спеціалізованій ланці — соціально-орієнтованій психіатричній допомозі. У структурі загальносоматичної мережі психокорекція та психотерапія повинні застосовуватися як основний метод у лікуванні таких розповсюджених патологічних станів, як психосоматичні захворювання, невротичні та депресивні розлади, які перебігають під «маскою» соматичних захворювань [1, 2].

Матеріали і методи дослідження

У спеціалізованій психіатричній мережі психокорекція і психотерапія є єдиними засобами психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади для відновлення рівня їх соціального функціонування і підвищення якості життя [3].

Результати дослідження та їх обговорення

Становлення психотерапевтичної служби в Україні, як і у колишньому СРСР в цілому, розпочалося з відкриття у 1962 р. першої в світі кафедри психотерапії в Українському інституті удосконалення лікарів (зараз ХМАПО). Згідно з Наказом МОЗ СРСР №750 від 31.05.1985 року психотерапія була включена як самостійна галузь медицини до номенклатури лікарських спеціальностей [4].

На сьогодні в Україні психотерапія і медична психологія належать до медичних спеціальностей. Як відповідні медичні спеціальності «Психотерапія» і «Медична психологія» числяться у «Номенклатурі лікарських спеціальностей», затвердженій наказом МОЗ України від 19.12.1997 р. №359, а посада «лікар-психолог» введена наказом МОЗ України від 19.12.1997 р. №360. Підготовка кадрів психотерапевтів проводиться шляхом спеціалізації за фахом «Психотерапія» осіб, які у порядку, передбаченому наказом МОЗ від 25.12.1992 р. № 195, допущені до лікарської діяльності за програмою, розробленою авторським колективом під керівництвом кафедри психотерапії ХМАПО, затвердженою МОЗ України. Після закінчення курсів спеціалізації проводиться атестація з присвоєнням кваліфікації «лікар-спеціаліст» за означеною спеціальністю (наказ МОЗ від 19.12.1997 р. №359) [5].

Спеціальність «Медична психологія» була введена до переліку напрямів і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями, постановою КМ України від 24.06.1997 р. Наказами МОЗ України від 19.12.1997 р. №359 «Про подальше вдосконалення атестації лікарів» та № 360 «Про внесення доповнень до Переліку лікарських посад у закладах охорони здоров'я» були введені спеціальність «Медична психологія» та лікарська посада «лікар-психолог».

Спеціалізація з медичної психології осіб з базовою психологічною освітою у медичних закладах та факультетах післядипломної освіти в Україні скасована, натомість введена підготовка лікарів-психологів, яку здійснюють три вищих медичних навчальних заклади: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Буковинський державний медичний університет.

Спеціальність «Медична психологія» внесена до переліку первинних спеціалізацій в інтернатурі згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2005 р. №81 (термін навчання становить 1 рік).

Відповідно до наказу МОЗ України від 24.04.2008 р. №230 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 07.12.1998 р. №346» можливість проходження спеціалізації з медичної психології

передбачена для лікарів, які закінчили інтернатуру за однією зі спеціальностей «Лікувальна справа» або «Педіатрія».

Наказом МОЗ України від 12.03.2008 р. №122 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №33» передбачено у всіх додатках Наказу назву посади «психолог» замінити на назву «лікар-психолог» або «практичний психолог» залежно від профілю закладу та його функцій.

Діяльність психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів регламентується Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. №199, що зареєстрований Міністерством юстиції за №577/15268 від 03.07.2008 р. [6] і визначає сферу їх компетенції, а саме:

6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах: визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація); психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психофізичного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога: діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний.

В умовах реформування галузі Охорони здоров'я має бути передбачений рівневий принцип організації допомоги.

На первинному рівні має бути проведена підготовка лікарів загальної практики — сімейної медицини — навичкам скрінінгового виявлення хворих на невротичні та соматоформні розлади і психосоматичні розлади з психоемоційними порушеннями для направлення в лікувально-профілактичні заклади вторинного рівня.

У загальносоматичній мережі.

На вторинному рівні:

—лікарня інтенсивного лікування — має бути створений кабінет лікаря-психолога/практичного психолога; контингент — хворі на гострі соматичні стани, у яких сформувалися вторинні психічні розлади: гострі реакції на стрес, депресивні, невротичні стани, тощо;

—лікарня планового лікування — має бути створено психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога; контингент — хворі на соматичні

захворювання у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання, тощо;

–лікарня відновного лікування — мають бути створені психотерапевтичні відділення, кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога; контингент — хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання, тощо;

–багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування — має бути створений кабінет лікаря-психолога/практичного-психолога; контингент — невротичні розлади дитячого віку.

Методи, які вживають лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на вторинному рівні:

- 1) раціональної психотерапії;
- 2) сімейної психотерапії;
- 3) сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- 4) тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій та інші);
- 5) арт-терапії.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію — атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

До реалізації методів, перелічених в п.п. 1, 2, 4, 5 можуть залучатися практичні психологи.

На третинному рівні:

–обласна лікарня (обласна дитяча лікарня) мають бути створені психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення; контингент — хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання;

–медико-психологічний центр — мають бути створені психотерапевтичні відділення, кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога. Контингент — хворі на розлади психіки і поведінки, за виключенням гострих психотичних станів, хворі на вегето-судинну дистонію, психосоматичні захворювання.

–клініки науково-дослідних інститутів — мають бути створені психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога; контингент — хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися ко-

морбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання.

Мають бути створені кабінети лікаря-психолога, практичного психолога, кабінет лікаря-психотерапевта.

Методи, які вживають лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні:

- 1) раціональної психотерапії;
- 2) сімейної психотерапії;
- 3) сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- 4) тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій та інші);
- 5) арт-терапії;
- 6) когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
- 7) психотерапії психодинамічного напрямку;
- 8) групової психотерапії, як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

До реалізації методів, перелічених в п.п. 1, 2, 4, 5, 6, 8, можуть залучатися практичні психологи. Лікарі також використовують сполучену фармакотерапію — атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

Спеціалізована психіатрична допомога. Обласна психіатрична (психоневрологічна) лікарня. Контингент — хворі на гострі розлади психіки і поведінки. Мають бути створені кабінети лікаря-психолога, практичного психолога, кабінет лікаря-психотерапевта.

Методи, які вживають лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні в структурі спеціалізованої психотерапевтичної допомоги:

- 1) раціональної психотерапії;
- 2) сімейної психотерапії;
- 3) сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- 4) тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій та інші);
- 5) арт-терапії;
- 6) когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
- 7) психотерапії психодинамічного напрямку;
- 8) групової психотерапії, як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

Сполучена фармакотерапія. До реалізації методів, перелічених в п.п. 1, 2, 4, 5, 6, 8, можуть залучатися практичні психологи.

Така організація допоможе суттєво підвищити рівень і якість надання медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню України.

Література

1. Європейська декларація з охорони психічного здоров'я. Проблеми та шляхи їх вирішення (Гельсінкі, 2005) [Текст] // Психічне здоров'я / Mental Health. – 2004. – №4 (5). – С. 4–9.
2. Європейський план дій з охорони психічного здоров'я. Проблеми та шляхи їх вирішення (Гельсінкі, 2005) [Текст] // Психічне здоров'я / Mental Health. – 2005. – №1 (6). – С. 9–17.

3. Михайлов Б. В. Психотерапія: учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации [Текст] / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Вітенко, В. В. Чугунов. – Х.: Око, 2002. – 768 с.
4. Михайлов Б. В. Исторические вехи организации и становления кафедры психотерапии ХМАПО от первых изысканий до современности [Текст]

/ Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, А. В. Бессмертный // Міждисциплінарний наук.-практ. журнал «Психічне здоров'я». – 2013. – №3 (40). – С. 94–99.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.12.97 р. № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів (із змінами, внесеними згідно з На-

казами МОЗ)» зареєстровано в Міністерстві юстиції України м. Київ за № 14/2454 від 14 січня 1998 р.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» зареєстрований Міністерством юстиції м. Київ за № 577/15268 від 03.07.2008 р.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В УКРАИНЕ

Б. В. Михайлов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье дан обзор современного состояния психотерапевтической и медико-психологической службы в системе оказания медицинской помощи населению Украины. Приведены некоторые статистические данные и действующие нормативные документы, регламентирующие функционирование этой службы. Рассмотрены вопросы, касающиеся оптимизации перспектив развития психотерапевтической и медико-психологической службы Украины.

Ключевые слова: психотерапия, медицинская психология, состояние, развитие.

CURRENT STATE AND PROSPECTS DEVELOPMENT OF PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY IN UKRAINE

B. V. Mikhailov

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The article provides an overview of the current state of psychological and medico-psychological service in the system of medical assistance to the population of Ukraine. Some statistics and current normative documents regulating the operation of the service are given. The issues relating to the optimization of the development prospects of psychological, medical and psychological services are considered.

Key words: psychotherapy, medical psychology, state, development.

УДК 616.89-008.44-055.1:796.894



АДДИКЦИЯ УПРАЖНЕНИЙ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У МУЖЧИН, РЕГУЛЯРНО ПОДВЕРГАЮЩИХ СЕБЯ ИНТЕНСИВНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ В ФОРМЕ БОДИБИЛДИНГА

В. И. Пономарёв

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Рассматривается проблема связи аддикции упражнений с выраженностью эмоционального неблагополучия у мужчин, регулярно подвергающим себя интенсивным физическим нагрузкам. Приводятся данные эмпирического исследования выраженности аддиктивного поведения, связанного с физической активностью мужчин, занимающихся бодибилдингом более 1 года. Также приводятся данные исследования связи аддикции и симптомов депрессии и тревоги. Данные экспериментальной группы сравниваются с данными контрольной группы лиц, занимающихся бодибилдингом, но не имеющих признаков аддикции упражнений. Делается вывод о более высоких показателях эмоционального неблагополучия в экспериментальной группе по сравнению с контрольной.

Ключевые слова: нехимическая зависимость, аддикция упражнений, депрессия, мужчины, бодибилдинг.

Введение

Изучение нехимических форм аддиктивного поведения личности, причинно связанных с физической активностью, является актуальной исследовательской задачей. Это связано, прежде всего, с тем, что долгое время профессиональный спорт и интенсивные физические тренировки, проводимые не на профессиональной основе, считались просоциальной активностью

и рассматривались как альтернатива деструктивному аддиктивному поведению [1]. Изучение аддиктивного поведения, связанного с физической активностью, актуально также потому, что у спортивных аддиктов существует повышенный риск развития химической зависимости [2], аффективных расстройств и расстройств пищевого поведения [3]. Например, в исследовании A. Yates с коллегами [3] было обнаружено, что

у гребцов, особенно женского пола, чаще, чем у других, бывают приступы тревоги/паники. Кроме того, 12,00 % бегунов, 14,00 % велосипедистов и 18,00 % гребцов имели расстройство пищевого поведения. Имеющиеся сведения о распространности аддикции, обусловленной физической активностью, в общей популяции противоречивы. В немногочисленных исследованиях, посвященных данной проблеме, содержится указание на то, что аддикция упражнений (АУ) чаще встречается среди лиц молодого и среднего возраста — среди спортсменов и людей, ведущих активный образ жизни. Как показали исследования по выявлению АУ среди студентов американских колледжей, она была обнаружена у 21,80 % студентов, тренировавшихся 360 мин и более в неделю [4]. С другой стороны, М. Griffiths с коллегами [5] сообщает, что в его исследовании 200 лиц, занимающихся спортом непрофессионально, выявлено лишь 3,00 % спортивных аддиктов. В исследовании К. Н. Ефременко [6] высокая вероятность развития АУ установлена у 30,00 % студентов, при этом, 90,00 % из этих 30,00 %, имели высокую спортивную квалификацию.

Анализ литературных источников показал, что на сегодняшний день исследования АУ не привели к ясности понимания самого феномена и не дали унифицированных средств его идентификации и измерения [1–9]. В определенной степени такое положение может быть объяснено как общими проблемами становления аддиктологии как науки [7], так и недостатком наших представлений о формировании нехимических аддикций, к которым относится АУ [8]. К сказанному можно добавить и отсутствие единства взглядов в отношении самого термина АУ. Несмотря на то, что термин «аддикция упражнений» впервые был упомянут Р. Baekeland [10] еще в 1970 году, стандартного и общепризнанного определения АУ до сих пор не существует, а все известные дефиниции являются дескриптивными. Наибольшее признание получило определение, предложенное D. Veale [11], согласно которому АУ описывается как многомерный малоадаптивный паттерн тренировок, приводящий к клинически значимому ухудшению или недомоганию, проявляющемуся в виде трех и более ниже перечисленных признаков:

–толерантность — потребность во все увеличивающемся количестве тренировок для достижения желаемого эффекта или ослабление эффекта прежнего объема тренировок;

–симптомы отмены (тревога, утомление), для устранения которых требуется привычный (или даже больший) объем физической нагрузки;

–эффекты намерения — когда человек выполняет более интенсивную или длительную физическую нагрузку, чем намеревался;

–потеря контроля — настойчивое желание или неудачные попытки снизить объем тренировок или взять их под контроль;

–время — очень много времени тратится на деятельность, необходимую для получения физической нагрузки;

–конфликт — сокращение важной деятельности, направленной на общение, работу или отдых, потому что она препятствует запланированному объему тренировок;

–продолжительность — тренировки продолжают, несмотря на знание о существовании физических или психологических проблем, которые были вызваны этими тренировками или усугублены ими.

Известна также дефиниция Н. А. Hausenblas, D. S. Downs [12], в которой АУ определена как «тяга к физической активности в свободное время, которая выражается в неконтролируемых, чрезмерных занятиях спортом и проявляется физиологическими и/или психологическими симптомами». Продолжает оставаться малоизученными и клиническая гетерогенность АУ, а также связь АУ с другими видами аддиктивного поведения. Хотя еще в исследовании D. Vale [13] установлена клиническая неоднородность АУ и выделены две её формы: первичная и вторичная. При первичной АУ сама физическая активность является объектом зависимости. Напротив, при вторичной аддикции неодолимая мотивация к физической активности связана с необходимостью уменьшить вес или изменить фигуру.

Все выше перечисленное, определило содержание и направленность настоящего исследования.

Цель исследования: изучение распространенности аддикции упражнений у мужчин, занимающихся бодибилдингом, а также частоты проявления в указанном контингенте расстройств аффективного спектра.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 73 мужчины, регулярно подвергающих себя интенсивным физическим нагрузкам в форме занятий бодибилдингом более 1 года. У 16 (21,91 %) из них были выявлены признаки АУ, соответствующие критериям D. Veale [11] (экспериментальная группа — ЭГ). Контрольную группу (КГ) составили 20 мужчин, регулярно занимающихся бодибилдингом более 1 года без признаков аддикции упражнений. Исследование проводилось в г. Харькове, в период с 2012 по 2014 год.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, методы математической статистики. Психические и поведенческие расстройства устанавливались на основании диагностических критериев МКБ-10 [14]. Наличие аддикции упражнений устанавливалось на основании критериев, предложенных D. Veale [11]. Объективизация АУ осуществлялась с помощью методики «Определения спортивного работоголизма» (Griffiths M. D., Szabo A., Terry A.) [5]. Выраженность аффективных проявлений (депрессивный аффект, физиологические проявления и психологические переживания, связанные с депрессивным аффектом) у испытуемых групп сравнения была изучена с помощью «Самооценочной шкалы депрессии В. Зунга» (Self-Rating Depression — SDS), адаптированной Т. Г. Рыбаковой, Т. Н. Балашовой, 1988) [15,16]. Для

обработки полученных данных применялась математическая программа SPSS.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинико-демографические показатели в группах сравнения представлены в табл. 1.

у 1(1,37 %) испытуемого — умеренный депрессивный эпизод без соматического синдрома (F32.10). Расстройства депрессивного спектра были установлены исключительно у лиц с АУ. В рамках экспериментальной группы легкий де-

Таблица 1

Клинико-демографические показатели в группах сравнения, %, $M \pm m$

Показатель	Группы сравнения	
	ЭГ, n=16	КГ, n=20
Пол		
Мужской	100,00	100,00
Средний возраст (лет)	28,40±2,10	34,20±2,36
Брачный статус на момент исследования		
Женат	56,25	80,00
Разведен	18,75	15,00
Вдовец	-	-
Женат никогда не был	25,00	5,00
Профессиональная деятельность		
Работники наемного труда предприятий разных форм собственности	87,50	40,00
Управленцы (владельцы бизнеса, топ-менеджеры и пр.)	12,50	60,00
Диагноз по критериям МКБ-10		
F32.0 (легкий депрессивный эпизод)	31,25	-
F32.10 (умеренный депрессивный эпизод без соматического синдрома)	6,25	-

Из табл. 1 следует, что изученный контингент лиц, подвергавших себя интенсивным физическим нагрузкам в форме регулярных занятий бодибилдингом, состоял исключительно из мужчин. Средний возраст лиц с АУ составил 28,40±2,10 лет; испытуемых без АУ — 34,20±2,36 года. Сопоставления средних возрастных величин позволяет сделать вывод о том, что АУ наблюдалась у мужчин периода средней зрелости (26-40 лет). Лиц с АУ, состоявших в браке на момент исследования, было значительно меньше ($p < 0,01$). Среди лиц с АУ преобладали работники наемного труда ($p < 0,01$).

В контингенте лиц, подвергавших себя интенсивным физическим нагрузкам в форме регулярных занятий бодибилдингом ($n=73$) у 5 (6,85 %), испытуемых по критериям МКБ-10, был установлен легкий депрессивный эпизод (F32.0) и

прессивный эпизод (F32.0) наблюдался у 31,25% испытуемых, умеренный депрессивный эпизод без соматического синдрома — у 6,25 % лиц с АУ. Совокупный процент лиц с легким и умеренным депрессивными эпизодами у испытуемых с АУ составил 37,50 % (см. табл. 1).

Результаты изучения стажа занятий бодибилдингом в группах сравнения представлены в табл. 2.

Из табл. 2 следует, что у большинства испытуемых в экспериментальной и контрольной группах стаж занятий бодибилдингом не превышал трех лет. Достоверных различий по показателю «стаж занятий бодибилдингом» у лиц с признаками АУ и без таковых, установлено не было.

При сравнении экспериментальной и контрольной групп по показателям «Самооценочной шкалы депрессии SDS» (см. табл. 3) были выявлены значимые различия между группами.

Таблица 2

Стаж занятий бодибилдингом в группах сравнения

Стаж занятий бодибилдингом, лет	Группы сравнения			
	ЭГ, n=16		КГ, n=20	
	Абс. ч.	Отн. ч., %	Абс. ч.	Отн. ч., %
1–2	3	18,75	4	20,00
2–3	9	56,25 ¹	11	55,00 ²
>3	4	25,00	5	25,00
Всего	16	100,00	20	100,00

Примечание: ^{1,2} — различия недостоверны ($p=1$)

Таблиця 3

Распределение показателей «Самооценочной шкалы депрессии SDS» в экспериментальной и контрольной группах (баллы), %

Интервальный показатель шкалы SDS	Характеристика состояния	Группы	
		ЭГ, n=16	КГ, n=20
Менее 50 баллов	В пределах нормы	62,50 ¹	100,00 ²
50-59 баллов	Наличие минимальной, легкой депрессии	31,25	–
60-69 баллов	Наличие умеренной депрессии	6,25	–
70 и более баллов	Наличие выраженной депрессии	–	–

Примечание: достоверность межгрупповых различий: ^{1,2} – p<0,01

Из табл. 3 следует, что у большинства испытуемых экспериментальной и у всех испытуемых контрольной группы на момент исследования снижения фона настроения, физиологических признаков депрессии, а также психологических переживаний, сопровождающих депрессивный аффект, не выявлялось (показатель SDS находился в интервале до 50 баллов). Процент лиц без признаков депрессии был значимо выше в КГ (p<0,01). У 31,25 % испытуемых в ЭГ (показатель SDS находился в интервале от 50 до 59 баллов) на фоне легкой депрессивности и ощущения психологического дискомфорта проявлялась пониженная самооценка, недостаточная уверенность в себе при осуществлении межличностных контактов в ситуациях принятия решений, неуверенность в будущем. Для всех этих испытуемых было характерно ощущение некоторого физического дискомфорта, незначительные астенические проявления (некоторая утомляемость, трудности сосредоточения, раздражительность). Состояние испытуемых было квалифицировано как незначительное снижение эмоционального фона (легкая депрессия или субдепрессия). У 6,25 % испытуемых экспериментальной группы (показатель SDS — в интервале от 60 до 69 баллов) на момент исследования в структуре психического состояния определялось снижение (и колебания) фона настроения, уровня активности, работоспособности, побуждений и способности к адекватному эмоциональному реагированию (эмоциональной вовлеченности), сопровождающиеся переживанием недостаточной ценности собственной личности, пессимистичной оценкой перспективы, психастеническими затруднениями

в ситуациях принятия решений и межличностного взаимодействия; были представлены физиологические компоненты депрессии. Указанные проявления позволили констатировать отчетливое снижение фона настроения (умеренную степень депрессии). Обобщая, можно отметить, что у значительного числа лиц (37,50 %) с АУ выраженность депрессивной симптоматики характеризовалась как «легкая» и «умеренная» депрессия.

В табл. 4 представлено распределение средних значений показателей «Самооценочной шкалы депрессии SDS» в группах сравнения.

Из данных табл. 4 следует, что среднее значение показателя «Самооценочной шкалы депрессии SDS» в 54,50±3,08 балла было отмечено у всех испытуемых с АУ и легким депрессивным эпизодом (F32.0 по критериям МКБ-10), а среднее значение показателя «Самооценочной шкалы депрессии SDS» в 66,50±4,86 балла отмечено у всех испытуемых с АУ и умеренным депрессивным эпизодом без соматического синдрома (F32.0 по критериям МКБ-10). Сравнение средних баллов выраженности депрессии по шкале SDS в группах сравнения показывает, что в экспериментальной группе (у мужчин с АУ) эмоциональное неблагополучие выражено более сильно, а уровень депрессии выше, чем в контрольной.

При сравнении экспериментальной и контрольной групп по показателям Методики «Определения спортивного работоголизма» (Griffiths M.D., Szabo A. Terry A.) [5] (см. табл. 5) были выявлены значимые различия между группами.

У большинства (75,00 %) испытуемых ЭГ показатели находились в бальном интервале 25–30 баллов, тогда как у всех испытуемых КГ — в баль-

Таблиця 4

Распределение средних значений показателей «Самооценочной шкалы депрессии SDS» в экспериментальной и контрольной группах (баллы), относительно диагностических категорий МКБ-10, %, M±m

Средний показатель Шкалы SDS, баллы	Группы сравнения		Шифр по МКБ-10
	ЭГ, n=16	КГ, n=20	
31,33±2,04	62,50	100,00	–
54,50±3,08	31,25	–	F32.0
66,50±4,86	6,25	–	F32.10

Таблиця 5

Показатели методики «Определения спортивного работоголизма» (Griffiths M.D., Szabo A., Terry A.) в экспериментальной и контрольной группах (%)

Выраженность аддикции упражнений, балльные интервалы	Характеристика состояния	Группы	
		ЭГ, n=16	КГ, n=20
6-23 балла	Аддикция упражнений отсутствует	–	100,00
24 балла	Наличие аддикции упражнений	25,00 ¹	–
25-30 балла	Сильная аддикция упражнений	75,00 ²	–

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: ¹⁻² — $p < 0,01$

ном интервале 6–23 балла (<24 баллов). Данные табл. 5 свидетельствуют о том, что АУ была отмечена у всех испытуемых ЭГ, а у большинства она характеризовалась как сильно выраженная.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Установлено, что аддикция упражнений весьма распространена среди мужчин периода средней зрелости (26–40 лет), занимающихся бодибилдингом свыше 2 лет, и выявляется у 21,91 % испытуемых.

2. Установлено, что частота расстройства аффективного спектра (F32.0, F32.10) в контингенте лиц, занимающихся бодибилдингом, составляет 8,22 %, а среди лиц с аддикцией упражнений — 37,50 %. Эмоциональное неблагополучие в виде симптомов депрессии максимально выражено в группе мужчин занимающихся бодибилдингом и имеющих признаки аддикции упражнений по сравнению с мужчинами, таковых признаков не имеющих.

Литература

- Егоров А. Ю. Экстремальный спорт — альтернатива химической аддикции? [Текст] / А. Ю. Егоров // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Мат-лы Российской научно-практической конференции / под общ. ред. проф. А. В. Худякова. – Иваново: Изд-во «Арт Виста». – 2005. – С. 112–114.
- Arnold R. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment [Text] / R. Arnold, S. K. Avants, A. Margolin [et al.] // J. Subst. Abuse Treat. – 2002. – Vol. 23. – N 4. – P. 319–326.
- Yates A. Eating disorder symptoms in runners, cyclists, and paddlers (rapid communication) [Text] / A. Yates, J. D. Edman, M. Crago [et al.] // Addictive Behaviors. – 2003. – Vol. 28. – № 8. – P. 1473–1480.
- Garman J. F. Occurrence of exercise dependence in a college-aged population [Text] / J. F. Garman, D. M. Hauduk [et al.] // J. of Americ. Coll. Health. – 2004. – V. 52. – № 5. – P. 221–228.
- Griffiths M. D. The Exercise Addiction Inventory: A quick and easy screening tool for health practitioners [Text] / M. D. Griffiths, A. Szabo, A. Terry // British Journal of Sports Medicine, 2005. – Vol. 39. – № 6. – P. 30.
- Ефременко К. Н. Аддиктивный потенциал экстремальных видов спорта [Электронный ресурс] / К. Н. Ефременко/ Режим доступа: <http://lib.sportedu.ru/Press/TPPEVS/2010N3/p61-63.htm> (дата обращения 20.03.2014).
- Короленко Ц. П. Психосоциальная аддиктология [Текст] / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск: Олсиб, 2001. – 251 с.
- Ильин Е. П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень [Текст] / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2011. – 244 с.
- Кривошеков С. Г. Психофизиология спортивных аддикций (аддикция упражнений) [Текст] / С. Г. Кривошеков, О. Н. Лушников // Физиология человека. – 2011. – N 4. – С. 135–140.
- Baekeland P. Exercise deprivation [Text] / P. Baekeland // Arch. Gen. Psychiatry. – 1970. – Vol. 22. – P. 365–369.
- Veale D. Exercise Dependence [Text] / D. Veale // British Journal of Addiction. – 1987. – Vol. 82. – P. 735–740.
- Hausenblas H. A. Exercisedependens: a systematic review [Text] / H. A. Hausenblas, D. S. Downs // Psychology of Sport and Exercise, 2002. – Vol. 3. – P. 89–123.
- Veale D. Does primary exercise dependence really exist? [Text] / D. Veale // In. Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise / J. Annett, B. Cripps, H. Steinberg (eds). British Psychological Society. Leicester. UK. – 1995. – P. 1–5.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике / под. ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – К.: Факт, 1999. – 259 с.
- Zung W. K. A self-rating depression scale [Text] / W. K. Zung // Arch. Gen. Psychiat. – 1965. – Vol. 12. – P. 3–70.
- Рыбакова В. М. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: метод. рекоменд. [Текст] / В. М. Рыбакова, Т. Н. Балашова. – Л., 1988.

АДДИКЦІЯ ВПРАВ ТА ВИРАЖЕНІСТЬ ЕМОЦІЙНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ У ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ РЕГУЛЯРНО ПІДДАЮТЬ СЕБЕ ІНТЕНСИВНИМ ФІЗИЧНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ У ФОРМІ БОДІБІЛДИНГУ

В. І. Пономарьов

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Розглядається проблема зв'язку адикції вправ з наявністю емоційного неблагополуччя у чоловіків, які регулярно піддають себе інтенсивним фізичним навантаженням. Приводяться дані емпіричного дослідження наявності адиктивної поведінки, пов'язаної з фізичною активністю чоловіків, які займаються бодіблдингом більш 1 року. Також приводяться дані дослідження зв'язку адикції та симптомів депресії і тривоги. Дані експериментальної групи порівнюються з даними контрольної групи осіб, які займаються бодіблдингом, але не мають ознак адикції вправ. Робиться висновок про більш високі показники емоційного неблагополуччя в експериментальній групі порівняно з контрольною.

Ключевые слова: нехімічна залежність, аддикція вправ, депресія, чоловіки, бодіблдинг.

EXERCISE ADDICTION AND SEVERITY OF EMOTIONAL DISTRESS IN MEN, REGULARLY SUBJECTING THEMSELVES TO INTENSE PHYSICAL STRESS IN THE FORM OF BODYBUILDING

V. I. Ponomaryov

V. N. Karazin Kharkiv National University

The work studies the problem of connection between exercise addiction and the manifestation of the emotional distress in men regularly subjecting themselves to intense physical activities. The data on the empirical study of addictive behaviors associated with physical activity in men engaged in bodybuilding for more than 1 year are given. The data obtained from research of connection between addiction and symptoms of depression and anxiety are also cited. The experimental group data are compared with the data on the control group of persons engaged in bodybuilding, but with no signs of exercise addiction. A conclusion revealing higher rates of emotional distress in the experimental group as compared to the control group is drawn.

Key words: non-chemical dependency, addiction, depression, male exercises, bodybuilding.

УДК 159.923.2:159.922.1-057.87



CERTAIN GENDER IDENTITY SPECIFICITIES OF STUDENTS

I. K. Iaghiuk

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The article covers certain gender identity specificities of modern students on the example of their self-identifying characteristics using the method "Who Am I?" by M. Cun, Y. Macpartland in the modification by T. Romyantseva. In particular it was found out that the indirect gender defining (through endings and social roles) dominates in the student period, which can show the insufficient adoption of gender identity by students. On the whole, we can conclude that students have a wide range of characteristics describing gender indirectly. The direct gender defining analysis showed that we can speak of women personalities becoming androgynous and men personalities whose gender identity period is longer compared with women. The reasons of the results got are explained in social-cultural context.

Key words: gender, gender identity, indirect gender defining, direct gender defining, students.

Introduction

The issues of gender acquire an important role in the modern culture, which still remains male-oriented. The predominance of male patterns and behavioral models considerably influences and in some way transforms the process of identification of a personality and his/her gender, especially in the modern conditions of "identity crisis", which includes lack of new models of masculinity and femininity. Gender should be viewed as some psychological, social and cultural integrity, but not only belonging to some particular sex (male or female), as a biological component (Берн, 2001; Клецина, 2012). Gender is explained as an individual integral entity, which encompasses the interrelated dimensions (deep-rooted, cognitive, behavioral) (Боровцова, 2012).

In this case it becomes topical to discuss the problem of "constructing" the gender identity that describes both the gender-based behavior of a personality (the gender aspect) and its image on the whole (the specificities of appearance, behavior, etc.) Marking the individual character (Головнева, 2010) of the process of forming gender identity the researchers (Бем, 2004; Берн, 2001; Клецина, 2012; Hyde, 2005) tend not to pay special attention to gender differences between men and women, which in its turn, promotes appearing and spreading new stereotypes, conflicts between genders retarding the personality development of an individual, his/her selfhood. One can find a lot of characteristic similarities between the representatives of both genders. Here we should

recollect the research conducted J. Hyde, who showed that women and men are different only in some indicators of motional and sexual behavior (Hyde, 2005).

Still there is an amount of studies (Анастаси, 2001; Бендас, 2008, etc.) based on the existence of differences between genders (psychological difference, between the representatives of different genders, individual age difference in the group of people of approximately the same age, etc.).

Supporting the opinion the scientists as for the importance of emphasizing both specific differences and similarities between genders from the point of view of their consequences for the personality and in connection with the process of socialization, cultural and interpersonal influence we have made an attempt to analyze some specificities of gender identity of students.

Methods

With the aim to diagnose the gender identity we used the methods "Who Am I?" ("Twenty Sayings") of M. Kun, T. Macpartland in the modification of T. Rummyantseva (Кун, Макпартленд, 2006), where self-esteem and 7 indicators-components are implemented. The components describing personality identity include social, communicative, material, physical, motional, perspective and reflexive "self". The method allows to find out the specificities of gender identity using the analysis of how an individual determines his/her gender identity, which place gender identity takes in the list of identification characteristics; how gender is defined by an individual (directly, indirectly, not defined). In the present paper we make special emphasis on psychological specificities of students' gender identity.

The choice of student age can be explained by the necessity exactly in this period for young people to summarize all images and understandings of themselves, so to get their own self-identity on their way to becoming "an adult personality" (Эриксон, 1994). That is why 55 3rd year students of the Department of Radiophysics of V.N. Karazin Kharkiv National University took part in our research. They were divided into two gender groups – 31 young men and 24 young women. The average age makes 19.4.

The following methods of mathematic-statistical analysis are implemented: the descriptive statistics, method of checking the samples reliability (non-parameter U-criterion of Mann-Whitney).

Results and their Discussion

The conducted research has showed the following results. We can state for sure that on the whole the indirect gender defining dominates in the student sample group (table 1). It functions not through the direct reference to the gender (e.g. "woman", "a male human", "a man", etc.), but through male and female social roles, which the individual considers to be owned by him/her ("a friend", "a wife", "a student", "a guy", etc.) and also through the endings in self-defining characteristics of students ("independent", "caring", "strong", "calm", etc.). Besides, in the case of women the indirect gender defining dominates

if compared with men, which is proved by the statistically relevant difference on the level $p \leq 0,01$ (Mann-Whitney non-parameter criterion). This proves the fact that women are better oriented in the specific characteristics of the gender behavior and their roles are wider, they fulfill a wide range of social roles and combine them. For example, women often show not only such traditional female characteristics as "easy to hurt, beautiful, open-hearted, sympathetic, irresolute", etc., but also male characteristics ("persistent, independent, active, goal-oriented, courageous, strong", etc.)

The above-described data showing a tendency towards developing androgynous characteristics of women are scientifically proved in the works covering gender psychology by I. Golovnyova (Головнева, 2010). In particular, the author pays special attention to approximation and interpenetration of personal characteristics of men and women in the modern society, which is a result of objective changes of social reality. This is called a tendency to the individual becoming more androgynous. These are women who are characterized by adopting psychological specificities of a male image, the eagerness to establish the relationships equal to those of men (Ахметгалеева, 1991).

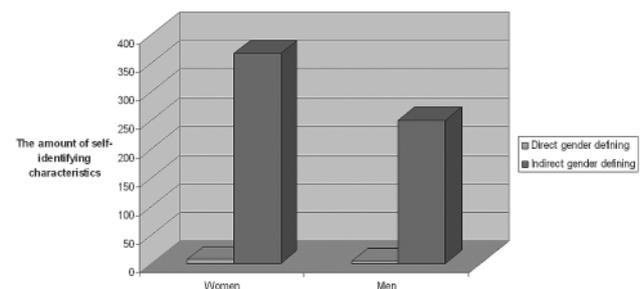


Figure 1. Correlation of direct and indirect gender defining by men and women

Our study conducted earlier also proves the above described provisions (Ягнюк, 2013). Modern female students have to more efficiently adapt to the conditions and "demands" of life, start new activities, take new social roles and as a result of it choose those life strategies, which make them develop their personalities and succeed in life (achieve personal success). These are those personality specificities, which are considered to be typical for men in our society. But along with the above-described strategy there is also another one which is more connected with traditional female gender role — the expressive one. Most probably, the traditional gender roles have considerably transformed recently and at the present stage of psychology development we can speak about "breaking" the traditional system of gender (Мпур, 2008).

Also among the characteristics mentioned by women there are such ones which are connected with appearance: "beautiful, pretty, stylish, thin, slim, bright, attractive". Most probably, special emphasis on appearance characteristics by women is a sign of gender identity, adopting their appearance,

attractiveness. Such opinions are especially topical because of the stereotypes still existing in the modern society, which associate women the role of "a good hostess" only.

Besides, the lists of self-identifying characteristics of female students are longer than those of male students, they have on the whole 15 indirect personality characteristics (through endings), while men's lists are almost half shorter. So, it is more typical for women to have wider image of themselves, the specificities of their selves, they better reflect their selves with their inner world in different aspects. In such way, female students are characterized by greater self-reflection.

The laconic style of gender defining dominates in men's self-identifying characteristics, on average they point out 8 indirect characteristics through endings. Speaking about themselves and their gender identity (through endings) men cover aspects connected with their personality specificities ("can be irritated", "sometimes can be selfish", "I'm risky", "goal-oriented", "sport-fan"). The characteristics defining appearance are rather rare ("handsome, good-looking"). Also not often men point out personality characteristics traditionally considered to be female ("trusting", "caring", "emotional", "nice"). In this context it is important to state that with the changes of cultural stereotypes researchers emphasize not only the tendency of "masculinization" of women, but also the tendency to "feminization" of men. This, in its turn, can result in certain interpersonal problems between the genders: undefined role expectations as for the other gender, anxiety, psychological discomfort (Мпур, 2008).

As for indirect gender defining through the social roles fulfilled it is important to stress, that men use it somewhat more often than women. Men are really more oriented on the social standards coming from outside, pay more attention to social prestige and then as a result are less satisfied with their own lives (Ягнюк, 2013). But the method of mathematical-statistical data processing did not show considerable statistical difference as for this parameter. So, on the whole students pointed out the psychological characteristics of gender identity connected with family roles ("son, daughter, friend, relative, future husband", etc.), the leading social role ("student, military department student, radiophysicist", etc.), hobby (sport, fishing, hunting, dancing, tourism, animals, painting, etc.), the professional activities (skating-rink instructor, hairdresser, guitarist, sound engineer, etc.), civil role (Ukrainian, Ukrainian citizen, patriot, countryman, etc.). So we can speak of the fact that students have a wide range of characteristics describing gender indirectly.

Direct gender defining presupposes the express statement of gender identity with specific words that can be marked by various emotional meanings (neutral, remote, emotionally-positive, emotionally-negative). This form of indication of gender is usual only for 20% of test persons, who were given both emotionally-positive ("girlfriend", "nice boy", etc.)

and neutral ("young woman", "man", "peasant", etc.) forms of with dominance of the last form. There were no remote or emotionally-negative forms of indication of gender in the students' expressions. In our opinion the situation described above can indicate a lack of acceptance by young people of their sexuality, gender identity, about insufficient diversity of role behavior.

The authors of this method state that gender identity of person is formed and becomes positive, when direct and indirect variants of emotionally-positive indication of gender are present in the list of self-identificational characteristics. Such individuals tend to accept their appearance, understand their own attractiveness, existence of various forms of interpersonal behavior that can contribute to the successful establishment and maintenance of partnerships with other people. 16.4% of young men and women who participated in our research can be attributed to this category of people.

As for the total absence of gender defining of the test persons when they were making a list of characteristics, we should point out that this form occurred only in two respondents who, in our opinion, have unformed gender identity.

When analyzing gender identity, according to the authors of the used test, taking into account the places of answers containing categorical concepts attributed to gender (at the top, in the middle or at the end of the list) becomes important. The closer identity category is to the top, the more important and perceived they are for personality. For example, often the students put at the beginning of the list of characteristics those of them that describe indirect indication of gender through its social roles. And it can tell us about the importance and topicality of these questions in youth age, sensitive for young people to determine their place in life, further life journey, "design of life" (Божович, 2008; Кон, 1989).

Special attention is drawn to the fact that the test persons indirectly describing their gender through inflexions generally use only one form of indication of gender without direct indication of their gender and role in society. Apparently, this is connected with the presence of insufficient integral visions of men and women of gender-role behavior, lack of self-reflection.

Direct gender defining also has some special aspects in covered age, analysis of which showed that men put these categories of identity in the middle of the list, and women — at the top. These results suggest the identification of young women with female. Young men still have to self-actualize, to achieve the attributes of successful life (material, social, professional, personal, etc.) in order to feel «real», «authentic» and independent man. So, the way of finding identity for young men is more lasting and is connected with stereotypes about male role existing in a particular society, the influence of social, cultural and interpersonal contexts.

In this sense, in our opinion, the thought of S. Bem is relevant regarding the reasons of gender differences — perception of reality through a "gender-polarizing lens", which does not allow the

individual to make his/her own choice about how he/she needs to act in order to feel a real man and a real woman (Бем, 2004).

Conclusion

Analyzing the above-described information we can conclude that inner self-defining as a man

or a woman, i.e. gender identity still rests on the stage of development by students. It demands further adoption, self-reflection. In this case it is important to realize the length and complexity of gender identity forming process, first of all, by male students.

References

1. Анастаси А. Дифференціальна психологія. Індивідуальні та групові відмінності в поведінці [Текст] / А. Анастаси; пер. з англ. – М.: Апрель Пресс; ЕКСМО-Пресс, 2001. – 752 с.
2. Ахметгалеева З. М. Мужественність та жіночність: методи дослідження [Текст] / З. М. Ахметгалеева // *Вопросы психологии*. – 1991. – № 3. – С. 24–30.
3. Бем С. Линзы гендера: Трансформація поглядів на проблему нерівності статей. [Текст] / С. Бем – М., 2004. – 336 с.
4. Бендас Т. В. Гендерная психология: [уч. пособие] [Текст] / Т. В. Бендас. – СПб.: Питер, 2008. – 431 с.
5. Берн Ш. М. Гендерная психология [Текст] / Ш. Берн. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. – 320 с.
6. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте [Текст] / Л. И. Божович. – СПб., 2008. – 400 с.
7. Боровцова М. С. Гендер як неповторна презентація статі [Текст] / М. С. Боровцова // *Вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова*. Серія: Психологія. – Т. 17. – Вип. 5. – Одеса: Астропринт, 2012. – С. 6–12.
8. Головнева И. В. О тенденциях изменения гендерной идентичности [Текст] / И. В. Головнева // *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія: Психологія. – Вип. 44. – 2010. – № 913. – С. 24–26.
9. Клецина И. С. Гендерная проблематика в публикациях журналов «Вопросы психологии», «Психологический журнал» [Текст] / И. С. Клецина // *Вопросы психологии*. – № 1. – М., 2012. – С. 83–91.
10. Кон И. С. Психология ранней юности [Текст] / И. С. Кон. – М., 1989. – 256 с.
11. Тест «Кто Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд; модификация Т. В. Румянцевой) / Т. В. Румянцева *Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре*. – СПб., 2006. – С. 82–103.
12. Мруг А. И. Психологические особенности гендерной идентичности студентов разных специальностей [Электронный ресурс] / А. И. Мруг // *Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов*. – Режим доступа: <http://www.jurnal.org/articles/2008/psih3.html>.
13. Ягнюк Я. К. Гендерні особливості життєвого шляху студентської молоді: дис. на здобуття наукового ступеня кандидата психол. наук: 19.00.01 / Я. К. Ягнюк. – Х., 2013. – 238 с.
14. Erikson E. H. Identity, youth and crisis [Text] / E. H. Erikson. – New York: Norton, 1994. – 336 p.
15. Hyd J. S. The gender similarities hypothesis [Text] / J. S. Hyde // *American Psychologist*. Vol. 60. № 6. – 2005. – P. 581–592.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ СТУДЕНТІВ

Я. К. Ягнюк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

У статті висвітлені деякі особливості гендерної ідентичності сучасних студентів при складенні ними самоідентифікаційних характеристик з використанням методики «Хто Я?» М. Куна, Т. Макпартленд в модифікації Т. В. Румянцевой. Зокрема, виявлено, що у студентському віці переважає не пряме, а посереднє позначення гендеру (через закінчення та виконувані соціальні ролі), що може свідчити про недостатнє прийняття студентами своєї гендерної ідентичності. У цілому, можна зробити висновок, що студентська молодь характеризується широким набором характеристик, які описують гендер опосередковано. Аналіз прямого позначення гендеру показав, що слід говорити про деяку тенденцію до «андрогінізації» особистісних особливостей дівчат та більшу тривалість процесу формування гендерної ідентичності у юнаків. Обґрунтовано причини отриманих результатів у розрізі соціокультурної детермінації.

Ключові слова: гендер, гендерна ідентичність, опосередковане позначення гендеру, пряме позначення гендеру, студентська молодь.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ

Я. К. Ягнюк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

В статье освещены некоторые особенности гендерной идентичности современных студентов при составлении ими самоидентификационных характеристик с использованием методики «Кто Я?» М. Куна, Т. Макпартленд в модификации Т. В. Румянцевой. В частности, выявлено, что в студенческом возрасте преобладает не прямое, а косвенное обозначение гендера (через окончания и выполняемые социальные роли), что может свидетельствовать о недостаточном принятии студентами своей гендерной идентичности. В целом, можно заключить, что студенческая молодежь характеризуется широким набором характеристик, описывающих гендер косвенно. Анализ прямого обозначения гендера показал, что следует говорить о некоторой тенденции к «андрогенизации» личностных особенностей девушек и большей продолжительности процесса формирования гендерной идентичности у юношей. Обоснованы причины полученных результатов в разрезе социокультурной детерминации.

Ключевые слова: гендер, гендерная идентичность, косвенное обозначение гендера, прямое обозначение гендера, студенческая молодежь.



THE STRATEGY OF PROVIDING PATHOGENETICALLY SUBSTANTIATED PSYCHOTHERAPEUTIC HELP TO UNIVERSITY STUDENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

I. D. Vashkite

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. We consider the causes, methods of diagnosis and treatment of depressive disorders of affective and neurotic registers in students' high schools. Indicate the number of diagnostic examinations and preliminary results of emotional students. The author makes recommendations for diagnosis and treatment of depression in primary health level.

Key words: depression, students, primary care link, diagnosis, treatment.

Introduction

General trends of our time — accelerating pace of life, the increasing number of communication links, strengthening the social and economic tension in society, urbanization — lead to an increase in the prevalence of psychiatric and psychosomatic diseases, especially cross-border, neurotic level which imposes the task of early detection, correction and prevention among the priority.

The priorities of modern medicine are the development of comprehensive, integrated health systems and strengthening mental health, prevention of mental disorders, treatment and rehabilitation of mental patients and mental health, they should be seen as an integral and essential component of social policies in education and ensuring employment.

At the present stage of social development of the public health issues of particular relevance is the problem of Pathology affective sphere, especially anxiety and depressive disorders. According to WHO, currently more than 110 million people in the world — 3-6.00 % of the population — identified certain clinically significant manifestations of these disorders. A similar trend was observed also in Ukraine.

The problem becomes particularly relevant to persons who are in conditions of prolonged or intense stress information, including students of higher educational institutions. Studying in higher and secondary specialized educational institutions can be attributed to a specific activity, wherein the constant growth and complexity of information, lack of time, increased requirements to solve problem situations stiffness control and other factors.

The aim of our study was to develop a strategy for the provision of pathogenetically substantiated psychotherapeutic help in university students with depressive disorders.

Methods

We examined 200 students with depressive disorders of different registers (79 patients with depressive disorders of affective register and 121 students suffering from depressive disorders of neurotic register).

At the second phase of work, basing on analysis of clinical features of emotional disorders and psychological characteristics of students the target

of psychotherapeutic effects was determined. The patients of the study group (SG), along with treatment in accordance with the standards of medical care in this disease received standard treatment and participated in the implementation of measures psychotherapeutic adjustment system, developed by the author; those of the control group (CG) received only standard treatment.

For the diagnosis and treatment of depression in university students, we used the following scale: Hamilton scale (HAMD), the Beck Depression Inventory, Scale for depression Montgomery — Asberg (MARDS), Eysenck neuroticism scale and for diagnostic of the scale aggressive status Buss-Durkey Inventory, as well as clinical -anamnesic method, supplemented by a specially designed card clinicoanamnesic examination of the patient.

Results and their discussion

Analysis of responses to the questionnaire allowed us to estimate the severity of the presence of such social and psychological risk factors as incomplete or inharmonious family, free education, lack of interest in school and work, uncertainty about their future, the lack of attention from parents and others, poor living conditions, alcohol, drugs, toxic substances. The technique allowed us to determine the mental state at the time of the current depressive episode, as well as the content of the conflict that led to exclusion.

Among the main features of youth depression we marked hypertrophy ideational component (cognitive disorders in the form of comprehension difficulties, concentration, concentration, memory disorders) on background erased thymic component of depression. The study revealed the presence of a number of common psychopathological features: pronounced polymorphism of the clinical picture with unfinished, fragmentary, variability of psychopathological symptoms and fuzzy clearance affective triad. It was found that the characteristics of depression in the patients studied, and their originality should explain a significant contribution of pubertal psychobiological factors in their formation, which leads to the fore characteristic of adolescent age, cognitive, behavioral and somatic-vegetative disorders, not just masking them depressive basis, but also hindering the correct

interpretation of individual symptoms. In this regard, the greatest difficulties in diagnosing cause not expanded forms of depression, and relatively shallow depression, limited affective, neurotic, psychopathic disorder and overvalued, in which the interaction between the disease and juvenile stages of ontogeny is the most complex character.

Students observed occasional intense periods of depression in combination with periods of improvement. For youth depression is characterized as a long, protracted and sometimes undulating nature of the flow, with the blurring of borders temporary condition and undulating severity of clinical manifestations, which is determined by the age dynamics.

To identify and assess the severity of depressive symptoms we used Beck Scale, created on the basis of clinical observations and descriptions of symptoms occurring in depressed patients seeking treatment in a specialized psychiatric facility. According to domestic researchers, Beck Scale is able not only detect the presence of depressive symptoms, but also to determine the degree of their severity.

The Beck Scale is traditionally used for the diagnosis of depression of varying severity. The Beck Scale is used as the gold standard for assessing the validity of the other scales intended for the diagnosis of depression, as well as to evaluate the effectiveness of the therapy with antidepressants.

Most students with depressive disorders of affective register pointed at the presence of severe (25.40 ± 2.30 in 37.50 %) and heavy (34.70 ± 1.90 in 31.25 %) depression in the study group and 25.75 ± 1.10 in 38.70 % and 35.30 ± 1.98 in 32.20 % of the patients in the control group, respectively, $p < 0.01$.

At the same time, the majority of students with depressive disorders of neurotic register pointed at the presence of light (12.10 ± 1.50 in 32.10 % and 12.20 ± 1.50 in 25.00 %) and moderate (17.80 ± 1.10 in 27.20 % and 17.60 ± 1.20 in 35.00 %) depression in the both groups, respectively, $p < 0.01$.

For the diagnosis of depressive spectrum disorders and pharmacological studies on the treatment of depression Hamilton scale is also widely used. Hamilton scale for assessment of anxiety and depression (HDRS) is one of the most common skilled scales used to assess the severity of depressive symptoms.

After the analysis of the responses on this scale, subjects showed the following.

The majority of patients with depressive disorders of affective register marked moderate anxiety (20.60 ± 2.30 in 37.50 %, $p < 0,01$) and the depression of moderate and severe degree (21.10 ± 2.20 in 37.50 % and 32.40 ± 1.90 in 50.00 %, respectively, $p < 0.01$) in the study group; moderate degree (21.00 ± 2.30 in 51.60 %, $p < 0,01$) in the control group.

The study showed that on HDRS in the majority of patients with depressive disorders of neurotic register authentically present symptoms of anxiety and depression (15.50 ± 1.10 in 41.98 % and 15.50 ± 1.10 in 37.50 % of the surveyed — significant

predominance of mild anxiety in the study group and the control, respectively, $p < 0.01$ and a moderate rate of anxiety 20.70 ± 2.20 in 28.40 % and 21.40 ± 2.20 in 32.50 % of the patients; 21.70 ± 2.30 in 40.70 % and 22.50 ± 2.10 in 45.00 % of the patients — a significant prevalence of moderate depression in the study and the control groups, $p < 0.01$).

The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) is designed for fast and accurate assessment of the severity of depression and its dynamics during therapy. This scale, along with the Hamilton scale, is one of the standardized objective clinical tools that are widely used in modern psychiatry.

Data analysis scale MADRS confirmed the obtained results.

Students with depressive disorders of affective register had significant prevalence of depressive episodes: small — 20.70 ± 2.80 in 22.90 %, moderate — 28.10 ± 1.30 in 27.10% and more — 36.70 ± 1.02 in 39.60 % of the patients in the study group and a major depressive episode (37.20 ± 1.20 in 45.20 % of patients) in the control group at $p < 0.01$.

Students with depressive disorders of neurotic register reliably showed a significant predominance of small (21.40 ± 1.90 in 56.80 %) and moderate (27.90 ± 1.40 in 22.20 %) depressive episodes in the study group and in the control group (21.40 ± 1.10 in 57.50 % and 27.70 ± 1.30 in 27.50 %, respectively), $p < 0.01$.

It was revealed, that students are used less constructive ways of coping with stress than adults. At the same time, conflicts arising from students, others may disregard as a risk factor for suicidal behavior, as the story of stressful situations, in most cases, is not extraordinary.

The treatment of depressive disorders can be divided into two main areas.

1. Psychiatric.
2. Psychotherapeutic.

The first direction is represented by a specific group of psychotropic drugs — antidepressants.

In clinical practice, especially in primary care to date are frequently used group of tricyclic antidepressants (TCAs).

However, the use of tricyclic antidepressants is associated with a number of side effects related primarily to their cholinolytic properties: sustained tachycardia, arrhythmia, increased blood pressure, dizziness, constipation, tremor, weight gain, etc.

These side effects severely limit the possibility of using such drugs as amitriptyline in somatic patients, and prevention of these complications questioned the low cost of treatment. Along with this, this component acts as sedation TCAs today are regarded as having no relevance to the antidepressant effect and reduces the level of social functioning of the patient. However, these negative side effects are just somatising depression in patients who have a high sensitivity to such actions of these drugs, in and of themselves side effects «woven» or reinforce the existing «physical» symptoms.

In addition, TCAs requires individual titration until a therapeutic effect. The danger of using TCAs in somatic practice is due to the fact that the range between therapeutic and toxic doses of effect they have is small, which requires care in the selection of the drug.

As a result this now means the first choice in the treatment of depressive disorders, especially somatisation, symptomatic and comorbid options are the new generation of antidepressants — selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs).

Drugs in this group have a high degree of conformity with the combined use of many other drugs in somatic practice.

Given that the surveyed students continued learning process, psychopharmacological support was used only in 15.00% of students.

In depressive disorders of affective register patients tend to evaluate events in a negative way, so the focus should be on thinking processes, and not the mood.

Two of the most influential cognitive explanations of depression are the theory of learned (acquired) and helplessness theory of aberration (negative triad of Beck).

Implementation of the second therapeutic areas — psychotherapy — has been consistently speed. Treatment of choice was cognitive-behavioral therapy (CBT) in various modifications.

Cognitive therapy is best proven in the treatment of depression, anxiety, phobias, panic attacks. The basis of the cognitive approach is the statement: «Emotions and behavior are determined by how the patient assesses the world.» That is, if in the depths of the subconscious belief a person has «unfriendly world», then his behavior and emotions are appropriate.

The aim of CBT in the treatment of depressive disorders is a change of mood and emotional state of the patient due to the rational-logical processing of patient subjective view of ourselves and the world, which is achieved by rational persuasion patient's physician regarding the negative and unfounded downgrade themselves and their achievements. It is important to explain the mechanisms of development of depressive symptoms that the patient had a clear idea of their own illness, the possibility of therapeutic intervention. Patients are given the information that on its own efforts depends on condition, it can affect his emotions and mood. He need to change the painful picture of helplessness about himself and the situation of the disease and hopelessness depression, and help the patient to identify positive factors on which he can rely in overcoming the depression.

CBT is most effective in modification of A. Beck and A. Ellis. The concept of rational-emotive behavioral therapy of Ellis is mainly intermediate variable, making understandable the relationship between stimulus and behavior, which are rational and irrational «cognitions». The concept of cognitive therapy (cognitive counseling) of Beck defines the variables of realistic and unrealistic (associated with errors in cognitive findings) «cognition».

Both authors recognize the link of cognitive and behavioral variables with the dominant values of the first. From their point of view, the center of the impact of psychotherapy should be intervening cognitive variables.

Ellis in his rational-emotive behavioral therapy is guided by the idea according to which the positive emotions, such as feelings of love or delight, often related, or are the result of internal belief, expressed in the form of the phrase «It's good for me», and negative emotions such as anger or depression, are associated with the conviction expressed by the phrase «It's bad for me.»

He believed that the emotional response to the situation reflects a «shortcut» that «hang» her (for example, it is dangerous or pleasant), even when this stigma is not true. To achieve happiness, according to Ellis, it is necessary to formulate goals and rationally choose the appropriate means. In any situation are introduced two distinct types of «cognitions»: beliefs and assumptions.

Psychotherapy in our study groups was carried out in parallel with taking drugs and was conducted in three phases.

Tasks of the first (didactic) stage are understanding the mechanisms of formation of disease and therapy.

Tasks of the second (actually cognitive) stage are identifying maladaptive «automatic» thoughts that support frustration, depression, negative self-perception.

Tasks of the third (behavioral) phase are special strategy that teaches self-esteem and creates a positive motivation in patients.

Psychotherapeutic techniques in students in the study group had different accents of intervention. Thus, CBT in depressive disorders of affective register was aimed at addressing the motivational, behavioral and physical symptoms of depression. Patients were helped to restore the ability to control the situation, deal with it and overcome feelings of incompetence and helplessness overestimate quite ordinary life difficulties that were perceived as intolerable, overcome fatigue and inertia. Important role in the recovery were played by a refutation of negative expectations and demonstration of motor ability.

In the case of neurotic depressive disorders CBT was aimed at understanding the role of stress in the development of the arisen disease patient. Served as a necessary stage of the change in attitude of the patient to the traumatic (stressful) situation and making it a part of the experience. Important was the overestimation of their own role in traumatic situations, assuming some responsibility to the formation of an active role in dealing with the circumstances.

After a period of formation of compliance relations conducted CBT 14–16 sessions over two months, students with severe somato-autonomic components of the study conducted anger autotraining technique (AT) in the modification of B. V. Mykhaylov.

Features of a current depressive disorders are complicated timely medical assistance, diagnosis

and adequate treatment assignment of depression in students, leading to a prolonged course of depression, in violation of the training adaptation until clearance sabbaticals and contributions of students from universities. Currently used methods for diagnosis, standardized on a sample of adults who still do not reflect the completeness of the clinical picture of youth depression. In certain circumstances, there is the need to develop a valid diagnostic tool to address social and age group.

Our studies suggest that just such a complex differentiated system of psychotherapy, which combines several techniques and forms pathogenetically sound effects and takes into account the peculiarities of mental disorders and

personality of patients that achieve a significant improvement in their psycho-emotional state and the formation of an adequate relationship to psychiatric disorders.

Applying our model generated psychotherapy built on the principle of integrative showed its high efficiency. Thanks to an integrated approach in the treatment of depressive disorders in university students on completion of the course of psychotherapeutic interventions showed an increase level of motivation and enthusiasm for learning, and further employment. The students demonstrated improvement in cognitive. The effectiveness of the proposed model was 77.9 %.

References

1. Коростий В. И. Когнитивная психотерапия в лечении тревожных и депрессивных расстройств у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями [Текст] / В. И. Коростий // Медицинская психология. – 2011. – № 2. – С. 76–80.
2. Марута Н. О. Організація роботи поліпрофесійної бригади при наданні психіатричної допомоги в Україні [Текст] / Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19. – № 1 (66). – С. 34–36.
3. Михайлов Б. В. Медико-психологическое сопровождение больных с патологией сердечно-сосудистой системы органического и функционального генеза [Текст] / Б. В. Михайлов, О. І. Кудінова // Український вісник психоневрології. – Х., 2012. – Т. 20. – № 3 (72). – С. 202.
4. Михайлов Б. В. Модель функціонування медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги за реформою галузі охорони здоров'я [Текст] / Б. В. Михайлов // Здоров'я України. – 2012. – № 2 (21). – С. 35.
5. Bayram N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students [Text] / N. Bayram, N. Bilgel // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2008. – Vol. 43, № 8. – P. 667–672.
6. Verger P. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking [Text] / P. Verger, V. Guagliardo, F. Gilbert [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2010. – Vol. 45, № 2. – P. 189–199.

СТРАТЕГІЯ НАДАВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ СТУДЕНТАМ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

І. Д. Вашкіте
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Розглядаються причини, методи діагностики та лікування депресивних розладів у студентів ВНЗів. Вказується кількість обстежених та попередні діагностичні результати дослідження емоційної сфери студентів. Автор дає рекомендації з діагностики та лікування хворих з депресіями в системі первинної медичної ланки.

Ключові слова: депресія, студенти, первинна медична ланка, діагностика, лікування.

СТРАТЕГІЯ ОКАЗАВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЇ ПОМОЦІ СТУДЕНТАМ ВИЩИХ УЧЕБНИХ ЗАВЕДЕНІЙ С ДЕПРЕСИВНИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

І. Д. Вашкіте
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Рассматриваются причины, методы диагностики и лечения депрессивных расстройств у студентов ВУЗов. Указывается количество обследованных и предыдущие диагностические результаты исследования эмоциональной сферы студентов. Автор дает рекомендации по диагностике и лечению больных с депрессиями в системе первичного медицинского звена.

Ключевые слова: депрессия, студенты, первичное медицинское звено, диагностика, лечение.



ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ, ЩО ВКЛЮЧАЄ ПСИХОАНАЛІТИЧНО ОРІЄНТОВАНУ ПСИХОТЕРАПІЮ, НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТЕХНОГЕННИХ АВАРІЙ ТА КАТАСТРОФ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

В. В. Волобуєв

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня-медико-психологічний центр
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Анотація. У статті розглядається вплив психоаналітично орієнтованої психотерапії на якість життя постраждалих внаслідок техногенних аварій і катастроф із превалюванням тривожної та депресивної симптоматики неспсихотичного регістру. Проведено аналіз основних сфер якості життя до та після застосування розроблених нами способів лікування, заснованих на психоаналітично орієнтованій психотерапії у досліджуваного контингенту. Підкреслена необхідність диференційованого підходу до психотерапії, що проводиться серед цього контингенту пацієнтів, з урахуванням наявності у них низьких показників якості життя у віддаленому періоді дії сильного стресового фактора.

Ключові слова: тривожна і депресивна симптоматика неспсихотичного регістру, особистісні особливості, якість життя, диференційований підхід.

Вступ

Неспсихотичні психічні розлади у постраждалих є одними із значущих розладів, які чинять негативний вплив на всі сторони життя хворого [1–7].

На сьогодні багатьма провідними вітчизняними та зарубіжними фахівцями в галузі охорони психічного здоров'я висловлюється єдина точка зору про те, що найважливішим завданням надання допомоги хворим з розладами психіки та поведінки, у т. ч. постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф, є поліпшення якості їх життя [1–9]. Велике значення для перебігу і прогнозу цих розладів у постраждалих мають трансферні відносини, як з пацієнтами, так і з їх родичами. Наразі час нові препарати, що використовуються при лікуванні неспсихотичних психічних розладів, дозволяють досягти стабілізації стану у багатьох пацієнтів. Разом з тим, досягнення фармакотерапії не привели до значних змін у соціальному статусі потерпілих, що пов'язано як з питаннями стигматизації, так і з необхідністю опрацювання внутрішніх психологічних конфліктів, що беруть участь у формуванні тривожної і депресивної симптоматики у цієї категорії пацієнтів, які мають в подальшому негативний вплив на різні сфери їх життя.

Незважаючи на визнану в усьому світі важливість дослідження аспектів якості життя у пацієнтів з розладами психіки та поведінки, на сьогодні існує не так багато робіт, де було зроблено спробу дослідити це докладно у постраждалих, тобто у взаємозв'язку з психологічними, соціально-демографічними характеристиками цього контингенту хворих та іншими факторами. У сучасній літературі до теперішнього часу опубліковані лише поодинокі роботи, присвячені оцінці якості життя постраждалих, у тому

числі — за допомогою розробленого Всесвітньою організацією охорони здоров'я «Опитувальника якості життя WHOQOL-BREF».

Згідно з рекомендаціями ВООЗ [10,11], якість життя визначається як індивідуальне співвідношення положення індивідуума у житті суспільства (з урахуванням культури і систем цінностей цього товариства) з цілями цього індивідуума, його планами, можливостями і ступенем неустрою. Іншими словами, якість життя — це суб'єктивний показник задоволення особистих потреб у житті, який відображає ступінь комфортності людини як всередині себе, так і в межах свого суспільства.

Опитувальник WHOQOL-BREF включає 26 питань і охоплює такі основні аспекти якості життя, які відповідно до термінології ВООЗ іменовані «домени» [10,11]:

1. Фізичне здоров'я і благополуччя.
2. Психологічне здоров'я і благополуччя.
3. Соціальні відносини.
4. Фактори навколишнього середовища.

У домені «Фізичне здоров'я і благополуччя» вивчаються різні аспекти фізичного здоров'я індивіда та їх вплив на якість життя. Зокрема, оцінюється, наскільки індивід задоволений здатністю здійснювати повсякденну діяльність і виконувати роботу. Оцінюється, наскільки відчуття фізичного болю перешкоджає здійсненню повсякденної діяльності, а також залежність індивіда від медичних втручань і лікарських засобів у забезпеченні фізичного, психологічного благополуччя і нормального функціонування. Оцінюється вплив сну на якість життя та пов'язаних з ним проблем.

У домені «Психічне здоров'я і благополуччя» вивчаються різні аспекти психологічного здо-

ров'я індивіда та їх вплив на якість життя. Оцінюється, якою мірою індивід піддається позитивним і негативним емоціям і переживанням та який вплив вони чинять на повсякденну діяльність і функціонування. Враховується самооцінка індивіда і пов'язане з самооцінкою почуття власної гідності. Оцінюється вплив на якість життя особистих переконань індивіда: наскільки особисті переконання допомагають у житті та впливають на благополуччя в цілому.

У домені «Соціальні відносини» вивчаються різні аспекти соціальних відносин індивіда та їх вплив на якість життя. Зокрема, оцінюється, якою мірою індивід відчуває в житті любов і дружнє ставлення близьких та рідних людей і може розраховувати на їх підтримку в критичній ситуації. Заціпається значимість сексуальної активності для якості життя індивіда.

У домені «Фактори навколишнього середовища» вивчаються фактори навколишнього середовища індивіда та їх вплив на якість життя. Зокрема, оцінюється, наскільки індивід задоволений навколишнім середовищем, вклю-

чаючи клімат, екологію, умови проживання, безпеку і захищеність. Оцінюється, якою мірою індивід задоволений доступністю медичної допомоги, включаючи якість і комплексність медичних послуг. Оцінюється, наскільки індивід задоволений фінансовими можливостями для реалізації потреб у підтримці здорового способу життя та організації дозвілля і відпочинку, доступністю транспортних послуг, а також можливістю отримання інформації та набуття знань.

Підсумкова обробка результатів дозволяє оцінити параметри якості життя від 0 до 100 балів за всіма шкалами. Більш високий бал відповідає більш високим параметрам якості життя.

У зв'язку з цим **метою нашого дослідження** було вивчення поліпшення якості життя при застосуванні комплексного лікування, що включає психоаналітично орієнтовану психотерапію, при неспсихотичних (як органічного, так і неорганічного ґенезу) психічних розладах у постраждалих з неспсихотичними психічними розладами.

Таблиця 1

Показники опитувальника якості життя ВООЗ WHOQOL-BREF у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф на ЧАЕС після проведення лікування у контрольній та досліджуваній групах

Показник	Виразність прояву, бали				t-критерій Ст'юдента
	Постраждалі на ЧАЕС після лікування, контрольна група (n=35)		Постраждалі на ЧАЕС після лікування, група, що досліджується (n=35)		
	Середнє значення	Стандартне відхилення (SD)	Середнє значення	Стандартне відхилення (SD)	
Сфера 1 — фізичне здоров'я					
Сирий показник	20,1	1,8	22,1	1,9	4,5**
Перетворений показник: 4-20	11,4	1,1	12,6	1,1	4,5**
Перетворений показник: 0-100	46,6	6,8	53,9	7,0	4,4**
Сфера 2 — психічне здоров'я					
Сирий показник	15,1	3,1	21,1	2,7	8,6**
Перетворений показник: 4-20	10,1	2,2	14,0	1,7	8,6**
Перетворений показник: 0-100	38,2	13,5	62,5	10,5	8,5**
Сфера 3 — соціальні взаємовідношення з іншими людьми					
Сирий показник	8,9	1,3	9,9	1,7	3,0**
Перетворений показник: 4-20	11,9	1,7	13,4	2,3	3,1**
Перетворений показник: 0-100	49,3	10,6	58,7	14,2	3,1**
Сфера 4 — оточуюче середовище					
Сирий показник	23,2	3,5	26,8	3,6	4,2**
Перетворений показник: 4-20	11,9	1,8	13,7	1,7	4,4**
Перетворений показник: 0-100	49,3	11,2	60,6	10,7	4,3**

Примітка: ** — $p < 0,01$

Матеріали і методи дослідження

Серед хворих, відібраних для цього дослідження (N=140), було 70 постраждалих на вугільних шахтах та 70 залучених до ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Критерії включення визначалися віком досліджених від 22 до 65 років та наявністю діагнозу неспсихотичного психічного розладу. Усі пацієнти належали до постраждалих. Відбір досліджуваних проводився випадковим методом з числа всіх госпіталізованих у стаціонар хворих цієї категорії. Були створені 4 групи: I з 35 постраждалих на вугільних шахтах та II з 35 постраждалих на ЧАЕС, в яких були проведені лікувальні заходи згідно з клінічними протоколами і стандартами надання медичної допомоги за фахом «Психіатрія» зі включенням розробленої нами методики, яка ґрунтувалася на психоаналітично орієнтованій психотерапії, а також III з 35 постраждалих на вугільних шахтах та IV з 35 постраждалих на ЧАЕС, в яких застосовувалися ті ж комплексні заходи згідно з клінічними протоколами і стандартами надання медичної допомоги за фахом «Психіатрія», що і в групах I та II, але без використання психоаналітично орієнтованої психоте-

рапії. Дослідження проводилось із використанням опитувальника якості життя ВООЗ (WHOQOL-BREF).

Результати дослідження та їх обговорення

Порівняння показників опитувальника якості життя ВООЗ WHOQOL-BREF у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС після лікування в досліджуваній і контрольній групах (табл. 1) демонструє достовірно більше їх підвищення у всіх сферах у хворих досліджуваної групи. Таким чином, можна вважати підтвердженим гармонізуючий вплив психоаналітичної психотерапії на соціальне функціонування обстежених учасників ліквідації наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС як свідчення значимого зсуву в бік прогресування їх реабілітації та реадаптації.

Аналізуючи соціальну ефективність розробленого нами метода психоаналітично орієнтованої психотерапії при неспсихотичних психічних розладах у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф були отримані такі результати (см табл. 3).

Таким чином, відзначене широке «охоплення» показників сфер життя постраждалих після

Таблиця 2

Показники опитувальника якості життя ВООЗ WHOQOL-BREF у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф на вугільних шахтах після проведення лікування у контрольній та досліджуваній групах

Показник	Виразність прояву, бали				t-критерій Ст'юдента
	Постраждали на ЧАЕС після лікування, контрольна група (n=35)		Постраждали на ЧАЕС після лікування, група, що досліджується (n=35)		
	Середнє значення	Стандартне відхилення (SD)	Середнє значення	Стандартне відхилення (SD)	
Сфера 1 — фізичне здоров'я					
Сирий показник	19,4	1,9	21,9	2,2	5,0**
Перетворений показник: 4-20	11,0	1,2	12,5	1,3	4,9**
Перетворений показник: 0-100	44,1	7,4	53,3	8,2	4,9**
Сфера 2 — психічне здоров'я					
Сирий показник	16,5	2,7	21,4	2,4	8,1**
Перетворений показник: 4-20	11,0	1,7	14,1	1,6	8,0**
Перетворений показник: 0-100	43,8	11,0	63,4	10,0	7,8**
Сфера 3 — соціальні взаємовідношення з іншими людьми					
Сирий показник	9,0	1,7	10,1	1,7	2,7**
Перетворений показник: 4-20	12,1	2,3	13,5	2,3	2,6*
Перетворений показник: 0-100	50,6	14,2	59,3	14,2	2,6*
Сфера 4 — оточуюче середовище					
Сирий показник	24,1	2,8	26,9	3,7	3,6**
Перетворений показник: 4-20	12,3	1,3	13,8	1,9	3,7**
Перетворений показник: 0-100	52,1	8,5	61,1	11,9	3,7**

Примітка: * — p<0,05, ** — p<0,01

проведення психоаналітичної психотерапії може свідчити про більш «генералізований» вплив використання специфічних психоаналітичних технік, розроблених нами для тривоги і депресії, на різні сфери якості життя. При аналізі відсотка поліпшення якості життя відзначалося збільшення показників усіх сфер, але найбільше у сфері «Психічне здоров'я» — на 84,4 % та 83,7 %, але у постраждалих внаслідок техногенних аварій (ТА) та катастроф (К) на ЧАЕС більший відсоток поліпшення (25,8 %) порівняно з групою постраждалих на вугільних шахтах (13,9 %) відзначався у сфері «Соціальні взаємовідношення з іншими людьми», що може свідчити про менший вплив проявів неспсихотичного психічного розладу у постраждалих на ЧАЕС на цю сферу, яка після використання розробленого нами способу лікування, заснованого на психоаналітично орієнтованій психотерапії, демонструє більшу стабілізацію. Психоаналітична психотерапія вплинула на всі сфери, що визначають якість життя хворих, довівши свій потенціал, пов'язаний з реабілітацією і реадaptaцією постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф.

Таким чином, це емпіричне пре-пост дослідження розробленого нами для тривоги і депресії одного з найбільш короткострокових варіантів психоаналітично орієнтованої психотерапії продемонструвало достовірно більшу його ефективність у підвищенні якості життя порівняно з традиційним лікуванням при неспсихотичних психічних розладах у постраждалих, що, в цілому, підтверджує можливість застосування цього способу лікування у стаціонарних умовах. Використаний спосіб продемонстрував достовірну

ефективність відносно підвищення якості життя, перш за все, у сфері 2 (психічне здоров'я), що підтверджується характеризуючими ці розлади показниками опитувальника WHOQOL-BREF. Можна зробити висновок про те, що поєднання психофармакотерапії і психоаналітичної психотерапії потенціює їх ефективність у структурі досить короткострокового курсу лікування в стаціонарних умовах, при пов'язаних як зі стресом, так і з органічним ураженням головного мозку, неспсихотичних психічних розладах у постраждалих з підвищенням якості життя цього контингенту пацієнтів.

Висновки

1. Психоаналітична психотерапія достовірно продемонструвала свою ефективність у підвищенні показників якості життя як при неспсихотичних психічних розладах у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, так і у постраждалих на вугільних шахтах.

2. Відзначене широке «охоплення» сфер життя постраждалих після проведення психоаналітичної психотерапії може свідчити про більш «генералізований» вплив використання специфічних психоаналітичних технік, розроблених нами для тривоги і депресії, на різні сфери якості життя.

3. Психоаналітична психотерапія вплинула на всі сфери, що визначають якість життя хворих, довівши свій потенціал, пов'язаний із реабілітацією і реадaptaцією постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф. Звертає на себе увагу більш виражене підвищення показників сфер 2 (психічне здоров'я), 3 (фізичне здоров'я) та 4 (оточуюче середовище) у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС та постраждалих на ву-

Таблиця 3

Поліпшення показників опитувальника якості життя BOO3 WHOQOL-BREF у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф на ЧАЕС та на вугільних шахтах після проведення лікування у контрольних групах та групах, що досліджуються

Показник опитувальника якості життя BOO3 WHOQOL-BREF	Поліпшення показників					
	Постраждали внаслідок ТА та К на ЧАЕС після лікування, контрольна група, (n=35), %	Постраждали внаслідок ТА та К на ЧАЕС після лікування, група, що досліджується (n=35), %	Різниця, %	Постраждали внаслідок ТА та К на вугільних шахтах після лікування, контрольна група, (n=35), бали	Постраждали внаслідок ТА та К на вугільних шахтах після лікування, група, що досліджується (n=35), бали	Різниця, %
Сфера 1 — фізичне здоров'я						
Перетворений показник: 0-100	18,0	53,6	35,6	15,7	57,7	42,0
Сфера 2 — психічне здоров'я						
Перетворений показник: 0-100	7,9	92,3	84,4	9,6	93,3	83,7
Сфера 3 — соціальні взаємовідношення з іншими людьми						
Перетворений показник: 0-100	17,4	43,2	25,8	15,3	29,2	13,9
Сфера 4 — оточуюче середовище						
Перетворений показник: 0-100	16,3	33,2	16,9	8,3	31,7	23,4

гільних шахтах і менше підвищення у сфері 3 (соціальних взаємовідношень з іншими людьми), що, можливо, свідчить про те, що глибинні конфлікти мають менше походження від цієї зони.

4. В обох групах, що досліджувалися, показники опитувальника якості життя WHOQOL-BREF демонструють достовірно більше їх підвищення у всіх сферах порівняно з контрольними групами. Таким чином, можна вважати підтвердженням гармонізуючий вплив психоаналітичної психотерапії на соціальне функціонування обстежених постраждалих внаслідок техногенних аварій та

катастроф як свідчення значимого зсуву в бік прогресування їх реабілітації та реадаптації.

5. Отже, можна підтвердити не тільки сумісність розроблених нами психоаналітичних технік із психофармакологічними засобами, але і їх взаємне потенціювання, що дозволяє досягти достовірно підтвердженого нашим емпіричним дослідженням як специфічного (пов'язаного зі сферою психічного здоров'я), так і «генералізованого» впливу на показники якості життя у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф з непсихотичними психічними розладами.

Література

1. Организация психотерапевтической помощи в системе реабилитации больных и инвалидов с психическими и поведенческими расстройствами, кризисными состояниями и пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф в условиях реформирования охраны здоровья: методические рекомендации утвержденные МЗ Украины от 12.04.2012 [Текст] / под ред. д.м.н., проф. М. П. Боро. – Донецк: Каштан, 2012. – 84 с.

2. Надзвичайні ситуації та психічне здоров'я. [Текст] / за заг. ред. О. Абессонової. пер. з англ. – К.: Сфера, 2006. – 240 с.

3. Табачников С. И. Психическая дезадаптация у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС [Текст] / С. И. Табачников, Ю. А. Александровский, И. И. Кутько, А. Т. Филатов и др. // Акт. вопр. психиатрической практики. – Полтава, 1993. – С. 55–56.

4. Табачников С. И. Оценка психопатологических нарушений у шахтеров — участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС [Текст] / С. И. Табачников, С. В. Титиевский, С. И. Найдено и др. // Укр. вісн. психоневрології. – Х., 1994. – Вып. 4. – С. 50–53.

5. Табачников С. И. Клинико-эпидемиологическое изучение пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у работников промышленных предприятий [Текст] / С. И. Табачников, И. И. Кутько, Ю. А. Александровский // Актуальные про-

блемы пограничных нервно-психических расстройств: Сб. науч. трудов. Вып. 1. – Донецк, 1996. – С. 4–7.

6. Табачников С. И. Профилактика и коррекция посттравматических и социально-стрессовых расстройств [Текст] / С. И. Табачников, И. А. Бабюк, В. Г. Черкасов и др. // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 1999. – Т. 3, № 2. – С. 156.

7. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – Ч. 1. – М.: Когито-Центр, 2007. – 48 с.

8. Gabbard G. Major modalities: psychoanalytic / psychodynamic // Oxford Textbook of Psychotherapy [Текст] / G. Gabbard. – Oxford-New York: Oxford University Press, 2008. – P. 3–13.

9. Driessen E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis [Текст] / E. Driessen, P. Cuijpers, S. C. de Maat, A. A. Abbass, F de Jonghe, J. J. Dekker // Clinical Psychology Review. – 2010. – Vol. 30, № 1. – P. 25–36.

10. Murphy B. Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide [Текст] / B. Murphy, H. Herrman, G. Hawthorne, T. Pinzone, H. Evert. – Australian WHOQoL Field Study Centre, Melbourne, Australia, 2000.

11. The WHOQOL group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment // Psychol. Med. – 1998. – Vol. 3. – P. 551–558.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ С НЕПСИХОТИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В. В. Волобуєв

Областная клиническая психоневрологическая больница–медико-психологический центр, г. Донецк, Украина
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В статье рассматривается влияние психоаналитически ориентированной психотерапии на качество жизни пострадавших в результате техногенных аварий и катастроф с превалированием тревожной и депрессивной симптоматики непсихотического регистра. Проведен анализ основных сфер качества жизни до и после применения разработанных нами способов лечения, основанных на психоаналитически ориентированной психотерапии у исследуемого контингента. Подчеркнута необходимость дифференцированного подхода к психотерапии,

THE INFLUENCE OF COMPREHENSIVE TREATMENT, INCLUDING PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED PSYCHOTHERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF SURVIVORS OF TECHNOGENIC ACCIDENTS AND CATASTROPHES WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

V. V. Volobuyev

Regional Clinical Psycho-Neurological Hospital - Medico-Psychological Centre, Donetsk, Ukraine
Donetsk national medical University M Gorky, Donetsk, Ukraine

In the article the influence of psychoanalytically-oriented psychotherapy on the quality of life of survivors of technogenic accidents and catastrophes, with prevalence of anxious and depressive symptoms of non-psychotic register is described. The analysis of the main areas of quality of life before and after the use of the developed methods of treatment based on a psychoanalytically oriented psychotherapy in a given population is accomplished. The need for a differentiated approach to psychotherapy in this contingent of patients, taking into account the low quality of life in

проводимой данному контингенту пациентов, с учетом наличия у них низких показателей качества жизни в отдаленном периоде воздействия сильного стрессового фактора.

Ключевые слова: тревожная и депрессивная симптоматика непсихотического регистра, личностные особенности, качество жизни, дифференцированный подход.

the remote period of exposure to a strong stress factor is underlined.

Key words: anxious and depressive symptoms of non-psychotic register, personality characteristics, quality of life, differentiated approach.

UDC 616.857-079-085.03



MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND MIGRAINE TREATMENT

M. V. Savina

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The review of literary data is presented in the article and devoted to one of main types of primary headache disorder – migraine. Using of modern screening methods allows increasing the level of diagnostic of the patients suffering from attacks of migraine; to estimate effect of migraine on quality of life of the patients. In this review modern methods at migraine therapy are described, requirements to medications which are applied to stopping the attacks of migraine are described. And also the analysis of pharmaceutical market of triptans in Ukraine is presented.

Key words: migraine, triptan, quality of life.

Introduction

Migraine is one of the most widespread and socially significant diseases, attention to which has recently increased not only among neurologists, but also among therapists, cardiologists, family physicians and other medical specialties.

In 2000, the migraine was included to the list of diseases, which have global significance and represent a burden for Humanity (Global Burden of Disease 2000). It is determined by its prevalence and significant impact on quality of life. According to the World Health Organization (WHO), migraine is included to twenty reasons that lead to the violation of human's adaptation and requires an integrated method to its treatment [1-7].

The purpose of the article is a study of screening methods, which allows improving the diagnosis of patients suffering from migraine attacks.

Materials and methods

The spreading of migraine among women ranges from 11.0 % to 25.0 %, among men — from 4.0 % to 10.0 %; it usually appears by the first time between the ages of 10 to 20 years. At the age of 35–45 years, the frequency and intensity of migraine attacks reach a maximum, after 55–60 years the migraine is stopped at the majority of patients. It has heritable character in 60.0–70.0 % patients [1, 3, 4].

Results and Discussion

In everyday practice migraine is often misdiagnosed, and patients do not receive optimal medical care. As it is shown by epidemiological studies, only 20.0 % of patients with migraine are given the appropriate diagnosis, and the most part

of patients do not apply to doctors about headaches [8–12]. The frequency of migraine attacks is varied from 1–2 times per week to 1–2 times per year. More than half of the patients have an attack at least 1 time per month. The average frequency of attacks among the population is 24 attacks per year [13, 14].

Migraine is not a fatal disease, but significantly reduces the quality of life of patients [3]. Financial and economic costs associated with sick leave, as well as the diagnosis and treatment of migraine, are huge to compare to the cost of cardiovascular diseases [15, 16]. Also it is necessary to keep in mind the fact that migraine is a disease whose diagnosis in general medical practice is not sufficient, that's why one of the urgent issues is to use screening methods for its detection. Effective using of screening could significantly improve the level of diagnostic, increase efficiency of clinical consultations, facilitate adequate management of patients after the first examination and improve patient compliance suffering from migraine [7, 10].

Effective treatment of migraine begins with diagnosis and conducting differential diagnosis of the disease. Treatment of specific cure migraine should be begun after diagnosis; otherwise these drugs are not effective or even are able to be injurious to the health of the patient [17–19].

The main goal of treatment is sustain of high quality of life for patients with migraine by teaching him quickly, efficiently and safely cut of migraine headache, and presentation of a range of measures designed to reduce the frequency, intensity and duration of attacks [17, 20–25].

A necessary condition for this goal is the cooperation between doctor and patient and active participation of the last one in his own treatment. The patient is recommended to start "headache diary" where during 2–3 months (the period of examination and treatments) he should record the frequency, intensity, duration of headache, takings of drugs, it's also desirable to record precipitating factors and associated symptoms. In process of treatment the diary can clearly and accurately demonstrate its effectiveness [17, 22].

Migraine is traditionally regarded as favorable disease that does not lead to serious complications and disability. The cue is the intense pain, but migraine is accompanied by concomitant symptoms that significantly reflected on the working capacity. 80.0% of patients are in very strong and severe pain [6, 26], 75.0 % — have nausea, photo- and acousticophobia [26], 70.0 % — are in need of bed rest [27]. More than 75.0 % of patients believe that their daily activity is limited because of a migraine.

Most people suffering from frequent (regular) headaches do not seek medical advice, while trying to use different types and ways of self-treatment, which often do not bring relief to patients because they do not have therapeutic efficacy. Those patients who seek medical attention are often patients with frequent or severe headaches, migraine complications, with high levels of deadaption and, as a rule, these are cases where self-treatment had failed and also had a negative experience with symptomatic agents [18, 28]. Unfortunately, patients all over the world prefer to take symptomatic medicine when they have a migraine attack. According to the American Association for the Study of Headache, the properly selected drug therapy at migraine attack reaches treatment's efficiency in 95.0 % cases. [29].

The success of treatment greatly depends on the doctor's ability to teach the patient to identify triggers and to avoid situations provoking migraines. Many patients don't know about existence of triggers and / or do not know how to identify them.

The treatment of migraine is including the following objectives: prevention of attacks, treatment of spells of illness and preventive cure of migraine. Having taught patient to identify predictors and triggers of migraine, and avoiding situations that provoke migraine can be achieved to prevent or to significantly reduce the number of attacks without drug-induced treatment [10, 20].

The main goal of migraine attack treatment is not only the elimination of headache and associated symptoms, but also the rapid recovering working capacity of patient and improving the quality of his life. The basic requirements are met to the medicinal product for the relief of migraine attack are simplicity of using and dosage; efficacy in the treatment of various forms of migraine; prompt start of action and high efficiency; relieving associated symptoms (nausea, vomiting, photo- and acousticophobia); recovering or significant improvement of health and workability; reduction rate of headache relapse

after taking the medicine; acceptable tolerability profile [4, 5, 7, 30].

It is important to consider the intensity of headache while choosing a medication to relieve an attack. Choosing the pre-medication for relieving attacks has to be based on the previous experience of the taking of medicines (efficacy, availability of side reactions), preferences and expectations of patient, severity of the alleged attack. Nowadays the "sleeping" tactic is recognized as incorrect. Migraine attacks can last up to 72 hours, and the more time passes since the first symptoms of migraine was appeared, the lower effect of therapy will be reached [10, 17].

There are two principles of migraine attacks relief — the first one is a phased strategy of treatment (therapy is beginning by a simple combination of analgesics and, if it is necessary, the triptans are added) and the second one the integrated method is stratified. The stratified method is based on assessment of the impact of migraine on daily activities of the patient using the scale MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale) [31–33]. Depending on the results this questionnaire allows you to select a treatment strategy. MIDAS questionnaire passed a series of thorough scientific tests and was considered as reliable and consistent. This questionnaire has many opportunities for practical application as the way of assessing the quality of life of the patient and the need to conduct medical treatment, determination of patient management, and cost of therapy, increase mutual understanding between doctor and patient. In addition, with help of MIDAS doctor can assess the effectiveness of treatment carried out, in particular, changes in quality of life according to the background of the chosen therapy in 3, 6 and 12 months after initiation of therapy. Depending on the answers to five basic questions about the loss of time due to headache in three main areas of life (education and employment, work at home and family life, sports or social activity) the extent of the migraine severity is detected [33].

If a patient suffers from weak or moderate intensity attacks, lasting no more than 1 day it is recommended to use simple or combination analgesics, including nonsteroidal anti-inflammatory drugs: ibuprofen, diclofenac, acetaminophen, naproxen, ketorolac, aspirin, and medical products of codeine (solpadeyin, sedalhin, pentahin et al.). Ibuprofen, diclofenac have faster cupping effect of migraine in comparison with other NSAIDs. It is important that many patients have expressed atony of the stomach and intestines, during an attack of migraine, so the absorption of drugs taken orally, is violated. In this regard, especially in the presence of nausea and vomiting, antiemetic drugs are fitting; they simultaneously stimulate peristalsis and improve absorption, metoclopramide, domperidone 30 minutes before the intake of analgesics.

Ergotamine preparations possessing vasoconstrictor effect on the smooth muscle of the vessel wall, were widely used in the past, are less used nowadays [7].

At high pain intensity and long lasting attacks (24-48 hours or more) it is recommended design to specific therapy. "Gold standard", the most effective tools that can remove the migraine pain in 20–30 minutes, is the so-called "triptanes". Under the uniform anatomical therapeutic and chemical classification of drugs — classification system ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification system) — triptanes form a group N02C — selective 5HT₁-receptor agonists, serotonin (N — drugs acting on the nervous system; N02 — analgesics; N02C — recommended to take in migraine attacks).

By acting on 5-NT₁ receptors located as in the CNS and as in the periphery, these drugs block allocation pain neuropeptides selectively constrict dilated blood vessels during an attack of the pachymeninx and terminate migraine attacks.

Currently they registered in the world 7 INN names of triptans: almotriptan, zolmitriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, frovatriptan, eletriptan.

According to the Ukrainian State Register of drugs today in Ukraine they registered 11 trade names (excluding the dosage and number of tablets per pack) of drugs from the group "triptans", that are recommended to relieve migraine attacks including zolmitriptan (Zolmihren, Rapimih, Zolmitriptan), sumatriptan (Alhomaks, Sumamihren, Mihranol, Antymihren-Health Amihren, Stopmihren, Imihran,) frovatriptan (Frovamihren). Unfortunately, the pharmaceutical market of Ukraine does not have any kind of triptans in intranasal, intravenous, in the form of rectal suppositories that can be used by patients for quick relief of migraine attacks. These dosage forms are also very suitable for use by patients when an attack of migraine is accompanied by nausea and vomiting.

The effectiveness of triptans is much higher in their early prescription, within 1 hour after the beginning of migraine attack. Early prescription can avoid the further development of the attack, reduce the duration of headaches, prevent its return, quickly restore the quality of life of patients [1, 5, 7, 20, 34].

Preventive treatment is prescribed individually for each patient. The duration of a course of treatment should be sufficient: from 2 to 6 months depending on the severity of migraines. Pharmacological remedy used for the prevention of migraine include several groups: beta-blockers (propranolol, metoprolol) and medicines that have alpha adrenoblocker effect (dihydroergocriptine), calcium channel blockers (verapamil, nimodipine), antidepressants (amitriptyline, nortriptyline, fluoxetine), NSAIDs (ibuprofen, diclofenac, ketoprofen, naproxen), anticonvulsants (valproic acid, topiramate, gabapentin, lamotrigine) [5, 7, 20].

Notably, vascular, nootropic drugs and antioxidants (Fezam, Phenotropil, tsynnaryzyn, Picamilon, stuheron, cavinton, lutsetam, meksydol et al.), which are now widely prescribed people with migraine do not have specific anti-migraine action. At the same time, they can be incorporated into the scheme of complex therapy of migraine in older patients with mild cognitive impairment and symptoms of dyscirculatory encephalopathy. In case of evidence of venous dysfunction drugs improving venous outflow can be used (detraleks, aescusan).

If a patient with migraine has comorbid disorders, treatment should be directed not only to prevent and relieve the actual pain attacks, but also against these unwelcome migraine companions (treatment of depression and anxiety, normalization of sleep, prevention of autonomic disorders, effect on muscle dysfunction, treatment of diseases of the gastrointestinal tract and other pain syndromes) [13, 23, 27].

Thus, we can drive to a conclusion, that nowadays, migraine is considered as a chronic brain disease that leads to severe desadaptation of patients and significant economic losses and requires an individual method to diagnosis and therapy. Today there is a wide range of drugs that are recommended to use as for the relief of migraine attacks, as for preventive therapy to reduce the frequency and intensity of attacks. Anti-migraine and preventive therapy can significantly improve the quality of life of patients suffering from migraine.

References

1. Амелин А. В. Мигрень: патогенез, клиника, лечение [Текст] / А. В. Амелин, Ю. Д. Игнатов, А. А. Скородец. – СПб., 2001. – 240 с.
2. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. акад. РАМН Н. Н. Яхно. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 304 с.: ил.
3. Вейн А. М. Тактика ведения пациентов с мигренью [Текст] / А. М. Вейн, А. Б. Данилов, М. В. Рябус // Лечащий врач. – 2001. – № 9. – С. 44–18.
4. Мищенко Т. С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний [Текст] / Т. С. Мищенко, В. Н. Мищенко // Справочник врача «Невролог». – ООО «Доктор-Медиа», 2010. – С. 65–74.
5. Морозова О. Г. Мигрень: проблемы классификации, диагностики и лечения [Текст] / О. Г. Морозова // Здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 17–18.
6. Осипова В. В. Мигрень [Текст] / В. В. Осипова // Неврология и нейрохирургия. Клинические рекомендации / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. – М.: ГЕОТАРМедиа, 2007. – С. 177–198.
7. Осипова В. В. Современные подходы к диагностике и лечению мигрени [Текст] / В. В. Осипова // Вестник семейной медицины. – 2010. – № 2. – С. 19–24.
8. Международная классификация головных болей – Полная русскоязычная версия [Текст] – Международное общество головной боли, 2003. 2-е изд. – 380 с.
9. Морозова О. Г. Мигрень: вопросы коморбидности и дифференциальной диагностики [Текст] / О. Г. Морозова // Здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 19–20.
10. Табеева Г. Р. Мигрень [Текст] / Г. Р. Табеева, Н. Н. Яхно – М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. – 624 с.
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition Cephalalgia. – 2004; 24 (Suppl 1): 1–160.

12. Landy S. H. Classification of developing and established clinical allodynia and painfree outcomes [Text] / S. H. Landy, J. E. McGinnis, S. A. McDonald // Headache. – 2007. – № 47. – P. 247–255.
13. Huma U. Sheikha. Acute and preventive treatment of migraine headache [Text] / U. Sheikha Huma, Paul G. Mathewa // Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. – 2012. – Vol. 16. – № 1. – P. 19–24.
14. Steiner T. J. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity [Text] / T. J. Steiner // Cephalgia. – 2003. – № 23. – P. 519–527.
15. Артеменко А. Р. Хроническая мигрень: клиника, патогенез, лечение [Текст]: автореф. дис. на соискание ученой степени докт. мед. наук / А. Р. Артеменко – М., 2010. – 47 с.
16. Данилов А. Б. Фармакоэкономические аспекты мигрени [Текст] / А. Б. Данилов, Г. Т. Глембоцкая, О. В. Козуб // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 4. – С. 79–81.
17. Филатова Е. Г. Современные подходы к лечению мигрени [Текст] / Е. Г. Филатова // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – Т. 17. – С. 256–260.
18. Штрибель Х. В. Терапия хронической боли: Практическое руководство: пер. с нем. [Текст] / Х. В. Штрибель / под ред. Н. А. Осиповой, А. Б. Данилова, В. В. Осиповой. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2005. – 304 с.
19. American Academy of Neurology: Evidencebased guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine [Text] // Accessed online – 2005. – November 8.
20. Данилов А. Б. Современные подходы к лечению мигрени [Текст] / А. Б. Данилов // Лечащий врач. – 2008. – № 8. – С. 31–37.
21. Соков Е. Л. Мигрень: клиника, диагностика, лечение [Текст] / Е. Л. Соков, Л. Е. Корнилова // Лечащий врач. – 2007. – № 5. – С. 811.
22. Ferrari M. D. Should we advise patients to treat migraine attacks early: methodologic issues [Text] / M. D. Ferrari // Eur. Neurol. – 2005. – № 53. – Т. 1. – P. 17–21.
23. Link A. S. Treatment of migraine attacks based on interaction with trigeminocerebrovascular system [Text] / A. S. Link, A. Kuris, L. Edvinsson // J. Headache Pain. – 2008. – № 9. – P. 512.
24. Headache Classification Committee of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. – Cephalgia – 2004; 24 (Suppl 1): 1160.
25. Huma U. Sheikha. Acute and preventive treatment of migraine headache [Text] / Huma U. Sheikha, Paul G. Mathewa // Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. – 2012. – Vol. 16. – № 1. – P. 19–24.
26. Карлов В. А. Мигрень, пучковая головная боль, головная боль напряжения [Текст] / В. А. Карлов, Н. Н. Яхно // Болезни нервной системы / под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана, П. В. Мельничука. – Т. 2. – М.: Медицина, 1995. – С. 325–337.
27. Connor K. M. Randomized, controlled trial of telcagepant for the acute treatment of migraine [Text] / K. M. Connor, R. E. Shapiro, H. C. Diener et al. // Neurology. – 2009. – № 22. – P. 970–977.
28. Мозолевский Ю. В. Мигренозный инсульт [Текст] / Ю. В. Мозолевский, О. В. Успенская, А. В. Черкашин // Боль. – 2006. – № 4 (13). – С. 25–30.
29. Diamond S. Patterns of diagnosis and acute and preventive treatment for migraine in the United States: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention study [Text] / S. Diamond, M. E. Bigal, S. Silberstein, E. Loder, M. Reed, R. B. Lipton // Headache. – 2007. – № 47. – P. 355–363.
30. Садохва К. А. Перспективное предупреждение осложненной мигрени [Текст] / К. А. Садохва // Медицинские новости. – 2012. – № 5. – С. 30–32.
31. Lanteri M. M. What do patients want from their acute migraine therapy? [Text] / M. M. Lanteri // Eur. Neurol. – 2005. – № 53. – Т. 1. – P. 39.
32. Lipton R. B. Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: The Migraine Disability Assessment (MIDAS) [Text] / R. B. Lipton, W. F. Stewart, J. Sawyer, J. G. Edmeads.
33. Stewart W. F. Developing and testing of Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache related disability [Text] / W. F. Stewart, R. B. Lipton, A. J. Dowson // Neurology. – 2001. – № 56. – P. 20–28.
34. Данилов А. Б. Как повысить эффективность лечения острых приступов мигрени [Текст] / А. Б. Данилов // Трудный пациент. – 2009. – № 3. – С. 25–28.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ

М. В. Савіна

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

У статті представлений огляд літературних даних, присвячених одному з основних видів первинного головного болю — мігрени. Використання сучасних скринінгових методів дозволяє підвищити рівень діагностики пацієнтів, які страждають від нападів мігрени; оцінити вплив мігрени на якість життя пацієнтів. У цьому огляді описані сучасні підходи до терапії мігрени, вимоги до препаратів, що застосовуються для купірування нападів мігрени. А також наведено аналіз фармацевтичного ринку триптанів в Україні.

Ключові слова: мігрень, триптани, якість життя.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МИГРЕНИ

М. В. Савина

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

В статье представлен обзор литературных данных, посвященных одному из основных видов первичной головной боли — мигрени. Использование современных скрининговых методов позволяет повысить уровень диагностики пациентов, страдающих от приступов мигрени; оценить влияние мигрени на качество жизни пациентов. В данном обзоре описаны современные подходы к терапии мигрени, требования к препаратам, которые применяются для купирования приступов мигрени. А также приведен анализ фармацевтического рынка триптанов в Украине.

Ключевые слова: мигрень, триптаны, качество жизни.

УДК 616.858:616.89-008.45/46-085.21



А. А. Скоромец

П. С. Билецкий

Т. В. Лалаян

ЛЕЧЕНИЕ ПРОНОРАНОМ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

А. А. Скоромец¹, Д. Г. Смолко⁴, Ю. В. Кас⁶, К. Т. Алиев¹, П. С. Билецкий⁵,
Т. В. Лалаян², Т. А. Скоромец³, С. В. Хлынина⁵

¹Первый Санкт-Петербургский государственный бюджетный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

³Санкт-Петербургский Психоневрологический НИИ им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

⁴Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Винница, Украина; ⁵Сумы, Украина

⁶Военно-медицинский клинический центр Северного региона, Харьков, Украина

Аннотация. Авторы проанализировали состояние когнитивных функций при болезни Паркинсона (50 пациентов в возрасте от 31 года до 75 лет) В статье представлены данные литературы по эпидемиологии, структуре, характеру нарушений когнитивных функций при болезни Паркинсона, рассмотрены основные патогенетические факторы развития легких и умеренных нарушений когнитивных функций, методы диагностики и их оценки. Представлены результаты собственных исследований влияния терапии Пронораном, назначенным в дозе 50 мг на протяжении 6 мес., на динамику когнитивных функций. Результаты терапии оценивались с помощью нейропсихологических вопросников и шкал (краткая шкала оценки психического статуса, батарея тестов для оценки лобной дисфункции, шкала деменции Матисса и др.; приведена оригинальная скрининговая шкала). При болезни Паркинсона легкие и умеренные нарушения когнитивных функций встречаются примерно с одинаковой частотой и выявляемостью, также как и на фоне 6-месячного приема Пронорана отмечается достоверное улучшение показателей нейропсихологического тестирования.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, когнитивные функции, их нарушения, лечение, Проноран.

Введение

К познавательным (когнитивным) функциям мозга относится интеллектуальная деятельность, включающая память, понимание, восприятие, воспоминание, представление, воображение, рассуждение, задумчивость и др. Расстройства когнитивных функций, связанных с процессами получения, переработки и анализа информации, в структуре болезни Паркинсона (БП) занимают большой удельный вес, уступая по распространенности лишь двигательным и вегетативным нарушениям. При детальном нейропсихологическом тестировании когнитивных функций при этом заболевании их расстройства выявляются в 90,00–95,00 % случаев [1–5, 23]. На поздних стадиях заболевания у трети больных БП их тяжесть достигает уровня деменции, в тоже время как в сходной возрастной группе общей популяции доля лиц с деменцией почти в 10 раз ниже (3,00–4,00 %). По данным некоторых исследователей [38], у пациентов с дебютом БП до 70 лет деменция развивается в 17,00 % случаев, тогда как при развитии заболевания после 70 лет — в 83,00 % случаев.

Снижение когнитивной функции приводит к возникновению профессиональной, социально-бытовой и психологической дезадаптации больных. Деменция повышает смертность пациентов с БП, ухудшает качество жизни не только самих больных, но и их родственников.

Своевременная диагностика и лечение нарушений когнитивных функций при БП снижает процент их инвалидизации и уменьшает финансовые расходы по уходу, улучшает прогноз.

На начальных стадиях БП чаще встречаются нарушения когнитивных функций, связанных с замедлением психических процессов (брадифрения), снижением внимания, ограничением способности к запоминанию; мышление и интеллект больных остаются относительно сохранными, однако способность к решению сложных задач может снижаться из-за ограничения ресурсов внимания. Указанные расстройства не приводят к изменению социальной адаптации больных, однако могут неблагоприятно влиять на качество их жизни. Изменения познавательных функций преимущественно нейродинамического характера, характеризуются снижением внимания и скорости психомоторных реакций, определяются как легкие нарушения когнитивных функций (ЛНКФ) [19, 30]. По мере прогрессирования БП дефицит когнитивных функций может нарастать, чему способствует и достижение более пожилого возраста пациентами и присоединение сопутствующей патологии (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет). Интересные данные получены рядом авторов [18, 37] при динамическом наблюдении в течение 5 лет за пациентами с БП

с ЛНКФ: у 45,40 % из них ЛНКФ трансформировались в умеренные нарушения когнитивных функций (УНКФ), а у 3,00 % пациентов диагностировалась деменция.

УНКФ проявляются более грубым снижением памяти, внимания, мышления и ориентации, но не приводят к утрате независимости и самостоятельности в повседневной жизни [10, 13, 43, 44]. На ранних стадиях БП УНКФ диагностируются в 20,50 % случаев, тогда как на более поздних стадиях БП — в 42,30 % случаев [36]. Критериями УНКФ по МКБ-10 [14] являются жалобы на когнитивные проблемы со стороны родственников или самого пациента; указания на тенденцию к снижению когнитивных функций по отношению к предшествующему уровню; выявляемое при клиническом и нейропсихологическом исследовании расстройство когнитивных функций (в одной или нескольких когнитивных сферах); отсутствие их влияния на повседневную активность.

На основании нейропсихологического профиля УНКФ подразделяют на 2 типа [12, 40, 42]: *амнестический тип* — с дефектом эпизодической памяти, связанный с нарушением запоминания (выявляется в тестах на опосредованное запоминание и узнавание); *дизрегуляторный тип* — с преобладанием регуляторных нарушений, связанных с первичной или вторичной дисфункцией лобных долей.

По мере прогрессирования заболевания нейропсихологические нарушения имеют тенденцию к нарастанию; появляются регуляторные и операционные расстройства, которые постепенно приводят к развитию *деменции*. На ранних стадиях заболевания БП деменция диагностируется лишь у 4,50 % пациентов, тогда как на более поздних — у 20,00–40,00 % пациентов с БП [32]. Трансформации УНКФ в деменцию способствуют более пожилой возраст пациентов, мужской пол, грубый двигательный дефицит и нарушение регуляторных, зрительно-пространственных функций по данным нейропсихологического тестирования [33].

Ранними признаками деменции являются снижение инициативы, социальной, физической и интеллектуальной активности, усиление зависимости от окружающих, повышение сонливости, угнетенное настроение, повышение тревожности, тенденция к самоизоляции, сужение круга общения.

Деменция при БП определяется в том случае, если оценка по краткой шкале психического статуса MMSE составляет менее 25 баллов, а когнитивные нарушения затрагивают несколько познавательных функций (память, внимание, зрительно-пространственные и исполнительные функции) и выражены настолько, что затрудняют повседневную активность пациента [29].

Ряд исследователей обращают внимание на зависимость темпа прогрессирования нарушений когнитивных функций у больных БП от ряда факторов: возраста, уровня образования, длительности заболевания, выраженности двигательных нарушений, характера проводимой те-

рапии, наличия и выраженности психотических нарушений, наличия факторов риска сосудистых расстройств [31, 38].

По данным литературы, нарушения когнитивных функций при БП развиваются на фоне поражения подкорково-корковых систем и характеризуются зрительно-пространственными, регуляторными мнестическими, речевыми и поведенческими нарушениями [2, 3, 16].

У пациентов отмечается замедленность мышления (брадифрения), что приводит к увеличению времени выполнения нейропсихологических тестов и снижению скорости реагирования на предъявляемый стимул. Отмечается снижение способности к запоминанию, извлечению информации, тогда как прочность хранения информации не страдает. Кроме того, мышление пациентов с БП характеризуется значительной инертностью: они склонны принимать то решение, которое было успешным в прошлом, стараются как можно реже менять стратегию своего поведения. Поэтому они недоверчивы ко всему новому и могут быть не вполне критичными к себе и актуальной жизненной ситуации. В связи со снижением внимания нарушается инициация реакций, затрудняется выполнение многокомпонентных заданий. Нарушение регуляторной функции снижает скорость переключения, анализа планирования действий. Дисфункция памяти характеризуется нарушением извлечения информации вследствие дефекта исполнительных функций.

Зрительно-пространственные нарушения выражаются ограничением способности копировать и воспроизводить по памяти рисунки и фигуры, определять дистанцию и направление линий в пространстве. В повседневной жизни зрительно-пространственные нарушения могут приводить к трудностям ориентации на местности.

Патогенез нарушений когнитивных функций при БП в большой мере определяется патоморфологическими изменениями в головном мозге и нарушениями функции нейромедиаторных систем. Нейроморфологической особенностью БП является наличие нейродегенеративного процесса в коре головного мозга. Установлена зависимость между выраженностью когнитивных нарушений и такими проявлениями указанного процесса, как количество телец Леви. На поздних стадиях БП выявляются сенильные бляшки и нейрофибрилярные клубки в нейронах переднего мозга и гиппокампа, что характерно для деменции альцгеймеровского типа [21]. Субкортикальные нарушения характеризуются поражением холинергического базального ядра Мейнерта, а также дофаминергической вентральной покрышечной области [3].

Нейрохимические нарушения при БП связаны с дисбалансом дофамина, ацетилхолина, норадреналина, серотонина и других медиаторов. Ведущую патогенетическую роль в развитии нарушений когнитивных функций играет нарастание холинергической недостаточности при прогрессировании заболевания. Данный факт

подтверждается снижением уровня ацетилхолинтрансферазы в больших полушариях головного мозга, гиппокампе и утратой холинергических нейронов в базальных ганглиях у пациентов с БП с деменцией. При использовании функциональной нейровизуализации установлена связь развития нарушений когнитивных функций и дефицита ацетилхолина в височных долях и участках архикортекса у пациентов с БП [24, 43].

Некоторые исследователи выявили диффузное снижение метаболизма в коре головного мозга у пациентов с БП уже на начальных стадиях заболевания [39]. Дефицит дофамина участвует в возникновении нарушений когнитивных функций в основном лобного типа и затрагивает преимущественно исполнительные функции у пациентов БП. Нарушение реципрокных связей между дофаминергической и ацетилхолинергической системами в структурах лимбического комплекса может приводить к возникновению галлюцинаций. Кроме того, причиной психотических нарушений может быть избыточное образование дофамина при неадекватной терапии препаратами леводопы и денервационная гиперчувствительность дофаминергических нейронов.

Дегенерация нейронов и снижение количества норадреналина в голубом пятне, в новой коре и гиппокампе объясняют нарушение внимания и кратковременной памяти, а также депрессию у пациентов с БП, усугубляющую выраженность когнитивного дефицита [6, 24].

В последнее время обсуждается вопрос о влиянии глутамата на когнитивные функции при БП. Дисбаланс в системе дофамин–глутамат приводит к преобладанию возбуждающего действия последнего на нейроны головного мозга. Глутамат активирует NMDA-рецепторы, регулирующие приток ионов кальция внутрь клетки. Массивный вход и повышение концентрации

ность NMDA-рецепторов, за счет чего даже незначительная концентрация глутамата может вызвать гиперстимуляцию NMDA-рецепторов и привести к еще большему образованию свободных радикалов [44].

Таким образом, высокая чувствительность и глутаматергическая гиперстимуляция NMDA-рецепторов, а также цитотоксическая концентрация ионов кальция, запускающая каскад эксайтотоксичности, ускоряют дегенеративный процесс нейронов и приводят к нарушению работы сигнальных путей, участвующих в формировании памяти.

Целью нашего исследования являлось определение влияния пронорана на динамику нарушений когнитивных функций у пациентов с болезнью Паркинсона и при паркинсонизме различного генеза.

Материалы и методы исследования

Нами исследовано по единому алгоритму 50 пациентов с БП, из них 18 мужчин и 32 женщины. Возраст пациентов вариировал от 31 до 75 лет (табл. 1). Из таблицы видно, что в группе больных преобладали женщины (32 пациентки) в возрасте от 41 до 60 лет (28 больных). Длительность заболевания до момента нашего осмотра в клинике колебалась в обеих группах от 6 до 11 лет, в среднем $8,30 \pm 2,50$.

Диагностику проводили в три этапа: выявляли признаки паркинсонизма, проводили поиск симптомов-признаков, исключающих болезнь Паркинсона и распознавали симптомы, подтверждающие болезнь Паркинсона.

В целом диагноз устанавливали на основании детального исследования неврологического статуса и дополнительных методик исследования: у всех пациентов выполнена МРТ головного мозга, доплерография сосудов шеи, ЭЭГ, клинический и биохимические анализы крови. Ликвор изучен у 14 больных, ПЦР — у 11 пациентов. У 20 пациентов

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Группа больных	Пол	Возраст				Всего
		31–40	41–50	51–60	61–75	
Болезнь Паркинсона	Женский	–	11	17	4	32
	Мужской	2	8	5	3	18
Итого		2	19	22	7	50

кальция в нигростриарных дофаминергических нейронах приводят к запуску окислительного стресса. Существуют экспериментальные данные, свидетельствующие об избирательной чувствительности нейронов черного вещества к окислительному стрессу, что может быть обусловлено двумя факторами: повышенным содержанием ионов железа, усиливающих окислительные процессы, и меньшим по сравнению с другими областями мозга уровнем глутатиона, который обладает антиоксидантной активностью. Другим немаловажным фактором прогрессирования нейродегенеративных процессов в головном мозге является гиперчувствитель-

исследовали сопряженность нарушений когнитивных функций с состоянием ряда нейрохимических систем мозга (активность холинэстеразы с субстратом бутирилтиохолинйодида и активность гамма-глутамилтрансферазы, содержание дофамина и катехоламинов — адреналина и надреналина в суточной моче флюорометрическим методом.

Диагностировали БП в соответствии с критериями Банка головного мозга Великобритании.

По шкале Хёна и Яра наши пациенты имели 1–3-ю стадии болезни.

Средняя оценка степени тяжести БП по шкале Хёна–Яра составила $3,50 \pm 0,50$, по шкале UPDRS — $59,60 \pm 16,20$ балла. Распределение по

формам захворювання було наступним: ригідно-дрожательна форма була діагностована у 24,00 %, дрожательно-ригідна — у 19,50 %, акинетико-ригідна — у 14,50 %, дрожательна — у 12,50 % і змішані у 9,50 %.

Аналіз когнітивних порушень проводили з використанням критеріїв Н. Н. Яхно [19], МКБ-10 [14] і модифікованих критеріїв R. Petersen [43].

Для визначення ступеня вираженості порушень когнітивних функцій використовували наступні шкали і опросники: *Краткая шкала оценки психического статуса* (MMSE), результати якої мали наступні значення: ЛНКФ відповідають 30–28 баллам; УНКФ — 27–25 баллам; деменція — нижче 24 баллів; *Батарея тестов для оценки лобной дисфункции* (БТЛД), по результатам її використання когнітивні порушення інтерпретували наступним образом: ЛНКФ відповідали 16–18 баллам; УНКФ — 12–15 баллам; деменція — 11 баллам і нижче; *Шкала деменции Маттиса* (ШДМ), по якій ЛНКФ відповідають 124 баллам і вище; УНКФ — 115–123 баллам; деменція — 115 баллам. При деменції використовували тест рисования часов, тест пяти слов, батарея тестов для оценки лобной дисфункции [25], бостонський тест називання [34], тест орієнтації ліній [22], тест вербальних асоціацій [37].

Вместе с тем известно, что для оценки степени нарушения когнитивных функций по выше приведенным шкалам и тестам требуется около часа времени работы с пациентом. Поэтому нами у всех пациентов выполнялся вначале скрининговый тест А. А. Скоромца с соавт. [17]. Этот тест сопоставили с данными выше использованных шкал и опросников с целью оценки его валидности. Его адекватность совпадала со многими тестами, которые используются нейропсихологами. Вместе с тем оригинальная скрининговая шкала проверяется за несколько минут и легко оценивается врачом любой квалификации. Тест состоит из повторения последовательно предлагаемых коротких фраз типа: «Один особенный оригинал», «Два добрых диких дикообраза», «Три толстых тихих темных тарантула», «Четыре черепахи чесали четками череп чудяку», «Пять полных перепелочек пели, плотно пообедав». В частности, если пациент путает слова уже в первой фразе — *диагностируется деменция*, при пропуске слов во второй фразе — *речь идет о выраженном нарушении когнитивных функций (ВНКФ)*; при путанице произноса третьей фразы — *диагностируется умеренное нарушение когнитивных функций (УНКФ)*; при пропуске слов в четвертой фразе можно говорить о *хорошем состоянии когнитивных функций*; а правильное повторение пятой фразы — *об отличном состоянии памяти* и в целом когнитивных функций.

Двигательные нарушения и оценивание их степени тяжести проводили по шкалам Хёна-Яра [32] и UPDRS [28].

У всех наших пациентов основной и группы сравнения были выявлены нарушения когнитив-

ных функций от легких (у 38,50 %) до умеренно выраженных (у 61,50%).

Критерием исключения было выявление деменции при скрининговом тестировании пациентов нашей оригинальной методикой.

Нарушения когнитивных функций исследованы при первичном осмотре больных, а затем спустя 3 и 6 месяцев лечения пронораном в дозе 50 мг 1 раз в сутки на протяжении 3-х месяцев.

Статистический анализ проводили с помощью программы «Statistica 6.0» с применением непараметрических методов (критерий знаков и парный критерий Вилкоксона).

Результаты исследования и их обсуждение

При клинической диагностике БП на первом этапе распознавали синдром паркинсонизма и разграничивали его со сходными неврологическими и психопатологическими проявлениями, т. е. проводили синдромальную дифференциальную диагностику. На втором этапе диагностики БП предусматривали исключение других заболеваний, которые могут проявляться синдромом паркинсонизма (негативные критерии диагностики БП).

Критериями исключения БП считали следующие:

- анамнестические указания на повторные инсульты со ступенеобразным прогрессированием симптомов паркинсонизма, повторные черепно-мозговые травмы или достоверный энцефалит, тяжелый грипп;
- окулогирные кризы;
- лечение нейролептиками перед дебютом болезни;
- длительная ремиссия;
- строго односторонние проявления в течение более 3 лет;
- надъядерный паралич зрения;
- мозжечковые симптомы;
- раннее появление симптомов выраженной вегетативной недостаточности;
- раннее появление выраженной деменции;
- симптом Бабинского;
- наличие опухоли головного мозга или открытой (сообщающейся) гидроцефалии;
- отсутствие эффекта от больших доз леводопы (если исключена мальабсорбция);
- интоксикация метил-фенил-тетрагидропиридином.

Наконец, для повышения точности диагноза на третьем этапе проводили поиск симптомов, подтверждающих БП. Чтобы поставить достоверный диагноз БП, необходимо наличие не менее трех критериев из перечисленных ниже:

- начало болезни с односторонних проявлений;
- наличие тремора покоя;
- постоянная асимметрия с более выраженными симптомами на стороне тела, с которой началась болезнь;
- ранняя анозмия без воспалительных заболеваний носа;
- хорошая реакция (70,00–100,00 %) на леводопу;
- прогрессирующее течение заболевания;
- наличие выраженной дискинезии, индуцированной леводопой;

–сохранение эффективности леводопы в течение 5 лет и более;

–длительное течение заболевания (10 лет и более).

Следует помнить, что любой клинический диагноз может быть только вероятным или возможным. Для постановки достоверного диагноза целесообразно нейровизуализационное исследование (МРТ, ПЭТ и т. п.).

Современные диагностические категории болезни Паркинсона:

Возможная болезнь Паркинсона: наличие как минимум двух кардинальных симптомов, одним из которых является акинезия, а другим — тремор или ригидность. Прогрессирующее течение. Отсутствие атипичных симптомов.

Вероятная болезнь Паркинсона: критерии возможной болезни Паркинсона, а также как минимум два из следующих признаков: выраженное улучшение при приеме леводопы; связанные с леводопой флюктуации двигательных симптомов или вызванные приемом леводопы дискинезии; асимметрия симптомов.

Критерии достоверной болезни Паркинсона: наличие критериев вероятной болезни Паркинсона. Обнаружение дегенерации пигментированных нейронов черной субстанции при патоморфологическом исследовании; в оставшихся нейронах черной субстанции обнаруживаются тельца Леви; олигодендроглиальные включения отсутствуют.

Оптимального результата в лечении когнитивных нарушений можно добиться при раннем их выявлении, определении их характера и степени тяжести, своевременном назначении патогенетической терапии. При выявлении когнитивных нарушений у пациентов с БП необходимо проводить коррекцию противопаркинсонической терапии (отмена холинолитиков, седативных препаратов). Препараты леводопы на ранних стадиях БП могут оказывать положительное влияние на легкие и умеренные нарушения когнитивных функций, восстанавливая дефицит дофамина.

Терапевтический эффект наблюдают при ЛНKF, используя немедикаментозные методы коррекции в виде снижения стрессовой нагрузки, умеренной физической активности, коррекции уровня холестерина и сахара в крови. Для лечения применяют препараты метаболического действия, однако их эффективность подтверждена лишь в единичных исследованиях [30] и с кратковременным улучшением когнитивных функций [35].

В отдельных исследованиях на небольшом контингенте пациентов с БП показано положительное влияние агонистов дофаминовых рецепторов (пирибедила-пронорана) при лечении легких и умеренных нарушений когнитивных функций [10]. Пирибедил обладает одновременно норадренергическим и дофаминергическим действием, влияя на основные патофизиологические механизмы возникновения нарушений когнитивных функций. Выявлено, что пирибедил

улучшает мышление, кратковременную и долговременную память, повышает внимание, нормализует регуляторную функцию у пациентов с БП, влияя на активность психических процессов и нейродинамические нарушения [15].

В отечественной неврологической практике проноран зарекомендовал себя как высокоэффективный противопаркинсонический препарат, особенно на ранних стадиях БП [2, 15]. Следует заметить, что исторически первым показанием к применению данного препарата были возрастные нарушения памяти и внимания. Во Франции и других западноевропейских странах этот препарат на протяжении более 30 лет успешно используется при лечении возрастных нарушений памяти и синдрома УНКФ. По данным показаниям эффективность пронорана оценивалась в серии двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, где было установлено, что применение пронорана сопровождается улучшением показателей психометрических шкал и регрессом субъективных неврологических симптомов, таких как головная боль, несистемное головокружение, повышенная утомляемость и др. [20].

Особого внимания заслуживает исследование D. Nagaradja и S. Jayashree [40], в котором проноран применяли у 60 пациентов с синдромом УНКФ в условиях двойного слепого плацебо-контролируемого клинического испытания. Было продемонстрировано, что на фоне применения пронорана частота случаев когнитивного улучшения по Краткой шкале оценки психического статуса вдвое превышает таковую при приеме плацебо.

По данным нейропсихологического обследования наших больных, у них обнаружены дизрегуляторные расстройства в виде снижения активности, трудности переключения с одного задания на другое, нарушение контроля результата деятельности (субтест «концептуализация» и динамический праксис при исследовании батареи тестов для оценки лобной дисфункции; субтесты «память» и снижение внимания при исследовании Шкалы деменции Маттиса), повышение тормозимости следа памяти интерференцией, а также нарушение зрительно-пространственной функции (субтест «конструктивный праксис» при использовании Краткой шкалы оценки психического статуса) (табл. 2).

Как видно из табл. 3, исследованные биохимические показатели под влиянием терапии выраженных нарушений когнитивных функций у пациентов с болезнью Паркинсона имели тенденцию к нормализации.

При анализе двигательных симптомов у пациентов с БП на фоне терапии пронораном через 3 и 6 мес. терапии отмечалась тенденция к уменьшению выраженности симптомов паркинсонизма и балльной оценки по шкале UPDRS.

Выводы

Таким образом, на фоне приема пронорана по 50 мг в сутки у пациентов с болезнью Паркинсона и умеренными нарушениями когнитивных функций отмечается достоверное повыше-

Таблиця 2

Динамика показателей нейропсихологического тестирования пациентов с болезнью Паркинсона с умеренными нарушениями когнитивных функций на фоне лечения пронораном

Нейропсихологические функции и соответствующие им тесты	До лечения	Через 3 месяца лечения	Через 6 месяцев терапии
MMSE	25,70±0,90	26,30±1,40	27,50±1,50
БТЛТ	13,80±2,30	15,10±2,30	15,60±2,40
ШДМ	120,00±6,50	122,10±1,70	124,10±8,40
Инициация (ШДМ)	20,40±1,60	20,30±1,80	20,00±2,30
Концептуализация (ШДМ)	38,90±2,50	37,20±2,30	34,80±5,30
Концептуализация (БТЛТ)	2,90±0,40	3,00±0,20	3,00±0,20
Тормозный контроль (БТЛТ)	1,80±0,90	2,30±0,70	2,50±0,90
Динамический праксис (БТЛТ)	1,80±1,00	1,90±0,80	2,00±0,80
Конструктивный праксис (MMSE)	0,60±0,30	0,70±0,40	1,00±0,20
Конструктивный праксис (ШДМ)	5,90±0,50	5,90±0,40	5,80±0,80
Память (MMSE)	1,50±0,80	2,00±0,60	2,10±0,80
Память (ШМД)	23,60±2,70	24,40±5,00	24,50±2,70
Внимание (MMSE)	4,10±0,90	4,10±0,90	4,50±0,80
Внимание (ШМД)	35,50±2,50	35,90±0,90	39,80±3,30
Речевая активность (БЛТ)	2,70±0,60	2,70±0,90	2,70±0,60

ние общего балла по таким шкалам, как Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), Батарейка тестов для оценки лобной дисфункции (БТЛТ) и Шкала деменции Матисса (ШДМ), в том числе в субтестах «память» (MMSE), «внимание» (ШДМ) и «тормозной контроль» (БТЛТ). Выявляется уменьшение выраженности дизрегуляторных нарушений к 6-му месяцу наблюдения, о чём свидетельствует тенденция повышения балльной оценки в субтестах «инициация», «концептуализация», «конструктивный праксис» и «динамический праксис». Проноран в дозе 50 мг в сутки замедляет трансформацию легкого нарушения когнитивных функций в умеренные, а умеренных — в деменцию. Динамика нарушений когнитивных функций у пациентов с болезнью Паркинсона через 6 мес. от начала лечения была менее четкой по сравнению с лечением в первые три месяца. Очевидно требуется повышение терапевтической дозы до 100 мг пронорана в сутки, что требует проведения дополнительного изучения группы сравнения по

различным дозам пронорана (50 и 100 мг). При выраженном нарушении когнитивных функций отмечено снижение экскреции дофамина, повышение активности гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) и снижение активности холинэстеразы. После трёхмесячного курса лечения пронораном наблюдается тенденция к нормализации этих биохимических показателей наряду с уменьшением степени выраженности нарушений когнитивных функций (по данным результатов нейропсихологического исследования).

Уменьшение выраженности когнитивных расстройств у пациентов с болезнью Паркинсона при адекватном лечении способствует снижению уровня экономических затрат на обеспечение данной группы больных и приводит к повышению качества жизни и повседневной их активности. Всё это позволяет рекомендовать проноран для широкого применения при лечении больных с нарушением когнитивных функций.

Таблиця 3

Динамика биохимических показателей под влиянием лечения пронораном (n=20)

Показатели	Исходные при УНКФ	После курса лечения пронораном 3 месяца
Дофамин, нмоль/сут	906,42±44,30	957,15± 11,34
Адреналин, нмоль/сут	53,28±1,87	56,81±3,15
Норадреналин, нмоль/сут	249,03±6,14	230,62±13,63
Холинэстераза, нмоль/с л	6,56±0,91	7,18±0,59
Гамма-глутамилтрансфераза, мкмоль/ч мл	1069,16±75,80	642,65±59,10

Литература

1. Артемьев Д. В. Нарушения высших психических функций при болезни Паркинсона [Текст] / Д. В. Артемьев, Ж. М. Глозман // Достижения в нейрогериятрии / под ред. Н. Н. Яхно, И. В. Дамулина. – М., 1995. – Вып. 1. – С. 46–58.
2. Бабкин А. П. Когнитивные нарушения и их лечение Пронораном в клинической практике [Текст] / А. П. Бабкин // Психические расстройства в общей медицине / под ред. А. Б. Смулевича. – 2010. – № 4. – С. 36–41.
3. Бугрова С. Г. Когнитивные нарушения и функция нейромедиаторных систем при дисциркуляторной энцефалопатии с учетом результатов лечения Пронораном [Текст] / С. Г. Бугрова, А. Е. Новиков // Журнал невролог и психиат им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. – Вып. 8. – С. 63–65.
4. Дамулин И. В. Легкие когнитивные нарушения [Текст] / И. В. Дамулин // Cons. Med. – 2004. – Т. 2. – с. 149–153.
5. Дамулин И. В. Деменция при болезни Паркинсона: методическое пособие для врачей [Текст] / И. В. Дамулин. – М., 2005.
6. Захаров В. В. Деменция при болезни Паркинсона [Текст] / В. В. Захаров // Неврол. журнал (прилож. 1). – 2006. – № 11. – С. 13–18.
7. Захаров В. В. Нарушение когнитивных функций при болезни Паркинсона и симптоматическом паркинсонизме: дис. на соискание научной степени д-ра мед. наук [Текст] / В. В. Захаров. – М., 2003. – С. 36–40.
8. Захаров В. В. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона [Текст] / В. В. Захаров, П. В. Ярославцева, Н. Н. Яхно // Неврол. журн. – 2003. – № 2. – С. 11–15.
9. Захаров В. В. Применение препарата Проноран (пирибедил) при легких когнитивных расстройствах у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией [Текст] / В. В. Захаров, А. Б. Локшина // Неврол. журн. – 2004. – № 2. – С. 30–35.
10. Захаров В. В. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение [Текст] / В. В. Захаров, Н. Н. Яхно // Рус. мед. журнал. – 2004. – Вып. 10. – С. 573–576.
11. Захаров В. В. Когнитивные нарушения у больных сахарным диабетом [Текст] / В. В. Захаров, В. Б. Сокина // Невролог. журн. – 2009. – Т. 14. – № 4. – С. 54–58.
12. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции при болезни Паркинсона [Текст] / О. С. Левин, Л. А. Батукаева, И. Г. Смоленцева // Журнал невролог и психиат им. С. С. Корсакова – 2008. – Т. 108, – Вып. 6. – С. 91–97.
13. Левин О. С. Гетерогенность умеренного когнитивного расстройства: диагностические и терапевтические аспекты [Текст] / О. С. Левин, Л. В. Голубева // Консилиум. – 2006. – Вып. 12. – С. 106–110.
14. МКБ-10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр [Текст] – Т. 1. – Женева: ВОЗ, 1995.
15. Пилипович Л. А. Влияние Пронорана на когнитивные и аффективные нарушения при болезни Паркинсона [Текст] / Л. А. Пилипович, В. Л. Голубев // Журн. неврол. и психиат. – 2005. – Т. 105. – Вып. 4. – С. 41–47.
16. Садикова А. Н. Коррекция клинических, нейропсихологических, компьютерно-томографических данных при болезни Паркинсона: дис. на соискание научной степени канд. мед. наук [Текст] – М., 1997.
17. Скоромец А. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы [Текст] / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. – СПб.: Политехника, 2002. – С. 417.
18. Степкина А. Д. Когнитивные нарушения при прогрессировании болезни Паркинсона [Текст] / А. Д. Степкина, В. В. Захаров, Н. Н. Яхно // Журн. неврол. и психиат. – 2005. – Вып. 10. – С. 13–19.
19. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике [Текст] / Н. Н. Яхно // Неврол. журн (прилож. 1) – 2006 – № 11 – С. 4–12.
20. Яхно Н. Н. Проноран в лечении больных с ранними стадиями болезни Паркинсона [Текст] / Н. Н. Яхно, И. С. Преображенская // Невролог. журн. – 2004. – Т. 9. – Вып. 6. – С. 34–38.
21. Bartoli G. Controlled clinical trial of peribedil in the treatment of cerebrovascular insufficiency [Text] / G. Bartoli, E. Wichrowska // Clin.Ter. – 1976. – Vol. 78. – № 2. – P 141–151.
22. Benton A. L. Visuospatial judgement: a clinical test [Text] / A. L. Benton, N. R. Varney, K. Hamsher // Arch Neurol – 1978. – Vol. 35. – P. 364–367.
23. Bronnick K. Profile of cognitive impairment in dementia associated with Parkinson's disease compared with Alzheimer's disease [Text] / K. Bronnick, M. Emre, R. Lane et al. // J. Neurol Neurosurg Psychiat. – 2007. – Vol. 78. – P. 1064–1068.
24. Caspar P. Alterations of dopaminergic and noradrenergic innervations in motor cortex in Parkinson's disease [Text] / P. Caspar, Duyckaens et al. // Ann Neurol – 1991. – Vol. 30. – P. 365–374.
25. Dubois B. The FAB: a frontal assessment battery at bedside [Text] / B. Dubois, A. Slachevsky, I. Litvan, B. Pillon // Neurology – 2000. – Vol. 55. – P. 1621–1626.
26. Emre M. Dementia associated with Parkinson's disease [Text] / M. Emre // Lancet Neurol – 2003. – Vol. 2. – P. 229–237.
27. Emre M. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson disease [Text] / M. Emre, D. Aarsland, R. Brown et al. // Mov Dis. – 2007. – № 22. – P. 1689–1707.
28. Fahn S. Unified Parkinson's disease rating scale [Text] / S. Fahn, R. Eiton // Recent developments in Parkinson's disease / S. Fahn, C. Marsden, D. Caine et al. – McMillan Healthcare Information. – 1987. – Vol. 5. – P. 153–163.
29. Folstein M. F. Mini-Mental State: a practical guide for grading the mental state of patients for the clinician [Text] / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // J Psychiat Res – 1975 – Vol. 12 – P. 189–198.
30. Golomb J. Clinician's Manual on Mild Cognitive Impairment [Text] / J. Golomb, A. Kluger, S. H. Ferris. – London: Science Press, 2001.
31. Hobson P. Risk and incidence of dementia in a cohort of older subjects with Parkinson's disease in the United Kingdom [Text] / P. Hobson, J. Meara // Mov Dis – 2004. – Vol. 19. – P. 1043–1049.
32. Hoehn M. Parkinsonism: onset, progression and mortality [Text] / M. Hoehn, M. D. Yahr // Neurology – 1967. – Vol. 17 – № 5. – P. 427–442.
33. Jacobs D. M. Neuropsychological characteristics of preclinical dementia in Parkinson's disease [Text] / D. M. Jacobs, K. Marder, L. Cote et all // Neurology. – 1995. – Vol. 45. – P. 1691–1696.
34. Kaplan J. The Boston Naming test [Text] / J. Kaplan, H. Goodglass, S. Weintraub. – Boston, 1978.
35. Le Bars P. L. Placebo-controlled, double-blind, randomized trial of an extract of Gingo Biloba for dementia [Text] / P. L. Le Bars, M. M. Katz, N. Berman // JAMA. – 1997. – Vol. 278. – P. 1327–1332.
36. Lewy G. Memory and executive function impairment predict dementia in Parkinson's disease [Text] / G. Lewy, D. M. Jacobs // Mov Dis. – 2002. – Vol. 17. – № 6. – P. 1221–1226.

37. Lezak M. D. Neuropsychology Assessment New York [Text] / M. D. Lezak. – NY.: University Press, 1983. – 768 p.

38. Marder K. The frequency and associated risk factors for dementia in patients with Parkinson's disease [Text] / K. Marder, M. X. Tang, L. Cote, Y. Stem // Arch Neurol. – 1995. – Vol. 52. – P. 695–701.

39. Mattis S. Mental state examination for organic mental syndrome in the elderly patients [Text] / S. Mattis // Ger Psychiatry / L. Bellack, T. B. Karasu (eds). – NY., 1976.

40. Nagaraia D. Randomised study of the dopamine receptor agonist piribedil in the treatment of mild cognitive impairment [Text] / D. Nagaraia, S. Jayasree // Am J. Psychiat. – 2001. – Vol. 158. – № 9. – P. 1517–1519.

41. Palmer K. Preface: mild cognitive impairment [Text] / K. Palmer, V. Jelic, B. Winblad // Acta Neurol Scand. – 2003. – Vol. 107 (Suppl 179) – P. 5–6.

42. Peppard R. F. Cerebral glucose metabolism in Parkinson's disease with and without dementia [Text] / R. F. Peppard W. R. Martin, G. D. Carr et al. // Arch Neurol. – 1992. – Vol. 49. – P. 1262–1268.

43. Petersen R. S. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome [Text] / R. S. Petersen, G. E. Smith, S. C. Waring et al. // Arch Neurol. – 1999. – Vol. 56. – P. 303–308.

44. Petersen R. S. Consensus on mild cognitive impairment [Text] / R. S. Petersen, J. Touchon // Res Pract Alzheimer's Dis. – 2005. – Vol. 10. – P. 24–32.

45. Young A. B. In excitatory amino acids and synaptic transmission [Text] / A. B. Young. – NY.: Academic Press – Harcourt – Brace and Co, 2000. – P. 29–40.

ЛІКУВАННЯ ПРОНОРАНОМ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНУ

О. А. Скороমেць¹, Д. Г. Смолко⁴, Ю. В. Кас⁶, К. Т. Алієв¹, П. С. Білецький⁵, Т. В. Лалаян², Т. О. Скоромець³, С. В. Хлинїна⁵

¹Перший Санкт-Петербурзький державний бюджетний медичний університет ім. акад. І. П. Павлова, Санкт-Петербург, Росія;

²Північно-Західний державний медичний університет ім. І. І. Мечникова;

³Санкт-Петербурзький Психоневрологічний НДІ ім. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Росія;

⁴Вінницький національний медичний університет ім. Н. І. Пирогова, Вінниця, Україна;

⁵Суми, Україна;

⁶Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, Харків, Україна

Автори проаналізували стан когнітивних функцій при хворобі Паркінсона (50 пацієнтів у віці від 31 до 75 років). У статті представлені дані літератури з епідеміології, структури, характеру порушень когнітивних функцій при хворобі Паркінсона, розглянуті основні патогенетичні фактори розвитку легких і помірних порушень когнітивних функцій, методи діагностики та їх оцінки. Представлено результати власних досліджень впливу терапії Пронораном, який призначався в дозі 50 мг протягом 6 міс., на динаміку когнітивних функцій. Результати терапії оцінювались за допомогою нейропсихологічних опитувальників і шкал (Стисла шкала оцінки психічного статусу, батарея тестів для оцінки лобної дисфункції, шкала деменції Матиса та ін.; наведена оригінальна скринінгова шкала). При хворобі Паркінсона легкі та помірні порушення когнітивних функцій зустрічаються приблизно з однаковою частотою і виявляємостю, так само як і на фоні 6-місячного прийому Пронорану відзначається достовірне покращення показників нейропсихологічного тестування.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, когнітивні функції, їх порушення, лікування, Проноран.

PRONORAN TREATMENT OF COGNITIVE FUNCTION DISORDERS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

A. A. Skoromets¹, D. G. Smolko⁴, Y. V. Kas⁶, K. T. Aliev¹, P. S. Biletskyi⁵, T. V. Lalayan², T. A. Skoromets³, S. V. Hlynina⁵

¹Acad. I. P. Pavlov First St. Petersburg State Budget Medical University, St. Petersburg, Russia

²I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University

³V. M. Bekhterev St. Petersburg Psychoneurological Institute, St. Petersburg, Russia

⁴N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University, Vinnitsa, Ukraine;

⁵Sumy, Ukraine

⁶Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Kharkov, Ukraine

The authors have analyzed the state of the cognitive functions in patients with Parkinson's disease (50 patients aged 31 to 75 years). The article provides data from literature on epidemiology, structure, and character of disorder of the cognitive functions in patients with Parkinson's disease, examines the main pathogenic factors of development of mild and moderate disorders of cognitive functions, methods of diagnostics and their evaluation. The authors provide the results of their own studies of the influence of Pronoran therapy (prescribed dose 50 mg during 6 months) on the dynamics of the cognitive functions. The results of the therapy were evaluated with the help of special questionnaires and scales (concise scale for evaluation of the mental status, test battery for evaluation of frontal disfunction, Mattis's scale of dementia etc.; the original screening scale is provided). In patients with Parkinson's disease, mild and moderate disorders of the cognitive functions occur with roughly equal rate and diagnosability, whereas against the background of the 6-month Pronoran admission significant improvement of neuropsychological testing results is observed.

Key words: Parkinson's disease, cognitive functions, disorders, treatment, Pronoran.

УДК 616.89:378.4(477.54)(091)



ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ В ХАРЬКОВСКОМ КЛАССИЧЕСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

С. М. Куделко

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Статья посвящена исследованию процесса становления и развития психиатрии в стенах Харьковского университета на протяжении XIX — начала XXI веков. Определены важнейшие вехи в истории университетской науки о психическом здоровье человека. Проанализированы предпосылки возникновения харьковской школы психиатрии, охарактеризован вклад харьковских специалистов в развитие отечественной и мировой медицинской науки.

Ключевые слова: психиатрия, история науки, Харьковский университет, медицинский факультет.

*Руку, ногу переломишь, сживется,
а душу переломишь — не сживется.
Пословица*

Введение

Медицинская психиатрическая помощь возникла в Харькове, столице Слободской Украины, в XVIII столетии, в век Просвещения, когда в городе появились первые врачи и открылась первая аптека (1778).

Известно, что психические и нервные заболевания принадлежат к числу наиболее распространенных.

Цель статьи — осветить историю становления медицинской психиатрической помощи, возникшей в Харькове.

Материал и методы исследования — историографическое исследование, метод исторического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Уже в 1793 году в городе был основан долл-гауз — «смирительный дом» (третий в империи, после Москвы и Петербурга), впрочем, никакой медицинской фактической помощи больным он не оказывал.

В 1812 году харьковские богоугодные заведения были переведены за город на земли, купленные у помещицы Хорват за 33 тысячи рублей ассигнациями (17 десятин земли). Этот комплекс, существующий и в наше время, известен под названием «Сабурова дача». Первая подобная лечебница была основана в Лондоне в 1547 году и получила название «Бедлам», ставшее нарицательным.

Важнейшим этапом развития не только харьковской медицины, но и этой науки в масштабах всей империи, стало основание медицинского факультета в стенах старейшего украинского Каразинского университета (1804). Уже основатель университета В. Н. Каразин интересовался фармакологией и врачеванием. У себя дома он изготавливал такие лечебные препараты и химикалии, как скипидар, селитра, сода, нашатырь, масло из шпанской мушки, эссенции из лечеб-

ных трав (в т. ч. выписанных из-за границы). Из письма В. Н. Каразина профессору университета А. С. Венедиктову известно, что в результате своих исследований Василий Назарович изготовил две лечебные эссенции, в том числе — *Ess baccarum belladonae*. Ею он успешно лечил больных, страдающих нервными припадками. В своем имении в с. Кручик Богодуховского уезда Слободско-Украинской губернии он заложил и специальный аптекарский огород для выращивания целебных растений. В. Н. Каразин мечтал, что университет будет готовить таких врачей, «которых одно приближение к одру страждущего дает ему надежду и отраду...» [2, с. 320].

Именно профессора Харьковского университета первой половины XIX века заложили прочный фундамент, на котором впоследствии возникла знаменитая харьковская школа психиатрии. С первых лет существования медицинского факультета в нем преподавались дисциплины, так или иначе связанные с лечением, как тогда их называли, «душевных» болезней. В 1815 году врач П. Любовский выпустил первое пособие по психотерапии под названием «Краткое руководство к опытному душесловию» [22, с. 37].

Пионером науки о психических заболеваниях в Харькове был П. А. Бутковский (1801–1844). В 1834 году из-под его пера вышел первый отечественный учебник «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии, в общем, и частном, теоретическом и практическом содержании» (1834) (в 2-х частях, был напечатан в Санкт-Петербурге). Кроме того, ученый опубликовал несколько переводов научных трудов с иностранных языков. П. А. Бутковский впервые в Российской империи прочитал курс лекций по душевным болезням, ввел в научный оборот сам термин «психиатрия», что дало ему право считаться основоположником психиатрии в славянских странах [10, с. 86].

В последующие годы преемниками П. А. Бутковского на посту преподавателей психиатрии в Харьковском университете стали профессора В. К. Альбрехт, К. А. Демонси (Дюмонси), В. Г. Лашкевич, Я. С. Кремянский (все они были представителями терапевтических кафедр).

Долгие столетия развития медицины психические нарушения составляли и составляют одно из самых загадочных явлений в организме человека. Существовало множество теорий, которые умозрительно пытались объяснить эти болезненные проявления. И только во второй половине XIX века наука, встав на прочную основу эксперимента, сумела отыскать реальные источники расстройств в сфере психической деятельности человека.

Настоящий переворот в психиатрии как науке произошел после отмены крепостного права в 1861 году. Благодаря земствам в стране возникли крупные специализированные больницы. Как правило, они располагались за городской чертой, имели в своем распоряжении мастерские и большие земельные участки. Постепенно под влиянием прогрессивной общественности и передовых врачей смягчались условия содержания душевнобольных. Еще Григорий Скворода отмечал: «Что может быть вреднее человека, обладающего знанием самых сложных наук, но не имеющего доброго сердца? Он все свои знания употребит во зло». В благородном деле гуманизации отношений к психически больным большая заслуга харьковской школы психиатров.

Основателем университетской школы психиатрии по праву считается выдающийся ученый П. И. Ковалевский (1850–1923), который в своем творчестве органично сочетал врачебную практику и научную теорию. Достаточно привести факт переиздания его главных трудов в наше время, чтобы оценить новаторство этого врача. Он стал основателем самостоятельной кафедры нервных и душевных болезней в Харьковском университете (1884) — нового подразделения медицинского факультета, которое было открыто согласно Университетского устава 1884 году.

П. И. Ковалевский в 1877 году получил степень доктора медицины, а в следующем, 1878 году, приступил к работе в качестве приват-доцента на кафедре нервных и душевных болезней. В 1887 году он стал ординарным профессором, а в 1888 году — деканом медицинского факультета. В 1894 году даровитый ученый и педагог, почетный член многих отечественных и зарубежных научных обществ был назначен ректором Варшавского университета.

П. И. Ковалевский на протяжении десяти лет (1884–1894) три-четыре часа в неделю преподавал нервных, а два-три — душевные болезни, при этом демонстрацию больных производил в лечебнице И. Я. Платонова (1852–1920). Слушатели лекций Павла Ивановича с большой теплотой вспоминали: «Художественно читал нервных болезни и психиатрию профессор П. И. Ковалевский. Типы психопатологических уклонений

он рисовал пластически выразительно. Умело и убедительно останавливался на роли внушения и психотерапии. Помню приведенный им пример. Больному назначены капли — *Aqua tiliae* (липовая вода), по 10 капель на прием: «Ни капли больше!». Больной быстро и отлично поправился» [20, с. 298]. В 1877 году П. И. Ковалевский впервые применил в качестве лечебного средства некоторые ремесла и другие занятия (цветоводство, огородничество, столярное дело и т. п.) [14, с. 112]. Благодаря его переводам иностранных классических монографий всероссийская психиатрическая общественность познакомилась с такими классиками науки как Ж.-М. Шарко, Т. Мейнерт и др.

В 1880 году ученый выпустил первый российский учебник по психиатрии, который выдержал четыре переиздания. Ученики П. И. Ковалевского впоследствии заняли ряд кафедр: М. Ф. Попов — в Томске, Н. И. Мухин — в Варшаве, Д.Б.Франк — в Екатеринославе (Днепропетровске), А. И. Ющенко — в Ростове-на-Дону, К. И. Платонов — в Харькове, Н. В. Краинский — в Варшаве, Белграде и т. д.

Показателем роста сознания врачей-психиатров стало понимание ими необходимости координации усилий. В 1887 году в Харькове под председательством профессора Петербургской медико-хирургической академии И. П. Мержеевского, был проведен первый съезд специалистов этой отрасли медицинской науки.

Инициатором и главным вдохновителем съезда стал профессор Харьковского университета П. И. Ковалевский. Не меньшее значение в истории психиатрии, чем проведение съезда стало основание в Харькове первого психиатрического журнала в империи «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» (1883). Многие новаторские работы были опубликованы на его страницах. В 1888 году здесь был напечатан классический труд А. А. Токарского (1859–1901) «Гипнотизм и внушение».

После отъезда П. И. Ковалевского из Харькова преподавателем на кафедре психиатрии стал выпускник Санкт-Петербургского университета и воспитанник Медико-хирургической академии Я. А. Анфимов (1852–1930). С 1894 года он стал ординарным профессором. Яков Афанасьевич продолжил и приумножил традиции, заложенные его предшественником [6, с. 40].

Преемником Анфимова стал профессор И. Г. Оршанский (1851–1923). Этот ученый значительно расширил число курсов, читаемых на кафедре. Исаак Григорьевич преподавал судебную психиатрию, судебно-психиатрические анализы, общую психопатологию, демонстративный курс нервных и душевных болезней, а также антропологию. И. Г. Оршанский читал и необязательные (как их сейчас называют, факультативные) курсы. В 1884 году он основал в Харькове первую частную лечебницу и поликлинику для нервных и душевнобольных. Клиника просуществовала до 1895 года, позже И. Г. Оршанский создал поликлинику (амбулаторию) для нервно больных. Эта

амбулатория размещалась в университетском помещении и была создана по решению правления университета [11, с. 165–169].

Следующим специалистом-медиком, работавшим на кафедре психиатрии и нервных болезней, был харьковчанин и выпускник Харьковского университета (диплом лекаря с отличием) Н. И. Мухин (1863–?). Николай Иванович преподавал курс «Болезни спинного мозга», а также работал в клинике нервных и душевных болезней при университете. Степень доктора медицины получил в 1892 году. Среди его работ харьковского периода обращают на себя внимание: «Отравления как причина нервных болезней», «Токсический спастический паралич». В 1895 году он был переведен в Варшавский университет.

Среди преподавателей кафедры в дореволюционный период следует отметить представителя даровитой семьи Данилевских — К. Я. Данилевского. Его коллегами по кафедре были Я. Я. Трутовский (1867–?), А. О. Попов (1865–?), Б. Ш. Грейденберг (1857–1923), А. М. Левковский (1865–1922).

В конце XIX — начале XX века в Харькове и его университете, который достиг уровня передовых университетов Запада, трудилась когорта выдающихся психиатров, психологов и невропатологов. Среди них одно из первых мест занимает С. Н. Давиденков (1880–1961). Яркими трудами обратил на себя внимание профессор В. П. Протопопов (1880–1957). Ему удалось создать оригинальную классификацию шизофрении, что дало возможность не только успешно планировать лечение, но и прогнозировать развитие болезни на ее ранних стадиях [12, с. 68]. С Харьковом связана и деятельность другого выдающегося психиатра В. А. Гиляровского (1876–1959). Будущий академик АМН СССР с 1899 года работал в Харьковской губернской психиатрической больнице (клинической базе университетских психиатров и невропатологов).

Крупные изменения произошли в начале XX столетия. Так, в 1910 году увидел свет первый научный сборник, посвященный различным аспектам предоставления психиатрической помощи (в честь академика С. С. Корсакова).

С университетом связаны важные эпизоды жизни многих других видных психиатров и невропатологов страны XIX — начала XX ст. В его стенах, например, защитил в 1894 году докторскую диссертацию известный психиатр Н. Н. Баженов (1857–1923) «К вопросу о значении аутоинтоксикаций в патогенезе некоторых нервных симптомо-комплексов».

Последним крупным предреволюционным событием в жизни психиатров и невропатологов университета было завершение строительства здания клиники нервных болезней. В результате этого количество профильных коек возросло в полтора раза. До этого практической базой для университетских медиков последовательно служили Сабурова дача и частная психиатрическая лечебница И. Я. Платонова (основателя известной харьковской врачебной династии).

Примечателен также факт избрания университетом в свои почетные члены блистательной плеяды выдающихся психиатров и неврологов России и других стран. Среди них такие корифеи науки, как В. М. Бехтерев, Р. Вирхов, К. Гольджи и др. [15, с. 28, 50, 72].

После революции 1917 года ряд психиатров и невропатологов оказался в эмиграции. За рубежом они продолжали свою научную и преподавательскую деятельность. Например, в Польше видным ученым-невропатологом и психиатром был бывший приват-доцент университета В. Э. Дзержинский (1891–1942), младший брат известного революционера и государственного деятеля. Ему принадлежит первый польский академический учебник «Справочник по неврологическим заболеваниям. Часть I: Общая неврология» (Варшава, 1925).

В дальнейшем, после реорганизации университета и выделения из него медицинского факультета (который стал основой современного Харьковского медицинского университета) еще долгие годы выпускники-врачи и ученые-психиатры, невропатологи трудились в различных медицинских заведениях страны. Ими был сделан ряд выдающихся открытий. Последние представители этой славной плеяды ученых, получивших научную «закваску» в стенах классического университета, сошли с исторической сцены на рубеже 60-х — 70-х годов XX столетия.

Выпускник медицинского факультета университета, Нобелевский лауреат И. И. Мечников (1845–1916) отмечал: «Характерную черту науки составляет именно то, что она требует сильной деятельности... Даже одна перспектива получить в более или менее отдаленном будущем научное разрешение великих задач, занимающих человечество, способна дать большое удовлетворение». Питомцы университетской психиатрической школы обладали именно такой жадой активной деятельности.

Например, в 1950 году профессор К. И. Платонов (1877–1969) (вместе с И. З. Вельвовским) создал оригинальный метод обезболивания родов, который получил мировое признание. Основываясь на учении И. П. Павлова, авторы этого метода предложили эффективный и безвредный способ, в основе которого лежит гипноз [9, с. 69]. Новаторскими также следует признать труды К. И. Платонова середины XX столетия, посвященные слову, как физиологическому и лечебному фактору [5, с. 39]. Одним из основателей биохимического направления стал выпускник университета 1893 года, академик АН УССР А. И. Ющенко (1869–1936). Признанные заслуги у выдающегося патофизиолога Д. Е. Альперна (1894–1968). Этому выпускнику университета 1917 года принадлежит заслуга в выяснении роли нервных гуморальных факторов в патогенезе тканевого обмена, а также реактивности организма и ее регуляции в патологии [4, с. 15].

Среди приоритетов харьковских университетских медиков наряду с их достижениями в области хирургии и акушерства, эндокринологии и

офтальмології, следует назвать психіатрію, а также родственные с ней психологію, неврологію и, возникшую во второй половине XX века, наркологію. Нельзя здесь обойти вниманием и такие науки, как педагогіка, біологія, фармакологія и некоторые другие, так или иначе связанные с психіатріей. На всех этапах развития психіатрії в Харькове и в его классическом университете в ней большое место занимали междисциплинарные исследования.

Возрождение в 1993 году медицинского факультета поставило вопрос о возобновлении работы в нем профильной кафедры нервных и психических заболеваний [19, с. 675]. Такая кафедра была создана в 2012 году под названием «кафедра психіатрії, наркологіи, неврологіи и медицинской психологіи». Возглавил ее доктор

медицинских наук, профессор В. И. Пономарев. Коллектив кафедры ставит своей задачей возродить славу университетской психіатрической школы и после длительного перерыва вернуть в стены классического университета специализацию, которая, изучая тонкую материю человеческой психики, помогает людям обрести нервно-психическое здоровье. Знаменитый английский писатель и философ Г. Болингброк считал, что даже «величайший герой бывает полным ничтожеством при известном состоянии нервов».

Опираясь на двухвековые традиции развития психіатрії и неврологіи, психологіи и других дисциплин в Харьковском университете, коллектив кафедры, без сомнения, впишет новые яркие страницы в летопись его истории.

Литература

- 100-летие Харьковского научного медицинского общества. 1861–1961: сборник очерков и статей по истории деятельности [Текст] // Харьковское медицинское общество / отв. ред. Н. П. Новаченко. – К.: Здоров'я, 1965. – 259 с.
- Болебрух А. Г. Василь Назарович Каразін (1773–1842) [Текст] / А. Г. Бolečух, С. М. Куделко, А. В. Хридошкін. – Х.: Авто-Енергія, 2005. – 348 с.
- Верхратський С. А. Історія медицини [Текст] / С. А. Верхратський, П. Ю. Заблудовський. – К.: Вища школа, 1991. – 431 с.
- Вихованці Харківського університету. Біобібліограф. довідник [Текст] / авт.-уклад: Б. П. Зайцев, В. І. Кадєєв, С. М. Куделко [та ін.]. – Х.: Авто-Енергія, 2004. – 250 с.
- Волошин П. В. Харьков — колыбель украинской психоневрологии [Текст] / П. В. Волошин, Н. П. Волошина // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10. – № 3. – С. 39–42.
- Гавенко В. Л. [Текст] / Роль и место кафедры психіатрії ХМИ в истории развития психіатрії на Украине [Текст] / В. Л. Гавенко, Н. Е. Бачериков, Г. А. Самардакова, А. В. Смыков // История украинской психіатрії: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психіатрії и Харьковской городской клинической психіатрической больницы №15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Х.: [б.и.], 1994. – Т. 1. – С. 40–42.
- Зеленский Н. М. 150 лет Сабуровой дачи [Текст] / Н. М. Зеленский. – Т. XIX (67). – К.; Х.: Госмедиздат УССР, 1946. – 159 с.
- Історія Харківського державного медичного університету 200 років [Текст] / за ред. акад. А. Я. Циганенка. – Х.: Контраст, 2005. – 742 с.
- Корнетов А. Н. Основные аспекты истории украинской психіатрії [Текст] / А. Н. Корнетов // История украинской психіатрії: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психіатрії и Харьковской городской клинической психіатрической больницы №15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Х.: [б.и.], 1994. – Т. 1. – С. 69–70.
- Кутько И. И. Приоритет харьковского профессора П. А. Бутковского в развитии психіатрії [Текст] / И. И. Кутько // История украинской психіатрії: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психіатрії и Харьковской городской клинической психіатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ.
- Медицинский факультет Харьковского университета за первые сто лет его существования (1805–1905) [Текст] / под ред. проф. И. П. Скворцова и проф. Д. И. Багалея. Репр. изд. – Вступ. ст. С. М. Куделко. – Х.: САГА, 2011. – 12, V, 471, 314, XVI с.
- Національна Академія Наук України. Персональний склад (1918–1998) / уклад.: В. М. Палій, Ю. О. Храмов; відп. ред. В. Ф. Мачулін. – К.: Фенікс, 1998. – 279 с.
- Очерки истории Харьковского медицинского института [Текст] / отв. ред.: Б. А. Задорожный. – Х.: [б.и.], 1969. – 293 с.
- Петрюк П. Т. Павел Иванович Ковалевский — известный отечественный психіатр [Текст] / П. Т. Петрюк // История Сабуровой дачи. Успехи психіатрії, неврологіи, нейрохирургии и наркологіи: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психіатрії и Харьковской городской клинической психіатрической больницы №15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Х.: [б.и.], 1996. – Т. 3. – С. 57–61.
- Почесні члени Харківського університету. Біографічний довідник / Б. П. Зайцев, В. І. Кадєєв, С. М. Куделко [та ін.]. – Х.: Тимченко, 2008. – 312 с.
- Робак І. Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок XVIII ст. – 1916 р.) [Текст] / І. Ю. Робак. – Х.: ХДМУ, 2007. – 346 с.
- Робак І. Ю. Охорона здоров'я у першій столиці радянської України (1919–1934 рр.) [Текст] / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко. – Х.: Колегіум, 2012. – 260 с.
- Смирнова С. Н. Очерки истории Сабуровой дачи [Текст] / С. Н. Смирнова. – Х.: Ранок, 2007. – 292 с.
- Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна за 200 років [Текст] / В. С. Бакіров, В. М. Духопельников, Б. П. Зайцев [та ін.]. – Х.: Фоліо, 2004. – 750 с.
- Харківський університет XIX початку XX століття у спогадах його професорів та вихованців: у 2 т. [Текст] / укл.: Б. П. Зайцев, В. Ю. Іващенко, В. І. Кадєєв [та ін.]. – Х.: САГА, 2010. – Т. 2. – 540 с.
- Харьковский государственный университет 1805–1980. Исторический очерк [Текст] / отв. ред. И. Е. Тарапов. – Х.: Изд-во ХГУ, 1980. – 160 с.
- Харьковский государственный университет им. А. М. Горького за 150 лет [Текст] / отв. ред. С. М. Королевский. – Х.: Изд-во ХГУ, 1955. – 386 с.

**ОЧЕРК ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ У ХАРКІВСЬКОМУ
КЛАСИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

С. М. Куделко

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Стаття присвячена дослідженню процесу становлення та розвитку психіатрії у стінах Харківського університету протягом ХІХ — початку ХХІ ст. Визначено основні віхи в історії університетської науки про психічне здоров'я людини. Проаналізовано передумови виникнення харківської школи психіатрії, охарактеризовано внесок харківських спеціалістів у розвиток вітчизняної та світової медичної науки.

Ключові слова: психіатрія, історія науки, Харківський університет, медичний факультет.

**ESSAY ON THE HISTORY OF PSYCHIATRY AT CLASSICAL
UNIVERSITY OF KHARKIV**

S. M. Kudelko

V. N. Karazin Kharkiv National University

The article is devoted to the process of formation and development of psychiatry at the University of Kharkiv during the 19th and early 20th centuries. The most important milestones in the history of university science of mental health are defined. The background of the Kharkiv school of psychiatry is analyzed. The contribution of Kharkiv specialists in the development of national and international medical science is described.

Key words: psychiatry, history of science, University of Kharkiv, school of medicine.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

до міжнародного науково-практичного журналу
«Психіатрія, неврологія та медична психологія»

В міжнародному науково-практичному журналі «Психіатрія, неврологія та медична психологія» публікуються проблемні статті, результати оригінальних і експериментальних досліджень, статті оглядового, дискусійного та історичного характеру, короткі повідомлення, лекції, рецензії, випадки із практики, матеріали інформаційного характеру, роботи з питань викладання нейро-наук, організації та управління психоневрологічною службою та інші матеріали, присвячені актуальним проблемам клінічної та судової психіатрії, наркології, неврології, медичної психології, а також психотерапії, фармакотерапії та ін.

До розгляду редакційною колегією журналу приймаються статті, які відповідають тематиці журналу й нижченаведеним вимогам:

1. Роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

3. Стаття надсилається до редакції в двох примірниках, один екземпляр повинен бути підписано усіма авторами або одним з них, який бере на себе відповідальність і ставить підпис з припискою «узгоджено з усіма співавторами». Робота супроводжується офіційним направленням, завізованим підписом керівника та печаткою установи, де виконано роботу, а для вітчизняних авторів також експертним висновком, що дозволяє відкрити публікацію та заключенням комісії з біоетики установи, де виконана робота. Статті дисертантів повинні мати візу наукового керівника. До статей, виконаних за особистою ініціативою автору, повинен додаватися лист з проханням про публікацію. До статті на окремому аркуші додаються відомості про авторів, які містять вчене звання, науковий ступінь, прізвище, ім'я та по батькові (повністю), місце роботи та посаду, яку обіймає автор, адресу для листування, номери контактних телефонів і факсів, e-mail.

4. Матеріал статті повинен бути викладеним за такою схемою:

- а) індекс УДК (статті без УДК не розглядаються);
- б) назва статті;
- в) ініціали та прізвище автора (авторів);
- г) повна назва установи, де виконано роботу;
- д) три резюме — українською, російською та англійською мовами обсягом не менше 500 знаків кожне. Кожне резюме обов'язково повинно супроводжуватись ініціалами та прізвищем автора (авторів), назвою статті, офіційною назвою установи та ключовими словами відповідною мовою (від 3 до 10) (якщо автори працюють в різних організаціях, необхідно навести всі назви та адреси, надстроочними арабськими цифрами позначається відповідність установ, де працюють автори).

5. В експериментальних статтях і результатах оригінальних досліджень, позначаються наступні

розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), мета дослідження, матеріали та методи, результати та обговорення, висновки, література.

В коротких повідомленнях данні розділи не наводяться.

6. Обсяг оригінальних статей не повинен перевищувати 12 сторінок, лекцій та оглядів — 20, коротких повідомлень — 5, рецензій — 3 сторінок.

7. Текст слід набирати в текстовому редакторі Microsoft Word, друкувати шрифтом «Times New Roman», формат А4, кегль 14 пунктів через 1,5 інтервали, ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого — 1 см й зберігати у файлах форматів Word 6.0/95 for Windows або RTF (Reach Text Format). Сторінка тексту повинна містити не більше 32 рядків по 64 знаки в рядку. Усі аббревіатури при першому згадуванні повинні бути розкриті, окрім загальноприйнятих скорочень.

Електронний варіант відправляється на електронно носії або електроною поштою (e-mail: journal@psychiatry-neurology.org). Ім'я файла створюється за прізвищем першого автора (іванов.doc, ivanov.doc). Ілюстрації — окремими файлами в графічному редакторі.

8. Ілюстрації — файли у форматі TIF і JPEG 300 dpi (для кольорових ілюстрацій) і 600 dpi (для чорно-білих). Графічний матеріал може бути також виконаним у програмах Excel, MS Graph і поданим у окремих файлах відповідних форматів, а також у форматах TIF, CDR або EPS.

9. Таблиці повинні бути компактними, мати назви, що відповідають змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті повинні бути посилання. Ілюстрації та таблиці нумеруються арабськими цифрами, якщо їх кількість більше однієї, і приводяться в тексті після абзацу, в якому є згадування про них. Таблиці не повинні дублювати цифрові данні, які повністю наводяться в тексті. Рисунки не повинні дублювати таблиці.

10. У статтях усі фізичні величини та одиниці слід наводити за Міжнародною системою SI, терміни — згідно з міжнародною номенклатурою.

11. Список літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 і повинен містити роботи за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються у список тільки у випадку необхідності.

У рукопису посилання на літературу подають у квадратних дужках. Література у списку розміщується згідно з порядком посилань на неї у тексті статті. В список не включаються неопубліковані роботи. За правильність наведених у списку літератури даних несуть відповідальність автори. В бібліографічному описі вказуються прізвище та ініціали автора (авторів), назва роботи, видавництва, місто і рік видання, том, випуск, сторінки.

В оригінальних роботах цитують не більше 15 джерел, а в наукових оглядах — до 30.

Редакція залишає за собою право рецензування, редакційної правки статей, а також відхилення праць, які не відповідають вимогам редакції до публікацій; рукописи авторам не повертаються.

Статті і інші матеріали слід направляти за адресою: 61022, Україна, м. Харків, майдан Свободи, 4,

кімн. 605, кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Додаткову інформацію можна одержати на сайті журналу: <http://www.psychiatry-neurology.org> або по тел.: 057 -705-11-71

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

в міжнародному научно-практичному журналі

«Психіатрія, неврологія і медичинська психологія»

В міжнародному научно-практичному журналі «Психіатрія, неврологія і медичинська психологія» публікуються проблемні статті, результати оригінальних і експериментальних досліджень, статті оглядового, дискусійного і історичного характеру, короткі повідомлення, лекції, рецензії, випадки з практики, матеріали інформаційного характеру, роботи по питанням викладання нейронаук, організації і управління психоневрологічної службою і інші матеріали, присвячені актуальним проблемам клінічної і судової психіатрії, наркології, неврології, медичинської психології, а також психотерапії, фармакотерапії і др.

Редакційна колегія журналу приймає к розгляду статті, які відповідають тематичній лінії журналу і нижчеприведеним вимогам:

1. Роботи, які не публікувались і не подавались к друку раніше.

2. Оригінал роботи подається в редакцію на українському, російському або англійському мовах.

3. Стаття надсилається в редакцію в двох екземплярах, один екземпляр повинен бути підписаний всіма авторами або одним з них, який бере на себе відповідальність і ставить підпис з припискою «згодовано со всіма співавторами». Робота супроводжується офіційним направленням, завізированим підписом керівника і печаткою установи, де виконана робота, а для вітчизняних авторів також експертним висновком, дозволяючим відкрити публікацію, і висновком комісії по біоетиці установи, де виконана робота. Статті дисертантів повинні мати візу наукового керівника. К статтям, виконаним по особистій ініціативі автора, повинно додаватися лист з проханням про публікацію. К статті на окремому листі додаються відомості про авторів, які включають наукове звання, наукову ступінь, фахівця, ім'я і прізвище (повністю), місце роботи і посада, яку займає автор, адреса для переписки, номери контактних телефонів і факсів, e-mail.

4. Матеріал статті викладається по наступній схемі:

а) індекс УДК (статті без УДК не розглядаються);

б) назва статті;

в) ініціали і прізвище автора (авторів);

г) повне назва установи, де виконана робота;

д) три резюме — на українському, російському і англійському мовах, обсягом не менше 500 друкованих знаків кожне. Кожне резюме обов'язково повинно супроводжуватися ініціалами і прізвищем автора (авторів), назвою статті, офіційним назвою установи і ключовими словами на відповідному мові (від 3 до 10) (якщо автори працюють в різних організаціях, необхідно привести всі назви і адреси, надстроковими арабськими цифрами позначається відповідність установ, де працюють автори).

5. В експериментальних статтях і результатах оригінальних досліджень позначаються наступні розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), мета дослідження, методи і результати, висновки, література.

В коротких повідомленнях дані розділи не приводяться.

6. Обсяг оригінальних статей не повинен перевищувати 12 сторінок, лекцій і оглядів — 20, коротких повідомлень — 5, рецензій — 3 сторінки.

7. Текст набирається в текстовому редакторі Microsoft Word, друкується шрифтом «Times New Roman», формат А4, кегль 14 пунктів через 1,5 інтервалу, ширина полів: лівого, верхнього і нижнього по 2 см, правого — 1 см і зберігається в файлах форматів Word 6.0/95 for Windows або RTF (Rich Text Format). Сторінка тексту повинна містити не більше 32 рядків по 64 знаків в рядку. Всі скорочення при першому згадуванні повинні бути розкриті, крім загальноприйнятих скорочень.

Електронний варіант надсилається на електронному носії або по електронній пошті (e-mail: journal@psychiatry-neurology.org). Ім'я файлу створюється по прізвищу першого автора (іванов.doc, ivanov.doc). Ілюстрації — окремими файлами в графічному редакторі.

8. Ілюстрації — файли в форматі TIF і JPEG 300 dpi (для кольорових ілюстрацій) і 600 dpi (для чорно-білих). Графічний матеріал може бути також виконаний в програмах Excel, MS Graph і поданий в окремих файлах відповідних форматів, а також в форматах TIF, CDR або EPS.

9. Таблиці повинні бути компактними, мати назви, відповідні змісту. На всі малюнки і таблиці в тексті повинні бути посилання.

Иллюстрации и таблицы нумеруются арабскими цифрами, если их количество более одной, и приводятся в тексте после абзаца, в котором есть упоминания о них. Таблицы не должны дублировать цифровые данные, которые полностью приводятся в тексте. Рисунки не должны дублировать таблицы.

10. В статьях все физические величины и единицы следует приводить по Международной системе SI, термины — согласно международной номенклатуре.

11. 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 рукописи ссылки на литературу приводятся в квадратных скобках. Литература в списке размещается по порядку ссылок на нее в тексте статьи. В список не включаются неопубликованные работы. За правильность приведенных в списке

литературы данных несут ответственность авторы. В библиографическом описании указываются фамилия и инициалы автора (авторов), название работы, издательство, место и год издания, том, выпуск, страницы.

В оригинальных работах цитируется не более 15 источников, а в научных обзорах — до 30.

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, 4, комн. 605, кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина.

Дополнительную информацию можно получить на сайте журнала: <http://www.psychiatry-neurology.org> или по тел.: 057-705-11-71

SUBMISSION GUIDELINES

to international scientific journal
"Psychiatry, Neurology and Medical Psychology"

International theoretical and practical journal "Psychiatry, Neurology and Medical Psychology" publishes problem articles, the results of original and experimental studies, review articles, historical and debatable articles, brief reports, lectures, reviews, case reports, informational materials, works on teaching neurosciences, organization and management of psycho-neurological service, and other materials on topical issues of clinical and forensic psychiatry, narcology, neurology, medical psychology, and psychotherapy, pharmacotherapy, and others.

The Editorial Board takes into consideration articles that correspond to topics of the journal and the following requirements:

1. Works that have not been published or submitted for publication before.

2. The original work should be submitted in Ukrainian, Russian or English.

3. Article should be sent to the Editor in duplicate, one copy must be signed by all the authors, or one of them, who takes responsibility and puts his signature with a note "in accord with all the co-authors." Work should be accompanied by an official letter with signature and seal of the institution where the work was done; domestic authors should also have an expert opinion allowing the open publication, and resolution of the committee on bioethics from the institution where the work was performed. The articles of candidates for a degree must have a supervisor's visa. Articles performed on the personal initiative of the author must be accompanied by a letter with a request for publication. Information about the authors, including title, academic degree, name and patronymic (in full), place of employment, address for correspondence, contact telephone,

fax numbers, and e-mail should be attached on a separate sheet.

4. The order of the material should be as follows:

a) UDC (articles without UDC are not considered);

b) the title of the article;

c) the initials and surname of the author (s);

g) the full name of the institution where the work was performed;

d) three summaries — in Ukrainian, Russian and English, of not less than 500 characters each. Each abstract must be accompanied by the initials and surname of the author (s), title of the article, the official name of the institution, and keywords in the appropriate language (3 to 10) (if the authors work in different organizations, it is necessary to bring all the names and addresses, compliance of institutions with the authors should be denoted by superscript Arabic numerals).

5. In experimental papers and results of original research the following sections should be indicated: introduction (with justification of relevance), purpose of research, materials and methods, results and discussion, conclusions, literature.

In summary reports these sections are not given.

6. Original articles should not exceed 12 pages, lectures and reviews — 20, short messages — 5, reviews — 3 pages.

7. Text must be typed in Microsoft Word, printed in "Times New Roman", A4, font size 14 points with 1.5 line spacing, margin widths: left, top and bottom 2 cm, right — 1 cm, and it should be saved in files formats Word 6.0/95 for Windows or RTF (Reach Text Format). Page of the text should not contain more than 32 lines of 64 characters per line. All abbreviations when first mentioned should be disclosed, except common abbreviations.

Electronic version should be sent on the electronic media or by e-mail (e-mail: journal@psychiatry-neurology.org). The file name is the first author (ivanov.doc). Illustrations — separate files in a graphics editor.

8. Illustrations — files in TIF and JPEG 300 dpi (for color illustrations) and 600 dpi (black and white). Graphic material can also be made in the programs Excel, MS Graph and served in separate files of appropriate formats, as well as formats TIF, CDR or EPS.

9. Tables should be compact, have names that match the content. All figures and tables in the text should have a reference. Figures and tables should be numbered in Arabic numerals, if their number is more than one, and given in the text after the paragraph in which they are mentioned. Tables should not duplicate digital data that are fully presented in the text. Figures should not duplicate the table.

10. All physical quantities and units should be given according to the International System SI, terms — according to international nomenclature.

11. References must be made in accordance with DSTU GOST 7.1:2006 and should include papers

written for the last 10 years. The earlier publications should be included in the list only when necessary.

The manuscript references should be given in square brackets. References in the list should be placed in order of references to it in the text. The list must not include unpublished works. The authors are responsible for the correctness of the data in the literature list. The bibliographic description should include name and initials of the author (s), title, publisher, place and year of publication, volume, issue, pages.

Original studies should cite not more than 15 sources, and the scientific reviews — up to 30.

The editorial staff reserves the right to review, edit editorial articles, as well as decline the works that do not meet the requirements of editorial publications; manuscripts will not be returned.

Articles and other materials should be sent to the following address: Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology at V. N. Karazin Kharkiv National University, room 605, Svobody Sq. 4, Kharkiv, Ukraine, 61022.

More information is available on the journal's website: <http://www.psychiatry-neurology.org> or tel.: 057 -705-11-71

Наукове видання

Психіатрія, неврологія та медична психологія

**Міжнародний науково-практичний журнал
Том 1, № 1 (1)**

(Укр., рос. та англ. мовами)

Комп'ютерне верстання Г. Баранова

Підписано до друку 31.03.14 р. Формат 60x84/8.
Папір крейдяний. Друк офсетний.
Гарнітура Myriad.
Ум. друк. арк. 11,8. Обл.-вид. арк. 13,8.
Тираж 500 пр. Зам. № " %/#! #&ž#&žЦіна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Україна, 61022, м. Харків, майдан Свободи, 6.

Надруковано з готового оригінал-макету у друкарні ФОП Петров В. В.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців
Запис № 2480000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, к. 137
тел. (057) 778-60-34; e-mail:bookfabrik@rambler.ru