ISSN 2312-5675

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені В. Н. КАРАЗІНА
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, № 2 (2)

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)

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. Табачніков — 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

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. Євстегнєєв — 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. Пірогова», 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. Кузнєцов — 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. Тестемицану, Молдова)

М. М. Одинак — 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. Ревенок — 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. Скоромець — 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. Скрипніков — 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 №7 від 27 червня 2014 р.)

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №20696–10496Р 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. Grigorova — 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. Testemiţanu 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-Varibrus — 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. 7, 27.06.2014)

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. Яблучанский — 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)

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, Заслуженый 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

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)

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. Ревенок — д.мед.н., профессор (Украинский НИИ социальной и судебной психитрии 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. (Ротшильдовская 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. Смульсон — 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 №7 от 27 июня 2014 г.)

Все статьи прошли внутреннее и внешнее рецензирование.

Свидетельство 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

ПСИХІАТРІЯ

9 **ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ АФЕКТИВНОГО РЕГІСТРУ У СТУДЕНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**
І. Д. Вашкіте

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО РЕГИСТРА У СТУДЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
И. Д. Вашките

DEPRESSIVE DISORDERS OF AFFECTIVE REGISTER IN STUDENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE
I. D. Vashkite

13 **КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**
В. Е. Казаков

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДДАЛЕНОГО ПЕРІОДУ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ
В. Є. Казаков

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF REMOTE PERIOD IN CLOSED TRAUMATIC BRAIN INJURY
V. E. Kazakov

18 **SOME PECULIARITIES IN THE MENTAL HEALTH STATUS OF ADOLESCENTS WITH NONTOXIC DIFFUSE GOITER**
T. N. Matkovska

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ
Т. М. Матковська

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ
Т. Н. Матковская

22 **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УВОЛЕННЫХ ИЗ РЯДОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ**
О. Н. Сукачова

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ПРОФЕСІЙНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКИХ БУЛО ЗВІЛЬНЕНО З ЛАВ ЗБРОЙНИХ СИЛ
О. М. Сукачова

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ADAPTATION DISORDERS IN MILI-TARY PROFESSIONALS RETIRED FROM ARMED FORCES
O. N. Sukachova

28 **OPTIMI (ONLINE PREDICATIVE TOOLS FOR INTERVENTION IN MENTAL ILLNESS) OPTIMI ECG SENSOR AS A MEASUREMENT TOOL FOR SIGNS OF STRESS AND POOR COPING IN HIGH RISK INDIVIDUALS**
L. Fritzsche, M. Fritzsche, D. Majoe

OPTIMI (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМІ ONLINE ДЛЯ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я) OPTIMI ЕКГ СЕНСОР В ЯКОСТІ ВИМІРЮВАЛЬНОГО ІНСТРУМЕНТА ДЛЯ ОЗНАК СТРЕСА ТА НЕЗАДОВІЛЬНОГО КОПІНГУ У ОСІБ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ
Л. Фріцше, М. Фріцше, Д. Маджо

OPTIMI (ПРЕДИКАТИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В РЕЖИМЕ ONLINE ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ) OPTIMI ЭКГ СЕНСОР В КАЧЕСТВЕ ИЗМЕРИТЕЛЬНОГО ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ ПРИЗНАКОВ СТРЕССА И ПЛОХОГО КОПИНГА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ
Л. Фрицше, М. Фрицше, Д. Маджо

НЕВРОЛОГІЯ

34 **PRIMARY CENTRAL NERVOUS SYSTEM LYMPHOMAS IN THE NEUROLOGICAL PRACTICE**
V. I. Ponomaryov, O. Yu. Merkulova, V. A. Florikyan, V. N. Ivasenko

ПЕРВИННА ЛІМФОМА ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ КЛІНІЦИСТА
В. І. Пономарьов, О. Ю. Меркулова, В. А. Флорікян, В. М. Івасенко

ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФОМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА
В. И. Пономарёв, О. Ю. Меркулова, В. А. Флорикян, В. Н. Ивасенко

41 **ЦЕРВИКОГЕННЫЙ ФАКТОР В ГЕНЕЗЕ ТРИГЕМИНАЛЬНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ЦЕФАЛГИЙ**
А. А. Ярошевский

ЦЕРВІКОГЕННИЙ ФАКТОР В ГЕНЕЗІ ТРИГЕМІНАЛЬНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ ЦЕФАЛГІЙ
О. А. Ярошевський

CERVICOGENIC FACTOR IN GENESIS OF TRIGEMINAL VEGETATIVE CEPHALALGIAS
O. A. Yaroshevskiy

НАРКОЛОГІЯ

46 **ПОШИРЕНІСТЬ ВЖИВАННЯ ПОТЕНЦІЙНО АДИКТИВНИХ ОБ'ЄКТІВ ТА ЇХНІЙ АДИКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОПАТОЛОГІЧНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ**
Д. М. Волошина

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО АДДИКТИВНЫХ ОБЪЕКТОВ И ИХ АДДИКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ
Д. Н. Волошина

THE PREVALENCE OF USING POTENTIALLY ADDICTIVE OBJECTS AND THEIR ADDICTIVE POTENTIAL AMONG PATIENTS WITH PSYCHOPATHOLOGICAL CONSEQUENCES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY
D. N. Voloshyna

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

57 **КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ В ОСІБ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ У ВНЗ**
Т. А. Алієва, Є. В. Лісова

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, КОТОРЫЕ УЧАТСЯ В ВУЗАХ
Т. А. Алиева, Е. В. Лесовая

CLASSIFICATION OF SOCIAL DYSFUNCTIONS IN PATIENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE STUDYING AT HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS
T. A. Aliieva, E. V. Lesovaya

63 **ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕТРАНССЕКСУАЛЬНОГО ТИПА И ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ**
Е. П. Архипенко

ОСОБЛИВОСТІ АДИКТИВНОГО СТАТУСУ ЖІНОК З РОЗЛАДАМИ ПОВЕДІНКИ СТАТЕВОРОЛЬОВОГО НЕТРАНССЕКСУАЛЬНОГО ТИПУ ТА ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ
О. П. Архіпенко

CHARACTERISTICS OF ADDICTIVE STATUS IN WOMEN WITH DISORDERS IN GENDER-ROLE BEHAVIOR OF NON-TRANSSEXUAL TYPE AND ALCOHOL ADDICTION
E. P. Archipenko

72 **PSYCHOEMOTIONAL STATE IN HIV INFECTED MALE PATIENTS AT EARLY AND LATE STAGES OF HIV DISEASE**
V. I. Vovk

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ НА РАННІХ І ПІЗНІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ
В. І. Вовк

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ
В. И. Вовк

76 **ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ**
А. А. Осипенко

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ
А. А. Осипенко

FEATURES OF THE ADAPTATION PROCESS AMONG FOREIGN STUDENTS IN THE APPLICATION OF CORRECTING-DEVELOPMENT PROGRAM
A. A. Osipenko

82 **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ УЯВЛЕНЬ ПРО ЩАСТЯ У СТРУКТУРІ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**
Я. К. Ягнюк

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЧАСТЬЕ В СТРУКТУРЕ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ
Я. К. Ягнюк

THE GENDER SPECIFICITIES OF VIEWS ABOUT HAPPINESS IN THE STRUCTURE OF THE LIFESTYLE OF THE STUDENT YOUTH
Ya. K. Yagnyuk

ТЕРАПІЯ

87 **КЛАССИЧЕСКИЙ МЕТОД «ПСИХОТЕРАПИЯ НА КОНТАКТЕ» В ЭМПИРИЧЕСКОМ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ИСПОЛНЕНИИ**
В. Ф. Простомолотов

КЛАСИЧНИЙ МЕТОД «ПСИХОТЕРАПІЯ НА КОНТАКТІ» В ЕМПІРИЧНОМУ ТА ПРОФЕСІЙНОМУ ВИКОНАННІ
В. Ф. Простомолотов

THE CLASSIC METHOD OF "PSYCHOTHERAPY ON CONTACT" IN THE EMPIRICAL AND PROFESSIONAL PERFORMANCE
V. F. Prostomolotov

97 ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОННЫХ МАТРИЦ КОРОБОВА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, А. М. Коробов, В. А. Коробов

ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОННИХ МАТРИЦЬ КОРОБОВА В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМУ ПРИ ОПІОЇДНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ
І. К. Сосин, Ю. Ф. Чуєв, А. М. Коробов, В. А. Коробов

APPLICATION OF KOROBOV'S PHOTON MATRIXES IN THE TREATMENT OF POST-ABSTINENT SYNDROME IN OPIOID DEPENDENCE
I. K. Sosin, Y. F. Chuev, A. M. Korobov, V. A. Korobov

102 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

103 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

104 SUBMISSION GUIDELINES

УДК 616.895.4:616.85-039-053.81

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ АФЕКТИВНОГО РЕГІСТРУ У СТУДЕНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

І. Д. Вашкіте
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. Розглядаються причини, методи діагностики та лікування депресивних розладів афективного регістру у студентів ВНЗ із серцево-судинними захворюваннями. Вказується кількість обстежених та попередні діагностичні результати дослідження емоційної сфери студентів. Автор дає рекомендації з діагностики і лікування хворих з депресіями в системі первинної медичної ланки.

Ключові слова: депресія, студенти, серцево-судинні захворювання, первинна медична ланка, діагностика, лікування.

Вступ

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливу актуальність набуває проблема патології афективної сфери, особливо тривожних і депресивних розладів. За даними ВООЗ, на сьогодні більш ніж у 110 млн осіб у світі — 3,00–6,00 % популяції — виявлені ті чи інші клінічно значимі прояви цих розладів. Аналогічна тенденція відзначається й в Україні.

Відомо, що 30,00 % хворих з соматичною патологією одночасно страждають і депресіями, але найбільш часто депресивні розлади супроводжують серцево-судинні захворювання (ССЗ), погіршуючи перебіг та прогноз ССЗ й істотно скорочуючи тривалість життя таких пацієнтів. Крім того, депресії є серйозним соціальним тягарем. Значно обмежуючи адаптаційні можливості людини, вони негативно впливають на його фізичну активність, трудову діяльність і, як наслідок, погіршують якість життя.

Зростаюча актуальність проблеми депресій обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом хвороби на якість життя та соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем спричинених ними суїцидів. Усе це призводить до соціальних негараздів і економічних збитків.

За даними різних авторів, замасковані або соматичні депресії виявляються у 10,00–30,00 % хронічно хворих. Замасковані депресії характеризуються домінуванням у клінічній картині соматичних і вегетативних симптомів, при яких не виявляються органічні зміни. Одним з основних етіологічних факторів нейроциркуляторної дистонії є психічний стрес, ятрогенний синдром тривоги, неврастенічний, іпохондричний, фобічний, астенічний, істеричний, депресивний синдроми.

У той же час депресії на фоні захворювань серцево-судинної системи можуть кваліфікуватися терапевтами як нейроциркуляторні дистонії. Такий кардинальний симптом ендогенної депресії, як почуття предсердної туги складно диференціювати від нападу стенокардії. Досить типові ангінозні скарги (колючий, ниючий біль в області серця з іррадіацією в ліву руку або лопатку) можуть бути маскою ендогенної депресії. Больові симптоми осить типові для хворих з депресією (до 60,00 % випадків). Механізм розвитку болю (серотонін-ергічний дефіцит) пов'язаний з депресією. Такі симптоми соматичних розладів, як легенево-серцеві (тахікардія, аритмія, посилене серцебиття, відчуття «перебоїв» у роботі серця, гіпервентиляція, відчуття нестачі повітря) і вегето-неврологічні (тремор, гіпергідроз, холодні кінцівки), часто корелюють з афектом тривоги.

Симптоматичні депресії найбільш часто (40,00 % хворих) спостерігаються при ішемічній хворобі серця (ІХС). Поширеність депресій у постінфарктному періоді досягає 40,00–65,00 %, у 18,00–25,00 % випадків у таких хворих розвиваються важкі депресії, які тривають не менше року. У цієї категорії хворих значно підвищений рівень інвалідизації, суїциду, смертності. Так, великий депресивний розлад (ВДР) діагностується у 16,00 % хворих протягом перших 10 днів після гострого інфаркту міокарда (ГІМ). У той же час достовірно зростає смертність хворих від серцевої недостатності після ГІМ з депресією порівнянно зі смертністю хворих з серцевою недостатністю після ГІМ, але без депресії.

Метою цього дослідження було вивчення структури депресивних розладів різного ґенезу у студентів з серцево-судинними захворюваннями та розробка комплексної патогенетично обґрунтованої системи їх корекції.

© Вашкіте І. Д., 2014

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами з позиції системного підходу було проведено комплексне обстеження 27 студентів з депресивними розладами афективного регістру, в яких були діагностовані серцево-судинні захворювання.

У роботі був використаний комплекс методів дослідження, в який входили анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодиагностичний і математико-статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічний аналіз показав, що порушення емоційної сфери у хворих на депресивний розлад афективного регістру, які мають серцево-судинні захворювання в групі дослідження, структурувалися найбільш часто у вигляді таких проявів емоційних розладів: депресивний епізод у 51,35±8,20 % і рекурентний депресивний розлад у 35,13±7,80 % хворих.

Якісний аналіз дозволив визначити феноменологічну характеристику психічного стану студентів з депресивними розладами афективного регістру, які мали серцево-судинні захворювання протягом 5 років навчання у ВНЗ.

При депресивних розладах афективного регістру на основі проведеного дослідження було встановлено наявність загальних психопатологічних особливостей ендогенних депресій юнацького віку. До них, насамперед, належать виражений поліморфізм клінічної картини з незавершеністю, фрагментарністю, мінливістю психопатологічних симптомів і нечіткою оформленістю афективної тріади. Аналіз показав, що особливості депресивних станів у вивчених хворих та їх своєрідність слід пояснювати суттєвим внеском пубертатних психосоціальних чинників у їх формування, що призводить до виходу на перший план характерних для підлітково-юнацького віку когнітивних, поведінкових і соматовегетативних розладів, не тільки маскуючи їх депресивну основу, але і ускладнюючи правильне трактування окремих симптомів захворювання.

Так, при детальному аналізі структури юнацьких депресивних станів було визначено, що тільки в 15,30 % хворих клінічна картина наближалася до характерної для пацієнтів зрілого віку типової меланхолійної депресії, все ж відрізняючись при цьому від останньої відсутністю гармонійно представленої «класичної» депресивної тріади.

У студентів, які страждають на серцево-судинні захворювання у структурі депресивного синдрому афективного регістру, насамперед, звертає на себе увагу незначна вираженість власне тимічного компоненту. Як правило, у хворих переважало падіння життєвого тонусу, а основну фабулу їх переживань складали відчуття швидкої «розумової виснаженості», «неуважності», «морального безсилля», «моральної байдужості». Прояви таких ідеаторних розладів зазвичай переважали над типовими ознаками депресивного синдрому. Крім того, окремі хворі висловлювали ідеї самозвинувачення, власної неповноцінності, суїцидальні думки, що супроводжувалося переважанням вегетовісцеральних кризів, соматовегетативних порушень з боку серцево-судинної і дихальної системи (67,20 %). Відзначалися скарги на болі в області серця і прискорене серцебиття, посилене потовиділення, почервоніння шкірних покривів, тремор рук (43,80 %). У клінічній картині юнацьких депресій у хворих відзначалася метушливість, прискорена мова, рухове збудження і ажитація (раптус). При цьому тривога у деяких хворих відчувалася фізично (в грудях, голові), що дозволяло говорити про її вітальний характер. Крім того, у частини хворих спостерігалися добові коливання з найбільшою виразністю тривоги в другу половину дня. Вітальні розлади у студентів найчастіше виражалися скаргами на падіння «життєвого тонусу», «відсутність енергії» або на відчуття душевного дискомфорту. У низці випадків про це ж свідчили ідеї власної малоцінності, похмурої оцінки майбутнього, домінування спогадів про сумні та неприємні події життя, песимістичні роздуми про безцільність існування, з часом оформлювалися в систему метафізичного сверхцінного депресивного світогляду.

Іншою відмінною особливістю юнацьких депресій афективного регістру була відносна рідкість ознак рухової загальмованості в клінічній картині. За суб'єктивними оцінками самих хворих в їх моториці з'являлася лише якась незручність, своєрідна «незграбність», скутість рухів. Значний ступінь моторної загальмованості, який проявлявся в уповільненому темпі рухів, мізерності міміки, скорботному, застиглому виразі обличчя, був зафіксовий тільки в 14,50 % цих пацієнтів.

Особливо слід зупинитися на особливостях ідеаторних порушень у хворих з серцево-судинними захворюваннями при юнацьких депресіях афективного регістру, що займають в більшості з них домінуюче положення в клінічній картині. Ці розлади різної якісної структури виявлялися практично у всіх хворих. Поряд з цим симптомокомплексом хворих турбували порушення пам'яті та уваги, що також свідчило про загальмованість інтелек-

туальних процесів. Серед відмітних особливостей, властивих юнацьким ендогенним депресіям, слід відзначити також високу частоту особливих ідеаторних побудов, близьких до проявів, властивих пубертатним кризам. Так, в 16,30 % вивчених хворих спостерігалися розлади, що стосуються ціннісно-смислової сфери з домінуванням раціоналістичних роздумів про неминучість смерті, безглуздість навчання, роботи і взагалі існування, що сприяло формуванню особливого депресивного світогляду. В інших випадках надцінні утворення при юнацьких депресіях мали дисморфофобічну фабулу. Вона знаходила відображення в ідеях самозвинувачення й самознищення, часто мала зв'язок з сексуальними проблемами, супроводжуючись сенситивними ідеями відносин.

Патопсихологічне дослідження рівнів тривоги і депресії у обстежуваних проводилося нами за трьома шкалами: шкалою Гамільтона, шкалою Монтгомері–Асберга і самооцінною шкалою депресії А. Бека.

Проведене дослідження показало, що за шкалою Гамільтона у більшості студентів з депресивними розладами афективного регістру з серцево-судинними захворюваннями достовірно присутні прояви тривоги і депресії (72,00±8,90 % і 92,00±5,40 % — показники тривоги та депресії у жінок; 91,70±7,90 % і 83,30±10,80 % — відповідно, у чоловіків, $p<0,05$).

При аналізі шкали Монтгомері–Асберга у більшості жінок були присутні клінічні прояви депресії (92,00±5,40 %), тоді як у чоловіків у 58,30±14,20 % спостерігалася відсутність депресивної симптоматики.

За самооцінною шкалою депресії А. Бека у більшості обстежених нами жінок і чоловіків були присутні суб'єктивні прояви депресії (92,00±5,40 % у жінок і 83,40±7,90 % у чоловіків). Субклінічні прояви депресії у жінок становлять 16,00±7,30 % і 16,70±10,80 % у чоловіків.

Гендерні відмінності у пацієнтів групи дослідження за суб'єктивними оцінками показали, що жінки оцінювали свій емоційний стан як важкий. У 24,00±8,50 % випадків мали депресію середньої тяжкості та в 20,00±8,00 % — важку депресію, що підтверджується об'єктивними дослідженнями — в 44,00±9,90 % помірний показник депресії і в 28,00±8,90 % показник важкого ступеня депресії за шкалою Гамільтона. Таким чином, у жінок виявлено збіг між самооцінкою і реальною клінічною психопатологічною картиною. У чоловіків показник депресії навпаки при суб'єктивній оцінці виявився вищим, ніж при об'єктивній діагностиці (41,70±14,20 % і 8,30±7,90 % — депресія середнього та важкого ступеня за самооцінною шкалою депресії А. Бека та 16,70±10,80 % — відсутність депресивного епізоду і 50,00±14,40 % — наявність малого депресивного епізоду за шкалою тривоги і депресії Гамільтона).

На підставі отриманих результатів нами розроблений і обґрунтований алгоритм психотерапії студентів з депресивними розладами афективного регістру з серцево-судинними захворюваннями.

Для вирішення поставлених завдань були застосовані медикаментозні (антидепресанти нового покоління — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)) і немедикаментозні методи (когнітивно-поведінкова терапія (КБТ) в модифікації А. Бека). Контрольна група водночас отримувала стандартну медикаментозну терапію (антидепресанти).

Психотерапія здійснювалася паралельно з прийомом препаратів і проводилась в три етапи.

Завдання першого (дидактичного) етапу — усвідомлення логіки хвороби та терапії.

Завдання другого (власне когнітивного) етапу — виявлення дезадаптивних «автоматичних» думок, які підтримують розчарованість, пригніченість.

Завдання третього (поведінкового) етапу — спеціальна стратегія, яка вчить самоповазі та формує позитивну мотивацію.

Когнітивна психотерапія найкраще зарекомендувала себе в лікуванні депресій, тривоги, фобій, панічних атак. В основі когнітивного підходу лежить твердження: «Емоції і поведінка людини визначаються тим, як вона оцінює світ». Тобто якщо в глибинах підсвідомості у людини є переконання «світ недружелюбний», то і його поведінка та емоції будуть відповідними.

Метою КБТ під час лікування депресивних порушень є зміна емоційного стану та настрою хворого завдяки раціонально-логічній переробці пацієнтом суб'єктивного погляду на себе і світ, що досягається раціональним переконанням лікарем пацієнта щодо необґрунтованості негативної та зниженої оцінки себе і своїх досягнень. Важливим є роз'яснення механізмів розвитку депресивних симптомів, щоб у хворого було чітке уявлення про власну хворобу, можливості терапевтичного втручання. Пацієнту надається інформація, що від його власних зусиль залежить його стан, він може впливати на власні емоції і настрій. Необхідно змінити хворобливе уявлення про власну безпорадність щодо себе і хвороби та безвиході з ситуації депресивного розладу і допомогти пацієн-

тові визначити позитивні фактори, на які він може спиратися під час подолання депресії.

КБТ для хворих на афективні розлади рекомендовано проводити в індивідуальному і груповому форматі. На першому етапі перевага надається індивідуальним формам роботи у формі психотерапевтичної бесіди, що необхідно для встановлення емоційного контакту з хворим. На перших сеансах пацієнту пояснюється взаємозв'язок думок, емоцій, поведінки на прикладі його власного досвіду. Далі він вчиться розпізнавати, відстежувати, фіксувати свої негативні думки в спеціальному «Щоденнику автоматичних думок». Після цього спільно з терапевтом записані автоматичні думки аналізуються і виявляються ірраціональні (неправильні та нелогічні). Спеціальними техніками роботи з автоматичними думками виявляються базові переконання. У ході всієї цієї роботи відповідальність за власний стан поступово передається в руки самого пацієнта. А до закінчення терапії пацієнт починає грати роль психотерапевта по відношенню до самого себе, самостійно піддаючи сумніву власні прогнози або висновки, вміло проводячи їх корекцію.

КБТ при депресивних розладах афективного регістру у студентів з серцево-судинними захворюваннями була спрямована на усунення мотиваційних, поведінкових і фізичних симптомів депресії. Пацієнту допомагали відновити здатність контролювати ситуацію, впоратися з нею, подолати почуття некомпетентності та безпорадності, переоцінити цілком звичайні життєві труднощі, які сприймались як нестерпні, подолати втому та інертність. Важливу роль в одужанні грало спростування негативних очікувань і демонстрація моторної здатності.

Після періоду формування комплаєнтних відносин проводилося 14–16 сеансів когнітивно-біхевіоральної терапії протягом двох місяців, у студентів з вираженими сомато-вегетативними компонентами проводилося навчання техніці аутотренінгу (АТ) в модифікації Б. В. Михайлова.

У процесі катамнестичного дослідження було проведено контрольне тестування студентів групи дослідження та контрольної групи з афективними розладами, які страждають на серцево-судинні захворювання за самооцінною шкалою депресії А. Бека.

Таким чином, результати нашого дослідження дозволяють зробити такі **узагальнення:**

Застосування сформованої нами моделі психотерапії, побудованої за інтегративним принципом, показало її високу ефективність. Завдяки проведеному комплексному підходу в терапії депресивних розладів у студентів ВНЗ по завершенні курсу психотерапевтичних заходів спостерігалося підвищення рівня мотивації та інтересу до навчання, а також подальшому працевлаштуванню. У студентів було виявлено поліпшення когнітивної сфери, яке проявлялося у підвищенні концентрації уваги, поліпшенні пам'яті та стійкості до стресогенних факторів. Ефективність запропонованої моделі склала 85,00±2,50 %.

Література

1. Артеменков А. А. Медико-гигиеническая характеристика здоровья студентов [Текст] / А. А. Артеменков, Е. Н. Останкина // Профилактическая медицина. – 2011. – № 5. – С. 17–20.
2. Бачериков А. Н. Клинико-психопатологические, патопсихологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями [Текст] / А. Н. Бачериков, М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18. – № 4 (65). – С. 56–60.
3. Гавенко В. Л. Об актуальности и формах психогигиенической, психопрофилактической и психотерапевтической работы среди студентов медицинских вузов [Текст] / В. Л. Гавенко, Н. В. Георгиевская // Сучасні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження: науково-практична конференція (XIV Платонівські читання): тези допов. – Х., 2011. – С. 20.
4. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні [Текст] / Н. О. Марута // Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – № 5 (24). – С. 83–90.
5. Михайлов Б. В. Медико-психологическое сопровождение больных с патологией сердечно-сосудистой системы органического и функционального генеза [Текст] / Б. В. Михайлов, О. І. Кудинова // Український вісник психоневрології. – Х., 2012. – Т. 20. – № 3 (72). – С. 202.
6. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення [Текст] / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18. – № 3 (64). – С. 10–14.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО РЕГИСТРА У СТУДЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. Д. Вашките
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Рассматриваются причины, методы диагностики и лечения депрессивных расстройств аффективного регистра у студентов ВУЗов

DEPRESSIVE DISORDERS OF AFFECTIVE REGISTER IN STUDENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

I. D. Vashkite
V. N. Karazin Kharkiv National University

We consider the causes, methods of diagnosis and treatment of depressive disorders of affective registers in high schools students with

с сердечно-сосудистыми заболеваниями. 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, сердечно-сосудистые заболевания, первичное медицинское звено, диагностика, лечение.

cardiovascular disease. The author indicates 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, cardiovascular disease, primary care link, diagnosis, treatment.

УДК 616.89-008:[616.714+616.831]-001

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В. Е. Казаков
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Аннотация. Обследовано 437 лиц, которые перенесли ЧМТ, последствием которой стала психопатологическая симптоматика. Результаты исследования показали, что отдаленный период ЧМТ представлен разнообразными клиническими психопатологическими формами. При этом существует определенная этапность течения последствий ЧМТ. Уже на ранних этапах можно выделить предикторы неблагоприятного течения, которые приводят к нарушению функционирования больного.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, этапы, предикторы.

Введение

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается важнейшей проблемой современной медицины. Известно, что наиболее тяжелым последствием ЧМТ является диффузное аксональное повреждение с вторичной дегенерацией нервных клеток [1, 2]. Имеющиеся в настоящее время данные позволяют рассматривать прогрессирующие посттравматические психические расстройства как проявления возникающей после ЧМТ полисинаптической недостаточности [3, 4]. Ряд авторов [5] изучали нарушения секреции мелатонина при поведенческих и когнитивных расстройствах, возникающих в результате черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у экспериментальных животных и человека. Существуют работы, подчеркивающие значимость иммунопатологического процесса, в том числе аутоиммунного воспаления, которое протекает непосредственно в мозговых структурах [6]. Однако до настоящего времени нет четкой систематизации этапов процесса, не указаны предикторы нарушения адаптации в результате черепно-мозговой травмы.

Целью данной работы является выявление этапности процесса последствий ЧМТ, а также предикторов нарушения адаптации.

Материалы и методы исследования

При обследовании 437 пациентов с психическими нарушениями в отдаленном периоде ЧМТ (основная группа) были тщательно изучены анамнез, психический и неврологический статусы. Использовался клинико-психопатологический, психодиагностический метод, метод проточной цитометрии. Контрольную группу составили 172 пациента, не имеющие отдаленных последствий ЧМТ.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов основной группы в 40,9 % случаев была выявлена перинатальная патология, в то время как в контрольной группе перинатальная патология отмечалась лишь в 19,3 % случаев. В грудном и раннем детском возрасте в 33,3 % отмечались явления невропатии, в то время как в контрольной группе явления невропатии наблюдались лишь в 12,1 % случаев. В препубертатном периоде у обследованных в 18,1 % были характерологические реакции активного протеста, в контрольной группе характерологические реакции активного (6,7 %) и пассивного (1,3 %) протеста отмечались достоверно реже, чем в основной. В пубертатном возрасте у некоторых подростков основной группы были реакции группирования со сверстниками и реакции эмансипации, которые отсутствовали у подростков контрольной группы. Однако в целом, обследуемые основной группы развивались без грубой психической, неврологической и соматической патологий.

© Казаков В. Е., 2014

У всех наблюдаемых нами пациентов ЧМТ обнажила прежде стертые симптомы, а в ряде случаев привнесла новые. У ряда лиц (39,0 %), получивших ЧМТ в детстве, в связи с большой функциональной пластичностью и компенсаторными возможностями ЦНС в детском возрасте, с течением времени цереброорганическая симптоматика сглаживалась. Однако при дополнительных вредностях, а именно психогенных и ситуационных воздействиях, повторных ЧМТ, алкоголизации, хронической соматической патологии и другой симптоматике заострялась и резидуально-цереброорганическая патология.

Пациенты, независимо от тяжести ЧМТ, предъявляли жалобы на раздражительность (98,0 %), несдержанность (98,0 %), нетерпеливость (47,0 %), трудности сосредоточения (93,0 %), забывчивость (51,0 %), рассеянность (51,0 %), колебания артериального давления (47,0 %), сердцебиение (23,0 %), повышенную потливость ладоней и стоп (39,0 %), легко возникающее покраснение лица (21,0 %), головные боли преимущественно в лобной и височной области, отсутствие «свежести», «ясности» в голове (87,0 %), тошноту при поездках в транспорте (24,0 %), трудности при засыпании (49,0 %), поверхностный сон (32,0 %), раннее пробуждение (19,00 %), метеозависимость (98,0 %), плохую переносимость спиртных напитков (53,0 %).

Следует отметить тот факт, что больные обычно излагали жалобы не по своей инициативе, а только в результате тщательного опроса врача. При этом на первый план выступала выраженная истощаемость нервных процессов, проявляющаяся в истощаемости внимания и выраженной утомляемости в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, т. е. симптоматикой астенического круга. Из-за выраженной церебрастении больные в ряде случаев были не только не трудоспособны, но и не могли отстаивать свои интересы. Родные отмечали изменения характера: прежде достаточно стеничные лица в быту и на производстве через некоторое время после полученной ими ЧМТ стали реагировать на препятствия эмоциональными вспышками по типу раздражительной слабости, приводящей к усилению головной боли. Пациенты с одной стороны преувеличенно остро реагировали на проявления социальной несправедливости, с другой — не могли последовательно и методично бороться с ней.

У лиц, перенесших ЧМТ, даже у тех, в анамнезе которых поведение не имело никаких особенностей, происходила трансформация характера. Эти обследуемые становились все более неуживчивыми, все чаще на малейшее противодействие они реагировали вспышками раздражения и гнева, они зачастую полностью утрачивали контроль над своим поведением, не удерживались на постоянном месте на работе, создавали напряженную ситуацию в семье. Отмечалась четкая взаимосвязь с метеорологическими условиями. Вспышки гнева могли закончиться головными болями, а также подъемом артериального давления, и, напротив, на пике головных болей пациенты становились гневливы, злобны.

Отмечалось лишь определенное сходство между больными основной группы и возбудимыми психопатами, однако пациенты с ЧМТ проявляли не только дисфоричность, эксплозивность, но и некоторую интеллектуальную несостоятельность, зависящую, прежде всего, от выраженной истощаемости психических процессов и касающуюся внимания и памяти. Постепенно у данной категории пациентов (64 пациента — 60,9 %) формировалось органическое расстройство личности (органическая псевдопсихопатическая личность — F07.0). У некоторых пациентов псевдопсихопатическая личность являлась почвой для наслоения психотической симптоматики.

У 5,0 % больных помимо жалоб, обусловленных астеническими и вегетативными расстройствами, возникали истероформные расстройства.

Течение обострений заболевания у лиц с истероформным синдромом травматического генеза было прогредиентным и затяжным. Со временем к истероформному синдрому присоединялся ряд других психопатологических синдромов. Отмечалась некоторая взаимозависимость между церебральной органической патологией и психопатологической симптоматикой. В некоторых случаях отмечались ориентированные сумерки, при наличии которых трудно было дифференцировать, носит ли помрачение сознания истероформный или эпилептиформный характер. Помраченное сознание удерживалось от нескольких часов до 7–10 дней, сопровождалось тотальной диссоциативной амнезией. В дальнейшем возникали пароксизмально протекающие галлюцинации — яркие, образные, конкретные, специфические для истероформных расстройств.

У ряда больных истероформные расстройства сочетались с циклотимоподобными, превалировали дисфории и дистимии. Высказывания пациентов об отсутствии желания жить, в основном, носили демонстративно-шантажный характер, но в 17,0 % угрозы покончить с собой имели истинный харак-

тер. В 14,0 % летальный исход был предотвращен окружающими, а в 3,0 % отмечался завершенный суицид.

В 10,4 % случаев были в преморбиде замкнуты, избегали откровенных разговоров, даже с родителями, малоконтактны, у них имело место сочетание эмоциональной холодности и утонченной чувствительности, настороженности и легковерия, застенчивости и бестактности. При достаточно развитых интеллектуальных способностях у них отмечался недостаток интуиции. При равнодушии и пренебрежении к так называемой «толпе» наблюдалась вычурность в одежде, подражание поведению и одежде кумиров, преимущественно музыкантов или спортсменов. Они словно подсознательно пытались обратить на себя внимание так ненавистных им окружающих. Несмотря на их осторожность и попытки избежать любого физически опасного происшествия, их неуклюжесть, неловкость и негармоничность моторики приводили к ЧМТ, после которых возникал симптомокомплекс с астенической, вегетативной и циклотимоподобной симптоматикой. Иногда на высоте вегетативных проявлений наблюдались аффекты страха, сопровождающиеся тоскливо-злобным аффектом. Нередко происходили расстройства сна, самочувствия. При таких состояниях могла возникать кратковременная параноидная настроенность, с течением времени сопровождающаяся появлением бредовых идей — возникали шизоформные травматические психозы (F06.2).

У пациентов с шизоформной симптоматикой травматического генеза отмечались бредовые идеи отношения (31,0 %), преследования (31,0 %), ревности (26,0 %), ипохондрические (12,0 %). Бред в 37,0 % сочетался с галлюцинациями, при этом содержание галлюцинаций в 33,0 % случаев не соответствовало содержанию бредовых идей. В 73,0 % случаев бредовые идеи были систематизированными, стойкими, носили характер паранойяльного бреда. Эти состояния требовали дифференциальной диагностики с шизофренией, однако обращали на себя внимание специфические для ЧМТ симптомы, состоящие из черт астенического круга в виде истощаемости, проявлений раздражительной слабости, взрывчатости, агрессивности, склонности к дисфориям, что отражало психоорганический характер патологии. Больные писали жалобы, защищали обиженных, пытались участвовать в политических акциях. Пациенты отличались конфликтностью, неуживчивостью, ригидностью. Они поступали только сообразно собственному мнению, в ряде случаев были бестактны, назойливы, не учитывали точку зрения собеседника. Стеничность и напористость особенно ярко проявлялись при решении «общественных» дел, пациенты пытались устраивать «судьбы» родственников, коллег, сотрудников вопреки их желанию. Они, как правило, не доводили начатое дело до конца, быстро истощались, раздражались, высказывали выраженное недовольство не только обидчиками опекаемых ими лиц, но и самим «неблагодарным» опекаемым. Пациенты отмечали, что после ЧМТ они изменились по характеру. Изменения их личности замечали и родственники пациентов. Так, после перенесенной ЧМТ, 83,0 % больных рассказывали, что стали жить иначе, по-другому смотреть на свои деяния. Независимо от сферы их деятельности, стали жить «для блага человечества» (82,0 %), во имя морали ряд больных (чиновники, работники сферы обслуживания и др.) отказались от навязываемых им благодарностей (77,0 %), у бывших атеистов появилась склонность к эзотерическому восприятию (80,0 %). Для больных были характерны нестойкость, изменчивость, полиморфизм психотических проявлений.

Большинство пациентов, перенесших ЧМТ, несмотря на галлюцинаторно-бредовые расстройства сохраняли хорошие семейные взаимоотношения, дружеские и профессиональные связи.

Анализ анамнеза лиц с посттравматическим аффективным расстройством установил явные циклоидные черты, прослеживающиеся у ряда пациентов с подросткового возраста. Ощущения радости и подъема порой уступали место без повода нахлынувшей печали. Большинство из наблюдаемых нами пациентов (71,0 %) относились к лицам с неглубокими личностными аномалиями и годам к 20-ти беспричинные колебания настроения становились все реже и затем нивелировались. В 82,0 % случаев пациенты были удовлетворены профессиональной деятельностью. В 75,0 % — благополучны в семье. Пациенты достигали практических успехов (87,0 %), приобретали вполне ощутимые материальные блага (70,0 %). У них вырабатывался прагматизм (по их словам — «хватка»). В общении с окружающими все чаще звучали снисходительно-покровительственные нотки. ЧМТ явилась толчком, который, как казалось окружающим, изменил характер пациента, но при более глубоком изучении анамнеза становилось очевидным, что ЧМТ лишь проявила скрытые, давно компенсированные и, поэтому, забытые черты

характера пациента. У больных появились аффективные реакции, выражающиеся раздражительностью, гневливостью, злобностью. Эти черты, относительно сглаженные на производстве, наиболее ярко проявлялись в семейной жизни. Пациенты становились для членов семьи тиранами, как говорили их дети: «любимыми деспотами».

Бурные аффективные реакции в состоянии их гиперактивности заканчивались подавленностью и слезами. При этом часто была ипохондрическая настроенность, повышенная забота о своем здоровье, преувеличенное внимание к малейшим соматическим недомоганиям. У больных преобладала мрачность, уныние, чувство досады, обида. И в гипоманиакальной, и в субдепрессивной фазах отмечалось утрированное правдоискательство, которое можно было расценить, как не нужную для общества гиперсоциальность. Достаточно быстро, особенно при употреблении спиртных напитков, уменьшалась гибкость суждений, инициативность, нарастал консерватизм и ригидность. Наряду с постоянным недовольством, пессимизмом и досадой пациенты ощущали постоянную беспричинную усталость. Их жалобы носили астено-невротический характер (ощущение разбитости, снижение работоспособности, повышение утомляемости), с течением времени астенические проявления все более обрастали циклотимоподобными нарушениями. Наблюдались аутохтонные аффективные расстройства также, как и при шизоформных расстройствах травматического генеза, в виде тоскливо-злобного настроения.

Обращал на себя внимание тот факт, что у больных достаточно быстро возникали грубые нарушения эмоционального фона в виде маниакальных и депрессивных состояний. Аффективные расстройства протекали несколько атипично: так, маниакальные состояния носили характер гневливой мании, а депрессивные — депрессивно-дисфорический. Независимо от того, в какой из фаз, депрессивной или маниакальной, находились больные, в любом случае они боролись за социальную справедливость.

При этом не было прямой зависимости между степенью нарушений социального функционирования и тяжестью травмы, но отмечалось взаимовлияние и взаимозависимость между патологической почвой в виде скомпрометированного преморбида, а именно перенесенной перинатальной патологии, невропатии, патологических поведенческих реакций детского и подросткового возраста, патологических форм реагирования, в том числе импульсивных, пограничных, истерических, возбудимых расстройств характера и выраженностью последствий ЧМТ.

С течением времени нарастала органическая симптоматика, формировался психоорганический синдром. Психоорганический синдром диагностировали на основании комплекса симптомов в виде интеллектуально-мнестических и аффективных нарушений. Данные проявления были относительно сглажены, не весь симптомо-комплекс проявлялся в одинаковой мере, одни симптомы проявлялись ярче, другие — завуалировано. Наиболее часто на первый план выступали нарушения запоминания, выраженная истощаемость психических функций, особенно внимания, затруднялось выполнение профессиональных навыков, отмечалось недержание аффектов, снижался уровень интересов, ослаблялось адекватное понимание ситуации. Вышеуказанные проявления маскировались глобальной астенической и аффективной симптоматикой. Постепенно происходило огрубление и переход личности на более низкий уровень.

Данные, полученные методом поточной цитометрии, выявили возникновение апоптоза, что, очевидно, было спровоцировано затяжным характером воспаления и нарушением гематоэнцефалитического барьера. В культурах лимфоцитов появлялись бластные формы клеток, увеличивалась экспрессия CD95+, возрастало число AnV+ апоптирующих клеток. Наблюдалась потеря митохондриями способности к поддержанию мембранного потенциала, что связано с подавлением антиоксидантных функций ингибирующих апоптоз белков bcl-2. В результате снижения трансмембранного потенциала (Dym) и образования пор проапоптогенные факторы (цитокины) вступали в цитоплазму и активизировали каскад каспаз. Было выявлено нарушение обмена мелатонина (снижение уровня и расстройство ритма синтеза). Уже на ранних этапах болезни у пациентов отмечалась выраженная астения, которая сопровождала его на всех этапах болезни. Также у больных основной группы отмечались стойкие инсомнии и парасомнии. Как показали исследования, на протяжении первых 2–3 лет у 83,0 % больных основной группы превалировала астеническая симптоматика, инсомнии. В 69,0 % случаев через 1,5–2 года после травмы у пациентов основной группы выявлялось снижение уровня и расстройство ритма синтеза мелатонина, что сочеталось с инсомниями и уплощенной суточной температурной кривой, труднокурабельной астенией. В дальнейшем у лиц с рас-

стройством синтеза мелатонина, появлялись психопатологические «зарницы». Спустя 3 года после черепно-мозговой травмы у пациентов основной группы был выявлен усиленный апоптоз клеток, что было спровоцировано затяжным характером воспаления и нарушением гематоэнцефалитического барьера. Клинически это соответствовало усилению неврозоподобной симптоматики и появлению психопатологии. У пациентов контрольной группы не отмечалось вышеуказанных проявлений. Функциональные расстройства, возникшие у лиц, перенесших даже легкую ЧМТ, с течением времени приводили к стойкому нарушению адаптационной системы всего организма.

Выводы

Отдаленный период ЧМТ представлен разнообразными клиническими психопатологическими формами. Существует определенная этапность течения последствий ЧМТ. Уже на ранних этапах можно выделить предикторы неблагоприятного течения, которое приводит к нарушению функционирования больного.

Литература

1. Moppet I. Traumatic brain injury: assessment, resuscitation and early management [Text] / I. Moppet // British J. Anaesthesia. – 2007. – Vol. 99, № 1. – P. 18–31.
2. Abreu B. Self-care management for persons with cognitive deficits after Alzheimer's disease and traumatic brain injury [Text] / B. Abreu // C. Christianen (ed). Ways of living / Self-care strategies for special needs. – USA: Amer. Occupation Therapy Association. – 2000. – P. 259–281.
3. Одинак М. М. Тактика комплексной терапии и реабилитации больных с посттравматическими когнитивными нарушениями [Текст] / М. М. Одинак, А. Ю. Емелин, С. В. Воробьев и др. // Военно-медицинский журнал. – 2011. – №1. – С. 17–23.
4. Norris C. M. Recovery of afferent function and synaptic strength in hippocampal CA1 following traumatic brain injury [Text] / C. M. Norris, S. W. Scheff // J. Neurotrauma. – 2009. – Vol. 26. – P. 2269–2278.
5. Арушанян Э. Б. Защитное влияние мелатонина на поведенческие и морфологические расстройства, вызываемые черепно-мозговой травмой у крыс в разное время суток [Текст] / Э. Б. Арушанян, С. С. Наумов, В. А. Пономарева // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2009. – №5. – С. 18–21.
6. Нганкам А. Иммунологические маркеры тяжести и прогноза черепно-мозговой травмы [Текст] / А. Нганкам, Н. В. Казанцева, М. М. Герасимова // Журн. неврол. и психиатр. – 2011. – №7. – С. 61–65.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДДАЛЕНОГО ПЕРІОДУ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

В. Є. Казаков
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Досліджено 437 осіб, які перенесли ЧМТ, наслідком якої стала психопатологічна симптоматика. Результати досліджень виявили, що віддалений період ЧМТ представлений різноманітними клінічними психопатологічними формами. При цьому існує певна етапність перебігу наслідків ЧМТ. Уже на ранніх етапах можна виділити предиктори несприятливого перебігу, які призводять до порушення функціонування хворого.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, етапи, предиктори.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF REMOTE PERIOD IN CLOSED TRAUMATIC BRAIN INJURY

V. Ye. Kazakov
SE «Lugansk State Medical University»

We studied 437 people who have suffered from traumatic brain injury, which had a psychopathology consequences. The received results revealed that remote period of TBI presents a variety of clinical psychopathology forms. At the same time there is some phasing flow of TBI consequences. Already in the early stages predictors of adverse current, which leads to disruption of the functioning of the patient can be identified.

Key words: traumatic brain injury, stages, predictors.

УДК 616.89-008-053.6:616.441–006.5

SOME PECULIARITIES IN THE MENTAL HEALTH STATUS OF ADOLESCENTS WITH NONTOXIC DIFFUSE GOITER

T. N. Matkovska
State Institution "Institute for Children and Adolescents Health Care of the NAMS of Ukraine",
V. N. Karazin Kharkiv National Univesity

Summary. Statistical credibility of mental disorders has been established in adolescents with nontoxic diffuse goiter in the form of organic asthenic disorders, neurotic disturbances, somatoform vegetative dysfunctions which occur significantly more often than the same in adolescents with normal volume of the thyroid gland. Frequency of disorders does not depend on the functional state of the thyroid gland.

Key words: mental disorders, adolescents, thyroid gland, nontoxic diffuse goiter.

Introduction

The topicality of studying mental health in children and adolescents with nontoxic diffuse goiter (NDG) depends on the prevalence of the disease, polymorphism and ambiguity of psychopathological manifestations in this endocrine pathology, some difficulties of identifying its disorders, especially at the early stages of the disease, and, at last, an insufficient knowledge of the pathology which is formed against minimal thyroid dysfunctions.

Numerous studies have been focused on studying a pronounced mental pathology. For instance, the intellectual insufficiency in endemic cretinism has been subjected to a comprehensive study, while borderline mental disorders remain underestimated. Iodine deficiency is a threat to the intellectual potential and mental health of the population, residing in the regions with an environmental iodine deficiency. Thus, mental retardation has been registered twice more often in the regions of iodine deficiency, and almost 15.00 % of pupils have difficulties in learning. A significantly increased level of morbidity has also been observed in such regions, while anthropometric characters have a tendency to a decrease (1).

The significance of thyroid pathology grows due to the fact that some of its forms proceed with clinical manifestations of the disorders in the cardiovascular system and in other organs and systems, as well as with reproductive function disorders. Undoubtedly important are those numerous manifestations of the thyroid pathology, which reflect the endocrine response of the organism to stress, occurring in both acute and chronic forms.

Clinical feature of the thyroid diseases is their significant impact on medico-social status of the patient, manifesting itself in emotional disorders, mental reactivity, behavioral changes at home and at work, disorders or a significant decrease in self-criticism, memory and intellect. The enumerated facts inevitably cause some changes, as a rule a significant deterioration in the quality of life not only in aged disabled patients, but also in young and middle-aged patients with high social and creative activity.

Our research has established that thyroid pathology has a negative impact on mental health of the individual at all stages of life, causing the occurrence of a variety of clinical syndromes, beginning from mild disturbances and ending with severe mental disorders (2).

Taking into account the fact that hypothyroidism develops gradually and has latent atypical symptoms at the initial stage of the disease, worsening of the general state can be regarded as a result of mental or physical fatigue, pregnancy and childbirth. In some cases, symptoms of hypothyroidism resemble the signs of many other diseases. Patients appeal for aid to such specialists as cardiologists, gynecologists, neuropathologists, otolaryngologists etc., whose treatment does not lead to recovery (3).

Some authors are of opinion that the most frequent psychopathological symptoms, both of subclinical and manifest hypothyroidism, are depressive disorders. The relationships of subclinical forms of hypothyroidism with such states as depression, dementia, affective disorders have been proved by the authors (4, 5).

The greatest amount of research is devoted to the problems of the clinic, diagnosis and treatment of mental disorders in the hypofunction of the thyroid, and scientific works, devoted to a special study of mental pathology in the subclinical form of hypothyroidism, in the psychiatry of the country, are practically absent in the psychiatry of the country.

 © Matkovska T. N., 2014

The study aims at determining the impact of thyroid dysfunction on the mental health of adolescents with nontoxic diffuse goiter, aged 10–17.

Materials and methods

Clinico-psychopathological method, which includes medical history, diagnostic interview and observations regarding motor, vegetative and emotional reactions; statistical method.

A total of 201 patients (91 boys and 110 girls) with NDG at the age of 10–17 years were under clinical observation.

Biological factors for prediction of mental disorders in children with NDG, aged 10–17, were analyzed in our study.

Results and discussion

Analysis of the data obtained has shown that cerebroorganic factors of predisposition are presented in children in the form of: pathology of pregnancy (toxicosis, neuropathy, threatened abortion in early gestation), which is observed in 42.80 % of their mothers. Pathology of childbirth occurs in 48.60 % of mothers. Deviations of parturition are presented in the form of rapid delivery, breech presentation, early discharge of amniotic fluid; neuropathy of early childhood has been registered in half of our patients (53.60 %).

Appreciation of the mental status has revealed the presence of psychopathological disorders in most of the examined persons (83.10 %), Fig.1. The process of examination has established that in children, suffering from NDG, only 16.90 %±2.65 % have no psychopathological disorders. Mental disorders have been recorded in 83.08 %±3.70 % of the total number of patients from the study group without any significant difference between boys and girls (81.80 %±3.70 % and 84.60 %±3.80 %, respectively).

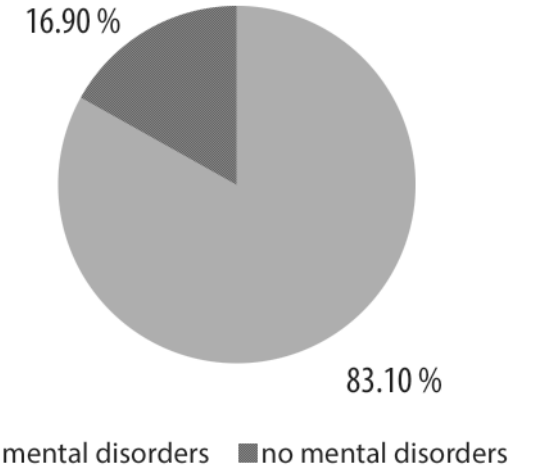


Figure1. Frequency of mental disorders in adolescents with NDG and in the comparison group.

The diagnostic interview has shown the principal symptoms, involved in the formation of psychopathology in children with NDG. Various manifestations of asthenia were present in the overwhelming number of patients: post-exercise bodily weariness (83.10 %), an increased mental fatigability (84.10 %), irritability (84.60 %), tension (84.60 %), and the state of internal anxiety (84.60 %). Emotional instability (85.60 %), impaired mood (89.50 %) and anxiety (89.50 %) were observed in most of the patients studied. Such symptoms as apathy (2.50 %), dysphoria, melancholy (2.50 %), suicidal thoughts (2.59 %) were registered in isolated cases (five patients).

Attention deficiency combined with hyperactivity was observed in two (0.99 %) male patients only with predominance of hyperactive behavior.

Sleep disturbances in the form of difficulties in falling asleep, disorders of the depth and duration of sleep were recorded in almost the same number of cases (29.80 %, 30.30 %, and 30.30 %, respectively). Difficulties in falling asleep, split-period sleep, morning drowsiness and weakness were the leading complaints of our patients.

The children under examination complained of intermittent headache (63.70 %), dizziness (49.20 %), cardiac discomfort (34.80 %), and dyspnoea (30.20 %).

Poor memory, a decline in attention focusing and working capacity in the form of complaints have been revealed in the individual questioning of our patients (22.40 %).

Affective disorders, such as depressive manifestations, have been found in 2.50 % of the cases. The governing manifestations of the affective pathology were: a depressed mood, a pronounced reduction of interests, a decreased vitality, and an increased fatigability (asthenia). Additional symptoms, characterizing affective pathology, were presented in the form of a reduced ability to the attention focusing, a decreased self-appraisal, an unconscious guilt, suicidal tendencies, and sleep disorders.

Behavioral disorders in the form of attention deficiency in combination with hyperactivity have been recorded in 0.99 % of the examined patients.

Development of three groups of disorders at the nosologic level has been established in patients with NDG, namely: asthenic organic, neurotic and affective, and stress-related disturbances.

Considering the gender aspect of psychopathology in children with NDG it should be noted that most symptoms occur equally, irrespective of sex.

It has been found that clinical polymorphous symptoms, with predominance in the clinical structure of the most frequent and intensive

ones, are characteristic of children with NDG at the age of 10–17 years. The established symptoms are: anxiety, emotional lability, tension, irritability, an increased mental and physical fatigue, recurrent headaches, and dizziness. The above symptoms in different combinations with some other symptoms conceal partly the endocrine pathology, complicating timely diagnosis of NDG at the present ontogenetic stage of development.

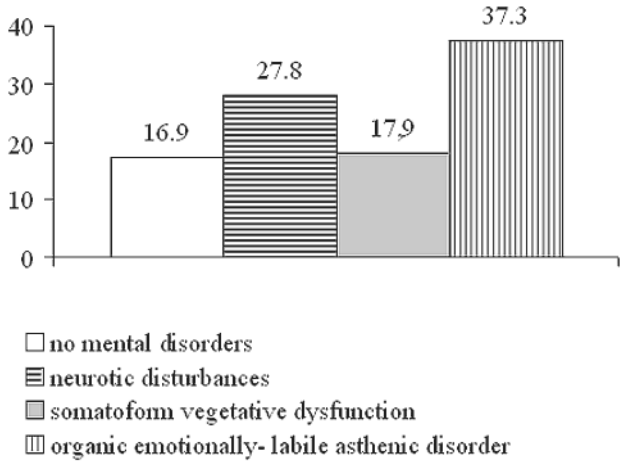


Figure2. Frequency of mental disorders in children with NDG

Prevalence of organic emotionally-labile (asthenic) disturbances (37.30 %) has been revealed in the analysis of mental disorders frequency in children with NDG. Disorders of the neurotic register have been found in 27.80 %±3.20 % of our patients, and the events of somatoform vegetative dysfunction take place in 17. 90 %±2.70 % of patients.

The group of patients with psychopathological manifestations of the organic brain damage amounts to 37.30 % of all the examined persons; clinical picture is defined by the «organic triad» of signs: cerebroasthenia, emotional expansiveness as well as disorders in intellectual and mnestic processes.

In the structure of mental disorders dominate organic emotionally-labile (asthenic) disturbances (44.90 %±3.90 %), disorders of the neurotic level (33.50 %±3.70 %), and somatoform vegetative dysfunction (21.60 %±3.20 %).

In the analysis of psychopathological manifestations in our patients, depending on the severity of the thyroid insufficiency, attention is drawn to the lack of significant differences in the incidence of the registered mental disorders in the euthyroid patients and in the group of patients with thyroid deficiency, namely: organic emotionally-labile (asthenic) disorders (38.80 %±4.50 % and 35.00 %±5.40 %, respectively) and disturbances in the neurotic register (26.40 %±4.03 % and 30.00 %±5.20 %, respectively). Pronouncedness of the somatoform vegetative dysfunction in the group of euthyroid patients prevails significantly in the comparison with similar manifestations frequency in patients with the thyroid failure (21.48 %±3.70 % and 12.50 %±3.70 %, respectively, p<0,05).

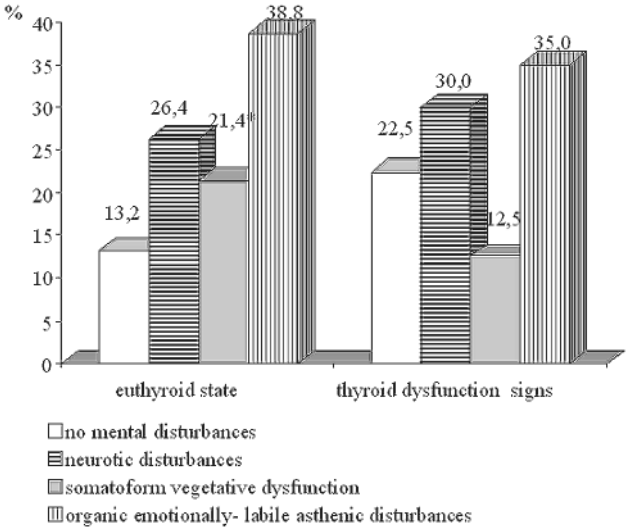


Figure 3. Mental disorders frequency in patients with NDG depending on the functional state of the thyroid

In the gender aspect the frequency of psychopathological disorders, depending on the degree of thyroid deficiency, is more pronounced. Disorders of the neurotic register in girls with the thyroid insufficiency exceeds twice the same in the group of euthyroid patients (16.39 % ± 4.70 % and 33.33 %±8.70 %, respectively, p<0.05). And the severity of somatoform vegetative dysfunction predominates in the group of euthyroid patients, in comparison with the frequency of the same events in patients with the thyroid failure (31.14 %±5.90 % and 16.66 %±6.90 % respectively, p<0.05). No pathology has been observed in the mental sphere (14.70 %±4.60 % and 16.70 %±6.90 %, respectively) of the patients studied in the groups with euthyroid state and thyroid insufficiency.

A significant prevalence of boys without mental pathology has been revealed in the group with the thyroid insufficiency, as compared with the group of patients with euthyroidism (26.00 % ± 6.20 % and 11.60 % ± 4.20 %, respectively). Disturbances in the neurotic register (36.60 % ± 6.20 % and 28,00 % ± 6.40 %), vegetative disorders (11.60 % ± 4.10 % and 10,00 % ± 4.30 %), and asthenic organic disorders (40,00 % ± 6.40 % and 36,00 % ± 6.90 %) without any significant difference have been recorded in the groups with various degrees of the endocrine pathology severity.

Thus, a variety of psychiatric symptoms has been revealed in 83.08 % of patients with

NDG. An organic asthenic disorder as a leading psychopathological damage at the nosologic level, irrespective of gender and the degree of thyroid insufficiency, has been registered in 37.70 % and 40.00 % of patients in the group with euthyroidism, and in 33.33 % and 36.00 % in the group with the thyroid failure in girls and boys respectively.

No significant differences in the frequency of the registered pathology in boys and girls (81.80 %±3.70 % and 84.60 %±3.80 %, respectively) have been revealed when comparing manifestations of the disease in terms of gender.

Comparing the total incidence of mental disorders in the population of school-age children, depending on the presence of thyroid pathology, attention is drawn to the fact that regardless of age and sex a significant excess of this pathology has been recorded in the group of children with NDG. Populational rates, obtained in the examination of schoolchildren by medical experts of our institute, are much lower.

Thus, our study has found that NDG in children at the age of 10–17 years is characterized by polymorphous clinical symptoms with prevalence of anxiety, emotional lability, tension, irritability, an increased mental and physical fatigue, recurrent headaches, and dizziness in the clinical structure. The above symptoms in various combinations with other symptoms partly mask the endocrine pathology that may complicate timely diagnosis of NDG at the present ontogenetic stage of the child development.

Conclusion

The results presented enable the authors to arrive at a conclusion that a convincing surge in the frequency of mental disturbances is characteristic of children with NDG.

The most common forms of mental disorders, recorded in the presence of the thyroid pathology, are: organic emotionally-labile (asthenic) disorder, neurotic disorders, and functional vegetative disturbances.

Considering the state of their own health as a result of fatigue or age-related changes, many unsound people do not receive any treatment at all or appeal to different irrelevant specialists — cardiologists, neurologists, and pediatricians for aid without any results after the therapy. Only a thorough analysis of their complaints, physical examination, and the performed research make it possible to determine, whether the patient has endocrine pathology.

References

1. Жуков А. О. Вызванные дефицитом йода задержка психического развития и синдром дефицита внимания (клинико-эпидемиологическое исследование) [Текст] / А. О. Жуков // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – № 6. – С. 4–16.
2. Моллаева Н. Р. Психическое здоровье детей, проживающих в йододефицитном регионе (клинико-эпидемиологическое исследование) [Текст] / Н. Р. Моллаева // Международный эндокринологический журн. – 2009. – № 6 (24). – С. 52–60.
3. Пятницкий Н. Ю. Сравнительная характеристика психических расстройств при разных видах эндокринопатий [Текст] / Н. Ю. Пятницкий // Соц. и клинич. психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 10–13.
4. Пятницкий Н. Ю. Сравнительная характеристика психических расстройств при разных видах эндокринопатий [Текст] / Н. Ю. Пятницкий // Соц. и клинич. психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 10–13.
5. Шевченко И. А. Субклинический гипотериоз [Текст] : обзор литературы / И. А. Левченко, В. В. Фадеев // Проблемы эндокринологии. – 2002. – № 2. – С. 13–22.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Т. М. Матковська

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Встановлено достовірне переважання психічних розладів у підлітків із дифузним нетоксичним зобом у вигляді органічного емоційно-лабільного астенічного розладу, невротичних розладів, соматоформної вегетативної дисфункції, що достовірно частіше, ніж у підлітків з нормальним об'ємом щитовидної залози. Частота порушень не залежала від функціонального стану щитовидної залози.

Ключові слова: психічні розладі, підлітки, щитовидна залоза, дифузний нетоксичний зоб.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Т. Н. Матковская

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», Харьковский национальный университет имени В. Н Каразина

Установлено достоверное преобладание психических расстройств у подростков с диффузным нетоксическим зобом в виде органического эмоционально-лабильного астенического расстройства, невротических расстройств, соматоформной вегетативной дисфункции, что достоверно чаще, чем у подростков с нормальным объемом щитовидной железы. Частота нарушений не зависела от функционального состояния щитовидной железы.

Ключевые слова: психические расстройства, подростки, щитовидная железа, диффузный нетоксический зоб.

УДК 616.895: 364-787.522-057.36

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УВОЛЕННЫХ ИЗ РЯДОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ

О. Н. Сукачева
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Изучение клинических проявлений адаптационных расстройств (АР) у 99 профессиональных военнослужащих (средний возраст — 38,50±2,02 лет), уволенных из рядов Вооруженных Сил в период 2010–2013 гг., с помощью унифицированных критериев МКБ-10 и опросника PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974), позволило выделить два основных варианта АР: поведенческий и аффективный. Аффективный вариант АР встречался в 1,2 раза чаще поведенческого ($p<0,01$). В аффективном варианте выделено три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный. В структуре аффективного варианта преобладал депрессивный подвариант ($p<0,01$). Идентифицирован общий для всех пациентов с АР психосоциальный стрессор — «увольнение из армии», описаны клинические проявления вариантов и подвариантов АР (F43.2). Проведенное исследование показало необходимость более раннего выявления АР с целью их своевременной коррекции и улучшения прогноза.

Ключевые слова: расстройства адаптации, военнослужащие, уволенные из армии, клинические варианты адаптационного расстройства, психосоциальный стрессор — «увольнение из армии».

Введение

Актуальность исследований, направленных на совершенствование подходов к диагностике и терапии адаптационных расстройств, не вызывает сомнения. Это обусловлено высокой частотой встречаемости указанных расстройств в популяции, а также их негативными социальными и медицинскими последствиями [1–6]. По данным разных авторов, частота распространенности адаптационных расстройств (АР) существенно варьирует: от 1,00 до 21,00 % в популяции, по данным [1], и от 5,00–20,00 %, по данным [2]. В контингенте больных невротическими расстройствами процент лиц с АР еще выше — 28,10 % [5]. Отмеченные расхождения объясняются сложностями диагностики, полиморфным характером данной нозографической категории, использованием разных методов исследования, а также обследованием различных социальных групп [1–3, 5].

Анализ литературы позволил выделить социальную группу, которая, с одной стороны является высокорисковой в плане развития АР, с другой стороны — наименее изученной. Такой группой являются профессиональные военнослужащие, увольняемые из рядов Вооруженных Сил (ВС). Ситуация увольнения из ВС, переход военнослужащих из одной социально-профессиональной среды в другую, неопределенность трудоустройства, нарушение привычного уклада жизни потенциально являются повышенно стрессогенными, но для части военнослужащих приобретает характер первичного и основного причинного фактора возникновения адаптационных расстройств, препятствующих полноценному социальному функционированию, снижению продуктивности в повседневной деятельности. В свою очередь, развитие АР значимо повышает риск развития аддиктивного и суицидального поведения [4], формирования коморбидных с АР аддиктивных и личностных расстройств. В связи с этим изучение клинических особенностей АР у военнослужащих, уволенных из ВС, и проявивших признаки неадаптивного поведения и реагирования, актуально, так как способствует расширению наших знаний о предиспозиционных факторах развития АР у представителей указанной социальной группы, и в конечном итоге подчинено усилиям по разработке мер эффективной превенции и терапии АР у бывших военнослужащих.

Цель исследования

Клинико-статистический анализ психопатологических особенностей адаптационных расстройств у военнослужащих, уволенных из ВС.

Задачи исследования

Описание клинических проявлений АР у военнослужащих, уволенных из ВС, и выделение их типологических вариантов.

Материалы и методы исследования

На этапе выделения групп сравнения по унифицированным критериям МКБ-10 в контингенте военнослужащих, уволенных из ВС было проведено изучение частот встречаемости лиц с адаптационными расстройствами (АР) и без таковых. Всего на протяжении 2010–2013 гг. было исследовано 446 бывших военнослужащих. У 99 (22,20 %) из них были

 © Сукачева О. Н., 2014

установлены признаки адаптационных расстройств (АР) (F43.2) (табл.1). Указанные лица составили основную группу исследования (ОГ). Контрольную группу (КГ) образовали 30 военнослужащих, уволенных из ВС, не имевших признаков АР. Средний возраст пациентов с АР — 38,50±2,02 лет, испытуемых без АР — 38,40±1,06 лет.

В исследовании использовались клинический (клинико-психопатологический), психодиагностический и статистический методы. Оценка психического состояния испытуемых проводилась на основании полуструктурированного клинического интервью, основанного на опроснике PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974); Шкала оценки психического статуса (Present state examination — PSE) разработана ВОЗ в 1973 г. для оценки тяжести психических нарушений в статусе больного на основании его стандартизированного опроса. PSE представлена ВОЗ как европейская оценочная шкала психического состояния, симптоматический перечень которой был разработан для выявления синдромологических констелляций [7]. Верификация диагноза АР осуществлялась на основании унифицированных критериев МКБ-10. Оценка психического статуса испытуемых и верификация АР во всех случаях проводилась совместно с врачом-психиатром. Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнена с использованием пакета прикладных программ «Statistica 7.0 for Windows».

Таблица 1

Распределение в контингенте военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил, частот встречаемости лиц с признаками адаптационных расстройств и без таковых (по критериям МКБ-10), %

Военнослужащие, уволенные из рядов Вооруженных Сил	Абс.ч., чел.	Отн. ч., %
1. Без адаптационных расстройств	347	77,80[1]
2. С адаптационными расстройствами	99	22,20[2]
Всего:	446	100,00

Примечание: достоверность различий [1-2]— p<0,001

Результаты исследования и их обсуждение

Применение унифицированных критериев МКБ-10, а также клинико-статистический анализ данных, полученных при использовании PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974), позволил в контингенте военнослужащих, уволенных в запас из ВС и имеющих признаки адаптационного расстройства, выделить два его клинических варианта: поведенческий и аффективный. В аффективном варианте АР были выделены три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный. Аффективный вариант АР встречался в 1,2 раза чаще поведенческого (p<0,01). При выделении вариантов и подвариантов АР мы ориентировались на методические рекомендации П. В. Волошина с соавторами [2]. Распределение клинических вариантов и подвариантов АР у военнослужащих, уволенных из рядов ВС отражено в табл. 2.

Аффективный вариант АР (АВ АР) в нашем исследовании был установлен у большинства (53,54 %) пациентов и представлен тремя подвариантами: депрессивным (АВ(дп) АР), тревожным (АВ(тп) АР) и смешанным (АФ(сп) АР) (табл. 2).

Депрессивный подвариант аффективного варианта АР (АВ(дп) АР) был установлен у 30 пациентов, характеризовался как доминирующий (56,60 %) в структуре аффективного варианта АР и соотносился с «пролонгированной депрессивной реакцией» по критериям МКБ-10 (F43.21). Клиническая картина данного подварианта АР определялась наличием депрессивного аффекта, снижением побуждений, пессимистичной оценкой перспектив и собственной личности, нарушением концентрации внимания, легкой психомоторной заторможенностью и психовегетативными нарушениями. При этом депрессивный аффект характеризовался непостоянством, зависимостью от ситуации (был выводим из психотравмирующего события), отсутствием «витальности». Снижение побуждений касалось ограниченного круга интересов и увлечений, ангедония не достигала значительной степени, не отмечалось замедления ассоциативного процесса. У многих пациентов заметное место в клинической картине занимало изменение самооценки, переживание по поводу увольнения из рядов ВС, а также редуцированные идеи вины, своей социальной ненужности. По параметрам стабильности и длительности депрессивная реакция дезадаптации характеризовалась как «пролонгированная». Средняя продолжительность депрессивного варианта составляла 9,10±2,00 месяца (табл. 3). В целом динамика депрессивных

Таблица 2

Распределение клинических вариантов и подвариантов АР у военнослужащих, уволенных из рядов ВС, соотнесенных с категориальными диагностическими шифрами МКБ-10, %

N	Вариант АР	Код по МКБ-10	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %
1	Поведенческий вариант АР		46	46,46[1]
1.1	С преобладанием нарушений поведения	F43.24		
2	Аффективный вариант АР		53	53,54[2]
2.1	Депрессивный подвариант АР	F43.21 (Пролонгированная депрессивная реакция)	30	30,30
2.2	Тревожный подвариант АР	F43.23 (С преобладанием нарушения других эмоций)	13	13,14
2.3	Смешанный подвариант АР	F43.22 (Смешанная тревожно-депрессивная реакция)	10	10,10
Всего			99	100,00

Примечание: достоверность различий [1-2] — $p<0,001$

реакций дезадаптации характеризовалась формированием и длительным сохранением комплекса психогенных переживаний с фиксацией на психотравмирующем событии (увольнение из рядов ВС) с последующим присоединением и усилением астенических проявлений. На момент исследования в клинической картине ведущее место занимали аффективные нарушения в виде субдепрессивных или депрессивных состояний легкой степени выраженности, а комплекс психогенных переживаний тушировался и уходил на задний план.

Тревожный подвариант аффективного варианта АР (АВ(тп) АР) был установлен у 13 (13,40 %) пациентов и соотносился с категорией «АР с преобладанием других эмоций» (F43.23 по МКБ-10). В клинической картине данного подварианта доминировали тревожные реакции дезадаптации. Наиболее частыми проявлениями АР являлись переживание внутреннего напряжения, безотчетного немотивированного беспокойства и неспособности расслабиться. Выраженность описанных симптомов усиливалась в вечернее время, в период засыпания. Чувство тревоги инициировалось мыслями о будущем, ожиданием перемен, состоянием неопределенности. Наряду с эпизодическим возникающими ожиданиями неприятностей, ощущениями беспредметной тревоги и страха за себя и близких большинство пациентов (76,92 % от общего числа с данным подвариантом) отмечали появление тревоги, робости и нерешительности в ситуациях, в которых ранее себя чувствовали спокойно (при встрече с бывшими сослуживцами, например). Но наиболее значимыми были для пациентов с данным подвариантом новые социальные ситуации (собеседования с потенциальным работодателем, посещение налоговых администраций, оплата коммунальных платежей и пр.): практически у всех при попадании в такие ситуации снижалось «качество» мышления (не могли сформулировать ответ на заданный вопрос), появлялась боязнь неправильных ответов, боязнь неадекватной оценки со стороны потенциального работодателя, развивалось избегающее поведение (неявка в службу занятости, на собеседование с кадровиками новых потенциальных мест работы, уход из очереди в кассу при оплате коммунальных услуг, с собеседования и пр.). У большинства обследуемых после «неудачных» посещений потенциальных работодателей на фоне нарастающей тревожности появлялось ощущение неуверенности в себе, которое сопровождалось вспышками раздражительности, направленными на себя. Несмотря на отмечаемое значимое снижение самоуважения и утрату уверенности в своей способности «жить на гражданке», пациенты не замыкались, стремились к общению с окружающими, искали социальную поддержку. В большинстве случаев (76,92 %) у наблюдаемых тревожные реакции сопровождались выраженной психовегетивной симптоматикой. При обследовании большинство пациентов с данным подвариантом АР активно предъявляли жалобы на головные боли напряжения, трудности засыпания и поверхностный сон с ча-

стыми ночными пробуждениями, колебания массы тела.

Средняя продолжительность тревожного подварианта АР на момент исследования составила 1,10±3,20 месяца (табл. 3). По мере дезактуализации психотравмы и регресса тревожного аффекта ведущее место в клинической картине занимали астенические явления. Они формировались постепенно, через 2–3 недели от начала реакции и проявлялись в виде раздражительной слабости, несобранности, утомляемости и снижения концентрации внимания. При этом элементы астении были менее выраженными, чем при депрессивном подварианте АР.

Смешанный подвариант аффективного варианта АР (АВ(сп) АР) был установлен у 10 (10,10 %) пациентов и квалифицировался как «Смешанная тревожно-депрессивная реакция» (F43.22 по критериям МКБ-10).

Аффективные проявления в клинической картине у пациентов этого подварианта характеризовались гипотимией, подавленностью, а также наличием ощущения внутреннего напряжения и беспокойства. На фоне сниженного настроения отмечались ослабление интересов, желаний, отгороженность и безучастность, снижение самооценки, утрата самоуважения. Особенностью тревожного сидрома при смешанном подварианте АР было сочетание и выраженность как психического, так и соматического компонентов тревоги. В рамках психического компонента отмечались беспокойство, тревожные опасения, предчувствия, мысли, направленные в будущее; навязчивые воспоминания, связанные с психотравмирующим событием (увольнением из армии), нерешительность в действиях, принятии решений. Соматические проявления тревоги усиливались при воспоминании о психотравмирующем событии, волнении, повышенной умственной и эмоциональной нагрузках. Характерными были также астенические симптомы, нарушение сна в виде частых пробуждений среди ночи, невозможность отключиться от неприятных мыслей при засыпании. Средняя продолжительность данного подварианта к моменту обследования составляла 5,80±1,50 месяца (табл. 3). По результатам клинико-динамического анализа у большинства пациентов с данным подвариантом (70,00 %) была установлена своеобразная трансформация тревожной симптоматики: начиная со второго месяца, собственно психический компонент тревожного синдрома редуцировался, а на первое место выдвигались соматические признаки. У значительного числа пациентов (40,00 %) на фоне длительного астенодепрессивного напряжения, связанного с психотравмирующим событием, было отмечено нарастание астенодепрессивной симптоматики. Преобладала физическая усталость, раздражительность, гиперестезия, сменяемая периодами апатии, появлялись разнообразные и не связанные с первичным психотравмирующим событием чувство тягостного бессилия, ощущения собственной несостоятельности и неспособности справиться с ситуацией.

Поведенческий вариант АР (ПВ АР) был установлен у 46 (46,46 %) пациентов и представлен адаптационным расстройством с преимущественным нарушением поведения (F43.24 по МКБ-10).

В клинической картине АР при данном варианте доминировали симптомы дезадаптивного, реже диссоциального поведения, которое сочеталось с нарушением повседневного функционирования. Клиническая картина определялась раздражительностью, несдержанностью, импульсивностью, повышенной возбудимостью, кратковременными реакциями агрессии, обиды, гнева. Как правило, при ПВ АР у пациентов выявлялись ранее нехарактерные для них формы поведения, снижение порога агрессивности, обострение чувствительности к критике, что приводило к конфликтам, нарушению взаимоотношений с окружающими. Тем не менее выраженность психопатологической симптоматики оставалась неглубокой. Вышеописанные поведенческие симптомы во всех случаях ПВ АР были четко связаны с фактом психотравмирующего события — увольнения из рядов ВС. Возникновение социальной дезадаптации у пациентов при данном варианте АР в большей степени определялось такой симптоматикой, как перепады настроения, раздражительность, гиперактивность (при малой ее продуктивности), чувство недовольства и внутреннего напряжения. Следует отметить, что большинство из этих симптомов, среди которых преимущественно отмечались проявления легких форм астенической или психовегетативной симптоматики, не вербализовались пациентами и были выявлены в ходе опроса. Эмоциональные нарушения при ПВ АР не занимали ведущего положения в клинической картине, проявляясь фрагментарно или в стертом виде.

Средняя продолжительность ПВ АР составляла 3,20±3,40 месяца и характеризовалась нарастанием выраженности симптоматики.

Обобщенные результаты изучения средней продолжительности вариантов и подвариантов АР отражены в табл. 3.

Таблица 3

Средняя продолжительность клинических вариантов и подвариантов АР у военнослужащих, уволенных из рядов ВС, M±m

N	Вариант АР	Код по МКБ-10	Средняя продолжительность АР, месяц
1	Поведенческий вариант АР		3,20±3,40[1]
1.1.	С преобладанием нарушений поведения	F43.24	
2	Аффективный вариант АР		5,33±2,80[2]
2.1.	Депрессивный подвариант АР	F43.21 (Пролонгированная депрессивная реакция)	9,10±2,00
2.2.	Тревожный подвариант АР	F43.23 (С преобладанием нарушения других эмоций)	1,10±3,20
2.3	Смешанный подвариант АР	F43.22 (Смешанная тревожно-депрессивная реакция)	5,80±1,50

Примечание: достоверность различий [1-2] — p<0,001

Из табл. 3 следует, что продолжительность АР в группе военнослужащих, уволенных из рядов ВС не превышала 6 месяцев. Средняя продолжительность аффективного варианта АР в 1,6 раза была дольше, чем поведенческого (p<0,01). Максимальная продолжительность АР в рамках аффективного варинта отмечена при депрессивном подварианте, минимальная — при тревожном.

Проведенное исследование позволило сформулировать ряд **обобщений**:

1. Установлена высокая частота встречаемости адаптационного расстройства (АР) (F43.2 по критериям МКБ-10) в контингенте военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил: 22,20 %, выборка – N=446.

2. Изучение клинических проявлений АР у бывших военнослужащих с помощью полуструктурированного клинического интервью, основанного на опроснике PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974) выявило ряд общих для клинической группы особенностей.

2.1. Первой общей психопатологической характеристикой у пациентов с АР являлся специфический реактивный симптомокомплекс (СРСК) идеаторно-мнестических и аффективно-мотивационных расстройств, выражавшийся в устойчивых интрузивных переживаниях, которые были сопряжены с изменением самоотношения пациентов. Установленный СРСК не отличался от описанного в литературе [3]. Устойчивые интрузивные переживания у пациентов с АР выражались чувством незащищенности, отвержения, вины, беспомощности и растерянности, а также вторично возникающими реакциями отрицания, протеста, фатальной пассивности, смещенной активности. При этом у всех пациентов с АР отмечалось избирательное снижение способности к многосторонней и объективной оценке ситуации с фокальным усилением наглядно-образного и наглядно-действенного мышления, с доминированием аффективной логики, оценочных суждений и появлением избирательных дисмнезий. Все это создавало условия для наблюдающегося у них нарушения способности к переоценке и ассимилированию травматического опыта.

2.2. Второй общей психопатологической характеристикой у обследованных пациентов с АР являлась связанность психопатологической симптоматики с общим психосоциальным стрессором. У всех пациентов с АР был идентифицирован общий психосоциальный стрессор — «увольнение из армии». Психопатологическая симптоматика развивалась в непосредственной связи со стрессовым событием, а психотравмирующая ситуация была ярко представлена в переживаниях и высказываниях.

2.3. Третьей общей психопатологической характеристикой у обследованных пациентов с АР являлось то, что клинические проявления АР отличались полиморфностью, неоднородностью и сравнительно неглубокой выраженностью симптоматики.

2.4. Четвертой общей психопатологической характеристикой у обследованных пациентов с АР являлась кратковременность психопатологической симптоматики (средняя продолжительность АР — 4,27 месяца, т. е. <6 месяцев).

2.5. Пятой общей психопатологической

характеристикой у обследованных пациентов с АР являлась сочетанность психопатологической симптоматики со снижением социального функционирования.

3. Установлено наличие двух основных клинических вариантов АР у военнослужащих, уволенных из рядов ВС: поведенческий и аффективный. Аффективный вариант АР встречался в 1,2 раза чаще поведенческого ($p<0,01$). В аффективном варианте выделено три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный. В структуре аффективного варианта преобладал депрессивный подвариант ($p<0,01$).

Установленные особенности клинических проявлений адаптационных расстройств у военнослужащих, уволенных из рядов ВС, будут использованы при создании превенционных и реабилитационных программ.

Литература

1. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы диагностике и терапии [Текст]/ О. С. Антипова // Неврология и психиатрия. – 2013. – № 1. – С. 32–36.
2. Волошин П. В. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування : методичні рекомендації [Текст] / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та інш.]. – Харків, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», 2009. – 32 с.
3. Шифнер Н. А. Клинические особенности и варианты динамики расст-ройств адаптации у студентов [Текст] / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Вестник психиатрии и психологи Чувашии. – 2012. – № 8. – С. 43-61.
4. Литвинцев С. В. Использование афобазола в лечении расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных из Вооружённых Сил [Текст] / С. В. Литвинцев, Ю. П. Успенский, А. Т. Давыдов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2007. – № 11. – С. 28–29.
5. Шамрей В. К. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра [Текст] / В. К. Шамрей, А. А. Марченко, Е. Ю. Абриталин [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – № 4. – С. 14–18.
6. Walsh J. A Social Work Perspective on the Adjustment Disorders [Text] / J. Walsh, J. Corcoran // Social Work in Mental health. – 2011. – Vol. 9. – Is. 2. – P. 107–121.
7. Шкалы для оценки психического статуса. Шкала оценки психического ста-туса (Present state examination – PSE) [Электронный ресурс] – Режим доступа : http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/64

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ПРОФЕСІЙНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКИХ БУЛО ЗВІЛЬНЕНО З ЛАВ ЗБРОЙНИХ СИЛ

О. М. Сукачова
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Вивчення клінічних проявів адаптаційних розладів (АР) у 99 професійних військовослужбовців (середний вік — 38,50±2,02 років), у період 2010-2013 р. р., за допомогою уніфікованих критеріїв МКХ-10 та опитувальника PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974) дозволило виділити два основних варианта АР: поведінковий та афективний. Афективний вариант АР зустрічався у 1,2 раза частіше, ніж поведінковий ($p<0,01$). В афективному варианті виділено три підварианта: депресивний, тривожний та змішаний. У структурі афективного варианта домінував депресивный підвариант ($p<0,01$). Ідентифіковано загальний для всіх пацієнтів з АР психосоціальний стресор — «звільнення з армії», описано клінічні прояви варіантів та підваріантів АР (F43.2). Проведене дослідження довело необхідність більш раннього встановлення АР з метою своєчасної корекції та поліпшення прогноза.

Ключові слова: розлади адаптації, військовослужбовці, яких звільнено з армії, клінічні варіанти адаптаційного розладу, психосоціальний стресор — «звільнення з армії».

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ADAPTATION DISORDERS IN MILI-TARY PROFESSIONALS RETIRED FROM ARMED FORCES

O. N. Sukachova
V. N. Karazin Kharkiv National University

The study of clinical manifestations of adaptation disorders (AD) in 99 military pro-fessionals retired from armed forces during the period of time from 2010 to 2013 using the unified criteria of ICD-10 and PSE questionnaire (Present State Examination, J.K. Wing et al., 1974) (average age 38.50±3.00) has enabled to reveal two main types of AD: behavioral and affective. The affective type of AD was found 1.2 times more often than behavioral type ($p<0.01$). The affective type was found to have three subtypes: depressive, anxious and mixed. In the structure of affective type the depressive subtype prevailed ($p<0.01$). The common for all patients with AD psychological-and social stress factor "retirement from armed forces" has been identified; clinical manifestations of types and subtypes of AD (F43.2) have been described. The conducted research showed the necessity of early identification of AD with a purpose of their correction and improvement of the prognosis.

Key words: adaptation disorders, military professionals retired from armed forces, clinical types of adaptation disorder, psychological and social stress factor "retirement from armed forces".

УДК 616.895.4: 616.12–073.7

L. Fritzsche

M. Fritzsche

D. Majoe

OPTIMI (Online Predicative Tools for Intervention in Mental Illness) OPTIMI ECG sensor as a measurement tool for signs of stress and poor coping in high risk individuals

L. Fritzsche[1, 2], M. Fritzsche[1, 2], D. Majoe[1]
[1] ETH Zürich, Department of Computer Science Institute of Computer Systems
[2] Practice of Internal Medicine, Switzerland

Summary. Many researchers believe that depression is the outcome of a pathogenic combination between external stress and poor coping. Based on this hypothesis, the OPTIMI project is aimed to develop automated tools for the detection and characterization of poor coping. The current article is focused on the ECG sensor. The article will inform about the preliminary conclusions and results the experts have extracted from the data collected in the calibration trial in order to identify patterns and indicators related to stress and coping.

Key words: ECG sensor, HR, HRV, stress, high risk, coping.

The use of technology for the promotion of self-driven psychological wellbeing has grown exponentially in recent years, and the Internet can be used for the delivery of psycho-education and therapies such as cognitive behaviour therapy (CBT) to promote mental health and wellbeing [1] It has been established that so-called 'e-therapies' can be effective and acceptable [2; 3] and cost effective [4] in the treatment of a wide variety of psychological problems, including stress among otherwise healthy individuals [5; 6]. Attention is turning to the future research agenda in e-mental health [7; 8], where issues such as how to personalise and promote engagement with e-therapy programs, have been highlighted as requiring attention [9].

Self-tracking is the practice of recording and monitoring aspects of oneself (e.g. sleep quality, management of a chronic condition, mood states, etc.), for the purposes of learning, noticing patterns, and effecting change [10]. The appeal of 'self-tracking' or the 'quantified self' movement has grown rapidly since the inception of smartphones, which makes data capture and representation available to the masses. The inherent curiosity humans have about themselves makes self-tracking an engaging activity with a potential for clinical benefit.

In the current study, we examine the potential of wearable sensors for periodic monitoring of biological variables.

The ECG Sensor was developed to be much more wearable than conventional holster systems (Figure 1). In addition, the requirements for the system specified that the sensor should perform onboard analysis of data. In brief, what was required was a device that would be very small and highly complex and yet still be fashionable.

The OPTIMI ECG sensor system comprises the following entities

- Network-based Home PC application;
- USB Dongle;
- ECG sensor

The ECG sensor performs its function over a 24 hour period, in which it has no connection to the Home PC application. During Home PC sessions, stored data is downloaded to the netbook from where it is transmitted to the central server. During the same session, the application asks users to place their sensors on the charger and to replace them with a second set of sensors, which has been charging in the meantime. The Home PC application then activates the second sensor.

The ECG sensor provides heart rate (HR) and heart rate variability (HRV) readings every 18 minutes as long as the subject is wearing the device correctly and the upper chest muscles are relatively relaxed. Additionally, the sensor gives an estimation of the person's physical activity and verticality.

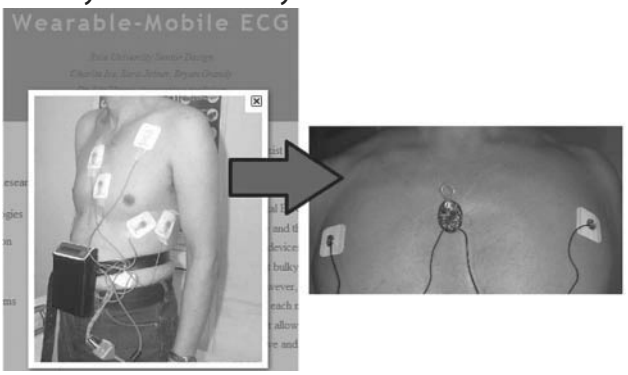


Figure 1. The difference between a holster ECG and the smaller OPTIMI ECG sensor

 © Fritzsche L., Fritzsche M., Majoe D., 2014

The final design sensor (Figure 2) has been subjected to several cycles of testing, including extensive user trials each lasting several days. All design requirements have been fully satisfied.

Figure 2. Multiple views of the final ECG sensor

The ECG sensor has been tested with a fairly high number of volunteers (over 90). The objectives of the tests were (i) to ensure that the sensor could capture a good ECG signal regardless of individual differences among subjects; (ii) .to ensure that the HR and HRV measures were consistent and accurately reflected the physiology of the Autonomic Nervous System (ANS); and (iii) to guarantee that the sensor could be worn without discomfort.

The ECG sensor has been designed and developed by partner MAS. The task will commence with a review of user related issues addressing ergonomics, usability and participant acceptability. Mock up models will be made and tested with users to find appropriate fixing methods that suit day-to-day usage. Processor oriented hardware will be designed based on the Nordic nRF24LE1 range of microcontrollers and will include a proprietary low energy Body Area Network protocol from ETH. Aiming at extreme miniaturization, the typical sizes will be below 200mm2 in plan area, 3mm in profile.

In OPTIMI, the subject's heart rate variability (HRV) is in the time domain (SDNN parameter) and in the frequency domain (LF and HF parameters).

To understand the meaning of these parameters it is necessary to understanding the working of the human autonomic nervous system. This comprises two subsystems: the sympathetic system (SS), which prepares the body for conflict and challenge and the parasympathetic system which is there to help the body relax. Current thinking suggests that when a person is stressed mentally, the SS causes the heart beat to become stronger and the rate more regular. If the person deals with the problem quickly the PS system will bring about a change such that the heart beat lightens and the rate becomes more varied. The PS system is coupled to the respiratory system. Deep breathing is thus associated with the PS attaining relaxation. During stress, breathing becomes lighter and more erratic. If the SS dominates the heart rate tends to a fixed rate and LF tends towards a very high value, since all power is at the Direct Current (DC) frequency. When the PS dominates, HR varies strongly changing by as much as 15 % over periods of 8 to 15 seconds. This results in a high HF value.

We can thus summarize our assumptions on LF, HF and LF/HF ratio behaviors as follows:

– The LF/HF ratio will tend to rise during stress as LF increases and HF decreases.

– The HF value may be used as an indicator of vagal tone and could be preferable to the SDNN HRV value, which combines all frequencies of variation. Vagal tone indicates how well the parasympathetic system is performing. People whose average vagal tone is low or poor vagal tone is unlikely improve it, from one day to the next.

The OPTIMI team expects to build up personal baselines for each subject and use them to identify physiological markers or events of interest.

The analysis is still ongoing.

Pre-processing and data cleaning

To date, we have focused our analysis on daily recordings of approximately 3 weeks of data from 23 early subjects.

In order to clean the data we applied the following simple rules:

– Subject must show continuous, non-interrupted sleep data of 5 or more hours.

– Subject must have continuous day time data between 9 AM and 5 PM.

By applying these rules we were able to calculate a rank for each subject.

Analysis

Daytime — Nighttime analysis

For each subject, we selected samples that provided eight hour contiguous sampling (9.00AM to 5:00PM), where possible using samples that included two weekend days and five week days. Data with a high deviation due to extraordinary or inconsistent behavior was removed.

Comparison of Sleep time and Daytime data

In order to test the basic methodology we compared the subjects' average heart rate during sleep and daytime. In the following figures (from 4 to 11) the users are represented on the x axis, 1 to 10.

Figure 3 shows clearly that HR is 30 % higher during the day time. This is evidence that data collection systems worked as planned.

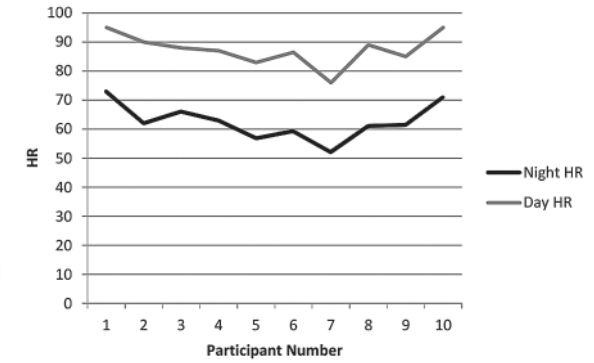


Figure 3. Sleep and day time average heart rates for the top 10 subjects

HRV measures

Figure 4 shows SDNN values for the top 10 subjects.

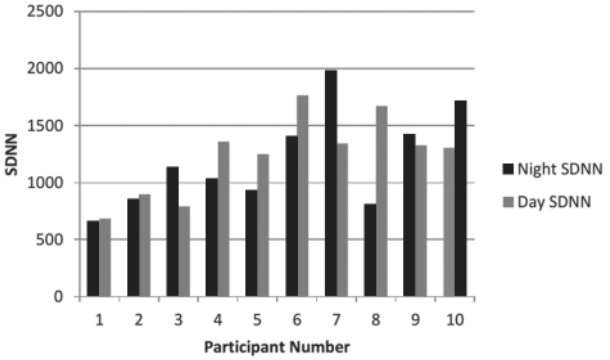


Figure 4. SDNN values for the top 10 subjects

In 7/10 cases, SDNN is higher in the daytime than at night. This confirms our general expectations.

Figure 5 compares HF during sleep and during the day.

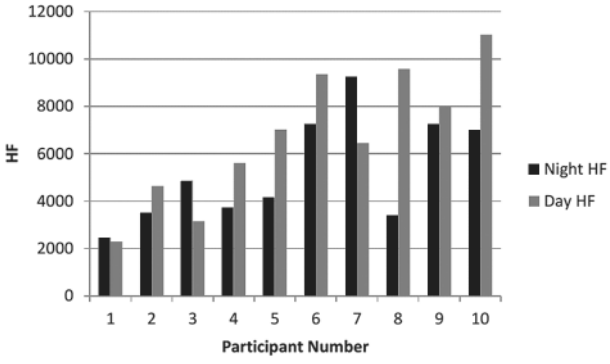


Figure 5. Comparison of HF between Sleep and Day times

In this comparison, 3 subjects have higher HRV at nighttime than during the day. However the differences are smaller than in the case of SDNN.

In the case of the SDNN figure, differences between sleep and daytime averages may be an indicator of negative mood. Smaller differences could imply a reduced ability to relax, with sluggish changes in HR, insufficient parasympathetic responses and possible poor coping. As far concerns HF, the data shows that HF is generally higher during the day. However, due to the way the HF is calculated, this data is probably better suited to dynamic analysis comparing vagal tone and the parasympathetic system over shorter periods of time.

ECG combined with self-reported stress

To analyze these effects we combined the data just described with data for self-reported stress. The nature of this data varied between subjects. Some subjects would simply block off long periods of time and assign them a stress score. Others took more care and seemed to provide more precise timings for stressful events. Most rated themselves as only suffering mild to medium stress. Very few subjects rated themselves with very high or very low stress scores.

To match this data to the HR and HRV data, we estimated each subject's average level of self-reported stress during day time hours. We then compared this data to average daily deviations in HR (Figures 6 and 7).

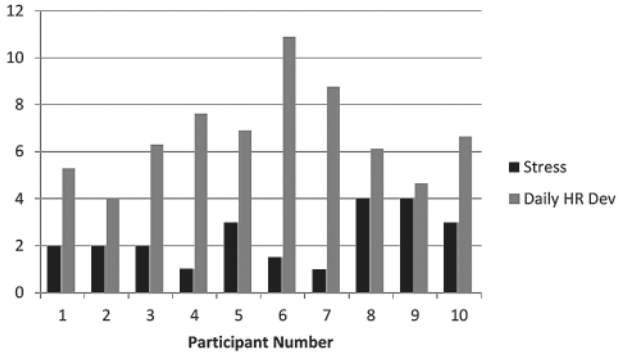


Figure 6. Self-reported stress vs daily HR deviation

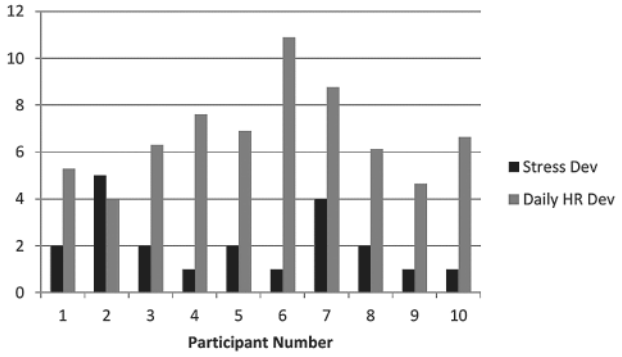


Figure 7. Deviation in self-reported stress vs Daily HR deviation

Since stress levels can rise and fall during the daytime, we also estimated the average deviation in self-reported stress over the day and compared it against the average deviation

in HR. The data shows that subjects 8 and 9 reported relatively high stress, while subjects 5 and 10 reported moderate stress and subjects 1, 2, 3, 4, 6, 7 reported low stress.

Even if self-reports of stress are not completely accurate they can provide important evidence for our study.

Having carried out this broad analysis, it is useful to look at the daily life of these subjects in more detail.

Daily life analysis

Consider subject 8

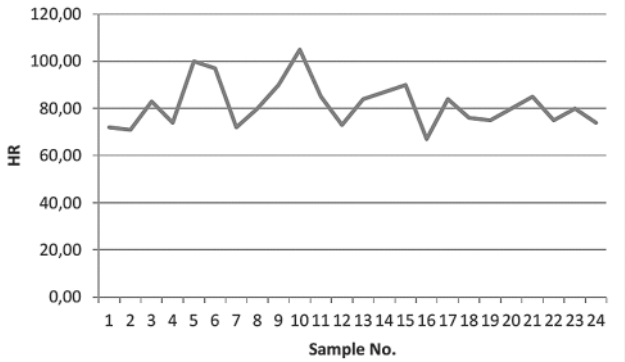


Figure 8. HR of the subject 8 during the day 9AM to 4:40 PM

Figure 8 plots the 24 acquisitions of HR (each sample on the x axis is at 18 minute intervals), starting at 9AM and ending around 4:40 PM. The graph shows that during the morning the subject has a relatively high heart, especially compared to the afternoon. This suggests that the subject is emotionally aroused and potentially stressed during the morning

However, before drawing conclusions, it is necessary to ensure that this is not due to physical activity. Figure 9 provides a plot of physical activity where each sample on the x axis is at 9 minute intervals.

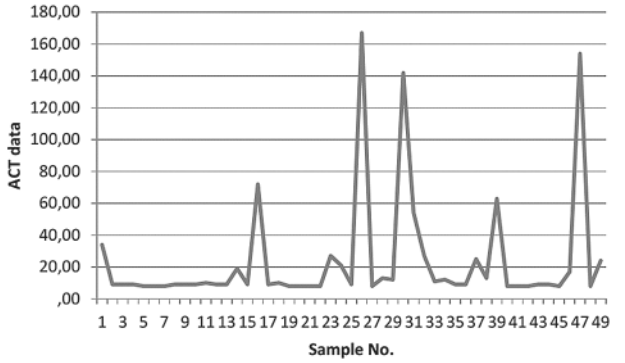


Figure 9. ACT of subject 8 during the day

The data suggests that the subject did relatively little during the morning and may indeed has been seated for the whole period. Nonetheless HR was rather high. If the subject was stressed during those first few hours at work, this should cause the LF/HF ratio to rise due to a lower parasympathetic response (HF) and higher sympathetic response (LF).

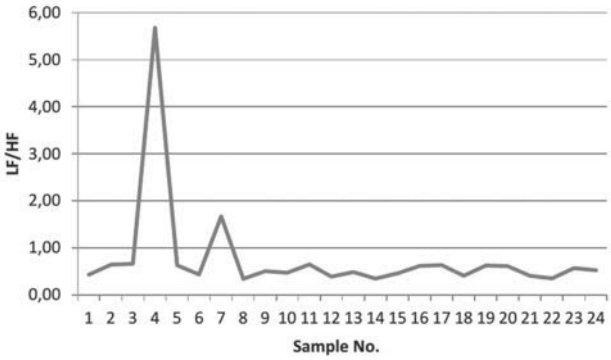


Figure 10. LF/HF ratio of the subject 8 during the day

Figure 10 shows the LF/HF ratio over the day. As predicted, it is high during the morning hours. So this is looking quite convincing.

Notice that on the activity plot at 13 and 16 on the y axis, there are some small peaks. This may correspond to the subject deciding to get up and move around a short while. For example maybe the subject may go and drink a coffee or get some fresh air. Of course we cannot know this, but it is one way to interpret the facts. Around the same time, the LF/HF ratio see at x axis 13 for activity and 8 for the HRV.

Note that there is more movement activity around lunch time and that HR is lower despite this activity.

If we have a look at the SDNN and HF values we obtain the following plots:

The SDNN (Figure 11) tells us that during the day this subjects HRV is on average around 1500. From the small study conducted so far this is high. This suggests that the subject person is unlikely to be suffering from long term negative mood or mild depression. The SDNN (Figure 11) and HF curves (Figure 12) are similar in shape but the HF is very low during the morning and usually becomes high after lunch. Since the HF is an indicator of vagal tone and parasympathetic response, the data suggests that the subject struggled during the morning and coped better towards the later part of the day.

Stress at work or home is unavoidable. However, the speed and depth of recovery from stress provides interesting information on a subject's coping capabilities.

Given the clear signs of stress followed by recovery and overall high average HF, one may conclude that despite a high risk, stressful lifestyle, the subject is unlikely to fall into depression.

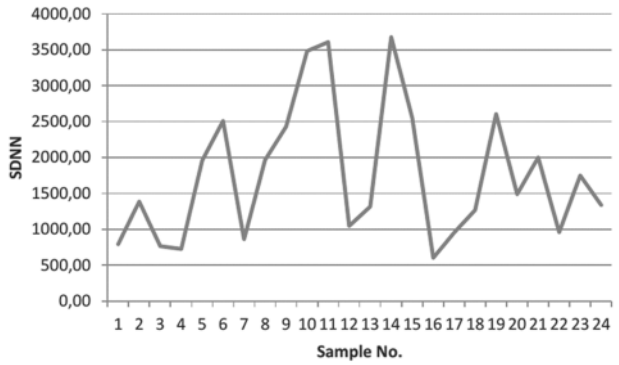


Figure 11. SDNN of the subject 8 during the day

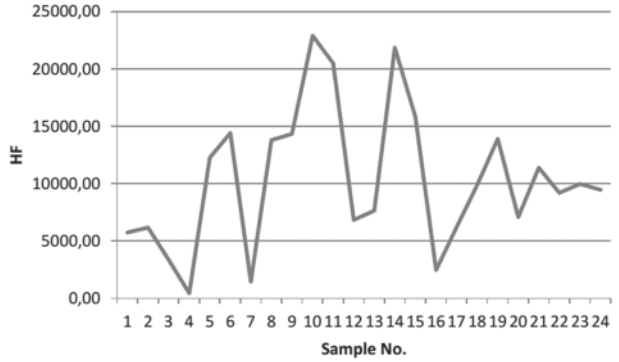


Figure 12. HF of the subject 8 during the day

Figure 13 provides a plot of self-reported stress which suggests that the subject began to feel stress early in the morning and recovered later in the mid afternoon. Independently of possible miss timing in the self-report this data confirms our interpretation of the subject's day went.

Summary

To date our analysis has served two purposes. On the one hand the team has been able to create methods that can be tested against the data. On the other hand it helps to create methods that can predict subjects' tendency towards depression. What follows is a summary of the methods we have used so far.

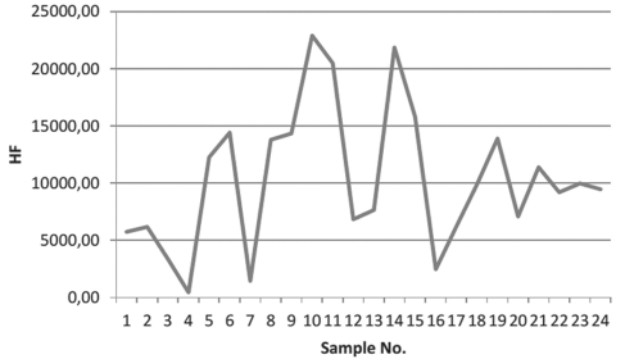


Figure 13. Self-Reported stress

Logical analysis

– Overview: identification of subjects of interest.

– Comparison of average sleep HR against day time HR as a validity check.

– Test for high HR variation during the work day as an indicator of stress.

– Identification of cases where this coincides with low levels of physical activity.

– Test for generally elevated LF/HF ratio comparing night and day.

– Compare HF figure for the day time work hours against the average during sleep.

– IF the average HF value for work time is equal to or higher than the nighttime value we draw no conclusions.

– If the average HF for working hours is approximately 10.0 % lower than the average nighttime value then this is normal (value to be checked).

– If the average HF for the working hours is approximately 20.0 % lower than the average nighttime value, the subject is subject to pressure (value to be checked).

– If the average HF for working hours is approximately 30.0 % lower than the nighttime value then the subject is not coping well (value to be checked).

– Check that the SDNN for different subjects is in the range 700 to 1300.

– IF The SDNN (during the day) for a subject is within 20.0 % of the night time value AND the average SDNN is less than a value X , to be defined after deeper analysis, then the subject is a subject of interest .

Daily: analysis of specific daily activity

– Check variation in daily HR and identify periods where it is above 120.0 % of baseline for periods exceeding 1 hour.

– Confirm no associated strenuous activity.

– Check that LF/HF ratio is below 0.6 (provisional value).

– If high LF/HF and high HR without activity check HF progression for the following 5 hours.

– If HF rises above the weekly average score the subject is coping well; if not he/she is coping badly.

Results and conclusions

Applying these rules, we obtain meaningful correlations between subjects' physiological data and their self-reports. This is reassuring evidence that the sensors are working well and that they are providing data in sufficient quantity and with sufficient quality for the teams to work with. Although the correlations between the HRV and HR data and user reports of stress are not yet statistically significant, we are confident that with more data it will be possible to identify significance. We observed, furthermore, that the periods of contiguous data necessary to draw

meaningful inferences are shorter than we initially expected: in many cases 5 to 8 hours of data are enough. In brief, our work has already made a useful contribution to developing the final OPTIMI rule base.

Future work is planned.

References

1. Andersson G. Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy [Text] / G. Andersson // Behaviour Research and Therapy. – 2009. – 47(3). – P. 175–80.
2. Andrews G. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis [Text] / G. Andrews, P. Cuijpers, M. G. Craske [et al.] // PloS One. – 2010. – № 5(10). – P. 1319–1371.
3. Barak A. A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions [Text] / A. Barak, L. Hen, M. Boniel-Nissim [et al.] // Journal of Technology in Human Services. – 2008. – № 26(2–4). – P. 109–160.
4. McCrone P. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial [Text] / P. McCrone // The British Journal of Psychiatry. – 2004. – № 185(1). – P. 55–62.
5. Rose R. D. A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia, stress management and resilience training program [Text] / R. D. Rose, J. C. Buckey, T. D. Zbozinek [et al.] // Behaviour Research and Therapy. – 2013. – № 51(2). – P. 1012–1016.
6. Zetterqvist K. Randomized controlled trial of internet-based stress management [Text] / K. Zetterqvist, J. Maanmies, L. Ström [et al.] // Cognitive Behaviour Therapy. – 2003. – № 32(3). – P. 151–160.
7. Andrews G. Internet Psychotherapy and the Future of Personalized Treatment [Text] / G. Andrews, A. D. Williams // Depression and Anxiety. – 2014. – № 31(11). – P. 912–915.
8. Barak A. Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions [Text] / A. Barak, J. M. Grohol // Journal of Technology in Human Services. – 2011. – 29(3). – P.155-196.
9. Cavanagh K. (Inter)personal Computing: The Role of the Therapeutic Relationship in E-mental Health [Text] / K. Cavanagh, A. Millings // Journal of Contemporary Psychotherapy. – 2013. – № 43(4). – P. 197–206.
10. Swan M. Health 2050: The Realization of Personalized Medicine through Crowdsourcing, the Quantified Self, and the Participatory Biocitizen [Text] / M. Swan // Journal of Personalized Medicine. – 2012. – № 2(4). – P. 93–118.

OPTIMI (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМІ ON-LINE ДЛЯ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я) OPTIMI ЕКГ СЕНСОР В ЯКОСТІ ВИМІРЮВАЛЬНОГО ІНСТРУМЕНТА ДЛЯ ОЗНАК СТРЕСА ТА НЕЗАДОВІЛЬНОГО КОПІНГУ У ОСІБ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ

Л. Фріцше[1, 2], М. Фріцше[1, 2], Д. Маджо[1]
[1]Інженерно-технічна вища школа (ІТВШ), Відділення комп'ютерних наук при Інституті комп'ютерних систем, Швейцарія
[2]Клініка внутрішніх хвороб, Швейцарія

Багато дослідників вважають, що депресія є результом патологічної комбінації надмірного стресу та поганого копінгу. Ґрунтуючись на цій гіпотезі, метою проекту OPTIMI є розробка автоматизованих інструментів для встановлення та характеристики поганого копінгу. Ця стаття описує ЕКГ сенсор. Стаття містить попередні узагальнення та результати, отримані експертами на підставі даних калібрувального дослідження, з метою встановлення патернів та маркерів, пов'язаних з стресом та копінгом.

Ключові слова: ЕКГ сенсор, ЧС, ВСР, стрес, високий ризик, копінг.

OPTIMI (ПРЕДИКАТИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В РЕЖИМЕ ONLINE ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ) OPTIMI ЭКГ СЕНСОР В КАЧЕСТВЕ ИЗМЕРИТЕЛЬНОГО ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ ПРИЗНАКОВ СТРЕССА И ПЛОХОГО КОПИНГА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

Л. Фрицше[1, 2], М. Фрицше[1, 2], Д. Маджо[1]
[1]Инженерно-техническая высшая школа (ИТВШ), Отделение компьютерных наук при Институте компьютерных систем, Швейцария
[2]Клиника внутренних болезней, Швейцария

Многие исследователи считают, что депрессия является результатом патологической комбинации чрезмерного стресса и плохого копинга. Основываясь на этой гипотезе, целью проекта OPTIMI является разработка автоматизированных инструментов для определения и характеристики плохого копинга. Данная статья описывает ЭКГ сенсор. Статья содержит предварительные заключения и результаты, полученные экспертами на основе данных калибровочного исследования, с целью определения паттернов и маркеров, связанных со стрессом и копингом.

Ключевые слова: ЭКГ сенсор, ЧС, ВСР, стресс, высокий риск, копинг.

УДК 616.831-006.44-071-085

V. I. Ponomaryov

O. Yu. Merkulova

V. A. Florikyan

V .N. Ivasenko

PRIMARY CENTRAL NERVOUS SYSTEM LYMPHOMAS IN THE NEUROLOGICAL PRACTICE

V. I. Ponomaryov[1], O. Yu. Merkulova[1], V. A. Florikyan[2], V. N. Ivasenko[3]
[1]V. N. Karazin Kharkiv National University
[2]Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
[3]Medical service Southern Railway

Summary. Primary central nervous system lymphoma is one of the rare tumors of nervous system. Brain lymphoma is a malignancy diseases with peculiar clinical and biologic features, aggressive course, and unsatisfactory outcome. Early diagnostic and adequate treatment can improve the outcome and prognosis of patients.

Key words: primary CNS lymphoma, extranodal lymphoma, blood-brain barrier, immunocompromise and immunocompetent populations, human immunodeficiency virus infection/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS).

Introduction

Primary central nervous system lymphoma (PCNSL) has been called by many other names, including reticulum cell sarcoma, diffuse histiocytic lymphoma, and microglioma.

Many classifications PCNSL have been proposed lately. All of them are based on their cell type, cell markers, location of the cancerous mutation and the way of their growing. The used different systems are the Rappaport System, Kiel System, Working Formulation, Revised European-American Classification of Lymphoid Neoplasms (REAL), and the World Health Organization (WHO) System. The WHO classification was first published in 1893. The Rappaport classification was used until the mid 1970's and divided cells into three categories based on cell differentiation: well differentiated cells, or small lymphocytic lymphoma, poorly differentiated cells, or follicular and small cleaved lymphomas, histiocytic cells, or large cell lymphomas. The Kiel System was popular in Europe and was introduced in 1974. It was based on immunologic tests that identified the proteins which cancer cells formed. In the United States, a similar system, called the Lukes and Collins Classification, was the first to classify based on B-cell and T-cell types. Usually PCNSL is classified as extranodal diffuse histiocytic lymphoma in the Rappaport classification or as large cell or immunoblastic lymphoma in the Working Formulation.

As known the neoplastic cells of PCNSL and Non-Chodgkin lymphoma (NHL) have the same origin. Theories on pathogenesis include migration of lymphocytes to the CNS secondary to infection or inflammation or activation of lymphocytes that have a specific CNS predilection.

On data of different authors [1, 5, 16, 22] Epstein-Barr virus (EBV) may induce B-cell clone transformation. EBV genome has been found in the tumor of up to 100.0 % of immunocompromised patients, in contrast to 16.0 % of PCNSL in immunocompetent individuals, where EBV may not play an important role in pathogenesis. [16]

The diffuse large B-cell lymphomas (DLBCL) of type of PCNSL are composed of immunoblasts or centroblasts that have a predilection for blood vessels. Lymphoid clustering around small cerebral vessels is typically seen. Reactive T-cell infiltrates can also be present in varying degrees. Histologically, the cells are closely packed, infiltrate surrounding brain, and have a characteristic perivascular concentration. Necrosis and hemorrhage are most common in tumors of immunocompromised patients. [16]

Most of lymphomas are large B-cell variants, 5.0 % are T cell in origin. The tumors contain pleomorphic B cells mixed with reactive T cells. Up to 60.0 % of the non-human immuno-deficiency virus (HIV) PCNSL are diffuse large cell forms, but about 20.0 % are small to medium size. [16]

 © Ponomaryov V. I., Merkulova O. Yu., Florikyan V. A., Ivasenko V. N., 2014

PCNSL as a form of extranodal, high-grade non-Hodgkin B-cell neoplasm, usually contains large cell or immunoblastic type. It originates in the brain, leptomeninges, spinal cord, or eyes; typically remains confined to the CNS and rarely spreads outside the nervous system. [22]

PCNSL is being seen with increasing frequency in immunocompetent patients. Most PCNSLs (about 90.0 %) are diffuse large B-cell lymphomas (DLBCLs); the remaining 10.0 % are poorly characterized low-grade lymphomas, Burkitt lymphomas, and T-cell lymphomas. [22]

Primary symptoms tumors may be a result of local mass effect due to raised intracranial pressure, from ocular involvement or focal influence on cranial or spinal nerve roots. PCNSLs are assumed to be diffusely infiltrative at the time of presentation. The areas of disease are not visible on neuroimaging studies because they are behind a relatively intact blood-brain barrier.

PCNSL accounts for less than 2.0 % of all CNS neoplasms and 7.0 % of all malignant lymphomas. The incidence is on the rise, both in the immunocompromised and the immunocompetent populations, more than what can be attributed to improved diagnosis by better imaging. The peak incidence is from the fifth to the seventh decades, with a male to female ratio of 3:2. A peak in the first decade of life is a measure of children with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). [16]

The study by Sugita et al. [21] supported the concept that PCNSLs originate from a later germinal center to an early postgerminal center, and they may be capable of further maturation steps. The study involved 32 PCNSL cases, with expression of proteins found at different stages in lymphocyte development; tumor specimens were immunophenotyped for antigens associated with germinal centers (CD10, Bcl-6) and with nongerminal center stages (SHP-1, CD138). In 30 of 32 cases, tumors were positive for SHP-1 but negative for CD138. However, current evidence argues against the possibility of the fact that malignant lymphocytes perform further maturational steps. [18]

The tumor is likely to arise in an extraneural environment with subsequent localization to the CNS, possibly by virtue of a specific neurotropism. They are not clear risk factors for PCNSL in immunocompetent patients. The disease is more common in men (the male-to-female ratio is 2:1) and in elderly persons.

Risk factors in immunocompromised patients with duration of immune suppression are determining the risk of developing PCNSL. Patients with AIDS who have low CD4+ counts are at the greatest risk for PCNSL. Patients with AIDS generally have CD4+ counts of fewer than 30 cells/μL. Virtually all PCNSLs in patients with AIDS express an Epstein-Barr virus (EBV)-related genome. PCNSL is less frequently associated with EBV in patients without AIDS. Next common risk factor for PCNSL related to human immunodeficiency virus (HIV) infection is intravenous (IV) drug abuse.

Corboy et al. [3] reported that 56.0 % of a group of immunocompetent and immunocompromised patients had human herpes virus 8 (HHV-8) in their tumors. This is the same herpes virus that is associated with Kaposi sarcoma and with primary effusion (i.e., body-cavity-based lymphomas); however, a direct causal relationship of this herpes virus to any PCNSL has not yet been established. [5] (HHV-8 has been detected in PCNSLs by PCR at low copy number, suggesting that HHV-8 is present in a cell compartment other than the malignant one.)

Gomez-Brouchet et al. [9] studied 35 patients (17 with and 18 without AIDS) with PCNSL for the presence of HHV-8 in tumor cells. The antibody LN53, which reacts with the latent nuclear antigen 1 (LNA1) of HHV-8, was used on tissue sections from these patients and in addition, DNA was available for PCR. They found none of the 35 cases contained either DNA sequences or LNA1-positive cells in the tumor cells of PCNSL.

The data of USA, PCNSL incidence has risen steadily since the end of the 20th century. Incidence in immunocompetent patients is approximately 51 cases per 10,000,000 per year.

PCNSL has been reported in 6.0–20.0 % of patients infected with HIV, and the incidence is expected to rise as patients with low CD4+ counts [18]. Similar trends toward rising frequency of diagnosis of PCNSL are reported.

Almost 95.0 % of HIV-infected patients with PCNSL are males [1, 18]. The median age of immunocompetent patients with PCNSL is 55 years. The median age of HIV-infected patients with PCNSL is 35 years. [22]

Clinical manifestations are nonspecific. The most common symptoms which are related to an intracranial mass; an encephalitic-like picture; strokelike presentation, resembling demyelination disease; or cranial nerve palsies. Patients with PCNSL and AIDS tend to have more constitutional signs [1, 16, 17, 22]. Raised intracranial pressure is the main symptom arising from increased pressure within the skull. The pressure can increase because of a blockage in the ventricles, which leads to a build-up of cerebral spinal fluid (CSF). The increased pressure may also be caused by the tumor itself. Raised intracranial pressure

can cause headaches, sickness (vomiting) and problems with vision. Seizures can occur with this type of tumor and the person may change in behavior and personality also. A tumor in the brain may cause a weakness on one side of the body (hemiparesis). If the cerebellum is affected, there may be signs of loss of coordination and balance walk awkward or stumble.

Other manifestations were shown by Levin et al. [14] in their report 100 cases of PCNS lymphoma over a period of 10 years, of which 5.0 % were primary meningeal lymphoma. These 5 patients presented leptomeningeal involvement as the single manifestation and 4 of them presented with neuronal lymphomatosis affecting cranial and peripheral nerves. These clinical data reflect other neurologic conditions such as pseudotumor cerebri or vasculitis. Meningeal or nerve biopsies were required for exact diagnosis.

Lenarz et al. [13] reported a case of primary CNS lymphoma involving both internal auditory canals that presented with sudden deafness and disequilibrium accompanied by facial and abducens nerve palsy.

Khong et al. [11] reported a rare case of neurolymphomatosis manifesting as acute cauda equina syndrome in a 16-year-old patient. The most typical presentation of PCNSL in an immunocompetent patient is progressive focal symptoms indicative of a mass lesion. Nonspecific mental status changes and seizures may occur. Patients with AIDS are more often to have encephalopathy than other patients with PCNSL. This correlates with the more often multifocal, diffuse enhancement pattern seen on magnetic resonance imaging (MRI) scans [1, 5, 14, 16, 22]. In the process of diagnostic it is necessary to establish if the patient has immune deficiency or not and we also must know about sexual and drug abuse history so as transplant recipient of the patient connected with immune suppression. The diagnosis of PCNSL in immunocompetent and immunocompromised patients is particularly difficult if they get the only syndrome. For example, isolated ocular or meningeal tumor may occur without any focal abnormalities on MRI. The history of such patients gives blurred vision, headache, isolated cranial nerve dysfunction (e.g., diplopia, dizziness, dysphagia, facial numbness, monocular visual loss), or spinal nerve root symptoms (e. g., pain, dysfunction localized to 1 dermatome, bowel or bladder problems). Sometimes in the cases relapsing, remitting lesions may disappear for periods from some months to even a year or more. Use of corticosteroids may cause prolonged remission of clinical and radiographic signs and symptoms, but remission also occurs from time to time. The patients with AIDS and PCNSL have progressive dementia with get focal signs and enhancement on MRI [1, 5, 16, 22].

Intravascular malignant lymphomatosis (earlier called neoplastic angioendotheliosis) is a series of strokelike focal events and we can see on the MRI zone of lesion [14, 20]. They may look like multiple large- and small-vessel ischemic strokes and (or) at multiple focal intracerebral hemorrhage. Differential diagnosis contain parasitosis, malignant lymphoma, or metastatic brain tumor [22]. Diagnosis usually requires tissue, CSF, or aqueous humor (by vitreous) examination. Corticosteroids induce a temporary decrease of the lesion in up to 60.0 % of patients [16]. Using the corticosteroid dosage leads to multiple contrast-enhancing lesions that recur rapidly. The incidence of involving leptomeninges meets from 12.0 % to 66.0 %. CSF shows malignant cells in up to 43.0 % of patients. During the diagnostic it is necessary to include neuroophthalmologic examination, contrast MRI of the spine, and lumbar puncture. 20.0 % of patients have ocular lesions. Both infectious and lymphomatous meningitis may coexist. The CSF shows a reactive pleocytosis in infectious meningitis, whereas monoclonal B lymphocytes are seen in lymphomatous meningitis [16]. Disease has the steady progressive clinical course and is often confirmed by brain biopsy and histology and immunochemical staining of the biopsy specimen. Neurolymphomatosis is the only PCNSL syndrome that involves both the central and peripheral nervous systems of patients [20].

Differential diagnosis of a patient with suspected PCNSL depends on the patient's immune status and the zone of the lesions on MRI. For example, the major differential diagnostic for immuno-competent patient with a solitary lesion (besides PCNSL) are high-grade primary brain tumor, such as glioblastoma, and isolated metastasis [5, 16].

Neuroimaging example of PCNSL present on the MRI pictures (A, B, C, D) of the brain [5] shows an expansive mass lesion in the right frontal lobe, which is hypointense in noncontrasted T1 scans (A), isointense with respect to cortex in T2-weighted images (C), with reduced average diffusion coefficient (B), and homogeneous contrast enhancement in contrasted T1 weighted scans (D arrows). Lesion is surrounded by modest edema (A arrows). CT and MRI findings are attributed to the high cell density and scant cytoplasm. Enhancement along the Virchow-Robin spaces, although not constant, is a highly specific feature of PCNSL (figure 1).

Response for treatment of corticosteroids decreases an edema and a cytotoxic effect on lymphoma cells. Up to 10.0 % of lesions disappear, sometimes lasting months after finishing steroids course. [16]. A biopsy taken after corticosteroid therapy may yield falsely negative results. Corticosteroid treatment for a suspected lesion is strongly contraindicated. Response to steroids is not pathognomonic because demyelinating conditions or

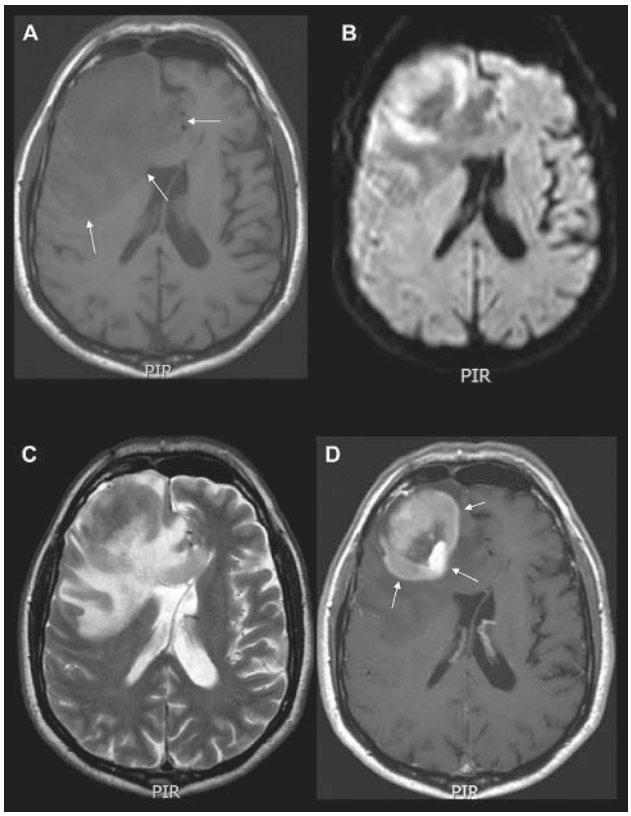


Figure 1. MRI brain neuroimaging (A, B, C, D) of PCNLS.

sarcoidosis may behave similarly [16]. In patients with AIDS, multifocal, ring-enhancing lesions we should exclude toxoplasmosis or another opportunistic infection. More diffuse cognitive and MRI abnormalities suggest a possibility of some infectious encephalitic process, such as herpes zoster, cytomegalovirus encephalitis, cryptococcal meningitis, or AIDS/dementia complex [1, 5, 16].

The list of diagnosis PCNSL include the following: abducens nerve (cranial nerve VI) palsy, acute disseminated encephalomyelitis, multiple sclerosis, aseptic meningitis, herpes simplex and cytomegalovirus encephalitis, other herpes-virus infections, paraneoplastic encephalomyelitis, cauda equina and conus medullaris syndromes, brainstem gliomas, ependymoma, low-grade astrocytoma, glioblastoma multiforme, leptomeningeal carcinomatosis, epilepsy, granulomatous angiitis of the CNS, HIV-encephalopathy and AIDS dementia complex, HIV-associated meningitis, HIV-associated opportunistic infections: CNS cryptococcosis, progressive multifocal leukoencephalopathy (PML), neurosarcoidosis, neurosyphilis [22].

Diagnostics. The following should be ordered in an immunocompetent patient whose computed tomography (CT)/MRI scan suggests PCNSL. Corticosteroids can`t be used, because it may complicate diagnosis.

Chest radiograph help to find the metastatic disease. Complete blood count (CBC), HIV testing, slit-lamp examination for excluding vitreous lymphoma, for cells, glucose, protein, and cytology in the cerebrospinal fluid (CSF) are also used for diagnostic. Polymerase chain reaction (PCR) analysis of gene rearrangement may help determine monoclonality, although up to 16.0 % of both AIDS and non-AIDS PCNSL show biclonal immunoglobulins light chains.

The following should be ordered in an HIV-infected or otherwise immunocompromised patient whose CT/MRI scan suggests PCNL: avoid corticosteroids, nessasary chest radiography, toxoplasma gondii serology, slit-lamp examination for vitreous lymphoma, lumbar puncture for cells, glucose, protein, cytology, syphilis testing, and cryptococcal antigen.

Fischer et al. [7]. presented the report large multicenter study about the first comparison of the diagnostic value cytomorphology of cerebrospinal fluid (CSF) and polymerase chain reaction (PCR) rearranged immunoglobulin heavy-chain (IgH) genes and also MRI-dates together with cell count and protein concentration for detection of meningeal dissemination patients with PCNSL. They found a low rate of meningeal dissemination in primary CNS lymphoma. The rate of discordant PCR and cytomorphologic results was high. CSF pleocytosis had predictive value for meningeal dissemination detection.

Neurolymphomatosis (NL) is a rare clinical fact. The International Primary CNS Lymphoma Collaborative Group retrospectively analyzed 50 patients from 12 centers in 5 countries over a 16-year period. It was found that NL was related to non-Hodgkin lymphoma in 90.0 % and to acute leukemia in 10.0 % [20]. The affected neural structures included peripheral nerves (60.0 %), spinal nerve roots (48.0 %), cranial nerves (46.0 %), and plexus (40.0 %) with multiple site involvement in 58.0 %. MRI imaging gave 77.0 % positive results and the computed positron emission tomography gave 84.0 % positive results. Cerebrospinal fluid cytology was positive in 40.0 %, and nerve biopsy confirmed the diagnosis in 88.0 %. Treatment in 47 patients included systemic chemotherapy (70.0 %), intra-

cerebrospinal fluid chemotherapy (49.0 %), and radiotherapy (34.0 %). Response to treatment was observed in 46.0 %. The median overall survival was 10 months, with 12- and 36-month survival proportions of 46.0 % and 24.0 %, respectively. An aggressive multimodality therapy can prevent neurologic deterioration and is associated with a prolonged survival in a subset of patients [20].

As a known chemotherapy plays a central role in the management of PCNSL. PCNSL is a chemosensitive tumor. The malignant lymphocytes infiltrate the intact brain and drugs must reach all necessary areas. Up to 100.0 % of patients have leptomeningeal disease at autopsy, so chemotherapy addressing these regions is an important component of treatment. Cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone (CHOP) regimen represents the basis for treating extra-CNS DLBCL but exhibits negligible activity in PCNSL; this has been confirmed in a randomized trial with incomplete accrual. In retrospective series, the addition of CHOP to high-dose methotrexate (HD-MTX) resulted in higher toxicity without improved outcome compared with HD-MTX alone [4]. Its effectiveness depend on protect condition of the blood-brain barrier (BBB). Most regimens include drugs able to cross the BBB at usual doses (i.e., steroids, some alkylating agents) and cytostatics with low to moderate ability to cross the BBB that can be safely administered at high doses to improve CNS bioavailability (i.e., methotrexate, cytarabine). And drugs with poor BBB penetration cannot be administered at high doses as they are dose-limiting toxicity (i. e., anthracyclines, vinca-alkaloids) are inefficient in PCNSL [5]. Prophylactic use of antiepileptic drugs (AEDs) should be avoided and their use should be confined to patients who experience seizures. Any of the first-line AEDs (e. g., phenytoin, carbamazepine, valproic acid) would be appropriate for patients with PCNSL, although leukopenia and liver function abnormalities from any of these drugs potentially could be confused with chemotherapy-related toxic effects. New-generation antiepileptic drugs, such as levetiracetam (Keppra), have high efficacy and fewer side effects. Antiemetics are useful in the treatment of nausea associated with chemotherapy and radiation therapy.

Radiotherapy was the exclusive treatment for patients with PCNSL, chemotherapy was added. PCNSL is characterized by high responses to radiation. Patients receive 180 cGy per fraction, for a total of 60 Gy [16]. The median survival is 10 to 18 months; only 3.0 % to 4.0 % live 5 years with this treatment alone. Using variable chemotherapy regimens and radiation doses, upfront chemoradiotherapy in several trials obtain complete remission rates (CRR) of 30.0 % — 87.0 % and 5-year overall survival rates of 30.0 % — 50.0 %. These treatment is often associated with severe neurotoxicity, especially among elderly patients. The strategies of treatment lies in the choice of necessary drugs and their amount to avoid neurotoxicity.

Surgical resection is not the main method of treatment as the tumors are infiltrative and sometimes bilateral. Prognosis of better outcome for patients age less than 60 years better than 70. The goal of surgery is also getting tissue diagnosis.

Newelt et al. (1991) administered methotrexate, cyclophosphamide, and procarbazine, achieving a median survival of 44 months without radiotherapy.The high-dose chemotherapy which influence at bone marrow/stem cell is the accepted treatment for relapsed systemic NHL. The regimen of BCNU (carmustine), etoposide, cytarabine, melphalan is widely used for non-NHL and may be used for PCNSL in the future.

Glass et al. (1994) treated 25 patients with high-dose maintenance intravenous methotrexate alone (more than 3.5 g/m 2 for one to six cycles). 22.0 % had a complete response, and the median survival of 42.5 months for the responding group compared the other scheme using multiple agents, with less toxicity. Philipp Kiewe et al. (2007), Yamanaka R. et al. (2008) also treated with high-dose methotrexate (HDMTX)-based chemotherapy. All patients were alive without disease progression 12–48 months after HDMTX start. No symptoms of late neurotoxicity have occurred so far [12]. Yamanaka R. et al. (2008) indicated that HDMTX is the most effective drug available to treat these lesions, either as a single agent or in combination with other drugs. Treatment regimens were: whole-brain irradiation (WBI) alone, MVP (MTX, vincristine, and predonisolone), ProMACE-MOPP hybrid (cyclophosphamide, pirarubicin, etoposide, vincristine, procarbazine, prednisone, and MTX) and R-MTX (rituximab, MTX, pirarubicin, procarbazine, and prednisone) combined-modality therapy.

On datum Julien Cobert et al. (2010) 121 patients received on average 11 cycles of intravenous MTX at a median dose of 8g/m2. Median interval between cycles was 10 days. After 3months of therapy, the overall response rate was 85.0 % (58.0 % complete respond, 27.0 % partial respond). The overall survival (OS) for the cohort was 7 years and progression-free survival (PFS) was 3.14 years. A trend toward a higher PFS was seen in patients who continued

to receive MTX (3.48 years) every three months as compared to patients who ceased MTX after one year (2.86 years). Elderly patients are particularly prone to the neurotoxic effects of irradiation and may get benefit from these chemotherapy-only regimens. They must have a glomerular filtration rate of greater than 100 mL/min, because inadequate renal clearance enhances methotrexate toxicity. Cytosine arabinoside in high doses achieves therapeutic levels as a brain parenchyma as CSF; it has also been used to treat ocular disease.

Excellent results got from a scheme consisting of carmustine, methotrexate, procarbazine, and dexamethasone. Chemotherapy alone, using a combination of drugs, can lead to remission of intraocular lymphoma without radiotherapy and. can led to prolonged survival.

Combination therapy. Several reports suggest that the combination of chemotherapy and radiation improves outcome over radiation alone, but it isn`t true in many cases.

DeAngelis and associates (1992) achieved a 41-month median survival with intravenous (1 g/m^2) and intrathecal methotrexate, radiotherapy, followed by intravenous cytosine arabinoside. Acute toxicity was minimal. Similar results have been observed with radiotherapy followed by intraventricular methotrexate and CHOP; procarbazine, cyclohexylchloro ethylnitrosourea (CCNU), and vincristine; or vincristine, cyclophosphamide, prednisolone, and doxorubicin.

Prognosis of PCNSL. The median survival for patients treated with combination regimens is 42 months, whereas only irradiation gives 12 to 18 months. 50.0 % of patients had relapse, usually within 2 years of diagnosis and mostly at distant sites. Leptomeningeal or spinal cord recurrence was met in 60.0 %. Extraneural spread is rare but can involve the lymph nodes, heart, gastrointestinal tract, and bone marrow. About one-third of patients treated with chemotherapy and radiation have a syndrome of progressive ataxia, dementia, and urinary incontinence, which appears after a median of 13,2 months from diagnosis. A ventriculoperitoneal shunt may bring benefit. Other patients have cerebrovascular disease, which may be related to treatment or to the disease itself. Leukoencephalopathy is observed in 8 % of patients older than 60 years who survive 1 year.

The prognostic value of serum markers in PCNSL was reported in a prospective study of 45 PCNSLs [16]. Disease status, radiographic appearance, and length of survival correlated with serum levels of YKL-40 and MMP-9. The authors' main objective was to identify disease severity markers as a treatment guide. YKL-40 is a tissue marker of inflammation related to carcinogenesis, and MMP-9 tissue controls remodeling permeability. YKL-40 and MMP-9 levels were associated with «active disease» particularly if a longitudinal, steady serum level increment was noted. Consistently low serum levels, on the other hand, were found with «absence of tumor»

In another study, overexpression of BCL-6 was associated with improved survival (median, 101 months) over that of patients whose tumors that did not express BCL-6 (median, 14.7 months) [17]. The search is on for additional prognostic markers.

The immunocompromised states associated with PCNSL include renal transplantation, Wiskott-Aldrich syndrome, ataxia telangiectasia, IgA deficiency, rheumatoid arthritis, progressive multifocal leukoencephalopathy, and IgM paraproteinemic neuropathy. [15]

PCNSL patients with AIDS develope in 1.0 % to 3.0 % of all patients. Typically, patients have profound immunosuppression and marked T4 cell depletion (median CD4 counts are less than 50/μL). At autopsy, 75.0 % of patients with AIDS had PCNSL. In immunosuppressed subjects, lymphoma is symptomatic in the third or fourth decades. About 2.0 % of renal transplant patients develop PCNSL, 100 times more than the general population.

About 100.0 % of HIV-related PCNSL are positive for EBV markers, whereas PCNSL in nonimmunocompromised patients are rarely positive for EBV.

Coinfection of the CNS with CMV has been observed, further suggesting a role for infection in AIDS-related PCNSL.

The time from seroconversion to PCNSL is about 2 years. In 10.0 % of patients, the symptoms of PCNSL led to the diagnosis of AIDS. About 56.0 % of patients have focal signs or symptoms compared with 27.0 % of patients with PCNSL without HIV disease. Many patients have concurrent opportunistic infections. The standard of practice for an HIV-positive patient and a cerebral mass is treatment with antitoxoplasmosis medication. If there is no clinical or radiographic response after 2 weeks, tissue diagnosis is considered, via brain biopsy, lumbar puncture, or vitreous examination. CSF can be analyzed for EBV by PCR studies. The tumor may have irregular ringlike contrast enhancement (corresponding to necrosis), and it may be difficult to distinguish the lesion from toxoplasmosis. An irregular type of enhancement is more commonly associated with PCNSL, whereas smooth enhancement is associated with toxoplasmosis.

Prognosis PCNSL patients with AIDS. The median survival after diagnosis is 1 to 2 months with supportive care alone and 2 to 6 months with radiation. Survival correlates closely with Karnofsky performance before treatment, length of time since seroconversion, and the presence of more than one risk factor for HIV. Patients who have radiation therapy commonly die of opportunistic infections, whereas patients who do not receive radiation usually die of the tumor.

Investigations of PCNSL in immunocompromise and immunocompetent populations show spesificity and complexity in diagnostic and treatment for this contingent of patients. And only more early diagnostics and treatment of this disease help increase the duration of life the patients.

References

1. Крячок И. А. Первичные лимфомы ЦНС: от научных исследований к практике [Текст] / И. А. Крячок, Е. С. Филоненко, Е. В. Кущевой и др. // Клиническая онкология. – 2012. – 6 (2): 91–100.

2. De Angelis L. Combination Chemotherapy and Radiotherapy for Primary Central Nervous System Lymphoma [Text] / L. De Angelis, W. Seiferheld, S. Clifford Schold, B. Fisher and C. J. Schultz // Radiation Therapy Oncology Group Study 93–10. J Clin Oncol. – 1992. – Apr.; 10 (4): 635–43.

3. Corboy J. R. Human herpesvirus 8 DNA in CNS lymphomas from patients with and without AIDS [Text] / J. R. Corboy // Garl Kleinschmidt-DeMasters BK Neurology. – Feb. 1998; № 50 (2): 335–40. [Medline]

4 Ferreri A. J. High-dose cytarabine plus high-dose methotrexate versus high-dose methotrexate alone in patients with primary CNS lymphoma: a randomised phase 2 trial. [Text] / A. J. Ferreri, M. Reni, M. Foppoli, et al. – Lancet, 2009; № 374 (9700): 1512–1520.

5. Ferreri A. J. How I treat primary CNS lymphoma [Text] / A. J. Ferreri // BLOOD. 21 July, 2011. Vol. 118, № 3. – P. 510–522.

6. Ferreri A. J. Clinical relevance of the dose of cytarabine in the upfront treatment of primary CNS lymphomas with methotrexate-cytarabine combination [Text] / A. J. Ferreri, G. Licata, M. Foppoli, et al. // Oncologist. – 2011; № 16 (3): 336–341

7. Fischer L., Meningeal dissemination in primary CNS lymphoma: prospective evaluation of 282 patients [Text] / L. Fischer, P. Martus, M. Weller et al. // Neurology. – Sep., 30, 2008; № 71 (14): 1102–8. [Medline]

8 Glass J. Preirradiation methotrexate chemotherapy of primary central nervous system lymphoma: long-term outcome [Text] / J. Glass, M. L. Gruber, L. Cher, F. H. Hochberg // Journal of Neurosurgery. – Aug., 1994, № 81 (2): 188–195.

9. Gomez-Brouchet A. Delisle MB, Vital A, Brousset P. Immunohistochemical assessment of human herpesvirus 8 infection in primary central nervous system large B cell lymphomas[Text] / A. Gomez-Brouchet, M.B. Delisle, A. Vital, P. Brousset. //J Clin Pathol. – Aug., 2001; 54 (8): 617–8. [Medline]

10. Hottinger A. F. YKL-40 and MMP-9 as serum markers for patients with primary central nervous system lymphoma [Текст] / A. F. Hottinger, F. M. Iwamoto, S. Karimi, et al. // Annals of Neurology. – Jan., 10, 2011.

11. Khong P. Isolated neurolymphomatosis of the cauda equina and filum terminale: case report. [Text] P. Khong, T. Pitham, B. Owler. // Spine. – Oct. 1, 2008; 33 (21): E807–11. [Medline]

12. Kiewe P. High-dose methotrexate is beneficial in parenchymal brain masses of uncertain origin suspicious for primary CNS lymphoma [Text] / P. Kiewe, C. Loddenkemper, I. Anagnostopoulos // Neuro Oncol. – Apr. 2007., 9 (2): 96-102.

13. Lenarz M. Primary central nervous system lymphoma presenting as bilateral tumors of the internal auditory canal [Text] / M. Lenarz, M. Durisin, H. Becker, T. Lenarz // Nejadkazem M. Skull Base. Nov. 2007. 17 (6): 409–12. [Medline]

14. Levin N. Primary T-cell CNS lymphoma presenting with leptomeningeal spread and neurolymphomatosis [Text] / N. Levin, D. Soffer, S. Grissaru, et al. // Neurooncol. Oct. 2008. 90 (1): 77–83. [Medline]

15. Linnebank M. The methionine synthase polymorphism D919G alters susceptibility to primary central nervous system lymphoma [Text] / M. Linnebank, S. Schmidt, H. Kolsch et al. // Br. J. Cancer. – May, 17, 2004; 90 (10): 1969–71. [Medline]

16. Merritt's Neurology 10th Edition (June 2000): by H. Houston Textbook of Neurology. / Merritt (Editor), L. P. Rowland (Editor), R. Rowland By Lippincott Williams & Wilkins Publishers. – Lymphomas: – P. 266–270.

17. Miller D. C. Pathology with clinical correlations of primary central nervous system non-Hodgkin's lymphoma. [Text] / D. C. Miller, F. H. Hochberg, N. L. Harris et al. // The Massachusetts General Hospital experience – 1958–1989. – Cancer. – Aug. 15, 1994; 74 (4): 1383–97. [Medline]

18. Montesinos-Rongen M. Absence of immunoglobulin class isn't show in primary lymphomas of the central nervous system [Text] / M. Montesinos-Rongen, R. Schmitz, C. Courts, et al // Am. J. Pathol. Jun. 2005; 166 (6): 1773–9. [Medline]

19. Neuwelt E. A., Goldman D. L., Dahlborg S. A., Crossen J., Ramsey F., Roman-Goldstein S., Braziel R., B. J. Dana, P. Clin. Oncol. Sep. 1991; 9 (9): 1580–90 Primary CNS lymphoma treated with osmotic blood-brain barrier disruption: prolonged survival and preservation of cognitive function.

20. Grisariu S. Neurolymphomatosis: an International Primary CNS Lymphoma Collaborative Group report. [Text] / S. Grisariu, B. Avni, T. T. Batchelor, M. J. van den Bent, F. Bokstein, D. Schiff, O. Kuittinen, M. C. Chamberlain, P. Roth, A. Nemets, E. Shalom, D. Ben-Yehuda, T. Siegal // Blood. – 2010; 115(24): 5005–5011.

21. Sugita Y. SHP–1 expression in primary central nervous system B-cell lymphomas in immunocompetent patients reflects maturation stage of normal B cell counterparts [Text] / Y. Sugita, O. Tokunaga, A. Nakashima, M. Shigemori // Pathol Int. – Sep. 2004; 54 (9): 659–66. [Medline]

22. Taracads R. Primary CNS Lymphoma. Overview. [Electronic resource] / R. Taracads. – way to access: http://emedicine.medscape.com/article/1157638

23. Yamanaka R. Results of treatment of 112 cases of primary CNS lymphoma [Text] / R. Yamanaka, K. Morii, Y. Shinbo, et al. // Jpn. J. Clin. Oncol. – May 2008; 38 (5): 373–80.

ПЕРВИННА ЛІМФОМА ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ КЛІНІЦИСТА

В. І. Пономарьов[1], О. Ю. Меркулова[1],
В. А. Флорікян[2], В. М. Івасенко[3]
[1]Харковський національний університет імені В. Н. Каразіна
[2]Харківська медична академія післядипломної освіти
[3]Медична служба Південної залізниці, Харків

Первинна лімфома центральної нервової системи є однією з рідкісних пухлин нервової системи. Мозкова лімфома злоякісне захворювання з особливими клінічними та біологічними рисами, агресивним перебігом і незадовільним результатом. Рання діагностика та адекватне лікування можуть поліпшити результат і прогноз пацієнтів.

Ключові слова: первинна лімфома ЦНС, екстранодальна лімфома, гематоенцефалічний бар'єр, іммуноскомпрометоване та імунокомпетентне населення, вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту (ВІЛ/СНІД).

ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФОМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА

В. И. Пономарёв[1], О. Ю. Меркулова[1],
В. А. Флорикян[2], В. Н. Ивасенко[3]
[1]Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина
[2]Харьковская медицинская академия последипломного образования
[3]Медицинская служба Южной железной дороги, Харьков

Первичная лимфома центральной нервной системы является одной из редких опухолей нервной системы. Мозговая лимфома — злокачественное заболевание с особыми клиническими и биологическими чертами, агрессивным течением и неудовлетворительным исходом. Ранняя диагностика и адекватное лечение могут улучшить исход и прогноз пациентов.

Ключевые слова: первичная лимфома ЦНС, экстранодальная лимфома, гематоэнцефалический барьер, иммуноскомпрометированное и иммунокомпетентное население, вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД).

УДК 616.831-009.7:616.743

ЦЕРВИКОГЕННЫЙ ФАКТОР В ГЕНЕЗЕ ТРИГЕМИНАЛЬНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ЦЕФАЛГИЙ

А. А. Ярошевский
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Аннотация. Статья посвящена современным представлениям о тригеминальных вегетативных цефалгиях, а также обсуждению роли вертеброгенно-миофасциального шейного фактора в развитии головной боли. Представлено собственное клиническое наблюдение пациента с SUNCT-синдромом. Позитивная динамика болевого синдрома при воздействии на миофасциальную дисфункцию шейной группы мышц у пациентов с тригеминальными вегетативными цефалгиями подтверждает необходимость вертебро-неврологического исследования и лечения миофасциальной дисфункции при ее выявлении у больных с клиническими проявлениями тригеминальных вегетативных цефалгий.

Ключевые слова: тригеминальные вегетативные цефалгии, SUNCT-синдром, миофасциальная дисфункция шейной локализации.

Головная боль на сегодняшний день представляет медико-социальную проблему, учитывая распространенность цефалгий, экономические потери в связи с нетрудоспособностью и влияние головной боли на качество жизни пациентов [1–4]. Согласно Международной классификации головных болей второго пересмотра (International Classification Headaches second edition, ICHD-II) головная боль может являться как синдромом множества неврологических и соматических заболеваний, так и представлять собой нозологические формы в виде мигрени, головной боли напряжения и тригеминальных вегетативных цефалгий [5].

В группу тригеминально-вегетативных головных болей на сегодняшний день объединяются пароксизмальные головные боли с выраженными вегетативными проявлениями, то есть тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ) сочетают в себе как черты головной боли, так и типичные черты краниальных парасимпатических невралгий. Экспериментальные и функциональные нейровизуализационные исследования показали,

© Ярошевский А. А., 2014

что тригеминальные вегетативные цефалгии сопровождаются активацией тригемино-парасимпатического рефлекса с клиническими признаками вторичной симпатической дисфункции [4, 6, 7].

Общими признаками тригеминальных вегетативных цефалгий являются наличие четко очерченных более или менее кратковременных приступов строго односторонней интенсивной головной боли, локализующейся, как правило, в орбитальной, супраорбитальной и/или височной области; наличие односторонних вегетативных симптомов на стороне боли: инъекция конъюнктивы, слезотечение, заложенность носа, ринорея, выступание капель пота на половине лица, миоз, легкое опущение и отек века), которые как раз и связаны с рефлекторной активацией парасимпатических структур (за счет тригеминально-парасимпатического рефлекса) и вторичной симпатической дисфункцией.

В Международной классификации головных болей второго пересмотра тригеминальные вегетативные невралгии относятся к первичным головным болям и входят в третью рубрику, включающую кластерную головную боль, пароксизмальную гемикранию, кратковременную одностороннюю головную боль с инъецированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС, SUNCT-синдром), а также *возможные* тригеминальные вегетативные цефалгии [5].

В данной статье хотелось бы остановиться на достаточно редком варианте тригеминальных вегетативных цефалгий — кратковременных односторонних невралгических головных болях с инъецированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС, или SUNCT-синдром). Термин SUNCT — аббревиатура международного англоязычного обозначения одной из кратковременных форм головной боли (Short-lasting, Unilateral, Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing — кратковременная односторонняя, невралгического типа головная боль с покраснением конъюнктивы глаза и слезотечением), которая была впервые описана норвежским исследователем O. Sjaastad в 1978 г. и в последние годы более детально изучена [7–9].

Согласно классификации SUNCT-синдром характеризуется кратковременными приступами односторонней боли, с продолжительностью значительно меньшей, чем при других формах ТВЦ. Приступы пароксизмальной головной боли сопровождаются выраженным слезотечением и покраснением глаза на стороне боли. Для постановки диагноза SUNCT-синдрома как первичной головной боли необходимо наличие как минимум 20 приступов, отвечающих следующим критериям:

– приступы односторонней пульсирующей боли орбитальной, супраорбитальной или височной локализации продолжительностью 5–240 секунд;

– боль сопровождается ипсилатеральным инъецированием конъюнктивы и слезотечением;

– приступы возникают с частотой от 3 до 200 раз в сутки;

– приступы не должны быть связаны с другими причинами (нарушениями).

SUNCT-синдром — один из наиболее редких вариантов кратковременных форм головной боли из группы тригеминально-вегетативных цефалгий. При выявлении симптомов, схожих с SUNCT-синдромом перед врачом стоит важная задача определения его первичности или вторичности. Имеются описания вторичного синдрома SUNCT на фоне артериовенозной мальформации мостомозжечкового угла, гемангиомы ствола мозга, трансформации тригеминальной невралгии, при поражениях, локализующихся в задней черепной ямке или вовлекающих гипофиз [10–12].

Для синдрома SUNCT характерна резистентность к медикаментозной терапии и блокадам с местными анестетиками (над- и подглазничного нерва, слезного, большого затылочного, звездчатого ганглия, полости рта или носа), в отдельных случаях наблюдался некоторый положительный эффект карбамазепина, кортикостероидов, нестероидных противовоспалительных средств [4, 9].

Любому практическому неврологу известны большие трудности в лечении пациентов, имеющих клинические проявления тригеминальных вегетативных цефалгий. Поэтому нам хотелось бы обратить внимание на возможность воздействия на шейный фактор при лечении подобных головных болей.

По нашему мнению, цервикальный фактор (вертеброгенно-миофасциальный) может как сочетаться с ТВЦ, так и играть определенную роль в патогенезе тригеминальных вегетативных цефалгий. В своей практической деятельности мы столкнулись с явным цервикогенным фактором в генезе тригеминальной вегетативной цефалгии, а именно SUNCT-синдрома.

В связи с этим хотелось бы представить клиническое наблюдение пациента с SUNCT-синдромом, представляющего с нашей точки зрения, интерес относительно участия мышц шеи в происхождении тригеминальной вегетативной невралгии.

Пациент К., 45 лет, программист, с типичными клиническими проявлениями SUNCT-синдрома (жалобы на кратковременные приступы правосторонней головной боли со слезотечением и покраснением глаза на стороне боли). Боли периодически обостряются после длительного изометрического перенапряжения (сидение за компьютером, за рулем), резкого поворота шеи, изменения барометрического давления и психоэмоционального перенапряжения. Страдает в течение 25 лет. В анамнезе: в юности травма шеи вследствие автомобильной катастрофы. В неврологическом статусе: гипестезия болевой и температурной чувствительности, тактильная, температурная и дистантная аллодиния в зоне иннервации тройничного нерва справа, более выраженные в зонах I и II ветвей. При вертебро-неврологическом и мануальном обследовании — ограничение открывания рта, движений нижней челюсти, движений в шейном отделе позвоночника, особенно ротации, форсирование которых провоцировало приступ; а также мышечно-тонический синдром верхней порции трапециевидной, ременной, большой задней прямой и полуостистой мышц с двух сторон с выраженным миофасциальным синдромом правой нижней косой мышцы, пальпация которой вызывала типичный для пациента болевой синдром и конъюнктивальную инъекцию (рис. 1).

Рентгенография шейного отдела позвоночника: выпрямление шейного лордоза, ротация позвонков по оси, остеохондроз С3–С7. Нестабильность сегмента С2–С3, сужения дисков С5–С6 На основании совокупности результатов обследования и лечения больному был установлен диагноз: хроническая правосторонняя прозопалгия (SUNCT-синдром); хроническая цервикокраниалгия с мышечно-тоническим синдромом мышц шеи и миофасциальным синдромом правой нижней косой мышцы в стадии обострения.

После получения результатов МРТ, свидетельствующих об отсутствии органического поражения головного мозга и поражения тройничного нерва, была выполнена блокада правой нижней косой мышцы 1,5 мл 2,0 % раствора лидокаина, после которой приступ боли прекратился. Пациенту была разработана лечебная программа, направленная на коррекцию постурального мышечного дисбаланса на фоне патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата, а также ликвидацию миофасциальных триггерных точек, и включающая в себя устранение функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов; устранение мышечно-дистонических, миодистрофических и миофасциальных нарушений техниками постизометрической релаксации, миофасциального расслабления и мышечно-энергетическими техниками (мягкие техники (soft tissue technique); ишемическую компрессию триггерных пунктов, акупрессуру, техники напряжения и противонапряжения, (strain and counterstrain), релиз (release)-эффект; устранение дисфункций основания черепа техниками краниальной мануальной терапии. В течение последующего месяца с пациентом проводился разработанный комплекс восстановительного лечения с биомеханической коррекцией позвоночника, мягкими техниками мануальной терапии, иглорефлексотерапии и лечебной физкультуры. В последующем отмечался полный регресс спонтанного болевого синдрома и аллодинии и стойкий клинический эффект в течение двух лет наблюдения. При этом пациент выполняет индивидуально подобранный комплекс лечебной физкультуры и каждые три-четыре месяца подвергается осмотру и при необходимости вертебро-неврологической коррекции.

Рис. 1 Визуальная диагностика биомеханических нарушений пациента К.

Подобное наблюдение описывается В. В. Алексеевым, И. А. Строковым, А. Н. Бариновым, Е. В. Подчуфаровой [13], где дано описание клинического случая синдрома SUNCT, который сочетается с цервикогенной головной болью и миофасциальной дисфункцией мышц шеи. Авторы обсуждают взаимоотношения тригеминально-вегетативных нарушений и цервикогенного фактора в форме афферентации с мышц шеи и, возможно, с суставов шейного отдела позвоночника, конвергирующих на тригеминальную систему ствола мозга. Последняя, в свою очередь, имеет морфологическую общность с сен-

сорной системой задних рогов трех верхних сегментов шейного отдела спинного мозга, иногда обозначаемых как тригемино-цервикальная система. Авторы делают вывод о том, что «цервикогенный фактор несомненно присутствует в клинической картине описанного случая, но вероятно является вторичным или комплементарным. Первоначально возникая в качестве рефлекторного ответа на сенсорное воздействие в виде мышечного сокращения сегментарного комплекса (шейно-затылочная и жевательная мускулатура), при длительной экспозиции он становится вторичным источником боли вследствие активации мышечных ноцицепторов».

С нашей точки зрения роль шейного фактора в генезе тригеминальных вегетативных цефалгий можно представить следующим образом: с одной стороны, имеющаяся МФД со сформированными триггерными пунктами запускает сосудистые, рефлекторно-мышечные и невралгические механизмы с развитием головной боли тригеминально-вегетативного типа [2, 14]; с другой, имеющаяся ТВЦ вызывает сегментарное мышечное сокращение шеи и плечевого пояса как рефлекторный ответ на сенсорное воздействие, что приводит к развитию вторичной МФД с формированием триггера и образованием порочного круга головной боли.

Позитивная динамика болевого синдрома при воздействии на миофасциальную дисфункцию шейной группы мышц у пациентов с ТВЦ дает основание высказать предположение о туннельном характере вегетативно-тригеминальных невралгий, в частности SUNCT-синдрома.

Окончательный ответ, является ли миофасциальная дисфункция в данном наблюдении первичной или вплетающейся в патогенез тригеминальной вегетативной цефалгии вследствие возникновения вторичной миофасциальной дисфункции как реакции на головную боль, будет дан, очевидно, после дальнейших наблюдений за пациентами с ТВЦ и получения убедительной доказательной базы. Но факт необходимости вертебро-неврологического исследования и воздействия на миофасциальную дисфункцию при ее выявлении у больных с клиническими проявлениями цефалгий указанного типа является однозначным.

Таким образом, в патогенезе тригеминальных вегетативних цефалгий, в частности SUNCT-синдрома, определенную роль играет вертеброгенно-миофасциальный фактор шейной локализации, что необходимо учитывать в диагностике и лечении пациентов сголовной болью.

Литература

1. Мищенко Т. С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний [Текст] / Т. С. Мищенко, В. Н. Мищенко // Справочник врача «Невролог». – 2010. – С. 65–74.
2. Шток В. Н. Головная боль [Текст] / В. Н. Шток. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 472 с.
3. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorder, Cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society [Text] // Cephalalgia. – 1988. – Vol. 8. – Suppl. 7. – P. 1–96.
4. Pareja J. A. SUNCT syndrome: trials of drugs and anesthetic blockades [Text] / J. A. Pareja, P. Kruszewsky, O. Sjaastad // Headache. – 1995. – Vol. 35, № 3. – P. 138–142.
5. Международная классификация головной боли [Текст] / пер. В. В. Осиповой, Т. Г. Вознесенской. – 2-е. изд. – 2004. – 219 с.
6. Antonaci F. Neurophysiological Studies in Chronic Paroxysmal Hemicrania and Hemicrania Continua [Text] / F. Antonaci, G. Sandrini, A. Danilov, T. Sand // Headache. – 1994. – Vol. 34, №6. – P. 479–483.
7. Pareja J. A. SUNCT syndrome in the female [Text] / J. A. Pareja, O. Sjaastad // Headache. – 1994. – Vol. 34, № 4. – P. 217–220.
8. Bouhasira D. «SUNCT» syndrome. A case of transformation from trigeminal neuralgia? [Text] / D. Bouhasira, N. Attal, M. Estuve, M. Chauvin // Cephalalgia. – 1994. – Vol. 14, № 2. – P. 168–170.
9. Merskey H. SUNCT Syndrome (Shortlasting, Unilateral Neuralgiform Pain with Conjunctival Injection and Tearing) [Text] / H. Merskey, N. Bogduk // Classification of chronic pain, IASP Press, Seattle. – 1994. – P. 66–67.
10. De Benedittis G. «SUNCT» syndrome associated with cavernous angioma of the brain stem [Text] / G. De Benedittis // Cephalalgia. 1996. – Vol. 16, № 6 – P. 503–506.
11. Morales F. Vascular malformation of the cerebellopontine angle associated with SUNCT syndrome [Text] / F. Morales, E. Mostacero, J. Marta, S. Sanches // Cephalalgia, 1994. – Vol. 14, № 4. – P. 301–302.
12. Pareja J. A. SUNCT syndrome: duration, frequency, and temporal distribution of attaks [Text] / J. A. Pareja, J. M. Shen, P. Kruszewsky // Headache. – 1996. – Vol. 36, № 3. – P. 161–165.
13. Алексеев В. В. Хроническая ежедневная головная боль: сочетание атипичного синдрома SUNCT, цервикогенной головной боли и ГБН [Текст] / В. В. Алексеев, Е. В. Подчуфарова, О. А. Черненко // Неврол. журнал. – 2001. – № 6. – С. 31–37.
14. Морозова О. Г. Миофасциальная дисфункция и нарушение биомеханики позвоночника в генезе головной боли и головокружения [Текст] / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 4 (50). – С. 33–38.

ЦЕРВІКОГЕННИЙ ФАКТОР В ГЕНЕЗІ ТРИГЕМІНАЛЬНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ ЦЕФАЛГІЙ

О. А. Ярошевський
Харківська медична академія післядипломної освіти

Стаття присвячена сучасним уявленням про тригемінальні вегетативні цефалгії, а також обговоренню ролі вертеброгенно-міофасціального шийного фактора в розвитку та клінічному прояві головного болю. Представлено власне клінічне дослідження пацієнта, який страждав на SUNCT-синдром. Позитивна динаміка больового синдрому при впливі на міофасціальну дисфункцію шийної групи м'язів у пацієнтів із тригемінальними вегетативними цефалгіями підтверджує необхідність вертебро-неврологічного дослідження та лікування міофасціальної дисфункції у випадку її виявлення у хворих, які мають клінічні прояви тригемінальних вегетативних цефалгій.

Ключові слова: тригемінальні вегетативні цефалгії, SUNCT-синдром, міофасціальна дисфункція шийної локалізації.

CERVICOGENIC FACTOR IN GENESIS OF TRIGEMINAL VEGETATIVE CEPHALALGIAS

O. A. Yaroshevskiy
Kharkov medical academy of postgraduate education

The article is devoted to the modern ideas about trigeminal vegetative cephalalgias, and also the role of vertebro- muscular factor of neck comes into question in development of headache. The own clinical supervision of patient with SUNCT- a syndrome is presented. Positive dynamics of pain syndrome at affecting muscular disfunction of neck group of muscles for patients with trigeminal proves the necessity of vertebral-neurological research and treatment of disfunction of vegetative cephalalgias at as exposure for patients with the clinical displays of trigeminal vegetative cephalalgias.

Key words: trigeminal vegetative cephalalgias, SUNCT-syndrome, muscular disfunction of neck localization.

УДК: 616.89-008.44-072.8:[616.714+616.83]-001

ПОШИРЕНІСТЬ ВЖИВАННЯ ПОТЕНЦІЙНО АДИКТИВНИХ ОБ'ЄКТІВ ТА ЇХНІЙ АДИКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОПАТОЛОГІЧНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

Д. М. Волошина
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Анотація. Метою цього дослідження стало комплексне вивчення адиктивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм (ЧМТ) за допомогою системи AUDIT-подібних тестів з визначенням поширеності вживання потенційно адиктивних об'єктів та їх адиктивного потенціалу в групах порівняння. Єдина методологічна основа для вивчення ранніх стадій формування станів залежностей різного походження необхідна для якісного порівняльного аналізу, а також для оцінки інтегрального рівня залежності досліджуваних осіб. У результаті комплексної оцінки адитивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм за допомогою системи AUDIT-подібних тестів була виявлена більш виражена схильність хворих із психопатологічними наслідками ЧМТ до формування станів залежності порівняно з практично здоровими особами контрольної групи, виявлено достовірно вищі адиктивні потенціали деяких поширених адиктивних об'єктів, а саме тютюну, Інтернету, чаю та кави, телебачення та комп'ютерних ігор.

Ключові слова: психопатологічні наслідки черепно-мозкової травми, AUDIT-подібні тести, адиктивний статус, адиктивний потенціал.

Вступ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з провідних місць серед уражень головного мозку і найбільш широко поширена в молодому працездатному віці [1, 2]. Відомими ознаками віддалених наслідків ЧМТ є швидка стомлюваність, зміни особистості, синдроми, пов'язані з органічним ураженням мозку. Зміни особистості проявляються у вигляді характерних рис з нестійкістю настрою, проявами дратівливості, агресивності, афективності, ознаками загальної брадіфренії при ослабленні критичних здібностей. Пацієнти, які страждають на наслідки черепно-мозкових травм, емоційно-лабільні, схильні до афективних, психопатичних реакцій, разом з тим астенізовані, добродушні, легше піддаються впливу [1, 3].

Епідеміологічна ситуація, пов'язана з процесами поширення станів залежності різного походження, залишається в нашій країні складною. Поширюються відносно нові для нашої країни види залежності: від азартних ігор, від персональних комп'ютерів, Інтернету тощо. [4].

Відомо, що різновиди станів залежності досить часто поєднуються між собою та можуть бути коморбідними з іншими психічними розладами ендогенного, ендогенно-органічного, соматогенного, екзогенного-органічного, психогенного характеру, патологією розвитку особистості [1, 2, 4].

Ефективність психопатологічного методу для діагностики функціонального стану мозку, прогнозування результатів та розробки нових підходів до лікування та реабілітації хворих була показана в численних психіатричних дослідженнях пацієнтів з тяжкою ЧМТ та її наслідками (В. А. Гіляровський 1944, 1946; Р. Г. Голодець 1984, 1989; М. О. Гуревич 1948; Т. А. Доброхотова, О. С. Зайцев 1998, 1999, 2002; С. С. Калінер 1967, 1974; Л. П. Лобова 1969, 1975; Г. І. Миронов 1976; Р. С. Повіцька 1947; М. В. Семенова-Тян-Шанська 1975, 1978; О. І. Сперанська 1983; А. Т. Тищенко 1974; А. С. Шмарьян 1948; C. Faust 1967) [3, 5].

Разом з тим необхідна комплексна, кількісно-якісна та вчасна діагностика адиктивних розладів у пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм з можливістю зіставлення пристрастей і залежностей якісно різного походження в єдиному вимірювальному масштабі, з використанням єдиного понятійного апарату.

Важливою характеристикою адиктивного статусу обстежених контингентів є частота досвіду вживання адиктивних об'єктів, з урахуванням наслідків такого вживання різного ступеня важкості.

Мета дослідження

Комплексне дослідження адиктивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм за допомогою системи AUDIT-подібних тестів з визна-

 © Волошина Д. М., 2014

ченням поширеності вживання потенційно адитивних об'єктів та їхнього адитивного потенціалу в групах порівняння.

Матеріали та методи дослідження

На базі відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків) та КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3» було обстежено 100 пацієнтів чоловічої статі середнім віком 38,35±0,96 років з різними психопатологічними наслідками ЧМТ, що утворювали 2 групи. Група I складалась з 39 пацієнтів з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу за МКХ-10 — F06). Група II складалась з 61 пацієнта з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу за МКХ-10 — F07). Контрольну групу (група III) склали 73 здорові особи також чоловічої статі та порівняного віку 36,97±1,73 років.

Для комплексного дослідження адиктивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм використовувалась система AUDIT-подібних тестів (І. В. Лінський та ін., 2009; I. V. Linskiy etal., 2012) [6, 7], яка дозволяла виявити розлади, пов'язані з вживанням їжі, сексуальною активністю, трудовою (учбовою) діяльністю, переглядом телепередач, перебуванням в Інтернеті, азартними іграми (карти, рулетка тощо), іграми з телеприставками та комп'ютерними іграми, шопінгом, читанням, вживанням тютюну, кави або чаю, каннабіноїдів, легких органічних розчинників, снодійно-седативних засобів, психостимуляторів, опіоїдів та галюциногенів. Кількісна міра здібності об'єкта вживання визивати залежність, тобто адиктивний потенціал того чи іншого об'єкта вживання, вираховувалася за формулою: відношення кількості осіб з ознаками залежності від певного адиктивного об'єкта до загальної кількості осіб, що мали досвід будь-якого вживання цього об'єкта, виражене у відсотках:

$$P_{Add} = \frac{f_{Add}}{f_{Exp}} \times 100\% \qquad (1)$$

де: P_{Add} — адиктивний потенціал об'єкта вживання;

f_{Add} — частота в популяції осіб з ознаками залежності від об'єкта та вживання (≥ 20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті);

f_{Exp} — частота в популяції осіб з досвідом вживання цього об'єкта (> 0 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті або $f_{NoAdd} + f_{Add}$).

Зазвичай адиктивний потенціал психоактивних речовин (ПАР) оцінюють в процесі спеціального психофармакологічного лабораторного експерименту за їхньою здатністю формувати і підтримувати у тварин певні поведінкові реакції, наприклад, реакцію внутрішньовенного самовведення.

Одержані за формулою (1) значення адиктивного потенціалу істотно відрізняються від його експериментальних оцінок тим, що безпосередньо відображають здатність формувати залежність досліджуваних об'єктів вживання у представників певного цільового контингенту.

Оцінений зазначеним способом адиктивний потенціал відбиває не тільки адиктивні властивості самого об'єкта вживання, але й поточну ситуацію навколо респондента, що сприяє (реклама, мода, заохочення з боку мікросоціальної групи тощо) або, навпаки, перешкоджає (заборони батьків, законодавчі обмеження, осуд членами мікросоціальної групи тощо) такому вживанню.

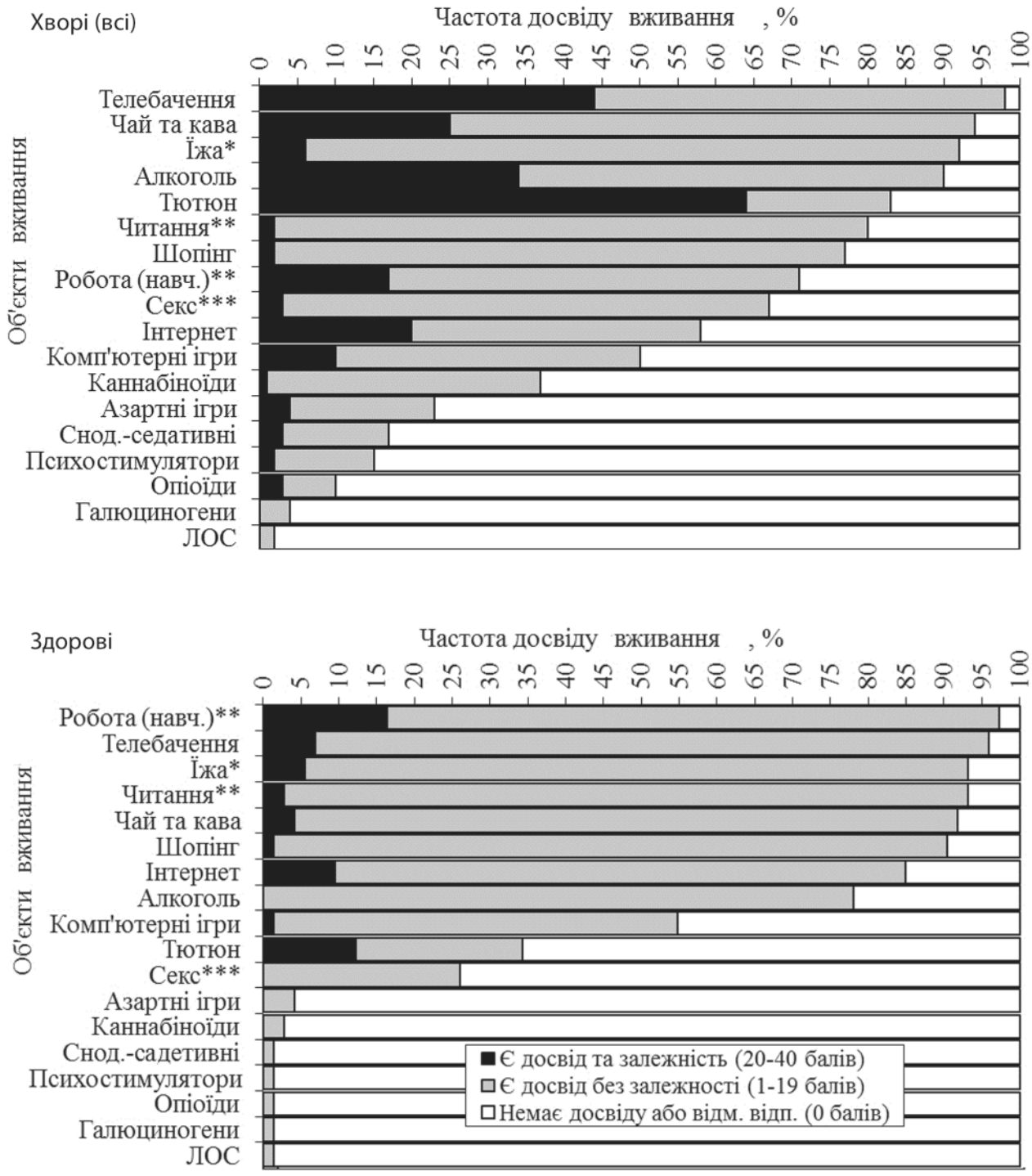
Обробка даних здійснювалася методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний аналіз) [8] на ПЕОМ за допомогою програм «SPSS 15.0» і «Excel» (з пакету «MicrosoftOffice 2010»).

Результати дослідження та їх обговорення

Було досліджено частоту досвіду вживання без ознак залежності (питома вага осіб, що набрали від 1 до 19 балів у відповідних AUDIT-подібних тестах) і, відповідно, частоту вживання з ознаками залежності (питома вага осіб, що набрали 20 і більше балів у відповідних AUDIT-подібних тестах) (рис. 1, 2; табл. 1, 2).

Було встановлено (рис.1, табл.1), що спектр частот досвіду вживання в групі хворих з наслідками ЧМТ є істотно відмінним від відповідного спектру в групі здорових.

Так, наприклад, достовірно вищими ($p<0,05$) в групі хворих (порівняно з групою здорових) виявились частоти вживання без ознак залежності (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) таких адиктивних об'єктів, як (табл. 1) каннабіноїди (в 13,14 рази), снодійно-седативні засоби (в 10,22 рази), психостимулятори (в 9,49 рази), азартні ігри (в 4,62 рази) та секс (в 2,46 рази). Як можна бачити, всі перелічені вище адиктивні об'єкти є невід'ємними складовими кримінального або, принаймні, делінквентного способу життя (наркотики, інші ПАР для немедичного вживання, а також азартні



Примітки:
* — Оскільки життя без їжі неможливе, йдеться про таке вживання їжі, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічене самим респондентом переїдання та/або дієта);
** — Йдеться про таку сексуальну активність, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічені самим респондентом, сексуальні надмірності та/або сексуальна «недостатність»).

Рис. 1 Частоти досвіду «вживання» різних потенційно адиктивных об'єктів як без (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті), так і з ознаками залежності (≥20 балів увідповідному AUDIT-подібному тесті) серед обстежених хворих та здорових (адиктивні об'єкти розташовані в порядку зменшення частоти досвіду будь-якого їхнього вживання).

Таблиця 1

Частоти різного досвіду вживання потенційно адиктивних об'єктів та їхній адиктивний потенціал у хворих (F06*+ F07*) та здорових (за 100 % прийнято n=100 та n=73 відповідно)

Потенційно адиктивні об'єкти	Частоти досвіду щодо «вживання»									Адиктивний потенціал (P_{Add}), %
	Без досвіду вживання, 0 балів (f_{Exp}»0»)			З досвідом вживання						
				Без залежності, 1–19 балів (f_{NoAdd})			Із залежністю, 20–40 балів (f_{Add})			
Всі хворі (F06*+ F07*)										
	Абс., осіб	Відн., %	p** Здор.	Абс., осіб	Відн., %	p** Здор.	Абс., осіб	Відн., %	p** Здор.	
Їжа 1)	8	8,00		86	86,00		6	6,00		6,52
Секс[2])	33	33,00	3)	64	64,00	3)	3	3,00		4,48
Алкоголь	10	10,00	1)	56	56,00	2)	34	34,00	3)	37,78
Тютюн	17	17,00	3)	19	19,00		64	64,00	3)	77,11
Чай та кава	6	6,00		69	69,00	2)	25	25,00	3)	26,60
Опіоїди	90	90,00	1)	7	7,00		3	3,00		30,00
Каннабіноїди	63	63,00	3)	36	36,00	3)	1	1,00		2,70
Снодійно-седативні	83	83,00	3)	14	14,00	2)	3	3,00		17,65
Психостимулятори	85	85,00	2)	13	13,00	2)	2	2,00		13,33
Галюциногени	96	96,00		4	4,00		0	0,00		н/д*
ЛОС	98	98,00		2	2,00		0	0,00		н/д*
Робота (навчання)	29	29,00	3)	54	54,00	3)	17	17,00		23,94
Телебачення	2	2,00		54	54,00	3)	44	44,00	3)	44,90
Інтернет	42	42,00	3)	38	38,00	3)	20	20,00	1)	34,48
Комп'ютерні ігри	50	50,00		40	40,00	1)	10	10,00	1)	20,00
Азартні ігри	77	77,00	3)	19	19,00	2)	4	4,00		17,39
Шопінг	23	23,00	1)	75	75,00	1)	2	2,00		2,60
Читання	20	20,00	2)	78	78,00	1)	2	2,00		2,50
Здорові										
	Абс., осіб	Відн., %	p** Хворі	F06	F07	Абс., осіб	Відн., %	p** Хворі	F06	F07	Абс., осіб	Відн., %	p** Хворі	F06	F07	
Їжа [1])	5	6,85				64	87,67				4	5,48				5,88
Секс[2])	54	73,97	3)	3)	3)	19	26,03	3)	3)	3)	0	0,00				н/д*
Алкоголь	16	21,92	1)		1)	57	78,08	2)	2)	1)	0	0,00	3)	3)	3)	н/д*
Тютюн	48	65,75	3)	3)	3)	16	21,92				9	12,33	3)	3)	3)	36,00
Чай та кава	6	8,22				64	87,67	2)	2)	2)	3	4,11	3)	3)	2)	4,48
Опіоїди	72	98,63	1)		2)	1	1,37				0	0,00				н/д*
Каннабіноїди	71	97,26	3)	3)	3)	2	2,74	3)	3)	3)	0	0,00				н/д*
Снодійно-седативні	72	98,63	3)	2)	2)	1	1,37	2)	2)	1)	0	0,00				н/д*
Психостимулятори	72	98,63	2)	2)	2)	1	1,37	2)	2)	1)	0	0,00				н/д*
Галюциногени	72	98,63				1	1,37				0	0,00				н/д*
ЛОС	72	98,63				1	1,37				0	0,00				н/д*
Робота (навчання)	2	2,74	3)	3)	3)	59	80,82	3)	3)	1)	12	16,44				16,90
Телебачення	3	4,11				65	89,04	3)	3)	3)	5	6,85	3)	3)	3)	7,14
Інтернет	11	15,07	3)	3)	2)	55	75,34	3)	3)	3)	7	9,59	1)		1)	11,29
Комп'ютерні ігри	33	45,21				39	53,42	1)	1)		1	1,37	1)	1)	1)	2,50
Азартні ігри	70	95,89	3)		3)	3	4,11	2)		3)	0	0,00			1)	н/д*

Продовження таблиці 1

Потенційно адиктивні об'єкти	Частоти досвіду щодо вживання														Адиктивний потенціал (P_{Add}), %
	Без досвіду вживання, 0 балів (f_{Exp}»0»)					З досвідом вживання									
						Без залежності, 1-19 балів (f_{NoAdd})						Із залежністю, 20-40 балів (f_{Add})			
	Здорові														
	Абс., осіб	Відн., %	p** Хворі	p** F06	p** F07	Абс., осіб	Відн., %	p** Хворі	p** F06	p** F07	Абс., осіб	Відн., %	p** Хворі	p** F06	p** F07	
Шопінг	7	9,59	1)		1)	65	89,04	1)		2)	1	1,37				1,52
Читання	5	6,85	2)	1)	1)	66	90,41	1)		1)	2	2,74				2,94

Примітки: * — Умовні скорочення: «F06» — інші (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічні розлади, спричинені ЧМТ; «F07» — розлади особистості та поведінки внаслідок ЧМТ, н/д — немає даних.
** — Достовірність відмінностей з іншими групами на рівні: 1) — $p<0,05$; 2) — $p<0,01$; 3) — $p<0,001$

ігри). Зрозуміло, що такий спосіб життя супроводжується різними варіантами ризикованої поведінки, що міцно асоціюються з підвищеною вірогідністю одержання ЧМТ.

На відміну від цього в групі хворих (порівняно з групою здорових) достовірно нижчими ($p<0,05$) виявились частоти вживання без ознак залежності (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) таких адиктивних об'єктів, як (табл. 1) Інтернет (в 1,98 рази), телебачення (в 1,65 рази), робота (навчання) (в 1,50 рази), алкоголь (в 1,39 рази), комп'ютерні ігри (в 1,34 рази), чай та кава (в 1,27 рази), шопінг (в 1,19 рази) та читання (в 1,16 рази). Нескладно помітити, що всі ці об'єкти є атрибутами законослухняної людини. Це або легальні ПАВ (чай, кава, алкоголь), або легальні розваги (Інтернет, телебачення, комп'ютерні ігри, шопінг та читання), або легальна конструктивна діяльність (робота, навчання). Іншими словами, наведені данні свідчать про те, що вживання без ознак залежності (тобто непатологічний стан) є достатньо інформативною характеристикою способу життя особи (здорового, законослухняного чи навпаки ризикованого, делінкветного чи кримінального).

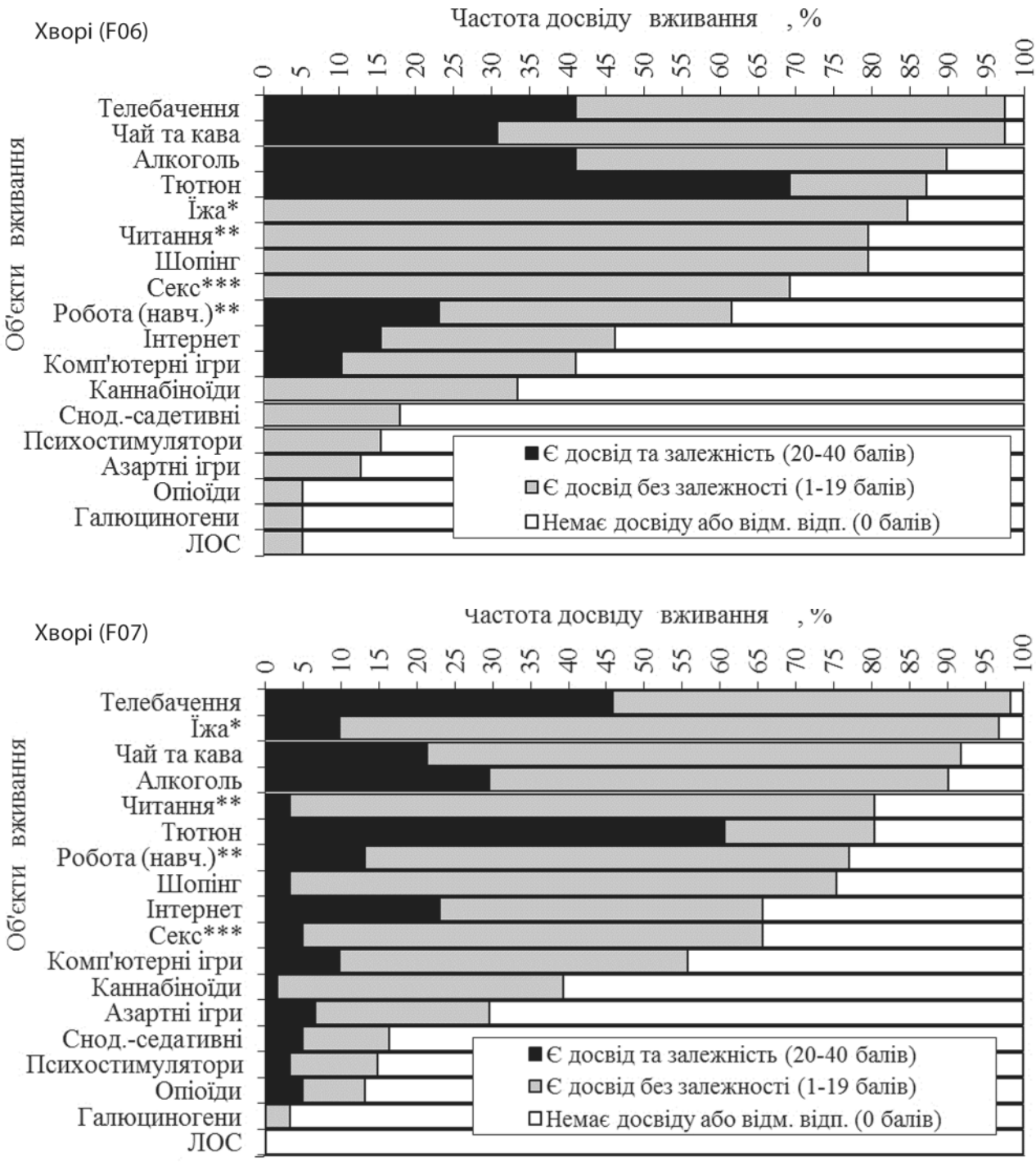
Щодо вживання з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті), то серед груп порівняння, про які йдеться, за показником частоти різних його варіантів завжди домінували хворі з наслідками ЧМТ. Так, у цих хворих (порівняно із здоровими) достовірно вищими ($p<0,05$) виявились частоти вживання з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) таких адиктивних об'єктів, як (табл. 1) комп'ютерні ігри (в 7,30 рази), телебачення (в 6,42 рази), чай та кава (в 6,08 рази), тютюн (в 5,19 рази) та Інтернет (в 2,09 рази).

Що стосується алкоголю, то в групі хворих частота його вживання з ознаками залежності зустрічалась в 34,00 % випадків, у той час як серед здорових не було виявлено жодної залежності від цієї психоактивної речовини. Іншими словами, різні варіанти залежності міцно асоціюються саме з наслідками ЧМТ (або, можливо, зі способом життя, який часто призводить до ЧМТ). Цікаво також відмітити, що не зважаючи на захоплення нелегальними ПАВ та азартними іграми (див. про вживання без ознак залежності вище), хворі з наслідками ЧМТ потрапляють в залежність насамперед від легальних адиктивних об'єктів.

Аналогічному порівняльному аналізу було піддано спектри частот досвіду вживання в групі хворих з різними наслідками ЧМТ (рис. 2, табл. 2). Було знайдено лише дві відмінності між різними групами хворих за цим показником.

Так, в групі хворих з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (F07) достовірно вищими ($p<0,05$) порівняно з групою хворих з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (F06) виявились частота вживання без ознак залежності (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) роботи або навчання — в 1,66 рази та частота вживання їжі з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) — яка в групі F07 зустрічалась в 9,84 % випадків, а в групі F06 не зустрічалась взагалі (рис. 2, табл. 2).

Той факт, що достовірних відмінностей між різними групами хворих з наслідками ЧМТ за частотою різних варіантів вживання виявилось так мало, зайвий раз свідчить на користь висловленого вище припущення про те, що особливості адиктивної поведін-



Примітки:
* — Оскільки життя без їжі неможливе, йдеться про таке вживання їжі, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічене самим респондентом переїдання та/або дієта);
** — Йдеться про таку сексуальну активність, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічені самим респондентом, сексуальні надмірності та/або сексуальна «недостатність»).

Рис. 2 Частоти досвіду «вживання» різних потенційно аддиктивных об'єктів як без (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті), так і з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) серед обстежених хворих з F06 та F07 (адиктивні об'єкти розташовані в порядку зменшення частоти досвіду будь-якого їхнього вживання)

Таблиця 2

Частоти різного досвіду вживання потенційно адиктивних об'єктів та їхній адиктивний потенціал у хворих з F06* та з F07* (за 100 % прийнято n=39 та n=61 відповідно)

Потенційно адиктивні об'єкти	Частоти досвіду щодо вживання											Адиктивний потенціал (PAdd), %
	Без досвіду вживання, 0 балів ($f_{Exp»0»}$)				З досвідом вживання							
					Без залежності, 1–19 балів (f_{NoAdd})				Із залежністю, 20–40 балів (f_{Add})			
Хворі з F06*												
	Абс., осіб	Відн., %	p**		Абс., осіб	Відн., %	p**		Абс., осіб	Відн., %	p**	
			F07	Здор.			F07	Здор.			F07	Здор.	
Їжа [1)]	6	15,38	1)		33	84,62			0	0,00	1)		н/д*
Секс[2)]	12	30,77		3)	27	69,23		3)	0	0,00			н/д*
Алкоголь	4	10,26			19	48,72		2)	16	41,03		3)	45,71
Тютюн	5	12,82		3)	7	17,95			27	69,23		3)	79,41
Чай та кава	1	2,56			26	66,67		2)	12	30,77		3)	31,58
Опіоїди	37	94,87			2	5,13			0	0,00			н/д*
Каннабіноїди	26	66,67		3)	13	33,33		3)	0	0,00			н/д*
Снодійно-седативні	32	82,05		2)	7	17,95		2)	0	0,00			н/д*
Психостимулятори	33	84,62		2)	6	15,38		2)	0	0,00			н/д*
Галюциногени	37	94,87			2	5,13			0	0,00			н/д*
ЛОС	37	94,87			2	5,13			0	0,00			н/д*
Робота (навчання)	15	38,46	1)	3)	15	38,46	2)	3)	9	23,08			37,50
Телебачення	1	2,56			22	56,41		3)	16	41,03		3)	42,11
Інтернет	21	53,85	1)	3)	12	30,77		3)	6	15,38			33,33
Комп'ютерні ігри	23	58,97			12	30,77		1)	4	10,26		1)	25,00
Азартні ігри	34	87,18	1)		5	12,82			0	0,00			н/д*
Шопінг	8	20,51			31	79,49			0	0,00			н/д*
Читання	8	20,51		1)	31	79,49			0	0,00			н/д*
Хворі з F07*													
	Абс., осіб	Відн., %	p**		Абс., осіб	Відн., %	p**		Абс., осіб	Відн., %	p**		
			F07	Здор.			F07	Здор.			F07	Здор.	
Їжа [1)]	2	3,28	1)		53	86,89			6	9,84	1)		10,17
Секс[2)]	21	34,43		3)	37	60,66		3)	3	4,92			7,50
Алкоголь	6	9,84		1)	37	60,66		1)	18	29,51		3)	32,73
Тютюн	12	19,67		3)	12	19,67			37	60,66		3)	75,51
Чай та кава	5	8,20			43	70,49		2)	13	21,31		2)	23,21
Опіоїди	53	86,89		2)	5	8,20			3	4,92			37,50
Каннабіноїди	37	60,66		3)	23	37,70		3)	1	1,64			4,17
Снодійно-седетивні	51	83,61		2)	7	11,48		1)	3	4,92			30,00
Психостимулятори	52	85,25		2)	7	11,48		1)	2	3,28			22,22
Галюциногени	59	96,72			2	3,28			0	0,00			н/д*
ЛОС	61	100,00			0	0,00			0	0,00			н/д*
Робота (навчання)	14	22,95	1)	3)	39	63,93	2)	1)	8	13,11			17,02
Телебачення	1	1,64			32	52,46		3)	28	45,90		3)	46,67
Інтернет	21	34,43	1)	2)	26	42,62		3)	14	22,95		1)	35,00
Комп'ютерні ігри	27	44,26			28	45,90			6	9,84		1)	17,65
Азартні ігри	43	70,49	1)	3)	14	22,95		3)	4	6,56		1)	22,22

Продовження таблиці 2

Частоти різного досвіду вживання потенційно адиктивних об'єктів та їхній адиктивний потенціал у хворих з F06* та з F07* (за 100 % прийнято n=39 та n=61 відповідно)

Потенційно адиктивні об'єкти	Частоти досвіду щодо вживання												Адиктивний потенціал (PAdd), %
	Без досвіду вживання, 0 балів ($f_{Exp»0»}$)				З досвідом вживання								
					Без залежності, 1–19 балів (f_{NoAdd})				Із залежністю, 20–40 балів (f_{Add})				
Шопінг	15	24,59		1)	44	72,13		2)	2	3,28			4,35
Читання	12	19,67		1)	47	77,05		1)	2	3,28			4,08

Примітки: * — Умовні скорочення: «F06» — інші (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічні розлади, спричинені ЧМТ; «F07» — розлади особистості та поведінки внаслідок ЧМТ, н/д — немає даних.
** — Достовірність відмінностей з іншими групами на рівні: 1) — $p<0,05$; 2) — $p<0,01$; 3) — $p<0,001$

ки у хворих цієї категорії пов'язані не стільки з їхньою нозологічною приналежністю, скільки з їхнім ризикованим способом життя, який призвів до ЧМТ.

Окрім того, викладені вище дані (рис. 1, 2) наочно показують, що частоти досвіду вживання з ознаками залежності зменшуються в наведеному рейтингу непропорційно сумарним частотам досвіду вживання всіх видів (як з ознаками залежності, так і без них). Так, наприклад, за сумарною частотою досвіду будь-якого вживання в групі хворих (рис. 1) тютюн посідає п'яте місце в рейтингу потенційно адиктивних об'єктів (83,00 %), але при цьому частота досвіду з ознаками залежності в тій самій групі складає рекордні 64,00 %. Ця диспропорційність є відображенням різної здібності зазначених об'єктів вживання формувати залежність від себе.

Як можна бачити, рейтинг адиктивних потенціалів різних об'єктів вживання у хворих з наслідками ЧМТ істотно відрізняється від відповідного рейтингу у здорових осіб (рис. 3).

Перше, що звертає на себе увагу під час аналізу зазначених рейтингів, це те, що адиктивні потенціали всіх без винятку об'єктів вживання у хворих з наслідками ЧМТ є достовірно ($p<0,05$) вищими, ніж у здорових осіб.

Це спостереження може мати два варіанти інтерпретації:

– наслідки ЧМТ значно підвищують рівень вразливості осіб, що зазнали її, до формування станів залежності;

– вихідний ризикований спосіб життя, асоційований із підвищеною вірогідністю одержання ЧМТ, одночасно є також асоційованим із підвищеним рівнем схильності до формування станів залежності.

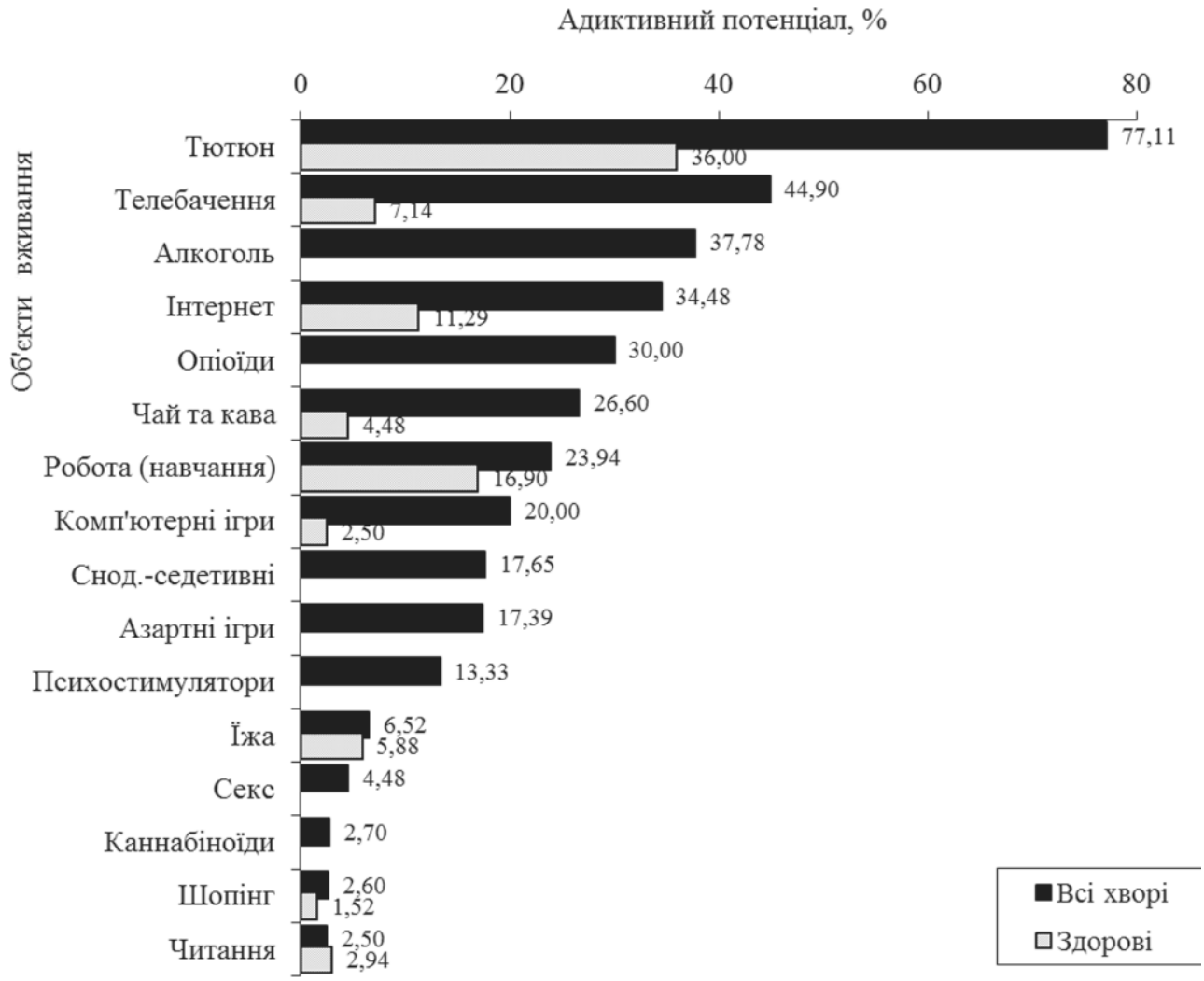
Для остаточного вибору між цими двома варіантами інтерпретації (або для їхнього поєднання) потрібні подальші дослідження, які планується здійснити найближчим часом.

Іншим важливим спостереженням, яке випливає з результатів аналізу даних, поданих на рис. 3, є те, що послідовність об'єктів вживання в наведених рейтингах їхніх адиктивних потенціалів у групі пацієнтів з наслідками ЧМТ та у групі практично здорових осіб є істотно відмінними. Досить сказати, що у групі хворих з наслідками ЧМТ найбільші адиктивні потенціали притаманні (в порядку їхнього зменшення) тютюну, перегляду телепередач та алкоголю; а в групі практично здорових осіб — тютюну, роботі (навчанню) та Інтернету. Останнє спостереження свідчить не тільки про кількісні (як було вже про це сказано вище), а й про структурні відмінності у спектрі наведених адиктивних потенціалів об'єктів вживання про які йдеться. Ці структурні відмінності можуть бути пов'язані із особливостями способу життя членів різних груп порівняння, про які вже було сказано вище.

Але відмінності в рейтингах адиктивних потенціалів різних об'єктів вживання спостерігаються не тільки при порівнянні хворих з наслідками ЧМТ та практично здорових осіб, а й при порівнянні хворих з різними наслідками ЧМТ між собою (рис. 4).

Перше, що звертає на себе увагу під час аналізу зазначених рейтингів, це те, що спектр адиктивних потенціалів об'єктів вживання у хворих з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (F07) є значно ширшим, ніж у хворих з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (F06). Це пов'язано із тим, що досвіду вживання деяких адиктивних об'єктів з ознаками залежності у членів останньої групи хворих просто не було (рис. 2). Зазначене спостереження зайвий раз повертає нас до висновку про різні способи життя хворих з різними наслідками ЧМТ.

Легко помітити, що найбільші відмінності (наявність відповідного досвіду вживання у хворих з розладами F07 і його відсутність у хворих з розладами F06) стосуються опіоїдів, снодійно-седативних речовин, психостиму-



Примітки:
* — Оскільки життя без їжі неможливе, йдеться про таке вживання їжі, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічене самим респондентом переїдання та/або дієта).
** — Йдеться про таку сексуальна активність, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічені самим респондентом, сексуальні надмірності та/або сексуальна «недостатність»).

Рис. 3 Адиктивний потенціал різних потенційно адиктивних об'єктів в групах хворих (F06 +F07) та здорових

ляторів (нелегальних ПАР або лікарських засобів, що вживаються з метою сп'яніння), а також азартних ігор. Усі перелічені об'єкти вживання є частими супутниками делінквентного, і навіть кримінального способу життя.

Висновки

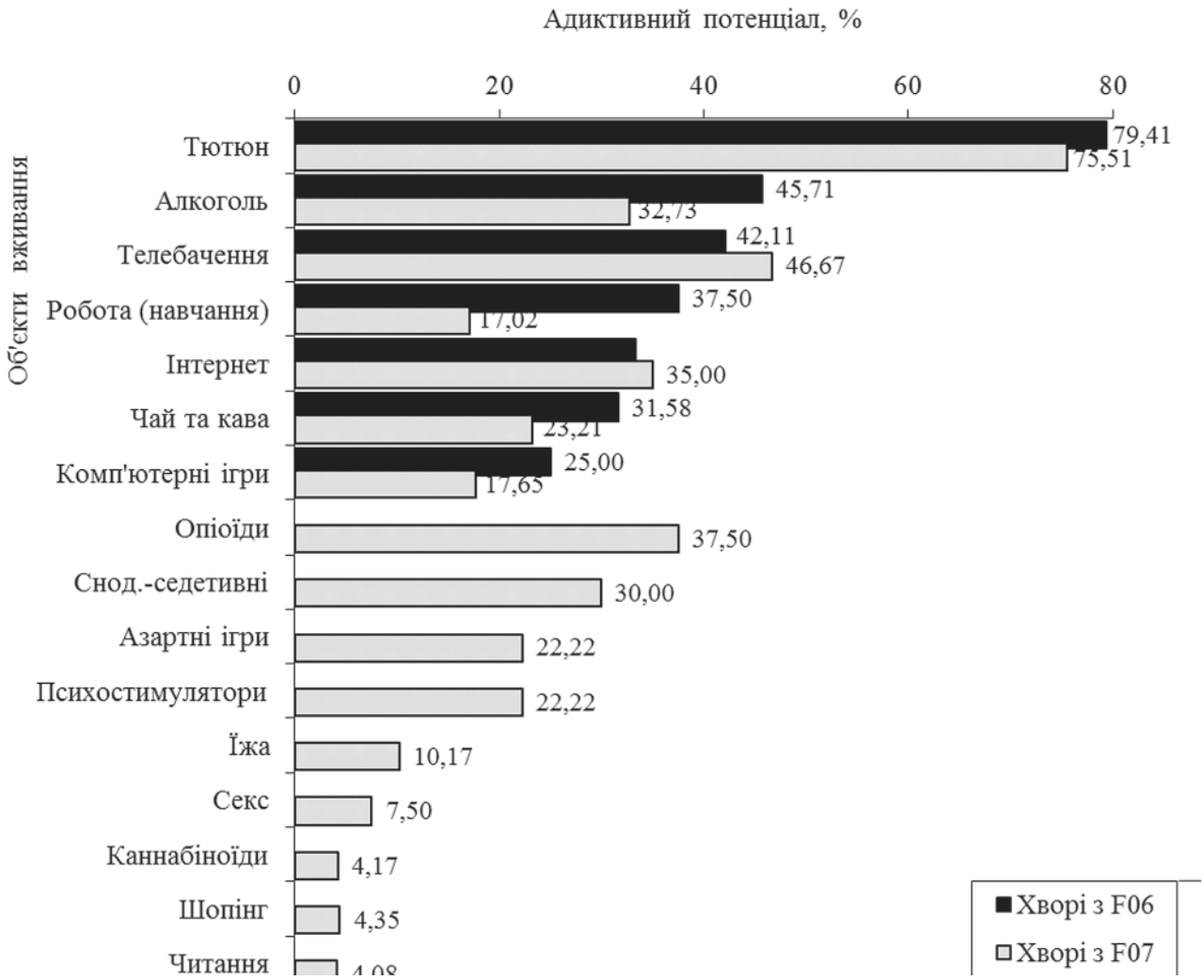
У результаті комплексної оцінки адиктивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм за допомогою системи AUDIT-подібних тестів було встановлено:

1. Хворі з наслідками ЧМТ більш схильні до формування станів залежності, ніж практично здорові особи, про що свідчать:

– достовірно ($p<0,05$) вища (порівняно зі здоровими) питома вага осіб із ознаками залежності від різних адиктивних об'єктів (≥20 балів у відповідних AUDIT-подібних тестах), а саме: від алкоголю (34,00 % проти 0,00 %), тютюну (64,00 % проти 12,33 %), чаю та кави (25,00 % проти 4,11 %), телебачення (44,00 % проти 6,85 %), Інтернету (20,00 % проти 9,59 %) та комп'ютерних ігор (10,00 % проти 1,37 %);

– достовірно ($p<0,05$) вищі (порівняно із здоровими) адиктивні потенціали деяких поширених адиктивних об'єктів, а саме: тютюну — в 2,14 рази (77,11 % проти 36,00 %), Інтернету — в 3,05 рази (34,48 % проти 11,29 %), чаю та кави — в 5,94 рази (26,60 % проти 4,48 %), телебачення — в 6,29 рази (44,90 % проти 7,14 %) та комп'ютерних ігор — в 8,00 раз (20,00 % проти 2,50 %).

2. Хворі з різними наслідками ЧМТ мають різний рівень схильності до формування станів залежності. У цілому, хворі з іншими



Примітки:
* — Оскільки життя без їжі неможливе, йдеться про таке вживання їжі, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічене самим респондентом переїдання та/або дієта).
** — Йдеться про таку сексуальна активність, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічені самим респондентом, сексуальні надмірності та/або сексуальна «недостатність»).

Рис. 4 Адиктивний потенціал різних потенційно адиктивних об'єктів в групах хворих з F06 та F07

(окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу F06 за МКХ-10), більш схильні до формування станів залежності, що виникають на тлі штучних потреб, ніж хворі з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу F07 за МКХ-10), про що свідчать:

– достовірно ($p<0,05$) вищі (у порівнянні із хворими на F07) адитивні потенціали деяких поширених адиктивних об'єктів а саме: чаю та кави — в 1,36 рази (31,58 % проти 23,21 %), алкоголю — в 1,40 рази (45,71 % проти 32,73 %), комп'ютерних ігор — в 1,42 рази (25,00 % проти 17,65 %) та роботи (навчання) — в 2,20 рази (37,50 % проти 17,02 %);

При цьому, хворі з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу F06 за МКХ-10) менш схильні до формування станів залежності, що виникають на тлі природних потреб, ніж хворі з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу F07 за МКХ-10), про що свідчать:

– достовірно ($p<0,05$) нижчі (порівняно із хворими на F07) середні значення виразності розладів пов'язаних із їжею (FOOD-UDIT) (7,36±0,83 балів проти 9,86±0,74 балів);

– достовірно ($p<0,05$) нижча (порівняно із хворими на F07) питома вага осіб із ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) від їжі (00,00 % проти 9,84 %).

Література

1. Коркина М. В. Психиатрия: учебник для студ. мед. вузов. [Текст] – 4-е изд. / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 576 с.

2. Шаповалова В. А. Лекарственные средства в неврологи, психиатрии и наркологи [Текст] / В. А. Шаповалова, П. В. Волошин, А. В. Стефанов [и др.]. – Х.: Факт, 2003. – 784 с.

3. Гиляровский В. А. Отдаленные последствия закрытых травм головы в нервно-психической сфере [Текст] / В. А. Гиляровский // Избранные труды. – М., – 1973. – С. 257–264.

4. Линский И. В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ на Украине [Текст] / И. В Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский // Наркология. – М., 2005. – № 4. – С.12–17.

5. Зайцев О. С. Принципы оценки психопатологических синдромов при ЧМТ [Текст] / О. С. Зайцев, Л. Н. Чебышева, С. В. Ураков, М. А. Засорина // XII съезд психиатров России (материалы съезда). – М., 1995. – С. 332–333.

6. Линский И. В. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2. – С. 56–70.

7. Линский И. В. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.]. // Новости украинской психиатрии. – К.–Х., 2009. – Режим доступа: http:// www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm.

8. 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.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО АДДИКТИВНЫХ ОБЪЕКТОВ И ИХ АДДИКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Д. Н. Волошина
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Целью данного исследования стало комплексное изучение аддиктивного статуса пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговых травм с помощью системы AUDIT-подобных тестов с определением распространенности употребления потенциально аддиктивных объектов и их аддиктивного потенциала в группах сравнения. Единая методологическая основа для изучения ранних стадий формирования состояний зависимостей различного происхождения необходима для качественного сравнительного анализа, а также для оценки интегрального уровня зависимости исследуемых лиц. В результате комплексной оценки аддитивного статуса пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговых травм с помощью системы AUDIT-подобных тестов была выявлена более выраженная склонность больных с психопатологическими последствиями ЧМТ к формированию состояний зависимости в сравнении с практически здоровыми лицами контрольной группы, выявлены достоверно более высокие аддиктивные потенциалы некоторых распространенных аддиктивных объектов, а именно: табака, Интернета, чая и кофе, телевидения и компьютерных игр.

Ключевые слова: психопатологические последствия черепно-мозговой травмы, AUDIT-подобные тесты, аддиктивный статус, аддиктивный потенциал.

THE PREVALENCE OF «USING» POTENTIALLY ADDICTIVE OBJECTS AND THEIR ADDICTIVE POTENTIAL AMONG PATIENTS WITH PSYCHOPATHOLOGICAL CONSEQUENCES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY

D. M. Voloshyna
V. N. Karazin Kharkiv National University
SI" Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction NAMS of Ukraine"

The purpose of the research is studying the addictive status of patients with various consequences of brain injury using tests with the assessment of prevalence of using potentially addictive objects and their addictive potential in the comparison groups. As a result of a comprehensive assessment of the additive status of patients with psychopathological consequences of traumatic brain injury with the help of AUDIT-these tests more severe tendency of patients with psychopathological consequences of TBI in the formation ofstate dependence in comparison to healthy individuals in the control group was found. The significantly higher addictive potential of some common addictive objects were detected, namely tobacco, Internet, tea and coffee making facilities, television and computer games.

Key words: psychopathological consequences of craniocerebral injury, AUDIT-like tests, addictive status, addictive potential.

УДК: 159.9-942.2-944-9.07:616.12-084

Т. А. Алієва

Є. В. Лісова

КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ В ОСІБ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ У ВНЗ

Т. А. Алієва[1], Є. В. Лісова[2]
[1]Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
[2]Харківська медична академія післядипломної освіти

Анотація. У 153 осіб з вродженими вадами серця та СВД ССС з позицій системного підходу досліджений стан емоційної сфери, індивідуально-психологічні особливості, рівень соціальної адаптації і якості життя та особливості формування ПСФ.

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

Вступ

Серцево-судинні захворювання (ССЗ), зокрема вроджені вади серця (ВВС), до цього часу продовжують залишатися однією з найважливіших медико-соціальних проблем, що зумовлено їхньою частотою і несприятливими наслідками, які призводять до інвалідізації та навіть до летальності [1–4]. Вроджені вади серця належать до найбільш важких і поширених вроджених дефектів. Коморбідність психічних розладів із ВВС є однією з головних проблем охорони здоров'я в Європейському регіоні та світі з точки зору поширеності, тяжкості захворювань та інвалідності [5]. Тому проблема здоров'я осіб молодого віку названа одним з пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ у XXI сторіччі [6].

Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я молоді, які навчаються у вищих навчальних закладах (ВНЗ), обумовлені впливом медико-соціальних, психологічних та інших факторів [7].

Особливу увагу заслуговує категорія осіб, які навчаються у ВНЗ та мають вроджену патологію серцево-судинної системи, яка в, свою чергу, надає статус інваліда. Погіршення фізичного та психічного здоров'я осіб з ВВС, що констатується останнім часом зниженням стресостійкості та когнітивних функцій, є предметом спеціальної уваги дослідників [8]. Підвищена психоемоційна стресогенність оточуючого середовища є визначальним чинником такого становища [9–10].

Набуває подальшої актуальності дослідження патопсихологічних основ порушення соціального функціонування (ПСФ) у студентів з ВВС, що насамперед обумовлено навантаженням першого року навчання та умовами інформаційного і емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження [11].

Але залишається недостатньо дослідженим аспект щодо чинників формування ПСФ у осіб з ВВС, врахування яких допоможе розробити принципи і методи ранньої діагностики [12], комплексні програми профілактики, реабілітації та превенції психічних порушень. Визначення чинників формування ПСФ у осіб з ВВС є необхідним для своєчасного виявлення ефективних заходів лікування та психологічної корекції психічних розладів серцево-судинного ґенезу для забезпечення високого рівня якості життя та соціальної адаптації [13–15].

Усе це обумовлює необхідність приділити увагу комплексним методам лікування, враховуючи психологічні чинники, які сприяють виникненню ПСФ у осіб з ВВС, психологічним методам корекції та профілактики зниження якості життя. Найбільше значення має пошук нових ефективних патогенетично обґрунтованих методів психологічної корекції осіб молодого віку з ВВС у зв'язку з можливістю більш істотного позитивного впливу на якість життя, працездатність, рівень соціального функціонування та полегшення подальшого перебігу захворювань серцево-судинної системи.

Вищевикладене й обумовило актуальність і необхідність проведення нашого дослідження.

Мета дослідження: на підставі вивчення медико-психологічних чинників ПСФ розробити диференційовану модель психологічної корекції ПСФ осіб з ВВС для підвищення якості життя та оптимізації рівня соціального функціонування.

© Алієва Т. А., Лісова Є. В., 2014

Згідно з поставленою метою визначено **завдання дослідження**:

– провести теоретичний аналіз стану проблеми порушення соціального функціонування у студентської молоді з вродженими вадами серця;

– визначити стан емоційної сфери в осіб з ВВС;

– дослідити індивідуально-психологічні особливості в осіб з ВВС;

– визначити рівень соціальної адаптації та якості життя в осіб з ВВС;

– класифікувати типи порушення соціального функціонування в осіб з ВВС.

Об'єкт дослідження — порушення соціального функціонування в осіб з ВВС.

Предмет дослідження — індивідуально-типологічні, психоемоційні та соціально-психологічні особливості соціального функціонування в осіб з ВВС.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося впродовж 2010–2013 рр. у КЗОЗ «Харківська міська студентська лікарня», в якому взяли участь студенти з особливими потребами з вродженими вадами серця (ВВС) та студенти з соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи (СВД ССС). У дослідженні взяли участь 153 студенти, які навчаються у вищих навчальних закладах: 78 студентів з ССЗ, що мають ВВС та 75 студентів з СВД ССС.

У процесі роботи використовувався комплекс теоретичних (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація наукових літературних джерел, порівняння та узагальнення даних), емпіричних (спостереження, стандартизоване інтерв'ю, психодіагностичний метод) та математико-статистичних (t-критерій Стьюдента, λ-критерій Колмогорова–Смирнова, φ — Фишера, коефіцієнт кореляції Спірмена) методів. У дослідженні застосовувалися такі психодіагностичні методики: для визначення емоційного стану обстежених: методика «Шкала реактивної тривоги та особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним (за О. П. Єлісеєвим, 2001), методика «Шкала депресії А. Бека» (A. T. Beck, C. H. Ward.,1961); для дослідження індивідуально-психологічних особливостей: Фрейбургський багатофакторний особистісний опитувальник (Das Freiburger Personlichkeits-inventar — FPI), И. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Гампел (Є. І. Рогов, 1999), опитувальник Р. Плутчика і Г. Келлермана «Індекс життєвого стилю» (Л. І. Вассерман, О. Ф. Єришев, Е. Б. Клубова, 2005), методика «Мотиваційної спрямованості Т. Елерса діагностики особистості на мотивацію до уникнення невдач і досягнення успіху» (Д. Я. Райгородський, 2002), методика для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби «ТОБОЛ» (Л. І. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Іовлєв, Е. Б. Карпова, 2005); для визначення психосоціальних характеристик: методика діагностики якості життя «SF-36 Health Status Servey» (J. E. Ware, 1994), методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса — Р. Даймонд (модифікація А. Г. Осницького, 2004).

Результати дослідження та їх обговорення

За умови інформованої згоди із дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010–2013 рр. обстежені студенти з ССЗ, які навчаються у вищих навчальних закладах м. Харкова. З обстежених 153 осіб: 78 студентів з вродженими вадами серця основної групи (47 осіб — група втручання 1 та 31 особа — група контролю 1), до групи порівняння увійшли 75 студентів з соматоформною вегетативною дисфункцією без інвалідізації, з яких 45 осіб — утворили групу втручання 2 та 30 осіб — групу контролю 2.

У свою чергу, група втручання 1 була розподілена на 2 підгрупи: у підгрупу з «синіми» вадами серця (ВС) увійшло 17 осіб, і у підгрупу з «білими» ВС — 30 осіб.

По перше, в групах дослідження проводився аналіз скарг. У осіб з ВВС найбільше зустрічаються скарги, а саме: відносно загального стану здоров'я відчуття перевтоми у 93,58 % та загальної слабкості у 92,31 %; скарги відносно дотримання режиму дня, таких як відчуття перенавантаження у 89,74 % та недостатність відпочинку у 88,46 % та відносно ускладнень у навчанні 61,53 %. У осіб з СВД ССС достовірно частіше зустрічалися скарги на загальний стан здоров'я у 96,00 %, головний біль — у 97,33 %, порушення сну — 69,33 %, поганий апетит — у 76,00 %, біль в області серця — 64,00 %, знижений емоційний фон (поганий настрій, часті коливання настрою) у 94,67 % та у 93,33 % зниження працездатності; відносно ускладнень у навчанні обраного факультету — у 86,67 %, рівнем успішності у навчанні — у 81,33 %; на міжособистісні відносини у вигляді конфліктів — у 85,33 % та незадовільні відносин в колективі у 68,00 % і в сім'ї — у 84,00 %.

Аналізуючи скарги, що пред'являли особи з ВВС було зрозуміло, що вони стосувалися саме неспроможності долати труднощі та раціонально використовувати свої фізичні сили для ведення ефективного навчального процесу. Це, в свою чергу, призводило до зниження рівня працездатності, появи відчуття втоми і слабкості.

Психодіагностичне дослідження показало, що для осіб з «білими» ВС характерні високі показники РТ у 33,33 %, помірний рівень ОТ у 76,67 % та легка депресивна симптоматика у 56,67 %. Тоді як у осіб з «синіми» ВС достовірно частіше зустрічались високі показники РТ (70,59 %, при ρφ<0,01) та ОТ (52,94 %, при ρφ<0,01), легка депресія спостерігалась у 41,18 %. Стан емоційної сфери у осіб з СВД ССС достовірно відрізнявся від групи втручання 1: високий рівень РТ у 86,67 % (при ρφ<0,05), ОТ у 66,66 % (при ρφ<0,01) та депресія помірного рівня у 62,22 % (при ρφ<0,05).

До індивідуально-психологічних властивостей у осіб з ВВС належали: в особистісному профілі максимальні значення шкали «емоційної лабільності» (8,41±1,07 та 8,34±1,45) та «невротичності» (7,82±0,94 та 7,64±0,91); подолання стрес-ситуацій полягає у домінуючих деструктивних механізмах захисту (МЗ): «компенсація» (93,40±2,76) та «пригнічення» (94,90±3,81) для осіб з «білими» ВС, «раціоналізація» (94,30±3,05) — з «синіми» ВС; виразна мотивація до уникнення невдач у 48,93 %, у осіб з «синіми» ВС вона зустрічалася достовірно частіше — у 70,58 % (12 осіб); виразна інтерпсихічна спрямованість ставлення до хвороби, де для осіб з «білими» ВС достовірно характерний «сенситивний» тип, а для осіб з «синіми» ВС — «егоцентричний» тип. Для осіб з СВД ССС характерні були: значні піки за шкалами «спонтанна агресія» (8,52±1,06), «депресивність» (8,11±0,84), «дратівливість» (7,83±0,97); провідні типи МЗ «регресія» (91,30±3,27), «заперечення» (88,60±3,71) та «заміщення» (89,70±3,64); ступінь мотиваційної спрямованості до уникнення невдач високого рівня у 80,00 %; інтрапсихічна спрямованість ставлення до хвороби «іпохондричного» типу — у 82,22 %, «тривожного» та «неврастенічного» типу — у 80,00 %.

Суб'єктивна оцінка якості життя знаходиться на низькому рівні, найбільш незадоволені пацієнти з ВВС фізичним станом, а саме знижені показники фізичного функціонування (PF-34,70±2,52) та загального стану здоров'я (GH-36,30±2,17). Тоді як у осіб з СВД ССС знижений як фізичний компонент здоров'я фізичне функціонування(28,34±2,67) та рольове функціонування, опосередковане фізичним станом (31,69±2,06), так і психологічний компонент здоров'я: психічне здоров'я (23,64±1,98), рольове функціонування опосередковане емоційним станом (26,49±1,72) та життєва активність (32,74±2,19). Показники соціальної адаптації були знижені за шкалами: «самосприйняття» (9,01±1,45), «інтернальності» (8,94±1,57) та «емоційного комфорту» (6,16±1,20). Амбівалентне ставлення до себе та обставин у осіб з ВВС є ключовими в порушенні соціальної адаптації. Для осіб з СВД ССС характерні високі показники «ескапізму» (19,50±2,27) та низькі показники — «прийняття інших» (9,60±1,34), «інтернальності» (11,50±2,12) і «емоційного комфорту» (8,30±2,06).

Внаслідок проведеного дослідження було проведено порівняння індивідуально-психологічних властивостей осіб груп втручання.

Особливу увагу в групах втручання 1 та 2 звертають на себе високі показники дестабілізації емоційного стану, мотиваційної спрямованості на уникнення невдач та дисгармонічного типу ставлення до хвороби. Високі показники реактивної тривоги і мотивації до уникнення невдач притаманні як особам з «білими» вадами, так і особам з «синіми» вадами серця. Це характеризує групу втручання 1 як «афективно-реактивну». Певний виразний рівень стресу, міру якого визначає особа з ВВС, запускає емоційну реакцію у вигляді деструктивної тривоги, яка не дає можливості адаптаційної мобілізації внутрішніх ресурсів, що, в свою чергу, призводить до негативного результату з подальшим відчуттям виснаження і закріплення мотивації до уникнення невдач. Для студентів з СВД ССС характерні також високі показники реактивної тривоги і мотивації до уникнення невдач. Однак причина підвищення рівня цих показників полягає в їх індивідуально-психологічних якостях. Також є певна різниця у виразності типу ставлення до хвороби та механізмах захисту у осіб з «білими» та «синіми» вадами серця. Для 92,20 % осіб з «білими» вадами притаманний «сенситивний» тип ставлення до хвороби, а провідним механізмом захисту (МЗ) є «пригнічення» та «компенсація». Для осіб з «синіми» вадами у 82,40 % виразний «егоцентричний» тип ставлення до хвороби з МЗ по типу «раціоналізація».

Надалі був проведений факторний аналіз, який дозволив визначити провідні фактори формування порушення соціального функціонування (ПСФ) у осіб з ВВС. За взаємозв'язком 6 вихідних вимірюваних порушенн соціального функціонування у осіб з ВВС за допомогою факторного аналізу виявляються дії двох латентних змінних (факторів).

Для осіб з «білими» ВС були виділені два фактори після вірамакс-оберту. За фактором 1 максимальні навантаження мають змінні № 1 (реактивна тривога) та №2 (мотивація до уникнення невдач). Така «когнітивна модель тривоги», сформована на емоційних переживаннях, має певні ірраціональні когнітивні установки, очікування небезпеки,

мотиваційну спрямованість на уникання невдач. Другий фактор з максимальним навантаженням змінних № 3 («сенситивний» тип ставлення до хвороби), № 5 (МЗ «пригнічення») і № 6 (МЗ «компенсація») сформував дезадаптивну модель ставлення до обставин. Будь–яка проблема, яка виникає у соматичному стані (погіршення стану серцево-судинної системи, самопочуття, втома, порушення сну і т. п.), за допомогою МЗ за типом «пригнічення» нівелюється, бо головною причиною невдач у соціальній та навчальній діяльності, на думку осіб з «білими» ВС, є статус «інвалід дитинства». Тому для них особливо важливо «приховати» наявність захворювання і обрати модель поведінки у вигляді «ігнорування» хвороби. Загалом ці два фактори формують певний тип порушення соціального функціонування у осіб з «білими» вадами серця — «реактивно-сенситивний».

У осіб з «синіми» ВС вірамакс-оберту за фактором 1 (F1) максимальні навантаження мають змінні № 1 (реактивна тривога) та № 2 (особистісна тривожність) і № 3 (мотивація до уникнення невдач). Сформована «когнітивна модель тривоги», тобто реакція у вигляді тривоги, яка притаманна для будь-якого ступеня важкості стрес-ситуації. Це, у свою чергу, призводить до виснаження особистісних ресурсів особи. Постійне відчуття тривоги, яке підкріплене високим рівнем особистісної тривожності у вигляді постійного очікування невдач у сфері своєї діяльності, конфліктів у сім'ї або хвороби одного з членів родини, погіршення стану свого здоров'я і тощо. Але на відміну від осіб з «білими» ВС, у осіб з «синіми» ВС є певні відмінності за другим фактором (F2), де максимальні навантаження мають змінний «егоцентричний» тип ставлення до хвороби та МЗ «раціоналізація». В цьому випадку хвороба виступає засобом досягнення результату, а механізм захисту допомагає знизити особистісну значимість хвороби як показник інвалідізації та пов'язаний з цим статус «інвалід дитинства». За проведеним аналізом отриманих факторів визначений тип ПСФ у осіб з «синіми» ВС — «реактивно-егоцентричний».

У осіб з СВД ССС після вірамакс-оберту за фактором 1 максимальні навантаження мають змінні №1 (високий рівень депресії) та № 2 (особистісна тривожність) і № 3 (шкала «депресії»). Цей фактор об'єднує стан емоційної сфери та типологічну характеристику, яка може передувати психоемоційній реакції особистості. До фактору 2 належать змінні № 4 («тривожний» тип ставлення до хвороби), № 5 («іпохондричний» тип ставлення до хвороби), № 6 (МЗ «заперечення») № 7 (МЗ «заміщення»). Цей фактор відображає стратегію поведінки осіб з СВД ССС, яка полягає у пасивно–уникаючому типі. За сумісним аналізом отриманих даних у групі осіб з СВД ССС був отриманий «ригідно-фіксаційний» тип порушення соціального функціонування, який характеризується, з одного боку, одноманітністю емоційного реагування на стрес-ситуації (у вигляді зависокої реактивної тривоги), а з іншого боку, неусвідомленою тенденцією до збереження апробованої моделі поведінки, яка на їх погляд становить позитивний досвід (використання хвороби). Проведений аналіз показав, що особи з СВД ССС не проходять першу стадію адаптації — мобілізацію. Це відбувається за рахунок відсутності дій щодо мобілізації власного потенціалу та використання «хвороби» як засобу досягнення мети.

Таким чином, за допомогою отриманих результатів факторного аналізу були сформовані два типи порушення соціального функціонування у осіб з ВВС і один загальний для осіб з СВД ССС:

1) «реактивно-сенситивний» тип ПСФ в осіб з «білими» ВС;

2) «реактивно-егоцентричний» тип ПСФ в осіб з «синіми» ВС;

3) «ригідно-фіксаційний» в осіб з СВД ССС.

За результатами проведеного комплексного психодіагностичного дослідження та всебічного аналізу отриманих даних була доведена провідна роль психосоціальних факторів при ВВС та особистісного радикалу при СВД ССС. Ці фактори корелювали з важкістю психосоматичних симптомів та рівнем соціального функціонування осіб з ПСФ. Визначені фактори ПСФ слугували мішенями психокорекційного впливу в групах втручання у осіб з ВВС та СВД ССС.

Висновки

1. Проведений теоретичний аналіз проблеми ПСФ у студентської молоді з ВВС. Насамперед, ВВС залишаються найбільш важкими і поширеними з вроджених дефектів, а їх коморбідність з психічними розладами обтяжує перебіг основного захворювання. ПСФ у осіб з ВВС, які навчаються в ВНЗ, є однією з причин зниження рівня їх якості життя та соціальної адаптації. Незважаючи на багаточисельні дослідження, присвячені особливостям психічних порушень при ВВС, недостатня увага приділялась вивченню причин формування ПСФ. Тому визначення особливостей ПСФ та чинників формування, які б дозволили розробити та оптимізувати модель їх психокорекції, залишається актуальним питанням у медичній психології.

2. Визначено стан емоційної сфери у осіб з ВВС та встановлено, що для 46,81 % притаманна

висока реактивна тривога, яка відображає рівень адаптування до нових умов життєдіяльності та емоційної напруги. Для осіб з «синіми» ВС достовірно був більш характерний високий рівень РТ — у 70,59 % та ОТ — у 52,94 %. Депресивна симптоматика легкого рівня зустрічалася у 56,67 % осіб з «білими» ВС та помірного рівня у 41,18 % осіб з «синіми» ВС. Для осіб групи порівняння з СВД ССС у 86,67 % випадків достовірно характерні високі показники РТ та в 66,66 % — особистісна тривожність. За всебічним аналізом визначено причини підвищення показника тривоги: група вади серця («білі/сині»), рівень складності навчального процесу у ВНЗ, повноцінність сім'ї та дисгармонійні відносини в ній.

3. Досліджено індивідуально-психологічні властивості осіб з ВВС. Для осіб з «білими» ВС в особистісному профілі характерні «емоційна лабільність» (8,41±1,07); подолання стрес-ситуацій у домінуючих деструктивних механізмах захисту «компенсація» (93,4±2,76) та пригнічення (94,9±3,81); виразна мотивація до уникнення невдач у 36,67 % та помірна у 53,33 %, виразна інтерпсихічна спрямованість ставлення до хвороби «сенситивного» типу у 86,67 % (середній бал 94,3±1,86). Для осіб з «синіми» ВС характерні в особистісному профілі шкала невротичності (7,64±0,91), МЗ за типом «раціоналізація» (94,3±3,05), виразна мотивація до уникнення невдач у 70,58 % та «егоцентричний» тип ставлення до хвороби. Для осіб з СВД ССС характерні значні піки за шкалами «спонтанна агресія» (8,52±1,06), «депресивність» (8,11±0,84), «дратівливість» (7,83±0,97); провідними типами МЗ були «регресія» (91,3±3,27), «заперечення» (88,6±3,71) та «заміщення» (89,7±3,64); ступінь мотиваційної спрямованості до уникнення невдач мав високий рівень у 80,00 %; домінувала інтрапсихічна спрямованість ставлення до хвороби «іпохондричного» типу — у 82,22 %, «тривожного» та «неврастенічного» типу — у 80,00 %.

4. Визначний рівень соціальної адаптації у осіб з ВВС: знижені показники за шкалами «самосприйняття» (9,01±1,45), «інтернальності» (8,94±1,57) та «емоційного комфорту» (6,16±1,20). Для осіб з СВД ССС характерні високі показники «ескапізму» (19,50±2,27) та низькі показники — «прийняття інших» (9,60±1,34), «інтернальності» (11,50±2,12) і «емоційного комфорту» (8,30±2,06). Суб'єктивна оцінка якості життя у осіб з ВВС знаходилась на низькому рівні, де найбільш незадовільно оцінені показники фізичного функціонування (PF-34,70±2,52) та загального стану здоров'я (GH-360,30±2,17). Тоді як у осіб з СВД ССС знижений як фізичний компонент здоров'я фізичне функціонування (28,34±2,67) та рольове функціонування, опосередковане фізичним станом (31,69±2,06), так і психологічний компонент здоров'я — психічне здоров'я (23,64±1,98), рольове функціонування опосередковане емоційним станом (26,49±1,72) та життєва активність (32,74±2,19).

5. Класифіковані типи ПСФ у осіб з ВВС та осіб з СВД ССС за допомогою проведеного факторного аналізу: «реактивно-сенситивний» тип ПСФ у осіб з «білими» ВС, який обумовлений «когнітивною моделлю тривоги» та дезадаптивним ставленням до обставин, у вигляді ігнорування хвороби; «реактивно-егоцентричний» тип ПСФ у осіб з «синіми» ВС, де фактор 1 — реакція у вигляді тривоги притаманна для будь-якого ступеня важкості стрес-ситуації, що призводить до виснаження особистісних ресурсів та фактор 2 — де хвороба виступає засобом досягнення результату, а механізми захисту допомагають знизити особистісну значимість хвороби як показника інвалідізації та пов'язаний з цим статус «інвалід дитинства». «Ригідно-фіксаційний» тип ПСФ у осіб з СВД ССС, сформований за факторами 1 — одноманітність емоційного реагування на стрес-ситуації (у вигляді зависокої реактивної тривоги) та 2 — неусвідомлена тенденція до збереження апробованої моделі поведінки, яка становить позитивний досвід (використання хвороби). Визначені фактори ПСФ слугували мішенями психокорекційного впливу в групах втручання у осіб з ВВС та СВД ССС.

Література

1. Маркова М. В. До питання впливу непсихотичних 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. 15. – Вип. 1. – С. 205.

2. Висковатова Т. П. Психология успешности личности в бизнесе: [монография] / Т. П. Висковатова, Т. П. Чернявская. – Одесса: Астропринт, 2010. – 286 с.

3. Mykhaylov B. Contemporary psychotherapeutic carein Ukraine [Text] / B. Mykhaylov // PostersP-1160. Thejournalof the European Psychiatric Association. 20thEuropean Congressof Psychiatry. – 3–6 March. – 2012. Prague. Czech Republik.

4. Марута Н. О. Клінікопсихопатологічні і патопсихологічні закономірності формування дистонії [Текст] / Н. О. Марута, Ю. М. Завалко // Укр. вісн. психоневрології. – 2008. – Т. 16. – Вип. 1(54). – С. 23–25.

5. Шевченко Н. Ф. Розвиток емоційно-вольової саморегуляції студентів в умовах вищого навчального закладу [Текст] / Н. Ф. Шевченко // Педагогічні науки: теорія історія, інноваційні технології. – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка. – 2010 г. – № 3 (1). – С. 270–280.

6. Максименко С. Д. Психологічне обґрунтування заходів пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед сучасної молоді: Монографія [Текст] / С. Д. Максименко, С. І. Болтівець, О. М. Кокун, С. І. Здіорук, О. В. Губенко, Г. В. Гуменюк // за заг. ред. С. Д. Максименка. – К.: ДП «Інформ.-аналіт. агентство», 2012. – 152 с.

7. Гавенко В. Л. Организация и опыт работы психологической службы в вузе [Текст] / В. Л. Гавенко, В. М. Синайко, И. М. Соколова // Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України: Матеріали пленуму. – Тернопіль, 2001. – С. 40–44.

8. Шевченко Н. Ф. Діагностика психоемоційного стану хворих як передумова ефективної психо-

корекції [Текст] / Н. Ф. Шевченко // Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць. – Херсон, ПП Вишемирський В. С. – Ч. І. – 2012. – С. 527–533.

9. Коростий В. И. Непсихотические психические расстройства и психологические факторы, влияющие на физическое состояние, у пациентов молодого возраста с психосоматической патологией / В. И. Коростий // Медицинская психология. – 2011. – Т. 1. – № 3. – С. 13 – 17.

10. Кожина А. М. Психопрофілактика порушень адаптації першокурсників до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі в умовах кредитно–модульної системи освіти [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гуменюк, К. О. Зеленська // Медицинская психология. – 2011. – Т. 1. – № 4. – С. 78.

11. Михайлов Б. В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи [Текст] / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології. – 2010. – Т. 18. – Вип. 3 (64). – С. 137.

12. Маркова М. В. Роль медико-психологічних чинників в розвитку непсихотичних психічних порушень, коморбідних з хворобами системи кровообігу (на моделі артеріальної гіпертензії та невротичних розладів) [Текст] / М. В. Маркова, Є. М. Харченко [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15. – Вип. 1. – С. 204.

13. Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях [Текст] / Н. Ф. Шевченко // Навчальний посібник. – Запоріжжя / Запорізький національний університет, 2013. – 184 с.

14. Михайлов Б. В. Алгоритмизация диагностического процесса в психотерапии / Б. В. Михайлов // Медицинская психология. – 2011. – Т. 1. – № 3. – С. 33–36.

15. Шестопалова Л. Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15. – Вип. 1, (50), додаток. – С. 249.

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, КОТОРЫЕ УЧАТСЯ В ВУЗАХ

Т. А. Алиева[1], Е. В. Лесовая[2]
[1]Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина
[2]Харьковская медицинская академия последипломного образования

У 153 лиц с врожденными пороками сердца (ВПС) и соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВД ССС) с позиций системного подхода исследовано состояние эмоциональной сферы, индивидуально-психологические особенности, уровень социальной адаптации и качества жизни и особенности формирования НСФ.

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

CLASSIFICATION OF SOCIAL DYSFUNCTIONS IN PATIENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE STUDYING AT HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

T. A. Aliieva[1], E.V. Lesovaya[2]
[1]V. N. Karazin Kharkiv National University
[2]Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The state of the emotional sphere, individual psychological characteristics, the level of social adaptation and quality of life, and especially the formation of social dysfunction were investigated in 153 patients with congenital heart disease (CHD) and somatoform vegetative dysfunction of the cardiovascular system (SVD CSS) with the system approach,

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

УДК 616.89-008.442-055.2: 178.1

ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕТРАНССЕКСУАЛЬНОГО ТИПА И ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

Е. П. Архипенко
Харьковский национальний университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Проведено исследование 88 женщин возраста 18–27 лет (средний возраст 22,50±1,20 года) зависимостью от алкоголя и расстройствами полоролевого поведения (основная группа), находившихся на лечении в КУОЗ «ХОКПБ №3» и КУОЗ «ХОКНБ» в 2012-2014 гг., а также 30 здоровых женщин (средний возраст 30,00±1,03 лет), жителей г. Харькова и Харьковской области без признаков зависимости и расстройств полоролевого поведения (контрольная группа). Установлено, что женщины, зависимые от алкоголя, с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа имеют сложный аддиктивный профиль, на что указывает доминирующий патологический (нозологический) паттерн употребления алкоголя; наличие наряду с нозологическим двух донозологических паттернов употребления психоактивных веществ (ПАВ) различной степени рисковости («относительно безопасный» и «опасный»); наличие двух типов употребления ПАВ (моносубстантный и полисубстантный); наличие нелегальных ПАВ в структуре употребления (каннабиноиды). Более ранее начало первых алкогольных проб, более короткий период бытового пьянства, более ранний возраст формирования первой стадии зависимости от алкоголя, более короткая длительность стадий расстройства, более высокая изначальная толерантность и её рост, более высокая частота случав измененного опьянения, начиная со II стадии алкоголизма, у женщин с трансформацией половой роли, по сравнению с гиперролевыми женщинами, позволяет рассматривать течение алкогольной зависимости у полотрансформированных женщин как более злокачественное.

Ключевые слова: женщины, зависимость от алкоголя, расстройства полоролевого поведения, трансформация полоролевого поведения нетранссексуального типа, гиперфеминиинное поведение нетранссексуального типа, аддиктивный статус.

Введение

Женский алкоголизм, особенно молодого возраста, является угрожающей проблемой современности и на сегодняшний день рассматривается как кризисная социальная патология [1–6]. Если до 1970 г. в структуре всех зарегистрированных случаев зависимости от алкоголя соотношение «женского» алкоголизма по отношению к «мужскому» составляло 1:12, то в настоящее время оно оценивается как 1:5 [4]. Начиная с 1980 года наблюдается устойчивая тенденция «омоложения» женского алкоголизма — его рост у несовершеннолетних женского пола [7, 8]. Снижение возраста начала употребления алкоголя и раннее формирование зависимости в подростковой популяции нарушает и искажает процессы психофизического созревания в ней, приводит к ранней утрате функциональности, снижению адаптационного и репродуктивного ресурса, значимо повышает риски демографических потерь [9, 10].

На сегодняшний день установлено, что женский алкоголизм является биологической (соматопсихической) и личностной патологией, обусловленной: а) дисгармонией возрастного и психического развития; б) наследственно-преморбидной отягощенностью; в) высокой уязвимостью женского организма к воздействию внешнесредовых факторов, но особенно к токсическому воздействию алкоголя в раннем возрастном периоде [1, 5, 6]. Отмечено, что распространению употребления алкогольсодержащих напитков среди женской части подростковой популяции способствует их относительная доступность и дешевизна, легальный статус, а также высокая стрессогенность современного урбанистического образа жизни [9, 10, 11]. Все чаще современные подростки употребляют алкоголь для: 1) снижения социальной тревожности [9, 11]; 2) облегчения межличностного коммуницирования со сверстниками [12]; 3) повышения результативности собственного процептивного поведения (т. е. поведения, направленного на установление и поддержание сексуальных контактов, включая поиск полового партнера и действия, побуждающие его к половому акту) [13]; 4) временной дезактуализации переживаний, связанных с имеющимся полоролевым конфликтом, смягчения проявлений половой дисфории при расстройствах половой идентификации [14].

Указания на такого рода побудителей раннего аддиктивного поведения чрезвычайно важны, так как позволяют выделить в попу-

© Архипенко Е. П., 2014

ляции лиц, которые используют алкоголь в качестве модификатора и корректора собственных неадаптивных паттернов полоориентированного поведения.

Установление причин снижения возраста начала употребления алкоголя у женщин, вероятностно связанных с девиациями и аномалиями индивидуального психосексуального развития, изучение особенностей ранней алкоголизации, маскирующей наличие неадаптивных паттернов полоориентированного поведения, в частности, полоролевых, является актуальной исследовательской задачей.

Исходя из актуальности тематики, **целью нашего исследования** являлось изучение особенностей аддиктивного статуса у женщин, зависимых от алкоголя, проявляющих клинически значимые признаки расстройства полоролевого поведения.

Материалы исследования

Проведено исследование 88 женщин возраста 18–27 лет (средний возраст 22,50±1,20 года) с зависимостью от алкоголя и расстройствами полоролевого поведения (основная группа), находившихся на лечении в КУОЗ «ХОКПБ №3» и КУОЗ «ХОКНБ» в 2012–2014 гг., а также 30 здоровых женщин (средний возраст 30,00±1,03 лет), жителей г. Харькова и Харьковской области без признаков зависимости и расстройств полоролевого поведения (контрольная группа). Выделению основной группы предшествовало изучение 133 женщин, зависимых от алкоголя по клиническому критерию «наличия-отсутствия нормативного (феминнного) стереотипа полоролевого поведения» [15]. Дальнейшая дифференциация установленных у пациенток ненормативных (по медицинскому критерию) стереотипов полоролевого поведения по критерию их «патологичности-непатологичности» [15] позволила в основной группе (ОГ) выделить четыре подгруппы:

– первую подгруппу составили 38 (43,18 %) женщин с зависимостью от алкоголя и непатологической трансформацией полоролевого поведения;

– вторая подгруппа объединила 12 (13,64 %) женщин с зависимостью от алкоголя и патологической трансформацией полоролевого поведения;

– третью подгруппу составили 29 (32,95 %) женщин с зависимостью от алкоголя и непатологическим гиперролевым (гиперфеминининым) поведением;

– в четвертую подгруппу вошли 9 (10,23 %) женщин с зависимостью от алкоголя и патологическим гиперролевым (гиперфеминининым) поведением.

Под трансформацией полоролевого поведения в настоящем исследовании понималось полоролевое поведение, свойственное другому полу, при правильном половом самосознании, а под гиперролевым поведением — поведение с чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей женской половой роли [15]. Полоролевая трансформация и гиперролевое поведение у женщин в традициях отечественной сексологической школы рассматриваются как непатологические нарушения стереотипа полоролевого поведения [15,16]. Патологическая трансформация полоролевого поведения находит свое отражение в сексуальном садизме, а патологическое гиперфеминининное поведение – в сексуальном мазохизме [15,16].

Все установленные расстройства полоролевого поведения у женщин основной группы относились к нетранссексуальному типу. Под расстройством полоролевого поведения нетранссексуального типа в настоящем исследовании понималось полоролевое поведение, ненормативное по медицинскому критерию, при котором имеет место правильное половое самосознание (соответствующее морфологическому и гражданскому полу) [15].

Нозологическая диагностика расстройств половой роли и связанных с ними аномалий сексуальных предпочтений проводилась соответственно рубрикам МКБ-10: F64, F65 [17].

Согласно указаниям составителей МКБ-10 нетранссексуальные расстройства половой роли, такие как гиперролевое поведение и полоролевая трансформация были отнесены к диагностической категории F64.9 «Расстройство половой идентификации, неуточнённое» рубрики F64 («Расстройство половой идентификации»). В длиннике диагноза после шифра F64.9 в скобках указывались вид нетранссексуального расстройства половой роли: «полоролевая трансформация» или «гиперролевое поведение». У части пациенток с трансформированным (13,64 %) и гиперролевым поведением (10,23 %) были установлены аномалии сексуального влечения, по активности соответствующие критериям рубрики F65 категории F65.5 «Садомазохизм». В этих случаях, в зависимости от характера преобладающего подтипа указанного расстройства сексуального предпочтения в длиннике диагноза после шифра F65.5 в скобках указывались форма парафилии: «садизм» или «мазохизм». Такое формирование длинника диагноза связано с тем, что составитель МКБ-10 не указал отдельных шифров для подкатегорий

F64.9 и F65.5. Диагностические принципы МКБ-10 подразумевают не только возможность, но и необходимость в соответствующих случаях полидиагностики, т. е. использования нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая. Во-первых, возможно раздельное кодирование длинника болезни и настоящего состояния (С. Ю. Циркин, 1993). Во-вторых, это позволяет учитывать коморбидность расстройств половой идентификации и полового предпочтения. Распределение групп и подгрупп сравнения по критериям МКБ-10 представлено в табл. 1.

Методы исследования

1. Клинико-психопатологический (основной), дополненный Методом комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT–подобных тестов (И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.]) [18].
2. Клинико-психологический.
3. Методы математической статистики.

Статистическая обработка включала в себя анализ частотности анализируемых признаков (абсолютные их значения, удельный вес), методы параметрической и непараметрической статистики (метод сравнения средних Т-Тест для независимых переменных, критерий Фишера, критерий Манна–Уитни, вычисление непараметрического коэффициента корреляции Спирмена [программа «Statistica 6.0»]).

Результаты исследования и их обсужнение

На момент исследования все женщины с синдромом зависимости от алкоголя и расстройством полоролевого поведения нетранссексуального типа (РПРП НТСТ) находились в стадии ранней ремиссии по критериям МКБ-10 (F10.20). У большинства пациенток первой и второй подгрупп ОГ была установлена II стадия зависимости от алкоголя (3А), а у большинства пациенток третьей и четвертой подгрупп — I стадия 3А. Различия между подгруппами статистически достоверны, $p<0,01$ (табл. 2).

Из табл. 2 также следует, что в исследованном контингенте не было женщин с III стадией 3А.

Средний возраст первого употребления алкоголя, начала бытового пьянства, формирования стадий зависимости у женщин с РПРП НТСТ, зависимых от алкоголя, отражены в табл. 3.

У большинства женщин первой подгруппы ОГ первая проба алкоголя (ППА) отмечена в возрасте 10,10±1,20 лет, а у 42,11 % из них — в возрасте 13,00±1,80 лет (средний возраст ППА в подгруппе —11,55±1,80 лет) (табл. 3). У большинства женщин во второй подгруппе ОГ первое знакомство с алкоголем произошло в возрасте 10,00±1,20 лет, а у 41,67 % из них — в возрасте 12,00±1,80 лет (средний возраст ППА в подгруппе — 11,00±1,60 лет (табл. 3). Различие между 1-й и 2-й подгруппой по параметру «средний возраст первой пробы алкоголя» статистически не достоверно ($p>0,1$). У большинства женщин третьей подгруппы ОГ первое знакомство с алкоголем произошло в возрасте 15,30±0,87 лет, а у 44,83 % из них —

Таблица 1

Распределение групп и подгрупп сравнения по критериям МКБ-10, %

Группы, подгруппы сравнения	Диагноз по критериям МКБ-10	N	%
Основная группа: женщины, зависимые от алкоголя с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа		88	100,00
1-я подгруппа: с трансформацией полоролевого поведения нетранссексуального типа	F10.20, F64.9 (полоролевая трансформация)	38	43,18
2-я подгруппа: с патологической трансформацией полоролевого поведения нетранссексуального типа и расстройством сексуального предпочтения в форме садизма	F10.20, F64.9 (полоролевая трансформация), F65.5 (садизм)	12	13,64
3-я подгруппа: с гиперролевым поведением нетранссексуального типа	F10.20, F64.9 (гиперролевое поведение)	29	32,95
4-я подгруппа: с патологическим гиперролевым поведением нетранссексуального типа и расстройством сексуального предпочтения в форме мазохизма	F10.20, F64.9, (гиперролевое поведение), F65.5 (мазохизм)	9	10,23
Контрольная группа: здоровые женщины без зависимости от алкоголя, с нормативным (феминнным) полоролевым поведением	–	30	100,00

Таблица 2

Распределение женщин с РПРП НТСТ, зависимых от алкоголя по отношению к стадиям расстройства, %

Стадии зависимости от алкоголя	Основная группа, подгруппы			
	1-я, N=38	2-я, N=12	3-я, N=29	4-я, N=9
I стадия	42,11[1]	41,67[3]	58,62[2]	55,56[4]
II стадия	57,89[5]	58,33[7]	41,38[6]	44,44[8]
Всего:	100,00	100,00	100,00	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий [1-3] — $p<0,01$; [3-4] — $p<0,01$; [5-6] — $p<0,01$; [7-8] — $p<0,01$

Таблица 3

Средний возраст первого употребления алкоголя, начала бытового пьянства, стадий формирования зависимости от алкоголя у женщин-аддиктов с РПРП НТСТ, M±m

Средний возраст, лет	Основная группа, подгруппы, N=88			
	1-я, N=38	2-я, N=12	3-я, N=29	4-я, N=9
Первого употребления алкоголя	11,55±1,80[1]	11,00±1,60	14,50±2,60[2]	14,45±2,40
Начала бытового пьянства	14,60±1,20	14,40±1,30	19,60±2,60	19,40±1,40
Формирования I стадии алкогольной зависимости	17,10±2,10	16,90±1,80	23,70±2,20	23,40±2,10
Формирования II стадии алкогольной зависимости	18,21±2,80[3]	17,90±2,40	25,80±2,40[4]	25,40±2,10

Примечание: достоверность внутригрупповых различий [1-3] — $p<0,01$; [3-4] — $p<0,01$

в возрасте 13,70±1,60 лет (средний возраст ППА в подгруппе — 14,50±2,60 лет) (табл. 3). У большинства женщин четвертой подгруппы ОГ ППА отмечена в возрасте 13,70±1,60 лет, а у 44,44 % из них — в возрасте 15,20±1,60 лет (средний возраст ППА в подгруппе — 14,45±2,40 лет) (табл. 3). Различие между 3-й и 4-й подгруппой по параметру «средний возраст первой пробы алкоголя» статистически не достоверно ($p>0,01$). Из табл. 3 следует, что у всех женщин с трансформациями полоролевого поведения (1-я и 2-я подгруппы) первое знакомство с алкогольсодержащими напитками происходило значительно раньше, чем у гиперролевых (гиперфеминийных) женщин (3-я и 4-я подгруппы) ($p<0,01$). ППА в подгруппах женщин с трансформациями полоролевого поведения приходились на период формирования стереотипа полоролевого поведения (7–13 лет, по нормативам Г. С. Васильченко [15]), когда происходит выбор половой роли, наиболее соответствующий психофизиологическим особенностям ребенка и идеалам маскулинности (или феминийности) микросоциальной среды. ППА у большинства женщин с полоролевыми трансформациями (31, или 62,00 %) происходили в компаниях сверстников мужского пола, при алкоголизации доминировала мотивация личностного характера: подражание мальчикам, утверждение себя в мужской компании; у части женщин (15, или 30,00 %) первая алкоголизация произошла во время вовлечения их в сексуальные эксцессы более старшими подростками или взрослыми мужчинами, 4 женщины (8,00 %) впервые попробовали алкоголь с целью «успокоится» после актов сексуального насилия над ними. В донозологический период ЗА в первой и во второй подгруппах в структуре потребляемых алкогольсодержащих продуктов преобладали крепленные вина и крепкие спиртные напитки (водка, виски, самогон). У гиперролевых женщин первое знакомство с алкоголем происходило значительно позже (средний возраст 14,48±2,80 лет) и во временном аспекте приходилось на этап формирования психосексуальной ориентации. ППА осуществлялись у большинства из них в компаниях сверстниц на днях рождения, по инициативе последних. В ассортименте при первых пробах преобладали слабоалкогольные напитки — коктейли (джин-тоник, ром-кола, бренди-кола и пр.), а на этапах эпизодического и систематического употребления — вина, вермуты, ликеры. Сопоставляя данные о среднем возрасте дебюта употребления алкоголя в группе женщин с РПРП НТСТ, отметим, что начало алкоголизации у

всех женщин с трансформациями полоролевого поведения пришлось на допубертатный, а у всех гиперфеминийных женщин — на пубертатный период. У большинства женщин первой и второй подгрупп (57,89 % и 58,33 %, соответственно) начало бытового пьянства (БП) приходилось на возраст до 15 лет (средний возраст больных первой подгруппы к началу БП — 14,60±1,20, второй подгруппы — 14,40±1,30 лет). Средний возраст женщин с трансформациями полоролевого поведения (1-й и 2-й подгрупп) к началу БП — 14,50±1,40 лет. У женщин третьей и четвертой подгрупп БП формировалось позже — в возрасте 19–20 лет (средний возраст больных третьей подгруппы к началу БП — 19,60±2,60, четвертой подгруппы — 19,40±1,40 лет). Средний возраст гиперролевых женщин (3-й и 4-й подгрупп) к началу БП — 19,50±1,80 лет. Начало БП у женщин третьей и четвертой подгрупп во временном аспекте приходился на переходной период сексуальности (16–26 лет) и в большинстве случаев прямо зависел от аддиктивного поведения сексуальных партнеров и подруг. В первом случае совместная алкоголизация по инициативе сексуального партнера стереотипно предшествовала интимной близости, а часто и завершала её. В части случаев (34,48 % в третьей и 33,33 % в четвертой подгруппах) начало БП было обусловленно принятием алкогольных традиций женского коллектива, в котором находились пациентки.

Средний возраст гиперролевых женщин к началу БП был значимо выше, чем таковой у женщин с трансформациями половой роли ($p<0,01$) (табл. 3). Продолжительность БП у большинства женщин первой подгруппы (57,89 %) составила 2,20±1,60 года, а у 42,11 % женщин подгруппы — 2,80±1,80 года (средняя продолжительность БП в первой подгруппе — 2,50±2,40 года). Продолжительность БП у большинства женщин второй подгруппы (58,33 %) составила 2,10±1,60 года, а у 41,67 % женщин — 2,90±1,80 года (средняя продолжительность БП во второй подгруппе — 2,50±2,40 года). Средняя продолжительность этапа БП у женщин с трансформациями полоролевого поведения (1–2 подгрупп) составила — 2,50±1,40 года. Продолжительность БП у большинства женщин третьей подгруппы (55,17 %) составила 4,20±1,60 года, а у 44,83 % женщин подгруппы — 4,00±1,80 года (средняя продолжительность БП в третьей подгруппе — 4,10±2,40 года). Средняя продолжительность БП у женщин четвертой подгруппы составила 4,00±1,60 года. Средняя продолжительность БП у женщин с гиперролевым поведением (3–4 подгрупп) составила — 4,05±1,40 года. Средняя продолжительность БП у женщин с трансформацией половой роли по сравнению с таковой у гиперролевых женщин была короче в 1,62 раза ($p<0,01$). Средний возраст формирования первой стадии зависимости от алкоголя (ЗА) в первой подгруппе ОГ —17,10±2,10 года, во второй — 16,90±1,80, в третьей — 23,70±2,10, четвертой — 23,40±2,10 года. Т. е. у женщин с трансформацией половой роли формирование первой стадии зависимости от алкоголя происходило в возрасте 16–18 лет (в среднем, в 17,00±2,10 года), а у женщин с гиперролевым поведением — в возрасте 23–24 года (в среднем, в 23,55±2,10 года). Из таблицы 3 также следует, что период от начала употребления алкоголя до периода начала систематического пьянства и период от первых проб алкоголя до формирования зависимости был значимо короче у женщин с трансформациями полоролевого поведения, что может быть объяснено ранней сформированностью у них «мужского» аддиктивного паттерна (алкоголь употреблялся чаще, крепость потребляемого алкоголя была выше, употребление в мужских компании осуществлялось «на равных») и более рисковым стилем аддиктивного поведения в целом.

Были установлены также различия в средней продолжительности I стадии алкогольной зависимости. У большинства женщин первой и второй подгрупп (57,89 % и 58,33 %, соответственно) средняя продолжительность I стадии ЗА составляла 8,20±1,20 и 8,10±1,20 месяца; у 42,11 % женщин первой и 41,67 % второй подгруппы — 1,40±1,20 и 1,20±1,20 года, соответственно. Средняя продолжительность I стадии ЗА: в первой подгруппе — 1,11±1,20 года, во второй — 1,00±1,20 года. Средняя продолжительность I стадии ЗА у женщин с трансформациями полоролевого поведения составила 1,30±1,10 года.

Средняя продолжительность I стадии ЗА у большинства женщин третьей подгруппы (55,17 %) составила 2,00±1,60 года, а у 44,83 % женщин подгруппы — 2,20±1,80 года (средняя продолжительность I стадии ЗА в третьей подгруппе — 2,10±1,40 года). Средняя продолжительность I стадии ЗА у женщин четвертой подгруппы составила 2,00±1,60 года. Средняя продолжительность I стадии ЗА у женщин с гиперролевым поведением составила — 2,05±1,40 года. Средняя продолжительность I стадии алкогольной зависимости у женщин с трансформированным полоролевым поведением в 1,58 раза оказалась короче по сравнению с таковой у гиперролевых аддиктов ($p<0,01$). Изменение толерантности к алкоголю (в литрах 40 %

этанола) в динамике зависимости у трансролевых и гиперролевых женщин отражено в табл. 4.

Из табл. 4 следует, что изначальная толерантность и ее рост была больше у женщин с трансформациями полоролевого поведения.

Начиная со второй стадии алкогольного расстройства у значительного числа трансролевых женщин (48,00 %) было отмечено измененное опьянение по эксплозивному варианту [19]. В состоянии опьянения у таких пациенток появлялись вспыльчивость, склонность к агрессии, злобность, придирчивость. У части гиперролевых женщин (28,95 %) начиная со второй стадии было отмечено измененное опьянение с преобладанием депрессивного аффекта с подавленностью, тревогой, воспоминаниями о нанесенных обидах. Частота случаев измененного опьянения значимо выше у трансролевых женщин ($p<0,01$).

Стандартная процедура оценки аддиктивного статуса пациенток, зависимых от алкоголя с нарушением полоролевого поведения (НПРП) и здоровых женщин включала изучение:

а) частот употребления алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ);

б) структуры употребляемых ПАВ;

в) типа употребления ПАВ;

г) наличие/отсутствие в структуре употребления легальных и нелегальных ПАВ.

Результаты исследования применения AUDIT и AUDIT–подобных тестов отражены в табл. 5.

Из данных, представленных в табл. 5, следует, что все испытуемые женщины были знакомы с алкогольсодержащими напитками, а 46,59 % женщин с РПРП НТСТ имели опыт употребления иных ПАВ. Установлено, что все женщины в КГ разово пробовали или эпизодически употребляли алкоголь (набрали >0, но менее 7 баллов по результатам AUDIT–теста), но никогда не употребляли иные ПАВ (0 баллов в AUDIT–подобных тестах). Употребление алкоголя у женщин КГ по уровню рисковости характеризовалось как «относительно безопасное».

Паттерн употребления алкоголя у всех женщин с РПРП НТСТ характеризовался как нозологический (набранные баллы в тесте AUDIT находились в интервале от 20 до 40 баллов). Наличие максимально высоких баллов в AUDIT–тесте объективизировало наличие зависимости от алкоголя по критериям МКБ-10.

9 (10,23 %) женщин с РПРП НТСТ на этапе формирования субстантных предпочтений разово или эпизодически употребляли каннабиноидсодержащие вещества. В AUDIT–подобном тесте выявления расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов (препаратов конопли: гашиша, марихуанны и пр.), все они набрали >0, но менее 7 баллов, что позволяет интерпретировать употребление указанных ПАВ как «относительно безопасное». 32 (36,36 %) женщины с РПРП НТСТ употребляли никотинсодержащие вещества. В AUDIT–подобном тесте выявления расстройств, связанных с употреблением табака, все они набрали от 8 до 15 баллов, что позволило интерпретировать употребление указанных ПАВ как «опасное». В целом, паттерны употребления препаратов конопли и табака характеризовались как донозологические, что позволило включить пациенток с такими паттернами в основную группу.

Таблица 4

Изменение толерантности к алкоголю (в литрах 40 % этанола) в динамике расстройства, M±m

Женщины с РПРП НТСТ	Стадия зависимости от алкоголя		
	Физиологическая толерантность	I	II
Трансролевые, N=50	0,37±0,31	0,50±0,69[1]	2,50±0,07[3]
Гиперролевые, N=38	0,09±0,12	0,32±0,58[2]	1,63±0,14

Примечание: достоверность внутригрупповых различий [1-3] — $p<0,05$ [3-4] — $p<0,01$

Результаты изучения структуры употребляемых ПАВ, типа употребления ПАВ, наличие/отсутствие в структуре употребления легальных и нелегальных ПАВ у женщин в группах сравнения отражены в табл. 6.

Данные табл. 6 дают представление о структуре употребления ПАВ в обследованном контингенте и показывают, что алкогольсодержащие напитки одинаково часто предпочитаются как женщинами основной, так и контрольной групп. Моносубстантный тип употребления алкоголя установлен у всех женщин контрольной и у большинства женщин основной группы. Полисубстантный тип употребления ПАВ (наряду с алкоголем

Таблица 5

Результаты применения AUDIT и AUDIT–подобных тестов у женщин в группах сравнения, %

Интерпретационные характеристики результатов применения AUDIT – теста			Группы сравнения			
			ОГ, n=88		КГ, n=30	
Сумма баллов	Уров. риска	Квалификация состояния	абс.ч., чел.	отн.ч., %	абс.ч., чел.	отн.ч., %
0	Зона 0	Употребление отсутствует	_	_	_	_
1-7	Зона I	Относительно безопасное употребление	_	_	30	100,00
8-15	Зона II	Опасное употребление	_	_	_	_
16-19	Зона III	Употребление с вредными последствиями	_	_	_	_
20-40	Зона IV	Зависимость от алкоголя согласно критериям МКБ-10	88	100,00	_	_
Всего:			88	100,00		
Интерпретационные характеристики результатов применения AUDIT–подобных тестов						
0	Зона 0	Употребление отсутствует	_	_	_	_
1-7	Зона I	Относительно безопасное употребление	9	10,23	_	_
8-15	Зона II	Опасное употребление	32	36,36	_	_
16-19	Зона III	Употребление с вредными последствиями	_	_	_	_
20-40	Зона IV	Зависимость от ПАВ согласно критериям МКБ-10	_	_	_	_
Всего:			9	10,23		

разово или эпизодически употребляются препараты конопли, наряду с алкоголем систематически употребляются никотинсодержащие смеси), а также наличие нелегальных ПАВ в структуре употребления выявлен исключительно у женщин с РПРП НТСТ.

После анализа и сопоставления полученных в ходе исследования данных были сделаны следующие **обобщения**:

1. У женщин, зависимых от алкоголя, с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа достоверно установлен сложный аддиктивный профиль, на что указывает:

– доминирующий патологический (нозологический) паттерн употребления алкоголя;

– наличие наряду с нозологическим двух донозологических паттернов употребления ПАВ различной степени рисковости («относительно безопасный» и «опасный»);

– наличие двух типов употребления ПАВ (моносубстантный и полисубстантный);

– наличие нелегальных ПАВ в структуре употребления (каннабиноиды).

2. У здоровых женщин без расстройства полоролевого поведения установлен простой аддиктивный профиль:

– исключительно донозологический паттерн употребления алкоголя;

– наличие одного типа употребления ПАВ (моносубстантного);

– отсутствие нелегальных ПАВ в структуре употребления.

3. Аддиктивный профиль женщин, зависимых от алкоголя с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа, является более сложным по сравнению с таковым у здоровых женщин без расстройств полоролевого поведения.

4. Первые пробы алкоголя у всех женщин–аддиктов с трансформациями полоролевого поведения приходились на допубертатный период, тогда как у всех гиперролевых женщин–аддиктов на пубертатный период ($p<0,01$). При этом, начало алкоголизации у большинства полотрансформированных женщин приходилось на критический период психосексуального развития — период формирования стереотипа полоролевого поведения (7–13 лет, по нормативам Г. С. Васильченко [14]).

5. Средняя продолжительность бытового пьянства у женщин с трансформацией половой роли по сравнению с таковой у гиперролевых женщин была короче в 1,62 раза ($p<0,01$).

6. Средняя продолжительность I стадии алкогольной зависимости у женщин с трансформированным полоролевым поведением в 1,58 раза оказалась короче по сравнению с таковой у гиперролевых аддиктов ($p<0,01$).

7. Более раннее начало алкоголизации у большинства трансролевых женщин тесно связано с их желанием подражать мужчинам, быть принятыми в мужские компании, разделить ценности мужских компаний, которые некритично в силу возрастной незрелости расценивались как более «ценные».

Таблица 6

Результаты исследования структуры употребляемых ПАВ, типа употребления ПАВ, наличия в структуре употребления нелегальных ПАВ у женщин в группах сравнения, %

Параметры аддиктивного статуса / Структура употребляемых ПАВ	Группы обследованных			
	Женщины основной группы, N=88		Женщины контрольной группы, N=30	
	абс.ч., чел.	отн.ч., %	абс.ч., чел.	отн.ч., %
Алкоголь	88	100,00	30	100,00
Каннабиноиды (марихуана)	9	10,23	_	_
Табак	32	36,36	_	_
Тип употребления ПАВ				
моносубстантный	47	53,41	30	100,00
полисубстантный	41	46,59	–	–
Наличие в структуре употребления нелегальных ПАВ				
наличие нелегальных ПАВ	9	10,23	–	–

Период от первых проб алкоголя до формирования зависимости был значимо короче у женщин с трансформациями полоролевого поведения, что может быть объяснено в большинстве случаев ранней акцепцией «мужского» высокорискового аддиктивного паттерна (алкоголь употреблялся чаще, крепость потребляемого алкоголя была выше, дозы больше, употребление в мужских компании осуществлялось «на равных»).

8. Аддиктивное поведение на донозологическом этапе зависимости у большинства гиперролевых женщин формировалось под влиянием референтного окружения и прямо зависело от аддиктивного поведения их сексуальных партнеров и подруг. Отказать сексуальному партнеру или подруге в совместном распитии алкогольных напитков в силу имеющихся полоролевых характеристик (уступчивость, ведомость, подчиняемость) гиперролевые женщины не могли.

9. Более ранее начало первых алкогольных проб, более короткий период бытового пьянства, более ранний возраст формирования первой стадии зависимости от алкоголя, более короткая длительность стадий расстройства, более высокая изначальная толерантность и её рост, более высокая частота случав измененного опьянения начиная со II стадии алкоголизма у женщин с трансформацией половой роли, по сравнению с гиперролевыми женщинами, позволяет рассматривать течение алкогольной зависимости у полотрансформированных женщин как более злокачественное.

Полученные данные исследования представляют собой признаки, учет которых будет способствовать ранней диагностике и адекватной терапии у женщин с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа.

Литература

1. Альтшулер В. Б. Женский алкоголизм [Текст] / В. Б. Альтшулер // Лекции по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000. – С. 116–134.
2. Короленко Ц. П. Формы женской аддиктивной зависимости в постмодернисткой культуре [Текст] / Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 1. – С. 7–12.
3. Stewart S. H. Women, girls, and alcohol [Text] / S. H. Stewart, D. Gavric, P. Collins // Brady K. T., Back S. E., Greenfield S., eds. Women and addiction: a comprehensive handbook. – New York, NY: Guilford Press, 2009 – P. 124–148.
4. Шайдукова Л. К. Конституционально-психологические особенности нарушений полоролевого поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем [Текст] / Л. К. Шайдукова // Практическая медицина. – 2012. – № 2. – С. 118-121.
5. Овчинников С. В. Клинико-психологические особенности алкоголизма у молодых женщин с девиантным поведением [Текст] / С. В. Овчинников [и др.] // Материалы научно-практической конференции врачей-психиатров Московской области «Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии». – М.: 2006. – С. 269–270.
6. Овчинников С. В. Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением (клинико-психологический, социальный и терапевтический аспекты) [Текст] / С. В. Овчинников, Б. Д. Цыганков, С. А. Шамов, И. В. Старкова // Клиническая наркология. – 2008. – № 3. – С. 67–72.
7. Ураков И. Т. Возрастные аспекты начального этапа формирования женского алкоголизма [Текст] / И. Т. Ураков, И. Б. Власова // Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте. – М., 1982. – С. 51–53.
8. Иванец Н. Н., Взаимосвязь показателей прогредиентности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами [Текст] / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – Вып. 8. – С. 1222–1228.

9. Иовчук Н. М. Детская социальная психиатрия для непсихиатров [Текст] / Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Н. Б. Морозова. – СПб.: Питер, 2008. – 416 с.

10. Воронов Б. В. Детская и подростковая психиатрия [Текст] / Б. В. Воронков. – СПб.: Наука и Техника, 2009. – 240 с.

11. Слободянюк Д. П. Медико-психологічні особливості формування залежної поведінки у молоді при соціальних фобіях [Текст] / Д. П. Слободянюк // Медична наука – 2010: матеріали наук.-практ. конференції (Полтава, 16-17 грудня 2010). – Полтава, 2010. – С. 62–63.

12. Грошев И. В. Анализ современных исследований гендерно-половозрастных характеристик социофобических психических расстройств, детерминирующих поведенческие паттерны личности [Текст] / И. В. Грошев // Российский психиатрический журнал. – 2010. – №3. – С. 16–24.

13. Лаундес Л. (Leil Lowndes) С. С. С. (скрытые сексуальные сигналы) [Текст] / Л. Лаундес / пер. с англ. И. Ющенко, Д. Буков. – М.: Добрая книга, – 2003. – 304 с.

14. Матевосян С. Н. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания пола») [Текст] / С. Н. Матевосян, Г. Е. Введенский. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2012. – 400 с.

15. Частная сексопатология: (Руководство для врачей) / под ред. Г. С. Васильченко – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 352 с.

16. Кришталь В. В., Сексологія. Навчальний посібник [Текст] / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. – Х. Фоліо, 2008. – 990 с.

17. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [Текст] / Сост. Дж. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2001. – 416 с.

18. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT–подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – №2 (16). – С. 56–70.

19. Иванец Н. Н. Типология алкоголизма [Текст] / Н. Н. Иванец, Л. М. Савченко. – М.: Российский благотворительный фонд «НАН», 1996. – С. 20–34.

ОСОБЛИВОСТІ АДИКТИВНОГО СТАТУСУ ЖІНОК, З РОЗЛАДАМИ ПОВЕДІНКИ СТАТЕВОРОЛЬОВОГО НЕТРАНССЕКСУАЛЬНОГО ТИПУ ТА ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

О. П. Архіпенко
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Проведено дослідження 88 жінок віком 18–27 років (середній вік 22,50 ±1,20 років) із залежністю від алкоголю та розладами статеворольової поведінки (основна група), які перебували на лікуванні в КЗОЗ «ХОКПБ №3» та КЗОЗ «ХОКНБ» в 2012–2014 рр., а також 30 здорових жінок (середній вік 30,00 ±1,03 років), мешканок м. Харкова та Харківської області без ознак залежності від алкоголю та розладів статеворольової поведінки (контрольна група). Встановлено, що жінки, залежні від алкоголю, з розладами статеворольової поведінки нетранссексуального типу мають складний адиктивный профіль, на що вказує домінуючий патологічний (нозологічний) патерн споживання алкоголю; наявність поряд з нозологічним двох донозологичних патернів вживання ПАР різного ступеня ризику («відносно безпечний» та «небезпечний»); наявність двох типів вживання ПАР (моносубстантний і полісубстантний); наявність нелегальних ПАР у структурі споживання (каннабіноїди), нелегальних ПАР у структурі споживання (канабіноїди). Більш ранній початок перших алкогольних проб, більш короткий період побутового пияцтва, більш ранній вік формування першої стадії залежності від алкоголю, більш коротка тривалість стадій розладів, більш висока початкова толерантність і її зростання, більш висока частота випадків зміненого сп'яніння, починаючи з II стадії алкоголізму у жінок з трансформацією статевої ролі, порівняно з гиперролевими жінками, дозволяє розглядати протікання алкогольної залежності у

CHARACTERISTICS OF ADDICTIVE STATUS IN WOMEN WITH DISORDERS IN GENDER-ROLE BEHAVIOR OF NON-TRANSSEXUAL TYPE AND ALCOHOL ADDICTION

Y. P. Archipenko
V. N. Karazin Kharkiv National University

Eighty eight (88) women OF 18–27 years old (average age 22.50 years) with alcohol addiction and deviations of gender-role behavior (treatment group) in-patient patients in Regional Clinical Psychiatric Hospital No.3 and Kharkov Regional Clinical Narcological Hospital in 2012–2014 as well as 30 healthy women (average age 30,00 years) residents of Kharkov and Kharkov region without signs of addiction and deviations of gender-role behavior (reference group) have been studied. Addicted women with gender-role deviations of non-transsexual behavior were found to have complex addictive profile that can be shown by: dominant pathologic (nosologic) pattern of alcohol consumption; presence of two prenosological patterns of consumption of psychoactive substances (PAS) of different hazardous level ('relatively safe' and 'hazardous') alone with nosologic patterns; presence of two types of PAS consumption (mono-substance and poly-substance); consumption of two illegal PAS (cannabinoids). Such factors as earlier beginning of alcohol consumption, shorter period of inebriety, earlier age of the first degree of alcohol addiction, shorter duration of stages of disorder, higher initial tolerability and its increase, increased incidence of altered state of alcohol intoxication starting from the alcoholism II degree in women with gender-role transformation compared to hyper-role women allow considering clinical course of alcohol addiction in women with gender-role transformation as more malignant.

статевотрансформованих жінок як більш злоякісне.

Ключові слова: жінки, залежність від алкоголю, розлади статеворольової поведінки, трансформація статеворольової поведінки нетранссексуального типу, гіперфемінінна поведінка нетранссексуального типу, адиктивний статус.

Key words: women, alcohol addiction, gender-role deviations, gender-role deviations of non-transsexual behavior, hyper feminine behavior, addictive status.

УДК 616.89-008.441.1-055.1: 616.98:578.828

PSYCHOEMOTIONAL STATE IN HIV INFECTED MALE PATIENTS AT EARLY AND LATE STAGES OF HIV DISEASE

V. I. Vovk
V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The research represents results of psychodiagnostic test conducted in the group of HIV infected male patients at different stages of HIV infection. The results should be taken into consideration when planning the psychocorrective, psychotherapeutic, rehabilitative and prophylactic activities in HIV infected men.

Keywords: stages of HIV infection, HIV infected male patients.

Introduction

In 1981 the US Centre of Diseases Control (CDC) for the first time mentioned HIV (Human Immunodeficiency Virus) infection as AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Despite more than 30 year of virus and transmission routes researches, as well as the real progress in therapy and life prolongation for persons living with HIV, the issue of HIV infected patients is still stigmatized not only in European society, but all over the world. Positive result of HIV testing is a powerful stress factor that stimulates different psychopathological and pathopsychological reactions. In this context it is important to observe the emotional experiences in patient and understand the psycho-emotional state as the reaction to the circumstances within the framework of individual reaction type [6, 7].

Biological, somatic state of human body — normal or pathologic — influences the personality and reflects in psychological and clinical psychopathological personality factors caused by the disease. Human personality can show itself in the group, in social ties, in behavior, and so on. Mental disorders and personality disorganization can develop as the result of self-regulative behavioral norms distraction; not only social regulation, but also the personal regulation based on self-established norms distracts. Surrounding awareness of the patient's diagnosis plays the important role in this situation. However, the insufficient HIV literacy in population, biased perception in the society, indefinite forecast and perspective, the feeling of psychological discomfort, HIV related disabilities can negatively affect the patients' adaptation to the environment. Sometimes the circumstances are so intricate that the best possible proposal for the HIV infected patient is the hospitalization in the specialized health care facility that becomes more comfortable for the patient than the real world — here starts the elements of hospitalism and social withdrawal, pensional neurosis, and so on. Socio-psychological adaptation reflects in patient's self-injurious behavior.

For HIV-related reactions the psychopathologic base consists of various emotional expressions. Its objectification is significant for planning and development of diagnostic and correction programs for psychical and mental disorders.

Gender is by no means unimportant for the mental disorders development and progress. Numerous researches prove the predominance of particular mental disorders in male and female patients; men and women can differently react on the same stresses. According to some researches, male patients have lower level of mental health than female ones [4].

 © Vovk V. I., 2014

The purpose of this research is the investigation of color preference and emotional components of relationship in male patients on early and late HIV disease stages.

Method and data

47 HIV infected male patients were observed, 23 of them were at the early (I-II) stages of HIV infection (according to V.Pokrovsky [5]), and 24 were at the late (III-IV) stages of HIV infection. The age of the patients is 18–35 years. All patients were married or involved in long-term relationships. Besides, all patients were socially adapted (all of them had full-time or short-time work).

The research bases on the method of color selection — it is the adaptation of Lusher Color Test, which is developed and grounded by L.Sobchik in the theoretical framework of leading tendencies, and the attitude color test. The last one should be conducted concurrently with color preference test and with the same stimulus material [1, 8]. These methods are meant for the investigation of the deep, unconscious personality problems, current status, individual emotional style, reaction type, and degree of adaptation in the patient.

Results and discussion

The main characteristics of color preference in male HIV infected patients on the early stages of HIV disease are quite normative survival activity, offensiveness, sufficient volitional tonus in reaching the aims; in personally-disharmonious, accentuated or psychopatized respondents — aggressiveness, impulsivity, lower self-control, «hic et nunc» reaction type. Anxiety index (A) and Shiposh vegetative coefficient (VC) in this group are reputed within normal limits. Aforesaid trends are presented in the Table 1.

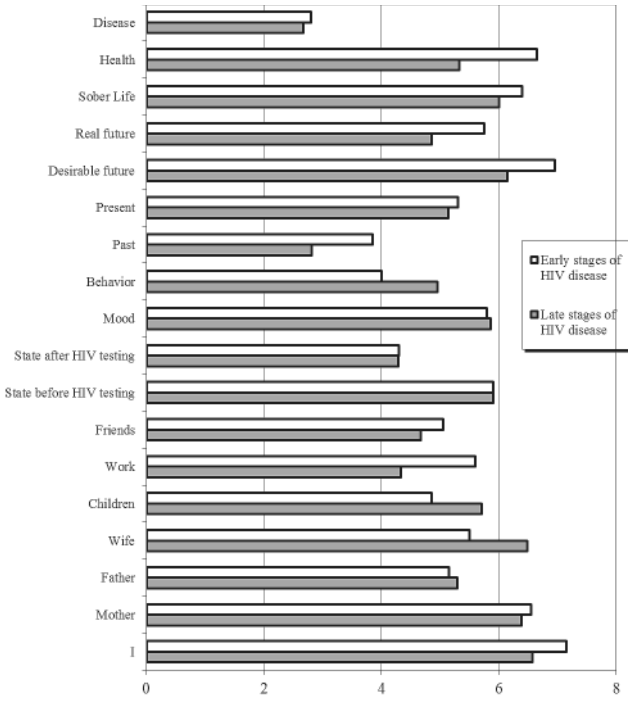


Figure 1. Stimulus concepts ranking for attitude color test in male patients at different stages of HIV disease

mechanisms, and the escape from reality and contacts. According to Sobchik, the rejection 37 in this case means «physical and mental wasting, hypoactive sexual desire; hyper alertness, the need in protection from inciting factors». VC decreases and this confirms the asthenization and power-hunger in this category of patients. Anxiety and frustration level increases from 1 to 3.

During the test session it is revealed that the most meaningful and emotionally positive concepts are «desirable future», own personality, «mother», «children», and the most rejected concepts are «disease», «past», «state after positive HIV testing». On the late stages the concept of «work» is proven to be less meaningful for the male respondents ($p<0.01$). Taking in to consideration the fact that during the psycho-corrective activity with these patients they overestimated their professional value, this confirms the hypercompensatory and pathologic nature of patients' attitude to «work», which is really meaningful and psychologically important for every man. Moreover, on the late stages respondents tend to more positive

Table 1

Dominating color preference trends in male patients on different HIV disease stages

HIV disease stage	Adjusted color preference ranking	Anxiety index A	Vegetative coefficient (VC)
Early	32450167	1	1,4
Late	15024637	3	0,462

On late HIV disease stages the statistical structure of color preference is different. According to L.Sobchik, «if the blue color permanently takes the first positions in the color rank, than the need to affiliation leads; respondent supposedly complies with the weak type of higher nervous activity with the predominance of tropotrophic tendencies». The color pair 15, which is exaggerated with the next grey color, indicates the weakness, general disadaptation, irrationality of compensatory

evaluation of their behavior ($p<0.05$), and more negative estimation of "health" concept ($p<0.01$) comparatively to the early stages. It is a psychologically understandable trend in this situation and this reflects the common trend of more pessimistic reaction on various diseases in men comparatively to women. Aforesaid data is presented in the Table 2.

The changes in the reaction on stimulus material are presented in details on the image 1.

The comparative analysis by Spirman of two significance hierarchies (table 3) does not reveal the reliable differences. However it is important to mention that on the late stage of HIV disease the concept «wife» goes up in the significance ranking from the 10th rank to 2nd, and outruns the stimulus «mother», «desirable future» and others, that is untypical for healthy males. It can be explained by the wife's important role in psychological and moral support after the news her spouse is HIV infected. Besides, after examination the wife of HIV-infected man appears to be also HIV infected, as a rule. So-called discordant couples, when despite the absence of barrier methods of contraception only one spouse has positive HIV reaction, are rare. In our group of respondents spouses do not leave them after positive HIV testing; just the opposite, the spouses do their best to support each other; they often conceal the fact of HIV infection from their surrounding including the parents. This explains the lower significance of such concepts as «mother» and «friends». The levels of self-esteem and self-rating fall (lower rank of "I" concept) that reflects the power of stress and the depth of emotional distress in male patients. In this case correlation makes 0,769. Aforesaid tends are presented in the Table 2.

Thus, the psychodiagnostic testing of male patients on the early and late stages of HIV disease with the implementation of the indicated methods discovered the significant changes in the psycho-emotional state. The results of our research proving the differences in color preferences and attitude emotional components were taken into account while conducting the system of psychocorrective, psychotherapeutic, rehabilitative and preventive measures. In our work with HIV-infected patients we have achieved the best performance in those cases when the work was started as early as it possible, as well as the combination of pharmacotherapy and

Table 2

Adjusted ranking of stimulus concepts in male patients at different stages of HIV infection

Concept	Early stages of HIV disease (n=23) M ± m	Late stages of HIV disease (n=24) M ± m
I	1,85 ± 0,29	2,43 ± 0,37
Mother	2,45 ± 0,34	2,62 ± 0,30
Father	3,85 ± 0,44	3,71 ± 0,53
Spouse	3,50 ± 0,48	2,52 ± 0,37
Children	4,15 ± 0,60	3,29 ± 0,57
Work	3,40 ± 0,23	4,67 ± 0,40*
Friends	3,95 ± 0,54	4,33 ± 0,49
State before positive HIV testing	3,10 ± 0,55	3,10 ± 0,38
State after positive HIV testing	4,70 ± 0,50	4,71 ± 0,54
Mood	3,20 ± 0,43	3,14 ± 0,53
Behavior	5,00 ± 0,41	4,05 ± 0,39**
Past	5,15 ± 0,56	6,19 ± 0,48
Present	3,70 ± 0,46	3,86 ± 0,54
Desirable future	2,05 ± 0,27	2,86 ± 0,46
Real future	3,25 ± 0,52	4,14 ± 0,51
Sober life	2,60 ± 0,35	3,00 ± 0,50
Health	2,35 ± 0,32	3,67 ± 0,36*
Disease	6,20 ± 0,45	6,33 ± 0,46

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

Table 3

Significant values hierarchy (descending) in male patients at different stages of HIV disease

Rate	Early stages of HIV disease (n=23)	Late stages of HIV disease (n=24)
I	I	I
II	Desirable future	Wife
III	Health	Mother
IV	Mother	Desirable future
V	Sober life	Sober life
VI	State before HIV testing	State before HIV testing
VII	Mood	Mood
VIII	Real future	Children
IX	Work	Health
X	Wife	Father
XI	Present	Present
XII	Father	Behavior
XIII	Children	Real future
XIV	Friends	Friends
XV	State after HIV testing	Work
XVI	Behavior	State after HIV testing
XVII	Past	Past
XVIII	Disease	Disease

psychotherapy. Moreover, psychological support and kindness of health care professionals together with patient's relatives, which took an active part in direct care, help to decrease the level of negative reactions in HIV-infected patients, to avoid the destructive behavioral intentions, and significantly improve the variables of mental performance.

References

1. Бажин Е. Ф. Цветовой тест отношений: метод. рекомендации. [Текст] / Е. Ф Бажин, А. М Эткинд – Л.: Ленингр. науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1985. – 18 с.
2. Базыма Б. А. Цвет и психика: моногр. [Текст] / Б. А. Базыма // Харьк. гос. акад. культуры. – Х.: ХГАК, 2001. – 172 с.
3. Беляева В. В. Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ. [Текст] / В. В. Беляева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – №5. – С. 27–29.
4. Грошев И. В. Специфика проявления гендерных, половых и возрастных различий в расстройствах психического развития и поведения личности [Текст] / И. В. Грошев // Российский психиатрический журнал. – 2007. – №2. – С. 22–33.
5. Покровский В. В. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) в неврологии и психологии (Обзор) [Текст] / В. В. Покровский // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1987. – №10. – С. 1561–1565.
6. Руководство по использованию восьмицветового теста Люшера [Текст] / сост. О. Ф. Дубровская. – Изд-е 40-е, испр. – М.: Когнито-Центр, 2001. – 63 с. (Психологический инструментарий).
7. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. [Текст] / Л. Н. Собчик – СПб : Речь, 2003. — 624 с.
8. Собчик Л. Н. Метод цветовых выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера (метод. руководство) [Текст] / Л. Н. Собчик // Моск. кадровый центр при гл. упр. по труду и соц. вопр. МГИК. – М., 1990. – 87 с.
9. Чуприков А. П. Психопатологічні порушення, що спостерігаються при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі [Текст] / А. П. Чуприков, С. О. Лобанов // Медичний всесвіт. – 2003. – №1. – С. 106–111.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ НА РАННІХ І ПІЗНІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

В. І. Вовк
Харківський національний університет імені В. Н. Каразина

Проведено психодіагностичне обстеження чоловіків на різних стадіях ВІЛ-інфекційного процесу. Зроблено висновок про необхідність враховування одержаних даних під час проведення психокорекційних, психотерапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходів у ВІЛ-інфікованих чоловіків.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, стадії ВІЛ-інфекції, чоловіки, психоемоційний стан.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В. И. Вовк
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Проведено психодиагностическое обследование мужчин на разных стадиях ВИЧ-инфекционного процесса. Сделан вывод о необходимости учитывания полученных данных при проведении психокоррекционных, психотерапевтических, реабилитационных и профилактических мероприятий у ВИЧ-инфицированных мужчин.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, стадии ВИЧ-инфекции, мужчины, психоэмоциональное состояние.

УДК 364–787.522–057.87–054.62: 316.613.4

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ

А. А. Осипенко
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. У статті здійснено теоретичний аналіз проблеми адаптації іноземних студентів до навчання в українських вищих навчальних закладах та наведено теоретичне обґрунтування необхідності розвитку соціального інтелекту як компонента включення студента у соціальне життя суспільства. Досліджено рівень соціального інтелекту іноземних студентів та встановлено розрізнення у його розвитку у студентів першого та третього курсів. На основі результатів дослідження розроблено корекційно-розвивальну програму щодо підвищення рівня розвитку складових соціального інтелекту іноземних студентів. Проведено перевірку ефективності запропонованої програми та доведено її ефективність.

Ключові слова: адаптація, іноземні студенти, ВНЗ, спілкування, соціальний інтелект, корекційно-розвивальна програма.

Вступ

Інтернаціоналізація сучасної вищої освіти актуалізує проблему адаптації іноземних студентів до чужої їм дійсності вищої школи незнайомої країни. Для успішного управління навчально-виховним процесом іноземних студентів необхідно враховувати, що зі вступом до ВНЗ вони потрапляють у незвичне для них соціальне, мовне та національне середовище, до якого їм належить адаптуватися.

Адаптаційні можливості є предметом вивчення цілої низки наук, включаючи всі гуманітарні та медично-біологічні науки. Проте, загальноприйнятого визначення поняття адаптації немає. Розрізняють адаптацію як процес [4] і адаптованість, як найбільш стійкий стан організму в нових умовах (результат процесу адаптації) [12]. Незважаючи на відмінності між соціальною, фізіологічною, психологічною, біосоціальною, соціокультурною та іншими видами адаптації, в реальності, переплітаючись, вони виявляються окремими аспектами єдиного процесу.

Умови навчання у вищому навчальному закладі висувають підвищені вимоги до адаптивних механізмів студентів. Більшість нервово-психічних і психосоматичних розладів, які виникають у студентів, є результатом порушення процесу адаптації до умов навчання і виражають нестійкість адаптивних механізмів у тривалих і короткочасних екстремальних ситуаціях [21].

Труднощі адаптації іноземних студентів відмінні за змістом від труднощів українських студентів (подолання дидактичного бар'єру), залежать від національних і регіональних характеристик і змінюються від курсу до курсу. У цілому етапи адаптації іноземних студентів до нового мовного, соціокультурного та навчального середовища складаються з вход-

ження в студентське середовище, засвоєння основних норм інтернаціонального колективу, вироблення власного стилю поведінки, формування позитивного ставлення до майбутньої професії, подолання «мовного бар'єру», посилення почуття академічної рівноправності [6].

Організація успішної адаптації іноземних студентів сприяє їх швидшому включенню у студентське середовище, полегшує процес навчання і виховання. Тому актуальним завданням є вивчення психолого-педагогічних аспектів адаптації іноземних студентів до навчально-виховного процесу, розробка психологічних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення їх адаптації.

І. В. Ширяєва визначає адаптацію іноземних студентів як «формування стійкої системи відносин до всіх компонентів педагогічної системи, що забезпечує адекватну поведінку, яка сприяє досягненню цілей педагогічної системи» [26]. Згідно з М. А. Івановою, адаптація — це передумова активної діяльності та необхідна умова її діяльності [10]. У цьому полягає позитивне значення адаптації для успішного функціонування індивіда в тій чи іншій соціальній ролі. Під адаптаційною здібністю розуміють здатність людини пристосовуватися до різних вимог середовища (соціальних і фізичних) без відчуття внутрішнього дискомфорту і без конфлікту з середовищем [13].

На думку І. О. Кривцової, однією з найважливіших умов успішної соціокультурної адаптації іноземних студентів до нового освітнього середовища можна вважати організацію міжособистісної взаємодії і взаєморозуміння між викладачами та студентами, студентами — представниками різних культур всередині групи, факультету, університету, академії [14]. Наступною умовою, нерозривно пов'язаною з попередньою, є включення іноземного студента у практичну міжкультурну комунікативну діяльність.

У контексті професійної підготовки іноземних студентів найбільш значущими видами комунікативної взаємодії є міжособистісна та групова міжкультурна комунікація, оскільки іноземний студент постійно стикається з необхідністю вибудовувати міжособистісні і когнітивно-особистісні взаємини з однокурсниками — представниками країни перебування з метою вирішення освітніх завдань, при цьому від продуктивності такого роду комунікативної взаємодії багато в чому залежить ефективність професійної підготовки іноземних студентів у цілому [2].

Аналіз завдань щодо поліпшення процесу адаптації іноземних студентів, які стоять перед психологом, дозволив зробити висновок про те, що для успішної діяльності та комунікації необхідні розвинуті компоненти соціального інтелекту і достатньо сформований та високий рівень соціального інтелекту [8, 15], під чим мається на увазі:

1) здатність до соціальної інтуїції (вміння адекватно сприймати ситуацію спілкування, розуміти стосунки, що складаються під час спілкування та усвідомлювати власний вплив на процес спілкування, розуміти причини ситуацій, що виникають);

2) здатність прогнозувати міжособистісні ситуації;

3) здатність запам'ятовувати велику розмаїтість імен та облич, яка необхідна для прояву гуманістичного відношення до соціального оточення, для підтримки довірчих відносин та для досягнення успіху у міжособистісній взаємодії суб'єктів;

4) здатність до соціальної перцепції (сприйняття інформації про фізичні та поведінкові характеристики об'єкта, формування уявлення про його наміри, здатності, думки, емоції тощо та про ті стосунки, які пов'язують об'єкт та суб'єкт сприйняття; уміння слухати співрозмовника);

5) здатність до саморегуляції (самоконтролю та емоційної стійкості);

6) здатність розуміти інших людей (розуміння потреб, мотивів інших людей, їх особливостей поведінки, психологічних захистів, які вони використовують);

7) здатність до емпатії (розуміння емоційного стану іншої людини за допомогою співпереживання, проникнення в її суб'єктивний світ, здатність зважати на стан інших людей, ставити себе на місце інших);

8) здатність до соціальної взаємодії та соціальної адаптивності [7, 11, 19].

На думку багатьох вчених (В. М. Куніцина, А. Л. Южанінова, Є. С. Михайлова-Альошина), саме високий рівень соціального інтелекту виступає провідним компонентом включення людини у соціальне життя суспільства, становлення спеціаліста соціальної сфери та управління, організатора та учасника функціонування сучасних комунікативних систем та інтеракцій [16, 20]. Виокремлення соціального інтелекту як спеціальної сфери психологічного дослідження обумовлено відносною автономністю та складністю цього феномену, який визначає успішність соціального пізнання, соціальної взаємодії та соціальної адаптації. У сучасних дослідженнях сформоване положення про те, що соціальний інтелект надає людині можливість розуміти саму себе, забезпечує таке трактування вчинків оточуючих, їх вербальних і невербальних реакцій, обумовлює процеси соціального пізнання, допомагає прогнозу-

вати розвиток міжособистісних відносин, загострює її інтуїцію і передбачливість, забезпечує психологічну витривалість, допомагає долати раптові кризи та тривалі стреси, та саме тому сприяє успішній адаптації людини та її саморозвитку.

Теоретично-методичну основу дослідження складають праці вітчизняних та зарубіжних вчених у сфері соціальної психології, психотерапії, педагогіки. Аналіз наукової психологічної літератури свідчить, що в більшості праць учених розкриваються загальні проблеми соціальної адаптації як специфічної форми активності особистості (Б. Г. Ананьев, Г. О. Балл, Ю. В. Гана, Л. С. Виготський, О. М. Леонтьев та ін.) [5, 27], соціально-психологічні проблеми адаптації молоді до нових умов існування та соціального оточення (О. І. Гончаров, А. Д. Єрдиєв, Д. В. Іщенко, В. Л. Кікоть, О. Д. Сафін, О. В. Симоненко, Т. В. Середа та ін.) [9, 24, 25], питання впливу комунікативних здатностей на успішність адаптації (Н. М. Ануфрієва, Н. В. Волошина, П. А. Гончарук) [17, 23], аспекти впливу засобами психотерапії на підвищення рівня розвитку складових соціального інтелекту (О. С. Кочарян) [19].

Метою даної статті є розкриття особливостей адаптації іноземних студентів до української університетської дійсності, які вказують на необхідність використання виявлених характеристик у педагогічній та навчальній роботі з ними, зокрема засобом корекційно-розвивальної програми.

Матеріали та методи дослідження

З метою визначення рівнів соціального інтелекту іноземних студентів різних курсів навчання було проведено дослідження з використанням тесту Дж. Гілфорда та М. Салівена «Діагностика соціального інтелекту», результати якого наведено нижче.

Вибірку склали іноземні студенти першого (203 особи) та третього (111 осіб) курсів навчання медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Загальна кількість досліджуваних — 314 осіб віком від 17 до 30 років.

Результати за методикою вираховуються за кожним субтестом окремо і за цим тестом в цілому. Композитна оцінка дає можливість порівнювати ступінь виразності окремих здатностей до пізнання поведінки у конкретного обстежуваного, а також порівнювати рівень розвитку здатностей до пізнання поведінки у різних людей. Методика дає можливість з'ясувати, наскільки людина може вгадувати наслідки поведінки та робити її прогноз на основі невербальних реакцій; оцінити чутливість до невербальних проявів станів; оцінити чутливість до відтінків людських відносин, вірне розуміння того, що люди говорять один одному в окремих ситуаціях; виявити здатність до розпізнавання міжособистісних відносин у динаміці, логіки їх розвитку; оцінити, наскільки людина здатна використовувати логічні умовиводи для прогнозу поведінки на основі неповних даних.

Результати дослідження та їх обговорення

Отже, на базі проведеного дослідження та внаслідок отриманих даних, враховуючи, що загальний рівень соціального інтелекту у застосованій методиці інтерпретується як рівень розвитку соціального інтелекту як провідної здатності, що впливає на успішність адаптації дитини у суспільстві, маємо змогу навести такі результати.

По-перше, кожному значенню, отриманому досліджуваними, був присвоєний рівень, якому воно відповідає. Таким чином, студентів першого та третього курсів було розподілено за рівнями — низьким, середнім та високим. У процентному співвідношенні показники розподілилися таким чином: серед студентів першого курсу 14,78 % мають низький рівень розвитку соціального інтелекту, 69,95 % — середній та 15,27 % — високий. 18,00 % студентів третього курсу мають низький рівень, 67,58 % — середній та 14,42 % — високий рівень розвитку соціального інтелекту.

Дослідження загального рівня соціального інтелекту дітей шкільного віку за методикою Дж. Гілфорда та М. Салівена показало, що більшість високих показників було виявлено серед студентів першого курсу навчання, в той час як студенти третього курсу, де показники розвитку соціального інтелекту можна було очікувати вищими згідно з особливостями особистісного розвитку, переважно отримали середній рівень розвитку досліджуваної здатності. Розвиток здатностей студентів розуміти почуття й виражати своє ставлення до них безпосередньо пов'язаний з особистим успіхом студентів у різних видах діяльності: начальній, професійній, спілкуванні. Враховуючи вікові особливості психічного та фізіологічного розвитку студентів різних вікових груп та спираючись на провідні для кожного віку види діяльності, можна пояснити наявність отриманого розподілу: з кожним роком навчання поведінка студента стає більш соціально адаптованою, соціальна взаємодія відбувається паралельно з процесом усвідомлення особистості однолітків, де важко встановити чіткі характеристики. У цьому випадку отриманий розподіл вказав на більш розвинений загальний рівень соціального інтелекту у студентів першого курсу, де потре-

ба у соціальній адаптації, яка відбувається більшою мірою через спілкування, найбільш висока. Також необхідно відзначити, що результати, які були віднесені до низького рівня розвитку соціального інтелекту (за цією методикою), серед студентів обох курсів мають досить значні показники (14,00–18,00 %), що може бути обґрунтовано феноменом впливу соціального інтелекту на пристосування індивіда до соціального оточення: формування соціального інтелекту здійснюється на перших етапах розвитку особистості, здатність людини до сприйняття універсальних особливостей мови (розуміння не окремих слів, а інтерпретування ситуацій) сприяє розвитку соціального інтелекту як «бази» для розвитку всіх інших форм інтелекту на досить високому рівні, а тому є важким та тривалим процесом.

По-друге, цікавим є той факт, що більшість досліджуваних з низьким рівнем розвитку соціального інтелекту було виявлено саме серед студентів третього курсу навчання, що може вказувати на наявність певних складнощів у процесі спілкування, у спільній діяльності, груповій та міжгруповій взаємодії, керуванні й керівництві. Враховуючи можливість представників обох курсів покращити свої навички спілкування та підвищити рівень соціального інтелекту під час навчання в університеті, де є все необхідне для розвитку комунікативних здібностей, наступним кроком у вивченні проблеми соціального інтелекту студентів-іноземців була розробка корекційно-розвивальної програми, заснованої на визначених особливостях соціального інтелекту студентів різного віку.

Розроблена у відповідності до означеної мети та завдань корекційна програма розвитку соціального інтелекту іноземних студентів залежно від особливостей розвитку складових соціального інтелекту у різних вікових періодах включає три етапи [17, 22]:

1) початковий, де головними завданнями є:

– створення сприятливої, достатньо комфортної, емоційно теплої атмосфери, що сприятиме створенню довірчих відносин між учасниками;

– початок формування партнерських взаємовідносин між учасниками;

– розвиток інтересу, мотивації до заявленої теми.

2) основний етап, де:

– безпосередньо відбувається розвиток необхідних якостей за допомогою спеціально відібраних прийомів та методів.

3) заключний етап, або завершення, на якому:

– підбиваються підсумки роботи у групі;

– студенти діляться думками;

– студенти відпрацьовують отримані вміння в групі, вчаться використовувати їх у повсякденному житті.

Кожний день занять має чітку логіку та послідовність і містить у собі вступну, основну та заключну частини. Таким чином, кожне заняття має таку структуру:

1) вступ: роль та місце навички чи уміння, що піддається корекції та розвитку;

2) орієнтуючі основи: короткий список та опис технік, прийомів, вправ;

3) завершення: зворотній зв'язок, групове обговорення, домашнє завдання.

Структура заняття побудована таким чином, що у своєму складі воно має хоча б одну вправу, спрямовану на розвиток здатності, що входить до складу соціального інтелекту.

Основними цілями корекційної програми розвитку соціального інтелекту студентів-іноземців є:

1. Розвиток здатності передбачувати наслідки поведінки людей.
2. Розвиток здатності до розпізнання структури міжособистісних ситуацій у динаміці, розуміння логіки їх розвитку.
3. Покращення процесу запам'ятовування та вміння орієнтуватися у невербальних реакціях співрозмовника.
4. Розвиток емпатії, вдосконалення вміння розуміти почуття, думки і настрій учасників комунікації.
5. Розвиток відкритості та довірчих стосунків з іншими людьми, розвиток здатності ефективно працювати в умовах стресу.
6. Формування активної суспільної позиції, розвиток наполегливості та самостійності.
7. Підвищення рівня розвитку здатності до соціальної взаємодії.
8. Розвиток здатності уживатися один з одним, розвиток соціальної адаптованості.

Згідно з теоретичними засадами побудови структури корекційно-розвивальної програми [18] та орієнтуючись на вікові особливості прояву різних складових соціального інтелекту у студентів першого та третього курсів, розроблена програма була апробована на досліджуваних, які склали вибірку для нашого дослідження.

Для порівняння отриманих після застосування корекційно-розвивальної програми результатів з тими, що були виявлені на попередньому етапі, групи досліджуваних студентів були розподілені на експериментальну та контрольну групи відповідно. Після проведення дослідження результати підлягали кількісній, якісній та статистичній обробці. Для аналізу рівня статистичної достовірності розбіжностей між середніми зна-

ченнями показників, що визначають складові соціального інтелекту студентів різних курсів з контрольних та експериментальних груп було використано критерій Вілкоксона. На значному рівні достовірності ($p \leq 0,01$) були підтверджені розрізнення, отримані у експериментальній групі після проведення корекційно-розвивальної програми, зокрема підвищення рівня соціального інтелекту у студентів першого курсу. Для студентів третього курсу статистично було доведено підвищення рівнів соціального інтелекту, але на меншому рівні достовірності ($p \leq 0,05$).

Отриманий розподіл даних підтвердив ефективність розробленої корекційно-розвивальної програми щодо підвищення рівня розвитку соціального інтелекту та дав змогу вплинути на розвиток провідних складових соціального інтелекту та тим самим підвищив загальний рівень розвитку соціальних здатностей у іноземних студентів.

Висновки

Таким чином, адаптація студентів-іноземців до освітнього середовища українського ВНЗ — це комплексне явище, успішність якого визначається багатьма параметрами і критеріями, що дозволяють поліпшити якість навчання іноземних студентів і досягти найкращих академічних результатів. Успішність процесу адаптації забезпечує адекватну взаємодію іноземних студентів з соціокультурним та інтелектуальним середовищем вищого навчального закладу, психоемоційну стабільність, формування нових якостей особистості та соціального статусу, освоєння нових соціальних ролей, набуття нових цінностей, осмислення значущості традицій майбутньої професії.

Враховуючи важливість ефективності процесу адаптації, необхідність створення умов для оптимізації процесу адаптації іноземних студентів до навчального процесу у вищій школі та орієнтуючись на отримані дані стосовно рівнів соціального інтелекту (як показника успішної адаптації) студентів першого та третього курсів, було запропоновано корекційно-розвивальну програму, ефективність якої було доведено статистично.

Запропоновані вправи, які складають основу змісту корекційної програми розвитку соціального інтелекту іноземних студентів, дозволяють зробити висновки, що в цілому така програма покликана: розширювати уявлення студента про себе та спрощувати процес пізнання інших людей; спрямована на розвиток рефлексії, емпатії, механізму ідентифікації та розуміння ролі міжособистісного зворотного зв'язку; покращує уміння входити в контакт з оточуючими та адекватно розпізнавати діагностичну інформацію у зовнішніх проявах партнера; розвиває уміння слухати та спостерігати співрозмовника; вдосконалює уміння передбачувати наслідки поведінки та розпізнавати структуру міжособистісних ситуацій у динаміці.

Результати дослідження можуть бути застосовані для покращення комунікативних навиків студентської молоді, гармонізації процесу спілкування та підвищення ефективності адаптації іноземних студентів у суспільстві.

Література

1. Адаптация первокурсников: проблемы и тенденции / Л. Н. Боронина, Ю. Р. Вишневский, Я. В. Дидковская [и др.] [Текст] // Университетское управление: практика и анализ. – 2001. – № 4 (19). – С. 87–94.
2. Арсеньев Д. Г Социально-психологические и физиологические проблемы адаптации иностранных студентов [Текст] / Д. Г. Арсеньев, М. А. Иванова, А. В. Зинковский. – СПб., 2003. – 160 с.
3. Бардина-Вижье Е. Ю. Социокультурная адаптация иностранных студентов в Украине: проблемы, агенты и механизмы [Текст] / Е. Ю. Бардина-Вижье // Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства. – Вип. 16. – 2010. – С. 701–706.
4. Березовин Н. А. Адаптация студентов к жизнедеятельности вуза: психолого-педагогические аспекты [Текст] / Н. А. Березовин // Выбраныя науковыя працы БДУ. – Минск, – 2001. – С. 11–25.
5. Витенберг Е. В. Социально-психологические факторы адаптации к социальным и культурным изменениям [Текст] / Е. В. Витенберг. – СПб.,1995.
6. Витковская М. И. Адаптация иностранных студентов к условиям жизни и учебы в России [Текст] / М. И. Витковская, И. В. Троцук //Вестник РУДН. – 2005. – № 6–7. – С. 267–283.
7. Власова О. І. Психологія соціальних здібностей: структура, динаміка та чинники розвитку [Текст] / О. І. Власова. – К.: ІВЦ, 2005. – 307 с.
8. Геранюшкина Г. П. Социальный интеллект студентов-менеджеров и его развитие в условиях формирующего эксперимента: Дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: 19.00.07 / Г. П. Геранюшкина. – Иркутск: ИрГУ, 2001. – 194 с.
9. Герасименко О. Л. Некоторые аспекты социокультурной адаптации иностранных студентов [Текст] / О. Л. Герасименко // Теория и практика преподавания русского языка как иностранного: материалы II Междунар. науч.-метод. конф., Минск, 15–16 мая 2008 г. – Минск: Изд. Центр БГУ, 2008. – С. 180–182.
10. Иванова М. А. Социально-психологическая адаптация иностранных студентов первого года обучения в вузе [Текст] / М. А. Иванова, Н. А. Титкова – СПб., 1993.
11. Калина Н. Ф. Диагностика социального интеллекта личности [Текст]/ Н. Ф. Калина //Журнал практикующего психолога. – 1999. – № 5. – С. 159–178.
12. Кондратова Н. О. Проблеми адаптації студентів ВНЗ: зміст, форми, психологічна специфіка [Текст] / Н. О. Кондратова // Психологія. Зб. наук. праць. – Вип. 2. – К.: НПУ, 1999. – С. 189–196.

13. Королинская С. В. Некоторые проблемы адаптации иностранных студентов английского отделения НФаУ [Текст] / С. В. Королинская // Физическое воспитание студентов. – № 4. – 2011.

14. Кравцова И. О. Социокультурная адаптация иностранных студентов к образовательной среде российского ВУЗа (на примере Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко) [Текст]/ И. О. Кравцова // Фундаментальные исследования. Педагогические науки. – № 8. – 2011.– С. 284–291.

15. Кудинова И. Б. Социальный интеллект как предмет исследования [Текст] / И. Б. Кудинова, С. И. Кудинов. – Тольятти: ТГУ, 2007. – 168 с.

16. Куницына В. Н. Социальная компетентность и социальный интеллект: структура, функции, взаимоотношение [Текст] / В. Н. Куницына // Теоретические и прикладные вопросы психологии. – СПб., – 1995. – Вып. 1. – Ч. 1. – С. 48–61.

17. Ляховець Л. Розвиток соціального інтелекту засобами тренінгу сензитивності [Текст] / Л. Ляховець // Соціальна психологія. – 2008. – № 2. – С. 150–159.

18 Марасанов Г. И. Социально-психологический тренинг [Текст] / Г. И. Марасанов. – М.: Совершенство, 1998. – 208 с.

19. Мельник А. А. Соціальний інтелект як багатокомпонентна структура [Текст]/ А. А. Мельник // Матеріали міжнародної молодіжної науково-практичної конференції «Вектори психології – 2010». – Х.: ООО «Ріф», 2010. – С. 66–68.

20. Михайлова Е. С. Социальный интеллект: концепции, модели, диагностика [Текст] / Е. С. Михайлова. – СПб.: Изд-во СПбУ, 2007. – 266 с.

21. Посохова С. Г. Психология адаптирующейся личности [Текст] / С. Г. Посохова. – СПб., 2001. – 240 с.

22. Прутченков А. С. Социально–психологический тренинг межличностного общения [Текст] / А. С. Прутченков. – М., 1991. – 48 с.

23. Савенков А. И. Концепция социального интеллекта [Текст] / А. И. Савенков // Одаренный ребенок. – 2006. – № 1. – С. 6–18.

24. Титаренко С. А. Особливості організації навчально-виховного процесу зі студентами-іноземцями у медичному вузі: матеріали доповідей навчально-методичної конференції / С. А. Титаренко.

25. Тевелєв Г. Е. Информационная система для оценки адаптации иностранных студентов [Текст] / Г. Е. Тевелєв, Л. И. Кабанова, Е. В. Михальченко // Вестник науки Сибири. Серия 6. Информационные технологии и системы управления. – Вып. № 1 (2). – 2012. – С. 134–138.

26. Ширяева И. В. Особенности адаптации иностранных студентов к учебно-воспитательному процессу в советском вузе [Текст] / И. В. Ширяева – Л., 1980.

27. Щуревич Г. А. Адаптация молодежи к высшей школе [Текст] / Г. А. Щуревич, А. В. Зинковский, Н. И. Пономарёв. – СПб., 1994.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ

А. А. Осипенко
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

В статье осуществлен теоретический анализ проблемы адаптации иностранных студентов к обучению в украинских высших учебных заведениях и приведено теоретическое обоснование необходимости развития социального интеллекта как компонента включения студента в социальную жизнь общества. Исследован уровень социального интеллекта иностранных студентов и установлены различия в его развитии у студентов первого и третьего курсов. На основе результатов исследования разработана коррекционно-развивающая программа по повышению уровня развития составляющих социального интеллекта иностранных студентов. Проведена проверка эффективности предложенной программы и доказана ее эффективность.

Ключевые слова: адаптация, иностранные студенты, ВУЗ, общение, социальный интеллект, коррекционно-развивающая программа.

FEATURES OF THE ADAPTATION PROCESS AMONG FOREIGN STUDENTS IN THE APPLICATION OF CORRECTING-DEVELOPMENT PROGRAM

A. A. Osipenko
V. N. Karazin Kharkiv National University

The article presents a theoretical analysis of the problem of foreign students' adaptation to study in Ukrainian universities. A theoretical grounds for the development of social intelligence as a component of the student's inclusion in social life is given. The level of foreign students' social intelligence was examined and the difference in its development for students of first and third years was determined. Based on the research results the correction and development program was developed to increase the level of development of the components of foreign students' social intelligence. Verification of the effectiveness of the proposed program was made and its effectiveness was proved.

Key words: adaptation, foreign students, institution of higher education, communication, social intelligence, correction and development program.

УДК 159.923.2:159.922.1-057.87

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ УЯВЛЕНЬ ПРО ЩАСТЯ У СТРУКТУРІ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Я. К. Ягнюк
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. Стаття показує, що щастя виступає важливою компонентою життєвого шляху студентської молоді, передумовами якого є узгодженість системи ціннісних орієнтацій, важливість їх актуалізації та збереження серед молоді, наявність сенсу життя. Виявлено, що психологічні уявлення про щастя у студентів характеризуються гендерними відмінностями. Зокрема, у дівчат існує два уявлення про щастя: «щастя як сенс життя», «щастя як реалізація цінностей». Перше з них — «щастя як сенс життя» — є осмисленим та передбачає певну частку незадоволеності собою дівчатами. Друге уявлення про щастя у дівчат, як і у юнаків, пов'язано з реалізацією їхніх ціннісних орієнтацій, а тому має назву «щастя як реалізація цінностей».

Ключові слова: гендерні відмінності, життєвий шлях, студентська молодь, щастя.

Вступ

Щастя виступає важливою складовою життєвого шляху студентської молоді [11]. У науковій літературі, передусім у позитивній психології, вказується на необхідність дослідження феномену щастя, який і досі залишається непізнаним та актуальним [1]. Слід зазначити, що щастя людини, а тим більш молодої, залежить не тільки від умов її життя, але й від відношення до цих умов до оточуючого світу, до власного образу загальної структури і картини світу [8–10]. Від цього образу залежить сприйняття людиною власного життєвого шляху. Задоволеність життям та світом взаємопов'язані, оскільки людина створює образ світу за аналогією з власним життям, а відповідно з образом оточуючого світу інтерпретує власне життя. Тут зовнішні умови, доля не є факторами руху до щастя, оскільки необхідна «відповідна внутрішня основа», бажання бути його творцем [8]. Тому дослідження особливостей розуміння дефініції «щастя» студентською молоддю, вивчення ступеня задоволеності нею власним життям, усвідомленість перешкод, які заважають на шляху досягнення власної гармонії, щастя дозволять створити більш об'єктивну картину життєвого шляху сучасної студентської молоді.

Мета дослідження — визначити гендерні особливості психологічних уявлень про щастя у структурі життєвого шляху студентської молоді.

Матеріали і методи дослідження

Дослідницьку вибірку склали студенти 1–5-х курсів Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна та Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут» у кількості 168 осіб.

Для досягнення поставленої мети були використані теоретичні (аналіз, порівняння, систематизація та узагальнення даних), емпіричні (спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностичний метод) та математико-статистичні методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Для визначення рівня щастя та його особливостей у досліджуваних нами був використаний Оксфордський опитувальник щастя P. Hills, M. Argyle та 12 питань анкети. Результати за Оксфордським опитувальником щастя є статистично достовірними, оскільки виявлений позитивний кореляційний зв'язок (за коефіцієнтом кореляції τ Кендалла) цієї методики з рівнем щастя, який вказували досліджувані в одному з питань анкети ($\tau \approx 0{,}426$, $\rho \leq 0{,}01$). А це означає, що вони відповідають один одному. При цьому, підрахунки за питанням анкети свідчать про те, що 84,5 % студентів вважають себе щасливими. Середній рівень щастя за всією вибіркою склав 3,9 балів за 5-бальною шкалою. Отже, ми бачимо, що студенти досить високо оцінюють у себе наявність щастя. Майбутнє в юнацькому віці пронизане оптимістичними очікуваннями, воно вбачається життєрадісним, насиченим позитивними емоціями.

Не зважаючи на достатньо високий середній рівень щастя у цілому за вибіркою, досліджувані знаходяться у такому відсотковому співвідношенні відносно рівнів щастя: високий рівень щастя властивий лише для 19,6 % респондентів, середній — для 71,4 %, низький — для 9,0 %. Отже, у цілому досліджувана вибірка характеризується середнім рівнем щастя, який має тенденцію до зниження з переходом на наступний курс навчання. Така тенденція знайшла своє підтвердження виявленою значущою статистичною різницею, $\rho \leq 0{,}05$. Для цього ми використовували непараметричний U-критерій Манна–Уітні для оцінки відмінностей між групами досліджуваних. Є наявним

 © Ягнюк Я. К., 2014

також і низький рівень щастя, або «нестача радості у житті», який пояснюють низьким рівнем розвитку самоактуалізації, яка блокується психологічними травмами, страхами [3]; низьким рівнем особистісної зрілості, який обумовлений сильними негативними фіксаціями в минулому, нездатністю жити у теперішньому [4].

Найбільш складним для студентів виявилося питання про визначення поняття «щастя». 17,8 % респондентів взагалі не змогли дати на нього відповідь. Дефінітивні характеристики, які пропонували студенти, охоплювали таке:

– щастя розглядається як гармонійний стан особистості, який передбачає її узгодженість із собою та оточуючими людьми («бути у гармонії з власним тілом», «фізична і моральна врівноваженість», «кришталево чисті думки», «відчуття внутрішнього задоволення, спокою, стан внутрішньої рівноваги», «коли на душі весело й безтурботно», «нічого не викликає занепокоєння», «гармонія з собою та оточуючим світом», «духовний спокій», «взаєморозуміння з собою» тощо);

– щастя як успішні взаємостосунки у родині, з друзями, коханими та оточуючими людьми («поруч люблячі люди», «повага оточуючих», «є можливість радувати рідних і близьких», «взаєморозуміння з близькими людьми», «безтурботне проведення часу з друзями», «надійні друзі поруч», «успіх у різноманітних стосунках», «любляча родина», «коли поруч дорогі люди, спілкування з ними», «коли все добре у близьких», «стабільність стосунків», «міцна і дружна родина», «коли оточують люблячі люди» тощо);

– щастя як здоров'я («здоров'я родичів», «здоров'я рідних і близьких», «відсутність серйозних проблем зі здоров'ям» тощо);

– щастя як саме життя та наявність у ньому сенсу («почуття повноти життя», «безтурботне життя», «благополуччя в тому, що вважаєш важливим у житті», «стабільність життя», «отримання задоволення від життя», «гармонія в житті», «просто жити», «шлях, який я проходжу для досягнення мети», «стан душі у короткий проміжок часу між досягненням чергової мети та постановкою нового завдання», «коли я досягаю бажаного», «розуміння свого життєвого призначення», «є можливість досягати поставленої мети» тощо);

– щастя як матеріальний статок («фінансове забезпечення», «гроші», «матеріальне благополуччя», «бути забезпеченим», «матеріальна рівновага», «високий рівень доходу», «матеріальний прибуток» тощо);

– щастя як позитивне сприйняття дійсності («коли все сприймаєш і робиш позитивно», «здатність радіти тому, що маєш, не засмучуватися від того, що чогось немає», «коли не хочеться переставати посміхатися», «коли кожна дрібниця піднімає настрій», «бачення позитивних речей навіть у негативному оточенні», «жити і радіти оточуючому світу» тощо);

– щастя як самореалізація («займатися улюбленою справою», «є можливість самореалізації», «коли виходить те, чого раніше ніколи не робив», «абсолютна свобода дій і думок», «є бажання, сили й можливості рухатися вперед», «праця за покликанням», «почуття впевненості у собі» тощо);

– щастя як благополуччя («коли все добре, все виходить», «коли все йде так, як ти придумав», «відсутність проблем», «успіх у всьому, щоб я не робив» тощо).

Як бачимо, студентська молодь по-різному пояснює дефініцію «щастя», включаючи як зовнішні критерії життєвої успішності (матеріальний добробут, ефективні міжособистісні стосунки та ін.), так і внутрішні (внутрішня гармонія, психологічне здоров'я та ін.), але з переважанням останніх. На важливості цього наголошує й польський філософ В. Татаркевич, який пов'язує концепцію щастя з володінням найвищими життєвими благами із точки зору їхньої ціннісної природи, моральної орієнтації на добро. Моральне життя приносить задоволення, порядок, душевний спокій, надає життю впорядкованості [8]. У M. E. P. Seligman тільки прагнення до духовного задоволення, відмова від погоні за втіхами, розвиток позитивних якостей дозволяють індивіду жити повноцінно, викликаючи внутрішні зміни [7].

При дослідженні суб'єктивного переживання щастя Кемпбелл говорить про важливість врахування задоволеності власним життям [1]. А позитивна оцінка себе, свого життя у Ю. М. Олександрова є центральною рисою психологічного благополуччя, яке у студентів більше пов'язано саме з задоволеністю життям, позитивними емоціями, ніж з осмисленням буття [5]. Це підтверджується й нашими даними, зокрема, виявленим прямим кореляційним зв'язком задоволеності життям з рівнем щастя студентів ($\tau \approx 0{,}233$, $\rho \leq 0{,}01$). Ми пропонували досліджуваним відповісти на питання «Чи задовольняє вас у даний момент ваше життя у цілому?» та отримали таку картину: 82,7 % респондентів задоволені власним життям, а 17,3 % виявилися незадоволеними ним. Можна думати, що основна частина студентів все ж таки є задоволеною власним життям.

Інші дослідники, Ендрюс і Уйті, пропонують при вивченні щастя враховувати вказані у балах за 7-бальною шкалою, власні відчуття особистості від її життя у цілому [1]. При цьому 1 бал відповідає — «жахливо», а 7 — «чудово». Нами був виявлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем щастя до-

сліджуваних та їхніми відчуттями від життя ($\tau \approx 0{,}313$, $\rho \leq 0{,}01$). Середнє значення за цим показником для досліджуваної вибірки відповідає 5,1 бала, тобто відчуття від життя для більшості молодих людей (69,0 % вибірки) є помірними. 26,8 % респондентів описують свої відчуття як «чудові», а 4,2 % — як «жахливі, погані». Це підтверджується також і даними, отриманими у ході підрахунків відсотків, які зазначалися респондентами за таким питанням анкети: «У середньому, яку частину часу у відсотках ви відчуваєте себе щасливим?». Виявилося, що у середньому 50,0 % від загального часу молоді люди почувають себе щасливими. У той же час, за дослідженням американського психолога E. Diener, дуже заможні люди вважають себе щасливими у середньому 77,0 % часу, люди з середнім достатком – 62,0 % [14; 15].

Виявити переважаючі емоційні стани нам дозволила Шкала Фордіса [1], яка характеризує емоційну складову щастя (табл. 1).

Так, значна кількість респондентів (69,9 %) зазначила про перевагу у них позитивних емоцій («радість», «пречудово» тощо). Серед негативних емоційних станів найбільш вираженим виявилася пригніченість (7,7 %). Досліджуваним також надавалася можливість указати ті емоційні стани, яких немає у Шкалі. Студенти зазначали такі емоції: «позитивно», «добре», «нормально», «нейтрально», «звичайно» та ін. Деяким було важко визначити свій емоційний стан і вони називали його як «щось середнє». Інакше кажучи, у цілому емоційний фон студентської молоді є позитивним.

Таблиця 1

Особливості емоційної складової щастя у студентів (за Шкалою Фордіса)

	Емоційні стани							
	Надзвичайно щасливий	У захваті	Відчуваю радість	Відчуваю себе чудово	Вкрай пригнічений	В абсолютній зневірі	Повністю нещасний	Інше
Кількість досліджуваних	4	14	76	41	13	4	5	1
%	2,4	8,3	45,2	24,4	7,7	2,4	3	6,6

До перешкод, які заважають повному переживанню щастя, студенти відносять відсутність вільного часу через навчання, а також навчальне перенавантаження, особистісні якості (надмірна емоційність, непостійність, лінь, зайва впертість, невпевненість у собі, внутрішні протиріччя, невміння керувати власним часом та ін.), нестабільність у державі («складна обстановка у країні, невизначеність», «несправедливі закони і порядки» та ін.), фінансовий стан, оточуючі люди, родинні проблеми, недостатність життєвого досвіду й життєві складності, почуття обов'язку («обмеження свободи в діях», «табу, моральні якості, які закладені з дитинства» та ін.) тощо. Тут вбачається вплив багатьох факторів, які, на жаль, далеко не завжди залежать від самої молодої людини.

Підсумовуючи, можна говорити, що щастя у розумінні студентів виступає гармонійним станом, пов'язаним із вміннями успішно взаємодіяти з оточуючими, зі здоров'ям, самим життям та наявністю у ньому сенсу, матеріальним статком, позитивністю, самореалізацією, благополуччям. Більшість студентів вважає себе щасливими, у них домінують позитивні емоції.

Психологічні уявлення про щастя у студентів: гендерні відмінності. Розглядаючи проблему щастя, науковці звертають свою увагу й на відмінності в уявленнях про щастя за гендерною ознакою [2; 8]. Проілюструємо це на наступних прикладах. Так, на думку В. Татаркевича, більшість чоловіків взагалі не цікавиться щастям, а жінки — навпаки намагаються пізнати його у своєму житті. Автор пов'язує це з прагненням чоловіків до марнославства, потребою у підтвердженні власної переваги. Щастя для них заслуговує уваги тільки після пізнання нещастя, а жінкам, дійсно, необхідне відчуття щастя, навіть найкоротше й швидкоплинне [8]. І. А. Джидарьян [2], схиляючись до ціннісного підходу у розумінні щастя, також виявила низку відмінностей. За її дослідженнями, у структурі щастя жінок більша роль відводиться таким цінностям, як любов, родина та радість життя; у чоловіків — везінню, долі, гостроті боротьби, наявності певних життєвих цілей та активних дій, направлених на реалізацію поставлених завдань. Такі параметри, як матеріальний статок та усвідомлення повноцінності власного існування зайняли нейтральну позицію як у жіночих, так і чоловічих уявленнях про щастя. При цьому, на думку авторки, жінки відчувають себе більш задоволеними життям, але сприймаються інши-

ми людьми як більш нещасні майже у 2,5 рази частіше, ніж чоловіки. Враховуючи гендерну специфіку у психологічних уявленнях про щастя, ми поставили собі за мету прояснити описану ситуацію на досліджуваній вибірці.

З цією метою ми використовували отримані нами раніше емпіричні дані [12; 13]. Нами були обрані фактори (структурні компоненти життєвого шляху), що мають конотацію щастя, як у дівчат, так і у юнаків та здійснено кореляційний аналіз факторів із психологічними характеристиками особистості (виявлених на основі результатів психодіагностичних методик). Ми враховували, що у дівчат конструктивні щастяформуючі стратегії пов'язані з наявністю досягнень та узгодженою системою ціннісних орієнтацій (рис. 1). Така сама тенденція виявилася завдяки аналізу значущих кореляційних зв'язків.

Рис. 1. Гендерні уявлення про щастя у студентів

Додамо, що у дівчат перше уявлення про щастя (табл. 2) передбачає деяку частку незадоволеності собою та оточуючими. Це, у свою чергу, спонукає їх до подальших постійних особистісних змін, психологічного розвитку, опанування нових необмежених горизонтів власного розвитку. Така людина не стоїть на місці, намагається стати «всією складністю свого Я», що постійно змінюється. Особливого значення набувають й взаємостосунки з іншими людьми, прагнення їх налагоджувати, коригувати, покращувати, а у разі необхідності, — направляти до «гарного життя». Власне життя постає осмисленим, наповненим, а щастя й є цим життям. Дуже вдало з цього приводу сказав В. Г. Панок: «… щастя означає життя, а життя можливе тільки за умов «плодоношення» [6, с. 27].

На ціннісну природу щастя вказує І. А. Джидарьян: чим більш реалізованими є основні життєві цінності людини, тим більш щасливою вона відчуває себе [2]. Саме це ми і бачимо, отримавши кореляційні зв'язки фактору 4 з психологічними особливостями особистості у дівчат (табл. 3). Головним тут виступає значущість та реалізація цінностей, а також внутрішні, змістовні зв'язки між окремими ціннісними орієнтаціями, які є узгодженими та несуперечливими. Друге уявлення про щастя є принципово іншим, хоча також поєднується прагненням людини до лідерства у спілкуванні та конструктивністю всього її життя. Це розуміння щастя, що базується на ціннісному відношенні («щастя як реалізація цінностей») особистості до власного життя. У ситуаціях психологічної загрози використовується відносно адаптивна копінг-поведінка, яку називають усвідомленою стратегією подолання стресу на відміну від механізмів психологічного захисту, що покликані несвідомо справлятися з «випробовуваннями», які перевищують внутрішні ресурси людини. Нами не було виявлено взаємозв'язок з наявністю сенсу життя, як у першому уявленні.

Таблиця 2

Кореляції фактору 1 з психологічними характеристиками особистості у дівчат

№ з/п	Психологічні характеристики особистості	Фактор 1
1.	Механізми психологічного захисту	-0,326**
2.	Самоактуалізація	0,521**
3.	Мотивація успіху	0,433**
4.	Задоволеність собою та оточуючими	-0,464**
5.	Прагнення відстояти себе	0,198**
6.	Емоційна стійкість	0,400**
7.	Відкритість новому досвіду	0,222**
8.	Усвідомленість	0,239**
9.	«ЗКО та її життя»	0,412**
10.	Домінування у міжособистісних стосунках	0,321**
11.	Наявність сенсу життя	0,178*

Примітка: * – рівень значущості $\rho \leq 0,05$; ** – рівень значущості $\rho \leq 0,01$

У юнаків третій фактор не дозволяє їм конструктивно будувати власний життєвий шлях, але нам було цікаво з'ясувати психологічні уявлення про щастя, властиві для осіб чоловічої статі. Нагадаємо сутність даного фактору. У юнаків, як і у дівчат, щастя поєднується з реалізацією ціннісних орієнтацій, які є узгодженими та неконфліктними. Потім нами був проведений кореляційний аналіз фактору 3 з психологічними характеристиками особистості. Значущі кореляційні зв'язки фактору 3 з перемінними представлені у табл. 4. Як видно з таблиці, уявлення про щастя у юнаків дещо схожі з другим уявленням про щастя у дівчат («щастя як реалізація цінностей»), оскільки мають ціннісну основу, проте передбачають наявність прямопропорційних зв'язків із самоактуалізаційним потенціалом,

Таблиця 3

Кореляції фактору 4 з психологічними характеристиками особистості у дівчат

№ з/п	Психологічні характеристики особистості	Фактор 4
1.	Відносно адаптивні копінг-стратегії	-0,188*
2.	Загальна конфліктність у реалізації ціннісних орієнтацій	-0,595**
3.	«ЗКО та її життя»	0,260**
4.	Реалізація зовнішніх цінностей	0,671**
5.	Реалізація внутрішніх цінностей	0,482**
6.	Домінування у міжособистісних стосунках	0,228**

Примітка: * – рівень значущості ρ≤0,05; ** – рівень значущості ρ≤0,01

емпатичними здібностями, екстраверсією. Зазначені психологічні характеристики особистості свідчать про високий особистісний розвиток досліджуваних, однак знову не виявлено взаємозв'язку з осмисленістю юнаками власного життєвого шляху.

Таблиця 4

Кореляції фактору 3 з психологічними характеристиками особистості у юнаків

№ з/п	Психологічні характеристики особистості	Фактор 3
1.	Емпатія	0,185*
2.	Самоактуалізація	0,236**
3.	Загальна конфліктність у реалізації ціннісних орієнтацій	-0,491**
4.	Екстраверсія	0,270**
5.	Реалізація зовнішніх цінностей	0,574**
6.	Реалізація внутрішніх цінностей	0,606**

Примітка: * – рівень значущості ρ≤0,05; ** – рівень значущості ρ≤0,01

Висновки

У зв'язку з вищезазначеним, ми схиляємось до думки про те, що узгодженість системи ціннісних орієнтацій є важливою, але не єдиною передумовою досягнення щастя у студентів.

Література

1. Аргайл М. Психология счастья [Текст] / М. Аргайл. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2003. – 271 с.
2. Джидарьян И. А. Счастье в представлениях обыденного сознания [Текст] / И. А. Джидарьян // Психологический журнал. – Т. 21. – 2000. – № 2. – С. 39–48.
3. Кочарян И. А. Структурные особенности личностной саморегуляции. Искажение самоактуализирующей тенденции [Текст] / И. А. Кочарян // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. – Вип. 49. – 2012. – № 1009. – С. 30–35.
4. Мєзєнцева Т. В. Взаємозв'язок часової перспективи з рівнем особистісної зрілості [Текст] / Т. В. Мєзєнцева // Вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Серія: Психологія. – Т. 17. – Вип. 5. – Одеса: Астропринт, 2012. – С. 97 104.
5. Олександров Ю. М. Саморегуляція як чинник психологічного благополуччя студентської молоді: дис. на здобуття наукового ступеню кандидата психол. наук: 19.00.01 / Ю. М. Олександров. – Х., 2010. – 296 с.
6. Панок В. Г. Психологія життєвого шляху особистості: монографія [Текст] / В. Г. Панок, Г. В. Рудь. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 280 с.
7. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни [Текст] / М. Селигман; пер. с англ. – М.: София, 2006. – 368 с.
8. Татаркевич В. О счастье и совершенстве человека [Текст] / В. Татаркевич, Л. В. Коновалова, Л. М. Архангельский ; пер. с пол. – М.: Прогресс, 1981. – 367 с.
9. Чиксентмихайи М. Поток: психология оптимального переживания [Текст] / М. Чиксентмихайи; пер. с англ. Е. Перовой. – М., 2011. – 461 с.
10. Чиксентмихайи М. В поисках потока: психология увлеченности повседневной жизнью [Электронный ресурс] / М. Чиксентмихайи. – Режим доступа: http://www.koob.ru/csikszentmihalyi/finding_flow.
11. Ягнюк Я. К. Психологічні особливості гендерних стратегій життєвого шляху студентської молоді: дис. на здобуття наукового ступеню кандидата психол. наук: 19.00.01 / Я. К. Ягнюк. – Х., 2013. – 238 с.
12. Ягнюк Я. К. Формуючі компоненти життєвого шляху у дівчат, які навчаються у ВНЗ [Текст] / Я. К. Ягнюк // Вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Серія: Психологія. – Т. 17. – Вип. 5. – Одеса: «Астропринт», 2012. – С. 129–138.
13. Ягнюк Я. К. Особливості життєвого шляху в юнацькому віці [Текст] / Я. К. Ягнюк, О. С. Кочарян, О. О. Кочарян // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. – Вип. 49. – № 1009. – Х.: ХНУ, 2012. – С. 77–79.
14. Diener E. Subjective well-being [Text] / E. Diener // Psychol. – Vol. 95. – 1984. – № 3. – P. 542–575.
15. Diener E. Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth [Text] / E. Diener, R. Biswas-Diener // Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2008. – 304 p.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЧАСТЬЕ В СТРУКТУРЕ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Я. К. Ягнюк
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Статья показывает, что счастье выступает важным компонентом жизненного пути студенческой молодежи, предпосылками которого являются согласованность системы ценностных ориентаций,

THE GENDER SPECIFICITIES OF VIEWS ABOUT HAPPINESS IN THE STRUCTURE OF THE LIFESTYLE OF THE STUDENT YOUTH

Ya. K. Yagnyuk
V. N. Karazin Kharkiv National University

The article shows that happiness as an important component of students' life and its prerequisites are the compliance of value system, the importance of values' actualization and preserving and availability

важность их актуализации и сохранения среди молодежи, наличие смысла жизни. Выявлено, что психологические представления о счастье у студентов характеризуются гендерными различиями. В частности, у девушек существует два представления о счастье: «счастье как смысл жизни», «счастье как реализация ценностей». Первое из них — «счастье как смысл жизни» – является осмысленным и предполагает определенную долю неудовлетворенности собой девушками. Второе представление о счастье у девушек, как и у юношей, связано с реализацией их ценностных ориентаций, поэтому имеет название — «счастье как реализация ценностей».

Ключевые слова: гендерные различия, жизненный путь, студенческая молодежь, счастье.

of sense of life. It was found out that the psychological understanding of happiness differs according to gender specificities. In particular, young women possess two concepts of happiness: «happiness as sense of life» and «happiness as realization of values». The former, «happiness as sense of life» is sensible and presupposes a certain degree of self-dissatisfaction of young women. The second concept of happiness by both young women and young men is connected with realization of their values that is why this concept is called «happiness as realization of values».

Key words: gender specificities, lifestyle, student youth, happiness.

УДК 615.851

КЛАССИЧЕСКИЙ МЕТОД «ПСИХОТЕРАПИЯ НА КОНТАКТЕ» В ЭМПИРИЧЕСКОМ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ИСПОЛНЕНИИ

В. Ф. Простомолотов
Институт иновационного и последипломного образования
Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Аннотация. В статье на основании многолетних исследований эффекта психотерапии в трудах патриархов, а также на собственном обширном материале автор обосновывает правомочность выделения оригинального метода — «психотерапия на контакте». Составными элементами метода являются глубокий клиницизм, культура и профессиональное наведение у пациента специфически суженного сознания как основы для реализации лечебных установок.

Ключевые слова: психотерапевтический контакт, оторопь, суженное сознание, внушение, личность.

От первого обмена оружием между врачом и невропатом зависит исход сражения. Если из первых разговоров не рождается взаимная симпатия, если вы не смогли заручиться его доверием, то бесполезно идти дальше.

Ж. Дежерин

Если после разговора с врачом больной не почувствовал себя лучше, то это не врач.

В. М. Бехтерев

Полвека тому назад при изучении основных методов психотерапии (ПТ): гипноза, рациональной ПТ и психоанализа, особенно при углубленном вчитывании в клинические иллюстрации трудов патриархов, внимание мое (почитателя таланта соавтора системы рациональной ПТ Ж. Дежерина [2], мастера метафор и крылатых выражений, и особенно о значении контакта в ПТ) все более и более фокусировалось на том, что среди факторов, обусловливающих эффективность, применяемых ими методов, большую — если не определяющую — роль играет установление и поддержание продуктивного психотерапевтического контакта с пациентом. Иначе трудно объяснить, как, применяя только «свой» метод при лечении, по сути, одних и тех же больных и Форель [13], и Дюбуа [3], и Фрейд [14] добивались в равной степени блестящих результатов.

Последующее овладение методами ПТ осуществлялось/рассматривалось нами перманентно через призму контакта психотерапевта с пациентом, что привело к разработке ряда приемов для его установления и поддержания, в т. ч. «приема контрастных позиций», «на опережение», «связующего слова/жеста», «индукции силы», «пароля» и др. [7,8]. Это привело к тому, что в теперь уже далеком 1985 году перед защитой мной кандидатской диссертации одна из официальных оппонентов НИИ им. Бехтерева проф. В. К. Мягер, возвращая мне диссертационную книгу, сказала с теплой и проникновенной эмоцией в голо-

© Простомолотов В. Ф., 2014

се: «А вы, В. Ф., работаете на контакте, и это демонстрируют приводимые вами психотерапевтические иллюстрации». Далее между нами состоялся предметный разговор, из которого я вынес впечатление, что многоопытный профессор разделяла выбранный мной стиль взаимоотношения с пациентами. Тогда нами были высказаны буквально следующие мысли: «Если контакт достигнут, то вне зависимости от положения пациента — лежит ли он, сидит или стоит, открыты у него глаза или закрыты, бодрствует ли он, дремлет или спит — слова психотерапевта во всех случаях будут глубоко воздействовать на него». В последующие годы я вплотную занялся научным изучением этого метода психотерапии и разработкой его конкретных способов для лечения пограничных расстройств.

Целью данной статьи является научное обоснование оригинального метода «психотерапии на контакте».

Однако необходимо отметить, что понятие «контакта» в психотерапии в различные исторические периоды рассматривалось исследователями по-разному, часто не столько в соответствии с их вооруженностью знаниями психофизиологии и медицины, сколько с их склонностью к психологизации или отсутствием таковой.

А. Месме́р (1781), врач, автор теории животного магнетизма, первый ввел понятие об особых отношениях между врачом/магнетизером и пациентом, которые он определил как «раппо́рт», рассматривая его как особое физическое воздействие при участии воли для циркуляции флюида. Последователи Месме́ра еще настойчивее подчеркивали значение для успеха терапии направленных усилий врача (Л. Шерто́к, 1982, с.126. [15]). В последующем глава нансийской школы гипноза И. Бернгейм [1] и его последователи наполнили термин «раппо́рт» психологическим содержанием, сведя гипноз к внушению. И. П. Павлов [6] рассматривали «раппо́рт» как сформированный, благодаря целенаправленным действиям гипнотизера, очаг возбуждения в коре больших полушарий, посредством которого — на фоне других заторможенных областей — удается поддерживать связь с загипнотизированным и реализовать внушения. З. Фрейд [14], заимствовав термин, в основе гипнотических отношений усматривал «трансфе́р», чрезвычайно психологизированное им понятие, употребляемое наряду с понятием «переноса» в психотерапевтических отношениях, выступающих часто, по нашему мнению, синонимами внушения. Понятие «трансфе́р» употреблялось ранее до Фрейда старыми гипнотизерами в несколько ином, буквальном смысле, когда у наблюдаемых ими высоковнушаемых больных истерией одним прикосновением удавалось передать, индуцировать, например, паралич от одного индивида другому.

По нашему мнению, термин «контакт» (психотерапевтический контакт, контакт в психотерапии) в русском языке лучше всех вышеотмеченных передает всю ту гамму естественных человеческих чувств и отношений (например, переданных в эпиграфах), какие возникают у пациента и психотерапевта во время их взаимодействия. В числе этих чувств понимание, доверие/вера, уважение/почитание, симпатия/любовь[1] играют решающую роль в установлении контакта. Они не нуждаются, на наш взгляд, ни в мифологизации, ни в поэтизации, ни в психологизации, ни, тем более, в сексуализации, что неоднократно допускал Фрейд. Пациент — приходится повторить уже многократно ранее опубликованную нами мысль — не менее внимательно исследует врача (психотерапевта, психолога), чем тот его (по крайней мере, при первичной беседе). Поэтому считаем, излишне повторять напутствие/заповедь отца медицины Гиппократа о том, как должен выглядеть и как должен мыслить, действовать и говорить врач, чтобы добиться расположение больного и оказать ему максимально возможную помощь, но об этом можно подробнее прочитать в указанной нашей монографии [9].

Безусловно, здесь речь идет о высокой культуре психотерапевта, его глубоких знаниях, профессиональных навыках и способностях лечить.

В настоящее время общепризнанно, что установление и поддержание психотерапевтического контакта является основой психотерапии. В то же время опытным специалистам известно, что имеются такие формы и степени психотерапевтического контакта, когда о нем, согласно первому закону диалектики Гегеля о переходе количества в качество, уже правильнее будет говорить как о методе психотерапии. Через полтора десятка лет психотерапевтической практики нами стали четко определяться составные элементы/приемы описываемого метода.

Психотерапия на контакте — показатель высокой квалификации, «высший пилотаж» врача, она приходит с годами в результате овладения искусством диагностики (об-

[1] — Разумеется, под любовью в даном отношении мы подразумеваем любовь к ближнему, рассматриваемую в рамках основных мировых религий – основы духовности и культуры современного человека.

щемедицинской, психиатрической, психологической), начинающейся с первых мгновений-секунд-минут взаимодействия с пациентом, и одновременными целенаправленными лечебными воздействиями, когда с учетом возможной необходимости биологической терапии применяется богатый набор психотерапевтических приемов. Среди последних особое место занимает, владение им интонационно-выразительными средствами мимики и голоса, богатством языка. Хочу отдельно выделить значение харизмы врача и его профессионализм клинициста. Условно выделяю три способа психотерапии на контакте (ПТнК): 1) гипнотический (эмоциональный); 2) психогогический (интеллектуальный); 3) духовный [9].

При гипнотическом/эмоциональном способе ПТнК, применяемом преимущественно у ювенильных, аффективных, художественных личностей, следует стремиться посредством внешних эффектов быстро осуществить эмоциональный захват, стимулировать проявление пациентами эмоциональных реакций, в том числе, и особенно оторопи, на фоне которых реализовать феномены внушения. В последующем, используя рефлекторные механизмы, нет надобности погружать пациента в т. н. «гипнотический сон», так как внушения, установки, эмоциональное переключение реализуются в форме эмоционально стимулирующей беседы, что, по моим оценкам, более эффективно, т. к. пациент, не оказывая сопротивление, сам активно участвует в процессе психотерапии.

Разработанный нами прием оторопи [7, 8] гармонично вписывается в структуру метода психотерапии на контакте, поэтому остановимся на нем подробнее. Как известно, сальпетриерская школа гипноза, возглавляемая Ж-М. Шарко, оставила яркие свидетельства гипноза как особого состояния. Несмотря на то, что опыты проводились на одних и тех же истеричных пациентках, они продемонстрировали, что внезапным звуковым, световым, тактильным воздействием может быть вызван гипноз.

В работе «О так называемом гипнозе животных» И. П. Павлов [6, с. 250–251]) тонко подметил, что «так называемый гипноз животных состоит в том, что энергично животное приводится в неестественное положение и удерживается малое время. После этого при полном отведении рук животное остается лежать десятки и более минут <…> Это и есть один из самоохранительных рефлексов задерживающего характера». Далее следует поразительной точности вывод: «**Наше оцепенение, столбняк в случае сильного страха есть совершенно тот же только что описанный рефлекс**».

Практика известного российского священника начала XX-го века Иоанна Кронштадского по излечению истерических кликуш резким тычком в лоб и громовым восклицанием «Изыди, окаянная!», а также примеры других подобных целителей демонстрируют терапевтическое применение того, что обосновывал в своих исследованиях И. П. Павлов, то есть гипноза. В. Е. Рожнов в небольшой статье «О роли гипноза в психотерапии» [10] поднял вопрос о провоцировании гипнотических фаз, по Павлову, при проведении практически всех методов ПТ, но, к сожалению, не развив далее эту мысль.

Случаи из повседневной жизни каждого из нас, когда совершенно неожиданно сталкивались лоб в лоб с тем, кого никак не ожидали здесь увидеть, например, на встречных курсах у входа (выхода) в метро и весьма мимолетных, демонстрирует при последующем анализе ситуации, в которой пребывали в полнейшей растерянности, двигательной и психической беспомощности, «ошалелости», ступоре, что мы, безусловно, находились в те мгновенья в измененном состоянии сознания.

Наблюдения в практической психотерапии [5, с. 156.] и проведение психологических экспериментов по внушению [11, с. 209] показывают, что неожиданные обращения вызывают большой психологический и психотерапевтический эффект.

В первом случае неожиданное предложение истощенной больной, носящее характер скороговорки-головоломки, имеет тенденцию многократно прокручиваться в сознании, отвлекая от страхов и мотивируя к деятельности.

Во втором случае автор, проводя эксперименты по внушению наяву, суть которых заключалась в совершенно неожиданном обращении к исследуемому, подмечает возникновение в этих случаях особого состояния, названного им «сверхвнушаемостью».

Интересно, что, если в одной серии экспериментов, когда он на улице внезапно обращался к незнакомому спешащему прохожему с императивной просьбой, и тот ее «автоматически и с застывшим лицом» выполнял, исследователь должен обладать достаточной смелостью, умелостью и сноровкой, то во второй серии все выглядело на редкость банально.

Психотерапевт, исследуя у повторных пациентов, пришедших на сеанс гипноза, реакцию зрачков на свет, когда больному только предлагалось смотреть прямо перед собой,

неожиданным обращением, внушением без труда вызывал у них паралич руки и др. Автор объясняет возникающее в этих случаях «состояние сверхвнушаемости» тем, что больные ждут сеанса гипноза. По моему же мнению, оно вызвано оторопью, возникшей, в первую очередь, благодаря неожиданному обращению на фоне зафиксированности зрения вслед за инструкцией. Но следует считаться и с тем, что пациент пришел на сеанс гипноза, проводимого в этом же помещении, и у него рефлекторно суживается сознание.

Мы многократно, можно даже утверждать — перманентно, наблюдали подобные явления у наших пациентов, пришедших на сеанс гипносуггестивной ПТ. При этом не только размещение на привычной кушетке/кресле, но уже сама атмосфера кабинета, шум кондиционера, включенное музыкальное сопровождение суживали их сознание, т. е. вызывали гипнотическое состояние.

Используя вышеприведенный опыт и объединив все наблюдения подобного рода в литературе и в собственной практике, мы разработали «прием оторопи», являющимся весьма эффективным как для вызывания гипнотического состояния, так и особенно для реализации внушений.

В одних случаях оторопь можно вызвать совершенно неожиданным для пациента хлопком, резким жестом или наложением руки на голову, вспышкой света или, напротив, неожиданно созданным затемнением. В других случаях не менее выраженная оторопь наступает при резком и неожиданном обращении, меняющем направление беседы на противоположное, сопровождая его выразительным или фиксирующим взглядом.

Примеров для получения контрастных, совершенно неожиданных обращений в практике психотерапевта можно найти много, важно, чтобы все они выглядели естественными, как, например, вышеприведенное исследование реакции зрачков на свет, и не были насильно навязаны пациенту вопреки его установкам.

Получив эффект оторопи, следует тут же в гипнотизирующем тоне и ритме провести внушение: забвение переживаний, успокоения, расслабления, желаемого сновидения и другие, мотивируя и опосредуя их. Необходима определенная императивность и в ряде случаев эмоциональное напряжение. Прием требует достаточной расторопности от врача, четких и продуманных действий, ясных и кратких, заранее подготовленных формул. Каждый последующий технический элемент должен естественно продолжать предыдущий.

Для усиления проведенного психотерапевтического воздействия сеанс может быть продолжен в форме наложения руки на голову пациента с последующим 5–10–минутным внушенным отдыхом.

Весьма способствуют проведению психотерапии на контакте характерные анатомо-физиологические позиции психотерапевта и пациента относительно друг друга. Первый располагается на жестком стуле спереди и слева от второго. Пациента усаживают в удобное мягкое кресло с подголовником и по ходу беседы с естественным дружелюбием просят расслабиться и чувствовать себя, как дома. Пациент, не засыпая, погружается в приятную расслабленность и измененное/суженное состояние сознания, повышенно податлив эмоциональному воздействию/стимулированию и суггестиям.

Психогогический/интеллектуальный способ психотерапии на контакте, применяемый преимущественно у психастеничных, ригидных личностей, а также во всех случаях обсессивно-компульсивных расстройств проводится в форме сократического диалога и похож на учебное занятие со всеми его атрибутами, т. е. с использованием схем, рисунков, справочников, выдержек из произведений. Основным эмоциональным стимулом здесь является стремление пациента понять и научиться.

Например, обсуждая обсессивно-компульсивную симптоматику, навязчивости по контрасту, в т. ч. страх острых предметов, страх как бы ненароком, потеряв разум/сойдя с ума, не убить своего ребенка или совершить какой-либо безумный поступок, большой эффект дает обсуждение малоизвестного стихотворения Пушкина «Не дай мне Бог сойти с ума».

Не дай мне Бог сойти с ума.
Нет, легче посох и сума;
Нет, легче труд и глад.
Не то, чтоб разумом моим
Я дорожил; не то, чтоб с ним
Расстаться был не рад.

Когда б оставили меня
На воле, как бы резво я
Пустился в темный лес!
Я пел бы в пламенном бреду,
Я забывался бы в чаду
Нестройных, чудных грез.

И я б заслушивался волн,
И я глядел бы, счастья полн,
В пустые небеса;
И силен, волен был бы я,
Как вихорь, роющий поля,
Ломающий леса.

Да вот беда: сойди с ума,
И страшен будешь как чума,
Как раз тебя запрут,

Посадят на цепь дурака
И сквозь решетку как зверька
Дразнить тебя придут.

А ночью слышать буду я
Не голос яркий соловья,
Не шум глухой дубров –
А крик товарищей моих,
Да брань смотрителей ночных,
Да визг, да звон оков.

При внимательном прочтении стихотворения, написанном в 1832 году, видно, что великий поэт страдал от подобного навязчивого страха, порождаемого компульсным желанием запеть, закричать, пуститься, подобно резвому коню, на волю. Легко можно представить, как у темпераментного, экспрессивного Пушкина во время нахождения на придворной службе, требующей не свойственных ему немалой выдержки и дипломатического притворства, возникали навязчивости по контрасту со страхом не сдержаться. Перечитывая стихотворение несколько раз, проникаешься, с одной стороны, страданиями поэта, а с другой — его огромной способностью подвергать психологическому анализу свое состояние. И над всем этим царит трезвый и проникновенный ум, величие разума гения. Все это наилучшим образом подтверждают многочисленные наблюдения психиатров мира, что обсессивно-компульсивные расстройства являются функционально-невротическими комплексами, не реализуются и не разрушают психику (по крайней мере, в преобладающем большинстве наблюдаемых нами случаев), но сильно пугают пациентов.

Пациенты после анализа-разбора стихотворения Пушкина, характера поэта и линии его жизни, примерив все это к себе, резко меняют свое отношение к навязчивостям, а у многих из них вообще наступает коренное улучшение.

Разумеется, проведение эмоционального стимулирования и внушений ананкастам имеют свои особенности. На фоне обстоятельных занятий, разъяснений и убеждений весьма уместны короткие внушения, произносимые психотерапевтом — (NB) без малейших оттенков дискуссионности (!) — твердо, ритмично, повторно. Технически (риторически, интонационно) важно, чтобы они звучали как бы и здесь, и как бы за кадром, со стороны.

Как и при первом способе ПТнК, анатомо-физиологические позиции психотерапевта и пациента должны располагать последнего к расслабленности и отдыху, а первого — к напряженному труду и при остальных способах ПТнК.

При духовном способе психотерапии на контакте, основанном на вере в Бога, философии, культуре в отличие от первого и второго, психотерапевт как бы меньше всего использует в качестве инструментов воздействия на психику пациента эмоциональные и интеллектуальные факторы, более того, о самом воздействии как бы и говорить не приходится. Оба они — и врач/психолог, и пациент — выступают в роли равноправных партнеров, обсуждающих глубоко интересующие их вопросы бытия, мироздания, философии, культуры, при этом целенаправленно, благодаря незаметному направляющему влиянию первого.

При последнем способе ПТнК психотерапевт может располагаться во втором кресле у журнального столика, и оба они, пациент и психотерапевт, погружаются в глубины обсуждаемой духовной проблемы; при этом, однако, психотерапевт так же, как и пациент, приятно расслаблен, но — как говорится, держа свои руки на рычагах управления процессом терапии — периодически и уместно произносит — как об этом указывалось выше — заготовленные им заранее формулы внушений и установок.

Прекрасным фоном для проведения психотерапии на контакте является участие психотерапевта в туристическом путешествии, спортивном занятии [8, 9], литературном и художественном творчестве пациентов.

Иллюстрацией метода психотерапии на контакте является редкий среди мужчин случай невротической (соматоформной) дисфагии у личности психастенического/тревожного типа.

Больной М., 21 год, студент 4-го курса факультета компьютерных технологий Политехнического университета. Пришел в сопровождении матери, женщины крупной и, как выяснилось в процессе беседы, тревожно-мнительной.

Жалобы: на затруднение глотания обычной пищи на протяжении около двух лет; поперхивание при волевом усилии заставить себя есть, как все. Однажды, когда волевым усилием заставил себя глотать, поперхнулся, после чего испытал сильный болевой спазм в горле, сопровождающийся выраженным затруднением дыхания более минуты. Вынужден был наклониться и выплюнуть оставшуюся во рту пищу, а затем кашлевыми и рвотными движениями освободиться от застрявших в глотке остатков пищи. Был так напуган, что это отбило охоту к повторным «экспериментам».

В последний год ест только манную кашу, которую сам же и варит на молоке, затем перети-

рает ее на мелком ситечке, чтобы не осталось ни одного маленького комочка. Осознавая, что такое однообразное питание может вызвать авитаминоз, недопоступление в организм белков и минералов, пьет в растворенном виде поливитаминные комплексы, периодически вместе с манной кашей перетирает немного куриного или рыбного филе.

Обычно ест один в комнате перед включенным телевизором, что облегчает глотание. Тяготится тем, что не может кушать, как все, т. к. это лишает его возможности выезжать за пределы города, в т. ч. на море, и вообще общаться с друзьями и знакомыми, особенно в праздничной обстановке. Из-за дисфункции глотания он прикован к дому, к кухне, которую оборудовал разнообразными кулинарными принадлежностями для размельчения и перетирания пищи. Последнее, учитывая его трехразовое питание, отнимает у него достаточно много времени. Тяготится этим.

История развития заболевания. Дисфункция глотания возникла около двух лет назад, когда однажды в «Макдоналдсе», куда он впервые зашел со своей подругой, неожиданно поперхнулся с последующим приступом кашля, стенотическим дыханием и чувством сильного сжатия в горле. Чувство сжатия и першения в горле оставалось долго, было трудно говорить. Осиплым голосом, но более жестами он попросил девушку выйти на улицу. Там лучше не стало. Страшась возможного приступа удушья, но испытывая чувство неловкости перед девушкой за свою беспомощность, не знал, как мотивировать свой отказ от дальнейшего проведения вечера. Наконец, решился и сказал ей, что у него, возможно, повторится приступ удушья, поэтому надо срочно ехать домой. Подруга взяла такси и сопроводила его до дверей дома.

Был всесторонне обследован (ЛОР, невролог, нейрохирург, УЗИ, фиброэзофаго-гастроскопия, анализы крови) без обнаружения органической патологии. Получал лечение у невролога (седативные, противотревожные, физиотерапия), но без эффекта. Был на консультации у психотерапевта–женщины, которая во время беседы несколько раз подчеркнула, что он очень мнительный юноша. Это поспешное заключение психотерапевта очень не понравилось пациенту, т. к. не считает себя мнительным, и он отказался от предложенного курса психотерапии, а лекарства уже без эффекта принимал. Потом мать предлагала ему обратиться к одному известному целителю но он отказался, т. к., по его мнению, все целители являются шарлатанами.

История жизни. Со слов матери, в раннем детском возрасте рос болезненным, часто простуживался, кашлял. Несколько раз приходилось вызывать СМП из-за угрожающего отека гортани, но все обходилось посредством терапевтических мер. Затем возникли проблемы с приемом пищи, часто поперхивался едой, боялся кушать. К пяти годам «перерос» эти проблемы, физически окреп. В школе не было проблем с учебой, учился прилежно и успевал отлично. С 6–7 класса увлекся компьютером, но без болезненного пристрастия. Много читал и читает. Посещал физический кружок. Со слов матери, всегда был жалостливым и мягким по характеру, никогда не обижал младших сестер, рос послушным и разумным.

Физический и психический статус и особенности психотерапии.

Пациент высокого роста, астенического телосложения, вес на нижней границе нормы, кожные покровы чистые, лицо слегка румяное, мимика достаточно подвижная и весьма адекватная. В присутствии матери проводилась первая половина консультации, пока нам не стала ясна личность пациента с чертами тревожной мнительности и механизма развития дисфункции навязчивого типа.

Затем, оставшись с пациентом один на один и оценив его достаточно высокий интеллектуальный и эмоционально-волевой потенциал (по оценкам, суждениям, мимическим и другим реакциям), я попытался еще более расположить его к диалогу. Достигалось это, с одной стороны, дружелюбной улыбкой, шуткой и иронией, а с другой — отеческой заботой, справедливостью и строгостью.

Юноша, которого я, в отличие от той неловкой психотерапевтши, никогда не называл так, а только по имени и на Вы, с готовностью принял предложенный стиль отношений. Еще раз, но уже в стиле сократического диалога, прошлись по его животрепещущей проблеме с адаптацией в стиле виртуоза-повара, перетирающего микронные комочки манки. Между прочим, ему было сообщено, что из 20 пациентов с невротической дисфагией 19 — женского пола и почти все истерички. Как же так, М., вы умудрились попасть в эту компанию? Как видно, много думаете о еде, т.к. больше не о чем?

Сохраняя этот стиль, что называется, на грани фола, пациенту была дана исчерпывающая информация о физиологии и психологии еды и глотания. Было подчеркнуто, что центр глотания расположен в продолговатом мозгу (почти в спинном и на муляже показано, где) и он обеспечивает глотание даже тогда, когда человек находится в бессознательном состо-

янии. Если этому человеку влить в рот ложку воды, он — точнее его тело — автоматически глотнет ее. «Вот если вам, к примеру, нанести удар в челюсть, — жестом показываю, как — и вы, потеряв сознание, упадете, а вам – именно вам – вольют в рот ложку воды, что произойдет далее?», — спрашиваю я у М. Пациент, у которого с интеллектом и адекватной оценкой происходящего вокруг все в порядке, без промедления отвечает: «Я, точнее — мое тело — глотнет ее автоматически».

Так что же нарушает акт глотания? То, что под контролем сознания и что обеспечивает поступление жидкости или пищевого комка во вход пищевода — это, в первую очередь, мышцы глотки, языка, шеи. Таким образом, чтобы нормально глотать, надо не мешать автоматике работать, — было сказано пациенту — что вы и делаете, кушая перед телевизором, который отвлекает, а также в отсутствии заботливой и тревожной матери, которая вольно или невольно напоминает о глотании. Надо забыть проблему. Забыл проблему, забыл! Забыл проблему, забыл!

Было проведено пять одночасовых сеансов психотерапии на контакте по второму способу. Пациент располагался в мягком и глубоком кресле с подголовником, я сидел на жестком стуле напротив слева. Психотерапия проводилась в стиле сократического диалога с шутками, иронией, дружескими советами, напутствиями, пронизанными абсолютной уверенностью в том, что пациент освобождается от дисфункции глотания и навязчивого страха подавиться. Было поставлено условие — никаких проб (в стиле непечатной шутки), кушайте, как ели прежде, как будете есть всю оставшуюся жизнь. Автоматика функционирует нормально! Нормально!

На этом и расстались. Через неделю, по моей просьбе, мать втайне от М. сообщила, что у него все нормально, начал много есть.

Три года спустя, готовясь к циклу лекций для врачей по психосоматическим расстройствам, я перебирал в памяти, какой бы клинический случай поинтереснее продемонстрировать интернистам. Полистав рабочий журнал, я нашел телефон М. и позвонил. Поднял трубку он. Сообщил, что женат более двух лет, уже у них есть ребенок. Жизнь, работа, все идет нормально. На мое предложение участвовать в лекции для врачей по проблемам психосоматики ответил согласием без колебаний и даже, как послышалось по интонациям голоса, с удовольствием.

На лекции пациент присутствовал в зале. В конце лекции я предложил врачам задавать вопросы бывшему пациенту. Многие из вопросов оказались довольно каверзными, но пациент отвечал на них аргументировано и солидно. Чувствовалось, что он глубоко разобрался в своей бывшей проблеме с физиологической и психологической стороны, в чем-то даже лучше врачей-курсантов. Признаюсь, такое поведение бывшего пациента, страдавшего в прошлом от дисфункции глотания, во многих случаях трудно поддающейся лечению, не могло не вызывать чувство удовлетворения результатом терапии.

Психотерапия на контакте спонтанно применялась и применяется врачами самых различных специализаций. Здесь мы имеем в виду не общеуспокаивающие и общестимулирующие психотерапевтические воздействия, а только ПТнК, специально направленную на устранение функционально невротических и личностных реакций и расстройств. Приведу два примера подобного рода.

Первый случай касается конверсионных расстройств у истерической личности, нередких посетителей различных врачебных кабинетов территориальных поликлиник.

В 1987 году мне случайно пришлось зайти по делу в кабинет известного и многоопытного фониатра. Ольге Григорьевне М. было далеко за шестьдесят, но, несмотря на некоторую полноту, она сохраняла женственность и была преданным врачебной профессии специалистом. Когда я, осторожно войдя, сказал, сопроводив знаками, что, молча, подожду, не отвлекая внимания ни врача, ни пациентки, фониатр сосредоточенно проводила врачебную процедуру пациентке, учительнице начальных классов с конверсионной афонией. Пациентка совершенно не могла издать ни одного звука, а фониатр, полностью сконцентрировавшись на больной, четко объяснила ей, что сейчас с помощью зеркальца осмотрит состояние ее голосовых связок, а затем проведет с ней оздоровительную процедуру. Она слегка нагрела на расстоянии от спиртовки маленькое горловое зеркальце, проконтролировав температуру нагрева тыльной поверхностью своей руки и предупредив пациентку, что делает это для того, чтобы зеркальце не запотевало, но что боли не будет, что всю процедуру больная хорошо перенесет, очень хорошо. Фониатр и ее пациентка сосредоточенно сотрудничали в определенной степени телесном контакте, естественном при этой процедуре, при этом врач с круглым блестящим отоларингологическим зеркалом на голове, постоянно предупреждала больную, какое ощущение та может испытать, но боли не будет. Не будет! Однако, наряду с общим заботливым материнским то-

ном, интонации О. Г. были и явно императивными. Зная, что осмотр связок гортани гортанным зеркальцем обычно сопровождается весьма неприятными ощущениями, я, тем не менее, не увидел и не услышал, чтобы больная их испытала, что указывало на анестезию, вызванную суггестией в суженном состоянии сознания пациентки.

Осмотрев связки больной, О. Г. удовлетворенно заявила, что есть все основания надеяться на успешный результат. Она попросила пациентку внимательно смотреть на нее и вслушиваться в ее голос. Дальше я наблюдал чудо-исцеление истерической афонии за время не более 10 минут, протекающее в форме дуэта фониатра и пациентки. Приковав на себе все внимание пациентки, фониатр предложила ей тренинг как бы откашливания вслед за нею. Началось с откашливания в форме просто выдоха, где вначале слог «ХА» как бы даже и не звучал, а был просто выдохом, но с 5–6 выдоха звучание слога «ХА» проступало все явственнее. И, наконец, все мы услышали, как больная четко произнесла «ХА». О. Г., которая и так все время подбадривала пациентку, воскликнула «Молодец!», стимулируя ее к четкому повторению слога «ХА» несколько раз. Затем пошли слоги «ХО», «ГА», «ГО», при этом ни о какой речи не упоминалось, а было интенсивное сотрудничество фониатра как ведущей и пациентки как ведомой в своеобразной индукции откашливания, завершающимся четко произносимым слогом, затем еще более четко повторенном пациенткой. Затем под видом того же откашливания пошли двойные и тройные слоги типа «ХА-ХА-ХА», «ХО-ХО-ХО» и т. п. и, наконец, вслед за врачом пациентка четко произнесла «Хорошо», а затем еще несколько раз повторила его вслед за врачом.

Я стоял в углу кабинета, глубоко впечатленный психотерапевтическим действом, произведенным опытным врачом фониатром, которая, как потом выяснилось в нашем с нею разговоре, ничего и не подозревала о проведении ею пациентке сеанса психотерапии на контакте. Она называла подобную процедуру вокальной гимнастикой, тренировкой. Этот способ она разработала сама уже много лет назад. На мое предложение оформить этот ее авторский способ терапии афонии в форме кандидатской диссертации О. Г. ответила, сославшись на возраст, ироничным отказом. В то же время, как явствует из наблюдаемой ситуации, у пациентки, истерической личности с симптомами афонии, фониатр индуцировала специфически суженное сознание и на его фоне реализовала лечебные внушения (NB! в стиле трансфе́ра старых гипнотизеров, о чем мы писали выше), в результате чего пациентка и заговорила.

Второй случай касается психотерапии на контакте, проводимой больному с малопрогредиентной шизофренией в психиатрическом стационаре. Так как психотерапия воздействует на личность и через личность, то у психически больных подобным воздействием можно добиться мобилизации их эмоционально-волевых ресурсов, что создает предпосылки для более успешной биологической терапии и реабилитации пациентов.

Во время профессорского обхода, проводимого в конце восьмидесятых годов минувшего века научным руководителем отделения пограничных состояний и малопрогредиентных форм эндогенных психических заболеваний ВНЦПЗ проф. А. Б. Смулевичем [12], заведующая отделением доложила, что больной, аспирант института физики, вопреки проводимой интенсивной психофармакотерапии высказывает пессимистические мысли, разуверился в том, что его планы в отношении личного вклада в развитие физической науки рушатся, что принимаемые им препараты еще более тормозят мышление, и он настаивает на их отмене, так как понял, что болен неизлечимой психической болезнью — шизофренией.

Здесь необходимо заметить, что обход отличался полной погруженностью профессора в динамику психического состояния каждого больного, по отдельным точным замечаниям/вопросам которого было видно, что всех больных отделения он глубоко изучил, знает, проникся их проблемами и выстроил в отношении каждого из них конкретный план лечения. Вся свита – научные сотрудники (доктора и кандидаты меднаук), аспиранты, врачи отделения, а также иногородние врачи, повышающие квалификацию на рабочем месте, вроде меня, молча наблюдала и запечатлевала все это действо. Иногда профессор уже в коридоре спрашивал/экзаменовал кого-то из аспирантов и врачей, об особенностях клиники, динамики, лечения у только что посещенного в палате больного. Акцент делался на нюансах, азы были известны, разумеется, и самому младшему сотруднику и аспиранту. Серьезный, очень серьезный обход, проводимый в атмосфере большой ответственности за здоровье и судьбу каждого больного.

Вот в этой атмосфере я стал свидетелем диалога больного, аспиранта института физики, с профессором А. Б. Смулевичем. После нескольких фраз и уточняющих замечаний относительно научных проблем аспиран-

та Анатолий Болеславович, что называется, лечебно выругал больного, при этом как бы иронично и сердито заметив, что-де Энштейну позволительно было болеть шизофренией и одновременно быть гением, а нашему аспиранту — нет. «Все зависит от вас, — заметил он в конце короткого и эмоционально насыщенного диалога, — а нам не мешайте лечить вас, в этом случае успех будет обеспечен». У аспиранта отвисла челюсть от неожиданного и вдохновляющего известия, а взгляд засветился надеждой, свита же готова была аплодировать успеху в произведенной мэтром метаморфозе душевного состояния пациента.

Об этом сложном психотерапевтическом приеме: «лечебно выругать больного», впервые — как можно судить по литературе — примененным П. Дюбуа [3], я уже упоминал в своей монографии «Комплексная психотерапия соматоформных расстройств» (П. Дюбуа, 2000, с. 31). Корифеи медицины, в т. ч. психиатрии, не занимаясь специально психотерапией, но обладая призванием лечить и вкладывая себя в это дело, тем не менее временами сталкивались и сталкиваются с негативизмом/сопротивлением больных с проводимым методом терапии. Эмоциональное, неразумное, часто болезненное, сопротивление больных в этих случаях вызывает у врачей возмущение, но поскольку корифеи — это не просто врачи, а наиболее профессиональные, широко и глубоко образованные и, как правило, разносторонне талантливые, то им удается трансформировать свою эмоцию возмущения в весьма доходчивое переубеждение в приемлемой для всех упаковке дружелюбной сердитости, иронии, сожаления. У малопрофессионального врача без призвания подобное возмущение превращается в элементарную грубость, что еще более может затруднить контакт с больным.

Для того, чтобы посредством этого приема добиться терапевтического эффекта, особенно необходим продуктивный контакт, в достижении которого большое значение имеет авторитет врача и — повторяю — харизма, а также его искреннее желание и умение помочь страждущему, что больной (часто интуитивно) видит и слышит по мимике, жестам, интонациям[2]. Если это происходит во время профессорского обхода, то присутствие многочисленной свиты из компетентных и заинтересованных врачей, чьи понимающие взгляды перегружают внимание больного и т. о. рассеивают его, то это неминуемо повышает внушаемость пациента. Хотя способ перегрузки описан М. Эриксоном [16], совершенно очевидно, что он подметил его у цыганок (но на это нигде нет ссылок), которые в разных местностях и странах, как мы неоднократно наблюдали, неизменно пользуются этим способом, которому они обучились, разумеется, не на семинарах-тренингах по т. н. эриксонианскому гипнозу, а у своих прародительниц.

Во всех приводимых клинических иллюстрациях, в т. ч. двух последних, показано, как в, казалось бы, обычных рабочих врачебных ситуациях достигался лечебный эффект, требующий при ином подходе значительно большей затраты времени и сил. Эффект же достигался благодаря сочетанию указанных выше факторов психологического воздействия, благодаря которым индуцировалось специфически суженное сознание у пациента, что и составляет ядро описываемого метода.

В первом клиническом наблюдении мы описали поэтапно и подробно, как необходимо поступать, чтобы создать необходимую ситуацию, благоприятствующую индукции суженного сознания у пациента, при этом имея в виду предрасположенности пациента (психические, физиологические, личностные), без учета которых едва ли возможна эффективная ПТ вообще.

У пациента М. заметна в прошлом предрасположенность к дисфункции глотания, проявившаяся в раннем детском возрасте, а также фиксация внимания по типу навязчивости на этом физиологическом акте. Забытые до поры до времени эти эпизоды дисфункции глотания всплыли в памяти, когда пациент в новой для себя ситуации, в общественном месте да еще в присутствии девушки, поперхнулся и испытал страх задохнуться. Психологическая ситуация в доме вокруг его проблемы, созданная (увы) не нарочно его заботливой и тревожно-мнительной матерью, способствовала фиксации внимания на акте глотания.

Благодаря своим характерологическим особенностям пациент с помощью свойственных ему черт аккуратности, педантизма, преодолевал жизненно важную психофизиологическую проблему, но которые, помогая выжить, никак не развязывали клубка проблемы.

Терапевтические мероприятия, предпринятые неврологом и намечаемые консультантом-психотерапевтом, не соответствовали установкам/ожиданиям пациента — понять,

[2] — На это применительно к основоположнику нозологического направления в психиатрии выдающемуся немецкому психиатру Э. Крепелину, строгому и даже внешне несколько грубоватому, но которого больные любили, весьма точно указал П. Б. Ганнушкин [3].

что с ним происходит, разобраться самому и надежно устранить навязчиво возникающие спазмы в глотке во время еды и даже в преддверии ее.

Предпринятый в данном клиническом случае психотерапевтический подход — уважительное отношение к пациенту, к его стремлению вникать в детали, в нюансы всего, чем приходится заниматься, в том числе, разумеется, и его проблемы, но также и особенно (!) необходимость решительной поддержки в форме не навязанной (но ожидаемой) суггестии — толчка, подобного совершаемому инструктором при парашютном десантировании новичков, позволили быстро и эффективно устранить соматоформную вегетативную дисфункцию глотания, проявляющуюся по типу невротической навязчивой дисфагии.

Расслабленное состояние пациента в мягком и глубоком кресле, а также необходимость смотреть в лицо психотерапевта снизу вверх на протяжении часа не могло не вызывать утомления (кстати, не замечаемого пациентом); на этом фоне неожиданные, короткие, емкие и значимые формулы внушения, произносимые, подобно коротким очередям, но без малейшего намека на дискуссию, на фоне продолжительного диалога о крайне важных для пациента вопросах, тотально поглощающих его внимание — все это не могло не вызывать сужение сознания, на фоне которого внушения реализовались наилучшим образом. При этом, обращаю на это внимание, речь идет о психастеническом пациенте, который, согласно многочисленным научным исследованиям со времен Жане [4] и Павлова [6], относится к группе наименее внушаемых личностей.

При проведени выделенных нами второго и третьего способов психотерапии на контакте целевые терапевтические суггестии должны быть еще более, как сердечник в подкалиберном снаряде, прикрыты терапевтическими когнициями в форме разъяснений и убеждений/переубеждений, а также поглощающими внимание пациента разного рода отвлекающими словами и действиями.

Литература

1. Бернгейм И. О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней [Текст] / И. О. Бернгейм: пер. с франц. – Одесса. – Ч. I – 1887, Ч. II – 1888.
2. Дежерин Ж. Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией [Текст] / Ж. Дежерин, Е. Гокклер; пер. с франц. – М.: Космос, 1912. – 517 с.
3. Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение [Текст] / П. Дюбуа; пер. с франц. – СПб.: К. Л. Риккера, 1912. – 382 с.
4. Жане П. Неврозы / [Текст] / П. Жане; пер. с франц. – Космос, 1911. – 315 с.
5. Конторум С. И. Опыт практической психотерапии [Текст] / С. И. Конторум /под ред. Н. В. Иванова, Д. Е. Мелехова. – 2-е изд. – М., 1962. – 224 с.
6. Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных [Текст] / И. П. Павлов. – М.: Наука, 1973. – 508 с.
7. Prostomolotov V. F. Hipnoza şi derivatele ei în terapie stărilor limitrofe: Elaborări metodice [Text] / V. F. Prostomolotov. – Chişinău: MS RM, 1998. – 36 p.
8. Простомолотов В. Ф. Комплексная психотерапия соматоформных расстройств [Текст] / В. Ф. Простомолотов. – Кишинев: Presa, 2000. – 304 с.
9. Простомолотов В. Ф. Размышления о психотерапии [Текст] / В. Ф. Простомолотов. – Одесса: ВМВ, 2013. – 352 с.
10. Рожнов В. Е. О роли гипноза в психотерапии [Текст] / В. Е Рожнов. // Вопросы психотерапии. – М., 1966. – С. 22–26.
11. Свядощ А. М. Неврозы [Текст] / А. М. Свядощ. – М.: Медицина, 1982. – 308 с.
12. Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния [Текст] / А. Б. Смулевич. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
13. Форель А. Гипнотизм или внушение и психотерапия [Текст] / А. Форель; пер. с нем. – Л.: Образование, 1928. – 304 с.
14. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции [Текст] / З. Фрейд; пер. с нем. – М.: Наука, 1989. – 456 с.
15. Шерток Л. Непознанное в психике человека [Текст] / Л. Шерток; пер. с франц. – М.: 1982. – 312 с.
16. Эриксон М. Семинар с доктором медицины Милтоном Эриксоном: Уроки гипноза [Текст]: пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 316 с.

КЛАСИЧНИЙ МЕТОД «ПСИХОТЕРАПІЯ НА КОНТАКТІ» В ЕМПІРИЧНОМУ ТА ПРОФЕСІЙНОМУ ВИКОНАННІ

В. Ф. Простомолотов
Інститут інноваційної та післядипломної освіти
Одеського національного університету імені І.І. Мечникова

У статті на підставі багаторічних досліджень ефекту психотерапії у працях патріархів, а також на власному великому матеріалі автор обґрунтовує правомірність виділення оригінального методу — «психотерапії на контакті». Складовими елементами методу є глибокий клиницизм,

THE CLASSIC METHOD OF "PSYCHOTHERAPY ON CONTACT" IN THE EMPIRICAL AND PROFESSIONAL PERFORMANCE

V. F. Prostomolotov
Institute of Innovational and Postgraduate Education
of Odessa I. I. Mechnikov national university

The article is based upon years of research of the effect of psychotherapy in the works of the patriarchs as well as his own extensive material, the author proves the legality of an original method called "psychotherapy on contact." The composite elements of the method are deep clinicism,

культура і професійне наведення у пацієнта специфічно звуженої свідомості як основи для реалізації лікувальних установок.

Ключові слова: психотерапевтичний контакт, острах, звужена свідомість, навіювання, особистість.

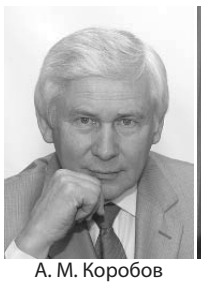
culture and professional suggestion of specifically narrowed consciousness in the patient, as a basis for the implementation of medical sets.

Key words: psychotherapeutic contact, shock, narrowed consciousness, suggestions, personality.

УДК 616.89-008.441.3-085.831

И. К. Сосин

Ю. Ф. Чуев


А. М. Коробов

В. А. Коробов

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОННЫХ МАТРИЦ КОРОБОВА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

И. К. Сосин[1], Ю. Ф. Чуев[1], А. М. Коробов[2], В. А. Коробов[2]
[1]Харьковская медицинская академия последипломного образования
[2]Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. В работе изучены возможности применения фотонных лечебных технологий в комплексной терапии постабстинентного синдрома в клинике опиоидной зависимости для коррекции аффективных, болевых и агрипнических расстройств. Объектом исследования явились 2 группы больных: контрольная группа получала стандартную медикаментозную терапию, основная — комплекс стандартной и фотонной терапии с применением матриц Коробова. Показано, что лечебная эффективность применения фотонных технологий определялась редуцирующим воздействием на алгические и аффективные нарушения, проявлялась снижением степени психологического и физического дискомфорта. Комплексное применение фотонных технологий и стандартной терапии позволяло взаимно потенцировать корригирующие эффекты в отношении ведущих клинических синдромов, что обеспечивало мягкое течение постабстинентного синдрома, сокращение его продолжительности и повышение реабилитационного потенциала пациентов.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, комплексная терапия постабстинентного синдрома, фотонные матрицы Коробова.

Введение

Многолетний опыт работы в наркологии показывает, что длительное и массивное потребление наркологическими больными психоактивных веществ неизбежно приводит к тотальному формированию тяжелых, коморбидных постинтоксикационных расстройств соматического и неврологического спектра. У большинства пациентов развивается синдром астении, общее истощение с системным угнетением функционирования жизненно важных органов, появляются разноплановые алгические стигмы, аффективные и агрипнические нарушения, хронио-септические расстройства, определяются другие визуальные признаки хронической интоксикации [1, 2].

Данная констатация требует после проведения детоксикационной терапии включать в комплексные программы лечения принципиально новые терапевтические подходы, базирующиеся, в том числе, на применении инновационных фотонных технологий, обладающих выраженными эффектами общетерапевтического и лечебно-восстановительного действия. На основе клинического анализа были выявлены «адресные мишени» фотонных технологий при купировании факультативных синдромов и симптомов наркопатологии, которыми являются постинтоксикационные болевые, астенические, психопатологические и соматоневрологические расстройства [3–5].

Целью настоящей работы является адаптация современных фотонных технологий для лечения наркологических заболеваний.

Материалы и методы исследования

Исходя из поставленной цели, в комплексных программах лечения наркологических больных (опиоидная зависимость)

© Сосин И. К., Чуев Ю. Ф., Коробов А. М., Коробов В. А., 2014

на этапе стабилизации ремиссии нами были использованы фотонные матрицы Коробова «Барва-Флекс» с рабочей поверхностью 600х1800 мм, на которой расположены 420 сверхъярких светодиодов (210 светодиодов с излучением в области 650 нм и 210 светодиодов — в области 940 нм). Светодиоды, излучающие в красном (650 нм) и инфракрасном (940 нм) спектральных диапазонах, расположены на матрице в шахматном порядке, эквидистантно, на расстоянии 4 см друг от друга. Мощность излучения каждого светодиода не превышает 2 мВт. Напряжение питания светодиодов составляет 15 В и подается на них через адаптер от сети 220 В. Основание фотонной матрицы, на которой расположены светодиоды, представляет собой специально перфорированную, гибкую прокладку толщиной 5 мм, закрепленную на полуортопедическом матраце. Фотонная матрица устанавливается на стандартной медицинской кушетке. Пациент укладывается спиной на фотонную матрицу, после чего оператор включает режим светодиодного освещения (рис. 1). Продолжительность процедуры составляет 30 минут, один раз в день; курсовое лечение — 10–14 ежедневных процедур.

Были обобщены результаты комплексного лечения (32 больных опиоидной зависимостью, все мужчины) с применением фотонных технологий соматических, неврологических, алгических, хрониосептических, астено-депрессивных генерализированных последствий наркотической интоксикации. В контрольной группе исследования (22 больных опиоидной зависимостью) в терапевтических программах использовались традиционные лечебные стандарты с применением медикаментозных методов (инфузионная терапия, витаминотерапия, кардиопротекторы, гепатопротекторы, антиконвульсанты).

У всех больных определялась сформировавшаяся клиническая картина опиоидной зависимости, включавшая психическую и физическую зависимость, синдром лишения, высокую толерантность, соматические, неврологические и психопатологические последствия хронической интоксикации. Длительность заболевания варьировала от 2 до 10 лет. Как известно, после купирования острых расстройств в клинике синдрома отмены больные начинают жаловаться на состояние слабости, вялости, явления общего психофизиологического дискомфорта, депрессивные нарушения, болевые расстройства. В наркологии этот клинический феномен рубрифицируется как постабстинентный синдром, а вопросы его те-

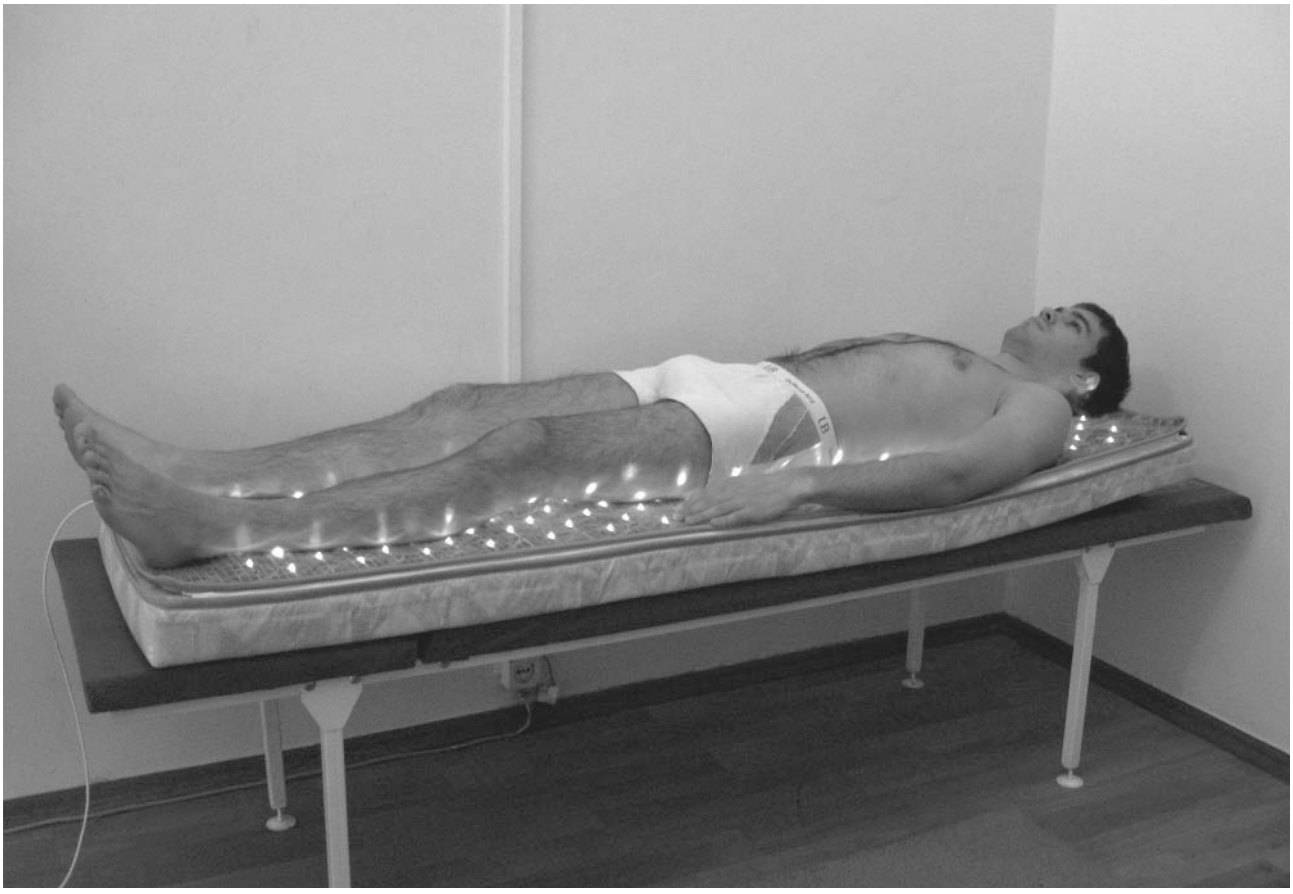


Рис. 1. Фотонная матрица Коробова «Барва-Флекс/КИК 420»

рапевтической коррекции являются одной из самых сложных проблем современной наркологической практики.

Для контроля за течением постабстинентного синдрома использовались индивидуальные карты динамического наблюдения, в которые были включены наиболее информативные и часто встречающиеся при этих состояниях симптомы. При оценке спектра терапевтической активности инновационного комплекса на основе фотонных технологий использовались шкалы оценки психопатологических и соматовегетативных проявлений в структуре опийного абстинентного синдрома (4-балльная шкала), шкала общего клинического впечатления.

Клиническое исследование проводилось с использованием специально разработанного Протокола, максимально отвечающего международным требованиям GCP. Протокол включал в себя информированное согласие пациента на участие в запланированном клиническом исследовании и подтверждение исследователем такого согласия. С каждым пациентом предварительно была проведена беседа с объяснением цели исследования, разъяснением механизма действия фотонной терапии, информированием об эффектах лечения, а также о длительности исследования.

Обследование больных осуществлялось в 1-й день применения фотонных технологий лечения, а в дальнейшем на 2-й, 3-й и 5-й дни, которые были наиболее информативны по динамике, глубине и структуре редукции постабстинентной патологии.

Фотонная терапия проводилась по общепринятой схеме. Воздействию подвергались сегментарные, местные и локальные зоны, где топографически расположены группы точек акупунктуры соответствующих (VII, XIII) меридианов, традиционно используемых при лечении вышеназванных патологических расстройств. Также фотонному воздействию подвергались следующие рефлексогенные зоны и поля: зона каротидного синуса, шейно-воротниковая зона, зона чревного (солнечного) сплетения, зона торакально-люмбального перехода позвоночного столба и пояснично-крестцовая зона.

Результаты исследований и их обсуждение

Анализ наблюдений в основной и контрольной группах показал достоверное снижение и нормализацию гомеостатических параметров после курсового лечения с применением фототерапии (тахикардия, одышка, гипертензия, жалобы на головную боль, головокружение (табл. 1).

Таблица 1

Динамика гомеостатических показателей в ходе терапии в основной и контрольной группах

Симптомы	Дни лечения	Основная группа	Контрольная группа
Частота пульса	1	95,40±3,10	96,70±3,20
	3	85,60±1,10	89,60±1,20*
	5	83,90±1,20	87,40±2,10*
Одышка	1	25,30±1,10	24,90±1,20
	3	21,20±1,20	22,88±1,30
	5	18,60±1,10	20,80±1,40*
Систолическое	1	161,30±1,69	164,00±3,03
	3	136,30±1,86	150,90±2,87*
	5	122,20±1,92	129,70±2,01*
Диастолическое	1	102,20±2,52	88,60±1,77
	3	108,00±2,19	97,40±1,55*
	5	87,50±2,02	94,40±2,12*

Примечание: результаты представлены по схеме: среднее значение ± доверительный интервал; * — $p < 0,05$

Применение курсовой фотонной терапии (до 6–8 процедур) соматоневрологических расстройств постинтоксикационного генеза приводило к заметной редукции болевых ощущений и явлений общего дискомфорта. Имело место восстановление сна, аппетита, нормализация аффективного статуса, гомеостатических показателей, улучшение общего состояния больного (табл. 2).

После проведенного курсового лечения больные сообщали об улучшении общего самочувствия, нормализации настроения, уменьшении явлений астении. Наблюдалось уменьшение явлений тревоги, отмечалась тенденция к нормализации сна и аппетита. В последующие дни нормализовалось общее самочувствие больных, исчезали жалобы на слабость и повышенную утомляемость, вялость, редуцировалась эмоциональная лабильность, психический и физический дискомфорт. Эти симптомы сменялись чувством успокоенности, уверенности в себе, снижа-

Таблица 2

Динамика ключевых психопатологических и соматоневрологических проявлений в структуре постабстинентного синдрома в процессе терапии в основной и контрольной группах

Симптомы	Дни лечения	Основная группа	Контрольная группа
1. Депрессия	1	4,64±0,23	4,96±0,17
	2	3,26±0,22	5,14±0,17***
	3	2,35±0,15	4,19±0,17***
	5	2,37±0,15	3,70±0,17***
2. Болевые расстройства	1	5,42±0,22	5,82±0,26
	2	4,09±0,35	7,36±0,26***
	3	3,42±0,24	6,16±0,25***
	5	1,83±0,24	4,43±0,36***
3. Инсомнические расстройства	1	2,48±0,07	2,63±0,12
	2	3,02±0,08	2,92±0,04
	3	1,66±0,07	2,66±0,04***
	5	1,32±0,07	2,14±0,04***
4. Дисфория	1	2,08±0,12	2,53±0,08
	2	1,56±0,12	2,76±0,05***
	3	1,06±0,06	2,45±0,08***
	5	0,62±0,17	1,48±0,07***
5. Анорексия	1	3,56±0,36	2,81±0,37
	2	1,67±0,35	4,77±0,37***
	3	1,15±0,24	3,17±0,38***
	5	0,82±0,12	1,94±0,26***
6.Диспептические расстройства	1	3,33±0,36	2,45±0,38
	2	1,86±0,35	4,82±0,38***
	3	1,33±0,24	3,00±0,26**
	5	0,58±0,12	1,55±0,26**

лась интенсивность влечения к наркотическим веществам, происходила окончательная нормализация сна и аппетита, стабилизация основных гомеостатических параметров.

Выводы

Результаты проведенного исследования показали, что включение фотонных технологий в комплексные схемы лечения оказывает положительное действие на психопатологическую, соматовегетативную и неврологическую симптоматику, позволяет добиться более выраженного и быстрого улучшения и значительно оптимизировать терапевтические подходы. Полученные в ходе исследования данные позволяют утверждать, что применение фотонных технологий заслуживает дальнейшего изучения с целью использования в комплексных программах лечения постабстинентного синдрома в клинике опиоидной зависимости.

Литература

1. Овчаренко Н. А. Медико-социальные проблемы опиоидной зависимости: монография [Текст] / Н. А. Овчаренко, И. К. Сосин, Л. Л. Пинский, В. Д. Мишиев / под. редакцией д. м. н. Н. А. Овчаренко. – Луганск: «Промпечать», 2013. – 286 с.

2. Дворяк С. В. Лікування опіоїдної залежності агоністами опіоїдів Навчально-методичний посібник [Текст] / С. В. Дворяк. – Київ, 2012. – 286 с.

3. Дронова Т. Г. Фотогемотерапия в наркологии [Текст] / Т. Г. Дронова, В. И. Карандашов. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 152 с.

4. Сосин И. К. Лазерная терапия в наркологии [Текст] / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Современные аспекты лазерной терапии / под ред. В. Д. Попова — Черкассы: Вертикаль, 2011. — С. 472–526

5. Чуев Ю. Ф. Концепция дифференцированного применения в наркологии лечебных эффектов низкоинтенсивного лазерного излучения / [Текст] / Ю. Ф. Чуев // Фотобіологія та фотомедицина. – № 3–4, 2010. – С. 26–31.

ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОННИХ МАТРИЦЬ КОРОБОВА В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМУ ПРИ ОПІОЇДНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

І. К. Сосин[1], Ю. Ф. Чуєв[1], А. М. Коробов[2], В. А. Коробов[2]
[1]Харківська медична академія післядипломної освіти
[2]Харьківський національний університет імені В. Н. Каразина

У роботі досліджено можливості застосування фотонних лікувальних технологій в комплексній терапії постабстинентного синдрому в клініці опіоїдної залежності для корекції афективних, больових і агрипнических розладів. Об'єктом дослідження були 2 групи хворих: контрольна група отримувала стандартну медикаментозну терапію, основна — комплекс стандартної і фотонної терапії із застосуванням матриць Коробова. Показано, що лікувальна ефективність поєднаного застосування фотонних технологій визначалася редуцируючим впливом на алгичні та афективні порушення, виявлялася зниженням ступеня психологічного і фізичного дискомфорту. Комплексне застосування фотонних технологій і стандартної терапії дозволяло взаємно потенціювати коригуючі ефекти щодо провідних клінічних синдромів, що забезпечувало м'яке проходження постабстинентного синдрому, скорочення його тривалості та підвищення реабілітаційного потенціалу пацієнтів.

Ключові слова: опіоїдна залежність, комплексна терапія постабстинентного синдрому, фотонні матриці Коробова.

APPLICATION OF KOROBOV'S PHOTON MATRIXES IN THE TREATMENT OF POST-ABSTINENT SYNDROME IN OPIOID DEPENDENCE

I. K. Sosin[1], Y. F. Chuev[1], A. M. Korobov[2], V. A. Korobov[2]
[1]Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
[2]V. N. Karazin Kharkiv National University

The work examines the opportunities of photon therapeutic technologies in the treatment of post-abstinent syndrome in the clinic of opioid dependence for the correction of affective, painful and agripnic disorders. The objects of the study were 2 patient groups: the control group received standard medical therapy, the main group — a standard and photon therapy complex using Korobov's matrixes. It is shown that the therapeutic efficacy of photon technologies was determined by the reducing effects on algic and affective disorders and manifested by a declining degree of psychological and physical discomfort. Integrated use of photon technologies and standard therapy allowed to mutually potentiate the correcting effects in respect of the major clinical syndromes which provided soft course of post-abstinent syndrome, reduction of its duration and improvement of rehabilitation capacity of the patients.

Key words: opioid dependence, complex therapy of post-abstinent syndrome, Korobov's matrixes.

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 нейронаук, 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 приписку «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 відкриту 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, надстрочними 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 абревіатури при першому згадуванні повинні бути розкриті, окрім загальноприйнятих скорочень.

Електроний варіант відправляється на електроному 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 и JPEG 300 dpi (для кольорових ілюстрацій) і 600 dpi (для чорно-білих). Графічний матеріал може бути також виконаним у програмах Exel, 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, видавництво, 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 можно одержати на сайті журналу: http://www. psychiatry-neurology. org або по тел.: 057 -705-11-71

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

в международном научно-практическом журнале
«Психиатрия, неврология и медицинская психология»

В международном научно-практическом журнале «Психиатрия, неврология и медицинская психология» публикуются проблемные статьи, результаты оригинальных и экспериментальных исследований, статьи обзорного, дискуссионного и исторического характера, краткие сообщения, лекции, рецензии, случаи из практики, материалы информационного характера, работы по вопросам преподавания нейронаук, организации и управления психоневрологической службой и другие материалы, посвященные актуальным проблемам клинической и судебной психиатрии, наркологии, неврологии, медицинской психологии, а также психотерапии, фармакотерапии и др.

Редакционная коллегия журнала принимает к рассмотрению статьи, которые соответствуют тематике журнала и нижеприведенным требованиям:

1. Работы, которые не публиковались и не подавались к печати ранее.

2. Оригинал работы подается в редакцию на украинском, русском или английском языках.

3. Статья присылается в редакцию в двух экземплярах, один экземпляр должен быть подписан всеми авторами или одним из них, который берет на себя ответственность и ставит подпись с припиской «согласовано со всеми соавторами». Робота сопровождается официальным направлением, завизированным подписью руководителя и печатью учреждения, где выполнена работа, а для отечественных авторов также экспертным заключением, позволяющим открытую публикацию, и заключением комиссии по биоэтике учреждения, где выполнена работа. Статьи диссертантов должны иметь визу научного руководителя. К статьям, выполненным по личной инициативе автора, должно прилагаться письмо с просьбой о публикации. К статье на отдельном листе прилагаются сведения об авторах, которые включают ученое звание, научную степень, фамилию, имя и отчество (полностью), место работы и должность, которую занимает автор, адрес для переписки, номера контактных телефонов и факсов, e-mail.

4. Материал статьи излагается по следующей схеме:

а) индекс УДК (статьи без УДК не рассматриваются);

б) название статьи;

в) инициалы и фамилия автора (авторов);

г) полное название учреждения, где выполнена работа;

д) три резюме — на украинском, русском и английском языках, объемом не менее 500 печатных знаков каждое. Каждое резюме обязательно должно сопровождаться инициалами и фамилией автора (авторов), названием статьи, официальным названием учреждения и ключевыми словами на соответствующем языке (от 3 до 10) (если авторы работают в разных организациях, необходимо привести все названия и адреса, надстрочными арабскими цифрами обозначается соответствие учреждений, где работают авторы).

5. В экспериментальных статьях и результатах оригинальных исследований обозначаются следующие разделы: вступление (с обоснованием актуальности), цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждения, выводы, литература.

В кратких сообщениях данные разделы не приводятся.

6. Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, лекций и обзоров — 20, кратких сообщений — 5, рецензий — 3 страниц.

7. Текст набирается в текстовом редакторе Microsoft Word, печатается шрифтом «Times New Roman», формат А4, кегль 14 пунктов через 1,5 интервала, ширина полей: левого, верхнего и нижнего по 2 см, правого — 1 см и сохраняется в файлах форматов Word 6.0/95 for Windows или RTF (Reach Text Format). Страница текста должна содержать не более 32 строк по 64 знака в строке. Все аббревиатуры при первом упоминании должны быть раскрыты, кроме общепринятых сокращений.

Электронный вариант отправляется на электронном носителе или по электронной почте (e-mail: journal@psychiatry-neurology.org). Имя файла создается по фамилии первого автора (иванов.doc, ivanov.doc). Иллюстрации — отдельными файлами в графическом редакторе.

8. Иллюстрации — файлы в формате TIF и JPEG 300 dpi (для цветных иллюстраций) и 600 dpi (для черно-белых). Графический материал может быть также выполнен в программах Exel, MS Graph и подан в отдельных файлах соответствующих форматов, а также в форматах TIF, CDR или EPS.

9. Таблицы должны быть компактными, иметь названия, соответствующие содержанию. На все рисунки и таблицы в тексте должны быть ссылки.

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, № 2 (2)

(Укр., рос. та англ. мовами)

Комп'ютерне верстання Г. Баранова

Підписано до друку 27.06.14 р. Формат 60х84/8.
Папір крейдяний. Друк офсетний.
Гарнітура Myriad.
Ум. друк. арк. 12,6. Обл.-вид. арк. 14,7.
Тираж 500 пр. Зам. № . 405-/0+/2, Ціна 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 № 24800000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, к. 137
тел. (057) 778-60-34; e-mail:bookfabrik@rambler.ru