

ISSN 2411-166X (Online)

ISSN 2312-5675 (Print)



# Психіатрія, неврологія та медична психологія

Міжнародний науково-практичний журнал

Психиатрия, неврология  
и медицинская психология  
Международный научно-практический журнал

Psychiatry, Neurology  
and Medical Psychology  
International scientific and practical journal



Том 2  
№ 1 (3)  
2015

ISSN 2411-166X (Online)

ISSN 2312-5675 (Print)



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

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

Міжнародний  
науково-практичний журнал

**Том 2, № 1 (3)**

Заснований 2014 р.

Харків  
2015

## 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)

## 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)

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

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

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

**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)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**М. М. 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. Бехтерева, Росія)

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

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

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

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

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

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

**О. А. Скороμεць** — д.мед.н., професор, академік ЕА АМН, член-кор. РАМН (Перший Санкт-Петербурзький державний 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** — PhD (Клініка внутрішньої медицини, Швейцарія)

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

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

**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)

**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 №14 від 28 грудня 2015 р.)

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

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

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України у галузі психологічних наук (наказ МОН України № 747 від 13.07.2015)

**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, 2015

## 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)

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

## 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** — PhD (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)

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

**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** — PhD (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)

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

**O. F. Ivanova** — MD (V. N. Karazin Kharkiv National 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)

**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** — PhD (V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine) — executive editor

**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)

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

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

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

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

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

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

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

**S. V. Rimsha** — MD, Professor (N. I. Pirogov 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. 14, 28.12.2015)

All articles have been reviewed.

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

The magazine is in the list of scientific specialized publications of Ukraine  
in the field of psychological sciences

(the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine № 747 from 13.07.2015)

**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, 2015

## 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)

## 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)

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

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

**О. Ф. Иванова** — д.психол.н. (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, 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. Краж** — 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** — MD, PhD (Институт социальной эстетики и психического здоровья, Университет имени Зигмунда Фрейда, Австрия)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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 психиатрии и наркологии МЗ Украины, Украина)

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

**В. З. Ротшильд-Варибрус** — к.мед.н. (Ротшильд-Варибрус 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 медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Россия)

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

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

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

**М. Фрицше** — PhD (Клиника внутренней медицины, Швейцария)

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

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

**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)

**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 №14 от 28 декабря 2015 г.)

Все статьи прошли внутреннее и внешнее рецензирование.

Свидетельство государственной регистрации КВ №20696–10496Р от 17.04.2014

Журнал включен в перечень научных специализированных изданий Украины в области психологических наук (приказ МОН Украины № 747 от 13.07.2015)

**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, 2015

---

# ПСИХІАТРІЯ

---

- 10** **ТИПИ ОСОБИСТІСНИХ ПРОФІЛІВ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ**  
К. В. Аймедов, Г. В. Морванюк
- ТИПЫ ЛИЧНОСТНЫХ ПРОФИЛЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ  
К. В. Аймедов, Г. В. Морванюк
- TYPES OF PERSONALITY PROFILES OF MEN AND WOMEN SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA  
K. V. Aymedov, G. V. Morvanyuk
- 14** **ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**  
В. И. Вовк
- ВИЛ-ІНФЕКЦІЯ: ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ  
В. І. Вовк
- HIV: PSYCHOCORRECTIONAL EVENTS  
V. I. Vovk
- 19** **РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ И ПАРАСУИЦИДОМ В ФОРМЕ НАМЕРЕННОГО НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА АММОНА (ISTA)**  
М. Е. Водка
- РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ АГРЕСИВНОСТІ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ, ВТРАТОЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ ТА ПАРАСУЇЦИДОМ У ФОРМІ НАВМИСНОГО НЕСУЇЦИДАЛЬНОГО САМОУШКОДЖЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА АММОНА (ISTA)  
М. Є. Водка
- RESULTS OF STUDY OF AGGRESSIVENESS IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDER, HISTORY OF MISCARRIEAGE AND PARA-SUICIDE BY WAY OF INTENTIONAL NON-SUICIDAL SELF-INJURY USING I-STRUCTURAL TEST OF AMMON (ISTA)  
M. E. Vodka
- 24** **СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ, КОРЕКЦІЮ ТА ПРОФІЛАКТИКУ СОЦІАЛІЗОВАНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ**  
М. М. Дюженко
- СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ, КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ  
М. М. Дюженко
- MODERN CONCEPTS OF CONDUCT DISORDER IN ADOLESCENTS DIAGNOSTICS, CORRECTION AND PREVENTION  
M. M. Dyuzhenko
- 30** **ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ АРАНЖИРОВКИ АФФЕКТИВНО-БРЕДОВЫХ СИНДРОМОВ В ПСИХОГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ И ИХ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ НАПОЛНЕНИЕ ПО ДАННЫМ PANSS**  
А. Г. Лисконог
- ВАРИАНТИ КЛІНІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ АФЕКТИВНО-МАЯЧНИХ СИНДРОМІВ У ПСИХОГЕРОНТОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ ТА ЇХНЕ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНЕ НАПОВНЕННЯ ЗА ДАНИМИ PANSS  
А. Г. Лісконог
- VARIANTS OF CLINICAL ARRANGEMENT OF AFFECTIVE-DELUSIONAL SYNDROMS IN PSYCHOGERONTOLOGY AND THE CLINIC-PSYCHOPATHOLOGICAL CONTENT DUE TO DATA OF PANSS  
A. G. Liskonog
-

- 36**      **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ  
НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ДИФУЗНОГО НЕТОКСИЧНОГО ЗОБУ**  
Т. М. Матковська
- ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ КАК  
ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО  
НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА  
Т. Н. Матковская
- SOME PECULIARITIES IN THE MENTAL HEALTH STATUS OF CHILDREN  
WITH NONTOXIC DIFFUSE GOITER AS A SIGN OF UNFAVORABLE  
COURSE  
Т. М. Matkovska
- 41**      **РАНЖУВАННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ЧИННИКІВ У ОСІБ, ТИМЧАСОВО  
ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ**  
А. І. Хімчян, Г. О. Суворова-Григорович
- РАНЖИРОВАНИЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ У ЛИЦ,  
ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ АТО, СТРАДАЮЩИХ  
НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
А. И. Химчян, А. А. Суворова-Григорович
- RANKING OF PSYCHOGENIC FACTORS IN PERSONS TEMPORARILY  
DISPLACED FROM THE AREA OF COUNTER-TERRORISM OPERATION  
SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDERS  
A. I. Himchan, A. A. Suvorova-Grigorovich

## НЕВРОЛОГІЯ

---

- 45**      **НЕЙРОФІБРОМАТОЗ В НЕВРОЛОГІЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (С ОПИСАНИЕМ  
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НЕЙРОФІБРОМАТОЗА ВТОРОГО ТИПА)**  
А. М. Островский
- НЕЙРОФІБРОМАТОЗ У НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ (З ОПИСОМ  
КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ ДРУГОГО ТИПУ)  
А. М. Островський
- NEUROFIBROMATOSIS IN NEUROLOGICAL PRACTICE (DESCRIPTION  
OF A CLINICAL CASE OF NEUROFIBROMATOSIS 2ND TYPE)  
A. M. Ostrovsky
- 50**      **HYDROCEPHALUS FROM PAST TO NOWADAYS**  
V. I. Ponomaryov, O. Yu. Merkulova
- ГИДРОЦЕФАЛИЯ ОТ ПРОШЛОГО К НАСТОЯЩЕМУ  
В. И. Пономарёв, О. Ю. Меркулова
- ГІДРОЦЕФАЛІЯ ВІД МИНУЛОГО ДО СЬОГОДЕННЯ  
В. І. Пономарьов, О. Ю. Меркулова
- 63**      **КЛІНІЧНІ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ЗМІНИ ПРИ ЗЛОВЖИВАННІ  
ПРЕПАРАТАМИ ЕФЕДРИНОПОДІБНОЇ ДІЇ**  
Ю. В. Северин
- КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ  
ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ЭФЕДРИНОПОДОБНОГО  
ДЕЙСТВИЯ  
Ю. В. Северин
- CLINICAL AND NEUROIMAGING CHANGES IN EPHEDRINE ABUSERS  
Iu. V. Severyn
-

---

**68 К ВОПРОСУ О СПОНДИЛОГЕННО-ВЕНОЗНОЙ ЛЮМБОИШИАЛГИИ**

Д. Г. Смолко, К. Т. Алиев, Г. В. Пономарёв, А. А. Скоромец

ДО ПИТАННЯ ПРО СПОНДИЛОГЕННО-ВЕНОЗНУ ЛЮМБОИШИАЛГІЮ  
Д. Г. Смолко, К. Т. Алієв, Г. В. Пономарьов, О. А. Скоромець

ABOUT THE SPONDYLOGENIC-VEINOUS LUMBOISHIALGIA  
D. G. Smolko, K. T. Aliev, G. V. Ponomaryov, A. A. Skoromets

---

## **НАРКОЛОГИЯ**

**75 ДИНАМІКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ ТА ПОШИРЕНІСТЮ  
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ ТА ІНШИХ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН  
В УКРАЇНІ ЗА 1999–2013 рр.**

Л. М. Маркозова, І. В. Лінський, О. В. Бараненко

ДИНАМИКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ  
И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ  
И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В УКРАИНЕ ЗА 1999–2013 гг.  
Л. М. Маркозова, И. В. Линский, А. В. Бараненко

THE INTERCONNECTION DYNAMICS BETWEEN INCIDENCE  
AND PREVALENCE OF ALCOHOL DEPENDENCE AND OTHER  
PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN UKRAINE IN 1999-2013 YEARS  
L. M. Markozova, I. V. Linsky, A. V. Baranenko

---

## **МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ**

**79 FEATURES OF EMOTIONAL DISORDERS IN STUDENTS WITH DISORDERS OF THE  
CARDIOVASCULAR SYSTEM**

Т. А. Алиева, Н. Н. Бурдун

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ  
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ  
Т. А. Алиева, Н. Н. Бурдун

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У СТУДЕНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-  
СУДИННИМИ ПОРУШЕННЯМИ  
Т. А. Алієва, Н. М. Бурдун

**83 DISORDERS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH IMPAIRED  
THE LOCOMOTOR SYSTEM**

А. А. Galachenko

РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ  
С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА  
А. А. Галаченко

РОЗЛАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ  
З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ  
О. О. Галаченко

**86 ПРОБЛЕМА АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ  
ЗАКЛАДІВ І–ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ ДО РОБОТИ НА ПЕРВИННИХ ПОСАДАХ  
У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ**

О. В. Гришняева

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ  
ЗАВЕДЕНИЙ I–II УРОВНЕЙ АККРЕДИТАЦИИ К РАБОТЕ НА  
ПЕРВИЧНЫХ ДОЛЖНОСТЯХ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ  
УЧРЕЖДЕНИЯХ  
Е. В. Гришняева

---



THE PROBLEM OF ADAPTATION OF STUDENTS IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS AND II LEVELS OF ACCREDITATION TO WORK IN POSITIONS IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS  
E. V. Grishnjaeva

**91**      **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИРОДЕ ТЕМПЕРАМЕНТА, ЕГО СТРУКТУРЕ И СВОЙСТВАХ**

Б. К. Пашнев

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПРИРОДУ ТЕМПЕРАМЕНТУ, ЙОГО СТРУКТУРУ І ВЛАСТИВОСТІ  
Б. К. Пашнєв

MODERN IDEAS ABOUT THE NATURE OF TEMPERAMENT, STRUCTURE AND PROPERTIES  
B. K. Pashnev

**103**      **ВИЗНАЧЕННЯ МІШЕНЕЙ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НА МОМЕНТ ПРОХОДЖЕННЯ СЛУЖБИ**

Р. П. Шевченко

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИШЕНЕЙ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА МОМЕНТ ПРОХОЖДЕНИЯ СЛУЖБЫ  
Р. П. Шевченко

TARGET DETECTION OF PSYCHOCORRECTION IN MILITARY MEN SAFERING FROM NEUROTIC DISORDERS  
R. P. Schevchenko

**109**      **ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ПІДПОРОГОВИХ ВІЗУАЛЬНИХ ВЕРБАЛЬНИХ СТИМУЛІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЕМОЦІЙНОЇ ЗНАЧУЩОСТІ**

Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський, О. О. Бородавко, М. М. Денисенко

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПОДПОРОГОВЫХ ВИЗУАЛЬНЫХ ВЕРБАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ  
Л. Ф. Шестопалова, И. В. Линский, О. А. Бородавко, М. М. Денисенко

FEATURES OF PERCEPTION OF SUBLIMINAL VISUAL VERBAL STIMULI WITH DIFFERENT LEVELS OF EMOTIONAL SIGNIFICANCE  
L. F. Shestopalova, I. V. Lynskyy, O. A. Borodavko, M. M. Denisenko

## ТЕРАПІЯ

---

**115**      **BASIC CRITERIA OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS AFFECTIVE AND NEUROTIC REGISTERS IN UNIVERSITY STUDENTS**

I. D. Vashkite

БАЗОВЫЕ КРИТЕРИИ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ АФЕКТИВНОГО И НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРОВ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ  
И. Д. Вашките

БАЗОВІ КРИТЕРІЇ КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ АФЕКТИВНОГО ТА НЕВРОТИЧНОГО РЕГІСТРІВ У СТУДЕНТІВ ВНЗ  
І. Д. Вашкіте

- 119 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «АРМАДИН» У ПАЦИЕНТОВ С СОСТОЯНИЕМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ**  
В. И. Пономарёв, В. В. Слюсарь, Д. Н. Волошина, Д. В. Лебединец, В. И. Вовк
- КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «АРМАДІН» У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАНОМ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ  
В. І. Пономарьов, В. В. Слюсар, Д. М. Волошина, Д. В. Лебединець, В. І. Вовк
- CLINICAL EFFICACY "ARMADIN" IN PATIENTS WITH THE CONDITION OF ALCOHOL WITHDRAWAL  
V. I. Ponomaryov, V. V. Slyusar, D. M. Voloshina, D. V. Lebedynets, V. I. Vovk
- 126 КАЧЕСТВО БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОНТУРЕ МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ И ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ С ПСИХАСТЕНИЧЕСКИМ ТИПОМ ЛИЧНОСТИ В ПОВТОРНОЙ СЕРИИ СЕАНСОВ**  
А. А. Рубан, А. А. Винокурова, С. А. С. Белал, А. В. Мартыненко, Н. И. Яблчанский
- ЯКІСТЬ БІОЛОГІЧНОГО ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ В КОНТУРІ МЕТРОНОМІЗОВАНОГО ДИХАННЯ ТА ПАРАМЕТРІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЗДОРОВИХ ДОБРОВОЛЬЦІВ З ПСИХАСТЕНІЧНИМ ТИПОМ ОСОБИСТОСТІ В ПОВТОРНІЙ СЕРІЇ СЕАНСІВ  
А. А. Рубан, А. О. Винокурова, С. А. С. Белал, О. В. Мартиненко, М. І. Яблчанський
- QUALITY OF BIOFEEDBACK IN THE LOOP OF PACED BREATHING AND HEART RATE VARIABILITY PARAMETERS IN HEALTHY VOLUNTEERS WITH PSYCHASTHENIC PERSONALITY TYPE IN REPEATED SERIES OF SESSIONS  
A. A. Ruban, A. A. Vynokurova, S. A. S. Belal, O. V. Martynenko, N. I. Yabluchanskiy

## ІСТОРІЯ

- 131 ДО 210-РІЧЧЯ ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ. ОСОБИСТІТЬ В. Н. КАРАЗИНА: СПРОБА ПСИХОБІОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**  
О. І. Вовк
- К 210-ЛЕТІЮ ХАРЬКОВСКОГО УНІВЕРСИТЕТА. ЛИЧНОСТЬ В. Н. КАРАЗИНА: ПОПЫТКА ПСИХОБИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ  
О. И. Вовк
- TO THE 210TH ANNIVERSARY OF KHARKIV UNIVERSITY. THE PERSONALITY OF V. N. KARAZIN: THE ATTEMPT OF PSYCHOBIOGRAPHICAL RESEARCH  
O. I. Vovk

**140 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ**

**141 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ**

**142 SUBMISSION GUIDELINES**

УДК 616.895.8-071-055



К. В. Аймедов

Г. В. Морванюк

## ТИПИ ОСОБИСТІСНИХ ПРОФІЛІВ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

К. В. Аймедов<sup>1</sup>, Г. В. Морванюк<sup>2</sup><sup>1</sup> Одеський національний медичний університет<sup>2</sup> КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я»

**Анотація.** У статті розглядаються індивідуально-психологічні особливості чоловіків та жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії (ПФШ). Наведено профілі особистості, що були виявлені в результаті аналізу результатів психодіагностичного обстеження пацієнтів з параноїдною формою шизофренії. Більшість пацієнтів мали психотичний, неврастенічний або гіпотимічний варіанти профілю. Результати дослідження треба враховувати при організації комплексних терапевтичних заходів для хворих на ПФШ.

**Ключові слова:** типи особистісних профілів, параноїдна форма шизофренії, чоловіки, жінки.

### Вступ

У психіатрії гендерні відмінності досить чітко виступають не лише в таких хворобах, як депресії, фобії, панічні атаки, афективні розлади, адиктивні залежності, а й під час дослідження шизофренії [1]. Психіатри-дослідники шизофренії вважають, що чоловіки, на відміну від жінок, починають хворіти раніше, мають більш низький рівень преморбідного функціонування, гірші когнітивні показники, а також деякі відмінності у структурних та функціональних порушеннях мозку [2, 3]. Під час дослідження гендерного аспекту психофармакотерапії неможливо не враховувати той факт, що знання про шизофренію у більшості випадків обґрунтовані шляхом моніторингу випадків хвороби у чоловіків, до того ж гендерні відмінності під час психофармакотерапії взагалі ігноруються [4-6].

### Мета дослідження

Дослідження гендерного підходу в комплексній психофармакотерапії параноїдної форми шизофренії.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проходило протягом 2010–2015 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». У ході дослідження було обстежено 203 хворих на параноїдну форму шизофренії.

Критеріями включення до груп дослідження були:

- наявність у хворих встановленого діагнозу параноїдної шизофренії (F20.0);
- термін захворювання від встановлення діагнозу складав більше ніж 1 рік;
- хворі, які лікувалися 2 та більше разів;
- хворі, які усвідомлювали зміст пропонованих методик, були в змозі їх виконати;
- відсутність у хворих тяжких соматичних захворювань;
- письмова згода хворих на проведення дослідження.

На основі наведених критеріїв до участі було включено 167 хворих на параноїдну форму шизофренії. Усі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок – групу два (Г2). Умови проведення роботи відповідають загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, інтересів особистості учасників дослідження. Хворі та їх родичі були поінформовані про тему, мету та методи цього дослідження.

На етапі включення хворих до участі у дослідженні обстежуваним роз'яснювались методики, за якими вони будуть проходити тестування, отримувалась письмова згода від хворого. Учасникам пояснювалось, що участь у дослідженні є цілком добровільною та конфіденційною; також вони були ознайомлені з правом відмови від дослідження.

За даними **табл. 1** можна простежити, що основну частину досліджених (як у першій, так і в другій групі) склали хворі віком до 40 років. Це можна пояснити тим, що шизофренія – хвороба, яка маніфестує частіше саме у цьому віковому проміжку. Причому хворих віком від 31 до 40 років більше у групі жінок, ніж у групі чоловіків. Та навпаки, у більш пізньому віці чоловіків було достовірно більше, ніж жінок (відповідно 21,40 та 12,80; 9,00 та 5,10), ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 1

Розподіл досліджених за віком та статтю (%)

Вік хворих	Г1 n = 89	Г2 n = 78
до 20 років	3 (3,40)	2 (2,60)
21–30 років	20 (22,50)	21 (26,90)
31–40 років	35 (39,30)	40 (51,30)
41–50 років	19 (21,40)	10 (12,80)
51–60 років	8 (8,90)	4 (5,10)
60 та більше років	4 (4,50)	1 (1,30)

Як зазначалось раніше, всі досліджені чоловіки та жінки мали встановлений діагноз параноїдної шизофренії (F20.0), у зв'язку з чим проходили лікування не менше ніж двічі, при цьому термін перебігу хвороби складав більше ніж 1 рік (що зазначалось у критеріях включення). Перші випадки маніфестування хвороби відмічались у хворих у різному віці, що відображено у **табл. 2**.

Таблиця 2

**Розподіл досліджених за віком дебютування основного захворювання (%)**

Вік хворих	Г1 n = 89	Г2 n = 78
до 20 років	11 (12,40)	8 (10,30)
21–30 років	59 (66,30)	54 (69,20)
31–40 років	18 (20,20)	16 (20,50)
41–50 років	1 (1,10)	0 (0,00)

Як свідчать дані таблиці, у більш ніж половини досліджених чоловіків (66,30 %) та жінок (69,20 %) дебют ПФШ відбувся у віці 21–30 років.

Розподіл пацієнтів Г1 та Г2 за терміном захворювання відображено в **табл. 3**.

Таблиця 3

**Розподіл досліджених за терміном захворювання (%)**

Термін	Г1 n = 89	Г2 n = 78
1–2 роки	14 (15,70)	11 (14,10)
3–5 років	17 (19,10)	19 (24,40)
6–10 років	22 (24,70)	27 (34,60)
більш ніж 10 років	36 (40,50)	21 (26,90)

За даними **табл. 3**, найбільша кількість чоловіків Г1 страждали на ПФШ протягом більш ніж 10 років (40,50 %), у той час як більшість жінок Г2 відзначали, що термін захворювання в них дорівнював 6–10 років (34,60 %).

Індивідуально-психологічні особливості хворих на ПФШ вивчали за допомогою Мінесотського мультифакторного особистісного опитувальника «Міні-Мульт», в результаті чого було виявлено домінуючі типи особистості та побудовано усереднені «профілі особистості» досліджуваних кожної групи. У **табл. 4** було занесено середні значення за кожною шкалою серед осіб Г1 та Г2.

У цьому дослідженні ми використовували спосіб кодування за Хатеуей, при якому шкали, що знаходяться в зоні 45–55 Т-балів, не заносили зовсім, замість них ставили прочерк «-»; шкали, розташовані вище 70 Т-балів, відокремлювали апострофом «'»; за ними наводили шкали, що знаходились в

Таблиця 4

**Розподіл досліджених за основними та оціночними шкалами за допомогою особистісного опитувальника «Міні-Мульт»**

Термін	Середні бали	
	Г1 n = 89	Г2 n = 78
1. Шкала іпохондрії (HS)	5,3	5,7
2. Шкала депресії (D)	5,1	5,4
3. Шкала істерії (Hy)	5,8	6,2
4. Шкала психопатії (Pd)	8,5	9,1*
5. Шкала маскуліності – фемінності (Mf)	5,7	5,9
6. Шкала параної (Pa)	9,5	9,6
7. Шкала психастенії (Pt)	5,4	5,7
8. Шкала шизофренії (Sc)	9,8	9,7
9. Шкала гіпоманії (Ma)	6,9	7,0
10. Шкала соціальної інтроверсії (Si)	9,2	8,9

зоні 55–69 Т-балів і вище; потім після знака «/» записували шкали, розташовані нижче 45 Т-балів. Показники шкал достовірності наводили в сирих балах послідовно, відповідно L: F: K через двокрапку, при цьому ставили знак «X» перед рядом шкал достовірності, якщо хоча б за однією з них профіль був недостовірним.

**Результати дослідження та їх обговорення**

У результаті аналізу підсумків психодіагностичного обстеження пацієнтів з ПФШ за допомогою тесту «Міні-Мульт» у цьому дослідженні визначилося п'ять досить типових варіантів малюнка профілю особистості.

Найбільш несприятливий тип профілю особистості – «несприятливий-психотичний» – «Д» (**рис. 1**). Код профілю за Хатеуей 860'7- / 41395. Найбільш характерний патерн цього профілю – «параноїдний зубець», утворений шкалами «шизофренії», «паранойальності» та «психастенії», розташованими вище середньої лінії профілю, що вказує на високу ймовірність наявності у хворого продуктивної психопатологічної симптоматики в межах параноїдного або галюцинаторно-параноїдного синдрому. До проведення комплексної терапії цей патерн відзначений у 53,93 % чоловіків Г1 та у 52,56 % обстежених хворих Г2.

Наступним характерним профілем був «несприятливий-гіпотимічний» – «Г» (**рис. 2**) – тип профілю особистості. Код профілю за Хатеуей 2'780- / 1349. Провідний компонент – виражений пік за шкалою депресії з низько розташованою («негативний» пік) на шкалі гіпоманії, що свідчить про високу ймовірність депре-

сивної симптоматики аж до суїцидальних тенденцій. Цей тип профілю відзначено у 11,24 % пацієнтів Г1 та у 14,10 % хворих Г2.

До відносно сприятливого варіанту профілю особистості можна віднести профіль «відносно сприятливого невротичного» типу (рис. 3). Код за Хатеуей 12'370 / 8954. Малюнок профілю часто супроводжується помірно вираженим піком за шкалою психастенії, що й характерно для виразного негативного нахилу.

Профіль особистості, близький до виділеного в цьому дослідженні «відносно сприятливого соматоформного» типу (рис. 4), слід віднести до досить сприятливих, ґрунтуючись на задовільній соціальній адаптації хворих з такими особистісними властивостями. Код профілю за Хатеуей 3'1697- / . Найбільш характерний патерн – «конверсійна п'ятірка», утворена шкалами іпохон-

дрії, депресії та істерії – розташована вище середньої лінії профілю і показує високу ймовірність соматичної каналізації тривоги. Серед обстежених хворих до проведення курсу терапії профіль цього типу був відзначений у 12,36 % хворих чоловіків Г1 та у 10,26 % жінок Г2.

Найбільш сприятливий варіант профілю ММРІ – «відносно-нормативний» (рис. 5). Слід зауважити, що низько розташований, сплющений профіль, характерний для конкордантності норми, при шизофренії може іноді відображати лише прояви вольового дефекту з емоційною тупістю і некритичністю; дослідник повинен враховувати результати клініко-психопатологічного вивчення хворого і відповідно підходити до формальної оцінки результатів ММРІ. Код профілю за Хатеуей '94 - / 237158. До проведення терапії «відносно-нормативний» тип

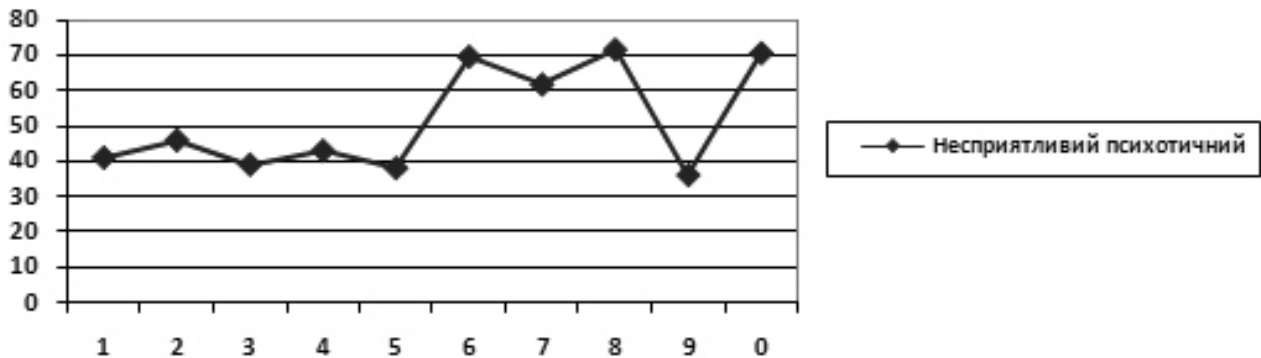


Рис. 1. Усереднений несприятливий психотичний профіль хворих на ПФШ

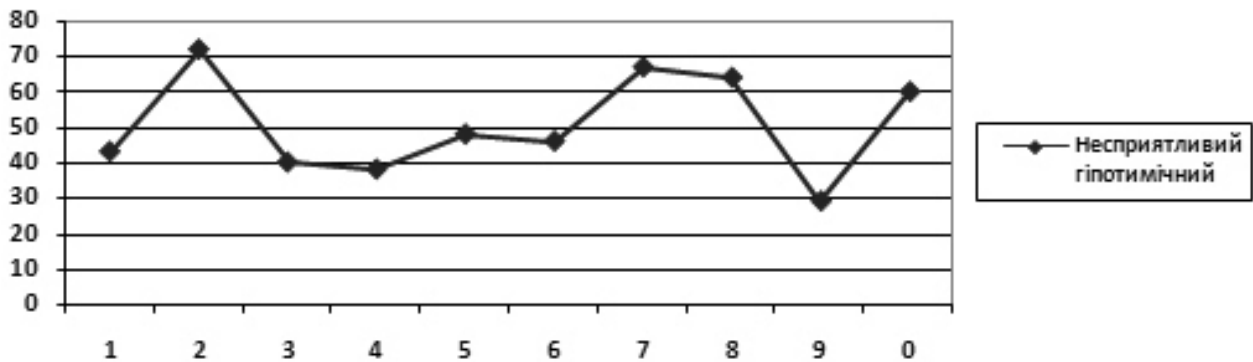


Рис. 2. Усереднений несприятливий гіпотимічний профіль хворих на ПФШ

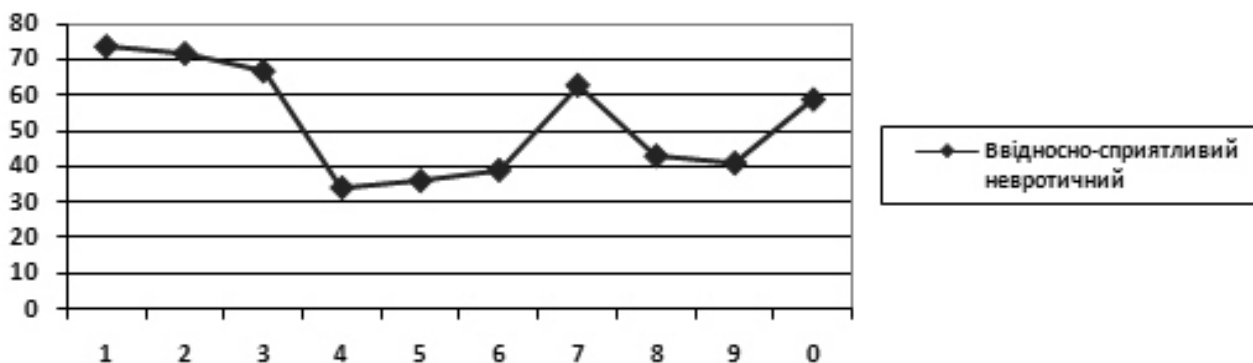


Рис. 3. Усереднений відносно-сприятливий невротичний профіль хворих на ПФШ

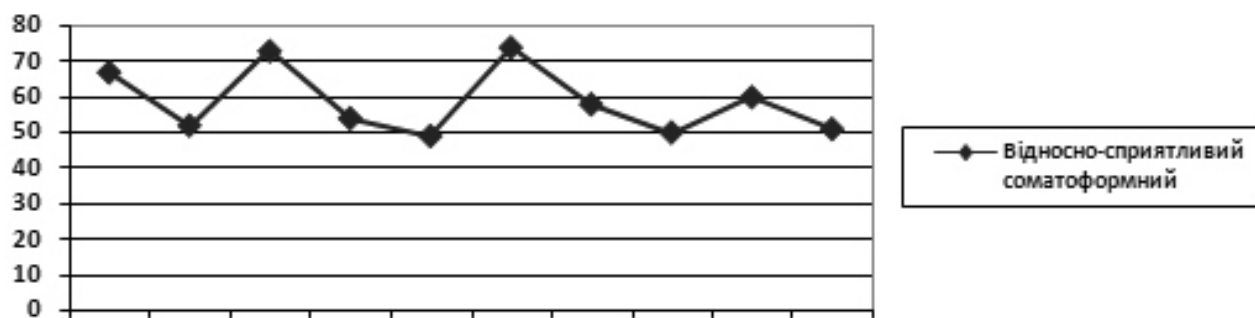


Рис. 4. Усереднений відносно-сприятливий соматоформний профіль хворих на ПФШ

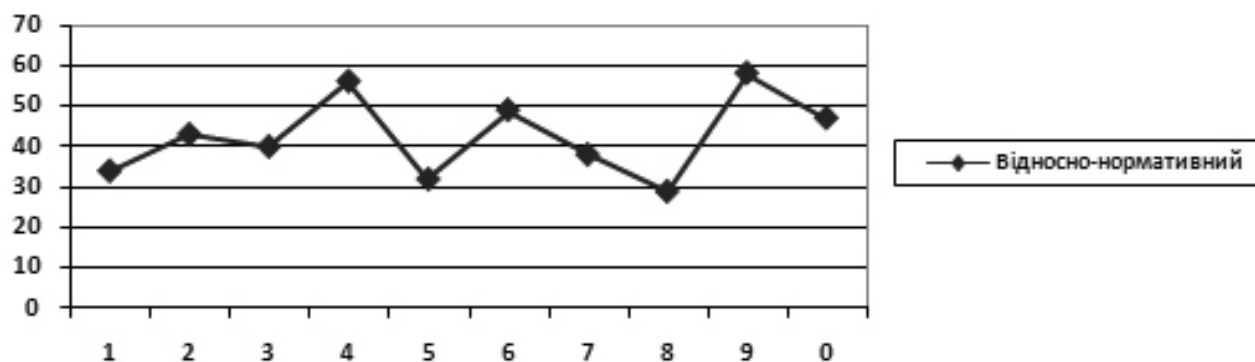


Рис. 5. Усереднений відносно нормативний профіль хворих на ПФШ

профілю особистості відзначений у 7,86 % обстежених хворих Г1 та у 10,26 % жінок Г2.

#### Висновки

У межах дослідження індивідуально-психологічних характеристик хворих на параноїдну форму шизофренії було виявлено превалюючі типи особистісного профілю у

заявленої категорії пацієнтів. Більшість пацієнтів мали несприятливі варіанти профілю: психотичний, неврастенічний або гіпотимічний. Наші дослідження було враховано при організації комплексних терапевтичних заходів для хворих на ПФШ.

#### Література

1. Kushnir A. N. Sotsial'no-demograficheskie osobnosti bol'nykh shizofreniy s raznymi mekhanizmami realizatsii obshchestvenno opasnykh deystviy [Socio-demographic characteristics of patients with schizophrenia with different mechanisms of realization of socially dangerous acts]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, 2013, no. 4(14), pp. 24-33. (In Russ.)

2. Marua N. O., Jur'jeva L. M., Pan'ko T. V. [et al.] Pervynnyj psyhotychnyj epizod: diagnostyka, farmakoterapiya ta psyhosocial'na reabilitacija (metodychni rekomendacii) [The primary psychotic episode: diagnosis, pharmacotherapy and psychosocial rehabilitation (guidelines)]. Kharkov, 2010, 31 p. (In Ukr.)

3. Fuller R. L., Luck S. J., Braun E.L. [et al.] Impaired control of visual attention in schizophrenia. *J. Abnorm Psychol.*, 2006, pp. 266-275.

4. Mosolov S. N. Shkaly psichometricheskoy otsenki simptomatiki shizofrenii i kontsepsiya pozitivnykh i negativnykh rasstroystv [Scale psychometric evaluation of symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders]. Moscow, 2001, 238 p. (In Russ.)

5. Straus Dzh. Diagnostika shizofrenii: praktika i teoriya [Diagnosis Schizophrenia: Practice and Theory]. *Shizofreniya* [pod red. M. Meyya, N. Sartoriusa; per. s angl.] [Schizophrenia [ed. M. Mayo, I. Sartorius; per. from English.]]. Kiev, Sphere Publ., 2005, pp. 34-35. (In Russ.)

6. Baran R. B. Myers-Briggs Type Indicator, burnout, and satisfaction in Illinois dentists. *General Dentistry*, 2005, vol. 53, no. 3, pp. 228-235.

#### ТИПЫ ЛИЧНОСТНЫХ ПРОФИЛЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

К. В. Аймаедов<sup>1</sup>, Г. В. Морванюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Одесский национальный медицинский университет

<sup>2</sup> КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья»

**Аннотация.** В статье рассматриваются индивидуально-психологические особенности мужчин и женщин, больных параноидной формой шизоф-

#### TYPES OF PERSONALITY PROFILES OF MEN AND WOMEN SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA

K. V. Aymedov<sup>1</sup>, G. V. Morvanyuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Odessa National Medical University

<sup>2</sup> Public Institution "Odessa Regional Medical Center of Mental Health"

**Summary.** The article deals with individual psychological characteristics of men and women suffering from paranoid schizophrenia. We showed

рени. Приведены профили личности, выявленные при анализе результатов психодиагностического обследования пациентов с параноидной формой шизофрении. Большинство пациентов имели психотические, неврастенические или гипотимические варианты профиля. Результаты исследования надо учитывать при организации комплексных терапевтических мероприятий для больных ПФШ.

**Ключевые слова:** типы личностных профилей, параноидная форма шизофрении, мужчины, женщины.

personality profiles identified in the analysis of the results of psycho-diagnostic evaluation of patients with paranoid schizophrenia. Most patients were psychotic, neurotic or hypothymic profile option. The findings should be considered in the organization of complex therapeutic interventions for patients with paranoid schizophrenia.

**Key words:** types of personality profiles, paranoid schizophrenia, men, women.

УДК 616.89:578.828:616.8-085.2/.3:616.8-085.851



## ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** В статье приведены данные собственного обследования 105 пациентов на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Приведен лечебно-реабилитационный комплекс психокоррекционных мероприятий, состоящий из фармакотерапии и психотерапевтических методик. Психотерапевтическое воздействие включало в себя разъяснительную и рациональную психотерапию, аутогенную тренировку, семейную психотерапию, групповую психотерапию, арт-терапию, а также дозированное участие терапевта в группах само- и взаимопомощи. Оценивание результативности проводимых мероприятий подтвердило эффективность предложенного психокоррекционного комплекса.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, лечение, психокоррекция.

### Введение

Вопрос коррекции психопатологических расстройств у ВИЧ-инфицированных пациентов остается актуальной проблемой современной психиатрии и психотерапии. В современной литературе исследователи подчеркивают, что в различные периоды течения ВИЧ-инфекции у пациентов могут возникать психосоматические расстройства, а также патологические состояния, обусловленные психологическими проблемами [1, 2]. Для устранения этих расстройств авторы рекомендуют использовать психотерапевтические воздействия: психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию [3–8]. Основные виды рекомендованной психологической помощи – индивидуальное психологическое консультирование (или индивидуальная психотерапия), а также семейная или групповая психотерапия.

Отмечено, что психологическая поддержка и доброжелательность медицинских работников и родственников, активно привлекаемых к лечебному процессу, а также психотропная терапия, позволяют снизить

у ВИЧ-инфицированных пациентов уровень негативных реакций, избежать реализации деструктивных поведенческих намерений и способствуют включению механизмов психологической адаптации [3, 6–9].

### Цель исследования

Разработка комплекса психокоррекционных мероприятий у ВИЧ-инфицированных пациентов.

### Материалы и методы исследования

В результате патопсихологического обследования и динамического наблюдения 105-ти ВИЧ-инфицированных пациентов нами был разработан комплекс методов психокоррекции с дифференцированным использованием медикаментозного лечения и комплекса психотерапевтических методик.

Назначение медикаментозной терапии в исследовании проводилось по общим принципам фармакотерапии, то есть с учетом общего избирательного анксиолитического, вегетостабилизирующего, антидепрессивного, антиневротического и регулирующего сон компонентов в спектре психотропной

активности препарата, с одной стороны, и структуры клинической картины – с другой. Также учитывалось следование пациентов лекарственным назначениям и рекомендациям врача для достижения полного или частичного комплаенса.

Фармакотерапия содействовала психотерапевтическому процессу через реализацию своей специфической биологической активности и оказывалась полезной при установлении контакта с больным, для укрепления терапевтической связи, демонстрируя компетентность врача путем ослабления симптомов. Она помогала устранить преграды на пути эффективного терапевтического общения, увеличивала степень свободы при изучении пациентами скрытых психологических конфликтов, способствовала разрушению симптоматических барьеров, усилению психологических изменений и интеграции нового понимания.

Исходя из этого, все больные принимали биологическое лечение с учетом прямых и опосредованных психотерапевтических эффектов. В качестве базового препарата использовался дневной транквилизатор. Также использовались антидепрессанты группы СИОЗС: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, фитоседатики с индивидуальным подбором терапевтических доз.

На фоне применения вышеуказанных препаратов была отмечена редукция тревожно-депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, различного рода страхов, нормализация фона настроения. Поведение больных становилось более упорядоченным, ипохондрическая симптоматика – менее выраженной, повышалась восприимчивость к психотерапевтическим методам воздействия и формировалась устойчивость к психотравмирующим ситуациям. Происходило повышение психофизической активности, увеличение уверенности в собственных силах и возможностях, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновлять привычный двигательный режим. Характерно, что по мере увеличения количества проведенных сеансов психотерапии, дозы препаратов уменьшались и к концу лечения исключались полностью.

Лечение больных ВИЧ-инфекцией с выявленными психическими расстройствами было комплексным и в то же время индивидуализированным.

Важную роль в комплексе терапии психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных играли психотерапевтические методы воздействия. Использование стан-

дартных психотерапевтических методик в условиях заболевания неизлечимым заболеванием, каким является ВИЧ-инфекция, оказалось недостаточно эффективным и не всегда применимым. Для коррекции психических расстройств у больных ВИЧ-инфекцией оказалось целесообразным использование психотерапевтического комплекса.

Необходимо отметить, что применение психотерапии у данной категории больных отличалось большой сложностью и трудоемкостью. Если трудоемкость была обусловлена особенностями психической сферы больных, то сложность была обусловлена чрезвычайной многогранностью проблемы ВИЧ-инфекции. Главными задачами психотерапии являлось установление доверительного, информационно насыщенного контакта с больным, а также разъяснительное подкрепление всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений. Основной задачей было не только изменение болезненного состояния и купирование непсихотической психопатологической симптоматики, но и восстановление нарушенных отношений личности.

Общим принципом построения психотерапии психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных явилось дифференцированное сочетание методов индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Руководствуясь данным положением при работе с пациентами, инфицированными ВИЧ, на всех стадиях заболевания использовались следующие виды психотерапии: 1) разъяснительная и рациональная психотерапия, направленная на оценку больным психотравмирующей ситуации, формирование новых представлений о ней и выработку адекватных форм реагирования и поведения; 2) аутогенная тренировка; 3) семейная психотерапия, направленная на нормализацию семейных отношений с учетом индивидуально-личностных особенностей членов семьи и характеристик болезненного состояния ВИЧ-инфицированных; 4) групповая психотерапия; 5) участие в группах само- и взаимопомощи; 6) арт-терапия.

Предшествовало терапии изучение и анализ данных, полученных во время исследования: стадия инфекционного процесса, уровень выраженности и анализ структуры невротических расстройств у ВИЧ-инфицированных, личностные особенности и условия формирования клиники психических расстройств, которые и позволяли определить оптимальные подходы для психотерапии.

**Результаты исследования и их обсуждение**  
В процессе психотерапевтического лече-



ния учитывались основные критерии его оценки: эффективность и качество используемых приемов лечения, простота и доступность техник, сроки лечения. Лечение проводилось в амбулаторных условиях на базе Харьковского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом.

Врачебная тактика при установлении психологического контакта с больными ВИЧ-инфекцией строилась в зависимости от их личностных особенностей и специфики реакции на болезнь, поскольку структурные компоненты личности вносили свои оттенки в эмоциональные и поведенческие реакции. Учет этих реакций позволял разрешить проблему установления должного психологического контакта с больными и поддержания его в процессе терапии.

Как показали наблюдения, чем нестандартнее было обращение врача с больным, тем оно было более энергетически информативным и, следовательно, более эффективно в восстановлении личностных коммуникаций. Врач выступал скорее как заинтересованный союзник больного, демонстрируя толерантность к проблеме ВИЧ-инфекции.

При проведении психотерапевтических мероприятий у обследованных больных важно было опираться на систему личностного коммуникативного подхода к ним; стремиться, чтобы больной, как заинтересованное лицо, получил всю необходимую информацию о лечении. Все лекарственные назначения подкреплялись общими психотерапевтическими мероприятиями, разъяснялись побочные действия лекарств.

В состав психокоррекционного комплекса при ВИЧ-инфекции входили следующие психотерапевтические методики.

Разъяснительная и рациональная психотерапия, основанная на логической способности больного проводить сопоставление и делать выводы, доказывать их обоснованность и, прежде всего, направленная на мобилизацию защитных сил личности на борьбу с проявлениями болезни, изменение тревожной, депрессивной установки. Целесообразным являлось соблюдение следующей этапности проведения рациональной психотерапии у ВИЧ-инфицированных больных:

- объяснение и разъяснение, включающее разъяснение сущности заболевания, причин его возникновения (в результате реализации этого этапа достигалась более ясная, определенная картина болезни, снимающая дополнительные источники тревоги и открывающая пациенту возможность более активно самому контролировать болезнь);

- убеждение – коррекция не только когни-

тивного, но и эмоционального компонента отношения к болезни, способствующая переходу к модификации личностных установок больного;

- переориентация – достижение более стабильных перемен в установках больного, прежде всего, в его отношении к болезни, что связано с изменениями в его системе ценностей и выводит пациента за пределы болезни;

- психагогика – переориентация более широкого плана, создающая позитивные перспективы для пациента вне болезни.

С целью активации психотерапевтического процесса, то есть активного участия больных в реализации психотерапевтической программы, была введена аутогенная тренировка, направленная на развитие и усиление процессов саморегуляции, активацию защитных психологических механизмов. Лечебное действие аутогенной тренировки (наряду с развитием в результате релаксации трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния) основано также на ослаблении активности лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся ВИЧ-инфицированных больных.

С целью самостоятельного сознательного и преднамеренного формирования заданного эмоционального состояния использовались упражнения сюжетного воображения. Их суть заключалась в репродуцировании эмоционально окрашенных представлений, образов и динамичных ситуаций (сюжетов). Формирование эмоционально значимых сюжетных представлений начиналось с постановки цели: какое эмоциональное состояние моделировать. В зависимости от выбранной цели определялся и цвет, соответствующий нужной эмоции. Выбранный цвет служил базой для формирования словесного самоприказа. В работе использовались упражнения под названием «Парк», «На берегу реки». Цель упражнения – создание состояния покоя, внутреннего комфорта, ленивой истома, глубокого отдыха. Основные сенсорные представления – зрительные. В упражнениях использовались температурный, цветовой, пространственный, звуковой, осязательный, обонятельный образы, что усиливало эффективность приема.

Одной из основных психотерапевтических методик в работе с ВИЧ-инфицированными больными являлась семейная психотерапия.

Использовался классический вариант семейной психотерапии, который был направлен на нормализацию семейных отношений с учетом индивидуально-личностных особенностей членов семьи и характеристик болезненного состояния ВИЧ-инфицированных членов семьи. В начале работы с пациентом и его семьей сеансы проводились с частотой 1–2 раза в неделю, затем 1 раз в неделю, а при сохранении необходимости продолжать семейную психотерапию – 1 раз в две недели.

При присоединении к семейной группе важным было проведение диагностики семейных отношений с выдвиганием и проверкой проблемных диагностических гипотез. Информация, получаемая от одного из членов семьи на односторонних встречах, сопоставлялась с информацией, получаемой от других членов семьи и тем впечатлением, которое складывалось у врача на основании расспроса и наблюдения за поведением участников психотерапии. В дальнейшем в ходе односторонних встреч с пациентом и членами его семьи осуществлялось выявление истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с врачом. В основном использовалась недирективная психотерапия, нацеленная на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также попытка установить контакт и добиться эффекта, влияя в иерархизированном порядке на различные стороны личности участников. На этапе реконструкции семейных отношений осуществлялось групповое обсуждение актуальных семейных проблем, проводилось обучение правилам конструктивного спора.

В ходе работы также применялась групповая психотерапия, направленная на анализ, переработку проблем пациента, получение эмоциональной поддержки. Использовался классический вариант групповой психотерапии. Курс психотерапевтического воздействия со средней продолжительностью 2–4 недели проводился в открытых группах по 6–9 человек. Лечение в группе проводилось 2 раза в неделю по 1,5–2 часа. Занятия включали в себя групповую дискуссию, психодраму, проективный рисунок (элементы арт-терапии).

Групповая дискуссия охватывала значимые для пациента темы (супружеские, сексуальные, семейные, профессиональные проблемы, невротические симптомы). На основе темы развивалась дискуссия, касающаяся личных переживаний, позиций или взглядов пациентов, а также конфликтов, связан-

ных с различиями во мнениях членов группы. Особенно важным на этом этапе было озвучивание ситуации, приведшей к инфицированию ВИЧ-инфекцией. Это приводило к созданию атмосферы большей эмпатии и пониманию проблем пациентов, способствовало повышению сплоченности группы.

Психодрама проводилась с элементами гештальт-техники (обсуждение происходило по принципу «здесь и сейчас»). Использовались такие приемы, как разговор со значимым лицом на важную тему, психодраматическое проигрывание ситуации известия о ВИЧ-инфицированности, сновидений, «зеркало», инсценировки любимых сказок.

Основной задачей проективного рисунка являлось получение дополнительной информации о проблемах отдельных пациентов или группы в целом. Проективный рисунок давал возможность отреагирования эмоций, способствовал выявлению и осознанию трудновербализуемых проблем и переживаний пациентов. Темы, предлагаемые для рисования, были следующими: моя семья, мой дом, моя работа, мое самое приятное или неприятное воспоминание, я и ВИЧ-инфекция, общие понятия (любовь, ненависть, болезнь, ВИЧ-инфекция, здоровье, страх, зависимость, ответственность и др.), «я» глазами группы, мое положение в группе, моя группа, мой психотерапевт и др.

Важным было участие психотерапевта в работе групп само- и взаимопомощи (группах поддержки) для ВИЧ-инфицированных и созависимых. Группы взаимопомощи – это временное объединение равных по статусу людей (в данном случае ВИЧ-позитивный статус) для поиска путей решения или облегчения собственных проблем. Благодаря объединению члены группы взаимопомощи преодолевают изоляцию, получают информацию и практическую помощь, формируют полезные навыки и уверенность в себе, получают поддержку. Участие в подобных группах свидетельствовало об активных усилиях пациента по решению возникших проблем, связанных с ВИЧ-инфицированностью. Психотерапевт внимательно замечал и поддерживал даже малейшие попытки самостоятельного решения больными своих проблем, поддерживал и поощрял их в этом.

Следует обратить внимание на то, что группы взаимопомощи – это не то же самое, что психотерапевтические группы. В последних ведущим группы является психотерапевт, который следит за динамикой и происходящими взаимодействиями и процессами. В группах взаимопомощи занятие ведет фасилитатор, выбранный из участников группы.

Опыта фасилитаторов зачастую не хватает для того, чтобы грамотно помогать разрешать возникающие в группе конфликтные и напряженные ситуации, выявить и поддерживать направленность тематики дискуссии и т. д. По нашему мнению, обязательным является участие психотерапевта в подобных группах с целью активации потенциальных возможностей участников, обмена опытом с участниками группы (в этом взаимодействии не только пациенты получают пользу от деятельности специалиста, но и сам врач ближе знакомится с проблемами, касающимися ВИЧ-позитивных людей, может глубже понять их психологию, страхи и опасения, надежды, связанные с работой психотерапевта и т. д.), а также для улучшения общей деятельности групп поддержки.

В разработанный в исследовании комплекс психотерапевтических методов коррекции целесообразным было включение арт-терапии с целью художественной сублимации пациентом своих переживаний, его самоактуализации и самовыражения. С позиции адаптации арт-терапия расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку, инфицированному ВИЧ, активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующий общей гармонизации личности.

Другими механизмами лечебного действия арт-терапии являются отреагирование и сублимация. Художественная сублимация возникает, когда инстинктивный импульс человека заменяется визуальным, художественно-образным представлением. Таким образом снижается опасность внешних проявлений указанных переживаний в социально нежелательной деятельности. Творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявить себя ярче, чем в письме или речи.

После завершения основного курса лечения для закрепления полученных резуль-

татов продолжалась работа с больными в индивидуальном порядке, для чего использовалась в основном разъяснительная, рациональная психотерапия, а также аутогенные тренировки.

Эффективность предложенного терапевтического комплекса оценивалась клинически как методом опроса в конце проведенного лечения, так и с помощью анализа результатов письменных самоотчетов пациентов.

### Выводы

Проведение описанного комплекса дало возможность достичь терапевтического эффекта у 74 больных (71,15%), из них у 54 больных (51,92%) на ранних стадиях ВИЧ-инфекции и у 18 больных (19,23%) – на поздних стадиях. Отмечалась четкая положительная динамика, психопатологическая симптоматика частично редуцировалась, отмечена активация социального функционирования, а также возможность преодоления ситуаций, которые раньше вызывали эмоциональный дискомфорт. У 60 пациентов (57,69%) отмечалось улучшение, из них 40 (38,46%) на ранних стадиях и 20 (19,23%) на поздних стадиях ВИЧ. У 14 пациентов (13,46%) отмечалось значительное улучшение, из них 11 больных (10,58%) на ранних стадиях и 3 (2,88%) – на поздних стадиях. Обследование больных через один год после проведенной психокоррекции показало, что ее положительные результаты удерживались у 61 (58,65%) больного. Повторные курсы прошли 43 (41,35%) обследованных с использованием предложенного терапевтического комплекса в связи с ухудшением состояния.

Таким образом, как показали результаты исследования, использованные мероприятия составляют единый лечебно-реабилитационный комплекс, применение которого является решающей предпосылкой достижения психологического и психического благополучия ВИЧ-инфицированных больных.

### Литература

1. Zaporozhan V. M., Arjajev M. L. VIL-infekcija i SNID [HIV and AIDS]. 2-ge vyd., pererob. i dop., Kiev, Zdorovyje Publ., 2004, 636 p. (In Ukr.)
2. Servec'kyj A. K. Rozlady psyhichnoi' adaptacii' u hvoryh na VIL, SNID molodogo viku [Disorders of mental adaptation in patients with HIV, AIDS young]. Materialy mizhnar. nauk.-prakt. konf. «Vcheni majbutn'ogo», 15–16 zhovtnja 2007 [Materials of Intern. scientific-practic. conf. «Scientists of the Future», 15–16 October 2007]. Odessa, 2007, pp. 110–111. (In Ukr.)
3. Belyaeva V. V., Afonina L. Yu., Dmitrieva E. V., Ryumina I. I. Konsul'tirovanie v oblasti VICH-infektsii: [posobie dlya meditsinskikh rabotnikov] [Advising in the field of HIV infection: [a manual for health workers]]. Moscow, Proekt «Zdorovaya Rossiya 2020», 2005, 109 p. (In Russ.)
4. Bukhtoyarov O. V. Pandemiya VICH – pandemiya psikhicheskikh rasstroystv (problema psikhokorrekcii VICH-infitsirovannykh). Obzor [The HIV pandemic – a pandemic of mental disorders (the problem of psychological correction of HIV-positive). Overview]. Russkiy zhurnal VICH/SPID i rodstvennykh problem, 1999, vol. 3, no. 2, pp. 37–41. (In Russ.)
5. Vovk V. I. Afektyvni rozlady u hvoryh na VIL-infekciju ta i'h korekcija [Affective disorders in patients with HIV and their correction]. Materialy naukovopraktychnoi' konferencii' molodyh vchenykh «Vid fundamental'nyh doslidzhen' do medychnoi' praktyky», Kharkov, 2006, p. 20. (In Ukr.)
6. Efremova O. K. Psikhoterapevticheskaya pomoshch' i konsul'tirovanie bol'nykh VICH-infektsiey [Psychotherapeutic aid and counseling patients with HIV-

infection]. *Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, 2000, no. 2(7), pp. 275–278. (In Russ.)

7. Kazakova S. E. Reabilitatsiya psikhicheskikh narusheniy u VICH-infitsirovannykh bol'nykh [Rehabilitation of psychiatric disorders in HIV-infected patients]. *Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2007, vol. 15, issue 1(50), pp. 187–189. (In Russ.)

8. Psikhicheskoe zdorov'e i VICH/SPID: [byulleten' VOZ] (per. s angl.) [Mental health and HIV / AIDS: [WHO

fact sheet] (trans. from English.)). Kiev, Sfera Publ., 2007, 152 p. (In Russ.)

9. Voronin E. E., Fomin Yu. A., Kostin D. V., Ulyukin I. M. Depressiya i nervno-psikhicheskaya adaptatsiya na raznykh stadiyakh VICH-infektsii [Depression and psychological adaptation to the different stages of HIV-infection]. *Russkiy psikhiatricheskii zhurnal*, 1999, no. 1, pp. 132–133. (In Russ.)

## ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ: ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ

В. І. Вовк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** У статті наведено дані власного обстеження 105 пацієнтів на ранніх і пізніх стадіях ВІЛ-інфекції. Наведено лікувально-реабілітаційний комплекс психокорекційних заходів, що складається з фармакотерапії та психотерапевтичних методик. Психотерапевтичний вплив включав у себе роз'яснювальну і раціональну психотерапію, аутогенне тренування, сімейну психотерапію, групу психотерапію, арт-терапію, а також дозовану участь терапевта в групах само- та взаємодопомоги. Оцінювання результативності проведених заходів підтвердило ефективність запропонованого психокорекційного комплексу.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, лікування, психокорекція.

## HIV: PSYCHOCORRECTIONAL EVENTS

V. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The article presents the data of own survey of 105 patients in the early and late stages of HIV infection. Was developed a medical-rehabilitation complex of psychocorrecting events that consist of pharmacological and psychotherapeutic techniques. Psychotherapeutic effects included explanatory and rational psychotherapy, autogenic training, family therapy, group therapy, art therapy, and the dosed therapist's participation in the groups self- and mutual help. Evaluating the effectiveness of medical events confirmed the effectiveness of the proposed psychocorrectional complex.

**Key words:** HIV infection, treatment, psychological correction.

УДК 616.89-008.444.9-008.441.45:616.895.4:618.333-071.1

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ И ПАРАСУИЦИДОМ В ФОРМЕ НАМЕРЕННОГО НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА АММОНА (ISTA)



М. Е. Водка

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** Представлены результаты сравнительного изучения характеристик агрессивности 54-х женщин с депрессивными расстройствами (F32.0, F32.1, F33.0 по критериям МКБ-10), потерей плода в анамнезе и реализованным парасуицидом в форме намеренного несуицидального самоповреждения (X60-X84 по критериям МКБ-10) (1-я клиническая группа), 30-ти женщин с депрессивными расстройствами, потерей плода в анамнезе без признаков парасуицида (2-я клиническая группа) и 30-и женщин с реализованной репродуктивной функцией (имевших в анамнезе 1 и более своевременные роды здоровыми детьми), без перинатальных потерь в анамнезе, признаков психических расстройств и самоповреждений (контрольная группа). Агрессивность в группах сравнения изучалась с помощью Я-структурного теста Г. Аммона (Ich-Struktur Testnach Ammon, ISTA). Показано, что пониженные значения конструктивной агрессии отличают пациенток с депрессией и перинатальными потерями от психически здоровых женщин с успешно реализованной репродуктивной функцией. Установлено, что пациентки 1-й группы обнаруживали достоверно более высокий уровень деструктивной и дефицитарной агрессии по сравнению с пациентками 2-й клинической и испытуемой групп контроля. Повышенная деструктивная и дефицитарная агрессия у женщин с депрессивным расстройством, потерей плода и парасуицидом в анамнезе рассматривается в качестве индивидуальной психотерапевтической мишени при планировании стратегии лечения.

**Ключевые слова:** женщины, депрессивное расстройство, перинатальная потеря, парасуицид, агрессивность, Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA).

### Введение

Доказательное выделение специфических психотерапевтических мишеней для различных контингентов больных с аффективной патологией и неслучайными самоповреждениями является актуальной научно-прикладной задачей, реализация которой позволяет в оптимальные сроки выработать персонализированные стратегии терапии и превенции. Наличие в контингенте женщин с депрессивными расстройствами и непланируемыми репродуктивными потерями в анамнезе лиц как с признаками неслучайных самоповреждений, так и без таковых, априори указывает на существование различий в агрессивности, существенных для планирования и реализации терапевтических усилий.

### Цель исследования

В настоящем исследовании проверялась гипотеза о том, что женщины с депрессивным расстройством, потерей плода в анамнезе и парасуицидом в форме намеренного несуйцидального самоповреждения имеют характеристики агрессивности, отличные как от пациенток с депрессивным расстройством, привычными перинатальными потерями, но без признаков самоповреждений, так и от здоровых женщин. При формулировании гипотезы исходили из того, что своеобразие агрессивности как специфической личностной характеристики у женщин с аффективной патологией, перинатальной потерей и парасуицидом может быть существенной для планирования комплексной терапии, в частности, являться специфической мишенью психотерапии.

### Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 84 женщины с аффективными (депрессивными) расстройствами (по критериям МКБ-10 [1]) и непланируемыми перинатальными потерями; все жительницы г. Харькова и Харьковской области. По критерию наличия/отсутствия парасуицида в анамнезе были сформированы две клинические группы сравнения.

В 1-ю группу вошли 54 женщины с потерей плода в анамнезе, с депрессивными расстройствами (F30-) и парасуицидом (X60-X84). 2-ю группу образовали 30 женщин с потерей плода в анамнезе, с депрессивными расстройствами без парасуицида (табл. 1).

Общими критериями включения для клинических групп являлись:

- 1) диагноз – депрессивное расстройство (F30-);
- 2) наличие потери плода в анамнезе;
- 3) детородный возраст;
- 4) информированное согласие на участие в исследовании.

Специальным критерием включения в первую группу являлся факт установленного в анамнезе намеренного несуйцидального самоповреждения; специальным критерием включения во вторую клиническую группу являлся факт отсутствия самоповреждения.

Общими критериями исключения для клинических групп являлись:

- 1) наличие иных, отличных от F30- психических расстройств;
- 2) наличие признаков суйцидального поведения;
- 3) случайное самоповреждение.

Общим критерием исключения для всех групп являлось наличие тяжелой соматической патологии.

Контрольную группу составили 30 женщин с реализованной репродуктивной функцией (имевшие в анамнезе 1 и более своевременных родов здоровыми детьми), без перинатальных потерь в анамнезе, без признаков психических расстройств и самоповреждений.

Средний возраст пациенток 1-й клинической группы на момент обследования составил  $28,90 \pm 4,60$  лет, пациенток 2-й группы –  $28,40 \pm 5,60$  лет, испытуемых группы контроля –  $28,50 \pm 6,10$  лет. Все самоповреждения у представительниц 1-й клинической группы были квалифицированы как «неслучайные, намеренные и несуйцидальные в рамках парасуицидального поведения». В настоящем

Таблица 1

Структура депрессивных расстройств в клинических группах (по критериям МКБ-10), %

Группы сравнения	Структура депрессивных расстройств							
	F32.0*		F32.1**		F33.0***		F30-	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
1-я группа, n = 54	5	9,26	20	37,04	29	<b>53,70</b>	54	100,00
2-я группа, n = 30	5	16,67	11	36,67	14	<b>46,67</b>	30	100,00

Примечания:

\* Депрессивный эпизод (легкий) – F 32.0;

\*\* Депрессивный эпизод (умеренный) – F 32.1;

\*\*\* Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени – F 33.0.

Межгрупповые различия при уровне достоверности не ниже  $p < 0,05$ .

Жирным шрифтом выделены частоты преобладающего депрессивного расстройства.

Таблица 2

## Структура депрессивных расстройств в клинических группах (по критериям МКБ-10), %

Шкала агрессии	1-я группа – пациентки с ДР, ППА и ПС, n = 54			2-я группа – пациентки с ДР, ППА без ПС, n = 30			Контрольная группа – здоровые испытуемые, n = 30		
	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A2	A3
Меры центральной тенденции									
M ± m	38,39 <sup>1</sup> ± 1,24	<b>61,37<sup>4</sup></b> ± <b>1,64</b>	<b>60,37<sup>7</sup></b> ± <b>1,60</b>	42,88 <sup>2</sup> ± 1,80	49,03 <sup>5</sup> ± 1,2	<b>51,05<sup>8</sup></b> ± <b>1,80</b>	<b>51,89<sup>3</sup></b> ± <b>1,60</b>	40,70 <sup>6</sup> ± 1,46	30,55 <sup>9</sup> ± 1,44

Примечания:

A1 – Шкала конструктивной агрессии.

Уровень значимости межгрупповых различий (p): <sup>1-3</sup> – p < 0,01; <sup>2-3</sup> – p < 0,01; <sup>1-2</sup> – p < 0,05;

A2 – Шкала деструктивной агрессии. <sup>4-6</sup> – p < 0,01; <sup>5-6</sup> – p = 0,05; <sup>4-5</sup> – p < 0,01;

A3 – Шкала дефицитарной агрессии. Уровень значимости (p): <sup>7-9</sup> – p < 0,01; <sup>8-9</sup> – p = 0,05.

Жирным шрифтом выделены преобладающие шкальные значения в группах сравнения.

ДР – депрессивные расстройства; ППА – потеря плода в анамнезе; ПС – парасуицид.

исследовании под парасуицидальным поведением (син. «парасуицид») подразумевается поведение, имитирующее суицидальное, но без намерения убить себя [2].

Во время исследования применялись клиничко-психопатологический метод, психодиагностический и статистический методы. В качестве основного психодиагностического инструмента использовался Я-структурный тест Г. Аммона (Ich-Struktur Test nach Ammon, ISTA) [3], с помощью которого оценивались центральные личностные функции, в частности, конструктивные, деструктивные и дефицитарные проявления агрессии. В настоящем исследовании использовалась русскоязычная версия ISTA, адаптированная в СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева при участии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Ю. Я. Тупицин, В. В. Бочаров и др., 1998) [4]. В тесте использовалось Т-приведение по стандартной формуле. Нормативный интервал полагался в интервале от 40 Т до 60 Т баллов [4, 5].

Математическая обработка эмпирических данных производилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 8.0 for Windows. Для обработки и представления результатов исследования были использованы:

– процентный подсчет результатов, среднее арифметическое, стандартная ошибка средней арифметической, табличное и графическое представление данных. Выборочные характеристики представлены в виде средней + ошибка средней (M ± m);

– t-критерий Стьюдента для определения достоверности различий сравниваемых средних арифметических показателей в двух выборках с нормальным распределением (учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95,00 % (p < 0,05).

### Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительные показатели шкалы агрессии Я-структурного теста (ISTA) у женщин в группах сравнения отражены в табл. 2. Для перевода «сырых» баллов (X) в стандартные Т-баллы использовалась формула  $T = 50 + 10(X - M) / \sigma$  (сигма).

M для A1 = 9,58 (сигма = 2,22);

для A2 = 4,29 (сигма = 3);

для A3 = 3,89 (сигма = 2) [5].

Шкала конструктивной агрессии (A1). Максимальный шкальный показатель среди испытуемых был установлен у женщин контрольной группы – 51,89 ± 1,60 стандартных Т-баллов, минимальный – у женщин 1-й клинической группы – 38,39 ± 1,24 Т-баллов. Значения показателей шкалы A1 у женщин контрольной и 2-й группы не выходили за пределы нормативного интервала (от 40 до 60 Т-баллов) и трактовались как «средние», тогда как показатель испытуемых 1-й группы выходил за нормативный предел и трактовался как «пониженный» (ненормативный, субнормативный) (< 40 Т-баллов) [4, 5].

Средние показатели шкалы A1 в ISTA соотносятся с такими качествами, как активность, инициативность, открытость, коммуникабельность, креативность, способность к конструктивному преодолению трудностей и межличностных конфликтов, способность в достаточной степени выделять собственные главные цели и интересы, отстаивать их в конструктивном взаимодействии с окружающими, способность к реализации компромиссных решений без ущерба для личностно-значимых целей, т. е. без ущерба для собственной идентичности [3–5].

Здоровые женщины контрольной группы в нашем исследовании обнаруживали достоверно более высокий уровень конструктивной агрессии по сравнению с пациентками из клинических групп (табл. 2).

Пониженный тестовый показатель шкалы А1 у пациенток 1-й группы позволил характеризовать их как лиц со сниженной активностью, с недостаточно развитой способностью к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, отсутствием потребности в изменении жизненных условий, формировании собственных личностно-значимых целей. Пониженный показатель конструктивной агрессии также указывал на неразвитую способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. Сопоставление показателей конструктивной агрессии у представителей клинических групп показало, что показатель был значимо ниже у женщин 1-й группы ( $38,39 \pm 1,24$  и  $42,88 \pm 1,80$ ;  $p < 0,05$ ).

*Шкала деструктивной агрессии (А2).* Наивысший показатель по шкале А2 среди испытуемых был установлен у женщин 1-ой клинической группы ( $61,37 \pm 1,64$  стандартных Т-баллов), а наименьший – у здоровых женщин ( $40,70 \pm 1,46$  стандартных Т-баллов). Значения показателей шкалы А2 испытуемых контрольной и 2-й клинической групп находились в пределах нормативного интервала и трактовались как «средние тестовые показатели» [4–5]. Показатель шкалы А2 женщин 1-й группы находился вне нормативного интервала ( $> 60$  Т-баллов) и трактовался как «повышенный тестовый показатель» [4–5]. Сопоставление показателей деструктивной агрессии у представителей клинических групп показало, что шкальный показатель был значимо выше у женщин 1-й группы ( $p < 0,01$ ). Под деструктивной агрессией в настоящем исследовании понималось реактивное переформирование изначально конструктивной агрессии как исход негармоничной первичной социализации в родительской семье [3–5].

Деструкция агрессии, согласно Г. Аммону, выражает интериоризированный запрет значимого для ребенка окружения на собственную автономию и идентичность [3]. Первичный потенциал активности при негармоничной первичной социализации не находит адекватной реализации в наличном предметном мире. По мере взросления искажения конструктивной агрессии проявляются деструкцией, направленной против себя (своих целей, планов и т. д.) или окружающего. При этом наиболее существенным признаком становится фактическая ситуационная неадекватность агрессии (по интенсивности, направленности, способу или обстоятельствам проявления) сложному межличностному пространству человеческих отношений [3].

В поведении деструктивная агрессия про-

является склонностью к разрушению контактов и отношений, в деструктивных поступках (вплоть до неожиданных прорывов насилия), тенденцией к вербальному выражению гнева и ярости, разрушительными действиями или фантазиями, стремлением к силовому решению проблем, приверженностью к деструктивным идеологиям, склонностью к обесцениванию (эмоциональному и мыслительному) других людей и межличностных отношений, мстительностью, цинизмом.

В тех случаях, когда агрессия не находит внешний объект для своего выражения, она может направляться на собственную личность, проявляясь суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению или предрасположенностью к несчастным случаям. В литературных источниках [6] указано, что лица, обнаруживающие высокие показатели по данной шкале, выявляют нарушения эмоционального и особенно волевого контроля, имеющие временный или относительно постоянный характер.

*Шкала дефицитарной агрессии (А3).* Наивысший шкальный показатель среди испытуемых также был установлен у женщин 1-й клинической группы ( $60,37 \pm 1,80$  стандартных Т-баллов), наименьший – у здоровых женщин ( $30,55 \pm 1,44$  стандартных Т-баллов). Значение шкального показателя только у пациенток 2-й клинической группы находилось в пределах нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов и трактовалось как «средний». У здоровых женщин шкальный показатель характеризовался как «пониженный», а у пациенток 1-й группы – как «повышенный» [4–5]. Пациентки 1-й группы обнаруживали достоверно более высокий уровень дефицитарной агрессии по сравнению с пациентками 2-й клинической и испытуемой группами контроля (табл. 2).

Согласно Г. Аммону [3], в поведении дефицитарная агрессия проявляется в ограниченной способности к установлению межличностных контактов, теплых человеческих отношений, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании какой-либо конфронтации, конфликтов, дискуссий и ситуаций «соперничества», в склонности жертвовать собственными интересами, целями и планами, а также в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения.

При повышенной дефицитарной агрессии затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания, претензии и предпочтения. В эмоциональных переживаниях на передний план выступают ощущения пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Часто отмечаются жалобы на чувство

внутренней пустоты, безучастности, «хронической» неудовлетворенности всем происходящим, отсутствие «радости жизни», ощущение бесперспективности существования и непреодолимости жизненных трудностей [4–6].

### Выводы

Полученные в ходе анализа показателей шкал агрессии данные, позволили сделать следующие обобщения:

1) у женщин с депрессивными расстройствами и потерями плода в анамнезе преобладают деструктивно-дефицитарные выражения функции агрессии. Пациентки с депрессивными расстройствами и перинатальной потерей обнаруживают достоверно более низкий уровень конструктивной и более высокий уровень деструктивной и дефицитарной агрессии в сравнении со здоровыми женщинами;

2) повышенная деструктивная и дефицитарная агрессия (> 60 Т-баллов) отличает женщин с депрессивным расстройством, потерей плода в анамнезе и парасуицидом в форме намеренного несуицидального самоповреждения от здоровых лиц и женщин с депрессией, перинатальной потерей без самоповреждений;

3) уровни деструктивной и дефицитарной агрессии (> 60 Т-баллов) у женщин с депрессивным расстройством, потерей плода в анамнезе и парасуицидом в форме намеренного несуицидального самоповреждения значительно выше, чем аналогичные уровни у женщин с депрессивными расстройствами, перинатальной потерей без парасуицида;

4) повышенная деструктивная и дефицитарная агрессия у женщин с депрессивным расстройством, потерей плода и парасуицидом в анамнезе может быть рассмотрена в качестве индивидуальной психотерапевтической мишени при планировании стратегии лечения (мишень, специфичная для личности пациента – 2-я группа психотерапевтических мишеней по Р. К. Назырову [7]);

5) сочетание повышенных значений деструктивной и дефицитарной агрессии в тесте Г. Аммона у женщин с депрессивным расстройством и потерей плода в анамнезе может быть рассмотрено в качестве психодиагностического маркера повышенного риска развития парасуицидального поведения.

### Литература

1. KarmannoerukovodstvokMKB-10:Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glossariem i issledovatel'skimi kriteriyami) [sost. Dzh. E. Kuper; pod. red. Dzh. E. Kupera; per. s angl. D. Poltavtsa] [Pocket Guide to the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders (with glossary and research criteria) [compiled by J. E. Cooper; ed. J. E. Cooper, translated from English D. Poltavets]]. Kiev, Sfera Publ., 2000, 416 p. (In Russ.)
2. Krietman N., Phillip A. Parasuicide (Letter to the Editor). *Brit. J. Psychiat.*, 1969, no. 115, pp. 746-747.
3. Ammon G. *Psychoanalyse und Psychosomatik. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz.*, 1998, s. 368. (In German)
4. Tupitsyn, Yu. Ya., Bocharov V. V., Alkhazova T. V. [et al.] Ya-strukturnyy test Ammona: oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsiy na strukturnom urovne: posobie dlya psikhologov i vrachey [I-structural test Ammon: a questionnaire to assess the personality of the central functions at the structural level: handbook for psychologists and doctors]. St. Petersburg, 1998, 70 p. (In Russ.)
5. Ya-strukturnyy test Ammona [I-structural test Ammon]. *Psylab.info*. Available at: <http://psylab.info> (accessed 10.01.2015) (In Russ.)
6. Vakhreneva O. A., Kolotil'shchikova E. A. Osobnosti struktury lichnosti bol'nykh s nevrasteniyey i nevrozopodobnymi rezidual'no-organicheskimi rasstroystvami [Features of the structure of the individual patients with neurasthenia and neurosis residual-organic disorders]. *Vestnik psikhoterapii: nauchno-prakticheskiy zhurnal*, 2014, no. 50, pp. 30-46. (In Russ.)
7. Nazyrov R. K., Loginova S. V., Remeslo M. B. [et al.] Tipologiya psikhoterapevticheskikh misheney i ee ispol'zovanie dlya povysheniya kachestva individual'nykh psikhoterapevticheskikh programm v lechenii bol'nykh s nevroticheskimi rasstroystvami. Metodicheskie rekomendatsii [Typology of psychotherapeutic targets and its use to improve the quality of individual psychotherapy programs in the treatment of patients with neurotic disorders. Guidelines]. St. Petersburg, Publishing House of the Bekhterev Research Institute named. VM Spondylitis, 2011, 19 p. (In Russ.)

### РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ АГРЕСИВНОСТІ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ, ВТРАТОЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ ТА ПАРАСУІЦИДОМ У ФОРМІ НАВМИСНОГО НЕСУІЦИДАЛЬНОГО САМОУШКОДЖЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА АММОНА (ІСТА)

М. Є. Водка

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Наведено результати порівняльного вивчення агресивності 54 жінок з депресивними розладами (F32.0, F32.1, F33.0 за критеріями МКХ-10), втратою плода в анамнезі та реалізованим па-

### RESULTS OF STUDY OF AGGRESSIVENESS IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDER, HISTORY OF MISCARRIAGE AND PARA-SUICIDE BY WAY OF INTENTIONAL NON-SUICIDAL SELF-INJURY USING I-STRUCTURAL TEST OF AMMON (ISTA)

M. E. Vodka

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** Results of comparative study of characteristics of aggressiveness of 54 women with depressive disorders (F 32.0, F 32.1, F 33.0 according to ICD-10 criteria), history of miscarriage and fulfilled



расуїцидом у формі навмисного несуйцидального самоушкодження (X60-X84 за критеріями МКХ-10) (1-а клінічна група), 30 жінок з депресивними розладами (F32.0, F32.1, F33.0 за критеріями МКХ-10), втратою плода в анамнезі без ознак парасуїцида (2-а клінічна група) та 30 жінок з реалізованою репродуктивною функцією (які мали в анамнезі 1 та більше пологів здоровими дітьми), без перинатальних втрат в анамнезі, ознак психічних розладів та самоушкоджень (контрольна група). Агресивність у групах порівняння вивчалася за допомогою Я-структурного тесту Г. Аммона (Ich-Struktur Testnach Ammon, ISTA). Показано, що знижені значення конструктивної агресії відрізняють пацієток з депресією та перинатальними втратами від психічно здорових жінок з успішно реалізованою репродуктивною функцією. Встановлено, що пацієтки 1-ї групи мають більш високий рівень деструктивної та дефіцитарної агресії порівняно з пацієтками 2-ї клінічної групи та жінками групи контролю. Підвищена деструктивна та дефіцитарна агресія у жінок з депресивним розладом, втратою плода та парасуїцидом в анамнезі розглядається як індивідуальна психотерапевтична мішень.

**Ключові слова:** жінки, депресивний розлад, перинатальна втрата, парасуїцид, агресивність, Я-структурний тест Г. Аммона (ISTA).

para-suicide by way of intentional non-suicidal self-injury (X60-X84 according to ICD-10 criteria) (1<sup>st</sup> clinical group), 30 women with depressive disorders, history of miscarriage and without signs of non-suicide (2<sup>nd</sup> clinical group) and 30 women with fulfilled reproductive function (history of one and more delivery at term with healthy children), without history of miscarriage, signs of mental disorders and self-injury (control group) were presented. Aggressiveness in comparison groups studied with the use of I-Structural Test of Ammon (Ich-Struktur Testnach Ammon, ISTA). The decreased values of constructive aggression were shown to distinguish patients with depression and history of miscarriage from mentally healthy women with successfully fulfilled reproductive function. Established that patients in the 1<sup>st</sup> group had significantly higher level of destructive and deficiency aggression comparing to patients from 2<sup>nd</sup> clinical group and control group. Increased destructive and deficiency aggression in women with depressive disorder, history of miscarriage and para-suicide is considered as individual psychotherapeutic aim in planning of treatment strategy.

**Key words:** women, depressive disorder, miscarriage, para-suicide, aggressiveness, I-Structural Test of Ammon (ISTA).

УДК 613.86-053.6



## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ, КОРЕКЦІЮ ТА ПРОФІЛАКТИКУ СОЦІАЛІЗОВАНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

М. М. Дюженко

КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня»

**Анотація.** У статті надається аналіз сучасних поглядів на діагностику, терапію та профілактику соціалізованого розладу поведінки в осіб юнацького та підліткового віку. На основі доступних джерел вітчизняної та світової наукової літератури розглядаються основні питання щодо стану цієї проблеми, такі як поширеність соціального розладу поведінки, пов'язані з ним делінквентна поведінка та адикції, особливості психопатологічних проявів у осіб із розладами поведінки. Зроблено висновок, що у нашій країні насамперед бракує підходів до діагностики та терапії, які базувалися б на основах доказової медицини. Наводяться можливі напрямки щодо подолання зазначених вад та оптимізації надання психіатричної допомоги особам юнацького та підліткового віку із несприятливими розладами психіки та поведінки.

**Ключові слова:** соціалізований розлад поведінки, терапія, психопрофілактика.

Соціальна значущість здоров'я підлітків обумовлена тим, що вони являють собою найближчий репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний і культурний резерв суспільства [1–12]. Проблема стійких дисоціальних або агресивних форм поведінки (задовольняє загальним критеріям F91 за МКБ-10), що виникає у ді-

тей і підлітків, набуває актуальності у цілому світі та в Україні в силу того, що соціально-економічна криза, розширюючи соціальну базу різних форм поведінкових відхилень, стимулює процес криміналізації та поширення соціально негативних видів поведінки, які набувають масового характеру і нерідко навіть сприймаються як прийнятний по-

ведінковий стиль [13–16]. Раннє формування та закріплення дисоціальних і агресивних поведінкових патернів, що відхиляються від соціальних норм, спотворює процеси психофізичного дозрівання в підліткової популяції, призводить до ранньої втрати функціональності і зниження адаптаційного ресурсу [17], що призводить до підвищеного ризику вчинення протиправних дій, самогубства, психосоматичних захворювань, травматизації та загибелі [18–21].

Розлади поведінки, що починаються зазвичай у підлітковому віці (F91–МКБ-10) – велика група різних за походженням непсихотичних психічних захворювань, що характеризуються стійкою дисоціальною, агресивною поведінкою, надмірною забіякуватістю, жорстокістю до інших людей або тварин, умисним і значним ушкодженням власності, підпалами, брехливістю, злодійством, прогулами в школі та втечею з дому, важкими спалахами гніву, постійним непослухом і зухвалою поведінкою, що продовжуються не менше 6 місяців (МКБ-10) [22–26].

У DSM-IV розлад поведінки визначається як стійка поведінка, при якій порушуються основні права інших людей і головні норми та правила, що відповідають віку. Вказується на те, що така поведінка зазвичай спостерігається в різноманітних соціальних ситуаціях [26].

Показано, що в 70–75% випадків виявлених розладів поведінки у підлітковому віці підтверджується діагноз «соціалізований розлад поведінки» [27]. Симптоматика соціалізованого розладу поведінки (СРП) у підлітків починається у відносно ранньому віці, проте часто зберігається й у дорослому віці, хоча ослаблення симптоматики можливе на будь-якому етапі індивідуального розвитку [28, 29].

Незважаючи на наявність відповідної діагностичної рубрики в МКБ-10, на сьогодні відсутній опис клініко-психопатологічних і патофизиологічних показників СРП при різних варіантах його прояву в ранньому і пізньому підлітковому періоді, не виділені й не вивчені стійкі патологічні поведінкові патерни при СРП.

У деяких дослідженнях показано велике значення соціогенних факторів у генезі делінквентної поведінки підлітків із непсихотичними розладами психіки та поведінки [30, 31]. Однак при цьому психопатологічні та патофизиологічні особливості підлітків-правопорушників залишаються дуже мало вивченими. Робились спроби, переважно за кордоном, проаналізувати особистісні якості патохарактерологічних особливостей осіб молодого віку з делінквентною поведінкою, в тому числі, зумовленою наявністю соціалізованого розладу поведінки.

Однак аналіз цей має переважно морально-етичний характер і не достатньо обґрунтований з наукової точки зору [32, 33].

На сьогодні в Україні накопичено певний досвід психотерапевтичної корекції делінквентної поведінки підлітків [34, 35]. Однак наявні роботи переважно стосуються сексуальних злочинів неповнолітніх [36, 37] та, як правило, не включають у себе проблеми діагностики та лікування непсихотичних розладів поведінки.

Однією з найважчих проблем поведінкових й емоційних розладів, що починаються зазвичай у дитячому та підлітковому віці, у тому числі соціалізованого розладу поведінки, можна назвати велику частоту девіантних форм поведінки, яка проявляється у різних формах соціальної агресії та у соціальній тривожності, ворожості тощо. Поведінка, що характеризується як відхилення від прийнятих у суспільстві норм (тобто девіантна), за ступенем і географією поширення для величезної частини населення України є швидше соціальною нормою [38]. Складності економічного й історичного характеру не можуть служити повним і вичерпним поясненням цього феномена. Явище, яке відображається в поведінці щонайменше половини населення країни, вже перестає бути відхиленням, а стає, на жаль, нормою [39].

Перш за все, слід відрізнити будь-який вид розладів поведінки від нормальних вікових особливостей емоційних проявів та активності особи юнацького або підліткового віку. Навіть найскладніші взаємини підлітка з батьками й однолітками не можуть розцінюватися як патологія поведінки при відсутності діагностичних критеріїв [40–42].

Окремі клінічні прояви розладу соціальної поведінки можуть входити у структуру симптоматики різних захворювань – як психічних, так і соматичних. Гіперактивність дитини і дефіцит уваги можуть виникати при астенічних станах внаслідок перенесеного інфекційного або соматичного захворювання, при черепно-мозкових травмах, у межах тривожного розладу, при аутизмі, неврозах, отруєнні свинцем. Будь-яке поєднання гіперактивності та порушення уваги з симптомами основного захворювання має тимчасові інтервали виникнення симптомів основного захворювання (в той час, як прояви синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) відзначаються з раннього дитинства) і є диференційно-діагностичною ознакою [43–45].

При неврозах відзначається наявність психотравмуючої ситуації та вегетативної симптоматики. Крім того, симптоми СДУГ можуть зустрічатися при порушенні психо-

логічного розвитку: при патології розвитку мови, розладах розвитку шкільних навичок (читання, письма, рахунку). Невисока вираженість цих клінічних проявів свідчить на користь основного захворювання. Розлади соціальної поведінки можуть спостерігатися при депресивних і маніакальних станах, шизофренії, психопатичному розвитку особистості, як наслідки органічного ураження головного мозку, легкого ступеня олігофренії. У всіх випадках анамнестичні дані (преморбід і спадкова обтяженість за ендогенною патологією, відомості про перенесену ЧМТ, вроджений або набутий на ранніх етапах розвитку дитини інтелектуальний дефект) і провідні психопатологічні прояви (наявність симптомів афективного розладу, основних ознак шизофренії, проявів церебрастенії, результат показника інтелекту IQ) дозволяють поставити діагноз [46].

Прогноз розладів соціальної поведінки у підлітків порівняно зі СДУГ менш оптимістичний: висока ймовірність виникнення алкоголізму, наркоманії, токсикоманії та підліткової злочинності [47].

Зловживання речовинами, що змінюють психічний стан, включаючи алкоголь і паління тютюну, або патологічна захопленість різного роду діяльністю, тобто адиктивна поведінка (addictive behavior) в осіб із СРП заслуговує окремої уваги [48, 49]. Більш широко трактування визначення адиктивної поведінки визначає її як одну з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійною фіксацією уваги на певних предметах чи активних видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій [50].

Рання алкоголізація і наркотизація (адиктивна поведінка) – це підлітковий еквівалент побутового пияцтва дорослих і початку наркоманії. У половині випадків алкоголізація і наркотизація починаються в підлітковому віці. Серед делінквентних підлітків більше третини зловживають алкоголем і знайомі з наркотиками. Мотиви вживання – бути своїм у компанії, цікавість, бажання стати дорослим або змінити свій психічний стан. Надалі випивають, приймають наркотики для веселого настрою, для більшої розкутості, самовпевненості тощо [51]. Особливості поведінки залежних дітей та підлітків зумовлені типом речовини, її кількістю і тривалістю приймання, фізіологічними та психологічними особливостями дітей, нерідко і соціальним оточенням, в

якому культивується наркотичний досвід. Дуже часто наркоманія поєднана з психопатологією [52, 53].

Усі ці риси притаманні для підлітків із СРП і складають складний комплекс із іншими проявами делінквентної поведінки. З одного боку, підлітки із СРП часто скоюють правопорушення, знаходячись під впливом алкоголю або інших психоактивних речовин (ПАР), з іншого – для того, щоб здобути кошти на придбання алкоголю або наркотиків. Можна впевнено говорити, що без детального вивчення адиктивного статусу (тобто складного комплексу всіх проявів адиктивної поведінки, що притаманні для цього індивіду, та їх взаємодії) заходи щодо діагностики, терапії та профілактики соціалізованого розладу поведінки були б неповними та малоефективними.

Щодо психопатологічних особливостей осіб із СРП, у літературі не існує єдиної точки зору. У більшості випадків при цьому розладі має місце адекватний розвиток або навіть надмірна конформність в ранньому дитинстві, що закінчується в підлітковому віці. В анамнезі можна знайти вказівки на певні труднощі у вигляді поганої успішності в школі, невеликі відхилення в поведінці, невротичні симптоми. Емоційні розлади, як правило, мінімальні [54].

Серед наведених вище дослідницьких діагностичних критеріїв, насамперед, звертає на себе увагу велика питома вага тієї симптоматики, основою якої є патологія емоційно-вольової сфери (дратівливість, вразливість, вибуховість, спалахи гніву тощо), спричинена як перебігом певних психічних розладів, так і впливом пубертатного комплексу з його жагою самоствердження та емансипації. Наявна у неповнолітніх симптоматика не може бути пояснена просто «невихованістю», «некультурністю», «мікросоціально-педагогічною занедбаністю» підлітків, оскільки спостерігається у підлітків роками (стабільна), виявляється в різноманітних ситуаціях та оточеннях (тотальна), призводить до соціального дистресу чи дезадаптації [55].

Автори роблять висновок, що розвиток непсихотичних форм розладів поведінки в осіб підліткового віку пов'язаний із активацією лімбічних, паралімбічних і стріальних відділів мозку, що включають структури, відповідальні за зв'язок зі стимулом-нагородою (мигдаліна), стимулюючу мотивацію (субкалозальна звивина / додаткове ядро) і антиципацію (передня поясна кора) [56].

Встановлено найбільш спільні патохарактерологічні критерії СРП: схильність до мінливості, вплив випадку, прагнен-

ня не підлягати правилам, ізолювати себе від впливу колективу; надмірна самовпевненість, суб'єктивізм, прагнення до незалежності, скептицизм, іноді цинічність, прагматизм; зайвий сумнів, підозрілість, спрямованість інтересів переважно на себе, зарозумілість, пошук вад у оточуючих; зайве занепокоєння, хвилювання, погані передчуття, невпевненість; збудженість, схвильованість, дратівливість, нетерплячість, надлишок спонукань, що не знаходять розрядки, іноді млявість, недостатня мотивація, лінощі [57–59].

Таким чином, інформацію щодо характерних рис емоційної, афекторно-вольової, інтелектуальної та особистісної сфер підлітків із СРП у доступних літературних джерелах не можна вважати достатньою.

Лікування розладів поведінки у підлітків має бути мультимодальним, тобто важлива участь фахівців різних професій: лікарів, психологів, соціальних педагогів, учителів, батьків [60–63]. Лікувально-корекційні заходи повинні здійснюватися комплексно і поетапно і включають немедикаментозні та медикаментозні методи. Починати лікування переважно з немедикаментозних методів, які включають організацію режиму праці та відпочинку, різні види психотерапії, психолого-педагогічну корекцію, методи релаксації. Психолого-педагогічна корекція повинна включати гармонізацію сімейного мікроклімату та виховні заходи [64–66].

Соціальна реабілітація дітей та підлітків з розладами поведінки повинна бути спрямована на відновлення їх соціальної адаптації

та навчального процесу. Це корекційні заходи, які повинні становити систему методів, спрямованих на відновлення рівноваги між психічним станом підлітка і його поведінкою та гармонізацію поведінки з соціальними установками [67, 68].

Таким чином, можна підкреслити низку проблем, що стосуються діагностики, терапії та профілактики СРП; діагностика не завжди базується на використанні загально визнаних міжнародних класифікацій. Відсутні стандарти лікування психічних розладів у дітей, що були б побудовані на принципах доказової медицини. Існує багато проблем, пов'язаних зі стигматизацією та дискримінацією осіб із розладами психіки, крім того, в Україні гостро постає питання доступності психіатричної допомоги для населення.

Отже, для успішного вирішення проблем, пов'язаних із непсихотичними розладами психіки та поведінки юнацького та підліткового віку потрібен подальший розвиток партнерського співробітництва між медичною та соціальною ланками реабілітації пацієнтів із психічними розладами; залучення родин пацієнтів і представників громадських організацій, що ними опікуються, до надання психіатричної допомоги.

Таким чином, одним з найбільш актуальних завдань для вітчизняної психіатрії є розробка та наукове обґрунтування моделі сучасної психіатричної допомоги особам юнацького та підліткового віку із розладами поведінки в Україні, визначивши медичну та економічну ефективність інноваційних підходів.

## Література

1. Ocherki detskoj psixiatrii: uchebnoe posobie dlya spetsialistov v oblasti okhrany psikhicheskogo zdorov'ya detey (pod red. prof. S. Tabachnikova i V. Frimont) [Essays on child psychiatry: a manual for professionals in the mental health of children (ed. by S. Tabachnikov and V. Frimont)]. NeyroNEWS, 2012, 300 p. (In Russ.)
2. Patel V., Flisher A.J., Hetrick S., McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 2007, vol. 369, pp. 1302-1313.
3. World Health Organization. Final documents of the ministerial conference, Helsinki, 12-15 January 2005: Mental Health Action Plan for Europe and European Declaration on Mental Health, 2005. Available at [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).
4. Datsenko I. B. Minimal'naya mozgovaya disfunktsiya i emotsional'no-povedencheskie rasstroystva u detey i printsipy ikh differentsirovannoy korrektsii [Minimal brain dysfunction and emotional and behavioral disorders in children and the principles of their differential correction]. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal*, 2007, vol. 13, no. 1, pp. 28-35. (In Russ.)
5. Podrostkovaya meditsina: pukovodstvo (pod red. L. I. Levinoy, A. M. Kulikova) [Adolescent Medicine: a Guide (ed. by L. I. Levina, A. M. Kulikov)]. St. Petersburg, Piter Publ., 2006, 343 p. (In Russ.)
6. Astanina N. B. Teoreticheskiy analiz faktorov protivopravnogo povedeniya podrostkov [Theoretical analysis of factors of illegal behavior of teenagers]. *Korreksionnaya pedagogika: teoriya i praktika. Nauch.-metodich. zhurnal*, Moscow, Education Plus Publ., 2009, no. 3, pp. 70-77. (In Russ.)
7. Astanina N. B. Problema resotsializatsii nesovershennoletnikh pravonarushiteley [The problem of re-socialization of juvenile offenders]. *Innovatsionnye protsessy v ekonomicheskoy, pravovoy i gumanitarnoy sferakh: mezhvuz. sborn. nauchnykh trudov*, Voronezh, VF MGEI Publ., 2010, issue 1, part 2, pp. 62-64. (In Russ.)
8. Malinina E. V., Pilyavskaya O. I., Lugovykh N. A., Chizhova T. N. Profilaktika rodovoy travmy i ee posledstviy [Prevention of birth trauma and its consequences]. *Rossiyskiy psixiatricheskiy zhurnal*, 2012, no. 3, pp. 55-61. (In Russ.)
9. Belov V. G., Parfenov Yu. A., Kir'yanov V. M. Psikhologicheskie osobennosti podrostkov s deviantnoy viktimnost'yu [Psychological characteristics of adolescents with deviant victimhood]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P. F. Lesgafta*, 2011, no. 9(79), pp. 28-73. (In Russ.)
10. Eyberg S. M., Nelson M. M., Boggs S. R. Evidence-based psychosocial treatments for children and

adolescents with disruptive behavior. *J. Clin Child Adolesc. Psychol.*, 2008, vol. 37 (215-237), pp. 11.

11. Costello E. J., Foley D. L., Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2006, vol. 45, pp. 8-25.

12. Makushkin E. V. Agressivnoe kriminal'noe povedenie u detey i podrostkov s narushennym razvitiem [Violent criminal behavior in children and adolescents with developmental disabilities]. Moscow, Medical News Agency, 2009, 240 p. (In Russ.)

13. Baryl'nik Yu. B., Shukshina E. V., Nechaeva E. V. Differentsial'naya diagnostika agressivnykh form povedeniya detey i podrostkov [Differential diagnosis of aggressive behavior of children and adolescents]. Materialy IX Rossiyskogo natsional'nogo kongressa «Chelovek i lekarstvo», tezisyy dokladov, Moscow, 2002, pp. 43-44. (In Russ.)

14. Kirenskaya O. V., Makushkin E. V., Lavrova T. N. [i dr.] Kriminal'noe agressivnoe povedenie podrostkov s zaderzhannym psikhicheskim razvitiem: neyrofiziologicheskie i psikhologicheskie faktory riska [The criminal aggressive behavior of adolescents with delayed mental development: neurophysiological and psychological risk factors]. *Agressiya i psikhicheskie rasstroystva*, Moscow, 2005, vol. 2, pp. 43-77. (In Russ.)

15. Scott S., Knapp M., Henderson J., Maughan B. Financial costs of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*, 2001, vol. 323, pp. 191-196.

16. Astanina N. B., Nartova-Bochaver S. K., Romanova M. M. Psikhologicheskaya suverenost' podrostkov s asotsial'nym povedeniem (deviantnykh i delinkventnykh) [Psychological sovereignty of teenagers with antisocial behavior (deviant and delinquent)]. *Lichnost' i bytie: sub'ektnyy podkhod: materialy V Vserossiyskoy nauchno-praktich. Konferentsii* [Personality and being: the subjective approach of the V All-Russian scientific-practical. conference]. Krasnodar, Publ. Kuban State Univ., 2010, pp. 160-162. (In Russ.)

17. Vrono Je. Zapobigannya samogubstva: kerivnyctvo dlja pidlitkiv [Preventing suicide: a Guide for Teens]. Moscow, Akademichnyj Prospekt Publ., 2001, 156 p. (In Ukr.)

18. Igumnov S. A. Osnovy psyhoterapii' ditej i pidlitkiv: sprav. posibnyk (za red. V. T. Kondrashenko) [Fundamentals of psychotherapy of children and adolescents: Reference Guide (ed. by V. T. Kondrashenko)]. Moscow, Publ. house of the Institute of Psychotherapy, 2001, 245 p. (In Ukr.)

19. Parashchenko A. F., Baryl'nik Yu. B., Ivlieva I. A. Analiz i korrektsiya psikhopatologicheskikh rasstroystv v gruppe beznadzornykh nesovershennoletnikh [Analysis and correction of psychopathological disorders in a group of homeless minors]. *Sbornik nauchnykh trudov «Aktual'nye voprosy sovremennoy psikhii i narkologii»*, Penza, 2003, pp. 78-81. (In Russ.)

20. Vostroknutov N. V., Kharitonova N. K., Perezhgin L. O., Morozova N. B. Profilaktika i reabilitatsiya nesovershennoletnikh s psikhicheskimi rasstroystvami i kriminal'noy aktivnost'yu: posobie dlya vrachey [Prevention and rehabilitation of minors with mental illness and criminal activity: a manual for physicians]. Moscow, GNTsSSP im. V. P. Serbskogo Publ., 2004, 84 p.

21. Pidkorytov V. S., Bukrjejev V. I., Kuz'minov V. N. ta in. Kryterii' diagnostyky ta pryncypy likuvannja rozladiv psyhiky ta povedinky u ditej ta pidlitkiv: klinichnyj posibnyk (za red. P. V. Voloshyna ta in.) [Diagnostic criteria and principles of treatment of mental and behavioral disorders in children and adolescents: a clinical guide (ed. by P. V. Voloshyn)]. Kharkov, Folio Publ., 2001, 271 p. (In Ukr.)

22. Mnogoosevaya klassifikatsiya psikhicheskikh rasstroystv v detskom i podrostkovom vozraste. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv u detey i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10 [Multi-axis classification of mental disorders in childhood and adolescence. Classification of mental and behavioral disorders in children and adolescents in accordance with the ICD-10]. Moscow, Smysl Publ., St. Petersburg, Rech' Publ., 2003, 407 p. (In Russ.)

23. Abramov V. A., Vol'tfogel' A. L. O nekotorykh aspektakh vnedreniya MKB-10 v detsko-podrostkovuyu psikhiatricheskuyu praktiku [Some aspects of the implementation of ICD-10 in children and adolescent psychiatric practice]. Aktual'ni pytannja dytjacho' psyhiatrii' v Ukraini: Materialy respublikans'koj konferencii' dytjachykh psyhiatrii' «Reforma psyhiatrychnoi' dopomogy dytjachomu naselennju Ukrainy», Kharkov, UNDIKENP, 1999, issue 2, pp. 12-15. (In Russ.)

24. Karmannoe rukovodstvo k MKB-10. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriteriyami) (sost. Dzh. E. Kuper; per. s angl. D. Poltavtsa) [Pocket Guide to the ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders (with glossary and research diagnostic criteria) (compiled by John. E. Cooper; trans. from English. D. Poltavets)]. Kiev, Sfera Publ., 2000, 464 p. (In Russ.)

25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publ., 2013, pp. 469-470.

26. Gur'eva V. A., Dmitrieva T. B., Makushkin E. V., Gindikin V. Ya., Badmaeva V. D. Klinicheskaya i sudebnaya podrostkovaya psikhiatriya (pod red. V. A. Gur'evoy) [Clinical and forensic adolescent psychiatry (ed. by V. A. Gur'eva)]. Moscow, Medical News Agency, 2007, 488 p. (In Russ.)

27. Gylynskyj Ja. Devyantologiya: sociologija zlochynnosti, narkotyzmu, prostytucii', samogubstv ta inshyh «vidhlyennja» [Devyantologiya: sociology crime, narcotics, prostitution, suicide and other «deviations»]. St. Petersburg, Publ. house «Press Law Center», 2004, 252 p. (In Russ.)

28. Gur'eva V. A. Klinicheskaya i sudebnaya podrostkovaya psikhiatriya [Clinical and forensic adolescent psychiatry]. Moscow, Genezis Publ., 2001, 480 p. (In Russ.)

29. Kudryavtsev I. A., Ratinova N. A. Kriminal'naya agressiya. Ekspertnaya tipologiya i sudebno-psikhologicheskaya otsenka [Criminal aggression. Expert typology and forensic psychological assessment]. Moscow, Publ. house of the Moscow University, 2000, 192 p. (In Russ.)

30. Il'in D. N. Deviantnoe povedenie detey i podrostkov [Deviant behavior of children and adolescents]. St. Petersburg, 1999, 234 p. (In Russ.)

31. Rozlady povedinky dytjachogo ta pidlitkovogo viku (per. z angl. za zag. red. V. Shtengelova) [Conduct disorder children and adolescents (trans. from english. by the society. ed. V. Shtenhelov)]. Kiev, Sfera Publ., 2006, 540 p. (In Ukr.)

32. Volkmar F. Considering disruptive behaviors. *Am. J. Psychiatry*, 2002, no. 159, pp. 349-350.

33. Isakov R. I. Pryncypy psyhokorekcijnoi' roboty z delinkventnyymi pidlitkami, shho je nesvidomymy pryhyl'nykamy peregljadu teleprodukcii' agresyvnogo zmistu [The principles of psycho work with delinquent teenagers that are unconscious supporters watching TV production aggressive content]. *Arhiv psyhiatrii'*, 2005, vol. 11, issue 2(41), pp. 130-132. (In Ukr.)

34. Mishhyk L. I., Bilousova Z. G. Social'no-psyhologichni ta pedagogichni problemy dezadaptacii'

ditej i pidlitkiv [Socio-psychological and pedagogical problems of maladjustment of children and adolescents]. Zaporizhzhia, 3DU Publ., 2003, 108 p. (In Ukr.)

35. Min'kovskiy G., Tuzov A. Profilaktika pravonarusheniy sredi [Prevention of juvenile delinquency]. Kiev, 1999, 215 p. (In Russ.)

36. Mishhyk L. I., Bilousova Z. G. Social'no-psychologichni ta pedagogichni problemy dezadaptacii ditej i pidlitkiv [Socio-psychological and pedagogical problems of maladjustment of children and adolescents]. Zaporozhye, 3DU Publ., 2003, 108 p. (In Ukr.)

37. Psihiatrija: pidruchnyk (pid red. prof. O. K. Naprejenko) [Psychiatry: a textbook (ed. prof. O. K. Naprejenko)]. Kiev, 2001, 461 p. (In Ukr.)

38. Kondrashenko V. T. Deviantnoe povedenie u podrostkov [Deviant behavior in adolescents]. Minsk, 1988, 128 p. (In Russ.)

39. Zakharov A. I. Kak upredit' otkloneniya v povedenii rebenka [How to preempt deviations in behavior]. Moscow, 1993, 182 p. (In Russ.)

40. Kleyberg Yu. A. Psikhologiya deviantnogo povedeniya [Psychology of deviant behavior]. Moscow, Sfera Publ., 2003, 160 p. (In Russ.)

41. Baryl'nik Yu. B., Kompantseva A. K., Shukshina E. V. Analiz i korrektsiya agresivnykh form povedeniya u detey i podrostkov [Analysis and correction of aggressive behavior in children and adolescents]. Narkologiya, 2003, no. 2, pp. 31-32. (In Russ.)

42. Andreev N. A., Targanov Yu. V., Gorozhanin A. V. (ed.) Asotsial'noe povedenie podrostkov [Antisocial behavior of adolescents]. Samara, 2001, 154 p. (In Russ.)

43. Rukovodstvo po klinicheskoy detskoy i podrostkovoy psikhiiatrii (pod red. K. S. Robsona; per. s angl.) [Manual of Clinical Child and Adolescent Psychiatry (ed. K. S. Robson; trans. from English)]. Moscow, Meditsina Publ., 1999, 488 p. (In Russ.)

44. Klinicheskaya i sudebnaya podrostkovaya psikhiiatriya (pod red. V.A. Gur'evoy) klinical and forensic adolescent psychiatry (ed. V. A. Gurieva)]. Moscow, Medical News Agency, 2007, 488 p. (In Russ.)

45. Goldberg D., Bendzhamin S., Krid F. Psikhiiatriya v meditsinskoj praktike (per. s angl. A. Abessonovoy, D. Poltavtsa) [Psychiatry in the practice of medicine (trans. from English by Abessonovoy A., D. Poltavets)]. Kiev, Sfera Publ., 1999, 304 p. (In Russ.)

46. Maksymova N. Ju. Psichologija adyktivnoi' povedinky: navch. posib. [Psychology of addictive behavior: teach. guidances]. Kiev, Publ. house of Kyiv University, 2002, 308 p. (In Ukr.)

47. Lichko A. E. Podrostkovaya psikhiiatriya rukovodstvo dlya vrachey [Adolescent Psychiatry: a Guide for Physicians]. Leningrad, Meditsina Publ., 1985. (In Russ.)

48. Korolenko Ts. P. Additivnoe povedenie. Obshchaya kharakteristika i zakonornosti razvitiya [Addictive behavior. General characteristics and patterns of development]. Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii, 1991, no. 1, pp. 15-21. (In Russ.)

49. Anokhina I. P. Osnovnye biologicheskie mekhanizmy alkogol'noy i narkoticheskoy zavisimosti [Basic biological mechanisms of alcohol and drug addiction]. Rukovodstvo po narkologii: v 2 t., Moscow, Medpraktika-M Publ., 2002, vol. 1. (In Russ.)

50. Vorob'eva T. M. Neyrobiologiya vtorichno priobretennykh motivatsiy [Neurobiology secondarily acquired motivations]. Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal, 2004, vol. 8, no. 1-2, pp. 76-80. (In Russ.)

51. Mendelevich V. D. Narkozavisimost' i komorbidnye rassstroystva povedeniya (psikhologicheskie i psikhopatologicheskie aspekty) [Drug addiction and comorbid conduct disorder (psychological and psychiatric aspects)].

Moscow, MEDpress-inform Publ., 2003, 323 p. (In Russ.)

52. Andreev N. A., Tarakanov Yu. V. Asotsial'noe povedenie nesovershennoletnikh: monografiya (pod red. A. V. Gorozhanina) [Antisocial behavior of minors: a monograph (ed. A. Gorozhanin)]. Samara, Publ. house of Samara jurid. Institute of the Russian Ministry of Justice, 2001, 154 p. (In Russ.)

53. Krygina L. O. Diagnostyka rozladiv povedinky (F91) u nepovnlitnih pravoporushnykiv (na materiali stacionarnykh kompleksnykh sudovykh psichologopshichiatrychnykh ekspertyz) [Diagnosis of conduct disorder (F91) with juvenile offenders (based on permanent court complex psychological and psychiatric examinations)]. Arhiv psichiiatrii, 2013, vol. 19, no. 2, pp. 97-100. (In Ukr.)

54. Passamonti L., Fairchild G., Goodyer I., Hurford G., Hagan C., Rowe J., Calder A. Neural abnormalities in early-onset and adolescence-onset conduct disorder. Archives of General Psychiatry, 2010, no. 67 (7), pp. 729-738.

55. Bardier G. Intolerantnost' i deviantnoe povedenie [Intolerance and deviant behavior]. St. Petersburg, Publ. house of St. Petersburg State University, 41 p. (In Russ.)

56. Drozdov O. Ju., Skok M. A. Problemy agresyvnoi' povedinky osobystosti: navch. posib. [Problems aggressive behavior personality: teach. guidances]. Chernigov, Publ. house of CHNPU im. T. G. Shevchenko, 2000, 156 p. (In Ukr.)

57. Murray J., Farrington D. P. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. Can. J. Psychiatry, 2010, Oct, no. 55(10), pp. 633-42.

58. Naprejenko O. K., Dombrov'ska V. V. Suchasnyj stan (2002 rik) ta shljahy vdoskonalennja psichiatrychnoi' dopomogy v Ukraini [Current status (2002) and ways to improve mental health care in Ukraine]. Arhiv psichiiatrii, 2003, vol. 9, no. 4, pp. 6-9. (In Ukr.)

59. Kochetov A. I., Vertsinskaya N. N. Rabota s trudnymi det'mi [Dealing with difficult children]. Moscow, Prosvshchenie Publ., 1986, 160 p. (In Russ.)

60. Garganeev S. V. Sovremennyy podrostok s zavisimym povedeniem: problematika, voprosy preventsii i psichoterapii [Conduct disorders in teenagers in modern conditions: the analysis of the temporal and klinikosotsialnogo pathomorphism]. Sibirskoe meditsinskoe obozrenie, 2011, no. 4, pp. 82-85. (In Russ.)

61. Garganeev S. V., Rybalko M. I. Rassstroystva povedeniya u podrostkov v sovremennykh usloviyakh: analiz vremennogo i klinikosotsial'nogo patomorfoza [Conduct disorders in teenagers in modern conditions: the analysis of the temporal and klinikosotsialnogo pathomorphism]. Sibirskiy vestnik psichiiatrii i narkologii, 2007, no. 2, pp. 53-56. (In Russ.)

62. Rukovodstvo po sotsial'noy psichiiatrii (pod red. T. B. Dmitrievoy, B. S. Polozhego) [Guidelines for social psychiatry (eds. T. B. Dmitrieva, B. S. Polozhiy)]. 2nd ed., Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2009, 544 p. (In Russ.)

63. Eddy J. Conduct disorders: The latest assessment and treatment strategies. 4th ed. Kansas City, MO, Compact Clinicals, 2006.

64. Kryterii' diagnostyky i psichoterapii' rozladiv psichiky ta povedinky (pid red. B. V. Myhajlova, S. I. Tabachnikova, O. K. Naprejenka, V. V. Dombrov'skoi') [Criteria for the diagnosis and therapy of mental and behavior (ed. B. V. Mikhailov, S. I. Tabachnikova, D. C. Naprejenka, V. V. Dombrov'ska)]. Novosti khar'kovskoy psichiiatrii, Khar'kov, 2003. Available at: <http://www.psychiatry.org.ua/books/criteria>. (In Ukr.)

65. Gurovich I. Ya. Psichosotsial'noe lechbeno-reabilitatsionnoe napravlenie v psichiiatrii [Psychosocial treatment and rehabilitation referral to psychiatry // Soc. and the wedge. psychiatry]. Sots. i klin. psichiiatriya, 2004, no. 1, pp. 81-86. (In Russ.)

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ, КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

М. М. Дюженко  
КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница»

**Аннотация.** В статье дается анализ современных взглядов на проблему диагностики, терапии и профилактики социализированного расстройства поведения у лиц юношеского и подросткового возраста. На основе доступных источников отечественной и мировой научной литературы рассматриваются основные вопросы о состоянии этой проблемы, такие как распространенность социализированного расстройства поведения, связанные с ним делинквентное поведение и аддикции, особенности психопатологических проявлений у лиц с расстройствами поведения. Делается вывод, что в нашей стране, в первую очередь, не хватает подходов к диагностике и терапии, которые базировались бы на основах доказательной медицины. Приводятся возможные направления по преодолению указанных недостатков и оптимизации предоставления психиатрической помощи лицам юношеского и подросткового возраста с непсихотическими расстройствами психики и поведения.

**Ключевые слова:** социализированное расстройство поведения, терапия, психопрофилактика.

## MODERN CONCEPTS OF CONDUCT DISORDER IN ADOLESCENTS DIAGNOSTICS, CORRECTION AND PREVENTION

M. M. Dyuzhenko  
KZOZ Kharkiv Regional Clinical Narcological Hospital

**Summary.** The article provides an analysis of modern views on the diagnosis, treatment and prevention of conduct disorder in adolescents. On the basis of available sources of national and world scientific literature basic questions about the status of the problem, such as prevalence of conduct disorder, associated with it delinquent behavior and addiction, psychopathological manifestations are reviewed. It is concluded that in our country there is especially lack of approaches to diagnosis and therapy of conduct disorder, based to evidence-based medicine. The possible areas to overcome these defects and optimization of psychiatric assistance to youth and teens with non-psychotic mental and behavioral disorders are considered.

**Key words:** conduct disorder, therapy, psychological prophylaxis.

УДК: 616.895-008.452-07-053.9

## ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ АРАНЖИРОВКИ АФФЕКТИВНО-БРЕДОВЫХ СИНДРОМОВ В ПСИХОГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ И ИХ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ НАПОЛНЕНИЕ ПО ДАННЫМ PANSS



А. Г. Лисконог

Территориальное медицинское объединение «Психиатрия»

**Аннотация.** С целью анализа клинико-психопатологической структуры депрессивно-параноидного синдрома у контингента пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих сердечно-сосудистой патологией, с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS было исследовано 100 пациентов пожилого и старческого возраста психосоматического отделения № 24 ТМО «Психиатрия» г. Киева с доминирующим депрессивно-параноидным синдромом в структуре психопатологических расстройств. В результате исследования разработана классификация типов клинической аранжировки депрессивно-параноидного синдрома. Выделено 9 типов клинической аранжировки: тревожно-персекуторный, тревожно-ипохондрический, тревожно-самоуничижающий, апатико-персекуторный, апатико-ипохондрический, апатико-самоуничижающий, меланхолично-персекуторный, меланхолично-ипохондрический, меланхолично-самоуничижающий.

**Ключевые слова:** депрессивно-параноидный синдром, аранжировка, тревога, меланхолия, психогеронтология.

### Введение

Анализ распространенности нозологических форм сердечно-сосудистой патологии у контингента пациентов пожилого и старческого возраста указывает на высокую

клиническую значимость комплекса психопатологических нарушений соматогенно-органического регистра в структуре патологии, формирующей сферу компетенции современной геронтологической психиатрии [1–2].

Исследование данной проблемы неизбежно приводит к необходимости формирования типологии аффективно-бредовых синдромов у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих сердечно-сосудистой патологией, с целью прогнозирования клинических исходов и поиска конгруэнтных методов коррекции психопатологических нарушений, в том числе, и психотерапевтических.

Смешанная этиопатогенетическая структура указанных расстройств является результатом онтогенетической аккумуляции патологических воздействий, следствием дисциркуляторных нарушений центральной нервной системы (ЦНС) в рамках сердечно-сосудистой патологии, а также результатом естественного хода инволюционного процесса [3].

Континуальность развития сердечно-сосудистой патологии до начала формирования психопатологических нарушений, предшествующая существованию персонологических нарушений, детерминирует важность поиска механизмов психогенеза экзacerbаций и является приоритетной задачей исследований данного комплекса психопатологических расстройств [4–5].

Присоединение продуктивной психопатологической симптоматики, в частности, широкого комплекса аффективно-бредовых синдромов, происходит на этапе прогрессирования дефицитарных психопатологических нарушений в структуре психоорганического синдрома. При учете характера психопатогенеза указанных расстройств, дескрипция и анализ депрессивно-параноидных синдромов

Диаграмма 1

Варианты клинической аранжировки депрессивного компонента психопатологической симптоматики среди исследованного контингента (%)

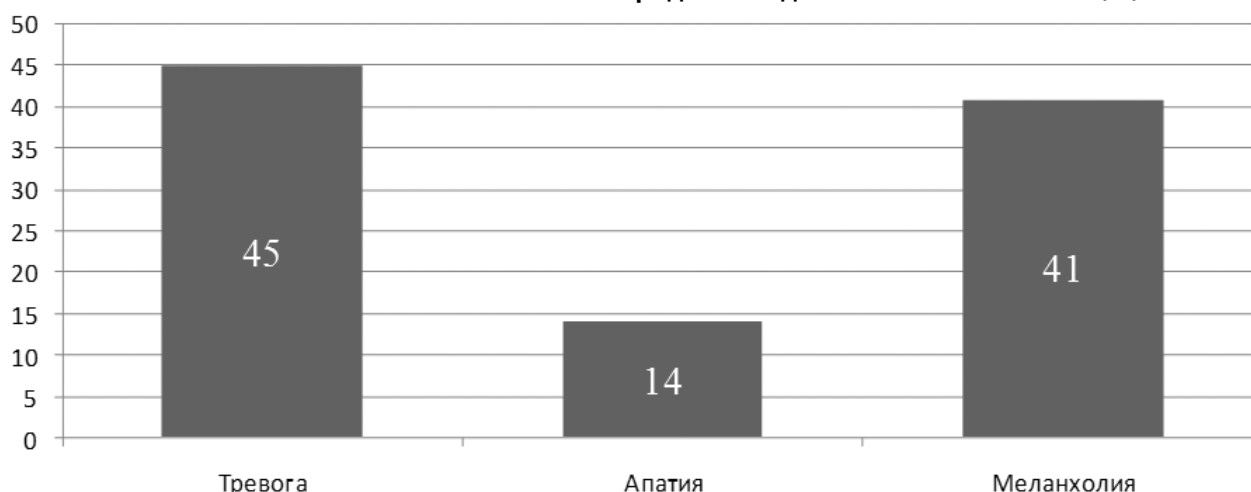


Диаграмма 2

Варианты клинической аранжировки параноидного компонента психопатологической симптоматики среди исследованного контингента (%)





в ракурсе типа их аффективной аранжировки в сопоставлении с верификацией клинического наполнения является приоритетной задачей современной геронтопсихиатрии.

#### Цель исследования

Анализ клиничко-психопатологической структуры депрессивно-параноидного синдрома у контингента пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих кардио-васкулярной патологией.

#### Материалы и методы исследования

На базе психосоматического отделения № 24 ТМО «Психиатрия» г. Киева было обследовано 100 пациентов пожилого возраста, страдающих заболеванием сердечно-сосудистой системы (гипертонической болезнью; ишемической болезнью сердца – ИБС) с коморбидной психической патологией, в клинической структуре которой наблюдались психопатологические расстройства в рамках депрессивно-параноидного синдрома или его осевых компонентов. Длительность сердечно-сосудистого заболевания составляла от 5 до 30 лет.

Пациенты были распределены на группы согласно нозологической принадлежности доминирующих соматических нарушений:

1. ГБ 1 – 3 стадии;
2. ИБС. Диффузный кардиосклероз. СН 1–3;
3. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ФК 1–3.

В исследовании применялись анамнестический, клиничко-психопатологический, психодиагностический, катамнестический, статистический методы.

В качестве методики верификации клинической семиотики в рамках данной работы использовалась шкала позитивных и негативных синдромов PANSS.

#### Результаты исследования и их обсуждение

В рамках психодиагностического и клиничко-психопатологического исследований с использованием стандартного набора экспериментально-психологических методик у обследованного контингента пациентов были выявлены следующие структурные характеристики депрессивно-параноидного син-

Таблица 1

Варианты клинической аранжировки депрессивно-параноидного синдрома у исследованного контингента пациентов (%)

Клиническая аранжировка	Аффективный тип депрессивного компонента	Доминирующая бредовая фабула в структуре параноидного компонента	Клиническое наполнение	%
Тревожно-персекуторная (ТП)	Тревожный	Отношения, преследования, воздействия	Обманы восприятия с их интерпретацией в рамках воздействия с целью причинения вреда	12
Тревожно-ипохондрическая (ТИ)	Тревожный	Ипохондрическая	Сенестопатии с бредовой интерпретацией, выраженная тревога за свое здоровье, нозофобические переживания	25
Тревожно-самоуничжающая (ТС)	Тревожный	Самообвинения, самоуничижения	Самообвинение, сопровождающееся страхом перед мнимым наказанием	8
Апатико-персекуторная (АП)	Апатический	Отношения, преследования, воздействия	Ощущение отнятия эмоций третьими лицами	2
Апатико-ипохондрическая (АИ)	Апатический	Ипохондрическая	Ощущение неизлечимого заболевания, среди симптомов которого – отсутствие эмоций, невозможность любить близких	10
Апатико-самоуничжающая (АС)	Апатический	Самообвинения, самоуничижения	Самообвинение в потере любви к близким. Anaesthesia psychica dolorosa	2
Меланхолически-персекуторная (МП)	Меланхолический	Отношения, преследования, воздействия	Тоскливое ощущение вины и негативного отношения к себе	13
Меланхолически-ипохондрическая (МИ)	Меланхолический	Ипохондрическая	Тоскливое ощущение неизлечимого заболевания, дряхлости, близости смерти	15
Меланхолически-самоуничжающая (МС)	Меланхолический	Самообвинения, самоуничижения	Самообвинение в бедах человечества, близких людей. Витальная тоска	13

Таблица 2

Клиническое наполнение депрессивно-параноидного синдрома у контингента пациентов с клинически-довлеющей тревожной аффективной аранжировкой депрессивного синдрома

Подшкала PANSS	Контрольная точка	Диапазоны баллов	ТП	ТИ	ТС
			N = 12	N = 25	N = 8
П1 – бред		1–2	2 (16,67 %)	18 (72,00 %)	1 (12,50 %)
		3–4	9 (75,00 %)	5 (20,00 %)	6 (75,00 %)
		5–7	1 (8,33 %)	2 (8,00 %)	1 (12,50 %)
П4 – возбуждение		1–2	6 (50,00 %)	9 (36,00 %)	2 (25,00 %)
		3–4	5 (41,67 %)	11 (44,00 %)	5 (62,50 %)
		5–7	1 (8,33 %)	5 (20,00 %)	1 (12,50 %)
О2 – тревога		1–2	2 (16,67 %)	6 (24,00 %)	3 (37,50 %)
		3–4	8 (66,67 %)	11 (44,00 %)	3 (37,50 %)
		5–7	2 (16,67 %)	8 (32,00 %)	2 (25,00 %)
О3 – чувство вины		1–2	9 (75,00 %)	21 (84,00 %)	1 (12,50 %)
		3–4	2 (16,67 %)	4 (16,00 %)	3 (37,50 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	4 (50,00 %)
Об – депрессия		1–2	6 (50,00 %)	16 (64,00 %)	1 (12,50 %)
		3–4	4 (33,33 %)	6 (24,00 %)	6 (75,00 %)
		5–7	2 (16,67 %)	3 (12,00 %)	1 (12,50 %)
О7 – двигательная заторможенность		1–2	10 (83,33 %)	23 (92,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	1 (8,33 %)	2 (8,00 %)	6 (75,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	2 (25,00 %)
О15 – загруженность психическими переживаниями		1–2	4 (33,33 %)	4 (16,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	6 (50,00 %)	17 (68,00 %)	1 (12,50 %)
		5–7	2 (16,67 %)	4 (16,00 %)	7 (87,50 %)
Подшкала PANSS	Контрольная точка	Диапазоны баллов	АП	АИ	АС
			N = 2	N = 10	N = 2
П1 – бред		1–2	0 (0,00 %)	2 (20,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	2 (100,00 %)	1 (10,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	7 (70,00 %)	2 (100,00 %)
П4 – возбуждение		1–2	2 (100,00 %)	8 (80,00 %)	1 (50,00 %)
		3–4	0 (0,00 %)	2 (20,00 %)	1 (50,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
О2 – тревога		1–2	1 (50,00 %)	9 (90,00 %)	2 (100,00 %)
		3–4	1 (50,00 %)	1 (10,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
О3 – чувство вины		1–2	1 (50,00 %)	6 (60,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	1 (50,00 %)	4 (40,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	2 (100,00 %)
Об – депрессия		1–2	0 (0,00 %)	2 (20,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	1 (50,00 %)	5 (50,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	1 (50,00 %)	3 (30,00 %)	2 (100,00 %)

Окончание таблицы 2 на стр.34

Окончание таблицы 2. Начало на стр.33

Подшкала PANSS	Контрольная точка	Диапазоны баллов	АП	АИ	АС
			N = 2	N = 10	N = 2
O7 – двигательная заторможенность		1–2	0 (0,00 %)	8 (80,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	2 (100,00 %)	1 (10,00 %)	1 (50,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	1 (10,00 %)	1 (50,00 %)
O15 – загруженность психическими переживаниями		1–2	0 (0,00 %)	1 (10,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	1 (50,00 %)	7 (70,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	1 (50,00 %)	2 (20,00 %)	2 (100,00 %)

Подшкала PANSS	Контрольная точка	Диапазоны баллов	МП	МИ	МС
			N = 13	N = 15	N = 13
П1 – бред		1–2	2 (15,38 %)	3 (20,00 %)	1 (7,69 %)
		3–4	1 (7,69 %)	8 (53,33 %)	5 (38,46 %)
		5–7	9 (69,23 %)	4 (26,67 %)	7 (53,85 %)
П4 – возбуждение		1–2	6 (46,15 %)	4 (26,67 %)	11(84,62%)
		3–4	2 (15,38 %)	9 (60,00 %)	2 (15,38 %)
		5–7	5 (38,46 %)	2 (13,33 %)	0 (0,00 %)
O2 – тревога		1–2	0 (0,00 %)	8 (53,33 %)	9 (69,23 %)
		3–4	9 (69,23 %)	3 (20,00 %)	4 (30,77 %)
		5–7	4 (30,77 %)	4 (26,67 %)	0 (0,00 %)
O3 – чувство вины		1–2	5 (38,46 %)	9 (60,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	6 (46,15 %)	3 (20,00 %)	6 (46,15 %)
		5–7	2(15,38%)	3 (20,00 %)	7 (53,85 %)
O6 – депрессия		1–2	1 (7,69 %)	1 (6,67 %)	2 (15,38 %)
		3–4	7 (53,85 %)	6 (40,00 %)	5 (38,46 %)
		5–7	5 (38,46 %)	8 (53,33 %)	6 (46,15 %)
O7 – двигательная заторможенность		1–2	1 (7,69 %)	0 (0,00 %)	1 (7,69 %)
		3–4	8 (61,54 %)	5 (33,33 %)	8 (61,54 %)
		5–7	4 (30,77 %)	10 (66,67 %)	4 (30,77 %)
O15 – загруженность психическими переживаниями		1–2	4 (30,77 %)	2 (13,33 %)	1 (7,69 %)
		3–4	5 (38,46 %)	9 (60,00 %)	7 (53,85 %)
		5–7	4 (30,77 %)	4 (26,67 %)	5 (38,46 %)

дрома в ракурсе аффективной аранжировки депрессивных проявлений и доминирующей бредовой фабулы в рамках параноидного компонента. Выявленное распределение показано на **диагр. 1 и 2** соответственно.

Доминировали следующие типы аффективной аранжировки:

- 1) тревожность – 45 пациентов (45,00 %);
- 2) апатия – 14 пациентов (14,00 %);
- 3) меланхолия – 41 пациент (41,00 %).

Доминировали следующие типы бредовой фабулы:

- 1) отношения, воздействия и преследования – 29 пациентов (29,00 %);
- 2) ипохондрические идеи – 48 пациентов (48,00 %);

3) самообвинения и самоунижения – 23 пациента (23,00 %).

Анализ распределения доминирующей аффективной аранжировки и фабулы бредовых переживаний позволил выделить следующие типы их констелляции у обследованного контингента пациентов (**табл. 1**).

Дальнейший анализ клинической структуры выявленных вариантов клинической аранжировки депрессивно-параноидного синдрома происходил путем верификации клинической симптоматики с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS.

В качестве критериев анализа клинического наполнения были использованы сле-

дуючі подраздели шкали оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS):

P1 – бред;

P4 – возбужденість; O2 – тривога;

O3 – почуття провини;

O6 – депресія;

O7 – двигальна затриманість;

O15 – навантаженість психічними переживаннями.

Оцінка квантифікованих показників походила відповідно діапазонам баллів, відповідуючих в оригінальній шкалі ступеня вираженості симптоматики (1–2 бала – відсутність або легка, 3–4 бала – помірна, 5–7 – тяжка).

Дані дослідження з використанням вказаної шкали приведені в **табл. 2** відповідно клінічно-довідуючій афективній аранжировці депресивного синдрому.

### Висновки

1. Проведено аналіз розподілу домінуючої афективної аранжировки і фабули бредових переживань у обстеженого контингенту пацієнтів. Афективна аранжировка була представлена: тривожністю – 45 пацієнтів (45,00%); апатією – 14 пацієнтів (14,00%); меланхолією – 41 пацієнт (41,00%). Домінуюча бредова фа-

була в структурі параноїдного компонента була представлена: ідеями відношення, впливу і переслідування – 29 пацієнтів (29,00%); іпохондричними ідеями – 48 пацієнтів (48,00%); ідеями самообвинення і самоунищення – 23 пацієнта (23,00%).

2. Розроблена класифікація типів розподілу констеляції негативних розстройств у обстеженого контингенту пацієнтів. Серед виявлених типів клінічної аранжировки: тривожно-персекуторний (12,00%), тривожно-іпохондричний (25,00%), тривожно-самоунищуючий (8,00%), апатико-персекуторний (2,00%), апатико-іпохондричний (10,00%), апатико-самоунищуючий (2,00%), меланхолічно-персекуторний (13,00%), меланхолічно-іпохондричний (15,00%), меланхолічно-самоунищуючий (13,00%).

Проведено аналіз клінічного наповнення вказаних типів афективної аранжировки депресивно-параноїдного синдрому з використанням шкали позитивних і негативних синдромів PANSS, отримані дані ілюструють співвідношення інтенсивності основних компонентів афективних і бредових порушень для кожного з виділених варіантів.

### Література

1. Hegeman J. M., de Waal M. W., Comijs H. C., Kok R. M., van der Mast R. C. Depression in later life: A more somatic presentation? *J Affect Disord.*, 2014, Aug 30; 170 p., pp. 196–202. doi: 10.1016/j.jad. 2014.08.032. [Epub ahead of print].

2. Bonitz G. The interlocking of psychosociogenic, somatogenic and endogenous factors in the psychoses of involutional age. *Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. Beih.*, 1972, no. 15, pp. 54–66.

3. Carvalho H. W., Andreoli S. B., Lara D. R., Patrick C. J., Quintana M. I. The joint structure of major depression, anxiety disorders, and trait negative affect. *Rev. Bras Psiquiatr.*, 2014, Apr 15. [Epub ahead of print].

4. Kiosses D. N., Ravdin L. D., Gross J. J., Raue P., Kotbi N. Alexopoulos G. S. Problem Adaptation Therapy for Older Adults With Major Depression and Cognitive Impairment: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 2014, Nov 5. doi: 10.1001 / jamapsychiatry. 2014. 1305. [Epub ahead of print].

5. Novick D., Montgomery W., Bertsch J., Peng X., Brugnoli R., Haro J. M. Impact of painful physical symptoms on depression outcomes in elderly Asian patients. *Int Psychogeriatr.*, 2014, Nov, no. 4, pp. 1–8. [Epub ahead of print].

### ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ АФЕКТИВНО-МАЯЧНИХ СИНДРОМІВ У ПСИХОГЕРОНТОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ ТА ЇХНЄ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНЕ НАПОВНЕННЯ ЗА ДАНИМИ PANSS

А. Г. Лісконог

Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія»

**Анотація.** З метою аналізу клініко-психопатологічної структури депресивно-параноїдного синдрому у контингенту пацієнтів похилого та старечого віку, що страждають на кардіоваскулярну патологію, було досліджено за допомогою шкали позитивних і негативних синдромів PANSS 100 пацієнтів похилого та старечого віку психосоматичного відділення № 24 ТМО «Психіатрія»

### VARIANTS OF CLINICAL ARRANGEMENT OF AFFECTIVE-DELUSIONAL SYNDROMS IN PSYCHOGERONTOLOGY AND THE CLINIC-PSYCHOPATHOLOGICAL CONTENT DUE TO DATA OF PANSS

A. G. Liskonog

Territorial Medical Association «Psychiatry»

**Summary.** In order to analyze clinical and the psychopathological structure of depressive-paranoid syndrome among the cohort of patients of elderly and senile age, suffering from cardiovascular pathology, 100 patients of elderly and senile age, of psychosomatic department № 24 TMO «Psychiatry», Kiev, with the dominant depressive-paranoid syndrome in

м. Києва з домінуючим депресивно-параноїдним синдромом в структурі психопатологічних розладів. У результаті дослідження було розроблено класифікацію типів клінічного аранжування депресивно-параноїдного синдрому. Виділено 9 типів клінічного аранжування: тривожно-персекуторний, тривожно-іпохондричний, тривожно-самопринижуючий, апатико-персекуторний, апатико-іпохондричний, апатико-самопринижуючий, меланхолійно-персекуторний, меланхолійно-іпохондричний, меланхолійно-самопринижуючий.

**Ключові слова:** депресивно-параноїдний синдром; аранжування; тривога; меланхолія; психогеронтологія.

the structure of psychopathological disorders, was investigated using PANSS rating scale. The study developed a classification of types of clinical arrangement of depressive-paranoid syndrome, among the studied cohort of patients, 9 types of clinical arrangement were allocated: anxious - persecutory, anxious-hypochondrical, anxious-self-blaming, apathetically-persecutory, apathetically-hypochondrical, apathetically-self-blaming, melancholically-persecutory, melancholically-hypochondrical, melancholy-self-blaming.

**Key words:** depressive-paranoid syndrome; arrangement, anxiety, melancholy, psychogerantolog.

УДК 616.89-008-053.6:616.441-006.5

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ДИФУЗНОГО НЕТОКСИЧНОГО ЗОБУ



Т. М. Матковська<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків  
Національної академії медичних наук України»,

<sup>2</sup> Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Патологія щитовидної залози негативно впливає на психічне здоров'я людини на всіх етапах його життя. У статті доведено, що у хворих на дифузний нетоксичний зоб, що мають несприятливий прогноз перебігу цього захворювання, незалежно від статі достовірно частіше реєструються органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади та розлади невротичного регістру, відсоток яких жодною мірою не залежав від ступеня зоба. Наявність психічної патології серед хворих на дифузний нетоксичний зоб у вигляді органічних емоційно-лабільних (астенічних) розладів та розладів невротичного регістру може бути розцінена як ознака несприятливого перебігу дифузного нетоксичного зобу.

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

### Вступ

Актуальність вивчення психічного здоров'я у дітей та підлітків із дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ) обумовлюється поширеністю захворювання, поліморфністю і неоднозначністю психопатологічних проявів при цій ендокринній патології, труднощами виявлення цих розладів, особливо на початкових етапах захворювання й, нарешті, невивченістю психічної патології, що формується при мінімальній тиреоїдній дисфункції. Встановлено, що патологія щитовидної залози (ЩЗ) негативно впливає на психічне здоров'я людини на всіх етапах його життя, обумовлюючи появу різноманітних клінічних синдромів, починаючи від слабо виражених порушень і закінчуючи важкими психічними розладами.

Існуючий факт наявності високої розповсюдженості патології (ЩЗ) серед сучасних

дітей та підлітків, а також різні та досить суперечливі трактування до підходів як діагностики, так і лікування цих станів обумовлюють актуальність вивчення зазначеної проблеми.

Найбільш розповсюдженою патологією (ЩЗ) дитячого та підліткового віку є дифузний нетоксичний зоб, який у динамічному спостереженні може зберігатись тривалий час та впливати на всі ланки подальшого розвитку організму, як фізичного і статевого, так й інтелектуального та когнітивного функціонування.

Встановлено, що патологія щитовидної залози негативно впливає на психічне здоров'я людини на всіх етапах його життя, обумовлюючи появу різноманітних клінічних синдромів, починаючи зі слабо виражених порушень і закінчуючи важкими психічними розладами. Доведено, що у всіх без винятку

хворих на гіпотиреоз спостерігається той чи інший ступінь психічних розладів, які іноді домінують у клінічній симптоматиці. Психічні розлади при гіпотиреозі характеризуються поліморфізмом і неоднорідністю проявів. У низці випадків при важких формах захворювання розвивається гіпотиреоїдний хронічний психосиндром аж до психозів.

Вважають, що найбільш частими психопатологічними проявами як субклінічного, так і манифестного гіпотиреозу є депресивні розлади [1]. Доведено зв'язок субклінічних форм гіпотиреозу з такими станами, як депресія, деменція, афективні порушення з хворобою Альцгеймера, синдромом нічного апное та інші. Синдром неспокійних ніг частіше зустрічається в осіб з гіпофункцією ЩЗ [2, 3].

Також значущим є негативний вплив тиреоїдної дисфункції на стан психологічного та психічного здоров'я дитини, а також потенціальний рівень її інтелектуальної активності. Значна кількість робіт присвячена визначенню впливу йодного дефіциту на інтелектуальний потенціал та психічне здоров'я населення. Встановлено, що в йододефіцитних регіонах в 2 рази частіше зустрічається розумова відсталість, до 15% школярів відчують труднощі в навчанні. Численні дослідження присвячені, перш за все, вивченню вираженої психічної патології, а саме – інтелектуальної недостатності при ендемічному кретинізмі. Значно менше вивчені психічні порушення граничного рівня у населення, що мешкає в районах з помірною йодною недостатністю. Наведені результати досліджень свідчать про наявність відхилення за тим чи іншим показником інтелектуально-мнестичної сфери у 85,5% школярів молодших класів [4].

Найчастішими формами психічної патології, які розцінюють як наслідок дефіциту йоду, є когнітивне порушення, органічне емоційно-лабільне (астенічне) порушення, порушення невротичного кола, функціональні системні порушення. Серед патогенетичних механізмів впливу дефіциту йоду на психічне здоров'я дитини називають вплив на формування структур головного мозку та функціональну активність ЦНС [5]. Автори також зазначають, що серед хворих з ендемічним зобом збільшується кількість дітей, які мали психічні порушення як на донозологічному, так і на синдромальному рівні. Ступінь означених порушень залежить від важкості йододефіциту, наявності якого сприяє формуванню дисфункції чи органічному ураженню головного мозку [6].

Переважну більшість наукових досліджень присвячено вивченню впливу дефіциту йоду

на когнітивні функції дитини. Доведена причетність йододефіциту до розвинення таких розумових порушень як розумова відсталість, а також те, що показники розумового розвитку населення (IQ) в йододефіцитних районах на 15,0–20,0% нижче, ніж у йодонаповнених регіонах. У дітей шкільного віку відбувається зниження пізнавальної функції на 11,0–38,0%. Реєструють когнітивні порушення, які проявляються зниженням здатності до концентрації уваги та порушенням запам'ятовування [6, 7].

Особливу увагу привертають дослідження, які присвячені вивченню когнітивних функцій у хворих з порушенням тиреоїдної функції. За даними професора Л. А. Щеплягиної, зменшення продукції тиреоїдних гормонів супроводжується зниженням вмісту нейрограніна в головному мозку людини, що призводить до виникнення затримки інтелектуального розвитку, зниження пам'яті, порушення концептуального мислення [8, 9].

М. Блейлер (1948) об'єднав психічні порушення, що сполучуються з ендокринною патологією поняттям «ендокринний психосиндром». Автор відзначив різноманіття віднесених до цього синдрому психопатологічних і соматовегетативних проявів. У низці найбільш істотних складових ендокринного психосиндрому поряд зі зниженням психічної активності та зміною потягів і інстинктів (порушення елементарних потягів – раптове відчуття голоду, спраги, розлади сну, лібідоза та ін.) значну роль відіграють й розлади афективної сфери. Характерні як гостро виникаючі «емоційні епізоди», так і більш затяжні розлади з частою зміною настрою, від пригніченості до ейфорії, найчастіше протікають у формі змішаних станів. Нерідко на перший план виступають явища дисфорії з дратівливістю, злостивістю, безсонням, плаксивістю.

Але найбільшу кількість досліджень присвячено проблемам клініки, діагностики і терапії психічних розладів при вираженій гіпофункції ЩЗ, а роботи, присвячені спеціальним дослідженням психічних розладів при субклінічній формі гіпотиреозу, у вітчизняній психіатрії практично відсутні.

Враховуючи той факт, що гіпотиреоз розвивається поступово і має приховані, нетипові симптоми на початку захворювання, погіршення самопочуття може розцінюватися як наслідок розумової чи фізичної перевтоми, вагітності та пологів. У низці випадків симптоми гіпотиреозу нагадують ознаки багатьох захворювань, пацієнти звертаються до таких фахівців, як кардіолог, гінеколог, невропатолог, отоларинголог та інших, лікування в яких не призводить до одужання.

Незважаючи на наведені данні сучасної літератури, систематизованих узагальнюючих досліджень, присвячених аналізу прогностичних факторів ризику перебігу дифузного нетоксичного зобу (ДНЗ) у підлітків обох статей з метою удосконалення методів лікування підлітків, хворих на ДНЗ, до теперішнього часу практично немає.

У цій ситуації терапія, спрямована виключно на ліквідацію дефіциту йоду, на жаль, малоефективна. Динамічне спостереження за дітьми і підлітками з ДНЗ, які отримували традиційну терапію, дозволило діагностувати нормалізацію розмірів ЩЗ через 3–4 роки з моменту маніфестації захворювання лише у третини обстежених [10]. Враховуючи тісний взаємозв'язок між функціональним станом ЩЗ з процесами статевого дозрівання, соматичним та психічним здоров'ям, інтелектуально-мнестичною сферою, відсутність адекватної ефективної терапії може зумовлювати несприятливий перебіг захворювання у хворих на ДНЗ і, як наслідок, значно погіршувати їх якість життя [11].

#### Мета дослідження

Оптимізація стану психічного здоров'я підлітків віком 10–17 років, хворих на дифузний нетоксичний зоб.

#### Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження був стан психічного здоров'я, когнітивні функції підлітків 10–17 років обох статей, хворих на дифузний нетоксичний зоб із різним перебігом захворювання, які отримали диференційований курс терапії.

При визначенні стану психічного здоров'я використовували клініко-психопатологічний метод, який включає збір анамнезу, діагностичну бесіду і спостереження за руховими, вегетативними та емоційними реакціями. Показники інтелектуально-мнестичної сфери вивчали з використанням таких психодіагностичних методик: рівень розумових досягнень визначали за допомогою теста Равена; визначення характеристик пам'яті – за допомогою методики запам'ятовування 10 слів; показники уваги та працездатності – коректурної проби (тест Тулуз–П'єрона). Математична обробка результатів обстеження підлітків проведена за допомогою пакетів програм SPSS Statistics 17,0, Excel.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Під час клініко-патопсихологічного обстеження у 83,1% хворих із дифузним нетоксичним зобом діагностовано психічні порушення, які характеризувалися поліморфними симптомами та скаргами на тривогу, емоційну лабільність, напругу, роздратованість, підвищену психічну та фізичну втом-

люваність, головний біль, запаморочення. У структурі захворювань психічні порушення у підлітків із ДНЗ переважали органічні емоційно-лабільні (астенічні), невротичні порушення, соматоформна вегетативна дисфункція.

Дані клініко-анамнестичного, генеалогічного аналізу та результатів поглибленого комплексного обстеження дозволили визначити індивідуальний прогноз перебігу захворювання у підлітків із ДНЗ. Сприятливий перебіг захворювання встановлено у 42,6% хлопців і 38,6% дівчат, несприятливий прогноз – у 41,0% хлопців і 54,6% дівчат, невизначений – у 16,4% хлопців і 6,8% дівчат. Серед підлітків із несприятливим перебігом захворювання, вірогідно частіше реєстрували зоб II–III ступеня (38,2% проти 14,3% у підлітків зі сприятливим прогнозом,  $p < 0,05$ ).

Аналіз стану психічного здоров'я з урахуванням перебігу ДНЗ дозволив визначити значущі відмінності в структурі психічних порушень при різному перебігу зоба (рис. 1).

У результаті проведеного аналізу виявлено, що серед групи, яка мала несприятливий прогноз перебігу ДНЗ, переважала патологія нервово-психічної сфери. У структурі психічних розладів у групі з несприятливим перебігом ДНЗ наявно переважають органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади  $46,2\% \pm 5,2\%$  та розлади невротичного рівня в  $38,5\% \pm 5,1\%$ , що є достовірно частішою патологією ( $p < 0,001$ ), ніж зареєстрована соматоформна вегетативна дисфункція – у  $15,3\% \pm 3,8\%$ .

Аналізуючи групу з несприятливим прогнозом перебігу ДНЗ в гендерному аспекті, виявлено, що у дітей та підлітків чоловічої статі значно переважали органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади, що



Примітки:

\* –  $p < 0,05$  вірогідність відмінностей показників в групах

\*\* –  $p < 0,1$  вірогідність відмінностей показників в групах

Рис. 1. Структура психічних розладів у хворих на ДНЗ залежно від перебігу захворювання

реєструвалися майже у половини хворих (у  $48,8\% \pm 7,9\%$ ) та розлади невротичного рівня (в  $46,3\% \pm 7,8\%$ ). Ці розлади реєструвалися достовірно частіше ( $p < 0,001$ ) за вегетативну дисфункцію серед групи дітей та підлітків з несприятливим перебігом ДНЗ, а саме соматоформна вегетативна дисфункція реєструвалася лише у  $4,8\% \pm 3,4\%$  хворих.

У групі з несприятливим прогнозом серед дітей та підлітків жіночої статі виявлено більш рівномірне розподілення переважання нозологічної приналежності – так, органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади реєструвалися у  $44,0\% \pm 7,1\%$  хворих дівчат, розлади невротичного рівня у  $32,0\% \pm 6,6\%$ , і соматоформна вегетативна дисфункція реєструвалася у  $24,0\% \pm 6,1\%$  хворих жіночої статі. Достовірна різниця у частоті нозологічних показників знайшла підтвердження лише між органічними емоційно-лабільними розладами та вегетативною дисфункцією ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, доведено, що у хворих на ДНЗ, що мають несприятливий прогноз перебігу ДНЗ, достовірно частіше реєструються органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади та розлади невротичного регістру. Найбільш наявно ця тенденція простежується у хворих чоловічої статі.

Також нами було проаналізовано склад нозологічної переваги у групі із сприятливим перебігом ДНЗ. В структурі психічних розладів у групі із сприятливим перебігом ДНЗ наявного переважання певної нозології не виявлено. Розподілення нозологічних груп було рівномірне: органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади реєструвалися у  $37,1\% \pm 6,6\%$ , розлади невротичного рівня в  $29,6\% \pm 6,2\%$ , і соматоформна вегетативна дисфункція була виявлена у  $33,3\% \pm 6,4\%$ .

Аналіз, проведений у групі з сприятливим перебігом ДНЗ, у гендерному аспекті виявив певні тенденції. Так, у дітей та підлітків чоловічої статі органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади та розлади невротичного рівня реєструвалися в однаковій частоті в  $37,5\% \pm 8,69\%$ , а соматоформна вегетативна дисфункція мала місце у  $25,0\% \pm 7,7\%$  хворих.

У хворих жіночої статі з групи зі сприятливим перебігом ДНЗ явно переважала соматоформна вегетативна дисфункція, яка мала місце у  $45,5\%$  хворих, що достовірно частіше, ніж розлади невротичного рівня ( $18,2\%$ ,  $p < 0,05$ ). У  $36,4\%$  реєструвалися органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади.

Враховуючи тісний взаємозв'язок між патологією ЩЗ та рівнем інтелектуальної активності дитини, був визначений стан психологічного здоров'я підлітків, хворих на ДНЗ, з

урахування наявності в них ознак тиреоїдної дисфункції. Вивчення стану когнітивних функцій у підлітків з ДНЗ дозволило встановити відхилення за тим чи іншим показником інтелектуально-мнестичної сфери у  $44,7\%$  обстежених. Так, порушення інтелекту було зафіксовано у  $2,6\%$  підлітків із ДНЗ, зниження об'єму короткотривалої пам'яті у  $28,9\%$ , зниження об'єму довготривалої пам'яті у  $6,6\%$ , у  $18,4\%$  реєструвалися порушення уваги. Майже у третини підлітків із ДНЗ діагностовано зниження працездатності та у  $27,6\%$  – наявність психологічних ознак мінімальної мозкової дисфункції (ММД).

Кількість порушень когнітивних функцій у пацієнтів з різним станом тиреоїдної системи зустрічалася з однаковою частотою як серед підлітків з ДНЗ в стані еутиреозу –  $45,7\%$ , так і серед пацієнтів з ознаками тиреоїдної дисфункції – у  $43,3\%$  випадків. Між тим, при дослідженні особливостей пам'яті було зафіксовано, що у підлітків із ознаками тиреоїдної дисфункції частіше реєструвалися більш виражені порушення пам'яті, у два рази частіше реєструвалось зниження об'єму довгострокової пам'яті, ніж у підлітків з еутиреозом, наявність помилкових відтворень при дистиреозі перевищувала на  $16,5\%$  ( $60\%$  проти  $43,5\%$ ) їх частоту при еутиреозі. Показники концентрації уваги у  $16,6\%$  підлітків із тиреоїдною недостатністю знаходилися в зоні патології, що в два рази частіше, ніж у підлітків із еутиреозом ( $8,7\%$ ). Порушення інтелекту зустрічалося у поодиноких випадках, а саме в стані еутиреозу показник інтелектуальних досягнень відповідав пограничному рівню ( $IQ=76$ ); при наявності ж тиреоїдної дисфункції цей показник знаходився в зоні патології ( $IQ=70$ ).

Також доведено, що частота порушень когнітивних функцій у пацієнтів з різним ступенем ДНЗ достовірно не відрізнялась, а залежала, перш за все, від стану тиреоїдної системи та наявності супутньої соматичної та психічної патології.

Отже, отримані результати вказують на зниження рівня показників інтелектуально-мнестичної сфери майже у половини підлітків із ДНЗ, які більш виражені при тиреоїдній дисфункції, а саме, найбільш характерними порушеннями є зменшення об'єму довгострокової пам'яті та порушення концентрації уваги.

Зазначений факт свідчить про необхідність консультації психолога із оцінкою когнітивних функцій хворих на ДНЗ та урахування цих результатів при формуванні комплексної системи медико-психологічної реабілітації підлітків з даною патологією.



**Висновки**

Проведений аналіз дозволив зробити деякі висновки. Доведено, що у хворих на ДНЗ, що мають несприятливий прогноз перебігу ДНЗ, незалежно від статі, достовірно частіше реєструються органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади та розлади невротичного реєстру, відсоток яких ніякою мірою не залежав від ступеню зобу.

На нашу думку, наявність психічної патології серед хворих на ДНЗ у вигляді органічних емоційно-лабільних (астенічних) розладів та розладів невротичного реєстру може бути розцінено як прогностична ознака несприятливого перебігу ДНЗ.

Тому саме цей контингент хворих уже при первинному обстеженні у лікарів-ендокринологів потребує одночасного направлення на консультацію до лікаря-психіатра та невролога. Означене слід враховувати при визначенні об'єму необхідних досліджень та лікувальної тактики. Спостереження та, у разі потреби, своєчасне лікування цих хворих фахівцями психоневрологічного профілю дозволить покращити якість життя даної групи пацієнтів, попередити прогресування захворювання ЩЗ та формування ускладнень на етапах статевого дозрівання.

**Література**

1. Levchenko I. A., Fadeev V. V. Subklinicheskiy gipoterioz: obzor literatury [Subclinical hypothyroidism: a literature review]. Problemy endokrinologii, 2002, no. 2, pp. 13-22.
2. Bodnar P. N., Donish P. M., Romashkan C. B. Atipichnye proyavleniya gipotireoza [Atypical symptoms of hypothyroidism]. Klin. Meditsina, 1986, no. 3, pp. 86-92. (In Russ.)
3. Pyatnitskiy N. Yu. Sravnitel'naya kharakteristika psikhicheskikh rasstroystv pri raznykh vidakh endokrinopatii [Comparative characteristics of mental disorders in different types of endocrinopathies]. Sots. i klinich. Psikhatriya, 2001, no. 4, pp. 10-13. (In Russ.)
4. Mollaeva N. R. Rasprostranennost' i osobennosti struktury nervno-psikhicheskoy patologii u shkol'nikov, prozhivayushchikh v endemichnykh po zobu rayonakh [Prevalence and characteristics of the structure of nervous and mental diseases among schoolchildren living in endemic goiter areas]. Pediatriya, 2008, vol. 87, no. 4, pp. 144-147. (In Russ.)
5. Mollaeva N. R. Psikhicheskoe zdorov'e detey, prozhivayushchikh v yododefitsitnom regione (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie) [Mental health of children living in iodine deficiency region (clinical and epidemiological research)]. Mezhdunarodnyy endokrinologicheskyy zhurn., 2009, no. 6(24), pp. 52-60. (In Russ.)
6. Zhukov A. O. Vyzvannyye defitsitom yoda zaderzhka psikhicheskogo razvitiya i sindrom defitsita vnimaniya (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie) [Caused by iodine deficiency mental retardation and attention deficit disorder (clinical and epidemiological research)]. Zhurn. nevrologii i psikhatrii im. S. S. Korsakova, 2007, no. 6, pp. 4-16. (In Russ.)
7. Zhukov A. O. Psikhicheskie rasstroystva, vznikayushchie v usloviyakh defitsita yoda [Mental disorders arising from iodine deficiency conditions]. Endokrinologu ot drugikh spetsialistov, 2009, no. 5(23), pp. 77-87. (In Russ.)
8. Shcheplyagina L. A. Mediko-sotsial'nye posledstviya rosta napryazhennosti zobnoy epidemii dlya detey i podrostkov [Medical and social consequences of rising tensions goiter epidemic for children and adolescents]. Tiroid. Rossiya: sb. lektsiy, Moscow, Meditsina Publ., 1997, pp. 41-42. (In Russ.)
9. Shcheplyagina L. A., Makilova N. D., Iaslova O. I. Yod i intellektual'noe razvitie rebenka [Iodine and intellectual development of the child]. Russkiy med. zhurn., 2002, no. 10(7), pp. 358-363. (In Russ.)
10. Plehova O. I. [ta in.] Prognoz perebigu dyfuznogo netoksicheskogo zoba u pidlitkiv, shho meshkajut' v umovah legkogo jododeficytu: metod. rek. [Prognosis of mild iodine deficiency: method. rec.]. Ukr. zhurn. dytjachoi' endokrynologii, 2013, no. 1, pp. 43-49. (In Ukr.)
11. Samykina E. V. Gigienicheskaya bezopasnost' i problemy yodo-defitsitnykh sostoyaniy u kriticheskikh grupp naseleniya [Hygienic safety and problems of iodine deficiency among critical groups]. Mizhnar. endokryn. zhurn., 2012, no. 5, pp. 107-120. (In Russ.)

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ДИФУЗНОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

Т. Н. Матковская<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков

Национальной академии медицинских наук Украины»,

<sup>2</sup> Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** Патология щитовидной железы негативно сказывается на психическом здоровье человека на всех этапах его жизни. В статье показано, что у больных с диффузным нетоксическим зобом, имеющим неблагоприятный прогноз течения заболевания, независимо от пола достоверно чаще регистрируются органические эмо-

**SOME PECULIARITIES IN THE MENTAL HEALTH STATUS OF CHILDREN WITH NONTOXIC DIFFUSE GOITER AS A SIGN OF UNFAVORABLE COURSE**

T. M. Matkovska<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> State Institution "Institute of Health Care for Children and Adolescents of the NAMS of Ukraine",

<sup>2</sup> V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** Pathology of the thyroid gland has a negative impact on mental health at all stages of his life. In the article, we have shown that 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

ціонально-лабільные (астенические) расстройства и расстройства невротического регистра, процент которых ни в коей мере не зависит от степени зоба. Наличие психической патологии среди больных с диффузным нетоксическим зобом в виде органических эмоционально-лабільных (астенических) расстройств и расстройств невротического регистра может быть расценено как признак неблагоприятного течения диффузного нетоксического зоба.

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

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.

УДК 616.891-058.64-054.73



А. І. Хімчян

Г. О. Суворова-  
Григорівич

## РАНЖУВАННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ЧИННИКІВ У ОСІБ, ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ

А. І. Хімчян<sup>1</sup>, Г. О. Суворова-Григорівич<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>КЗОЗ «Харківський міський психоневрологічний диспансер № 3»

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Нами було досліджено 110 тимчасово переміщених із зони АТО осіб, що страждають на невротичні розлади, за допомогою клінічного та психометричного методів. Серед психотравмуючих факторів у розвитку невротичних розладів перше місце посідають пролонговані ситуаційні, друге – ситуаційні гострі, останнє місце посідають катастрофічні чинники. У більшості хворих виявлено комбінації психотравм – як гострих, так і хронічних.

**Ключові слова:** тимчасово переміщені із зони АТО особи, невротичні розлади, психотравмуючі чинники.

### Вступ

Результати сучасних клініко-епідеміологічних досліджень у галузі психічного здоров'я вказують на значне зростання психічної захворюваності з домінуванням межових станів [1, 2]. Це пов'язано з прискоренням темпу життя, посиленням соціального тиску внаслідок світового економічного спаду, збільшенням кількості як природних, так і техногенних катастроф. За останні півтора роки в Україні радикально змінився характер психотравм з переважно особисто-побутових на катастрофічні або масові (громадянські протести, загроза життю, спостереження за насильницькою смертю, вимушене переселення людей, бойові поранення) [3, 4].

Понад півтора мільйони громадян країни були змушені покинути своє житло і спробувати «почати жити з чистого аркушу», відчуваючи наслідки не тільки катастрофічних подій, а й необхідність реалізувати на новому місці соціальну адаптацію, нерідко всупереч віку або стану здоров'я [5–7]. Такі пацієнти,

особливо протягом першого періоду після переміщення із зони АТО, пред'являють велику кількість психосоматичних скарг, отримують обстеження і лікування (практично неефективне) у лікарів-інтерністів.

Труднощі первинного діагностування пов'язаних зі стресом розладів обумовлені соматичною обтяженістю більшості пацієнтів або присутністю органічного ураження головного мозку, нестачею досвіду роботи з цим контингентом, що маскує протягом тривалого часу для лікарів загального профілю першочергову психопатологічну симптоматику. Ці розлади, залишені без психотерапевтичної та психофармакологічної корекції, згодом викликають хроніфікацію симптомів, набуту патологію особистості й, відповідно, соціальну, сімейну та професійну дезадаптацію хворого, погіршення якості життя, вторинне зловживання психоактивними речовинами і навіть інвалідизацію хворого [8–10]. У подальшому, через високий рівень психоемоційного напруження, неадекватні

міжособистісні взаємини, явища когнітивного дефіциту або типових проявів афективних розладів, такі особи направляються для лікування в психіатричну службу.

Зміна психотравмуючих факторів потребує розробки нової моделі надання медичної допомоги на рівні всіх її ланок. Існує безліч класифікацій психотравмуючих подій як у вітчизняній, так і у зарубіжній літературі з урахуванням їх масштабу, гостроти, значущості для особистості, інтенсивності. Але ж на сьогодні не існує єдиної класифікації психотравмуючих чинників у тимчасово переміщених із зони АТО осіб.

#### **Мета дослідження**

Вивчення та систематизація за різноманітними показниками психотравмуючих чинників, що викликають невротичні розлади у тимчасово переміщених із зони АТО осіб.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Нами було обстежено 110 тимчасово переміщених із зони АТО осіб з невротичними розладами від легкого до важкого ступеня вираженості, які звернулися по медичну допомогу в амбулаторну ланку психіатричної служби. З них 75 жінок і 35 чоловіків у віці від 19 до 62 років. Невротичні розлади діагностувалися з використанням клініко-психопатологічного та психометричного методів. Усі діагностичні висновки верифікувалися за допомогою додаткових інструментів, рекомендованих для використання з МКБ-10 – Комбінованого міжнародного діагностичного інтерв'ю і Короткого міжнародного нейропсихіатричного інтерв'ю. Висновок про вираженість психічних розладів формулювався на підставі клінічної оцінки за допомогою шкали узагальненої оцінки функціонування. У межах функціональної оцінки психічного стану визначався тип пристосувальної поведінки з виділенням конструктивного, регресивного, дезадаптивного і невизначеного варіантів. Рівень соціальної адаптації визначали відповідно зі спеціально розробленими критеріями (А.В.Рустанович, Б.С.Фролов, 2001) в основних сферах життєдіяльності – освіта, робота (навчання), сімейні відносини, міжособистісні відносини, дозвілля, загальне ставлення до життя, – які оцінювалися за п'ятибальною шкалою.

Згідно з класифікацією В. А. Гур'євої (1996) ми поділили психотравми за силою їх впливу на особистість: 1) надсильні, гострі, раптові: а) присутність при смерті; б) вбивство; в) згвалтування; 2) суб'єктивні, надсильні, гострі (надзначущі для особистості): а) смерть близьких родичів; б) несподіване розлучення батьків (для дітей); 3) гострі, сильні, надсильні, що повторюються одна за

одною; 4) психогенні травми, що лежать в основі посттравматичних стресових розладів і відрізняються певною своєрідністю; це – стресова подія (короткочасна або тривала) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, яка може викликати стан дистресу майже в кожній людині (природні катастрофи, війна, нещасні випадки, роль жертви катувань); 5) що визначаються як ключові переживання відносно деяких особливостей особистості (тривожно-недовірливі, істеричні, чутливі тощо); 6) поєднані з депривацією (емоційною чи сенсорною) – недостатністю задоволення деяких людських потреб; 7) хронічні психічні травми (неблагополучна сім'я, закриті установи, армійські умови); 8) комбінація гострих і хронічних психогеній.

Г.К.Ушаковим (1987) була запропонована класифікація психічних травм з точки зору їх інтенсивності. Він виділив такі види психотравм: 1) масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі, однопланові: а) неактуальні для особистості; б) актуальні для особистості; 2) ситуаційні гострі (підгострі), несподівані, що багаторівнево втягують особистість, пов'язані з втратою соціального престижу, зі шкодою для самоствердження; 3) пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкого психічного перенапруження: а) викликаються самим змістом ситуації; б) викликаються надмірним рівнем претензії особистості за відсутності об'єктивних можливостей для досягнення мети в звичайному ритмі діяльності [11, 12].

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

Нами було виявлено та систематизовано згідно з поширеністю стресогенності, повторюваності, інтенсивності основні стресори, характерні для тимчасових переселенців із зони АТО.

Розподіл психотравмуючих чинників згідно з частотою їх виявлення: необхідність зміни місця проживання, не пов'язана з втратою житла (94,0%), вимушена розлука з родичами та друзями, що залишилися в зоні конфлікту (91,0%), невизначеність майбутнього (90,5%), страх не повернути колишній рівень життя (89,4%), побоювання за життя або здоров'я родичів та друзів, що залишилися в зоні конфлікту (88,9%), зниження рівня соціального функціонування (86,6%), тривале перебування в умовах, що становлять небезпеку для життя і здоров'я (81,1%), фінансові труднощі (77,8%), зміна кількості членів родини, що проживають сумісно (76,3%), зміна соціального оточення (66,5%), зниження соціальної активності (60,4%), неможливість знайти роботу (48,1%), втрата соціального

статусу (46,2%), непотрібність професійних навичок (39,4%), перенесений епізод реальної загрози загибелі (11,2%), триваюча конфліктна ситуація в новому соціальному оточенні (8,9%), руйнування житла (3,1%), загибель або важке каліцтво близького родича (2,1%).

Розподіл психотравмуючих чинників згідно з інтенсивністю: масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі, однопланові (15,4%); ситуаційні гострі (підгострі), несподівані, що багаторівнево втягують особистість, пов'язані з втратою соціального престижу, зі шкодою для самоствердження (56,1%); пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкого психічного перенапруження (78,6%).

Розподіл психотравмуючих чинників згідно їх повторюваності: гострі, сильні, надсильні, що повторюються один за одним (12,1%); комбінація гострих і хронічних психогенів (51,6%); комбінація хронічних психогенів (21,3%).

Розподіл психотравмуючих чинників згідно зі стресогеністю: тривале перебування в умовах, що становлять небезпеку для життя і здоров'я; перенесений епізод реальної загрози загибелі; загибель або важке каліцтво близького родича; руйнування житла; втрата соціального статусу; невизначеність майбутнього; страх не повернути колишній рівень життя; неможливість знайти роботу; необхідність зміни місця проживання, не пов'язана з втратою житла; зміна кількості членів родини, що проживають сумісно; побоювання за життя і здоров'я родичів, що залишилися в зоні конфлікту; вимушена розлука з родичами, що залишилися в зоні конфлікту; зниження рівня соціального функціонування; непотрібність професійних навичок; зниження соціальної активності; зміна соціального оточення; фінансові труднощі; триваюча конфліктна ситуація в новому соціальному оточенні.

### Висновки

1. Розвитку невротичних розладів у тим-

часово переміщених із зони АТО осіб безпосередньо передували психотравмуючі події: ситуаційні гострі несподівані (56,1%); пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкого психічного перенапруження (78,6%). Короткочасний вплив різко виражених психотравм став безпосередньою причиною невротичного розладу тільки в 15,4% випадків. У більшості тимчасово переміщених із зони АТО осіб виявлено комбінації психотравм – як гострих, так і хронічних.

2. Найбільш поширеними психотравмами, характерними для тимчасово переміщених із зони АТО осіб, у міру зниження їх поширеності є:

- необхідність зміни місця проживання, не пов'язана з втратою житла;
- вимушена розлука з родичами та друзями, що залишилися в зоні конфлікту;
- невизначеність майбутнього;
- страх не повернути колишній рівень життя;
- побоювання за життя або здоров'я родичів та друзів, що залишилися в зоні конфлікту;
- зниження рівня соціального функціонування;
- тривале перебування в умовах, що становлять небезпеку для життя і здоров'я;
- фінансові труднощі;
- зміна кількості членів родини, що проживають сумісно;
- зміна соціального оточення;
- зниження соціальної активності;
- неможливість знайти роботу;
- втрата соціального статусу;
- незатребуваність професійних навичок;
- перенесений епізод реальної загрози загибелі;
- триваюча конфліктна ситуація в новому соціальному оточенні;
- руйнування житла;
- загибель або важке каліцтво близького родича.

### Література

1. Aleksandrovskiy Yu. A. Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva: ruk-vo dlya vrachev [Boundary mental disorders: the hands of physicians]. Moscow, MeditsinaPubl., 1993, 400 p., pp. 383-397. (In Russ.)
2. Krasnov V. N. Ostrye stressovye rasstroystva kak problema psikhii katastrof: klinicheskie i organizatsionnye aspekty [Acute stress disorder as a problem of disaster psychiatry: clinical and organizational aspects]. Sotsial'naya i klin, psikhiiatriya, 2005, no. 2, pp. 5-10. (In Russ.)
3. Andryushchenko A. V. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo pri situatsiyakh utraty ob'ekta ekstraordinarnoy znachimosti [Posttraumatic stress disorder in the situations of loss of the object of extraordinary significance]. Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya, 2000, vol. 2, no. 4, pp. 104-109. (In Russ.)
4. Bolotov D. M. Rasstroystva adaptatsii u lits, perezhivshikh ekstremal'nye situatsii, i ikh psikhoterapevticheskaya korrektsiya [Adjustment disorders among survivors of extreme situations and their psychotherapeutic correction]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii, 2004, no. 4 (14), pp. 130-133. (In Russ.)

5. Idrisov K. A., Krasnov V. N. Sostoyanie psikhicheskogo zdorov'yanaseleniya Chechenskoy respubliki v usloviyakh dlitel'noy chrezvychnoy situatsii [Mental health of the population of the Chechen Republic in a prolonged emergency]. Sots. i klin., psikhatriya, 2004, no. 2, pp. 5-10. (In Russ.)

6. Shestopalova L. F., Bolotov D. M., Kozhevnikova V. A. Narusheniya lichnostnogo funktsionirovaniya u lyudey, perezhivshikh ekstremal'nye sobytiya, i ikh psikhoterapevticheskaya korrektsiya [Interference with personal functioning in survivors of extreme events and their psychotherapeutic correction]. Ukrai'ns'kyj medychnyj al'manah, 2004, no. 4, pp. 123-126. (In Russ.)

7. Asanov A. O. Osobennosti affektyvnykh rasstrojstv, vjavljaemie u vinuzhdennykh pereselencev [Features of affective disorders were found in internally displaced persons]. Sots. i klin., psikhatriya, 2003, no. 4, pp. 24-27. (In Russ.)

8. Ivanova M. V., Semke V. Ya. Sotsial'no-psikhologicheskie i ekologicheskie aspekty migratsii [Socio-psychological and environmental aspects of migration].

Sibirskiy vestn. psikhatrii i narkol., 2006, no. 4 (43), pp. 81-86. (In Russ.)

9. Idrisov K. A., Krasnov V. N. Sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya Chechenskoy respubliki v usloviyakh dlitel'noy chrezvychnoy situatsii [Mental health of the population of the Chechen Republic in a prolonged emergency]. Sots. i klin., psikhatriya, 2004, no. 2, pp. 5-10. (In Russ.)

10. Idrisov K. A. Epidemiologicheskoe issledovanie zaboлеваemosti psikhicheskimi rasstrojstvami sredi grazhdanskogo naseleniya Chechenskoy Respubliki [An epidemiological study of the incidence of mental disorders among the civilian population of the Chechen Republic]. Psikhicheskoe zdorov'e, 2008, no. 6, pp. 57-63. (In Russ.)

11. Lakosina N. D., Ushakov G. K. Medychna psyhologija [Medical Psychology]. 2-e i pererob. i dop., Moscow, Medycyna Publ., 1984, 272 p. (In Ukr.)

12. Klinichna psyhologija (za red. M. Perre, U. Baumann) [Clinical Psychology (ed. by M. Perre, U. Baumann)]. St. Petersburg, 2003, 1312 p. (In Ukr.)

#### РАНЖИРОВАНИЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ У ЛИЦ, ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ АТО, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. И. Химчан<sup>1</sup>, А. А. Суворова-Григорович<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Харьковский городской психоневрологический диспансер № 3»

<sup>2</sup> Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** Нами было обследовано 110 временно перемещенных из зоны АТО лиц, страдающих невротическими расстройствами с помощью клинического и психометрического методов. Среди психотравмирующих факторов в развитии невротических расстройств первое место занимают пролонгированные ситуационные, второе – ситуационные острые, последнее занимают катастрофические психотравмирующие факторы. У большинства больных выявлены комбинации психотравм как острых, так и хронических.

**Ключевые слова:** лица, временно перемещенные из зоны АТО, невротические расстройства, психотравмирующие факторы.

#### RANKING OF PSYCHOGENIC FACTORS IN PERSONS TEMPORARILY DISPLACED FROM THE AREA OF COUNTER-TERRORISM OPERATION SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDERS

A. I. Himchan<sup>1</sup>, A. A. Suvorova-Grigorovich<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kharkiv psychiatric clinic № 3

<sup>2</sup> V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** We have observed 110 persons temporarily displaced from the area of counter-terrorism operation suffering from neurotic disorders using clinical and psychometric methods. Among factors causing neurotic disorders leading role was taken by prolonged situational, second acute situational, last place was occupied catastrophic psychogenic factors. The main part of patients have had a combination of factors, both acute and chronic.

**Key words:** persons temporarily displaced from the area of counter-terrorism operation, neurotic disorders, psychogenic factors.

УДК 616.833-006.38.03-056.76]-036.1



## НЕЙРОФИБРОМАТОЗ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (С ОПИСАНИЕМ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА ВТОРОГО ТИПА)

А. М. Островский

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

**Аннотация.** Нейрофиброматоз представляет собой комплексное заболевание генетической природы с множеством симптомов и значительной фенотипической вариабельностью. Наиболее тяжелым является второй тип нейрофиброматоза. Он характеризуется развитием опухолей центральной и периферической нервной системы. В статье описан клинический случай нейрофиброматоза второго типа. Диагностика и лечение этого заболевания требует комплексного мультидисциплинарного подхода.

**Ключевые слова:** нейрофиброматоз второго типа, клинический случай, симптомы, фенотипическая вариабельность, диагностика и лечение.

Нейрофиброматоз (НФ) представляет собой группу наследственных заболеваний с характерными патологическими изменениями на коже, в нервной системе, часто в сочетании с аномалиями в других органах и системах. В литературе НФ второго типа (НФ 2) впервые описан в 1822 г. шотландским хирургом И.Н. Уисхартом. НФ первого типа (НФ 1) был изучен в 1882 г. учеником Ф.Д. Вирхова – фон Реклингхаузенем. В 1916 г. Х. Кушинг в научной работе объединил эти заболевания под общим названием «болезнь Реклингхаузена». Однако после молекулярно-генетических исследований (результаты опубликованы в 1985 и 1987 гг.) были выявлены принципиальные отличия в патогенезе НФ 1 и НФ 2 и доказано, что это совершенно разные состояния, требующие дифференцированного клинического подхода [1–5].

В литературе выделено и описано восемь клиничко-морфологических типов нейрофиброматоза:

- нейрофиброматоз первого типа (НФ 1) и нейрофиброматоз второго типа (НФ 2) являются аутосомно-доминантными генетическими заболеваниями без какого-либо расового или полового преобладания. Их локусы находятся соответственно на хромосомах 17q11.2 и 22q12.2. Расположенные здесь гены кодируют синтез супрессоров опухолевого роста (белков нейрофибромина и мерлина), которые обеспечивают динамический контроль клеточного роста [6]. Наибольшее значение этот белок имеет в регулировании пролиферации клеток нейроэктодермального происхождения [4, 7]. При генетическом дефекте в соответствующих хромосомах динамическое равновесие регуляции роста смещается в сторону пролиферации и возникает доброкачественный опухолевый рост [6]. Для указанных заболеваний типич-

на высокая частота спонтанных мутаций, в результате чего 50 % клинических случаев являются спорадическими. Оба заболевания характеризуются 100 % пенетрантности и широкой фенотипической вариабельности. НФ 1 довольно распространен, его частота составляет примерно 1:3000. Частота НФ 2 равняется 1:40000. Для обоих состояний характерна генетическая мозаичность [2, 8, 9];

- нейрофиброматоз третьего типа (НФ 3) характеризуется сочетанием признаков нейрофиброматоза первого и второго типов;

- нейрофиброматоз четвертого типа (НФ 4) характеризуется диффузными нейрофибромами и пигментацией «кофе с молоком» (как при первом типе). Других особенностей, присущих нейрофиброматозу первого типа, нет;

- нейрофиброматоз пятого типа (НФ 5) представляет собой сегментарную форму нейрофиброматоза с локализацией специфического поражения в одной области тела или в одном органе;

- нейрофиброматоз шестого типа (НФ 6) проявляется только наличием пятен «кофе с молоком»;

- нейрофиброматоз седьмого типа (НФ 7) – тип нейрофиброматоза с более поздним началом и наличием изолированной нейрофибросаркомы;

- нейрофиброматоз восьмого типа (НФ 8) – смешанная группа.

Однако в последнее время большинство из вышеперечисленных форм нейрофиброматоза (кроме НФ 2) считаются abortивными формами НФ 1 и в качестве самостоятельных нозологических форм не выделяются. Исключениями могут быть сегментарный нейрофиброматоз (НФ 5), когда типичные проявления НФ 1 локализуются в одном или нескольких соседних дерматомах (встречается крайне редко, обычно не наследуется),

и не входящий в число восьми спинальный нейрофиброматоз, при котором симметрично поражаются все спинальные корешки (описано несколько наблюдений) [3].

Особый интерес с практической точки зрения представляет нейрофиброматоз второго типа (НФ 2), который ранее называли центральным нейрофиброматозом и который предрасполагает к появлению доброкачественных новообразований в центральной нервной системе [10]. Для НФ 2 характерны новообразования центральной и периферической нервной системы (чаще – шванномы) при минимальных кожных и экстраневральных симптомах.

НФ 1 характеризуется в основном кожными проявлениями (гиперпигментированными макулами цвета «кофе с молоком», кожными и подкожными нейрофибромами), опухолями невральных оболочек (нейрофибромы), глиомами зрительного тракта и другими нейроонкологическими заболеваниями, целым рядом костных аномалий, когнитивным дефицитом и повышенным риском опухолевого роста за пределами нервной ткани [8, 11].

Средний возраст появления симптоматики при НФ 2 составляет 20 лет, средний возраст на момент постановки диагноза – примерно 28 лет. НФ 1, как правило, начинается в раннем детстве с кожных симптомов, тогда как НФ 2 – в молодом возрасте, чаще всего с развития глухоты в результате вестибулярных шванном или других признаков, вторичных относительно менингиом или спинальных шванном. Оба заболевания диагностируются на основании клинических признаков.

Учитывая наличие множества неспецифических симптомов, в 1987 г. Национальным институтом здоровья США на конференции по нейрофиброматозу были разработаны диагностические критерии нейрофиброматоза, в частности, для первого и второго типов [9, 12, 13].

Нейрофиброматоз первого типа – болезнь Реклингхаузена – может быть установлен при наличии двух или более следующих признаков:

- шесть и больше пятен «кофе с молоком» диаметром свыше 5 мм у детей допубертатного возраста и более 15 мм – у детей постпубертатного возраста;
- две или более нейрофибромы любого типа или одна и более плексиформная нейрофиброма;
- многочисленные мелкие пятна типа веснушек;
- оптическая глиома;
- два или более узелка Лиша на радужной

оболочке (гамартома радужной оболочки);

- дисплазия крыла клиновидной кости или истончение кортикального слоя продолговатых костей с псевдоартрозом или без него;
- наличие у родственников по прямой линии (родители, дети, брат, сестра) НФ 1 согласно вышеприведенным критериям.

Обращаем внимание на то, что при НФ 1 отмечается наличие васкулопатий, включая аортальный стеноз, аневризмы, псевдоаневризмы, возникновение артериовенозных свищей. Из аномалий сосудов почек может наблюдаться стеноз почечной артерии. Внутриорбитальные опухоли могут вызывать птоз и паралич глазных мышц, нистагм, косоглазие, снижение остроты зрения.

НФ 2 диагностируется у пациента при наличии следующих признаков:

- односторонние или двусторонние вестибулярные шванномы, визуализированные на МРТ;
- наличие родственников по прямой линии с НФ 2;
- нейрофиброма, менингиома, глиома;
- ювенильное заднее подкапсулярное чечевицеобразное помутнение хрусталика (ранняя катаракта) [14–17].

При НФ 2 наблюдаются те же самые кожные проявления, что и при НФ 1, но частота и степень их выраженности значительно меньше. Так, пятна типа «кофе с молоком» встречались у 28% пациентов, веснушки – у 19%, подкожные опухоли – у 24%. Как правило, подобные кожные проявления являются единичными и только иногда имеют распространенный характер. При гистологическом исследовании соединительная ткань имеет вид лентовидно расположенных пучков коллагеновых волокон, среди которых вкраплены мастоциты и фибробласты; множественные кровеносные сосуды имеют гиалинизированные стенки [17–19]. 3% пациентов со шванномами и 1% пациентов с менингиомами страдают НФ 2. 20% пациентов со множественными менингиомами имеют НФ 2 [13, 20].

Наиболее характерное проявление НФ 2 – наличие двусторонних вестибулярных шванном [2, 21]. Вторые по частоте опухоли – это шванномы других черепных, спинальных и периферических нервов [20, 21]. Значительно реже (менее 10%) встречаются менингиомы (интракраниальные, включая менингиомы зрительных нервов, и спинальные), эпендимомы и глиомы [20, 22]. В принципе, шванномы могут образовываться в любом месте в организме, где имеются нервы со шванновскими клетками. Излюбленная локализация опухолей на VIII нерве при НФ 2 до настоящего времени остается необъяснимой [2, 5, 7].

Зачастую пациенты обращаются к врачу в связи со снижением слуха или с появлением шума в ушах, которые в начале заболевания носят односторонний характер. Данные жалобы могут сопровождаться головокружением и атаксией. В 20–30% случаев у этих пациентов помимо вестибулярных шванном выявляют менингиомы, спинальные или периферические опухоли. Нередко заболевание манифестирует нейропатией лицевого нерва (3–5%), которая не поддается лечению. У некоторых пациентов возникает полимиелитоподобный синдром (около 3%). 60–80% пациентов с НФ 2 имеют зрительные нарушения: катаракты, ретинобластомы, гамартомы, менингиомы зрительных нервов и другие [20, 22].

К сожалению, на сегодня не существует специфического лечения нейрофиброматоза, кроме хирургического удаления опухолей, которые со временем могут возобновить рост.

Ниже приводится описание сложного клинического случая НФ 2.

*Пациент Д.*, 56 лет, инвалид II группы, обратился с жалобами на нарастающую усталость, общую слабость, изменение походки, шаткость при ходьбе, снижение слуха с правой стороны, головокружение, шум в голове, онемение языка, слабость в правой руке, приступы выраженной головной боли.

Из анамнеза известно, что заболевание началось около 6 месяцев назад, когда появились периодические головные боли и общая слабость, которые врачи связывали с артериальной гипертензией. Спустя 2 месяца присоединились вышеперечисленные жалобы. В последнее время беспокоили усталость, общая слабость, периодическая тупая головная боль, головокружение, не-

устойчивость при ходьбе, онемение правой половины лица, сухость правого глаза, потеря вкуса на передней 2/3 языка справа и отсутствие слуха на правое ухо.

*Больной Д.* обследовался в Комаринской участковой больнице, Брагинской центральной районной больнице и клиниках Чернигова, в результате чего возникло подозрение на микроинсульт; с диагнозом «Лакунарный инфаркт в вертебро-базиллярном бассейне (от 12.07.09.) с правосторонней пирамидальной недостаточностью, легким вестибуло-атаксическим синдромом, острый период» пациент направлен на госпитализацию в неврологическое отделение Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов Великой Отечественной войны. После проведения МРТ головного мозга был установлен диагноз «Множественные объемные образования». Пациент направлен на оперативное лечение в нейрохирургическое отделение 5-й городской клинической больницы г. Минска.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. В соматическом статусе пациента имеется следующая патология: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хронический гастрит, липоматоз поджелудочной железы, хронический холецистит, диффузный многоузловой зоб, остеохондроз, абдоминальное ожирение, кисты почек, хронический тонзиллит, вегето-сосудистая дистония, остеоартроз коленных суставов. При первичном осмотре на коже туловища и спины отмечено множество веснушек и мелких пигментных пятен цвета «кофе с молоком» (рис. 1). На внутренней поверхности предплечья правой руки – единичное подкожное новообразование твердой консистенции (рис. 2). Подобное



Рис. 1. Больной Д.  
Множественные веснушки



Рис. 2. Больной Д.  
Подкожное новообразование и мелкие пигментные пятна на коже спины на внутренней поверхности правого предплечья



образование с неровными четкими контурами 1,0 x 0,9 x 0,2 см на коже правой височной области оказалось нейрофибромой (в связи с последующим ростом удалено). Наличие характерных пигментных пятен пациент отмечает у матери и у старшей дочери.

Неврологический статус: сознание ясное, ориентирован, адекватен, на вопросы отвечает правильно. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Зрачки одинаковой величины, фотореакция и корнеальные рефлексы живые. Горизонтальный нистагм, больше вправо, слабость круговой мышцы правого глаза. Речь и глотание не нарушены. Наблюдается отсутствие слуха справа. Опущен правый угол рта. Парезов нет. Выражена атаксия в позе Ромберга и при ходьбе. Координаторные пробы выполняет с выраженной интенцией с правой стороны. Сухожильно-периостальные рефлексы с левой стороны более резко выражены, чем справа. Патологический рефлекс Бабинского слева.

Дополнительные обследования: общие анализы крови и мочи в пределах нормы. В биохимическом анализе крови дислипидемия с повышением фракции атерогенных липопротеидов. Рентгенография органов

грудной клетки и ЭКГ патологии не выявили.

На глазном дне: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие, артерии сужены, извиты; вены темные, полнокровные, извиты. Острота зрения правого глаза = 0,5; левого глаза = 1,0. При осмотре на щелевой лампе обнаружен небольшой узелок Лиша на 5 часах по зрачковому краю радужной оболочке левого глаза.

Аудиометрия выявила поражение звуковоспринимающего аппарата с правой стороны. Заключение сурдолога: острая тугоухость смешанного характера справа.

На МРТ головного мозга: в правом мосто-мозжечковом углу образование 15 x 16 мм, в левой теменной области образование 18 x 19 мм, накапливающие контраст. IV желудочек не компримирован, боковые желудочки – не расширены.

Так как вышеперечисленные симптомы были преимущественно вызваны ростом опухоли с проекцией в правом мосто-мозжечковом углу, то первоначально было решено ее оперативное лечение. По результатам гистологического исследования это оказалась невринома с выраженным клеточным полиморфизмом (плексиформная шваннома G1).

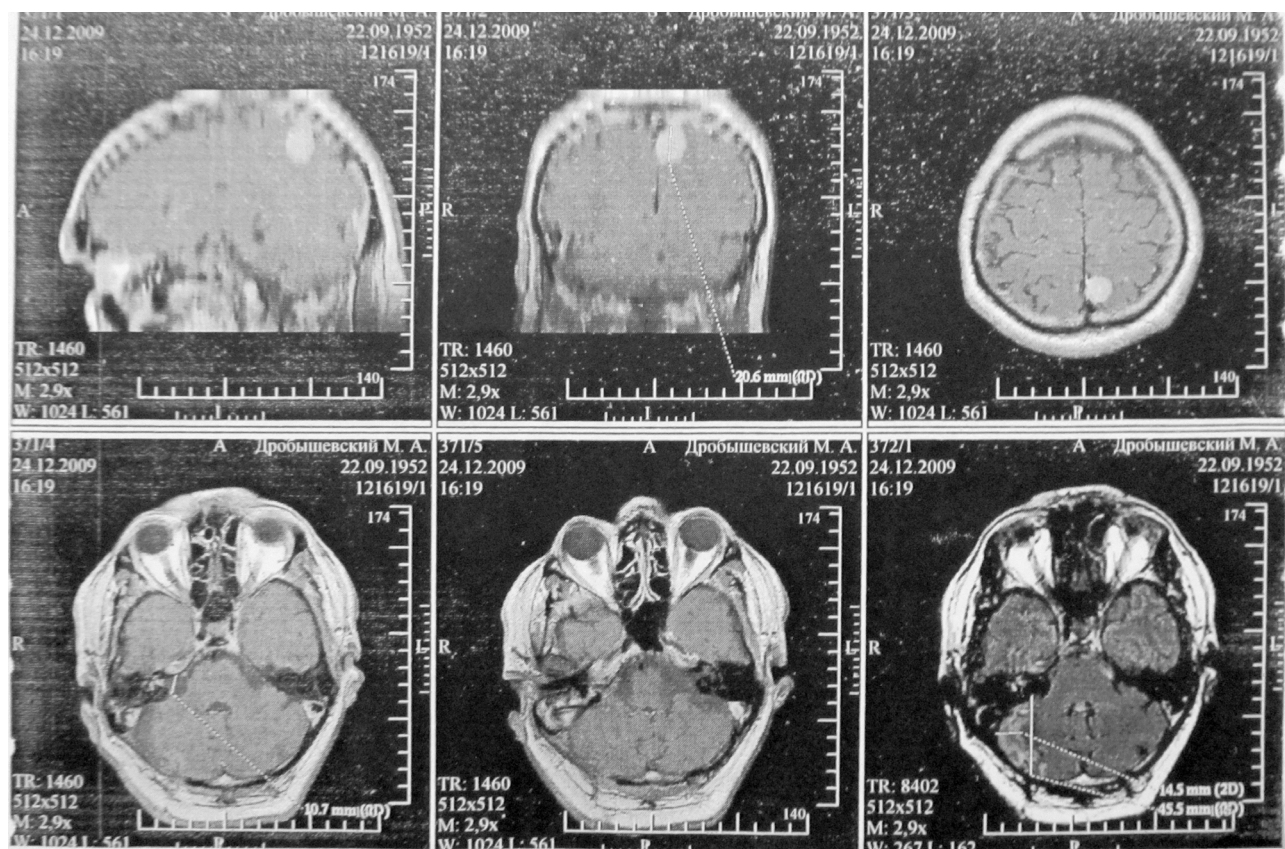


Рис. 3. Больной Д.

МРТ головного мозга (Ax T1, Ax T2, Ax Flair, Sag T1 Flair, Cor T2, Ax T1+c).

Состояние после оперативного лечения опухоли правого мосто-мозжечкового угла с формированием кистозно-рубцовых изменений в правой гемисфере мозжечка. Опухоль в левой теменной области

Пациент выписан с диагнозом: «Нейрофиброматоз второго типа». Состояние после хирургического лечения новообразования задней черепной ямки (плексиформная шваннома G1 правого преддверно-улиткового нерва от 31.08.09.), невропатия VII, VIII черепно-мозговых нервов справа, умеренно выраженный прозопарез, умеренно выраженный вестибуло-атактический синдром. Правосторонняя сенсо-невральная тугоухость IV степени по ВОЗ, левосторонняя пирамидная недостаточность. Несмыкание глазной щели правого глаза на фоне пареза VII пары черепно-мозговых нервов. Новообразование (менингиома?) левой теменной доли головного мозга (парасагиттально) без неврологической симптоматики».

С целью оценки динамики процесса была назначена повторная МРТ головного мозга. Приводим описание данного МРТ-обследования: парасагиттально в левой теменной области определяется объемное образование размером 2 см в диаметре, изоинтенсивное (вероятнее всего – менингиома). Ткани мозга с интенсивным накоплением контраста. До 1 см расширен правый внутренний слуховой проход. В правой гемисфере мозжечка определяется зона постоперационных кистозно-рубцовых изменений размером около 45 x 14 x 17 мм (рис. 3).

В заключение следует отметить, что НФ 2 встречается значительно реже, чем НФ 1. По-

добный клинический случай в неврологической практике встречается нечасто.

Диагностика НФ 2 затруднительна из-за практического отсутствия внешних изменений (пятна на коже, опухоли) и неспецифичности неврологической картины.

У нашего пациента имелись новообразования центральной нервной системы, одно из которых – плексиформная шваннома правого преддверно-улиткового нерва. Описанное на МРТ другое объемное образование в левой теменной области можно с определенной долей вероятности трактовать как менингиому. Также у пациента имелись специфические кожные изменения, что характерно и для НФ 2. Следует отметить отсутствие когнитивных нарушений, патологии скелета, поражения внутренних органов, что типично для НФ 2. В то же время отсутствовали многие офтальмологические расстройства, характерные для НФ 2.

Таким образом, НФ является комплексной генетической патологией с множественными признаками и значительной фенотипической вариабельностью. НФ 2 ограничен, как правило, нервной системой, тогда как НФ 1 является системным расстройством. Сложность диагностики и лечения данных заболеваний требует координированного междисциплинарного подхода.

## Литература

- Farrell C. J., Plotkin S. R. Genetic causes of brain tumors: neurofibromatosis, tuberous sclerosis, von Hippel-Lindau, and other syndromes. *Neurol. Clin.*, 2007, vol. 25, pp. 925-946.
- Ferner R. E. Neurofibromatosis 1 and neurofibromatosis 2: a twenty first century perspective. *Lancet Neurol.*, 2007, vol. 6, pp. 340-351.
- Gottfried O. N., Viskochil D. H., Fults D. W. [et al.] Molecular, genetic, and cellular pathogenesis of neurofibromas and surgical implications. *Neurosurgery*, 2006, vol. 58, pp. 1-16.
- Savar A., Cestari D. M. Neuro-fibromatosis type I: genetics and clinical manifestations. *Semin. Ophthalmol.*, 2008, vol. 23, pp. 45-51.
- Williams V. C., Lucas J., Babcock M. A. [et al.] Neurofibromatosis type 1 revisited. *Pediatrics*, 2009, vol. 123, pp. 124-133.
- Otibi M., Rutka J. T. Neurosurgical implications of neurofibromatosis Type I in children. *Neurosurg Focus*, 2006, vol. 20, pp. 130-139.
- Yohay K. Neurofibromatosis type 1 and associated malignancies. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.*, 2009, vol. 9, pp. 247-253.
- Hottinger A. F., Khakoo Y. Neuro-oncology of Neurofibromatosis Type 1. *Curr. Treat. Options Neurol.*, 2009, vol. 11, pp. 306-314.
- Asthagiri A. R., Parry D. M., Butman J. A. [et al.] Neurofibromatosis type 2. *Lancet*, 2009, vol. 6, pp. 1974-1986.
- Nowak C. B. The phakomatoses: dermatologic clues to neurologic anomalies. *Semin. Pediatr. Neurol.*, 2007, vol. 14, pp. 140-149.
- Lee M. J., Stephenson D. A. Recent developments in neurofibromatosis type 1. *Curr. Opin. Neurol.*, 2007, vol. 20, pp. 135-141.
- Gerber P. A., Antal A. S., Neumann N. J. [et al.] Neurofibromatosis. *Eur. J. Med. Res.*, 2009, vol. 14, pp. 102-105.
- Mc. Clatchey A. I. Neurofibromatosis. *Annu. Rev. Pathol.*, 2007, vol. 2, pp. 191-216.
- Barker D., Wright E., Nguyen K. [et al.] Gene for von Recklinghausen neurofibromatosis is in the pericentromeric region of chromosome 17. *Science*, 1987, vol. 236(4805), pp. 1100-1102.
- Fenichel G. M. Clinical pediatric neurology. A signs and symptoms approach. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2009, 415 p.
- Rubenstein A. E., Korf B. R. Neurofibromatosis. A Handbook for patients, families, and health care professionals. Thieme medical publishers Inc. Georg Thieme Verlag, NY, Stuttgart, 1990.
- Wolkenstain P., Decq P. Neurofibromatosis P. Wolkenstain. *Neurochirurgie*, 1998, vol. 44(4), pp. 267-272.
- David R. B., Bodeinsteiner J. B., Mandelbaum D. E. Clinical pediatric neurology. New York, Demos Medical Publishing, 2009, 622 p.
- Menkes J. H., Sarnat H. B., Maria B. L. Child Neurology. 7th ed., Copyright, 2006, Lippincott Williams & Wilkins, 2006, 1156 p.

20. Holland K., Kaye A. H. Spinal tumors in neurofibromatosis-2: management considerations - a review. *J. Clin. Neurosci.*, 2009, vol. 16, pp. 169-177.

21. Evans G. R., Watson C., King A. [et al.] Multiple meningiomas: differential involvement of the NF2 gene in

children and adults. *J. Med. Genet.*, 2005, vol. 42, pp. 45-48.

22. Hartmann C., Sieberns J., Gehlhaar C. [et al.] NF 2 mutations in secretory and other rare variants of meningiomas. *Brain Pathol.*, 2006, vol. 16, pp. 15-19.

## НЕЙРОФІБРОМАТОЗ У НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ (З ОПИСОМ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ ДРУГОГО ТИПУ)

А. М. Островський  
УО «Гомельський державний медичний університет»

**Анотація.** Нейрофіброматоз являє собою комплексне захворювання генетичної природи з безліччю симптомів і значною фенотипічною варіабельністю. Найбільш важким є другий тип нейрофіброматозу. Він характеризується розвитком пухлин центральної і периферичної нервової систем. У статті описаний клінічний випадок нейрофіброматозу другого типу. Діагностика і лікування цього захворювання вимагає комплексного мультидисциплінарного підходу.

**Ключові слова:** нейрофіброматоз другого типу, клінічний випадок, симптом, фенотипічна варіабельність, діагностика та лікування.

## NEUROFIBROMATOSIS IN NEUROLOGICAL PRACTICE (DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE OF NEUROFIBROMATOSIS 2ND TYPE)

A. M. Ostrovsky  
Gomel State Medical University

**Summary.** Neurofibromatosis is a complex genetic disorder with multiple symptoms and significant phenotypic variability. The most severe is second type of neurofibromatosis. It characterizes by tumors of central and peripheral nervous system. The article describes a complex clinical case of neurofibromatosis type 2. Such a clinical case in neurological practice can be found infrequently. The complexity of diagnosis and treatment of these diseases requires a coordinated multidisciplinary approach.

**Key words:** neurofibromatosis type 2, clinical case, symptoms, phenotypic variability, diagnosis and treatment.

УДК 616.831.9-008.811.1



V. I. Ponomaryov



O. Yu. Merkulova

## HYDROCEPHALUS FROM PAST TO NOWADAYS

V. I. Ponomaryov, O. Yu. Merkulova  
V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The study and treatment of hydrocephalus all time excited the physicians. Understanding the reasons of appearance and development of this diseases and also accomplish it anomalies of nervous system help create a system of adequate treatment. Untreated hydrocephalus has a survival rate of 40–50%, with the survivors having varying degrees of intellectual, physical, and neurological disabilities. Prognosis for treated hydrocephalus varies, depending on the cause. Early diagnostic and qualified treatment can improve the outcomes and prognosis of these patients.

**Key words:** hydrocephalus, anomalies of development nervous system, cerebrospinal fluid, ventricles of brain, shunt system.

### Introduction in history development

Hydrocephalus comes from the Greek words «hydro» meaning water and «cephalus» meaning head. Hystory studying of hydrocephalus was long.

The study and treatment of hydrocephalus, over the centuries, passed three stages of evolution. During antiquity, middle ages and renaissance, hydrocephalus was not understood. Prior to the late 19<sup>th</sup> century,

treatment for «water on the brain» included more observation than intervention. Medical treatment was useless; surgery was hopeless. The second stage extends from the 19<sup>th</sup> century to the end of the first half of the 20<sup>th</sup> century [1, 2]. Cerebrospinal fluid (CSF) circulation was not understood; surgery however, remained inefficient, but some patients survived with arrested hydrocephalus. The third stage begins in the nineteen fifties with the development of

silicone shunts with a valve. Surgery transforms the prognosis of hydrocephalus, but the number of post-operative complications creates new problems. They made different attempts to solve these problems. As a result was a reduction of the mechanical and infectious complications. CSF overdrainage has been minimized. Percutaneous ventriculo-cisternostomies have in some cases replaced shunts. In the future for improvement result in hydrocephalic should be performed surgery as early as possible.

Problem of hydrocephalus always existed many physicians since ancient time.

Hippocrates (5<sup>th</sup> century B. C.), the father of medicine, was the first physician who attempt and document the treatment of hydrocephalus, performed ventricular punctures, drained the subdural or subarachnoid space, recommended trepanning for the treatment of epilepsy, blindness and possibly hydrocephalus.

In the works of Galen (130–200 A. D.) indicated this condition as caused by an extraaxial accumulation of cerebrospinal liquid rather than enlargement of the ventricles. This belief led to many erroneous diagnoses and treatments. He recounted examples and described the thinness of the brain and skull associated with this condition. He found the connection of ventricles [2].

Most detailed descriptions of hydrocephalus including the surgical treatment are extant in the encyclopaedic works on medicine of the physicians Oreibasios and Aetios from Amida since the 4<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> centuries A. D.

Due to the lack of autopsies in ancient times, the hydrocephalus was never linked to the pathology of the ventricles. All forms of hydrocephalus were believed to be caused by improper handling of the head by the midwife during delivery.

In the Middle Ages, the Arabic surgeon Albucasis (936–1013), wrote a medical encyclopedia which was taught at Muslim and European medical schools until the 17<sup>th</sup> century, he touched on many aspects of neurosurgery, including the diagnosis and treatment of hydrocephalus. Abu Ali al-Husain ibn Abdallah ibn Sina, is often known by his Latin name of Avicenna, separated the traumatic hematomas outside the skull from the term hydrocephalus. But Avicenna, had not linked hydrocephalus with the ventricular system.

Andreas Vesalius (1514–1564), a Flemish anatomist, revealed as a single pathology an extremely dilative ventricular system filled with water-like fluid which allow it necessary to change completely the ancient concept of hydrocephalus. In 1664 Thomas Willis (1621–

1675), neuroanatomist, considered by many to be the father of neuroscience was the first to suggest that the choroid plexuses produced CSF. In 1701, Antonio Pacchioni (1665–1726), an Italian scientist and anatomist, described the arachnoid granulations, which he falsely believed were the source of CSF production. In 1761, Giovanni Battista Morgagni (1682–1771), an Italian anatomist, wrote in *Seats and Causes of Diseases* that hydrocephalus could occur without accompanying head enlargement; however, he did not know the source of the excess fluid in this disease process. Monro illustrated the presence of the paired intraventricular foramen. Robert Whytt (1714–1766) first described hydrocephalus as a disease, illustrating several cases of internal hydrocephalus caused by tuberculous meningitis. François Magendie (1783–1855), a French physiologist in 1825 described the circulation of CSF within the brain. A German anatomist, Hubert von Luschka (1820–1875), in 1859 confirmed the presence of the foramina of Magendie and described two additional lateral foramina. Heinrich Irenaeus Quincke (1842–1922) first described the lumbar puncture as an effective treatment for hydrocephalus in 1891. In 1881 Carl Wernicke (1848–1905), a German physician, anatomist and neuropathologist, inaugurated sterile ventricular puncture and external CSF drainage. In the early 20<sup>th</sup> century, Lewis Weed described the embryology of the choroid plexus and confirmed the absorptive capacity of the arachnoid villi. Johann von Mikulicz-Radecki (1850–1905) first attempted drainage from the lateral ventricle to the subgaleal, subdural and subarachnoid spaces. It was simultaneously a ventriculostomy and a drainage into an extrathecal low pressure compartment. Between 1898 and 1925, lumboperitoneal and ventriculo-peritoneal, -venous, -pleural and ureteral shunts were invented, but these had a high failure rate due to insufficient implant materials in most cases. Harvey Williams Cushing (1869–1939), an American neurosurgeon devised a technique in which the lumbar subarachnoid space was connected to the peritoneal cavity or retroperitoneum by using silver cannulas passed through apertures through the L-4 vertebral body. In 1914, Walter Edward Dandy and Kenneth D. Blackfan developed a technique of producing experimental obstructive hydrocephalus in dogs by placing cotton pledgets at the distal aqueduct of Sylvius, thereby causing proximal ventricular dilation. Dandy to introduce, in 1918, bilateral choroid plexectomy as a means of reducing CSF production. Charles Putnam Symonds and

John Edwin Scarff expanded on this technique by including endoscopic cauterization of the choroid plexus in the late 1930s and early 1940s. The placement of intracranial shunts was also investigated. Third ventriculostomy was introduced by Dandy to bypass aqueductal stenosis, and this technique was later refined by Stookey and other scientists. This technique was further improved with the use of endoscopes. Arne Torkildsen devised a procedure in which a shunt was placed from the lateral ventricle to the cistern magna (ventriculocisternostomy); initially the success rate was high but so too was surgery-related morbidity, which was subsequently reduced. The results study of CSF summarized Russian scientist D. Shamburov (1887–1963), in monographs «Cytology liquor» and «Cerebrospinal fluid». V. Khoroshko (1881–1949) headed the neurological clinic Moscow in 1931–1949 the first time in Moscow began to apply spinal puncture, he has developed a method pneumoencephalography. A. A. Arendt (1948) studied hydrocephalus and its surgical treatment [3]. After 1980 in former USSR a significant place in the treatment of hydrocephalus began using endoscopic surgery. The development that declared in the modern era of hydrocephalus surgery was the introduction of valve regulated shunts and biocompatible synthetic materials in 1952. In 1952 use of a ventriculo-jugular shunt regulated by a spring and ball valve. In 1970, Thomas Herrick Milhorat illustrated the increase in periventricular permeability and the concept of transependymal absorption in experimental hydrocephalus. In the 1980s and 1990s the use of an endoscope again found a role in neurosurgery, the benefits of which include more accurate placement of ventricular catheters and a resurgence of the third ventriculostomy for aqueductal stenosis. In the 1990, there has been a renaissance of endoscopic ventriculostomy as a method of first choice in adult patients with acquired or late-onset, occlusive hydrocephalus. Development of prenatal ultrasonography, diagnostic of hydrocephalus in utero in the late 1970s and early 1980s has led to attempts with intrauterine fetal surgery. Such procedures as ventriculoamniotic shunts and serial cephalocenteses were attempted to curb the ventriculomegaly. Fetal therapy for spinal dysraphism – associated hydrocephalus has seen an emergence in recent years, spurred on by advances in neuroimaging, better understanding of the pathophysiological nature of the disease, and the refinements of surgical techniques including endoscopy. Bruner have reported the first cases of intrauterine closure of a myelomeningocele in 1997. The suspected

benefits of this early intervention include decreased hindbrain herniation, improvement of lower extremity function and the decreased need for shunts.

#### **Peculiarity of the brain circulation**

Nowadays known that in normal CSF is produced mainly within the lateral and third ventricles by the choroid plexus. The ventricles are connected by narrow passageways. CSF flows from the lateral ventricles through two narrow passageways into the third ventricle. From the third ventricle, it flows down another long passageway known as the aqueduct of Sylvius into the fourth ventricle. From the fourth ventricle, it passes through three small openings called foramina (Luschke and Magendie) into the subarachnoid space surrounding the brain and the spinal cord. Usually CSF is primarily absorbed through tiny, specialized cell clusters called arachnoid villi near the top and midline of the brain. The CSF then passes through the arachnoid villi into the superior sagittal sinus, v. jugularis internae and is absorbed into the bloodstream and filtered by the kidneys and liver and also absorbed into lymphatic channels. The anatomical structure of ventricular system reflect to the **fig. 1, 2**.

CSF has many functions, including a protective barrier against injury, nourishment, chemical messengers and transfer waste products away from surrounding tissues. Our body produce approximately 150 ml of CSF every day, continuously replacing it as it's absorbed. Normal conditions when exists a balance between the amount of CSF produced and the rate at which it is absorbed.

#### **Demographics**

Hydrocephalus affects a wide diapason of people, from infants and older children to young, middle-aged and older adults. On data of different authors (UK, USA) about 1–2 in every 1000 babies is born with hydrocephalus [4, 5]. Over 1,000,000 people in the United States currently live with hydrocephalus. Hydrocephalus is the most common reason for brain surgery in children. It is estimated that more than 700,000 Americans have Normal Pressure Hydrocephalus (NPH), but less than 20 % receive an appropriate diagnosis [1]. The prevalence of congenital hydrocephalus in Russia and Ukraine on data different references from 1 to 4 per 1,000 live births [6–8]. In developed countries, the incidence of neonatal hydrocephalus ranges from 3 to 5 cases per 1000 live births, with a male predominance, but little is known about the frequency of hydrocephalus in Africa. In Mozambique, there is no primary information related to this disorder, but using the above data, the

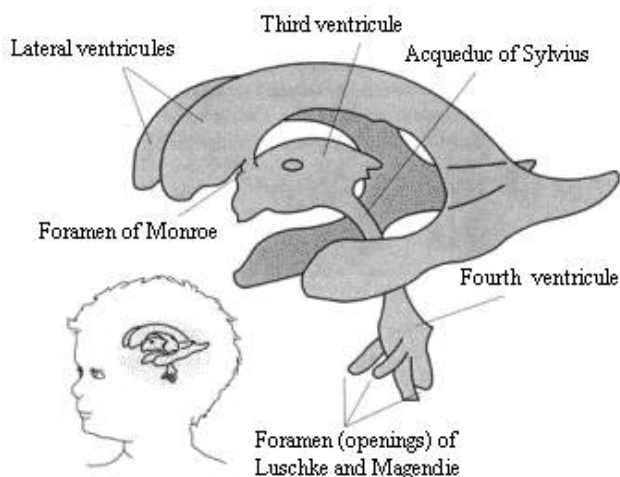


Fig. 1. CSF circulation system (from <http://www.hydroassoc.org/>)

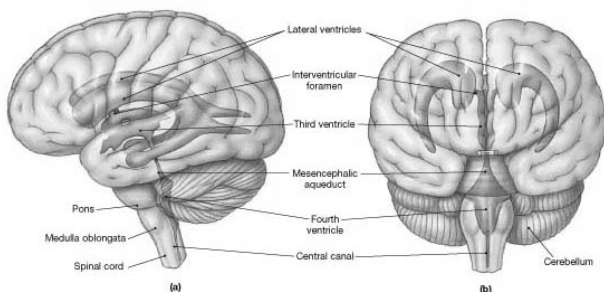


Fig. 2. Ventricles of the brain (a)-lateral view;

(b)-anterior view

(from [thesalience.wordpress.com](http://thesalience.wordpress.com))

expected incidence of neonatal hydrocephalus would range from 2900 to 4800 cases per year [9]. In the MRI-pictures (fig. 3) present normal a) and enlarged ventricles b) with hydrocephalus.

In the fig. 4 represent clinical case baby 10 months with hydrocephalic syndrome (saphenous veins of the scalp, sparse scalp, tonic gaze deviation down, the retraction of the upper eyelid syndrome («sunset»).

Hydrocephalus may exist as an isolated congenital condition or it may be a common accompaniment to other congenital anomalies such as spina bifida, meningocele, myelomeningocele. Babies with different localization of meningocele produce (fig. 5).

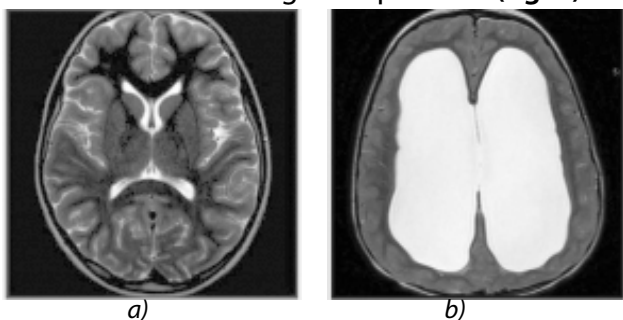


Fig. 3. MRI-pictures normal a) and enlarged ventricles b) with hydrocephalus (from [www.hydroassoc.org](http://www.hydroassoc.org))

When cases of spina bifida are included, congenital hydrocephalus occurs in two to five births per 1,000 births [1, 4, 5]. In the case of spina bifida aperta (myelomeningocele), hydrocephalus is present in 85–90 % of the cases. Hydrocephalus may also arise secondary to intraventricular hemorrhage in the premature neonate, infection (e. g. bacterial meningitis), head trauma, or a brain tumor. With appropriate and timely treatment, hydrocephalus is completely relieved, and children in which hydrocephalus is an isolated problem can be normal. When left untreated, the results are devastating [10]. The incidence of acquired hydrocephalus in adults is not known because it occurs as a result of injury, illness, or environmental factors. Normal pressure hydrocephalus was found to be significantly more prevalent in males and can occur in adults of any age group. [1, 4, 5].

### Clinic and classification of hydrocephalus

Traditionally, hydrocephalus has been described as a disease characterized by increased intracranial pressure (ICP) and CSF volume, dilatation of the CSF spaces known as cerebral ventricles. Hydrocephalus is an



Fig. 4. Hydrocephalic syndrome [8]

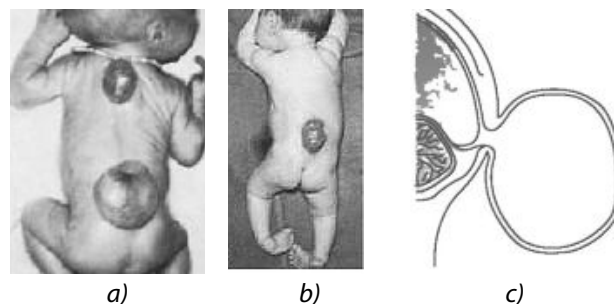


Fig. 5. Different localization of meningocele a), b), c)-scheme of meningocele (contain meninges and CSF) (from A. S. Petruşin, 2009)

abnormal accumulation of cerebrospinal fluid (CSF) within cavities in the brain called ventricles. It occurs when there is an imbalance between the amount of CSF that is produced in the ventricles and in the choroid plexus and the rate at which it is absorbed. Hydrocephalus is defined as abnormal dilatation of the ventricular system. It occurs because of disturbances of CSF circulation and/or resorption [1, 11]. The symptoms of untreated hydrocephalus vary. During pregnancy, routine ultrasound can detect enlarged ventricles or spaces within a baby's brain. In an infant, the typical an abnormal enlargement of the baby's head, which will most likely be noticed at birth or within the first 9 months of life. Other symptoms in an infant may include irritability, excessive sleeping, vomiting, and poor feeding. In children symptoms relating with high pressure include nausea, vomiting, headache and vision problems. In young and middle aged adults typical symptoms of dizziness and vision problems. In older adults with NPH accomplish the symptoms loss of function in three main areas: walking, thinking and bladder control. Infants and children symptoms are: abnormal head enlargement, tense, bulging fontanel, prominent scalp veins, skull bones may feel separated, vomiting, sleepiness, irritability, headache, nausea, vomiting, vision disturbance, downward deviation of eyes. Young and middle aged adults has such symptoms as chronic headaches, difficulty walking/gait disturbances, cognitive challenges or complaints, urinary urgency or incontinence. Older adults (NPH) has: difficulty walking/gait disturbances, cognitive challenges/mild dementia, urinary urgency or incontinence [1, 4, 12]. Neurological examination revealed pyramidal insufficiencies or paralysis, pathology of cranial nerves, cerebellar ataxia, speech disturbance, neuropsychological and emotional disorder and symptomatic epilepsy. Hydrocephalus due to a blockage of the CSF pathway within the ventricular system is called noncommunicating or obstructive hydrocephalus. Hydrocephalus due to impaired CSF resorption at the arachnoid villi is called communicating or malresorptive hydrocephalus (sometimes this type of hydrocephalus corrects itself). Both non-communicating and communicating hydrocephalus can be either «congenital» (existing before or at birth) or «acquired» (developing after birth due to trauma, infections such as meningitis, bleeding, injury, or a tumor) [1, 4]. Acute hydrocephalus is characterized by ventricular dilatation with acute intracranial hypertension (after subarachnoid hemorrhage, obstructive process posterior fossa cranial,

tumor).

Hydrocephalus with normal ICP and without progression of ventricular dilatation is called arrested, compensated or chronic hydrocephalus. Normal-pressure hydrocephalus usually develops in people who are age 55 or older. It is a potentially treatable cause of dementia. This type of hydrocephalus often occurs after head trauma, infections, and bleeding within the brain. Sometimes the cause of NPH is known – but most often it is idiopathic, which means the cause is not known.

#### **Clinic NPH**

The drainage of CSF is blocked gradually, and the excess fluid builds up slowly. The slow enlargement of the ventricles means that the fluid pressure in the brain may not be as high as in other types of hydrocephalus.

#### **The symptoms NPH**

Very often disease affect the legs, the bladder, and the «cognitive» mental processes, causing disorder of memory, reasoning, problem solving, and speaking. This decline of mental processes, if it is severe enough to interfere with everyday activities, remind dementia. It is memory loss, speech problems, apathy (indifference) and withdrawal, changes in behavior or mood, difficulties with reasoning, paying attention, or judgment.

Other symptoms include abnormal gait (difficulty walking, unsteadiness, leg weakness, sudden falls, shuffling steps, difficulty taking the first step, as if feet were stuck to the floor, «Getting stuck» or «freezing» while walking) and urinary incontinence, frequent urination, urgency to urinate, inability to control the bowels [13].

These symptom of NPH can be similar to those of Alzheimer disease, the walking problems are similar to those of Parkinson disease. Experts believe that many cases of NPH are misdiagnosed as one of these diseases. At first, the symptoms in NPH are usually very subtle. They worsen very gradually. The symptoms connected with increasing ICP are: headache, nausea, difficulty focusing eyes [13]. For diagnostic used as usually MRI, CT (**fig. 6**). T2-weighted MRI showing dilatation of ventricles out of proportion to sulcal atrophy in a patient with normal pressure hydrocephalus.

CT head scan of a patient with normal pressure hydrocephalus showing dilated ventricles (**fig. 7**).

Making the distinction is very important because the treatments for these conditions are quite different. Normal pressure hydrocephalus generally cannot be cured. It is a long-term condition. However, many people with the condition obtain substantial relief through surgical treatment. The treatment in these

cases is a shunt operation. Early diagnostic and treatment all types of hydrocephalus are important to minimize or prevent long-term problems.

Ex-vacuo hydrocephalus (ventriculomegalia), which occurs when there is damage to the brain caused by stroke or traumatic injury. This type of hydrocephalus may not be a health danger for some people, in which case treatment is not needed.

External hydrocephalus is a dilatation of the subarachnoid space enlargement of them but no more than mild enlargement of the ventricles. Internal hydrocephalus connected with enlargement of the ventricles [1, 11]. In very rare cases the brain tissue makes too much CSF and the body can't properly absorb this fluid and severe damage if not treated. This is called overproduction hydrocephalus. When CSF production and absorption are in balance, hydrocephalus is considered «compensated»; when out of balance, complications associated

with elevated pressure or overdrainage occur – causing the signs of a malfunctioning shunt. Congenital hydrocephalus may result from either genetic or other causes, such as prenatal hemorrhage or trauma during fetal development, also mother's infections such as toxoplasmosis, rubella, syphilis, mumps or influence alcohol, many drugs and medicines, some metals, such as lead or mercury, radiation [4]. It may be associated with other birth defects, that affect the spine, especially neural tube defects (NTD), which formed within the first 25 to 28 days of pregnancy. NTD may be prevented if a woman takes folic acid before becoming pregnant and during the first 6 weeks of pregnancy. But often a woman does not know she is pregnant until and after the first 6 weeks of pregnancy [1, 9]. Folic acid also is a useful as nutrient component in some green, leafy vegetables, nuts, beans, citrus fruits and fortified cereals that can help reduce the risk of NTD. If it necessary for woman childbearing age doctor admit appropriate amounts of folic acid [14, 15]. Anomaly of development often accomplish hydrocephalus and may be predictors of this diseases. Among them are spina bifida, meningocele, myelomeningocele, Chiari II malformation and others. Spina Bifida is caused by the failure of the neural tube to develop correctly. Related defects are anencephaly (the absence of a brain) and encephalocele (a malformation of the brain and skull), hydrocephalus and others.

Spina bifida occurs within the first four weeks of pregnancy. Infants born with spina bifida may have an open lesion on their spine where significant damage to the nerves and spinal cord occurs. Although the spinal opening is surgically repaired shortly after birth, the nerve damage is permanent. This results in varying degrees of paralysis of the lower limbs, depending largely on the location and severity of the lesion. Even without visible lesion, there may be improperly formed or absent vertebrae, and accompanying nerve damage [16]. Each year, there are an estimated 200,000 new cases of infant hydrocephalus in sub-Saharan Africa alone, and 100,000 neural tube defects in India alone. [14, 15] As other causes of death and disability precede, data suggest that spina bifida and hydrocephalus are gaining a larger share of mortality in young children [9]. In Uganda, he's documented that 60 percent of pediatric hydrocephalus cases from infections of neonates [15]. Spina bifida occurs in three major types, differing each others: spina bifida occulta, meningocele, myelomeningocele (spina bifida aperta). Spina bifida occulta (hidden), the mildest form, in which there is no obvious sign



Fig. 6. MRI of patient with NPH.  
The arrow points to transependymal flow.  
(from [http://www.emedicinehealth.com/normal\\_pressure\\_hydrocephalus/page14\\_em.htm#multimedia](http://www.emedicinehealth.com/normal_pressure_hydrocephalus/page14_em.htm#multimedia))

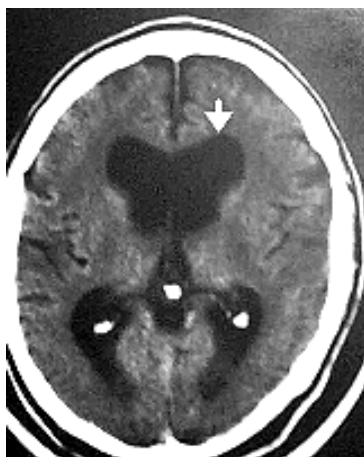


Fig. 7. CT of patient with NPH.  
The arrow points to a rounded frontal horn  
(from [http://www.emedicinehealth.com/normal\\_pressure\\_hydrocephalus/page14\\_em.htm#multimedia](http://www.emedicinehealth.com/normal_pressure_hydrocephalus/page14_em.htm#multimedia))



of a malformation. The spinal cord does not protrude through the skin, there may be no obvious signs or symptoms. In many cases, this anomaly isn't detected until an X-ray is done for another case. However, there may be a small, hairy patch, dimple or birthmark on the lower spine.

**Meningocele.** In this case the meninges protrude through a defect in the spinal column. The spinal cord typically remains intact, which means that these meninges can be removed surgically with little risk of nerve damage.

**Myelomeningocele.** There are a sac-like mass of nerves and spinal cord that protrudes from the back. This mass consists of meninges, portions of the spinal cord, and nerves. At birth, babies with myelomeningocele have an open spinal defect which requires urgent surgery to close the skin and protect the spinal cord and nerves. Such children are often fully or partially paralyzed below the defect and usually have difficulty with bladder and bowel control (incontinent). Nerve damage and other severe neurological impairments are also common. Children with spina bifida may have associated health problems, including hydrocephalus (occurs in up to 90 percent of children with myelomeningocele), Chiari II malformation, orthopedic (bone) problems (imbalance of muscle strength, scoliosis, kyphosis, hip dislocation, joint deformities, clubfoot, others) [12, 14, 15].

Chiari I malformation occurs in around 3 percent of the general population. Usually individuals with this condition often don't show symptoms and go undiagnosed, haven't signs or symptoms and are only diagnosed when they get a magnetic resonance imaging (MRI) scan for another problem. Chiari I malformation is characterised by inferior herniation of the cerebellar tonsils through the foramen magnum. Chiari I needs to be distinguished from tonsillar ectopia, which is an asymptomatic and incidental finding in normal individuals, whereby the tonsils protrude through the foramen magnum by no more than 3-5 mm. If the degree of downward descent of the tonsils more than 5 mm - it is Chiari 1 malformation, between 5 and 10 mm malformation as a rule asymptomatic, if the patients have greater than 12 mm of descent of the tonsils appear pathological symptomatic, sometime forming syrinx [17, 18].

Chiari II malformation: an abnormality that occurs when part of the cerebellum and the fourth ventricle to push downward through the opening at the base of the skull into the spinal cord area, blocking CSF flow out of the fourth ventricle and causing hydrocephalus.

This condition lead to such symptoms as vocal cord weakness, swallowing disturbances, leg weakness and spinal deformities, usually accomplish spina bifida. Chiari II malformations meet commonly with an incidence of ~1:1000 live births. When a child is born with a myelomeningocele the vast majority (~95%) have an associated Chiari II malformation [17-19].

Next illustration shows the cerebellar tonsils descending from the skull toward the spinal column, creating pressure (fig. 8 a), b). [20].

These MRI scans (fig. 9) on the right shows that the cerebellum has returned to a normal position, and the red arrows show how the CSF surrounding the cerebellum has returned to normal.

Aqueductal stenosis is the most common cause of congenital hydrocephalus caused by obstruction. The aqueduct of Sylvius, long, narrow passageway between the third and fourth ventricles is narrowed or blocked in connection with infection, hemorrhage, or a tumor. Fluid accumulates «upstream» from the obstruction, producing hydrocephalus. [1, 4, 5, 11]. Magnetic resonance imaging (MRI) before operation [21] show the obstruction the aqueduct of Sylvius (fig. 10).

Arachnoid cysts – can also be caused

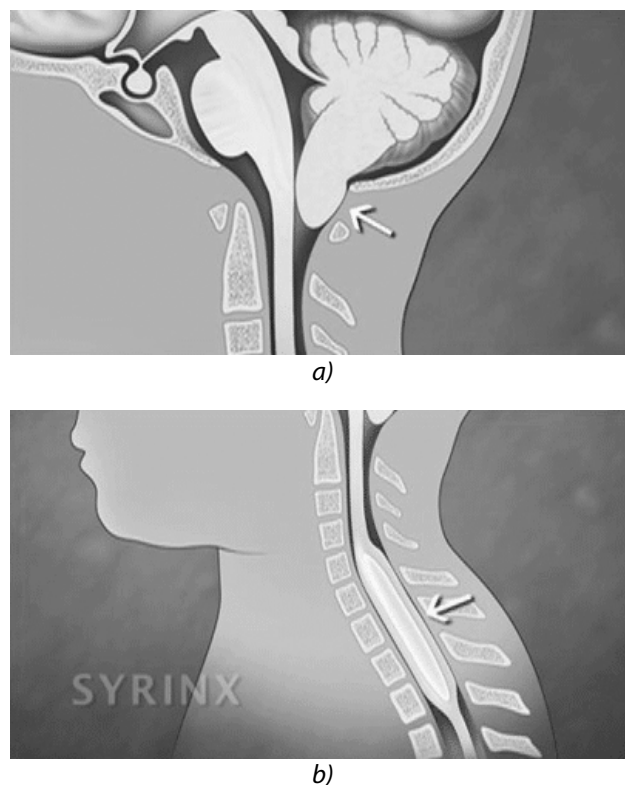


Fig. 8. a) Chiari malformations, arrow shows extend tonil of cerebellum (from <http://weillcornellbrainandspine.org>)

b) This illustration arrow shows a syrinx, which is a cyst in the spinal column (from <http://weillcornellbrainandspine.org>)

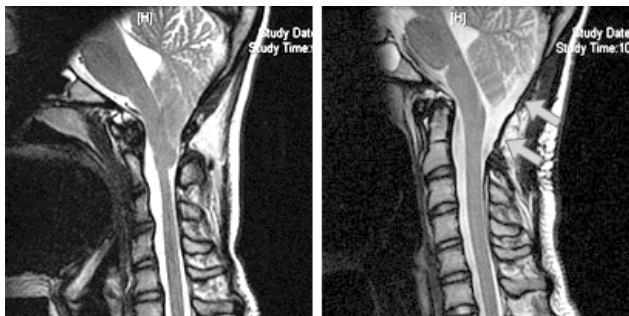


Fig. 9. MRI a patient before (left) and after (right) surgery for Chiari malformation (from <http://weillcornellbrainandspine.org>)

congenital hydrocephalus anywhere in the brain. In children, they're often located at the posterior fossa and in the area of the third ventricle. These cysts are filled with CSF and cover with the arachnoid membrane. Some arachnoid cysts are autonomous, while others are connected with the ventricles or the subarachnoid space and may block the CSF pathways, causing hydrocephalus [1, 4, 22]. Fig. 11 reflect present arachnoid cysts of the brain.

Dandy-Walker syndrome – it is another cause of congenital hydrocephalus, the fourth ventricle becomes enlarged because its outlets are partly or completely closed and part of the cerebellum fails to develop. This syndrome may also be associated with abnormal development in other parts of the brain and sometimes leads to aqueductal stenosis. For treatment it case hydrocephalus use two shunts which placed in the child's ventricles – one in the lateral ventricle and another in the fourth ventricle. MRI picture Dandy-Walker malformation (fig. 12 a), b), c)) [23]. Show sagittal T1-weighted MRI scan in a 5-year-old girl shows a large posterior fossa cyst elevating the torcular Herophili and sinus rectus (short arrow). The hypoplastic vermis is everted over the posterior fossa cyst (long arrow). The cerebellar hemispheres and brainstem b) are hypoplastic. Thinned occipital squama is seen (arrowheads).

Diagnostic of Hydrocephalus include clinical exams and/or physical neurological

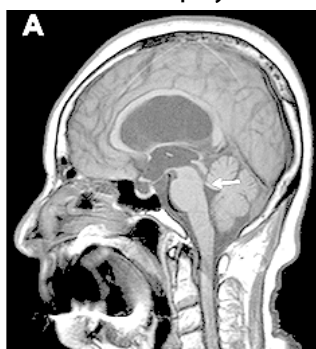


Fig. 10. Triventriculomegaly, empty sella and abrupt narrowing distal to the aqueduct (arrow) [21]



Fig. 11. MRI arachnoid cysts (arrow) [22]

examination, brain images by MRI and computerized tomography (CT) which usually detect enlarged ventricles. CSF tests to predict shunt responsiveness and/or determine shunt pressure include lumbar puncture, external lumbar drainage, measurement of CSF outflow resistance, ICP monitoring and isotopic cisternography. Prenatal diagnostic tests can also be performed during pregnancy to evaluate the fetus for spina bifida. These include:

Blood tests: The American College of Obstetricians and Gynecologists recommends a blood test on the alpha-fetoprotein (AFP) level and other biochemical markers in the mother's blood to determine whether her pregnancy is at increased risk for an open neural tube defect (ONTD) between 15 and 20 weeks of pregnancy for all women. Although the test can't diagnose an ONTD with 100 percent accuracy, it can predict which pregnancies are at greater risk, so that additional testing can be performed as the pregnancy progresses [14, 15].

Amniocentesis: a procedure that involves inserting a long, thin needle through the mother's abdomen into the amniotic sac to withdraw a small sample of the amniotic fluid for examination. The fluid is tested to determine the presence or absence of an ONTD like spina bifida. Although very reliable, this test may not

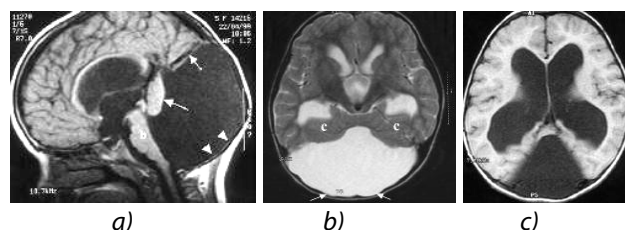


Fig. 12. a) MRI picture Dandy-Walker malformation; b) MRI picture on axial T2-weighted MRI scan shows hydro-cephalus, a large CSF cyst in the posterior fossa, thinned occipital bone (arrows), and hypoplastic cerebellar hemispheres with a winged appearance (c); MRI picture Dandy-Walker malformation; c) MRI picture on axial T1-weighted MRI scan showing ventriculomegaly and a superiorly displaced posterior fossa cyst; MRI picture Dandy-Walker malformation

revealed small or closed defects.

Prenatal ultrasound (sonography): a diagnostic imaging technique that uses high-frequency sound waves and a computer to create images of blood vessels, tissues and organs and made detected the spinal defect on the ultrasound study, examine the fetus' other organs and body systems.

#### **Isotopic cisternography**

At the beginning of the study performed a lumbar puncture for CSF sampling for analysis and the parallel introduction of radiopaque substance or radioisotope pharmaceutical preparation. Then make certain intervals X-rays or take readings results of sensors, showing the accumulation of isotopes [24].

#### **Treatment anomalies of development.**

In most cases, children born with spina bifida occulta do not need treatment. In cases of meningocele and myelomeningocele, treatment depends on the type of spina bifida and its severity. A baby who besides these anomalies also has hydrocephalus will need an operation to relieve the pressure on the brain. This can be done using combined endoscopic third ventriculostomy/choroid plexus cauterization (ETV/CPC).

Other babies with hydrocephalus may require shunt placement, a process in which a small tube is implanted while the child is under anesthesia. This provides continual internal drainage of fluid from the spaces within the brain ventricles.

Common Causes of acquired Hydrocephalus include intraventricular hemorrhage, which the most frequently affects premature newborns and may block or scar the ventricles and the arachnoid villi and cause an acquired form of hydrocephalus because CSF can't be absorbed.

Meningitis caused inflammation of the meninges, disorder the CSF pathway. An acquired form of hydrocephalus may develop if has scarring obstructs the flow of CSF through the narrow ventricles or over the surfaces of the brain in the subarachnoid space.

Head injury can damage the brain's tissues, nerves, or blood vessels and cause the inflammation. Sites of CSF absorption might then be blocked by scarred meninges or by blood cells. The CSF flow is restricted and hydrocephalus develops.

Brain tumor of the children most commonly occur in the posterior fossa. As a tumor grows, it may fill or compress the ventricular system, fourth ventricle, blocking the flow of CSF and causing hydrocephalus.

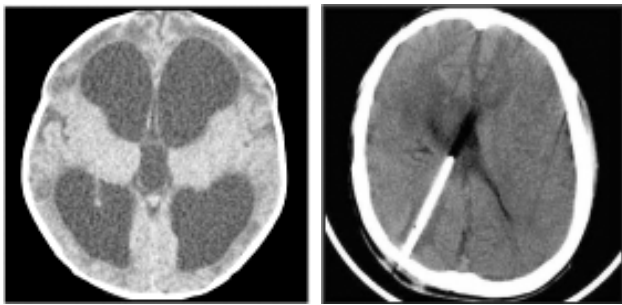
#### **Treatment of hydrocephalus**

Modern technology help in the diagnostic and treatment people with hydrocephalus

to lead active lives. There are three forms of surgical treatment currently used to manage hydrocephalus. It is the most common treatment for hydrocephalus. The first type. A shunt is a flexible tube placed into the ventricular system of the brain which diverts the flow of CSF into another region of the body, most often the abdominal cavity, where it can be absorbed. A valve within the shunt maintains CSF at normal pressure within the ventricles. In the **fig. 13** show CN patients with hydrocephalus (enlarged ventricles, a)) and ventricles after shunt placement b).

A second type of treatment option for hydrocephalus is a surgical procedure called endoscopic third ventriculostomy (ETV). This same ETV procedure with the addition of choroid plexus cauterization is available for infants. In the ETV procedure, an endoscope is used to puncture a membrane in the floor of the third ventricle creating a pathway for CSF flow within the cavities in the brain. This approach is an important alternative to shunting for obstructive hydrocephalus and may be useful in other cases as well. This technique is effective for infants, in whom ETV alone is not as successful as in older children. CPC reduces the rate of fluid production, while ETV restores the normal fluid circulation. MRI obtained in a patient treated with ETV for hydrocephalus due to aqueductal stenosis, revealing an open sylvian aqueduct (arrow) [25], (**fig. 14**).

The third type treatment option involves the addition of choroid plexus cauterization with endoscopic third ventriculostomy in infants. The neurosurgeon uses a device to burn or cauterize tissue from the choroid plexus. The success rate for ETV or ETV/CPC depends upon patient factors such as age, cause of hydrocephalus, and whether there is scarring in the fluid space below the floor of the third ventricle. For some patients, the chance for success of the ETV may be up to 90 %; however, for others, ETV – with the addition of CPC for infants – may not be recommended because the chances for success are sufficiently low. [12, 15]. This creates an alternative route for removal of CSF which is constantly produced within the brain and usually restores the physiological balance between CSF production, flow, and absorption when one or more of these functions has been impaired. Valves contained within the shunt pathway act like on-off switches, opening when the differential pressure (DP) – i. e., the pressure difference across the valve – exceeds the valve's opening pressure. Valves are either set to a fixed pressure or they can be adjustable from outside the body. Accessory devices may be added to the shunt to modify valve function;



a) b)  
 Fig. 13. CT patients with hydrocephalus before-  
 a) and after- shunt operation;  
 b) (from [www.hydroassoc.org](http://www.hydroassoc.org))

for example, to counter gravitational forces an anti-siphon device may be attached in-line with the valve to minimize over-drainage of CSF when a patient stands up. In addition, a bubble-like reservoir can provide external access to the shunt system for evaluation of CSF or measurements of pressure.

Scheme of operation present on the illustrations. (fig. 15, 16).

Next picture illustrate critical hydrocephalus baby of 5 months and regress size of ventricles after shunt's operation through 2, 2 year (fig. 17) [26].

Shunts typically consist of three major components.

An inflow (proximal or closer to the inflow site) catheter, which drains CSF from the ventricles or the subarachnoid space; this tube leaves the brain through a small hole in the skull and then runs for a short distance under the skin. A valve mechanism, which regulates differential pressure or controls flow through the shunt tubing; this device is connected to the proximal catheter and lies between the skin and the skull, usually on top of the head or just behind the ear. An outflow (distal or farther away from the inflow site) catheter, which runs under the skin and directs CSF from the valve to the abdominal (or peritoneal) cavity, heart or other suitable drainage site. Other shunt components include reservoir (chambers) for CSF sampling or inject the medications or dyes, on/off devices, anti-siphon or other flow-compensating devices,

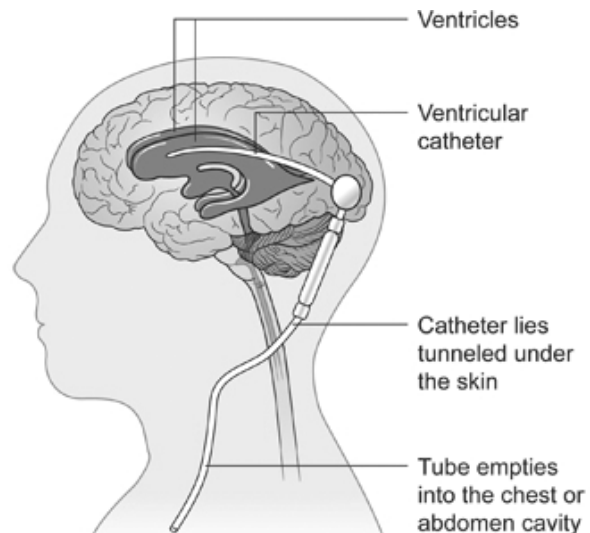


Fig. 15. Brain shunt structure, scheme (from <http://commons.wikimedia.org>)

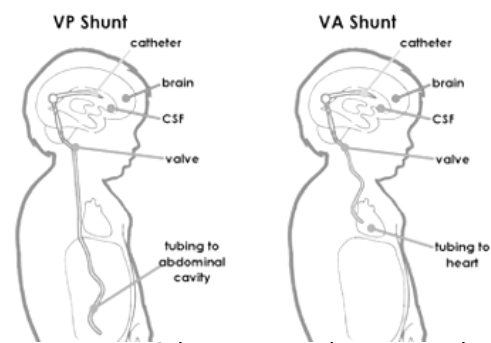


Fig. 16. Scheme ventriculo-peritoneal, VP, and ventriculo-atrial, VA, shunts (from <http://pforpeanuts.com/>)

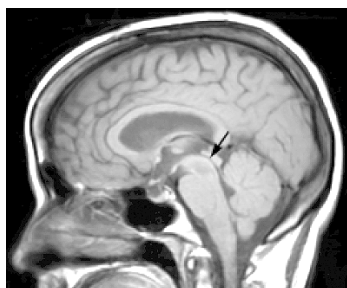
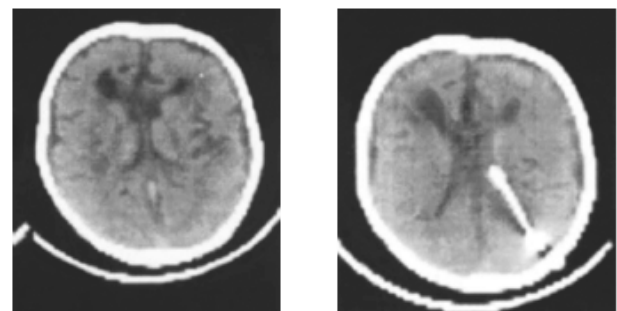
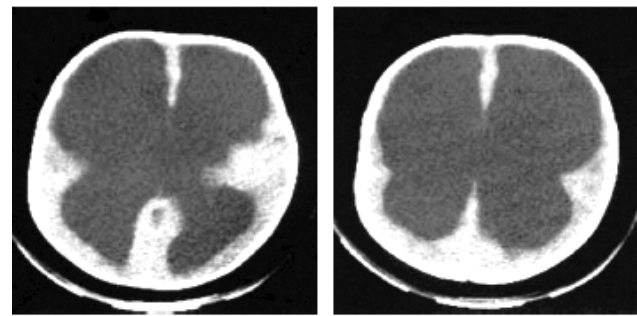


Fig. 14. Open sylvian aqueduct (arrow) after ETV due to aqueductal stenosis [25]



a) b)  
 Fig. 17. a) critical hydrocephalus  
 A. Before shunt's operation [26];  
 b) after shunt's operation (normal size the brain ventricle, shadow of shunt in the right ventricle) [26]

or accessory catheters to modify performance or adapt the basic system to the patient's specialized needs. The proximal catheter (ventricular or lumbar catheter) drains excess CSF from the ventricles or the spinal lumbar sac through rows of small holes at its origin. Distal catheters are typically placed in the abdominal (or peritoneal) cavity, but may also be placed in the heart, pleural cavity (lungs) and other suitable locations where CSF is drained into the bloodstream. The type of shunt system is named by the inflow and outflow locations, e. g. if the proximal catheter is in the ventricle and the distal catheter is in the peritoneal cavity it is called a ventriculo-peritoneal (VP) shunt. Also exist ventriculo-atrial (VA), ventriculo-pleural (VPL), lumbo-peritoneal (LP) shunts. At times temporary CSF drainage is performed before a full shunt system is implanted; these short-term drainage systems are called external drains (ventricular or spinal) because the distal catheter is open or drains into a bag outside the body. Shunt tubing is made of flexible silicone, with short plastic tubes used at times as connectors to the valve mechanisms. Some shunt tubing is impregnated with antibiotics to reduce the incidence of infection during the post-operative period; examples include the Codman Bactiseal™ catheter and the Medtronic Ares™ catheter. Most valves operate on the principles of change in differential pressure (DP) – the difference between the pressure at the proximal catheter tip and the pressure at the drainage end. Neurosurgeons select a DP valve based upon the age of the patient, the size of the ventricles, the amount of pressure, and other important clinical factors. A number of newer shunts can be adjusted non-invasively (i. e. the DP is changed magnetically from outside the body), while others have self-adjusting flow-regulating mechanisms. When such valves are used, a second surgical operation is avoided as the valve's operating characteristics may be changed non-invasively (programmable valves) or adjusted automatically (flow-regulated valves) [27–29].

Most commercially available fixed DP shunts are provided in three to five ranges: low, medium or high pressures (and very low and very high), depending on their response to the pressure differential between the shunt's upper and lower ends [29].

The following illustration shows examples of shunt valves (**fig. 18**), designed by companies Aesculap and Miethke which have been working together since 1999 to develop better solutions for the complex treatment of hydrocephalus [30].

Managing a hydrocephalus patient's

condition can be very challenging. One very important aspect is effectively maintaining a patient's CSF drainage to keep ICP within normal physiological ranges. CSF tends to drain faster when a patient is standing, causing a decrease in ICP and in results appear headaches, nausea and other debilitating symptoms. This necessitates the need for higher valve resistance in upright positions. The taller patient, the higher the necessary resistance. When the pressure setting is increased in a conventional regulable valve system, resistance is increased for all positions, not just the upright position. This results in increased ICP in the lying position causing headaches, nausea and other symptoms. Miethke gravitational valves allow surgeons to provide distinctly different pressures for lying and standing positions, reducing the symptoms that are caused by over and under drainage and providing better patient comfort. Miethke valves don't just function differently, they also look different because they are made using titanium. Titanium was selected because of its excellent MRI and bio-compatibility. The strength of titanium also allows the valves to be made extremely small, but with large flow paths. The rigid housing also makes the valves insusceptible to subcutaneous pressure [31].

Such way, ideal shunt pressure-flow characteristics must match the patient's specific needs. Exist devices with hydrostatic regulated mechanisms (gravitational devices), flow-regulating devices. Last valves have a lower incidence of early obstruction; the time to revision appears to be longer than that with conventional differential pressure valves [27]. CSF shunts using for treatment of hydrocephalus in the case of imbalance can lead to elevated ICP and variety of complications. Treatment with a shunt system often includes complications such as malfunction and infection. An estimated



Fig. 18. Shunts for treatment of Hydrocephalus (from <https://www.aesculapusa.com/products/neurosurgery/hydrocephalus-shunts>)

50 % of shunts in the pediatric population fail within two years of placement and repeated neurosurgical operations are often required [29].

#### **Shunt Malfunction**

Shunt malfunction is a partial or complete blockage of the shunt lead to CSF accumulates and can result in symptoms of untreated hydrocephalus. A shunt blockage from blood cells, tissue or bacteria can occur in any part of the shunt. Both the ventricular catheter and the distal part of the catheter can become blocked by tissue from the choroid plexus or ventricles. The distal part of the catheter is more often blocked in adults. Shunts are very durable, but their components can become disengaged or fractured as a result of wear or as a child grows. Sometimes they dislodge from where they were originally placed. More rarely, a valve will fail because of a mechanical malfunction. The most common infection is *Staphylococcus Epidermidis*, which is most likely seen one to three months after surgery, but can occur up to six months after the placement of a shunt. People with ventriculoperitoneal shunts are at risk of developing a shunt infection secondary to abdominal infection. Those patients treated with ventriculoatrial shunts may develop generalized infection, which can quickly become serious. Over drainage causes the ventricles to decrease in size creating slit-like ventricles as a result of the brain and its meninges pulling away from the skull. Slit-like ventricles sometimes called slit-ventricle syndrome (SVS), are most commonly a problem in young adults who have been shunted since childhood. A particular symptom of SVS is severe intermittent headaches that are often relieved when lying down. Imaging studies help to determine SVS, which is typically indicated by smaller than normal ventricles. Under drainage causes the ventricles to increase in size and can fail to relieve the symptoms of hydrocephalus. To restore a balanced flow of CSF it may be necessary to place a new shunt with a more accurate pressure valve. For those who have externally adjustable or programmable valves, the balance of flow can be restored by re-setting the opening pressure. Subdural hematoma is most common in older adults with NPH and requires surgery to correct. Multiloculated hydrocephalus is an isolated CSF compartment in the ventricular system that is enlarged and not in communication with the normal ventricle. It may be caused by birth trauma, neonatal intraventricular hemorrhage, ventriculitis, shunt related infection, over drainage or other conditions. This complication may be difficult to identify because it is typically seen in infants and children who

may be neurologically compromised. Surgical treatments include multiple shunt placement, ventricular catheters with multiple perforations or openings, craniotomy and fenestration (opening) of the interventricular loculations.

Seizures sometimes present among people with hydrocephalus. There is no correlation between the number of shunt revisions or the site of shunt placement and an increased risk of developing seizures. Past studies [27] have shown that children with hydrocephalus who have been treated with a shunt and who also have significant cognitive delay or motor disorder are more often to have seizures than those without cognitive or motor delays. Studies also indicated that most likely explanation of seizure disorder is the presence of associated malformations of the cerebral cortex. Abdominal complications can occur in people with hydrocephalus treated with a shunt. The peritoneum or abdominal area is the most popular site for distal catheter implantation. Although VP – shunts do not have fewer complications than VA – shunts, the complications are less severe and have a lower mortality rate. Shunt complications that develop in the peritoneum or abdominal area include peritoneal pseudocysts, lost distal catheters, bowel perforations and hernias. The most common complication with these two procedures is closure of the pathway that is surgically created with ETV and infection. Sudden closure of the pathway created using Endoscopic Third Ventriculostomy can be sudden and life-threatening. Pathway closure occurs in 20 to 50 % of patients within five years of the procedure, especially failures occurring within the first six months of the operation. Infection with ETV and ETV/CPC occurs in up to less than one percent of patients who was treated. Fever and Bleeding with ETV and ETV/CPC may be as result of damage of ventricular walls or perforation of the basilar artery. Large bleeds due to vessel injury under the third ventricle can be catastrophic, but they are rare. Other complications from ETV include short-term memory loss, if the procedure may affect the hypothalamus and the areas of the mammillary body which are responsible for memory. Endocrinologic irregularities can occur following ETV and ETV/CPC as a result of the small opening in the area of the third ventricle which is responsible for some hormonal function. This complication is also often short lived. Symptoms of shunt malfunction or ETV closure vary considerably from person to person. When an abrupt malfunction occurs, symptoms can develop very rapidly potentially leading to coma and possibly death. In infants

and toddlers, it's important to be aware that medication with a side effect of drowsiness can mimic or mask signs of shunt malfunction or ETV closure and should be used with caution in those with hydrocephalus, especially infants and young children.

### Prognosis

Untreated hydrocephalus has a survival rate of 40–50%, with the survivors having varying degrees of intellectual, physical, and neurological disabilities. Prognosis for treated hydrocephalus varies, depending on the cause. If the child survives for one year, more than 80 %

will have a fairly normal lifetime. Approximately one-third will have normal intellectual function, but neurological difficulties may persist. Hydrocephalus not associated with infection has the best prognosis, and hydrocephalus caused by tumors has a very poor prognosis. About 50 % of all children who receive appropriate treatment and follow up will develop IQs in the near-normal or normal range [5, 32]. Early diagnostic and qualified in time treatment can improve the outcomes and prognosis of these patients.

### References

1. Hydrocephalus Association. Available at: <http://www.hydroassoc.org/>.
2. Milojevic A. J., Radojicic B. S., Meljnikov I. D. Hydrocephalus - history of surgical treatment over the centuries. *Sanamed*, 2012, no. 7(2), pp. 119-125.
3. Arendt A. A. Gidrotsefaliya i ee khirurgicheskoe lechenie [Hydrocephalus and its surgical treatment]. Moscow, Publ. House of the USSR Academy of Medical Sciences, 1948, 200 p. (In Russ.)
4. Hydrocephalus. Get the Facts Available at: <http://www.medtronic.co.uk/your-health/hydrocephalus/>.
5. Farina A. Hydrocephalus. *Gale Encyclopedia of Neurological Disorders*, 2005, Available at: <http://www.encyclopedia.com/topic/hydrocephalus.aspx/>.
6. Berseneva A. P. Likvorodinamicheskie rasstroystva (zabolevaniya, vyzvannye narusheniyami likvorodinamiki) [Liquorodynamic disorders (diseases caused by impaired cerebrospinal fluid dynamics)]. Available at: <http://ural-neurosurgery.narod.ru/index/0-10>. (In Russ.)
7. Petrukhin A. S. Detskaya nevrologiya. Gidrotsefaliya [uchebnik v 2-kh tomakh] [Petruhin A. pediatric neurology. Hydrocephalus [tutorial in 2 volumes]]. 2009, vol. 2, 560 p. Available at: [http://vmede.org/sait/?page=1&id=Nevrologija\\_ped\\_petruhin\\_2009\\_t2&menu=Nevrologija\\_ped\\_petruhin\\_2009\\_t2](http://vmede.org/sait/?page=1&id=Nevrologija_ped_petruhin_2009_t2&menu=Nevrologija_ped_petruhin_2009_t2). (In Russ.)
8. Bogadel'nikov I. V., Zverkov E. V., Kriger E. A. Gidrotsefaliya u detey [Hydrocephalus in children]. *Zdorov'e rebenka*, 2011, no. 5(32). Available at: <http://www.mif-ua.com/archive/article/25774/>. (In Russ.)
9. Salvador S. F., Henriques J. C., Munguambe M., Vaz R. M. C., Barros H. P. Hydrocephalus in children less than 1 year of age in northern Mozambique. *Surg. Neurol. Int.*, 2014, no. 5, pp. 175. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287916/>.
10. Warf B. C. Strategy for the treatment of Hydrocephalus Adaptation for Developing Countries. Available at: <http://www.ifglobal.org/images/strategy%20for%20the%20treatment%20of%20hydrocephalus%20.pdf/>.
11. Rohkamm R. *Color Atlas of Neurology* [172 illustrations by Manfred Güther, translation revised by E. Taub]. Germany, New York, Thieme Stuttgart, pp. 160-162. Available at: <http://www.bestmedbook.com>.
12. Conditions-and-treatments. Hydrocephalus. Available at: <http://www.childrenshospital.org/conditions-and-treatments/>.
13. Galvez-Jimenez N., Talavera F., Lutsep H. L. Medically Reviewed, Normal pressure hydrocephalus. 2014. Available at: [http://www.emedicinehealth.com/normal\\_pressure\\_hydrocephalus/page14\\_em.htm#multimedia/](http://www.emedicinehealth.com/normal_pressure_hydrocephalus/page14_em.htm#multimedia/).
14. Spina bifida: Reviewed by Lawrence Karlin. *Children's Hospital Boston*, 2012.
15. Spina bifida and hydrocephalus: Two interlinked global challenges, two plans of attack. Available at: <http://vector.childrenshospital.org/2014/05/spina-bifida-and-hydrocephalus-two-interlinked-global-challenges-two-plans-of-attack/>.
16. Spina-bifida. Available at: <http://www.ifglobal.org/en/spina-bifida>.
17. Rezaee A., Gaillard F. [et al.] Chiari I malformation. Available at: <http://radiopaedia.org/articles/chiari-i-malformation/>
18. Weerakkody Yu., Jones J. [et al.] Chiari II malformation Available at: <http://radiopaedia.org/articles/chiari-ii-malformation>.
19. Chiari malformation in children. Available at: <http://www.childrenshospital.org/conditions-and-treatments/conditions/chiari-malformation/>.
20. Weill Cornell brain and spine centre. Chiari Malformation. Available at: <http://weillcornellbrainandspine.org/condition/chiari-malformation/pictures-chiari/>.
21. Jeon S.-I., Seo D.-H., Kwon Y. S., Choe I.-S., Park S.-C. Observations on the Activation of Chronic Compensated Hydrocephalus in Adult Patients. *Korean J. Neurotrauma*, 2012, Oct., no. 8(2), pp. 139-145. Available at: <http://dx.doi.org/10.13004/kjnt.2012.8.2.139>.
22. Susan R. Durham. Review. Arachnoid Cysts, 2009. Available at: [http://www.chadkids.org/neurosurgery/arachnoid\\_cysts.html](http://www.chadkids.org/neurosurgery/arachnoid_cysts.html).
23. Dandy Walker Malformation. Available at: <http://www.radiographia.ru/node/3664?page=1>.
24. Ventrikulocisternografija. Available at: <http://ztema.ru/inspect/ventrikulocisternografija/#ixzz3jPBcq7Xw>.
25. ReKate H.L., Longstanding M.D. Overt Ventriculomegaly in Adults: Pitfalls in Treatment With Endoscopic Third Ventriculostomy. *Neurosurg Focus*, 2007, no. 22(4), p. 6.
26. Orlov Yu. A., Malovichko I. A., Marushchenko L. L. Otdalennyye rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya gidrotsefalii kriticheskoy stepeni vyrazhennosti u detey pervykh let zhizni [Long-term results of surgical treatment of hydrocephalus critical severity in children of the first years of life]. *Mezhdunarodnyy nevrologicheskyy zhurnal*, 2011, no. 8(46), нет страниц. (In Russ.)
27. Sainte-Rose C. Shunt obstruction: a preventable complication? *Pediatr Neurosurg*, 1993, May-Jun., no. 19 (3), pp. 156-164.
28. actsheet: Shunt Systems for the Management of Hydrocephalus. Hydrocephalus Association. Available at: <http://www.hydroassoc.org/>.

29. Sainte-Rose C. Shunt obstruction: a preventable complication? *Pediatr. Neurosurg.*, 1993, May-Jun, no. 19(3), pp. 156-64.

30. Dalvi A., Galvez-Jimenez N., Talavera F., Lutsep H. L. Normal Pressure Hydrocephalus Overview. 2014. Available at: [http://www.emedicinehealth.com/normal\\_pressure\\_hydrocephalus/article\\_em.htm#normal\\_pressure\\_hydrocephalus\\_overview](http://www.emedicinehealth.com/normal_pressure_hydrocephalus/article_em.htm#normal_pressure_hydrocephalus_overview).

31. Neurosurgery. Hydrocephalus Shunts. Active

Valves for Active Patients. Available at: <https://www.aesculapusa.com/products/neurosurgery/hydrocephalus-shunts>.

32. Orlov Yu. A., Malovichko I. A., Marushchenko L. L. Gidrotsefaliya kriticheskoy stepeni u detey (sostoyanie problemy i perspektivy) [Hydrocephalus critical degree in children (a condition problems and prospects)]. *Ukrain's'kyj nejrohirurgichnyj zhurnal*, 2012, no. 1. (In Russ.)

## ГИДРОЦЕФАЛИЯ ОТ ПРОШЛОГО К НАСТОЯЩЕМУ

В. И. Пономарёв, О. Ю. Меркулова  
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** Изучение и лечение гидроцефалии всегда интересовало врачей. Понимание причин возникновения и развития этого заболевания, а также сопутствующих ему аномалий нервной системы помогло создать систему адекватного лечения. Нелеченый энцефалит в 40-50% случаев приводит к развитию соматических, неврологических или психических расстройств. Прогноз пролеченного энцефалита зависит от его этиологии. Ранняя диагностика и квалифицированное лечение могут улучшить результаты и прогноз этих пациентов.

**Ключевые слова:** гидроцефалия, аномалии развития нервной системы, спинномозговая жидкость, желудочки мозга, шунтирующая система.

## ГІДРОЦЕФАЛІЯ ВІД МИНУЛОГО ДО СЬОГОДЕННЯ

В. І. Пономарьов, О. Ю. Меркулова  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Вивчення та лікування гідроцефалії увесь час цікавило лікарів. Розуміння причин виникнення та розвитку цього захворювання, а також супутніх йому аномалій нервової системи допомогло створити систему адекватного лікування. Енцефаліт, що не лікували, у 40-50% хворих призводить до розвинення соматичних, неврологічних або психічних розладів. Прогноз енцефаліту, що лікували, залежить від його етіології. Рання діагностика та кваліфіковане лікування можуть поліпшити результати і прогноз цих пацієнтів.

**Ключові слова:** гідроцефалія, аномалії розвитку нервової системи, спинномозкова рідина, шлуночки мозку, шунтуюча система.

УДК 616.89-008.441.3-07:615.216.6



## КЛІНІЧНІ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ЗМІНИ ПРИ ЗЛОВЖИВАННІ ПРЕПАРАТАМИ ЕФЕДРИНОПОДІБНОЇ ДІЇ

Ю. В. Северин  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Стаття присвячена проблемі вживання кустарних психостимуляторів, виготовлених з препаратів ефедриноподібної дії. За даними МРТ виявлено, що застосування цих речовин призводить до безповоротних змін у головному мозку. Дані клініко-неврологічного обстеження показали наявність у хворих синдрому паркінсонізму, пірамідних, мозочкових, окорухових і вегетативних порушень, а також зниження когнітивних функцій та депресивні розлади. Необхідна особлива уважність лікарів при виявленні згаданої вище симптоматики в осіб молодого віку відносно прийому наркотичних засобів з метою надання своєчасної допомоги та адекватної корекції порушень.

**Ключові слова:** психостимулятори, ефедриноподібні препарати, МРТ-зміни, неврологічні порушення, синдром паркінсонізму.

### Вступ

В останні десятиліття наше суспільство буквально захлеснуло хвиля наркоманії та токсикоманії, набувши характеру розгорнутого епідемічного процесу. З кожним роком кількість наркозалежних збіль-

шується, вражаючи всі верстви населення незалежно від матеріального статку і соціального становища, завдаючи руйнівної дії на психічне та соматичне здоров'я і величезної економічної та моральної шкоди суспільству.



На сьогодні відзначається зростання питомої ваги осіб із залежністю від сурогатних психоактивних речовин. Особливо часто наркоманами використовуються лікарські препарати, що містять ефедрин та амфетаміни [1–3]. Під час обробки цих препаратів перманганатом калію і оцтовою кислотою отримують ефедрон (меткатинон); під час обробки псевдоефедрину червоним фосфором і йодом отримують розчин первітину (метамфетаміну).

Кустарне виготовлення препаратів з ефедрину, псевдоефедрину та препаратів, що містять ці речовини, виникло на території України ще у другій половині 1970-х років. Тривалий час їх називали «радянським наркотиком», виходячи з їхньої популярності в СРСР. За деякими даними, їх почали використовувати ще до Великої Вітчизняної війни в радянських спецслужбах [4]. Від них відомості про кустарні способи виготовлення наркотичних засобів поширилися в місця ув'язнення, а звідти вийшли за їх межі. Уже в середині 1960-х з наслідками їх застосування зіткнулися радянські психіатри-наркологи.

Наприкінці 1970-х – початку 1980-х рр. цей наркотик був найбільш популярний і поширений серед підлітків. Пов'язано це було з тим, що за наявності рецепту в аптеці можна було придбати великі дози ефедрину, а з нього було нескладно виготовити ефедрон або первітин. На початок XXI ст. на території СНД ефедронова наркоманія посіла третє місце за поширеністю (після вживання марихуани та опіатів) [2]. Окислений ефедрин, або ефедрон, як стимулюючий засіб став відомий серед наркоманів під жаргонною назвою «джеф», «марцефаль», «мурцовка», «мулька». З 1985 р. препарат був внесений до списку наркотиків.

Ефедрон і первітин – непрямі моноамінові агоністи [2, 5]. Вони викликають вивільнення з пресинаптичних закінчень норадреналіну, серотоніну і дофаміну, впливаючи на центральну і периферичну нервову систему людини. На клітинному рівні вони інгібують накопичення дофаміну в везикулах і руйнування його моноамініоксидазою (МАО), що призводить до накопичення дофаміну в синапсі та гіперактивації постсинаптичних рецепторів. Тривале повторне вживання психостимуляторів виснажує запас катехоламінів, тому у наркоманів протягом фізіологічного їх відновлення (кілька діб) спостерігається дратівливість, слабкість, явища неврастенії.

При внутрішньовенному введенні наркотику його дія починається протягом декількох секунд. Період напіввиведення складає 8–12 годин, час максимальної дії – 10–24 го-

дини, а час виведення метаболітів з організму – 2–3 доби [2, 5, 6].

Дію сурогатного наркотику при внутрішньовенному введенні можна розділити на три періоди [7]. Перший період триває 10–15 хвилин, протягом яких наркоман відчуває ейфорію, відчуття блаженства. Другий період триває протягом 30 хвилин і характеризується неймовірним сексуальним збудженням. Вихід з інтоксикації у початківців завжди важкий і супроводжується підвищенням артеріального тиску, тахікардією, неприємними відчуттями та болями в області серця, сухістю в роті, спрагою, тривожністю, страхом, напруженістю, почуттям безпорадності. Постінтоксикаційна фаза триває приблизно 3–5 годин. Можливі маячні ідеї переслідування. Хода хитка, мова змазана. Після трьох-чотирьох ін'єкцій сурогатного наркотику розвивається психічна залежність, формується толерантність. При кожному наступному прийомі необхідно збільшувати дозу препарату, однак при цьому відсутній виражений абстинентний синдром [6–8].

Поліморфність неврологічних розладів, що спостерігається у пацієнтів, дозволяє припустити, що своїм походженням вони зобов'язані не тільки власне психоактивній субстанції, продукту трансформації фенілпропаноламіну, а й іншим токсичним речовинам, що використовуються в процесі кустарного виготовлення психостимулятора (перманганат калію, харчовий оцет і т. ін.) [9]. Кустарні умови не можуть забезпечити стабільність складу і чистоту кінцевого продукту, тому співвідношення згаданих інгредієнтів у наркотичній речовині може широко варіювати, що, в свою чергу, визначає варіабельність клінічної картини.

При марганцевому отруєнні страждають великі паллідарні ГАМК-ергічні нейрони. Масивні пошкодження блідої кулі та ретикулярної частини чорної субстанції, порушуючи функціонування корково-підкоркових кіл і паллідарно-стовбурових зв'язків, призводять до того, що лобові та стовбурові структури позбавляються аферентації від базальних гангліїв або отримують її в спотвореному вигляді, що викликає складну комбінацію рухових і нейропсихологічних порушень [10, 11].

Першими клінічними проявами ефедринової інтоксикації є енцефалопатії, які проявляються мовними порушеннями, часто в комбінації з псевдобульбарним синдромом, а також, в переважній більшості випадків, порушеннями ходи [10, 11, 3]. Ці порушення прогресують протягом декількох місяців, після чого настає період відносної стабілізації, а потім відзначається або помірний регрес ос-

новних проявів, або періодичне наростання клінічних симптомів, що чергується з періодами ремісії.

Характерно виникнення підкіркового, псевдобульбарного синдромів, пірамідної недостатності, а також вегетативних порушень [6].

Для підкіркового синдрому характерна поструральна нестабільність з порушенням акту ходи і частими падіннями, явища гіпокінезії та меншою мірою ригідності. Відзначається також дистонічний синдром у вигляді дистонії кінцівок [7]. Дистонія стоп зустрічається найчастіше серед таких пацієнтів, що призводить до формування характерної ходи на ротованій або супінованій стопі («півняча» або «балетна» хода). Рідше зустрічаються дистонія верхніх кінцівок, синдром спастичної кривошиї та інші гіперкінези.

Псевдобульбарний синдром проявляється вираженою дисфагією, дисфонією та дизартрією, насильницьким сміхом і плачем.

Синдром вегетативної дисфункції характеризується коливаннями артеріального тиску. Найчастіше зустрічаються артеріальна гіпотонія, акрогіпергідроз, гіперсалівація, порушення потенції.

Пірамідний синдром проявляється у вигляді нижнього парапарезу і має зазвичай нерізка виражені прояви.

Може зустрічатися мозочковий синдром у вигляді статичної та динамічної атаксії, психічні та когнітивні порушення [12]. Психічні порушення зазвичай виникають у гострій фазі інтоксикації та проявляються збудженням, маренням і галюцинаторним синдромом [6, 7].

У розвитку захворювання виділяють такі стадії [6, 7]:

- стадія початкових проявів, у якій переважають емоційно-особистісні порушення у вигляді домінування апатико-абулічного синдрому, зниження ініціативи – як рухової, так і психічної. Дуже часто розвиваються диссомнічні розлади, відзначаються або підвищена сонливість, або диссомнії в нічний час без будь-яких неврологічних проявів;

- стадія маніфестації та прогресування неврологічних симптомів, що, як правило, виникає, коли хворий припиняє приймати наркотики. Характеризується появою і наростанням синдрому паркінсонізму, псевдобульбарного синдрому в поєднанні з вегетативними і мозочковими розладами;

- стадія відносної стабілізації неврологічних симптомів спостерігається в 40 % випадків, коли у хворого відзначається стабілізація неврологічної симптоматики, але є стійкий неврологічний дефіцит; при цьому в перебі-

гу хвороби можуть простежуватися деякі флуктуації погіршення у вигляді декомпенсації, наростання клінічної симптоматики або, навпаки, у вигляді їх незначного регресу;

- у 30 % випадків відзначається стадія регресу неврологічних симптомів. На жаль, це не повний регрес неврологічної симптоматики, а лише зменшення її проявів.

У структурі цього захворювання виділяють три ступеня тяжкості [6, 7]:

- легкий ступінь, коли у хворого спостерігаються незначна поструральна нестабільність, фокальні дистонії, що не порушують рухову функцію хворого, немає або є легкі прояви псевдобульбарного синдрому у вигляді легкої дизартрії та дисфонії;

- середній ступінь – помірно виражена поструральна нестійкість з рідкісними падіннями, помірні мультифокальні дистонії та помірно виражений псевдобульбарний синдром;

- тяжкий ступінь, що обумовлює виражену інвалідність – груба поструральна нестабільність з дуже частими падіннями, виражені мультифокальні дистонії, що істотно порушують ходу та інші рухові функції хворого, псевдобульбарний синдром.

Основним методом діагностики енцефалопатій є магнітно-резонансна томографія (МРТ). Марганець, що має властивості парамагнетика, на МРТ в T1-режимі підвищує інтенсивність сигналу від тканин, в яких накопичується, насамперед від шкаралуп і хвостатих ядер, а також ніжок середнього мозку та четверохолмної пластинки, пірамідних трактів у стовбурі мозку і верхньошийних сегментах спинного мозку [13, 14]. Ці зміни мають двосторонній симетричний характер. У режимі МР-спектроскопії відзначається зміщення спектрограми вгору від нульової лінії за рахунок парамагнітного впливу металу (рис. 1).

Основою лікування проявів зловживання препаратами ефедріноподібної дії є призначення антиоксидантів, нейропротекторів та метаболічних препаратів.

#### Мета дослідження

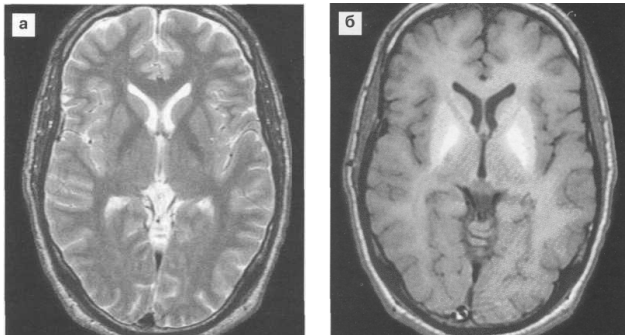
Вивчення клінічних та нейровізуалізаційних змін в осіб, що зловживають препаратами ефедріноподібної дії.

#### Матеріали та методи дослідження

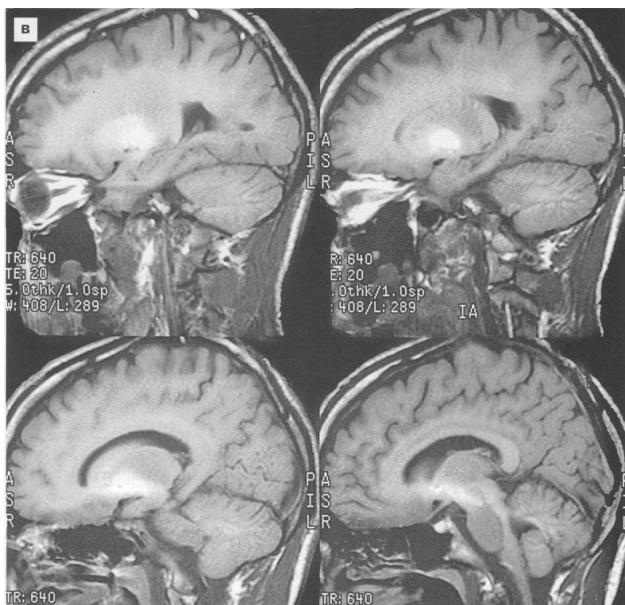
Обстежено 30 пацієнтів, які приймали ефедріноподібні психостимулятори. Усім пацієнтам проводилося об'єктивне клініко-неврологічне дослідження і магнітно-резонансна томографія (МРТ). Для оцінки підкіркового синдрому використовувалися шкала UPDRS і шкала денної активності.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Під спостереженням перебувало 25 чоловіків і 5 жінок. Середній вік пацієнтів склав  $23,70 \pm 0,63$  року. Тривалість застосування наркотичних засобів коливалася від 6 місяців до 4 років.

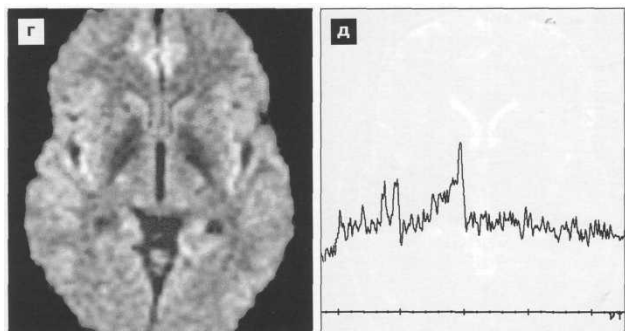


**а, б** – режими T2 і T1, аксіальні проекції;



**в** – режим T1, сагітальні проекції.

Відзначається підвищення сигналу в режимі T1, зниження в режимі T2 від хвостатих ядер і шкаралупи з двох сторін, а також кортико-спінальних трактів у ніжках мозку за рахунок парамагнітного ефекту від накопичення марганцю



**г** – дифузійно-зважена МРТ чіткіше виявляє зниження сигналу від цих структур, ніж режим T2

**д** – МР-спектроскопія, зсув ізолінії вгору за рахунок парамагнітного впливу металу на МР-сигнал

Рис 1. Марганцева інтоксикація

Синдром паркінсонізму був виявлений у всіх пацієнтів. У 67,00 % спостерігався тремор кінцівок, у 5,00 % – кінцівок і голови.

Центральний нижній парапарез легкого або помірного ступеня вираженості діагностовано у 70,00 % хворих, трипарези – у 12,00% і тетрапарез легкого ступеня – у 4,00 %.

У всіх хворих спостерігалися окорухові порушення, які проявлялися в обмеженні рухів очних яблук в сторони і вгору або ослабленні акту конвергенції.

У 48,00 % пацієнтів спостерігався псевдобульбарний синдром. Аксіальні знаки відзначалися у 90,00 % пацієнтів.

Ознаки мозочкової недостатності легкого та помірного ступеня вираженості спостерігалися у 60,00 % пацієнтів, дистонічні гіперкінези – 46,00 % пацієнтів.

Вегетативні порушення, які проявлялися підвищеною пітливістю, дистальним гіпергідрозом і акроціанозом, виявлені у 76,00 % хворих. Запори, ортостатична гіпотензія зареєстровані у 15,00 %.

У всіх пацієнтів були виявлені порушення пам'яті та уваги, знижений фон настрою, підвищена тривожність.

При оцінці за шкалою UPDRS середній бал склав  $26,70 \pm 2,30$ , а за шкалою денної активності –  $68,00 \pm 3,40$ .

МРТ-дослідження було проведено всім пацієнтам. У T1-WI режимі у всіх пацієнтів було виявлено двостороннє симетричне підвищення інтенсивності сигналу від внутрішнього сегменту блідої кулі. Гіперінтенсивне ураження у середньому мозку (в проекції ретикулярної частини чорної субстанції) спостерігалось у 56,00 % пацієнтів. У 35,00 % хворих гіперінтенсивні вогнища були виявлені у хвостатому ядрі, шкаралупі та субталамічному ядрі. У 3,00 % хворих вогнища були виявлені в корі лобових і тім'яних часток. Ураження півкуль мозочку спостерігалось у 5,00% пацієнтів, гіпофіза – у 2,00 %.

**Висновки**

Проблема зловживання препаратами ефедриноподібної дії має не тільки медичну, а й соціальну значимість, оскільки страждають люди молодого віку, і навіть після припинення прийому препаратів відбувається прогресування інвалідності хворих. Застосування цих психостимуляторів призводить до грубих неврологічних змін, важкої інвалідизації та смертності. Необхідна настороженість лікарів усіх спеціальностей, а особливо невропатологів, наркологів, психіатрів та нейрорадіологів щодо прийому наркотичних засобів серед населення з метою надання своєчасної допомоги та адекватної корекції неврологічних порушень.

## Література

1. Rokhlina M. L. Zloupotreblenie psikhostimulyatorami: psikhicheskie i povedencheskie rasstroystva [Abuse of stimulants: mental and behavioral disorders]. *Voprosy narkologii*, 2013, pp. 135-145. (In Russ.)
2. Skrypnikov A. M. Narkologija: navchal'no-metodychnyj posibnyk [Narcology: textbook]. Poltava, 2005, 427 p. (In Ukr.)
3. Sanotsky Y., Lesyk R., Fedoryshyn L. et al. Manganic Encephalopathy Due to "Ephedrone" Abuse. *Movement Disorders*, 2007, vol. 22, no. 9, pp. 1337-1342.
4. Danilin A. G. Kokain, pervitin i drugie psikhostimulyatory [Cocaine, methamphetamine and other psychostimulants]. Moscow, Tsentrpoligraf Publ., 2000, 282 p. (In Russ.)
5. Mashkovskiy M. D. Lekarstvennye sredstva. Posobie dlya vrachev: v 2 t. [The medicaments. Manual for doctors: in 2 vol.]. Vilnius, 1993, vol. 1, 542 p. (In Russ.)
6. Fedorova N. V., Savchenko L. M., Ismailova T. F. i dr. Klinicheskie proyavleniya margantsevoy toksicheskoy entsefalopatii [Clinical manifestations of manganese toxic encephalopathy]. *Ekstrapiramidni zahvorjuvannja ta vik: II Ukr.symposium [Extrapyramidal disease and age: II Ukr. symposium]*. Kiev, IVC ALKON Publ., 2004, pp. 67-68. (In Russ.)
7. Yavorskaya V. A., Pelekhova O. L., Grebenyuk G. V., Krivchun S. A. Margantsevaya toksicheskaya entsefalopatiya: patogenez, klinika, lechenie [Marhantsevaya toksycheskaya encephalopathies: pathogenesis, clinic, treatment]. *Mezhdunar. med. zhurn.*, 2005, no. 4, pp. 52-55. (In Russ.)
8. Kim Y., Kim J. W. Toxic Encephalopathy. *Saf. Health. Work*, 2012, no. 3, pp. 243-256.
9. Taytslin V. I., Voloshina N. P., Bogdanova I. V., Fedoseev S. V. Miodistonicheskie narusheniya pri upotreblenii efedrinopodobnykh psikhostimulyatorov i ikh korrektsiya botulotoksinom [Myodystonic disorders when used efedrinopodobnyh stimulants and their correction with botulinum toxin]. *Mezhdunar. med. zhurn.*, 2003, vol. 9, no. 4, pp. 41-43. (In Russ.)
10. Chang Y., Song H. J., Lee J. J. et al. Neuroplastic changes within the brains of manganese-exposed welders: recruiting additional neural resources for successful motor performance. *Occup. Environ Med*, 2010, vol. 67, pp. 809-815.
11. Dobbs M. R. Toxic encephalopathy. *Semin. Neurol.*, 2011, vol. 31, pp. 184-193.
12. Chang Y., Lee J. J., Seo J. H. et al. Altered working memory process in the manganese-exposed brain. *Neuroimage*, 2010, vol. 53, pp. 1279-1285.
13. Kornienko V. N., Pronin I. N. Diagnosticheskaya neyroradiologiya [Diagnostic Neuroradiology]. 2009, vol. 3, 463 p. (In Russ.)
14. Kim Y., Jeong K. S., Song H. J. Altered white matter microstructural integrity revealed by voxel-wise analysis of diffusion tensor imaging in welders with manganese exposure. *Neurotoxicology*, 2011, vol. 32, pp. 100-109.

### КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ЭФЕДРИНОПОДОБНОГО ДЕЙСТВИЯ

Ю. В. Северин

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** Статья посвящена проблеме употребления кустарных психостимуляторов, изготовленных из препаратов эфедриноподобного действия. По данным МРТ обнаружено, что применение данных веществ приводит к необратимым изменениям в головном мозге. Данные клинико-неврологического обследования показали наличие у больных синдрома паркинсонизма, пирамидных, мозжечковых, глазодвигательных и вегетативных нарушений, а также снижение когнитивных функций и депрессивные расстройства. Необходимо особое внимание врачей при выявлении вышеперечисленной симптоматики у лиц молодого возраста в отношении приема наркотических средств с целью оказания своевременной помощи и адекватной коррекции возникших нарушений.

**Ключевые слова:** психостимуляторы, эфедриноподобные препараты, МРТ-изменения, неврологические нарушения, синдром паркинсонизма.

### CLINICAL AND NEUROIMAGING CHANGES IN EPHEDRINE ABUSERS

Iu. V. Severyn

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The given article concerns the problem of homemade ephedrine drugs. It is shown that the use of these substances leads to serious changes in the brain by MRI data. The presence of Parkinson's syndrome, pyramidal, cerebellar, oculomotor and autonomic disturbances, cognitive and depressive disorders during the neurological examination were revealed. Doctors should be alert to identify mentioned symptoms in young people concerning taking drug for the purpose of providing timely assistance and adequate correction of violations.

**Key words:** psychostimulants, ephedrine abuse, MRI changes, neurological disorders, Parkinson's syndrome.

УДК 616-833.24



А. А. Скоромец

## К ВОПРОСУ О СПОНДИЛОГЕННО-ВЕНОЗНОЙ ЛЮМБОИШИАЛГИИ

Д. Г. Смолко<sup>2</sup>, К. Т. Алиев<sup>1</sup>, Г. В. Пономарёв<sup>1</sup>, А. А. Скоромец<sup>1</sup><sup>1</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова МЗ РФ<sup>2</sup> Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

**Аннотация.** Было обследовано 50 больных в возрасте от 27 до 65 лет с длительным болевым синдромом в области позвоночника при грыжах одного из нижнепоясничных межпозвонковых дисков. Интенсивность боли оценивали с помощью опросника Роланда–Морриса и Освестровского опросника нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины. Сравнивались две группы пациентов: имеющих выраженную клинику венозного застоя в поясничном отделе позвоночника и без такого застоя. Проведенное исследование выраженности болевого синдрома при грыжах нижнепоясничных дисков показало, что как корешковая, так и локальная боль (дискалгия) достоверно интенсивнее у пациентов с наличием хронической недостаточности венозного кровообращения в нижней части позвоночника по сравнению с лицами без такой недостаточности. Динамику боли оценивали при лечении L-лизиним эсцинат.

**Ключевые слова:** грыжи поясничных дисков, хронизация боли, венозный застой в позвоночнике, лечение L-лизиним эсцинат.

### Введение

Известна частота болевых синдромов в области спины, особенно в пояснично-крестцовом её отделе. При наличии грыжевых выпячиваний межпозвонковых дисков, подтвержденных нейровизуализационными методиками, встречается большая гамма интенсивности и продолжительности болевых ощущений (локальных и корешковых). Нами была поставлена задача проанализировать клинику грыж дисков ниже третьего поясничного позвонка и оценить динамику боли при лечении L-лизиним эсцинат.

Широкое внедрение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника стало часто выявлять у пациентов грыжи нижних поясничных дисков даже в тех случаях, когда сами они и лечащие врачи об этом и не предполагают. Многие пациенты не могут указать моменты в своей жизни, при которых могла бы сформироваться такая грыжа [1–9]. В целом, наш клинический опыт показывает, что предопределяющее значение в формировании грыжевого выпячивания имеет слабый мышечный корсет, патология соединительной ткани с повышенной растяжимостью связочного аппарата позвоночника, остеохондроз межпозвонковых дисков, врожденные аномалии позвоночника и т. п. [7].

Работ с анализом особенностей патогенеза и клинической картины при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника достаточно много, что систематизировано в монографиях Я. Ю. Попелянского и др. [3, 9, 10]. Обсуждаются вопросы вариабельности таких поражений, как деформирующий спондилоз передней и задней продольных связок, деформирующий спондилоароз, фиброз

диска, его остеохондроз с формированием грыжи Шморля, грыжи диска с различным направлением его выпячивания (кпереди, кзади и латерально). В единичных исследованиях обращается внимание на сосудистый фактор (артериальный и венозный) в патогенезе особенностей клиники спондилогенных неврологических проявлений [4, 7]. Практика показывает, что сосудистый фактор имеется почти во всех случаях формирования грыж межпозвонковых дисков, и если его учитывать в лечебных комплексах, то у большинства пациентов удастся добиваться более быстрого и полного эффекта в смысле регресса неврологического дефицита.

Недавно нами проведен анализ эффективности нового лекарственного противотечного и вентонизирующего препарата L-лизина эсцината в терапии больных с дискогенно-венозной люмбосакральной радикуломиелоишемией, и подтверждена его достаточно высокая эффективность [11–14].

Боль в нижней части спины нередко связана с формированием миофасциальных синдромов, которые всегда следует дифференцировать с истинно дискогенно-корешковыми и миогенно-невральными, развивающимися по механизму туннельных (компрессионно-ишемических) невралгий [7, 9, 10]. Однако клиническая практика показывает, что при кажущейся анатомо-топографической однотипности магнитно-резонансных данных клиническая картина грыж межпозвонковых дисков нередко отличается выраженностью, упорностью и продолжительностью болевых проявлений. В зарубежной литературе широко распространен обобщающий диагноз «боль в спине» или «боль в пояснице».

### Цель исследования

Определение степени выраженности и длительности болевого синдрома у пациентов с грыжами нижнепоясничных дисков с наличием признаков венозного застоя в поясничном отделе позвоночника или без таковых и оценка динамики боли при лечении L-лизином эсцинат. В доступной литературе мы не встретили работ по изучению эффективности этого препарата при грыжах поясничных межпозвоночных дисков с длительным (более 3-х месяцев) болевым синдромом корешкового типа.

### Материалы и методы исследования

В исследование были включены 50 пациентов, находившихся на лечении в клинике неврологии Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова и на его клинических базах городских многопрофильных стационаров (ГМКБ №2, № 31, № 46 и др.).

По дизайну это было рандомизированное сопоставляемое исследование со следующими критериями включения:

1. Мужчины и женщины от 27 до 65 лет.
2. Наличие грыжи одного или нескольких поясничных межпозвоночных дисков, подтвержденных данными МРТ или КТ (рис. 1).
3. Характерные для грыжи диска симптомы в виде боли в пояснице и тазовом поясе – корешкового типа, часто боли после ночного сна и длительного пребывания в постели, с потребностью расхаживаться, усиление онемения в ногах, боли при тепловых процедурах, неуверенность при ходьбе, учащенное мочеиспускание.
4. Наличие характерных признаков нарушения функции сегментарного аппарата нижней половины спинного мозга и его корешков: диффузная слабость миотомов, больше в проксимальных отделах нижних конечностей. Снижение глубоких рефлексов (коленных, ахилловых, с длинного разгибателя большого пальца стопы, с двуглавой мышцы бедра). Нарушения болевой, температурной и тактильной чувствительности по корешковому или сегментарному типу (часто пятнистое). Укорочение или отсутствие вибрационной чувствительности на лодыжках голени. Умеренные нарушения функции тазовых органов.

5. Наличие вертебрального синдрома на уровне нижней части спины: сглаженность лордоза, ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника (по измерению при наклонах в стороны длины скольжения по бедру выпрямленных пальцев кисти). Кашлевой феномен и признаки натяжения спинномозговых корешков: Нери, Ласега, Вассермана.

Клиника: боль в пояснице, при кашле боль иррадирует в правую ягодицу и по задненаружной поверхности правого бедра до мизинца этой стопы. Отсутствует правый ахиллов рефлекс с длинного разгибателя большого пальца правой стопы. Вибрационная чувствительность на лодыжках около 20 с (норма).

Интенсивность боли оценивали с помощью опросника Роланда–Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» и Освестровского опросника нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины. У 25 пациентов выполнена электронейромиография (ЭНМГ) до и после лечения L-лизином эсцинат.

Всем проводили клиническое и биохимическое исследование крови, мочи, у части пациентов – ликвора, электромиограммы, электронейромиограммы, доплерографию. Вся информация вносилась в специально разработанную Кодовую карту больного дискогенной люмбосакральной радикуломиелопатией.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Все 50 исследованных пациентов были разделены на две группы. В первую группу сравнения (контрольную) вошли 20 пациентов, у которых не было признаков хронического нарушения венозного кровообращения в нижних отделах позвоночника (рис. 1). Им проводили общепринятое медикаментозное и физиопроцедурное лечение, массаж



Рис. 1. Наблюдаемая 1. Женщина, 48 лет. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Видны грыжи дисков L4/L5, L5/S1

мышц спины и нижних конечностей. Во вторую (основную) группу вошли 30 больных, у которых были выявлены, по данным МРТ и клиники, признаки хронического нарушения венозного кровообращения на фоне грыжи нижнепоясничного диска (рис. 2, 3).

Клиника: длительная (более 4 мес.) интенсивная боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливающаяся после ночного сна, при физическом напряжении, наклонах туловища вперед. Периодически боль иррадирует от ягодицы по задней поверхности левого бедра и голени до наружной лодыжки и стопы. Отсутствуют ахилловы рефлексы с длинного разгибателя большого пальца стопы. Гипестезия в дерматомах L5-S3, вибрационная чувствительность значительно укорочена (3 с, при норме 21 с). Расширены подкожные вены в зоне люмбо-сакрального ромба (рис. 3). Сглажен поясничный лордоз, ограничена подвижность поясничного отдела позвоночника.

После третьей инъекции L-лизина эсцинат боль в пояснице значительно уменьшилась, а к концу курса лечения в течение 10 дней эта боль стала «терпимой» и напоминала о себе в утренние часы. Глубокие рефлексы на ногах не вызывались, вибрационная чувствитель-

ность на лодыжках увеличилась до 10 с.

Всем пациентам детально исследовали неврологический статус при поступлении в клинику и после 10-й инъекции препарата L-лизина эсцинат.

Ведущие клинические неврологические проявления у исследованных пациентов обеих групп были примерно с одинаковой частотой и состояли из выраженной боли – локальной (у 100,0% пациентов) и корешковой (у 92,0%). Вибрационная чувствительность на лодыжках голени отсутствовала у 68,0% или была укорочена более чем на 50,0% у остальных 32,0%. Корешковая гипестезия в одном или двух дерматомах выявлялась у 73,5% исследованных больных. Реже гипестезия имела пятнистый характер локализации на стопе и голени.

Часто выявлялись нарушения функции пояснично-крестцовых мотонейронов в виде диффузного пареза проксимальных и/или дистальных отделов нижних конечностей с чертами миотомности. В основном страдали периферические мотонейроны, что проявлялось мышечной гипотонией, снижением или полной утратой глубоких рефлексов на ногах (коленных, ахилловых и с длинного разгибателя большого пальца стопы). Вследствие на-



Рис. 2. Наблюдаемый 2. Мужчина, 57 лет.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. В телах поясничных позвонков имеется жировая дегенерация вследствие хронического нарушения венозного кровотока в них, расширенные вены конского хвоста. Грыжевые выпячивания диска L4/L5 кпереди и кзади, грыжа Шморля задних отделов нижней замыкательной пластинки тела L4, циркулярная грыжа диска L5/S1



Рис. 3. Наблюдаемый 2.

Пояснично-крестцовая область: видно расширение подкожных вен, осуществляющих коллатеральное кровообращение на уровне грыжевого выпячивания со сдавлением внутреннего венозного позвоночного сплетения

рушения функции задних и боковых канатиков у ряда пациентов выявлялись умеренные расстройства походки с чертами сенситивной атаксии. Они отмечали неотчетливое ощущение твердости пола, пошатывание в стороны, особенно при закрывании глаз (в позе Ромберга) и при ходьбе в темноте. Функция сфинктеров тазовых органов страдала у каждого пятого пациента в обеих группах.

Практически у всех больных обеих групп выявлялись нарушения статики и динамики поясничного отдела позвоночника в виде выпрямления (сглаженности) поясничного лордоза, выраженного ограничения амплитуды при наклонах туловища вперед и в стороны. Наряду с симптомами Нери, Ласега, Вассермана и особенно с отчетливым кашлевым феноменом такие ограничения подвижности поясничного отдела позвоночника были связаны с наличием грыжи межпозвоночного диска, что визуализировалось на проведенных МРТ и КТ поясничного отдела позвоночника. У 60,0% анализированных нами больных обеих групп обнаруживались расширенные подкожные вены в зоне пояснично-крестцового ромба (Михаэлиса – у женщин).

Итак, при клиничко-неврологическом обследовании у всех 50 (100,0 %) больных в обеих группах при поступлении выявлялся длительный упорный (более 3-х мес.) болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и в ногах. При этом корешковая боль и локальная (дискалгия) были сопоставимой частотой как в первой, так и во второй группах.

Детальный анализ клиники позволяет выделять наличие трех вариантов болей в пояснице при грыжах дисков: корешковую, заднеканатиковую (проводниковую) и локальную (дискалгию).

Анализ выраженности корешковой боли у пациентов первой (контрольной) группы – без признаков наличия хронической венозной недостаточности в области поясничного отдела позвоночника и у пациентов второй (основной) группы (с четкими признаками хронической венозной недостаточности в поясничном отделе позвоночника) показал достоверное увеличение продолжительности и интенсивности боли в 2 раза при однотипной локализации грыжи с пациентами первой группы. Поэтому можно сделать вывод, что на фоне хронической венозной недостаточности в позвоночном канале гораздо чаще наступает хронизация боли в тазовом поясе при появлении грыжи нижнепоясничного диска.

Под влиянием лечебных комплексов расстройства чувствительности в виде боли и ги-

пестезий значительно уменьшались. Частота и темп регресса нарушений различных функций спинного мозга и его корешков были достоверно различны в группах сравнения. При лечении L-лизином эсцинат значительно регрессировали такие неврологические симптомы и признаки, как корешковые боли (рис. 4), вибрационная чувствительность (рис. 5), улучшилась мышечная сила в ногах (рис. 6), нормализовалась походка. Слабый регресс наблюдали при вертебральном синдроме, который, очевидно, меньше зависит от собственно неврологического дефицита, а больше от дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника.

Выявленное снижение силы мышц в ногах до 2–4-х баллов лучше регрессировало при введении препарата L-лизина эсцинат у 90,0%.

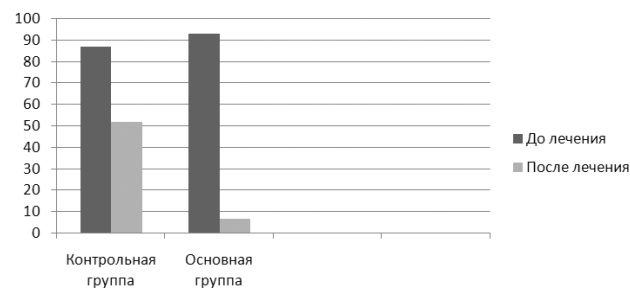


Рис. 4. Динамика частоты регресса боли в контрольной и основной группах при люмбо-сакральных дискогенных радикулопатиях

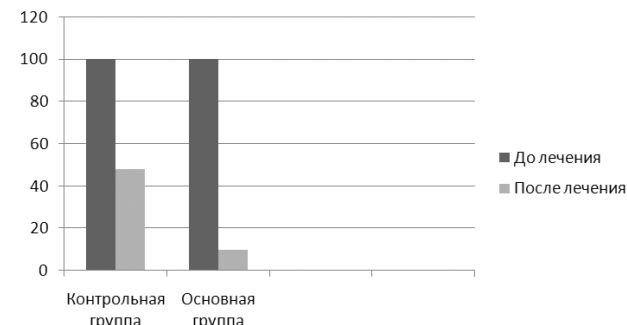


Рис. 5. Динамика частоты восстановления вибрационной чувствительности на лодыжках голеней в контрольной и основной группах при дискогенных радикуломиелопатиях люмбо-сакральной локализации

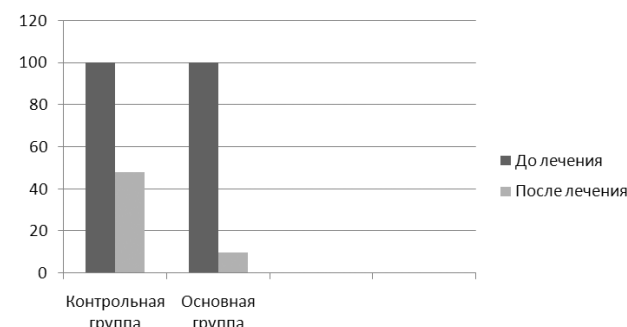


Рис. 6. Динамика частоты регресса пареза поясничных миотомов при введении L-лизина эсцината



Под влиянием лечения этим препаратом улучшились показатели ЭНМГ (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что скорость прохождения импульсов по двигательным и чувствительным волокнам у изученных пациентов с грыжами поясничных дисков и длительно выраженным болевым синдромом была достоверно ниже по сравнению с нормой. На фоне лечения L-лизином эсцинат в течение 10 дней практически все показатели ЭНМГ улучшались. В частности, нарастала скорость проведения импульсов (СПИ) как по двигательным, так и чувствительным волокнам нервов нижних конечностей. Возрастала амплитуда F-волны, достовер-

но снижалась латенция этой волны. Всё это позволяет констатировать положительное влияние L-лизина эсцинат на процессы ремиелинизации нервов и спинномозговых корешков. Вместе с тем, у всех пациентов отмечено снижение интенсивности восприятия болевых ощущений как корешкового, так и локально-позвоночного типа (дискалгии).

#### Выводы

Проведенное клиническое рандомизированное сравнительно-сопоставимое исследование выраженности болевого синдрома при грыжах нижнепоясничных дисков показало, что как корешковая, так и локальная боль (дискалгия) достоверно интенсивнее у пациентов с наличием хронической недостаточности венозного кровообращения в нижней части позвоночника по сравнению с лицами без таковой. У этих пациентов сравнительно чаще наступает хронизация боли (болевого синдром удерживается более 3 мес.). При дискогенных радикулопатиях пояснично-крестцовой локализации у лиц без клиники хронической венозной недостаточности кровообращения на регресс болевых ощущений влияют и другие неврологические проявления диско-радикулярного конфликта. Создается впечатление, что при грыжах поясничных дисков на фоне хронической недостаточности венозного кровообращения боль в пояснице является выраженной и приобретает затяжной характер.

Включение в лечебный комплекс больных с дискогенными корешковыми и спинномозговыми расстройствами L-лизина эсцинат ежедневно в течение 10 дней ускоряет регресс болевого синдрома пояснично-крестцовой локализации.

Таблица 1

#### Динамика электронейромиографических показателей до и после лечения L-лизином эсцинат

ЭНМГ-показатели	До лечения	После лечения	Контрольная группа (норма)
СПИ по двигательным волокнам	35,2±2,1	38,3±3,1**	45,9±3,7*
СПИ по чувствительным волокнам	23,5±1,9	27,5±2,7**	44,6±5,6*
Амплитуда дистальная	2,7±0,2	4,7±0,2**	5,1±0,9*
Латенция F-волны	56,1±4,6	52,1±4,3**	41,7±4,0*
Амплитуда F-волны	270±19,0	271±21,0**	350±4,1*,0

Примечание:

\* –  $p > 0,01$ ;

\*\* – достоверно до и после лечения –  $p > 0,05$

#### Литература

1. Akimov G. A., Kovalenko P. A. Diagnosticheskie i osnovnye napravleniya lecheniya spondilogennykh poyasнично-kresttsovykh radikulitov [Diagnosis and treatment of the main directions spondylogenic sciatica]. Zhurnal nevropatol. i psikhiatrii, 1989, vol. 89, no. 4, pp. 1923-1925. (In Russ.)
2. Antonov I. P., Shan'ko G. G. Poyasничные боли [The lumbar pain]. Minsk, 1981, 230 p. (In Russ.)
3. Balatanova E. A., Vol'nyy I. F., Peshkov Yu. V. Pokazaniya k primeneniyu L-lizina estsinata® i metodika ispol'zovaniya na dogospital'nom etape. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy: metodicheskie rekomendatsii [Indications for use of L-lysine estsinata® and methods of use in the prehospital phase. Medical emergency conditions: guidelines]. 2007, no. 5, pp. 91-93. (In Russ.)
4. Belyakova A. G. Sravnitel'naya otsenka protivotechnogo deystviya L-lizina estsinat i kontrikala v golovnom mozge boдрstvuyushchikh krolikov pri obshchey vibratsii [Comparative evaluation of anti-edema effect of L-lysine and aescinat kontrikala brain awake rabbits with a total of vibration]. Pytannya

- eksperimental'noi' ta klinichnoi' medycyny: zbirnyk statej, 2013, vol. 1, issue 17, pp. 82-86. (In Russ.)
5. Bogorodinskiy D. K., Skoromets A. A. Infarkty spinного mozga [Infarction of the spinal cord]. Leningrad, Meditsina Publ., 1973, 224 p. (In Russ.)
6. Bogorodinskiy D. K., German D. G., Godovanik O. O., Skoromets A. A. Spondilogennyy poyasнично-kresttsovyy radikulit. Tipichnye i atipichnye oslozhnennyye formy [Spondylogenic sciatica. Typical and atypical complicated forms]. Kishinev, Shtiintsa Publ., 1975, 144 p. (In Russ.)
7. Professor D. K. Bogorodinskiy i nashe vremya (pod red. A. A. Skoromtsa i V. M. Kazakova). St. Petersburg, Politekhnik Publ., 2013, 565 p. (In Russ.)
8. Burchinskiy S. G. Kombinirovannyye neyrotropnyye sredstva i problema optimizatsii kompleksnoy farmakoterapii v nevrologii [Combined neurotropic drugs and the problem of optimization of complex drug therapy in neurology]. Mezhdunarodnyy nevrologicheskiy zhurnal, 2006, no. 2 (6), pp. 115-118. (In Russ.)
9. Veselovskiy V. P., Mikhaylov M. K., Samitov O. Sh. Diagnostika sindromov osteokhondroza pozvonochnika

[Diagnosis of syndromes of osteochondrosis]. Kazan, Publ. house of University of Kazan, 1990, 288 p. (In Russ.)

10. Gerasimova M. M. Tsitomediny v kompleksnoy terapii poyasnichno-kresttsovykh radikulopatii [Cytomedines in the treatment of lumbosacral radiculopathy]. St. Petersburg, Nauka Publ., 2005, pp. 156-167. (In Russ.)

11. Gerasimova M. M., Bazanov G.A. Poyasnichno-kresttsovye radikulopatii (etiologiya, patogenez, klinika, profilaktika i lechenie) [Lumbosacral radiculopathy (etiology, pathogenesis, clinical, prevention and treatment)]. Moscow-Tver, 2003, 151 p. (In Russ.)

12. Gusev E. I., Skvortsova V. I. Neyroprotektory v kompleksnoy terapii ishemicheskogo insulta [Neuroprotective agents in the treatment of ischemic stroke]. Lechenie nervnykh bolezney, 2002, vol.3, no.3 (8), pp. 3-10. (In Russ.)

13. Ivanov L. V., Khadzhay Ya. I., Chueval N. N. Vozdeystvie estsina na biologicheskie membrany [Impacts on biological membranes estsina]. Khimiko-farmakologicheskiy zhurnal, 1988, no. 12, pp. 1417-1421. (In Russ.)

14. Kayshibaev N. S., Kayshibaeva G. S., Zhumagulova K. G., Khasenova G. P. Opyt primeneniya L-lizina estsinata v terapii bol'nykh s sheynoy radikulopatiy [Experience of using L-lysine aescinat in the therapy of patients with cervical radiculopathy]. Neyrokhirurgiya i nevrologiya Kazakhstana, 2011, no. 4 (25), pp. 36-39. (In Russ.)

15. Kvitnitskiy-Ryzhov Yu. N. Sovremennoe uchenie ob oteke i nabukhanii golovnoy mozga [The modern doctrine of edema and swelling of the brain]. Kiev, 1988, 114 p. (In Russ.)

16. Mishhenko T. S. Stan nevrologichnoi' sluzhby v Ukraini [State of neurological services in Ukraine]. Zdorov'ja Ukrainy, 2006, no. 23/1, 9 p. (In Ukr.)

17. Nikonov V. V. [i dr.] Patogeneticheskie aspekty kombinirovannogo primeneniya L-lizina estsinata i meksidola pri travmaticheskom oteke mozga [Pathogenetic aspects of combined the use of L-lysine and mexidol aescinat in traumatic brain edema]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy, 2006, no. 4 (5), pp. 71-72. (In Russ.)

18. Ostrovaya T. B., Cherniy V. I. Neyroproteksiya v aspekte dokazatel'noy meditsiny [Neuroprotection in terms of evidence-based medicine]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy, 2007, no. 2 (9), pp. 48-52. (In Russ.)

19. Piradov M. A., Rummyantseva S. A. Neyroprotektivnaya terapiya v angionevrologii [Neuroprotective therapy in angioneurology]. Russkiy meditsinskiy zhurnal, 2005, no. 4, pp. 1-5. (In Russ.)

20. Polishchuk M. S., Slyn'ko Je. I., Kosikov A. Je. [ta in.] Suchasni pryncypy diagnostyky ta likuvannja hvoryh iz hrebetno-spnomozkovoju travmoju: metod. rekomendacii' [Modern principles of diagnosis and treatment of patients with vertebral-spinal trauma: method. recommendations]. Kiev, 2005, 36 p. (In Ukr.)

21. Povoroznyuk V. V., Sheremet O. B. Ispol'zovanie L-lizina estsinata v reabilitatsii bol'nykh s osteokhondrozom poyasnichno-kresttsovogo otdela pozvonochnika [The use of L-lysine aescinat in the rehabilitation of patients with osteochondrosis of the lumbosacral spine]. Visnyk ortopedii', travmatologii' ta protezuvannja, 2003, no. 3, pp. 25-29. (In Russ.)

22. Popelyanskiy Ya. Yu. Ortopedicheskaya nevrologiya (vertebronevrologiya): rukovodstvo dlya vrachey [Orthopedic Neurology (vertebroneurology): a guide for doctors]. 3rd ed., pererab. i dop., Moscow, MEDpress-inform Publ., 2003, 672 p. (In Russ.)

23. Posternak G. I., Tkacheva M. Yu. Zbrazhskaya Yu. V. Izuchenie effektivnosti L-lizina estsinata u

novorozhdennykh s perinatal'nym gipoksicheski-travmaticheskim porazheniem tsentral'noy nervnoy sistemy [The study of the effectiveness of L-lysine aescinat in newborns with perinatal hypoxic-traumatic lesions of the central nervous system]. Novosti meditsiny i farmatsii, 2005, no. 5 (165), pp. 1-3. (In Russ.)

24. Posternak G. I. [i dr.] Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch' detyam na dogospital'nom etape [Emergency medical care for children in the prehospital]. Lvov, 2004.

25. Rybachuk O. I., Kalashnikov A. V. Primenenie L-lizina estsinata dlya lecheniya bol'nykh v klinike travmatologii i ortopedii [The use of L-lysine aescinat to treat patients in the clinic of traumatology and orthopedics]. Visnyk ortopedii', travmatologii' ta protezuvannja, 2001, no. 3, p. 3. (In Russ.)

26. Skoromets A. A., Skoromets A. P., Skoromets T. A. Topicheskaya diagnostika zabolevaniy nervnoy sistemy: rukovodstvo dlya vrachey [Topical diagnosis of diseases of the nervous system: guidelines for doctors]. 9th ed., St. Petersburg, Politekhnik Publ., 2014, 623 p. (In Russ.)

27. Skoromets A. A., Skoromets A. P., Skoromets T. A., Tissen T. P. Spinal'naya angionevrologiya: rukovodstvo dlya vrachey [Spinal Angiology: a guide for doctors]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2003, 608 p. (In Russ.)

28. Skoromets A. A., Skoromets A. P., Skoromets T. A. Nevrologicheskiy status i ego interpretatsiya: uchebnoe rukovodstvo dlya vrachey (pod red. prof. M. M. Dyakonova) [Neurological status and its interpretation: a training manual for doctors (ed. prof. M. M. Dyakonov)]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2010, 256 p. (In Russ.)

29. Tkacheva M. Yu., Gusak P. V., Gusak I. A. L-lizina estsinat - endoteliotropnyy preparat dlya novorozhdennykh s perinatal'nymi povrezhdeniyami tsentral'noy nervnoy sistemy [L-lysine aescinat - endotheliotropic drug for newborns with perinatal lesions of the central nervous system]. Bil', zneboljuvannja i intensyvna terapiya, 2004, no. 2, p. 203. (In Russ.)

30. Cherniy V. I., Kardash A. M., Strafun C. C. [ta in.] Zastosuvannja preparatu L-lizina estsinat v neyrokhirurgii, travmatologii i ortopedii: metodychni rekomendacii' [Use of the drug L-lysine aescinat in neurosurgery, traumatology and orthopedics: guidelines]. Kiev, Publ. house of Akad. A. P. Romodanov Institute of Neurosurgery, 2004, 33 p. (In Russ.)

31. Usenko L. V. [i dr.] Otechnyy sindrom: sovremennye vozmozhnosti intensivnoy terapii [Edematous syndrome: modern possibilities of intensive care]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy, 2006, no. 1 (2), pp. 21-26. (In Russ.)

32. Cherniy V. I., Kardash A. M., Strafun C. C. [i dr.] Primenenie preparata L-lizina estsinat v neyrokhirurgii, nevrologii, travmatologii i ortopedii: metodicheskie rekomendatsii' [Use of the drug L-lysine aescinat in neurosurgery, neurology, traumatology and orthopedics: guidelines]. Kiev, 2004, 40 p. (In Russ.)

33. Cherniy V. I., Kolesnikov A. N., Cherniy E. V. [i dr.] L-lizina estsinat v komplekse intensivnoy terapii polietiologicheskogo porazheniya golovnoy mozga [L-lysine aescinat complex of intensive therapy in poli-etiological brain lesions]. Mezhdunarodnyy nevrologicheskiy zhurnal, 2006, no. 3 (7), pp. 91-97. (In Russ.)

34. Usenko L. V., Krishtafor A. A., Sliva V. I., Nezhivaya Yu. S. Protivootechnaya terapiya v spinal'noy neyrokhirurgii [Decongestants therapy in spinal neurosurgery].

35. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoy reabilitatsii: ruk-vo dlya vrachey i nauchn. sotr. (pod red. A. N. Belovoy i O. N. Shepetovoy) [Scale tests and questionnaires in medical rehabilitation: guide for physicians and researchers staff (ed. A. N. Belova and O. N. Shepetova)]. Moscow, 2002, 439 p. (In Russ.)

36. Fedin A. I., Rummyantseva S. A. [i dr.] Antioksidantnaya i energoprotekturnaya terapiya ishemicheskogo insulta: metod. posobie [Antioxidant and energy tread therapy of ischemic stroke: a method. guide]. MZ RF RGMU, Moscow, 2004, 48 p. (In Russ.)
37. Khabirov F. A. Rukovodstvo po klinicheskoy nevrologii pozvonochnika [Guide to clinical neurology spine]. Kazan, Meditsina Publ., 2006, 520 p. (In Russ.)
38. Biondi A., Ricciardi G. K., Puybasset L., Abdennour L., Longo M. [et al.] Intra-arterial nimodipine for the treatment of symptomatic cerebral vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: preliminary results. *Am. J. Neuroradiol.*, 2004, Jun.-Jul., no. 25 (6), pp. 1067-1076.
39. Chaika I., Georgievsky V., Spasithenko P., Lubina V., Lucashev S., Shostenko I., Shein A. L-Lysine escinat - pharmacology and clinical effects. XIII International Congress of Pharmacology (July, 1998, Munchen, Germani), Munche, 1998, pp. 52, 20. we.
40. Han R. Q., Wang B. G., Li S. R., Wang E. Z., Liu W. [et al.] The effect of intraoperative continuous nimodipine infusion on cerebral vasospasm during intracranial aneurysm surgery. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*, 2004, Dec. 22, no. 42 (24), pp. 1489-1492.
41. Hui C., Lau K. P. Efficacy of intra-arterial nimodipine in the treatment of cerebral vasospasm complicating subarachnoid haemorrhage. *Clin Radiol.*, 2005, Sep., no. 60 (9), pp. 1030-1036.
42. Frick R. W. Three treatment for chronic venous insufficiency: escin, hydroxyethylrutoside, and Daflon. *Angiology*, 2000, Mar., no. 51 (3), pp. 197-205.
43. Marhuenda E., Alarcon de la Lastra C., Martin M. J. Antisecretory and gastroprotective effects of aescin in rats. *Gen. Pharmacol.*, 1994, Oct., no. 25 (6), pp. 1213-1219.
44. Raabe A., Beck J., Berkefeld J., Deinsberger W., Meixensberger J. [et al.] Recommendations for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage *Zentralbl Neurochir*, 2005, May, no. 66 (2), pp. 79-91.
45. Reparile: a selective anti-oedematous and anti-inflammatory agent, Koln, Madaus A. Y., 1989, 34 p.
46. Shultz A. A., Niejadlik K. Osobennosti anestezii u bol'nykh so spinal'noy travmoy [Properties anesthesia in patients with spinal trauma]. *Sekrety anestezii: per. s angl. (pod red. Dzh. Dyuk)* [Secrets of anesthesia: translation from English. (ed. J. Duke)]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2005, pp. 300-306. (In Russ.)
47. Adams H. P., Adams R. J., Brott T. [et al.] Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke: A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke*, 2003, no. 34 (4), pp. 1056-1083.
48. Holloway R. G., Benesch C. G., Burgin W. S., Zentner J. B. Prognosis and Decision Making in Severe Stroke. *JAMA*, Aug. 10, 2005, vol. 294, pp. 725-733.
49. Michael T., Gewaltig M., Kojda G. Vasoprotection by nitric oxide: mechanisms and therapeutic potential. *Cardiovascular research*, 2002, vol. 55, pp. 250-260.
50. Saver J. L. Time is brain-quantified. *Stroke*, 2006, no. 37 (1), pp. 263-266.
51. Sirtori C. R. Aescin: pharmacology, pharmacokinetics and therapeutic profile. *Chem. Pharm. Bull.*, Tokyo, 2001, May, no. 49 (5), pp. 628-8.
52. Stiefel M. F., Heuer G. G., Abrahams J. M., Bloom S., Smith M. J. [et al.] The effect of nimodipine on cerebral oxygenation in patients with poor-grade subarachnoid hemorrhage, *Neurosurg.*, 2004, Oct, no. 101 (4), pp. 594-599.
53. Takahashi H., Nagai N., Urano T. Role of tissue plasminogen activator/plasmin cascade in delayed neuronal death after transient forebrain ischemia, *Neurosci Lett.*, 2005, vol. 381, no. 1-2, pp. 189-193.
54. Wu C. T., Wong C. S., Yeh C. C., Borel C. O. Treatment of cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage-a review. *Acta Anaesthesiol Taiwan*, 2004, Dec., no. 42 (4), pp. 215-222.

## ДО ПИТАННЯ ПРО СПОНДИЛОГЕННО-ВЕНОЗНУ ЛЮМБОІШИАЛГІЮ

Д. Г. Смолко<sup>2</sup>, К. Т. Алієв<sup>1</sup>, Г. В. Пономарьов<sup>1</sup>, О. А. Скоромець<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Перший Санкт-Петербурзький державний медичний університет ім. акад. І. П. Павлова МОЗ РФ

<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Анотація.** Обстежено 50 хворих у віці від 27 до 65 років з тривалим больовим синдромом в області хребта при грижах одного з нижнепоперекових міжхребцевих дисків. Інтенсивність болю оцінювали за допомогою опитувальника Роланда-Морріса та Освестровського опитувальника порушення життєдіяльності при болю в нижній частині спини. Порівнювалися дві групи пацієнтів: з вираженою клінікою венозного застою в поперековому відділі хребта і без такого застою. Проведене дослідження вираженості больового синдрому при грижах нижньопоперекових дисків показало, що як корінцевий, так і локальний біль (діскалгія) достовірно інтенсивніше у пацієнтів з наявністю хронічної недостатності венозного кровообігу в нижній частині хребта в порівнянні з особами без такої недостатності. Динаміку болю оцінювали при лікуванні L-лізином есцинат.

**Ключові слова:** грижі поперекових дисків, хронізації болю, венозний застій в хребті, лікування L-лізином есцинат.

## ABOUT THE SPONDYLOGENIC-VENOUS LUMBOISHIALGIA

D. G. Smolko<sup>2</sup>, K. T. Aliev<sup>1</sup>, G. V. Ponomaryov<sup>1</sup>, A. A. Skoromets<sup>1</sup>

<sup>1</sup> The First St. Petersburg State Medical University acad. I. P. Pavlov

<sup>2</sup> N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University

**Summary.** In this paper we examined 50 patients aged 27 to 65 years old with long pain in the spine when one of the low-lumbar hernia of intervertebral discs. Pain intensity was assessed using a questionnaire and the Roland-Morris questionnaire Osvestrovskogo about the violation of life when the pain in the lower back. We compared two groups of patients: having expressed clinic venous stasis in the lumbar spine, and without such a stalemate. The study of expression of pain in the lower lumbar disc hernia showed that both radicular and local pain (diskalgiya) was significantly more intense in patients with the presence of chronic venous insufficiency of the blood circulation in the lower part of the spine compared with those without such disease. The dynamics of pain were evaluated in the treatment of L-lysine aescinat.

**Key words:** lumbar disc herniation, chronic pain, venous insuficientia in spine, treatment L-lyzina escinat.

УДК: 613.816:615.217-036.2 (477)



Л. М. Маркозова

І. В. Лінський

О. В. Бараненко

## ДИНАМІКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ ТА ПОШИРЕНІСТЮ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ ТА ІНШИХ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В УКРАЇНІ ЗА 1999–2013 рр.

Л. М. Маркозова, І. В. Лінський, О. В. Бараненко  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

**Анотація.** Розглянуто проблему взаємозв'язків між захворюваністю та поширеністю залежності від алкоголю та інших психоактивних речовин (ПАР) в Україні протягом 1999–2013 років. Наведені результати кореляційного аналізу показників захворюваності та поширеності станів залежності від алкоголю та наркотичних речовин у різних територіально-адміністративних одиницях. Зроблено висновок, що показники поширеності та захворюваності на залежність від алкоголю та інших ПАР знаходяться у тісній динамічній взаємодії; виділено найбільш проблемні регіони.

**Ключові слова:** захворюваність, поширеність, алкоголь, психоактивні речовини, кореляційний аналіз.

### Вступ

За даними ВООЗ, Україна серед країн світу до 2013 р. перебувала на 5-му місці за рівнем вживання абсолютного етанолу на душу населення (15,6 л), а в 2013 р. – на 6 місці (13,9 л). Зрозуміло, що ефективна протидія поширенню епідемії залежності від психоактивних речовин (ПАР) можлива лише за умови знання їх основних рушійних сил та механізмів розвитку. Звісно, залежність від ПАР належить до захворювань, які мають складне біопсихосоціальне походження [1], тому профілактичні заходи будуть ефективними за умови врахування складної ієрархічної природи епідемії, а також складної взаємодії між її компонентами (різними станами залежності) [2].

Під час проведення співробітниками відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України» моніторингових досліджень було виявлено, що різні види залежності знаходяться у тісних взаєминах (конкуренція або кооперація) [3, 4], така тенденція може спостерігатися і на популяційному рівні. Вже є спостереження, що внаслідок конкурентної боротьби за споживача між алкоголем та наркотиками в сучасній епідемічній обстановці щодо поширення ПАР виник стан хиткої стабілізації (з 2002 р.) [3]. Але з того часу відбулося чимало змін у суспільстві, що не могло не відбитися на динамічних відносинах, які зумовлюють поширеність та захворюваність на залежність від ПАР.

### Мета дослідження

Вивчити взаємозв'язки захворюваності та поширеності станів залежності від алкоголю та інших ПАР в Україні протягом 1999–2013 рр. та визначити можливості використання зазначених зв'язків для планування профілактичних заходів.

### Матеріали та методи дослідження

Дані про зареєстровану захворюваність на залежність від ПАР (кількість осіб, що вперше звернулись по медичну допомогу на 100 тисяч населення країни) були одержані з офіційного аналітичного огляду Міністерства охорони здоров'я України [2]. При цьому окремо враховувалась захворюваність на залежність від алкоголю як найбільш поширений різновид залежності в країні (шифр діагнозу F10.2 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), а також захворюваність на залежності від інших ПАР (шифри діагнозів F11.2-F16.2; F18.2-F19.2 за МКХ-10).

Виявлення зв'язків між динамікою захворюваності на залежність від алкоголю та інших ПАР здійснювалося з використанням кореляційного аналізу [5].

### Результати дослідження та їх обговорення

Відомо, що вживання ПАР є одним із найпотужніших факторів погіршення стану психічного здоров'я населення. Гострі та хронічні розлади внаслідок вживання ПАР міцно посідають перші два місця у рейтингу захворюваності на психічні та поведінкові розлади (ППР) серед населення України. Так, сукупна частка гострих інтоксикацій та розладів психіки внаслідок вживання ПАР становила 96626 випадків на 100 тисяч населення з усіх випадків психопатології, зареєстрованих у країні протягом 2013 р., та 42530 випадків на хронічні психічні розлади внаслідок вживання ПАР на 100 тис. населення. Це свідчить про значну, майже в 2,27 рази, різницю між спостереженнями на гострі інтоксикації та хронічні розлади психіки. Рівень захворюваності лише на хронічні ППР внаслідок вживання ПАР перевищує рівень захворюваності

згідно з рубриками за МКХ-10: на органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки (F00-F09) – в 1,2 рази; на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48) – в 1,7 рази; на розлади психологічного розвитку, а також поведінкові та емоційні розлади дитячого та підліткового віку (F80-F98) – в 1,76 рази; на розумову відсталість (F70-F79) – в 4,8 рази; на шизофренію, шизотипові та маячні розлади (F20-F29) – в 5,4 рази; на афективні розлади (F30-F39) – в 8,59 рази; на розлади особистості та поведінки у зрілому віці (F60-F68) – в 20,62 рази і на поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-F59) – в 32,80 рази.

З метою оцінки взаємин між поширеністю та захворюваністю на залежність від алкоголю та інших ПАР було проведено кореляційний аналіз цих показників за усіма адміністративно-територіальними одиницями України протягом 1990–2013 рр. (рис.1).

За динамікою взаємин між поширеністю залежності від алкоголю та інших ПАР можна помітити, що в інтервалі з 1990 до 2000 р. кореляційна залежність між ними має позитивний характер, що може свідчити про «кооперативний» вид взаємодії, тобто поєд-

нане зростання або зменшення. Протягом 2001–2004 рр. кореляція між цими проявами втрачає достовірність (знаходиться на межі 0,23–0,09 одиниць), а на рубежі 2005–2006 рр. набуває негативної спрямованості. Протягом 2009–2013 рр. кореляція має виражений достовірний характер, що свідчить про виражену конкуренцію між цими проявами залежності на популяційному рівні, що різко підсилюється протягом останніх 4-х років.

Таким чином, можна стверджувати, що взаємодія між основними складовими частинами епідемії станів залежності (залежності від алкоголю та від наркотичних речовин) в Україні має складний динамічний характер.

За останні 5 років склалася тенденція до вираженої конкурентної взаємодії на фоні зниження загальних показників поширеності та захворюваності як на залежність від алкоголю, так і від інших (наркотичних) ПАР.

Але різке зниження цих показників за останні 3–4 роки може свідчити про певні недоліки у роботі наркологічної служби. Кореляція між захворюваністю на залежність від алкоголю та інших ПАР не має такої чіткої динаміки, яка притаманна показникам поширеності. Але в період 1990–1995 рр. та

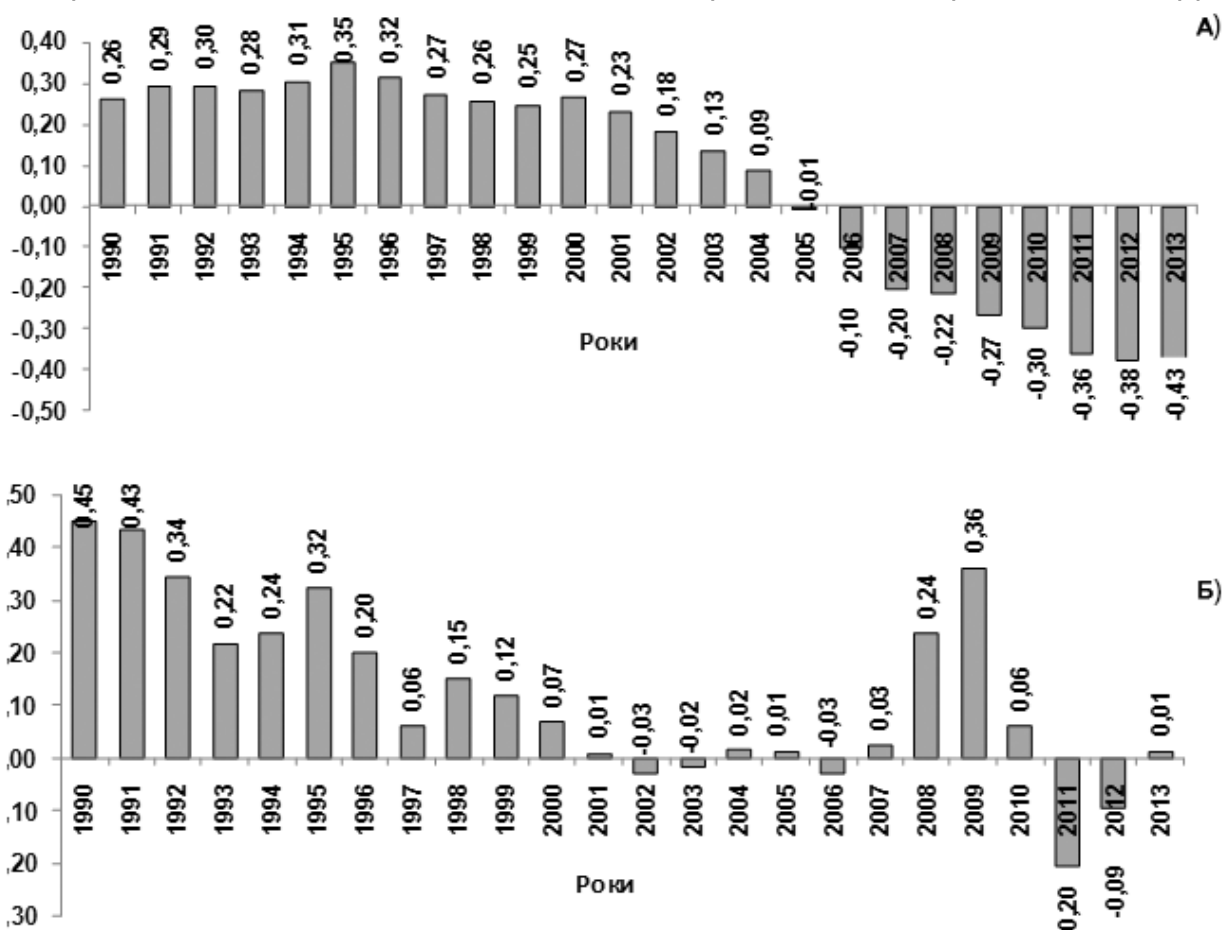


Рис. 1. Кореляції між поширеністю (А) та захворюваністю на залежність від алкоголю та наркотичних речовин (Б) в Україні протягом 1990–2013 рр.

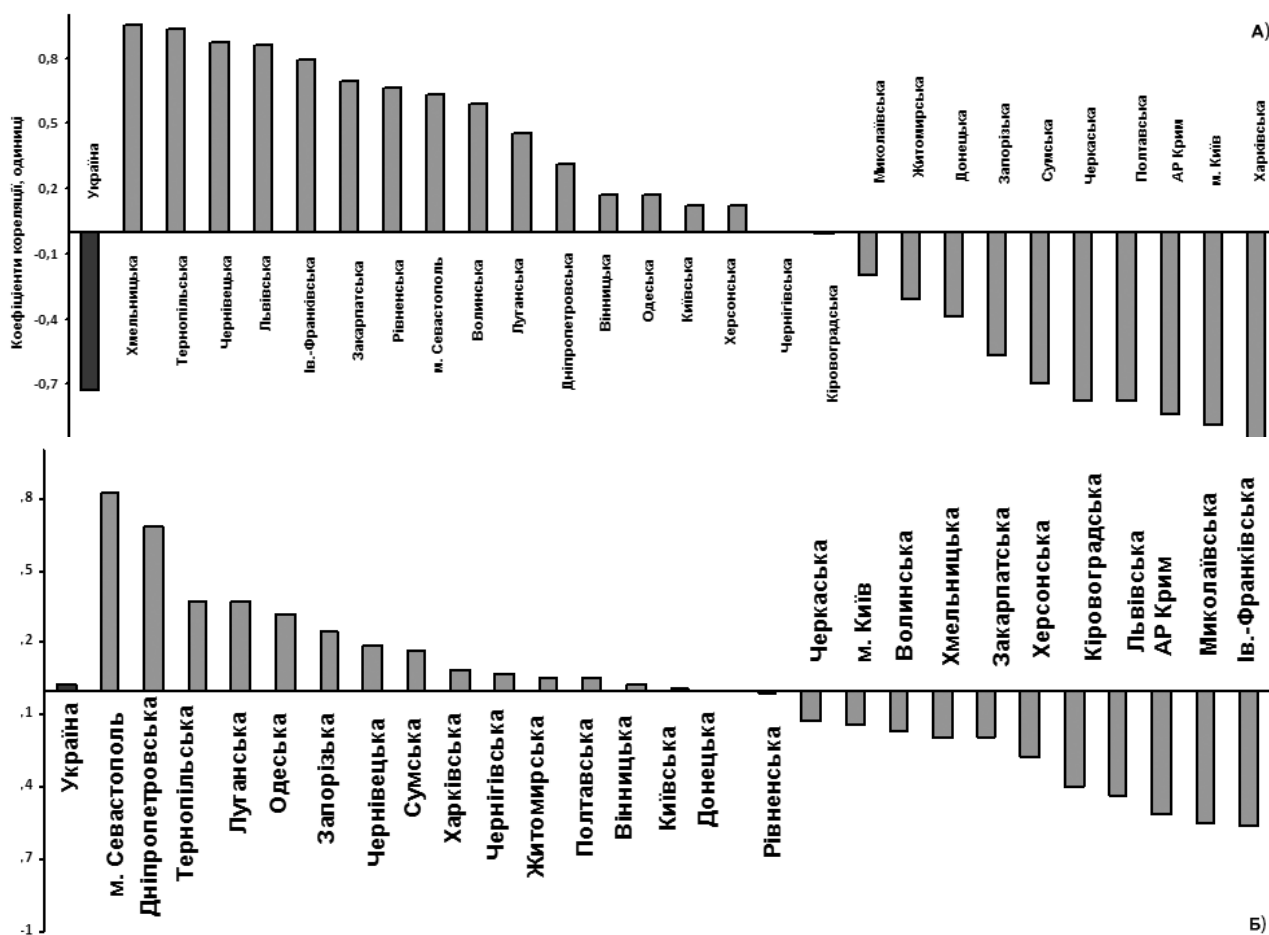


Рис. 2. Кореляції між поширеністю станів залежності від алкоголю (А) та наркотичних речовин (Б) в різних територіально-адміністративних одиницях України протягом 1999–2013 рр.

2008–2009 рр. має місце позитивна кореляція. В інтервалі 1996–2008 рр. кореляція не має достовірного рівня.

У межах дослідження було проведено кореляційний аналіз показників захворюваності та поширеності станів залежності від алкоголю та наркотичних речовин різних територіально-адміністративних одиниць з метою з'ясування характеру їх взаємодії (рис. 2).

За даними кореляційного аналізу регіони України можна розподілити на три різні групи: по-перше, це області, в яких протягом 1999–2013 рр. зберігалася позитивна кореляція між поширеністю залежності від алкоголю та наркотичних речовин: Тернопільська, Чернівецька, Львівська, Івано-Франківська, Закарпатська, Рівненська, Волинська. У деяких областях показники кореляції між розповсюдженістю залежностей від алкоголю та наркотичних речовин були незначними: Дніпропетровська, Вінницька, Одеська, Київська, Херсонська, Чернігівська, Кіровоградська, Миколаївська, Житомирська, Донецька області. І для третьої групи областей була притаманна виражена негативна кореляція між показниками розповсюдженості залежності від алкоголю та наркотичних речовин: Закарпатська, Сумська, Черкаська, Полтавська, Харківська області та АР Крим.

Щодо кореляції між показниками захворюваності на залежність від алкоголю та інших ПАР, то для більшості областей кореляція між цими показниками не мала достовірного значення. Виключення складають Дніпропетровська, Тернопільська, Луганська, Одеська області, де кореляція була позитивною, а також Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Івано-Франківська області та АР Крим, для яких була характерна негативна кореляція між захворюваністю на залежність від алкоголю та від інших ПАР.

Якщо зіставити отримані дані щодо взаємодії між епідеміями залежності від алкоголю та інших ПАР із даними про поширеність та захворюваність за окремими областями на момент 2013 р., можна виділити найбільш проблемні регіони, що характеризуються як відносно високими даними, так і тенденцією до поєданого зростання. Це Запорізька (позитивна кореляція між поширеністю станів залежності, 9 місце у рейтингу захворюваності на алкогольні психози та перше – у рейтингу поширеності нарко-токсикоманії); Хмельницька область (позитивна кореляція

між поширеністю станів залежності, 3 місце у рейтингу захворюваності на хронічні алкогольні синдроми та перше – у рейтингу поширеності розладів внаслідок вживання алкоголю) та м. Севастополь (позитивна кореляція як між захворюваністю, так і поширеністю залежності від алкоголю та інших ПАР, 3 місце у рейтингу поширеності залежності від наркотичних ПАР та 2 – у рейтингу захворюваності на залежність від алкоголю).

#### Висновки

1. Показники поширеності та захворюваності на залежність від алкоголю та залеж-

ність від інших ПАР знаходяться у тісній динамічній взаємодії.

2. За останні 5 років склалася тенденція до вираженої конкурентної взаємодії на фоні зниження загальних показників поширеності та захворюваності на залежність як від алкоголю, так і від інших (наркотичних) ПАР.

3. Можна виділити найбільш проблемні з наркологічної точки зору регіони, що характеризуються як відносно високими показниками поширеності та захворюваності на залежність від алкоголю та інших ПАР, так і тенденцією до їх поєданого зростання.

#### Література

1. Shestakov M. G., Nazarov V. I., Matinian N.S. Alkogolizm kak mediko-sotsial'naya problema [The alcoholism as a medical social problem]. Problemy Sotsialnoi Gigieny, Zdravookhranennii i Istorii Meditsiny, 2009, Jul-Aug., vol. 4, pp. 9-13. (In Russ.)

2. Psyhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok vzhivannja alkogolju ta inshyh psyhoaktyvnyh rehovyn v Ukraini. Stan narkologichnoi dopomogy naselennju Ukrainy (Informacijno-analitychnyj ogljad za 1990-2010 rr.) [uklad. Hobzej M.K., Koljakova O.M., Zinchenko O.M., Golubchikov M.V., Petrychenko O.O., Voloshyn P.V., Maruta N.O., Lins'kyj I.V., Minko O.I., Shalashova I.V., Musijenko G.O., D'jachenko L.I., Jurchenko O. M.] [Mental and behavioral disorders due to use of alcohol and other psychoactive substances in Ukraine. State drug to the population of Ukraine (Informational and analytical review for 1990-2010 years.) [compilers Hobzej M.K., Koljakova O.M., Zinchenko O.M., Golubchikov M.V., Petrychenko O.O., Voloshyn P.V., Maruta N.O., Lins'kyj I.V., Minko O.I., Shalashova I.V., Musijenko G.O., D'jachenko L.I., Jurchenko O.M.]]. Kiev-Kharkov, Plejada, 2011, pp. 138. (In Ukr.)

3. Lins'kyj I.V., Minko O.I., Pervomajs'kyj E.B., Musijenko G.O., Djachenko L.I., Minko O.O. Dvi hvyli zalezhnosti vid psyhoaktyvnyh rehovyn, shho prokotylys' cherez Ukrainu protjagom 1970-2005 rokiv [Two waves of substance dependence that swept through Ukraine for 1970-2005 years]. Arhiv psyhiatrii, 2006, no. 1-4 (44-47), pp. 128-132. (In Ukr.)

4. Aktual'ni tendencii' poshyrennja zalezhnosti vid psyhoaktyvnyh rehovyn v Ukraini (Analitychnyj ogljad. Vypusk II) [ukladachi Lins'kyj I.V., Golubchikov M.V., Minko O.I., Pervomajs'kyj E.B., D'jachenko L.I., Petrychenko O.O., Minko O.O.] Recent trends of substance dependence in Ukraine (Analytical Review. Volume II) [compilers Lins'kyj I.V., Golubchikov M.V., Minko O. I., Pervomajs'kyj E. B., D'jachenko L. I., Petrychenko O.O., Minko O.O.]. Kharkov, Plejada Publ., 2005, p. 32. (In Ukr.)

5. Machin D., Campbell M.J., Walters S.J. Medical statistics: a textbook for the health sciences. 4th ed., John Wiley & Sons, Ltd., 2007, p. 346.

#### ДИНАМИКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В УКРАИНЕ ЗА 1999–2013 гг.

Л. М. Маркозова, И. В. Линский, А. В. Бараненко  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

**Аннотация.** Рассмотрена проблема взаимоотношений между заболеваемостью и распространенностью зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) на Украине в течение 1999–2013 годов. Приведены результаты корреляционного анализа показателей заболеваемости и распространенности состояний зависимости от алкоголя и наркотических веществ в разных территориально-административных единицах. Сделан вывод о том, что показатели распространенности и заболеваемости зависят от алкоголя и других ПАВ находятся в тесном динамическом взаимодействии; выделены наиболее проблемные регионы.

**Ключевые слова:** заболеваемость, распространенность, алкоголь, психоактивные вещества, корреляционный анализ.

#### THE INTERCONNECTION DYNAMICS BETWEEN INCIDENCE AND PREVALENCE OF ALCOHOL DEPENDENCE AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN UKRAINE IN 1999-2013 YEARS

L. M. Markozova, I. V. Linsky, A. V. Baranenko  
State Institution Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction NAMS of Ukraine

**Summary.** The problem of the interconnection between the incidence and prevalence of dependence on alcohol and other psychoactive substances (PAS) has considered in Ukraine for 1999–2013 years. The results of the correlation analysis of the incidence and prevalence of conditions alcohol depending and drugs in different administrative-territorial units. It was concluded that the prevalence and incidence of alcohol dependence and other PAS are in close dynamic interaction; the most problematic regions have marked.

**Key words:** incidence, prevalence, alcohol, psychoactive substances, the correlation analysis.

U.D.C.: 616.89-008.454



T. A. Alieva

N. N. Burdun

## FEATURES OF EMOTIONAL DISORDERS IN STUDENTS WITH DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

T. A. Alieva<sup>1,2</sup>, N. N. Burdun<sup>2</sup><sup>1</sup>V. N. Karazin Kharkiv National University<sup>2</sup>Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**Summary.** In the article the features of the current state of emotional development disorders and psychological maladjustment of students with disabilities, diseases of the cardiovascular system. The study was conducted at Kharkov City Hospital in the Student Mental Health Center students. The study involved 153 students from cardiovascular diseases (78 students with disabilities who have congenital heart disease and 75 students with somatoform autonomic dysfunction). The main aspects of the study of disorders of adaptation of students with disability are the psycho-emotional state, motivational orientation of the individual, personal characteristics and quality of life. On the basis of these results has been developed and implemented a program of medical and psychological treatment for this group of patients.

**Key words:** cardiovascular diseases, psycho-emotional disorders, quality of life, students with disabilities, anxiety, depression.

### Introduction

The relevance of research. The problem of health of students is one of the most difficult and priorities at all stages of the development of society [1, 2]. A special social status, specific conditions of work, life and lifestyle of students distinguish them from all other categories of the population and make this group very vulnerable socially, exposed to negative factors of social life. Therefore, efforts to preserve and strengthen their health do not give long-term success and cause the need to find optimal ways to manage the health of students. The significance of this problem is determined by its national importance, as only healthy physically and morally generation can provide a progressive and progressive development of society, its security and international prestige [3].

Moreover, the improvement of young people, the development of prevention programs considered a priority for the World Health Organization, most of the countries – participants of the international program C1NDI [4]. High mental and psycho-emotional stress, perception and processing of diverse information under time pressure, the disparity hard work and good rest, especially during sessions, extensive use of computer technology in the educational process are forming factors, provoking the emergence and development of psychosomatic diseases in young adults [5]. All of the above calls for a particularly well thought-out system of medical and social services and increased attention on the part of educational institutions and health authorities to conservation, enhance and sustain the health of students [6, 7].

Especially topical, this is a problem in the contemporary situation, characterized by a significant decrease in quality of life for the

majority of the population and, above all, its socially vulnerable groups, which include students as well as reforms in the health system, accompanied by radical changes in the organization of medical and social preventive care. The ongoing transformation of the situation have changed for the better, reduce implementation guarantees for free medical care, its preventive orientation that led to the social exclusion of students, an increase of chronic disease and disability students in higher education [3]. Changes in the health status of young people are alarming not only physicians, but also government officials [8].

In addition to the negative trends in public life, for the formation of health of students is very important way of life associated with the separation from home, unsettled life, low material security, waste and malnutrition. A role play age characteristics of this population group, namely the lack of experience, lack of responsibility for their health and underestimating its importance, as well as emotional perception of life events, increased susceptibility and propensity to bad habits. Increased frequency of individual risk factors for chronic non-communicable diseases. Many authors have noted a particularly sharp increase in their not only in adults but also in children and youth [9].

In modern socio-economic conditions of university education is carried out against the background of high uncertainty of the life prospects of young people. University temporarily protects from the difficulty of finding their place in life, just for a short period removes the need for entry into a competitive relationship with the professionals and other young professionals. However, this time the students – a special period in human life, and, above all, is a period of sudden collision with



a completely unknown problems that must be solved student himself [5, 10].

Adaptation is a dynamic form, the direct process of adaptation to environmental conditions, the violation of which leads to maladjustment; on the other – property of any living self-regulatory system, which determines the stability of the conditions of its environmental effects [7]. Adaptation of students – a complex phenomenon associated with the restructuring of behaviors, and often personality. For some, this process ends unfavorable, as evidenced by the screening of students in the first semester. The process of adaptation of students to the university in modern conditions extends over the entire period of study, which is isolated and separate «critical points», corresponding to the different stages of study, they require maximum attention to the student's personality, as the load on the adaptive resources during these periods is highest. In every period of adaptation to the university requires the mobilization of mental and physical resources of man. Hence, changes in mental, psycho-physiological, physiological functions and personality characteristics that determine the success of adaptation and adaptability as the property of the person [4].

A number of scientists considers urgency psychoprophylactic programs and support the youth of today: Osipova A., Elkonin D., Belichevoy S., Bozovic L., Maximova N. [5]. The need to develop new approaches to the diagnosis and correction of the manifestations of a disadaptation of, the need for a systematic approach to their analysis is explained by the fact that the state of disadaptation covers not only individual links of human functioning, but also the success of the activities of the whole person.

#### The purpose of the study

On the basis of psycho-emotional disorders, personality characteristics, motivational orientation and condition of the quality of life of students with disabilities in cardiovascular disease to develop a system of medical and psychological treatment.

#### Materials and methods

The study was conducted on the basis of student Kharkiv City Hospital Mental Health Center students. The study involved 153 students from cardiovascular disease (78 disabled students with congenital heart disease (CHD) and 75 students from somatoform autonomic dysfunction (SAD). Students with disabilities with congenital heart defects and students somatoform autonomic dysfunction accounted for the main research group.

Assessment of the emotional sphere was carried out using the procedure of «self-

assessment scale of situational and personal anxiety Ch. Spilberger» adapted Y. Hanin and «Beck Depression Inventory» (Beck Depression Inventory, 1961.), motivational orientation study was carried out using techniques T. Ehlers: methods of diagnosis to the individual motivation avoidance of failure and success. Personality traits were studied using multivariate personality questionnaire FPI. (I. Farenberg, H. Zarg, R. Gampel). Also analyzes the quality of life of the students enrolled in institutions of higher education with the help of psychodiagnostic method QL «SF-36 Health Status Survey.

#### Results of the study

The first phase analyzed the emotional-affective sphere of patients with cardio-vascular diseases. The results obtained level of reactive anxiety and trait anxiety displayed in **table 1**.

Table 1

The level of reactive anxiety and trait anxiety of patients with cardio-vascular diseases

The level	Group 1, n=78		Group 2, n=75	
	Abs.c.	%±m	Abs.c.	%±m
Reactive anxiety				
The high	36	<b>46,20±5,64</b>	57	<b>76,00±4,90*</b>
Temperate	22	28,20±5,09	10	13,30±3,92*
The low	20	25,60±4,94	8	10,70±3,56*
Personal anxiety				
The high	16	20,60±4,57	62	<b>82,70±4,36*</b>
Temperate	49	<b>62,80±5,47</b>	9	12,00±3,75*
The low	13	16,60±4,22	4	5,30±2,58

Note:

\* – Significant differences in rates of group 1, at  $p > 0,05$

\*\* – Significant differences in rates of group 1, at  $p > 0,01$

In the group of students with disabilities with congenital heart disease (CHD) in 46,20% ± 5,64 attended high reactive anxiety, at 28,20% ± 5,09 – a moderate reactive anxiety and 25,60% ± 4,94 – low level. Personal anxiety in group 1 at 62,80% ± 5,47 had a moderate level, from 20,60% ± 4,57 – there was a high level of anxiety and 16,60% ± 4,22 – low.

In group 2 was significantly more pronounced indicator of high levels of reactive anxiety – at 76,00% ± 4,90 (at  $p \leq 0,05$ , regarding the performance of the Group 1), at 13,30% ± 3,92 – was obtained moderate anxiety and at 10,70% ± 3,56 – low.

Thus, students with disability from CHD high reactive anxiety prevails over the level of personal anxiety; the students in Group 2 with somatoform autonomic dysfunction prevalent high as reactive anxiety and trait anxiety.

Then analyzed the resulting level of depression in patients with cardiovascular disease, displayed in table 2.

**Table 2**  
The level of depression in patients with cardiovascular diseases

The level	Group 1, n=78		Group 2, n=75	
	Abs.c.	%±m	Abs.c.	%±m
Pronounced depression	13	16,70±4,22	38	<b>50,70±5,77*</b>
Moderate depression	56	<b>71,80±5,09</b>	27	36,00±5,54*
Mild Depression	4	5,10±2,49	10	13,30±3,92
Lack of depression	5	6,40±2,77	-	-

In Group 1 71,80% ± 4,22 expressed mild depression, severe depression at the 16,70% ± 4,22, mild depression at 5,10% ± 2,49 and 6,40% ± 2,77 – the absence of depression. In group 2, students with somatoform autonomic dysfunction was significantly high rate of severe depression – at 50,70% ± 5,77 (at  $p \leq 0,05$ , regarding the performance of the Group 1), at 13,30% ± 3,92 – was moderate depression and 10,70% ± 3,56 – low.

Patopersonological characteristics of patients with cardio-vascular diseases is reflected in table 3.

**Table 3**  
Average statistical data multifactor personality questionnaire in patients with cardio-vascular disease (multifactorial personality questionnaire FPI (I. Farenberg, H. Zarg, R. Gampel)

Scale	Group 1 n=78	Group 2 n=75	$p \leq 0,05$
	$\mu \pm m$	$\mu \pm m$	
Neurosalinity	4,09±1,08	<b>11,10±2,51*</b>	***
Spontaneous aggression	5,27±1,28	<b>10,10±1,67*</b>	***
Depressive	<b>9,09±1,92</b>	<b>10,30±2,18</b>	
Irritability	5,36±1,22	<b>9,27±1,6*</b>	
Sociability	<b>10,10±1,83</b>	<b>10,27±1,81</b>	
Poise	<b>8,91±1,67</b>	2,54±1,15*	**
Reactive aggression	2,72±1,35	<b>8,18±1,64*</b>	***
Shyness	4,27±2,09	5,54±2,23	** / ***
Openness	<b>7,27±1,71</b>	5,91±1,67	
Extraversion / introversion	<b>9,72±1,17</b>	10,20±1,76	
Emotional lability	<b>10,70±1,48</b>	<b>10,60±1,55</b>	
Masculinity / femininity	<b>8,72±1,81</b>	<b>4,63±1,77*</b>	***

For Group 1 was characterized by depression (9,09 ± 1,92), communicative (10,10 ± 1,83), balance (8,91 ± 1,67), openness (7,27 ± 1,71), extroverted focus (9,27 ± 1,17) and emotional lability (10,70 ± 1,48). This group is characterized by the presence of depressive symptoms in behavior, emotional state, in relation to themselves and to the social environment. Also, high scores on a scale of emotional lability indicate instability of the emotional state, which manifests itself in frequent mood swings, irritability, lack of self-control.

For Group 2 students with somatoform autonomic dysfunction characterized by the severity of the following scale: neurosalinity (11,10 ± 2,51), spontaneous aggression (10,10 ± 1,67), depression (10,30 ± 2,18), irritability (9,27 ± 1,60), communicative (10,27 ± 1,81). In general, the contingent surveyed characterized by emotional instability with predisposition to affective response, impulsive behavior, aggressive attitude to the social environment and expressed the desire to dominate.

Learning level of motivation to the success of students with special needs at the 46,20% ± 5,64 had a moderate level, from 28,20% ± 5,09 – average at 25,60% ± 4,94 – low, high levels absent. In the group of students with similar distribution SAD observed indicators of motivation to succeed: prevailed moderate level of motivation to achieve success with the 76,00% ± 4,90, at 13,30% ± 3,92 – average and 10,20% ± 3,56 – low. Significantly higher levels of motivation of avoiding failure prevailed in the group of students with SVD (82,70 ± 4,36) with respect to the results of the groups with CHD (with  $p \leq 0,05$ ).

Analysis of the data allows us to estimate the social and psychological state of the problem of the contingent of students with disability. Assessment of the socio-psychological status was evaluated using the «SF-36 Health Status Survey». A significant decrease in quality of life of students with disabilities with congenital heart defects and students of somatoform autonomic dysfunction. Particularly noted the decline in the physical characteristics of the state that students with disabilities and students with limited SAD every day and work.

Significant pain intensity reached in the group of students with SAD, was significantly reduced activity and fatigue. Overall condition of the physical functioning of the students turned out to be reduced. The result was expressed by the restriction of social functioning. The findings suggest that restricting physical activity makes the most significant contribution to the reduction in quality of life of students with cardiovascular diseases.

Improving the accuracy of QOL assessment

involves separate analysis of its physical, psychological and emotional and socio-economic components.

Installed violation psycho-emotional sphere of students with disabilities with congenital heart disease, and students from SAD allowed to develop complex psychocorrectional measures aimed at stabilizing their condition. This was done by means of rational psychotherapy autogenous (group lessons), cognitive-behavioral therapy (group lessons) and then psychological support.

### Conclusions

The findings suggest that restricting physical activity makes the most significant contribution to the reduction in quality of life of students with disabilities. In a study of the psychological status it was revealed that students with congenital heart disease is an increase in the intensity of the majority of psychological defense mechanisms. This

shows the relevance of mental maladjustment students to stress and of a traumatic situation, coupled with the immediate threat to life. For them, it was characterized by a higher degree of depressive state. While students from somatoform autonomic dysfunction characterized by a high reactive anxiety and trait anxiety. Thus, the findings suggest that the quality of life of students with disabilities with heart defects and students with SAD significantly reduced. Improving the accuracy of QOL assessment involves separate analysis of its physical, psychological and emotional and socio-economic components. The results of psychodiagnostic study of psycho-emotional sphere of students with disabilities, cardiovascular diseases, to develop an integrated, structured model of medical and psychological treatment that has shown to be effective in 73% of cases at the Centre for Mental Health students.

### References

1. Agadzhanyan N. A., Ponomareva V. V., Ermakova N. V. Problema zdorov'ya studentov i perspektiva razvitiya [The problem of students' health and the prospect of development]. *Obraz zhizni i zdorov'e studentov: materialy 1-y Vserossiyskoy nauchnoy konf.* [Lifestyle and health of students: materials 1st All-Russian Scientific Conference]. Moscow, 1995, pp. 5-9. (In Russ.)
2. Krishal' V. V. Psikhosomaticheskaya patologiya: genez i podkhody k korrektsii [Psychosomatic pathology: genesis and approaches to the correction]. *Mezhdunar. med. zhurn.*, 2007, vol. 7, no. 1, pp. 37-40. (In Russ.)
3. Pidkorytov V. S., Sjerikov O. I., D'jachenko L. I. [et al.] Faktory, shho v najbil'shomu stupeni vplyvajut' na pokaznyky vrahovanoi' zahvorjivanosti ta poshyrenosti psyhichnyh rozladiv sered naselennja Ukraïny (Pershe povidomlennja) [The factors that most affect the performance level into account incidence and prevalence of mental disorders among the population of Ukraine (first report)]. *Ukr. visn. psyhonevrologii*, 2009, vol. 17, issue 2(59), pp. 51-57. (In Ukr.)
4. Zelenskaya G. A., Kornienko P. N., Kravchenko M. A., Sallum A. I. Kachestvo zhizni studentov-medikov i klinicheskikh ordinatorov [The quality of life of medical students and medical residents]. *Clinical medicine*, 2005, no. 8, pp. 29-31. (In Russ.)
5. Mikhaylov B. V. Problema otsenki effektivnosti i kachestva okazaniya psikhoterapevticheskoy pomoshchi [The problem of assessing the effectiveness and quality of psychotherapeutic assistance]. *Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2010, vol. 18, issue 3(64), pp. 137-138. (In Russ.)
6. Smulevich A. B. Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh [Depression at somatic and psychiatric diseases]. Moscow, Med. inform. Agentstvo Publ., 2003, 432 p. (In Russ.)
7. Shevchenko N. F. Jakist' zhyttja v umovah hronichnoi' hvoroby: medychni j psyhologichni aspekty [The quality of life in chronic illness: medical and psychological aspects]. *Materialy II Vseukraïns'kogo psyhologichnogo kongresu, prysvjachenogo 110 richnyci vid dnja narodzhennja G.S. Kostjuka (19-20 kvitnja 2010 roku)*, Kiev, Informatsiyno-analitichne Agency Publ., 2010, vol. 2, pp. 347-350. (In Ukr.)
8. Dobson K. S. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1989, vol. 57, pp. 414-419.
9. Markova M. V., Babych V. V., Stepanova N. M. Psyhosocial'nyj stres ta negatyvnyj vplyv makro- j mikrosocial'nyh chynnykiv jak skladova rozvytku hvorob systemy krovoobigu [Psychosocial stress and negative effects of macro- and microsocial factors as part of cardiovascular diseases]. *Zb. nauk. prac' spivrobotnykiv NMAPO im. P. L. Shupyka*, 2008, no. 4, pp. 336-348. (In Ukr.)
10. Haaga D. A., Dyck M., Ernst D. Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychol. Bull.*, 1991, vol. 110, pp. 215-236.

### ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Т. А. Алиева<sup>1,2</sup>, Н. Н. Бурдун<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Харьковський національний університет імені В. Н. Каразіна

<sup>2</sup> Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Аннотация.** В статье раскрыто современное состояние проблемы особенностей нарушения эмоциональной сферы и психологической дезадаптации студентов-инвалидов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Исследование

### ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У СТУДЕНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Т. А. Алієва<sup>1,2</sup>, Н. М. Бурдун<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

<sup>2</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти

**Анотація.** У статті розкрито сучасний стан проблеми особливостей порушення емоційної сфери та психологічної дезадаптації студентів-інвалідів із захворюваннями серцево-судинної системи. Дослідження проводилося на базі Харківської міської студентської лікарні в

проводилось на базі Харківської міської студентської лікарні в Центрі психічного здоров'я студентської молоді. У дослідженні взяли участь 153 студентів із серцево-судинними захворюваннями (78 студентів-інвалідів з вродженими вадами серця і 75 студентів з соматоформною вегетативною дисфункцією). Основними аспектами вивчення порушення адаптації студентів з інвалідизацією є: психоемоційний стан, мотиваційна спрямованість особистості, особистісні особливості та рівень якості життя. На основі отриманих результатів розроблена і впроваджена програма медико-психологічної корекції для даного контингенту обстежених.

**Ключевые слова:** серцево-судинные заболевания, психоемоциональные нарушения, уровень качества жизни, студенты-инвалиды, тревожность, депрессия.

Центрі психічного здоров'я студентської молоді. У дослідженні взяли участь 153 студентів із серцево-судинними захворюваннями (78 студентів-інвалідів з вродженими вадами серця і 75 студентів з соматоформною вегетативною дисфункцією). Основними аспектами вивчення порушення адаптації студентів з інвалідизацією є: психоемоційний стан, мотиваційна спрямованість особистості, особистісні особливості та рівень якості життя. На основі отриманих результатів розроблена і впроваджена програма медико-психологічної корекції для даного контингенту обстежених.

**Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, психоемоційні порушення, рівень якості життя, студенти-інваліди, тривожність, депресія.

U.D.K: 616.891: 616.71+616.72



## DISORDERS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH IMPAIRED THE LOCOMOTOR SYSTEM

A. A. Galachenko  
The clinical sanatorium «Khmelnik»

**Summary.** Investigation of the features of psychological adaptation disorder of patients with disorders of the locomotor system. The kinds of pathologies disorders the locomotor system and attendant non-psychotic mental disorders. Correction of mental disorders, including depression and psychotic level, have this kind of patients depends on the personality characteristics of the patient, the individual psychological defense mechanisms.

**Key words:** violation of the locomotor system, disorders of psychological adaptation.

According to the of WHO in European Region, each year there are about 80 million of accidents, victims are in need of medical care. In Ukraine, the problem of injuries is defined by its high prevalence and serious medical, social and economic consequences. In recent years, great importance is attached to the diagnosis and treatment of mental disorders in somatic diseases. Psychotic disorders come in first place in the frequency of occurrence in the population.

At the present time, the population of Ukraine diseases associated with disorders of the musculoskeletal system, accounting for 85% of the disability country.

The loss or limitation of ability to work as a result of violations of the musculoskeletal system in the adult leads to a certain restructure of the psyche and behavior. The process of adaptation of persons with disabilities in this

group takes a very painful and difficult. This is due not only to the physical suffering, but also with the loss of a great value, often leading to the loss of the meaning of life in general. A person with a disability acquired substantial transformation undergo major components of his personality: worldview, values, motivation, attitude to people and activities, and others.

Persons with acquired disabilities, experiencing strong stress effect and, in most cases, continue to be in a state of chronic stress.

The success or failure of adaptation depends largely on the personal qualities of the disabled. S. Belicheva [1] identifies a number of preconditions that hinder social adaptation: psychobiological conditions, defects individually-psychological, socio-psychological characteristics of the individual, as well as the features of the social situation.

Namely, the characteristics of complicating the process of adaptation, are different character accentuation, inadequate self-esteem, a violation of the will and communicative spheres unconscious regulators of behavior, repressed into the unconscious complexes, fixed installation, phobias, anxiety, aggression, and others.

A. Smirnov conducted a study of individual psychological characteristics of disabled people with impaired musculoskeletal system shows that they have an inferiority complex and fear of failure, manifested in situations of social interaction, high anxiety, low self-esteem, which also negatively affects the success of the adaptation process [2].

In the works of contemporary researchers often marked by the presence of social maladjustment in individuals with acquired disabilities.

The main causes of functional disorders of the musculoskeletal system include, among others, spinal injuries and amputations.

Situations of injury, characterized super extreme impact on the human psyche, causing traumatic stress. Psychological consequences of traumatic stress, according to the ICD-10 are as follows: acute stress reaction (F 43.0), PTSD (F 43.1), adjustment disorder (F 43.2). These disorders occur in 50-80% suffered severe stress, morbidity is directly dependent on the intensity of stress [3]. Apart from the impact of external stressor (the traumatic event), a significant impact on the mental state of patients having a long hospital stay, disability, loss of the reaction, and the combination and the combination of these factors [2, 4].

Patients traumatological also frequently a marked psycho-emotional disorders, due to sudden injury, uncertain prognosis and length of stay of patients in hospital in conditions of social deprivation and forced prolonged bed rest with limited physical activity, which complicates the process of rehabilitation and lengthens treatment time.

Treatment of mental disorders associated with the response to severe stress, is a process in which you can select psychotherapy, psychopharmaceutical and rehabilitation aspects. Application of psychopharmacological therapeutics in patients after a serious injury, is limited due to the disruption of homeostasis caused severe injuries.

Treatment effects of traumatic stress psychotherapeutic methods is an integral part of the remedial actions as necessary to carry out the reintegration of impaired mental activity due to injury [5]. The possibility of neuropsychiatric disorders, their nature, frequency, severity and dynamics largely depend on the specifics of

traumatic factor. But much more important is the interaction of various factors, chief among which are: psychogenic character, personality characteristics, social factors.

The cause of mental and somatic disorders caused by violation of the musculoskeletal system and the subsequent reaction to trauma, are the changes of the central nervous system and peripheric nervous system, particularly the volume of endogenous opioids, and sympathetic-adrenal system. Thus, some authors believe that low levels of beta-endorphin in the blood plasma of patients with post-stress psychosomatic disorders associated with the depletion of the endogenous opioid system, resulting in a disruption of the adrenergic receptors. Under the influence of various, including traumatic and emotionally stressful stimuli, self-regulation is a violation of basic physiological systems of the body, leading in some cases to the formation of psychoneuro endocrine syndromes, and others to develop sustainable psychopathological conditions and psychosomatic diseases [6].

Analysis of the clinical course of mental disorders in patients with injuries of the musculoskeletal system and associated trauma has shown that these violations have a significant impact on the course of postoperative period, its objective severity, severity of pain, subjective level of pain patients. The use of psychotherapy in the treatment process contributes to the reduction of psychopathology, neutralize stress, has a positive effect on metabolic processes and the neuroendocrine system [7].

Thus, psychotherapy is an essential element in treatment effects of acute trauma. However, despite the obvious need for psychotherapy in the treatment of post-traumatic stress, the issue concerning the development of specific methods of differentiated psychotherapeutic work in the emergency trauma of the musculoskeletal system has not been studied.

Note the different types of diseases of the musculoskeletal system.

Nervous system disorders:

- cerebral palsy; polio; congenital disorders of the musculoskeletal system; congenital hip dislocation; torticollis; clubfoot and other foot deformities; abnormal development of the spine (scoliosis); underdevelopment and limb defects; malformations of fingers; arthrogyposis (congenital malformation).

Acquired diseases and injuries of the musculoskeletal system:

- traumatic spinal cord injury, brain and limbs; arthritis; skeletal diseases (tuberculosis, bone tumors, osteomyelitis); systemic disease of the

skeleton (chondrodystrophy, rickets).

For all the variety of congenital and acquired diseases and early injuries of the musculoskeletal system are observed in patients with similar problems. Leading to the clinical picture is a defect in the motor (the delay of formation, underdevelopment, violation or loss of motor function).

Organization of comprehensive psychosocial rehabilitation of impaired health and in particular patients with impaired musculoskeletal system has always been and remains one of the most difficult tasks [7].

This is especially true of traumatic injuries of the musculoskeletal system. In solving this problem there are several systemic trends that require research and implementation of new organizational forms of implementation. One such area is the development of new programs, medical and psychological support of patients with disorders of the musculoskeletal system at different stages of their treatment and rehabilitation [1].

A certain amount of research shows a significant level of adjustment disorders in these patients.

People with disorders of the musculoskeletal system are limited in choosing a profession and often become disabled. Disability in the primary direction in the socially and health examination is 30%. In the treatment of such patients, and social benefits are spent considerable financial resources. The problem of rehabilitation of patients with disorders of the musculoskeletal system ceases to be purely medical, and has an important socio-economic importance [2, 4].

However, the questions are vague characteristics of the formation of neurotic disorders register their flow, their impact on the direct physical illness. Unresolved is the issue of the rehabilitation of these patients using psycho and psychotherapeutic interventions. At the same time, there has been

a significant increase in adjustment disorder in patients with traumatic lesions. Treatment and rehabilitation programs with respect to this population to date are based on the use of medication, surgical interventions. Application of psychocorrectional and psychotherapeutic techniques for these patients has not been studied thoroughly practical [8, 9].

Despite the considerable amount of current research in this area to date remain poorly understood changes in the state of mental and emotional trauma patient profile. Correction of mental disorders, including depression and psychotic level, have this kind of patients depends on the personality characteristics of the patient, the individual psychological defense mechanisms. Treatment of the underlying disease, taking into account the psycho-emotional state of the patient, resulting in a more successful rehabilitation and early return to an active social life.

It should be noted that to date there is no clear and effective program of psychological rehabilitation of such patients. Just at the moment poorly understood factors involved in the formation of mental disorders among trauma patients, and many existing data require further confirmation in further studies.

Study of peculiarities of formation and clinical manifestations of mental disorders in patients with injuries of the musculoskeletal system, will identify the main target of psychotherapeutic intervention, which in turn will enhance the rehabilitation potential of patients with disorders of the musculoskeletal system.

**The results** of further studies significantly complements the clinical characteristics of psycho-emotional disorders and mental disorders in trauma patients profile. In turn, this will enable research to justify the classification and identification of patterns of development of mental disorders, to diagnose and determine their therapeutic and social rehabilitation tactics.

## References

1. Shaporev D. Yu. Optimizatsiya vosstanovitel'nogo lecheniya bol'nykh s amputatsiy bedra: Avtoref. diss. kand. med. nauk [Optimization of rehabilitation of patients with amputation. Candidate of medical sci. Autoabstract diss.]. Ufa, 2007, 28 p. (In Russ.)
2. Lysenko T. A., Yakusheva E. V., Vydich L. V. Organizatsiya psikhoterapevticheskoy pomoshchi bol'nym s travmami ODA V MOTP [Organization of psychotherapeutic care to patients with injuries in ODA TPRM]. Sb. nauchno-prakticheskoy konf. «Aktual'nye voprosy travmatologii» [Coll. Scientific-Practical Conference. «Actual issues of trauma»], Blagoveshchensk, 2009, vol. 1, pp. 21-23. (In Russ.)
3. Zubareva O. V., Epifanova N. M., Klyukvin I. Yu. Psikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh posle ostroy travmy [Psychological rehabilitation of patients after an acute injury]. Chelovek i ego zdorov'e, St. Petersburg, 2002, pp. 112-113. (In Russ.)
4. Kekelidze Z. I., Shevchuk N. V. Psikhologo-psikhiatricheskie aspekty dorozhno-transportnykh proisshestviy (obzor zarubezhnykh issledovaniy) [Psychological and psychiatric aspects of road accidents (review of foreign studies)]. Russian Journal of Psychiatry, 2002, pp. 61-70. (In Russ.)
5. Nurmagambetova S. A. Sravnitel'nyy analiz mekhanizmov formirovaniya rasstroystv adaptatsii u voennosluzhashchikh na raznykh etapakh srochnoy sluzhby [Comparative analysis of the mechanisms of formation of adjustment disorders in military personnel at various stages of military service]. Russian Journal of Psychiatry, 2002, no. 3, pp. 29-32. (In Russ.)
6. Biemer E., Stock W. Total thumb reconstruction.

J. Plast. Surg., 1983, vol. 36, no. 1, pp. 52-55. (In Russ.)

7. Freire J., Schiap-pacasse C., Heredia A. Functional results after a Krukenberg amputation. Prosthet Ortgop. Int., 2005, vol. 29, no. 1, pp. 87-92.

8. Briant R. A., Guthrie R. M., Moulds M. L. Hypnoti-

zabiliti in acute stress disorder. Am. J. Psychiatry, 2011, Apr, no. 158(4), pp. 600-604.

9. Briant R. A. Acute stress disorder. European Psychotherapy, vol. 4, special ed., Berlin, 2003, pp. 18-19.

## РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

А. А. Галаченко

Клинический санаторий «Хмельник»

**Аннотация.** Нами исследованы особенности расстройств психологической адаптации у больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Определены виды патологий нарушения опорно-двигательного аппарата и сопутствующие непсихотические психические нарушения. Лечение психических расстройств, в том числе депрессий и других психозов, у данного контингента больных базируется на личностных характеристиках пациентов, особенностях механизмов психологических защит.

**Ключевые слова:** нарушение опорно-двигательного аппарата, расстройства психологической адаптации.

## РОЗЛАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

О. О. Галаченко

Клінічний санаторій «Хмельник»

**Анотація.** Нами досліджено особливості розладів психологічної адаптації у хворих з порушеннями опорно-рухового апарату. Визначено види патологій порушення опорно-рухового апарату та супутні непсихотичні психічні порушення. Лікування психічних розладів цих хворих, у тому числі депресій та інших психозів базується на особистісних характеристиках, особливостях психологічних захистів.

**Ключові слова:** порушення опорно-рухового апарату, розлади психологічної адаптації.

УДК 614.253.5:378:364-787.522

## ПРОБЛЕМА АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ І–ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ ДО РОБОТИ НА ПЕРВИННИХ ПОСАДАХ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ



О. В. Гришняева

КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3»

**Анотація.** Сучасний етап функціонування та реорганізації системи охорони здоров'я в Україні потребує підготовки медичних спеціалістів, які здатні швидко адаптуватися до умов праці в лікувально-профілактичних закладах, які змінюються в результаті складних соціально-економічних умов у країні. Спеціалісти нового покоління повинні вміти ефективно вирішувати все більш складні та різноманітні професійні задачі. Сучасним лікарням потрібні випускники, які можуть використати отримані теоретичні знання, поновити їх; здатні до впровадження інноваційних підходів у практичній діяльності та навчанні.

**Ключові слова:** адаптація, медичні навчальні та лікувально-профілактичні заклади, студенти, первинні посади.

Сучасний етап функціонування та реорганізації системи охорони здоров'я в Україні потребує підготовки медичних спеціалістів, які здатні швидко адаптуватися до умов праці в лікувально-профілактичних закладах, що змінюються в результаті складних соціально-економічних умов у країні. Спеціалісти нового покоління повинні вміти ефективно вирішувати все більш складні та різноманітні професійні задачі. Сучасним лікарням по-

трібні випускники, які можуть використати отримані теоретичні знання, поновити їх; здатні до впровадження інноваційних підходів у практичній діяльності та навчанні.

Метою дослідження є визначення основних проблем адаптації студентів вищих медичних навчальних закладів І–ІІ рівнів акредитації до роботи на первинних посадах у лікувально-профілактичних закладах.

Однією з проблем роботи з персоналом в

організації при залученні кадрів є управління трудовою адаптацією. Під час взаємодії працівника та організації відбувається їхнє взаємне пристосування, основу якого становить поступове входження працівника у нові професійні й соціально-економічні умови праці [1].

Адаптаційна готовність молодших медичних спеціалістів до роботи в лікувально-профілактичних закладах включає професійну адаптацію, пов'язану з освоєнням медичної спеціальності та формуванням відповідних її потребам індивідуально-психологічних якостей; соціально-психологічну адаптацію, обумовлену входженням у медичний колектив і засвоєнням характерних групових та індивідуальних норм поведінки, стилів взаємовідносин [2].

Як показує медична практика, відгуки завідуючих відділами кадрів лікарень та головних сестер про випускників свідчать про те, що за останні роки знизився рівень готовності адаптації до роботи в реальному лікувально-профілактичному закладі, що сигналізує про низький рівень їх підготовки в учбових закладах, невідповідність потребам реальної праці в медичному закладі [3].

Сучасні потреби закладів медичної галузі формулюються не тільки і не стільки у форматі знань колишніх випускників, скільки у термінах засобів діяльності («вміння», «здатність», «готовність»). Таким чином, йдеться про особливі освітні результати системи медичного професійного навчання (в межах якого знання виступають необхідною, але недостатньою умовою досягнення потрібної якості освіти) – про «професійну компетентність» і такі її складові, як спеціальні професійні та базові компетенції. При цьому базові компетенції розглядаються як інтегрований результат освіти та являють собою здатність особистості до швидкої адаптації до змінних умов праці й ефективного розв'язання визначеного класу соціально-професійних задач, які виникають у діяльності сучасного професіонала незалежно від спеціальності (працювати «в команді», індивідуально, здійснювати проблемний аналіз ситуації, налагоджувати соціальні контакти, вирішувати специфічні професійні завдання різного рівня складності) [4].

Міністерством освіти і науки України ще не створені та не відрегульовані якісно нові відносини між медичними навчальними закладами та потребами лікувально-профілактичних закладів. Реорганізація медичної освіти, яка існує на сьогоднішній день, в першу чергу, спрямована на модернізацію внутрішніх процесів медичної школи. Зовнішні процеси,

які потребують взаємодії з медичними закладами, поки ще недостатньо вивчені, у тому числі не досліджені процеси управління синхронізуючою взаємодією між медичними навчальними та лікувально-профілактичними закладами шляхом об'єднання їх зусиль у прискоренні процесу медико-професійної адаптації колишніх випускників до первинних посад.

Варіанти взаємодії «медичний ВНЗ – лікарня», які реалізуються на практиці, частіше за все мають формальний характер, будуються за ієрархічним принципом, недостатньо орієнтовані на сучасні медичні та соціальні задачі. Відсутність адаптаційних програм для медичних працівників на первинних посадах не дозволяє приступити до виконання професійних обов'язків у найкоротший термін та призводить до швидкого професійного вигорання. Неповне використання можливостей працівника у трудовій діяльності не лише завдає шкоди його власному розвитку, а й також обертається втраченою для організації.

Проблеми адаптації активно розроблялись філософами, біологами, медиками, психологами, соціологами. Загальні проблеми професійної адаптації розкриваються в дослідженнях соціологів С. Вершиніна, Л. Гордона, З. Данилова, Я. Дідковської, Є. Льясова та ін.; психологів Г. Балла, Ф. Березіна, Є. Іванова, Г. Сельє, В. Мартена, В. Савельєвої, О. Єськова, П. Мучинського, Є. Ільїна та ін. У працях Д. Андрєєвої, В. Соловйова, Р. Блажиса, О. Гореліка, І. Лілієнталь розглядаються проблеми адаптації студентів до умов навчання у ВНЗ; філософські питання адаптації розкриваються Г. Царегородцевим; проблеми адаптації та здоров'я людини розглядаються Т. Дичовим, К. Тарасовим; проблеми соціально-професійної адаптації молодих спеціалістів на підприємстві досліджували А. Сінюк, М. Лахута; система професійної адаптації студентів технічних ВНЗ в умовах взаємодії «ВНЗ – підприємство» розкривається М. Вржнковою. Питаннями управління ВНЗ процесом адаптації випускників до практичної діяльності займалися Н. Комарова, О. Леухін, М. Рейган, Т. Базаров, Н. Гавкалова, Н. Макарова, Є. Хриков; загальні проблеми адаптації до військової служби засобами фізичної підготовки розкриваються Б. Єндальцевим; проблеми адаптації до військової медицини розглядаються В. Медведєвим [4].

Відаючи належне проведеним дослідженням, необхідно відзначити, що, не зважаючи на значну кількість робіт, які присвячені питанням адаптації, в них недостатньо роз-



крита глибина і ступінь дослідження поняття «управління вищим медичним навчальним закладом процесом адаптації випускників до первинних посад». До сьогодні педагогічний аспект проблеми залишається недостатньо вивченим та систематизованим. Переважає підхід, який лише констатує ситуацію, що існує. Хоча в той самий час сучасна медико-професійна діяльність потребує розробки конкретних механізмів управління прискорення процесу адаптації студентів. Не визначені зміст та структура психолого-соціально-педагогічної підготовки майбутніх молодших медичних спеціалістів, які готові швидко адаптуватися до роботи в лікувально-профілактичних закладах на сучасному етапі реформування медичної галузі. Необхідним є пошук нових педагогічних умов, які забезпечать ефективне управління процесом адаптації випускників медичних ВНЗ до первинних посад [3].

28 липня 2011 року були прийняті закони, які дають можливість розпочати дієві реформи в медицині та медичній освіті: «Закон України №3611 – VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Закон України №3612 – VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

Накази, що діють, передбачають ефективне використання людського ресурсу – забезпечення висококваліфікованими медичними кадрами, орієнтацію медичного персоналу на пацієнта, запровадження міжнародних стандартів надання послуг, доброзичливих до жінки та дитини, створення комфортних умов для персоналу, стажування у клініках-партнерах за кордоном; інформаційну підтримку формування мотивації здорового способу життя; підвищення ефективності дії медичного персоналу щодо забезпечення надання медичної допомоги під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Основними напрямками розвитку роботи з медичними кадрами є:

- забезпечення необхідних для держави обсягів підготовки фахівців з пріоритетних напрямів;
- раціональне використання існуючого кадрового потенціалу медичних працівників при визначенні потреб регіонів у медичних кадрах під час реформи;
- зменшення плинності та відтоку медичних кадрів;
- запровадження регіональних програм соціального захисту медичних працівників;

- створення системи професійного відбору майбутніх медичних працівників та науковців, починаючи із загальноосвітніх навчальних закладів та закінчуючи університетами та академіями;

- активізація профорієнтаційної роботи серед сільської молоді для формування квоти цільового набору до вищих медичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації;

- удосконалення роботи з керівниками кадрами в охороні здоров'я через запровадження їх підготовки як менеджерів охорони здоров'я.

Медичну освіту не можна розглядати відокремлено від загальної системи професійної освіти, стану її розвитку на сучасному етапі. Водночас при цьому необхідно враховувати традиції, що склалися в системі охорони здоров'я населення в цілому, та власне специфіку самої медичної освіти. Долучаємося до думки видатного лікаря ХХ століття академіка Миколи Амосова: «Головний напрям формування особистості – використання можливостей освіти».

Практика професійної підготовки майбутніх медичних працівників свідчить, що у значній частині студентів домінують прагматично-меркантильні мотиваційні чинники діяльності, ознаки бездуховності та відсутності потреби в особистісному зростанні, невміння виявляти і застосовувати вербальні та невербальні засоби комунікативної взаємодії.

Сучасна цивілізація входить в епоху особливого типу прогресу, специфіка якого полягає у значному посиленні нового джерела розвитку. Його сутність полягає у нових технологіях виробництва й генеруванні знань, обробленні інформації та символічної комунікації. Виникає нова антропосоціальна структура, зумовлена становленням нового способу розвитку людської цивілізації, яку справедливо називають техногенною. Її характерні риси – самоорганізація, саморозвиток і творче мислення.

Будь-яке суспільство, яке розвивається, пред'являє адекватні цілям свого соціально-культурного розвитку вимоги до спеціалістів тієї чи іншої сфери діяльності. У всі часи головною задачею вищої школи було формування творчої, ініціативної, всебічно розвиненої особистості. У наші дні, в період соціально-економічних перетворень, ці вимоги зростають: ціль особистісного та професійного розвитку студентів стала особливо значимою. Молодий спеціаліст ХХІ століття – це прекрасно обдарований, конкурентоспроможний професіонал, який вміє широко та нестандартно мислити, приймати сміливі рішення. Його головний капітал – це

активна громадянська позиція, відповідальність перед суспільством, сім'єю, колективом та перед самим собою.

Унікальність та неповторність кожної особистості складають багатство всього суспільства, і будь-яке штучне обмеження на розвиток особистості підриває її творчий потенціал, створює перепону її самоактуалізації. Саме у студентському віці досягають максимуму не тільки фізичні, але й когнітивні процеси. Виходячи з цього, Б. Ананьєв зробив висновок про те, що цей період життя є найбільш чутливим до навчання та професійної підготовки. На думку Є. Клімова, у цей період проходить активне формування індивідуального стилю діяльності.

Розглядаючи сутність психологічної адаптації як створення «благоприємних умов» за засобами розширення адаптивного багатовимірного простору особистісних факторів, слід відзначити, що розширення спектру психологічних дисциплін, які викладаються студентам вищих навчальних закладів, і створення «центрів психологічної підтримки студентів» для психолого-педагогічного супроводження навчально-виховного процесу дозволять підвищити ефективність не тільки виховної роботи та успішності студентів в навчанні, але й в майбутньому дають змогу покращення процесу адаптації їх до первинної посади в лікувально-профілактичних закладах.

Розглянемо більш детальне поняття «адаптація» як фактор, який впливає на успішність у процесі навчальної діяльності. За цим напрямком відомі роботи Д. Андреева, Л. Рувинського, М. Дьяченко, Л. Кандиловича, А. Реан, Т. Хамаганової, Н. Кантонистової, С. Семке.

Адаптація студента – це складний динамічний, багаторівневий та багатосторонній процес перетворення потребностно-мотиваційної сфери. Для адаптації особистості в суспільстві особливе значення має солідаризація, ідентифікація цілей та задач особистості та суспільства.

Мотивація отримання знань та хорошої освіти – перший крок на шляху підготовки спеціаліста. Сформованість цього розуміння у студента є одним з важливіших завдань психології ВНЗ та всього процесу управління роботою навчального закладу.

Важливою частиною навчального процесу, яка впливає на процес адаптації студентів до подальшої роботи на первинних посадах в лікувально-профілактичних закладах, є виховна робота. Вона повинна сформувати у свідомості майбутніх медичних працівників загальнолюдські цінності, які, не зважаючи на глибоку економічну та духовну кризу на-

шого соціуму, допоможуть їм запобігти професійного емоційного вигорання.

Педагог повинен усвідомити, що процес виховання здійснюється не тільки через викладання лекційного та практичного матеріалу або виховних годин, але й особистісним прикладом у ставленні до колег, пацієнтів, студентів; стилем спілкування з оточенням.

Проблему адаптації студентів до первинної посади в лікувально-профілактичних закладах необхідно розглядати як проблему та задачу й лікувального закладу. Раніше існувала система наставництва молодим спеціалістам, яка дозволяла позитивно адаптуватися до місця роботи, знайти себе у професії як особистість. Що стосується вибору спеціальності, молода людина йшла працювати в медичні заклади за покликанням відповідно до своїх особистісних якостей [5].

В теперішній час соціально-економічна нестабільність у державі призводить до того, що нового працівника сприймають як суперника або некомпетентного працівника.

Робота з персоналом займає багато часу, особливо це стосується прийнятих на роботу нових співробітників. Підбір сестринських кадрів і прийом їх на роботу здійснює головна медична сестра спільно з працівниками відділу кадрів з проведенням обов'язкової співбесіди. Під час інтерв'ю виявляється рівень професійної підготовки працівника, оцінюється його компетентність з основних розділів майбутньої діяльності тощо. Зовсім не враховуються його здатність та бажання до отримання нових знань та навичок, толерантність до оточення, навички спілкування та мотиви, за якими він хоче працювати в тому чи іншому підрозділі. Не звертається увага й на психологічний стан та якості самого майбутнього співробітника.

Усі ці недоліки ми маємо тому, що люди, які відповідають за прийом на роботу та взагалі за роботу з персоналом, не мають системи адаптації до роботи персоналу та відповідних знань з цього напрямку діяльності.

Підвищену увагу необхідно приділяти молодим фахівцям, допомагаючи їм не тільки адаптуватися у колективі, а й знайти себе у професії. Молодий фахівець повинен бути оточений увагою, для цього до нього має бути прикріплений наставник. На сьогодні робота з наставництва, на жаль, незаслужено забута. З метою адаптації молодих фахівців та недопущення відтоку кадрів цю роботу слід відродити в усіх лікувальних закладах, але необхідно звернути при цьому увагу на декілька важливих моментів:

1) вибір наставника та його підготовка до роботи з персоналом;

2) наявність комплексної програми роботи з персоналом з адаптації його до посади;

3) профорієнтаційна робота, яка повинна починатися зі шкільного віку;

4) тісний зв'язок лікувально-профілактичних закладів із вищими медичними навчальними закладами;

5) комплексна програма з адаптації студентів до роботи на первинних посадах в лікарняних закладах, яку розробляє та затверджує навчальний заклад з урахуванням індивідуальних засобів оволодіння знаннями та навичками, а також мотивами, за якими майбутні фахівці навчаються та будуть працювати;

б) підготовка педагогічних кадрів навчальних закладів до роботи за сучасними вимогами суспільства, зокрема, вимогами лікувальних закладів;

7) увага до психологічного аспекту адаптації кожної особистості.

Позитивна адаптація забезпечує особистості необхідні умови для творчої самореалізації та саморозвитку. Регресивна адаптація призводить до соціальної невдоволеності, пасивності, до різних соціальних девіацій. Позитивна адаптація суб'єкта сприяє наявності адаптаційних ресурсів. До них належать соціально-психологічні особливості суб'єкта: рівень та якість освіти, матеріальне положення. 8) відсутність або низький рівень підготовки професійних менеджерів у галузях освіти та охорони здоров'я призводить до негативної адаптації молодих фахівців на первинних посадах.

Розглядаючи питання адаптації, не можна не усвідомлювати, що без чіткої та спланованої управлінської діяльності цим процесом досягнути бажаного результату не можливо.

Система управління має свою структу-

ру, що являє собою упорядкований набір утворюючих її елементів, тим або іншим способом пов'язаних і взаємодіючих один з одним, що забезпечує функціонування та розвиток системи як єдиного цілого. Функціонування – це циклічне відтворення визначених дій, операцій, продуктів і послуг.

Система управління будь-чим повинна відповідати цілям управління, а кожний з її елементів повинен відповідати системі в цілому і узгоджуватися між собою. Система управління має своє призначення і функції, серед яких слід у першу чергу виділити:

– направляючу функцію, що забезпечує вибір і рух організації до визначеної мети, а також вирішення необхідних у зв'язку з цим задач;

– координуючу функцію, що забезпечує погодженість зусиль, дій і факторів зовнішнього середовища, а також рух за своїми напрямками всіх структурних елементів організації;

– стимулюючу функцію, що забезпечує розкриття і використання всього потенціалу організації, а також стимулювання необхідних сил та засобів, перетворюючи їх на рушійні сили розвитку організації.

Існує дуже вагома проблема у законодавчій базі міністерств і відомств, яким підпорядковуються навчальні та лікувально-профілактичні заклади. Невирішені фінансові та кадрові питання призводять до швидкого професійного (емоційного) вигорання працівників як навчальних, так і лікувальних закладів, що призводить до психосоматичних розладів, небажання працювати за обраною спеціальністю або до постійної зміни місця роботи. Щоб запобігти втраті молодих або вже кваліфікованих кадрів, необхідна чітка комплексна програма адаптації (введення до первинної посади), яка буде починатися вже з роботи в навчальному та продовжуватися у лікувально-профілактичному закладах [6].

## Література

1. Megan M. Rabota s personalom: vvedenie v dolzhnost' [Research Human Resources: induction]. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 160 p. (In Russ.)
2. Gavkalova N., Markova N. Menedzhment personala [Management of personnel]. Kharkov, Publ. house of ID «INZHEK», 2009, 295 p. (In Russ.)
3. M-vo ohorony zdorov'ja, Zhytom. in-t. medsestrynstva. Vyshha osvita v medsestrynstvi: problemy i perspektyvy: materialy Vseukr. nauk.-prakt.-konf. (Zhytomyr, 10-11 lyst. 2011 r.) [Higher education in nursing: challenges and prospects of all-Ukrainian. science-pract.-conf. (Zhytomyr, 10-11 Nov. 2011)]. Zhitomir, Polissja Publ., 2011, 390 p. (In Ukr.)
4. Leukhin O. N. Protsess adaptatsii kursantov k voenno-professional'noy deyatelnosti v sisteme «voenny vuz - voyska». Diss. kand. ped. nauk: 13.00.08

[The process of adaptation of cadets to military-professional work in system «military high school-armies»: 13.00.08. Kand. psychol. sci]. Kazan', 2006, 209 p. (In Russ.)

5. Vovk K. V., Ruban O. Kadrova robota golovnoi' (starshoi') medychnoi'sestrylikuval'no-profilaktychnogo zakladu [Human resources chief (senior) nurse's of health-care setting]. Golovna medychna sestra, 2012, no. 7, pp. 38-56. (In Ukr.)

6. Litvak A. I. Doslidzhennja system upravlinnja medychnogo zakladu: navchal'nyj posibnyk [Research of Facility Management of medical institution: a tutorial]. Odessa, Publ. house of ORIDU NADU, 2005, 142 p. (In Ukr.)

## ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ I–II УРОВНЕЙ АККРЕДИТАЦИИ К РАБОТЕ НА ПЕРВИЧНЫХ ДОЛЖНОСТЯХ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Е. В. Гришняева  
КУОЗ «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница №3»

**Аннотация.** Современный этап функционирования и реорганизации системы здравоохранения в Украине требует подготовки медицинских специалистов, которые способны быстро адаптироваться к условиям труда в лечебно-профилактических учреждениях, которые изменяются в результате сложных социально-экономических условий в стране. Специалисты нового поколения должны уметь эффективно решать все более сложные и разнообразные профессиональные задачи. Современным больницам нужны выпускники, которые могут использовать полученные теоретические знания и практические навыки, усовершенствовать их; быть способными к внедрению инновационных подходов в практической деятельности и обучении.

**Ключевые слова:** адаптация, медицинские учебные и лечебно-профилактические учреждения, студенты, первичные должности.

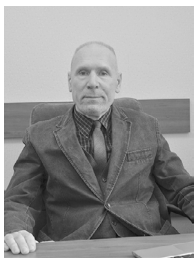
## THE PROBLEM OF ADAPTATION OF STUDENTS IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS AND II LEVELS OF ACCREDITATION TO WORK IN POSITIONS IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS

E. V. Grishnjaeva  
MHA Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital №3

**Summary.** The current stage of the operation and the reorganization of the health system in Ukraine requires training of medical professionals who are able to quickly adapt to the working conditions in health-care facilities, which vary as a result of difficult socio-economic conditions in the country. The specialists of the new generation should be able to deal effectively with increasingly complex and diverse professional tasks. Modern hospitals need graduates who can use the theoretical knowledge and practical skills to improve them; be able to introduce innovative approaches in practice and training.

**Key words:** adaptation, medical, educational and health care settings, students, primary positions.

УДК 159.923.4.072



## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИРОДЕ ТЕМПЕРАМЕНТА, ЕГО СТРУКТУРЕ И СВОЙСТВАХ

Б. К. Пашнев  
Практический психолог

**Аннотация.** На основе анализа современных подходов к пониманию природы темперамента показана возможность конструирования новой психодиагностической методики для исследования свойств темперамента. Определены компоненты и характеристики темперамента согласно литературным данным. В данной статье, на основе анализа современных представлений о природе темперамента, его структуре и свойствах раскрыты теоретические возможности разработки новой психодиагностической методики для исследования свойств темперамента.

**Ключевые слова:** темперамент, свойства темперамента, психодиагностические методики.

Современная наука располагает более совершенными, чем ранее методами изучения биологических механизмов, которые лежат в основе такого теоретического конструкта, как темперамент. Появление новых технических средств исследования различных уровней функционирования организма и мозга человека, развитие математико-статистических процедур, применение факторного анализа и т. п. углубляют эти представления. В то же время ставится задача усовершенствования психодиагностических методик, кото-

рые отражали бы происходящие изменения.

Как известно, латинское слово темперамент («надлежащее соотношение частей, соразмерность») происходит, по-видимому, от древнегреческого «красис» – «смешение», которое употреблял древнегреческий врач Гиппократ, указывая на соотношение в организме четырех жидкостей (соков), определяющих состояние организма и его склонность к тем или другим заболеваниям. Научное понимание того, что такое темперамент постоянно развивалось.

На современном этапе существует множество подходов в понимании сущности темперамента, его структуры и свойств. В начале XX века Г. Хейманс и Е. Вирсма [1] в структуре темперамента выделили три основных параметра: активность, эмоциональность и первичность-вторичность.

И. П. Павлов [2] на основе учения о высшей нервной деятельности (ВНД) выделил свойства нервной системы (НС) (силу, уравновешенность и подвижность) и четыре типа темперамента.

Э. Кречмер [3] в начале XX века, исследуя взаимоотношения особенностей строения тела и темперамента, выделил три главных типа строения тела (астенический, атлетический и пикнический) и два основных темперамента – циклоидный с диатетической пропорцией и шизоидный с психоэстетической пропорцией качеств характера.

Г. Шелдон [4], продолжая исследования связей между строением тела и характером, начатые Э.Кречмером, выделил три первичных компонента темперамента: висцеротонию, соматотонию и церебротонию, которым соответствуют три базовых соматотипа: эндоморфный, мезоморфный и эктоморфный.

Дж. Гилфорд [1] предложил 13-факторную теорию темперамента. Александр Томас и Стелла Чесс [5] на основе лонгитюдного исследования детей начиная с первых месяцев после рождения, дифференцировали три основных темперамента: «легкий», «трудный» и «темперамент с длительным привыканием».

Р. Мейли [6] выделяет три аспекта личности: характер (мотивация), способности и темперамент, к которому относится «все, что связано с врожденными предрасположениями».

К свойствам темперамента В. С. Мерлин [7] относил эмоциональную возбудимость, силу эмоций, тревожность, импульсивность, активность, ригидность, утомляемость и субъективацию (экстро-интроверсия).

В. Д. Небылицин [4] считал основными параметрами в структуре темперамента общую активность, эмоциональность и моторику.

По Я.Стреляу [8, 9], темперамент оказывает влияние на человеческие действия и служит одним из регуляторных механизмов деятельности в двух основных измерениях: на энергетическом уровне и во временной характеристике поведения. Энергетический уровень поведения охватывает те свойства, которые определяются индивидуальными различиями физиологических механизмов, ответственных за накопление (кумуляцию) и разрядку (освобождение) накопленной энергии. В своей регуляторной теории темперамента (РТТ) Я. Стреляу [9] выделяет

шесть базисных черт темперамента. К временным характеристикам поведения относятся живость и настойчивость, а к энергетическим аспектам поведения – сенсорная чувствительность, выносливость, эмоциональная реактивность и активность. Темперамент рассматривается Я.Стреляу как определенная предрасположенность или устойчивая особенность, «благодаря которой психические и психомоторные явления возникают легче или труднее, медленнее или быстрее, слабее или сильнее и т.д.» [8].

Типологическая концепция И. П. Павлова включает два раздела: учение о свойствах ВНД, общих у животного и человека, и представление о специально человеческих типах, в основе становления которых лежит взаимодействие первой и второй сигнальных систем действительности. Представления о первой и второй сигнальных системах как формально-программных свойствах индивидуальности человека, детерминированных его природной организацией, позволили современным исследователям включить их в структуру свойств темперамента [1].

Э. А. Голубева [10] отмечает, что для всех павловских типологических свойств НС., в том числе и для специально человеческих типов ВНД, найдены безусловно-рефлекторные характеристики на уровне их общемозговых свойств. Были выявлены определённые зависимости между общими и специально человеческими свойствами ВНД и между последними и функциональной асимметрией мозга. К примеру, сочетание таких общих свойств НС как сила, лабильность и активированность, определяющих становление холерического темперамента, способствует чаще формированию «художественного» типа с преобладанием первой сигнальной системы, а сочетание слабости, инертности, инактивированности определяет с большей вероятностью становление меланхолического темперамента, что способствует чаще формированию «мыслительного», второсигнального типа.

Лица с преобладанием первой сигнальной системы по психологическим показателям чаще оказываются обладателями сильной и лабильной НС, но главным образом – по параметрам правого полушария мозга, демонстрируя обратные зависимости в левом полушарии. И, наоборот, лица с преобладанием второй сигнальной системы чаще оказывались более слабыми и инертными, если параметры свойств НС регистрировались в правом полушарии. Наиболее часто выявлялась связь второй сигнальной системы с инертностью нервных процессов, отмечает Э. А. Голубева.

Исследователи считают, что у лиц с относительным преобладанием первой сигнальной системы (художественный тип) сильнее выражены: а) непосредственная активность, б) эмоциональность, в) образная память, г) воображение. У лиц с преобладанием второй сигнальной системы (мыслительный тип) более выражены: а) саморегуляция, б) воля и в) аналитическое мышление [11]. Яркие представители «художественного» типа, по С. А. Изюмовой [10], характеризуются хорошими способностями к запечатлению информации, импульсивностью и недостаточной организованностью поведения, низким субъективным контролем и большей потребностью в новых впечатлениях. Яркие представители «мыслительного» типа – развитым словесно-логическим мышлением, способностью к обобщениям, зрелыми познавательными мотивами и высоким субъективным контролем поведения.

Отмечается, что от соотношения сигнальных систем зависят почти все динамические, процессуальные характеристики психики: приём и переработка поступающей в мозг информации, динамические проявления познания, воли, эмоциональности, вербального и невербального интеллекта, языковых, литературных, математических, художественных способностей, а также произвольные и непроизвольные аспекты регуляции поведения. Учёт специально человеческих свойств ВНД позволяют глубже понять особенности взаимодействия энергетического, информационного и регуляторного мозговых блоков, межполушарного взаимодействия и их влияние на поведение человека.

К последователям И. П. Павлова принадлежит британская школа, представителями которой являются Г. Айзенк и Дж. Грей. Теория Г. Айзенка признаётся в настоящее время наиболее хорошо эмпирически обоснованным описанием личности, в то время как теория Дж. Грея – одна из наиболее влиятельных теорий, объясняющая нейрофизиологические основы личности.

Под личностью Г. Айзенк [12] понимает зафиксированный в форме структуры личностных черт индивидуальный стиль поведения, наследственно детерминированный параметрами экстра-интроверсии, эмоциональной стабильности – нейротизма и психотизма. Тип личности – это констелляция коррелирующих между собой личностных черт. Экстраверсию, нейротизм и психотизм Айзенк относит к свойствам темперамента, отражающим динамику поведения личности. Отмечается, что физиологические механизмы проявления экстра-интроверсии сходны с механизмами проявления силы-слабости нервной

системы. Лица со слабой НС и интроверты имеют низкие сенсорные пороги, реагируют на побочную стимуляцию их повышением, отмечают более высокими значениями критической частоты мелькания (КЧМ), однотипно реагируют на возбуждающие препараты, имеют сходную динамику работоспособности в условиях монотонии. Дистимики, т.е. лица, испытывающие высокий уровень тревоги, фобии, навязчивые состояния, имеют высокие показатели интроверсии. Предполагается, что в основе дистимии лежит склонность к образованию условных вегетативных рефлексов на стимулы, нейтральные для лиц со средними или низкими показателями интроверсии, т.е. экстравертов.

Эмоциональная активность обеспечивается двумя фундаментальными мозговыми механизмами: корково-подкорковой и билатеральной системами нейрорегуляции. Нейрофизиологическим субстратом эмоциональности как свойства темперамента выступают подкорковые структуры и автономная (вегетативная) НС. Предполагается, что предпосылками всякого эмоционального состояния являются два фактора: симпатическая и парасимпатическая вегетативная реакции и когнитивная оценка ситуации.

К сфере эмоциональности по Г. Айзенку принадлежит фактор нейротизма, эмоциональная возбудимость – стабильность. Лица с высокими значениями по данному фактору отличаются эмоциональной лабильностью, гиперреактивностью и медленным возвратом к исходному состоянию после эмоционального переживания. Для них характерно преобладание отрицательных эмоций – тревога, страх, беспокойство. Выявляется высокая наследуемость нейротизма. Физиологической основой данного свойства считается низкий порог активации «висцерального мозга», регулирующего вегетативную НС. Свойства нейротизма и тревожности высоко коррелируют между собой. Эмоциональная стабильность может быть охарактеризована как «последовательность, устойчивость действий, являющаяся результатом намеренного воления или просто воли».

Психотизм – как свойство темперамента – имеет также генетическую основу. Исследования данного свойства чрезвычайно важно в связи с отношением его к антисоциальному, психопатическому поведению, характеризующемуся ригидностью и косностью мышления, эгоцентризмом, эгоизмом, импульсивностью, агрессивностью, жестокостью, отсутствием сочувствия и внимания к другим, стремлением удовлетворять свои желания и потребности, не считаясь с окружающими.

Данное свойство, считает Г. Айзенк, связано с такой личностной характеристикой, как мужественность и, возможно, определяется выработкой в организме человека мужского полового гормона тестостерона. Проведенный интеркорреляционный анализ шкал опросника ММРІ выделил следующие факторы: экстраверсия (отрицательно коррелирует с Si, положительно – с Pd и Ma), нейротизм (Hs, D, Hy) и психотизм (Pa, Sc, Ma).

Дж. Грей [13] внёс новое понимание в концепцию экстра-интроверсии. Он полагает, что мозг обладает двумя отдельными системами «поощрения» и «наказания». Интроверты имеют более реактивную тормозную систему (РТС), т.е. более чувствительны к сигналам наказания и фрустрации потребности, а у экстравертов преобладает реактивность системы «поощрения» (РСП), т.е. они более чувствительны к стимулам, удовлетворяющим потребность.

Ключевыми структурами РТС являются септо-гиппокамповая система и восходящие норадренергические пути, а также префронтальная и лимбическая кора. РСП включает мезолимбические, дофаминергические пути. РТС чувствительна к стимулам наказания или лишения награды и вызывает поведение избегания и субъективное чувство тревоги. РСП чувствительна к стимулам награды или избавления от наказания и является субстратом поведения приближения и гедонизма. Эти две системы по теории Дж. Грея составляют основы таких личностных черт, как тревожность и импульсивность, которые считаются независимыми друг от друга и повернутыми почти диагонально по отношению к осям экстраверсии и нейротизма, выделенным Г. Айзенком. Тревожность в модели Дж. Грея – это сочетание нейротизма и интроверсии, а импульсивность – сочетание нейротизма и экстраверсии. Позднее Дж. Грей ввёл в свою теорию третью систему – борьбы и бегства (СББ), чувствительную к безусловным аверсивным стимулам и составляющую основу психотизма.

Согласно теоретическим представлениям, впоследствии подтвержденным эмпирически, высокая активность РТС может быть причиной возникновения эмоциональных расстройств, в то время как высокая активность РСП предрасполагает к поведенческим отклонениям и гиперактивности с нарушением внимания.

В рамках разрабатываемой В. М. Русаловым [14] специальной теории индивидуальности, в основу которой положен функциональный системный подход, темперамент выступает как система формальных поведенческих из-

мерений (или латентных структур), отражающих наиболее фундаментальные особенности психофизиологического обобщения основных блоков функциональной системы (по Анохину). При этом количество координат темперамента определяется четырехстадийностью (блоковой) структуры функциональной системы и двумя фундаментальными предпочтениями человеческого существа: субъект–объектное (мир вещей) и субъект–субъектное (мир людей), что в сумме составляет восемь латентных переменных, обладающих разной степенью индивидуальной выраженности.

Басс и Пломин [1] на основе изучения генетических основ темперамента выделяют три его параметра: активность, эмоциональность и общительность.

Клонингер [13] выдвинул идею, что в регуляции темперамента основную роль играют три системы мозга: побудитель (или система активации); наказание (или система торможения), а так же поощрение (или система поддержания поведения). Он выделяет четыре параметра темперамента (поиск новизны, избегание вреда, зависимость от поощрения и настойчивость), которые влияют на три параметра развивающегося характера – самоконтроль, способность к сотрудничеству и самотрансцендентность.

Исследователи психологии личности Дж. Капрара и Д. Сарвон [5] пишут, что учение о темпераменте – это область, в которой сходятся знания о врожденных биологических структурах и процессах, с одной стороны, и о психологических характеристиках, с другой.

Темперамент, отмечал В. Д. Небылицин [4], есть важный домен личностной организации, характеризующей индивидуальное поведение с его динамической стороны.

Одна из наиболее разработанных типологий темперамента основана на выделении трех врожденных стратегий поведения или «темпераментальных стилей» – таких, как «боязливость», «агрессивность» и « социабельность», которые проявляются в человеческом поведении с рождения и на протяжении всей жизни [5].

Обобщая представления о личностных типах, А. Миллер [5] описывает структуру личности, образованную также тремя измерениями: когнитивным, аффективным и конативным. В качестве когнитивного измерения рассматривается стилевая дихотомия аналитичность–холистичность, которая описывается как тенденция фокусироваться на целом или частях. Эта дихотомия, представленная в ряде других исследований под названиями «аналитичность–синтетичность», «артикулированность–глобальность», и лежит в основе

многих проявлений когнитивных контролей и стилей – таких, как полезависимость-полнезависимость (ПЗ–ПНЗ), ригидность-гибкость, когнитивная сложность и др. Аффективное измерение представлено связанной с экстраверсией и нейротизмом, эмоциональной стабильностью-нестабильностью, которая определяется через интенсивность эмоциональных реакций. Конативное измерение связано с волевым поведением и осознаваемыми аспектами мотивации и выражается через дихотомию «объективированной-субъективированной» ориентацией. Субъективированная ориентация связана с поиском эмпатии и любви, а объективированный полюс – с тенденцией к эмоциональному отстранению.

Современное представление о темпераменте предполагает также необходимость учитывать не только свойства процессов возбуждения и торможения нервных клеток (их силу, уравновешенность и подвижность, особенности функционирования эндокринной системы, нейромедиаторов, гормонов, ферментов и др.), но и различную функциональную специфичность отделов и систем головного мозга, т. е. нейродинамические, биохимические и морфофизиологические основы индивидуальных различий [15]. Согласно концепции четырех мозговых структур, от взаимодействия функций лобной коры, гиппокампа, миндалины, гипоталамуса зависит то, «на какие внешние стимулы и какой поведенческой реакцией в каждый данный момент ответит живой организм» при организации поведения в системе координат «потребности-вероятность их удовлетворения в окружающей внешней среде» [15]. Концепция четырех мозговых структур также пытается объяснить индивидуальное предпочтение реагировать более часто определенной эмоцией [16].

Как отмечает Дж. Грей [17], индивидуальные различия (в эмоциональном реагировании и поведении) связаны с особенностями функционирования определенных мозговых систем, которые организуют реакции соответствующих типов поведения, контролируют поведенческие склонности или личностные черты и влияют на их индивидуальные позиции на многомерной поведенческой шкале.

На основе большого экспериментального материала, Л. Н. Собчик была представлена схема индивидуально-личностной типологии, рассматривающая личность как единство биологических и социальных факторов, а устойчивые личностные свойства, определяющие типологическую принадлежность индивида, как структуру ведущих тенденций, в основе которых лежат свойства НС. Она пишет: «Ин-

дивидуально-личностные свойства определяются ведущими тенденциями, которые уходят корнями в генетическую predisposition, формирующую конституциональные особенности и темперамент человека» [18].

С помощью психодиагностических методик (СМИЛ, МЦВ, ДМО и др.) была разработана ортогональная система признаков с четырьмя главенствующими ведущими тенденциями (интроверсия-экстраверсия, тревожность-агрессивность, ригидность-лабильность, сензитивность-спонтанность) и четырьмя вторичными, производными от них (оптимистичность-пессимистичность, пассивность-активность, конформность-нонконформность, боязливость-педантичность), а также соотносимыми с ними клиническими вариантами психической дезадаптации. Как считает Л. Н. Собчик, ведущая тенденция влияет на формирование характерологических особенностей, стиль переживания, мышления, силу и направленность мотивации, а также создает условия, ограничивающие количество степеней свободы при формировании личности, предопределяя известную избирательность и тропизм в отношении возможных вариантов социальной активности.

Считается, что темперамент, понимаемый как базовая формально-динамическая характеристика индивидуальных свойств, выступает основой, ограничивающей многообразие стилевых проявлений индивидуальности [1].

В. С. Мерлиным, В. Д. Небылицыным, В. М. Русаловым [19] в рамках дифференциальной психологии была предложена концепция двухаспектности психики, выделяющая в индивидуальной психике человека два ее аспекта: содержательный, который выступает через конкретные смысловые психологические структуры, и формально-динамический, который охватывает совокупность черт и свойств психики, формирующихся в результате генерализации психофизиологических характеристик, лежащих в основе психологической деятельности. Именно обобщенные формально-динамические характеристики относятся к категории темперамента.

По В. М. Русалову [14, 19], темперамент – это складывающаяся при жизни устойчивая система формально-динамических свойств психики, в основе которой лежит общая конституция как совокупность биохимических, биомеханических, соматических и нейрофизиологических свойств, осуществляющая регуляцию расходования генетически детерминированных энергодинамических возможностей организма в процессе реализации



индивидом различных видов деятельности и являющаяся необходимым компонентом динамических свойств интеллектуальных и эмоционально-мотивационных структур.

Рассматривая темперамент в рамках психологического подхода, необходимо обратиться к концептуальной модели Б.Г. Ананьева [20] о целостности природы человека.

Б.Г. Ананьев различал четыре формы существования человека: индивид, личность, субъект и индивидуальность. Материальным субстратом всех свойств и структур человека является его природная организация, обозначенная понятием «индивид». В основе индивида заложены возрастно-половые и индивидуально-типологические свойства. В структуре индивида сосуществуют на разных уровнях морфологические, биохимические, физиологические и психофизиологические характеристики. Эффектами взаимодействия этих особенностей природной организации человека являются задатки, темперамент и мотивация элементарных действий, на основе которых формируются в дальнейшем способности и характер.

По критерию индивидуально-типологических свойств Б.Г. Ананьев выделяет два подуровня: 1) общесоматический (тип телосложения и тип реактивности, связанные с соотношением эндокринно-гуморальной и нервной систем регуляции) и 2) нейродинамический (тип конституции мозга): а) вертикальная координата – корково-подкорковые структуры и б) два горизонтальных «сечения» – правое-левое полушария и передняя-задняя области коры.

Необходимо остановиться на понятии свойства темперамента. Свойства темперамента, по В.С. Мерлину [7], относятся к числу психических свойств, характеризующих динамику психической деятельности и зависящих от характера её протекания во времени, интенсивности психического процесса и от направленности на объекты внешнего или внутреннего мира. Свойства темперамента зависят от физиологических свойств организма и НС, но биологические функции НС не тождественны приспособительным функциям свойств темперамента. Е.П. Ильин [21] определяет свойства темперамента как психологические и поведенческие характеристики человека, обусловленные сплавом врождённых и приобретённых его особенностей. Не вызывает сомнений, с его точки зрения, связь свойств личности с различными типологическими особенностями НС. Ещё ранее, в работах Е.А. Климова [4], была выявлена зависимость от свойств НС индивидуального стиля деятельности.

Г. Айзенк [12] считает, что психодинамические свойства являются генотипическим ядром личности. По Г. Айзенку структура личности состоит из 4-х уровней: специфических реакций; привычных реакций; личностных черт в виде теоретических конструктов, основанных на выявляемых корреляциях между привычными реакциями; типа личности как констелляции коррелирующих между собой личностных черт.

Г. Оллпорт [12] определял черту, как нейропсихическую структуру, преобразующую множество функционально эквивалентных стимулов и обуславливающую множество эквивалентных ответных реакций.

С нашей точки зрения, согласно изложенному, свойства темперамента – это генетически детерминированные свойствами НС и системами мозга устойчивые специфические приспособительные реакции психики в виде комплексов психодинамических, психологических свойств, поведенческих (стилевых) характеристик и черт личности на определённые качества стимула (в рамках формулы  $B=f(S-P-R)$ : на силу воздействия стимула; на скоростные качества стимула; на возбуждающие или тормозящие нервную систему качества стимула; на экстремальные эмоциогенные качества стимула; на наглядно-образные или знаково-символические характеристики стимула; на стимулы вознаграждения; на стимулы опасности и наказания; на нормативные качества стимула. Определённый профиль свойств темперамента указывает на тип личности.

Говоря о существовании определенных устойчивых личностных структур, о личностных чертах, которые исследует дифференциальная психология (чаще всего с помощью различных тестовых процедур), необходимо иметь в виду, что эти личностные структуры должны опираться, как считает Теплов [4], на объективно регистрируемые психофизиологические показатели поведения, должны быть установлены их связи со свойствами НС и выявлены их устойчивые «поведенческие» (нейродинамические) проявления.

В.Д. Небылицин [4] полагал, что общая активность имеет в качестве мозгового субстрата группу корковых и подкорковых образований, составляющих в совокупности т.н. лобно-ретикулярный комплекс, от которого зависит уровень психической активности индивида. Ретикулярная формация выступает генератором, первоначальным продуцентом возбуждения НС, а лобная кора – модулятором, способным как усмирять, так и стимулировать исходную активность ретикулярных структур.

Передние отделы новой коры и взаимодействующие с ними образования старой и древней коры, подкорки (в частности, ствола мозга), выполняют функции регуляции и управления всеми процессами, протекающими в организме. Эти структуры составляют субстрат глобальных общефизиологических и общеличных функций – таких, как мотивация, потребности и эмоции, направленное внимание, программирование действий и движений, интеллектуальное планирование, оценка результатов и т.д. Свойства именно этих мозговых структур являются истинными детерминантами индивидуальных личностных особенностей.

В структуре темперамента сущность общей психической активности заключается главным образом в тенденции личности к самовыражению, эффективному освоению и преобразованию внешней действительности. Степени активности распределяются от вялости, инертности и пассивного созерцательства на одном полюсе – до высшей энергии, мощной стремительности и постоянно-го подъема на другом [4].

В основе самой активности лежит мотивационное возбуждение, которое является активным компонентом различных функциональных систем, деятельность которых направлена на удовлетворение потребностей организма и мобилизацию его на активное поведение во внешней среде [22].

В.М. Русалов [23] писал: «Наиболее фундаментальной формально-динамической чертой является та, которая в обобщенной форме характеризует меру взаимодействия человека-субъекта со средой и другими людьми с точки зрения ее динамико-энергетической напряженности. Эта базальная, формально-динамическая черта получила в дифференциальной психофизиологии название общей психической активности. Основными показателями общей активности, включая двигательную и речевую, выступают темп, ритм, скорость, интенсивность, пластичность, выносливость и др.» А.Р. Лурия [24] пришёл к выводу, что источником активности служат планы, перспективы и программы поведения.

Активность как черта, считает Э.А. Голубева [10], присуща не только темпераменту, но и способностям, и личности.

Существуют разные уровни активности. На психофизиологическом уровне выделяются эргический, скоростной и вариационный ее аспекты. Общие безусловно-рефлекторные свойства НС (сила-слабость, активированность-инактивированность, лабильность-инертность) по разному соотносятся с ними.

Энергетический (эргический) аспект активности более тесно связан с силой и активированностью НС, скоростной – с лабильностью, вариационный – со слабостью НС [10].

Х.Хекхаузен [10] предполагает, что предпосылкой развития активности является ожидание успеха, а ожидание неудачи связано с прекращением активности.

Д.Макклелланд [27] также считает, что содержание и форму активности человека определяют стремление к успеху и «избегание неудачи». Мотивация достижения, если она преобладает над мотивацией избегания, побуждает человека к активности, связанной с риском, рассчитанной на успех, который сам является побудителем активности, и наоборот.

Дж.Грей [17] называет систему поведенческой активации (СПА) системой достижения (the approach system). Стимулы, вызывающие поведение достижения, – это условные стимулы, которые стали связанными (возможно, в результате процесса павловского обусловливания) с первичными подкрепляющими стимулами (наградой или отсутствием наказания) и запускают активность, направленную на приближение. Эмоции, возникающие при активации СПА, связаны с приятным предвидением, надеждой, переживанием подъема, счастья и имеют ДА-эргическую природу [28].

Система поведенческого торможения (СПТ) организует реакции на условные аверсивные стимулы, в результате которых происходит торможение текущей активности: усиливается внимание к окружающей обстановке, особенно к ее новым стимулам, и увеличивается уровень неспецифической активации, определяющей состояние тревоги и избегания у человека.

Взаимодействие между СПА и СПТ осуществляется в результате конфликта «приближение-избегание», награды и наказания, который разрешается на уровне механизма принятия решений в зависимости от того, какая из систем активизируется сильнее. При активации СПА организм получает импульс к активности, при активации СПТ – импульс к прекращению текущего поведения в результате усиления состояния тревоги.

Таким образом, в отличие от безусловнорефлекторных свойств НС, СПА и СПТ на условно-рефлекторном уровне определяют активность поведения или в сторону приближения к награде, или в сторону усиления тревоги и прекращения активности.

Н.С.Лейтес, А.Голубева [10] рассматривают активность в единстве ее с саморегуляцией. Непроизвольные компоненты формально-динамической стороны активности и саморегуляции в качестве их природной ос-

новы имеют свойства НС, общие у человека и животных, и наиболее определенно проявляются в энергетических характеристиках поведения. Произвольная, сознательно направляемая активность связана со второй сигнальной системой и информационными процессами.

Современные исследователи [13] определяют понятие темперамента через особенности реактивности и саморегуляции НС. Ими было предложено описание темперамента в виде трех общих факторов. Первый фактор связан со склонностью к высокой активности, интенсивной стимуляции и риску. Второй – с наличием или отсутствием диспозиции к восприятию негативных эмоциональных реакций. Третий фактор связан со способностью управлять вниманием и поведением, с «контролем, требующим усилий воли».

Как отмечают современные исследователи, личность представляет собой сложную систему психических структур и процессов, организованную в результате синергичного взаимодействия множества подсистем. Нейрофизиологические механизмы, являясь генетически предопределяемой подсистемой, выступают важной детерминантой, влияющей на меру активности личности и качества ее саморегуляции [13].

В.Д.Небылицин [4] высказал предположения, что существующие морфофункциональные мозговые системы имеют многослойные, многоуровневые строения. Отличительной чертой низших уровней организации системы является автоматический, обусловленный генетически характер процессов саморегуляции, которые обеспечивают надлежащую эффективность функционирования системы на данном уровне. Особенностью высших уровней организации системы является сознательный, произвольный характер процессов саморегуляции, реализуемый с помощью речи и речевого мышления.

Психическая саморегуляция, являясь целенаправленной регуляцией активности, осуществляется в единстве ее энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов. В психофизиологии выделяется общий фактор саморегуляции человека, производный от основных свойств системы и проявляющийся в психомоторной и интеллектуальных сферах [10].

Согласно данным нейрофизиологии и нейропсихологии, мозг человека обладает тремя основными контурами регуляции: низший уровень сенсорной полимодальной интеграции обеспечивается теменно-таламической системой (А.С.Батуев); высший

уровень – программирование, вероятностный прогноз и контроль – обеспечивается лобно-лимбической и лобно-таламической системами (О.С.Адрианов) и специфический для человека речевой (второсигнальный) контур регуляции обеспечивается лобно-левой областью коры и передней речедвигательной зоной Брока (Е.Д.Хомская; А.Р.Лурия; Н.П.Бехтерева ) [29].

А.Р.Лурия [30] пишет: «... высшие – специфически-человеческие – формы психической деятельности включают в свой состав взаимодействие двух уровней организации нервных процессов: того, который возник на основе непосредственного анализа внешних раздражений и реакций на них, и того, который формировался на основе языка и в основе которого лежала сигнальная, регулирующая функция слова. И.П.Павлов говорил о взаимодействии двух сигнальных систем, указывая на роль речи как «высшего регулятора» человеческого поведения».

Саморегуляторные возможности НС направлены на обеспечение адекватности действий, своевременное приспособление к условиям задачи, успешное достижение необходимого результата .

В континуум саморегуляции включаются следующие базовые ее характеристики: непрерывный анализ эффекта совершаемых действий; планирование их и реализация в соответствии с намеченной программой; текущая коррекция допускаемых ошибок; удержание намерений в программировании сложных последовательных актов, оценка правильности их выполнения; осмысленное переключение с одного способа действий на другой и т.д.

Непроизвольный и произвольный характер саморегуляции определяются функционирующим уровнем психического отражения и мерой его осознанности и преднамеренности. Б.М.Теплов [4] указывал на основной и бесспорный признак произвольной регуляции: возможность управления поведением при помощи второй сигнальной системы.

В.И.Моросанова [31] вводит понятие «осознанной саморегуляции», которая понимается, как процесс инициации, построения и управления психической активностью для достижения осознанно выдвинутых и субъективно принятых целей деятельности. В фактор осознанной саморегуляции входят как основные показатели саморегуляции (Пл, Пр, Ор, Оу), так и показатель «сознательность» в пятифакторной модели личности.

Психическое развитие личности идет от аффективного, непроизвольного, бессознательного отражения и регулирования пове-

дения – к произвольному, вербально-логическому, волевому и сознательному.

И.П.Павлов одним из первых, начиная с 1927 г., стал высказывать мысли о сигнальных системах человека. Он считал, что первая сигнальная система есть отражение внешних воздействий в форме непосредственных ощущений, впечатлений и представлений, являющихся основой образного мышления. Вторая сигнальная система – это отражение в обобщенной, опосредованной через слово форме. Он отмечал, что особенности взаимодействия сигнальных систем определяют не только специфику отражения, но и характер регуляции поведения. Он писал: «... самым постоянным и давним регулятором в жизненных отношениях является вторая сигнальная система.» [32].

Современные нейрофизиологические и психологические исследования показывают, что у человека имеются две основные формы отражения действительности: второсигнальная, понятийная (вербализованные, рефлексивные, рациональные процессы), связанная с активностью в основном левого полушария головного мозга, и первосигнальная, образная (чувственные процессы и представления), связанная с работой правого полушария. В левом полушарии выделяются три ключевые зоны: височная, связанная с речью; теменная – с математическими действиями, праксисом, соматогнозией и затылочная – с визуальными символическими функциями. Функциональная организация правого полушария более диффузна и поливалентна, связана со зрительно-пространственной ориентировкой, целостностью восприятия и эмоциональной активностью [29].

По Б.Ф.Ломову [33] основными формами психического отражения являются образная и понятийная. В образе отражается, прежде всего, явление единичное, конкретное, при этом окрашенное субъективно; общее и особенное выражается в нем через единичное. В знаке, понятии фиксируется познанная сущность, общее, абстрактное, «очищенное» от субъективности.

В психологии индивидуальных различий, как отмечает Э.А.Голубева [10], второсигнальная произвольная регуляция и первосигнальная произвольная регуляция были связаны с взаимодействиями энергетического, информационного и регуляторного мозговых блоков [34] и особенностями функционирования правого и левого полушарий [35].

На уровень произвольной саморегуляции влияют не только безусловнорефлекторные свойства НС, но и соотношение сигнальных систем.

Доминированию одной из сигнальных систем сопутствуют своеобразные комплексы типологических особенностей. С преобладанием первой сигнальной системы связаны образно-действенный стиль восприятия, мышления и памяти, высокая активированность (слабость и лабильность НС), а также преимущественная роль правого полушария. С преобладанием второй сигнальной системы связаны вербально-логический стиль познавательной деятельности, низкоактивированная (сильная НС и инертная НС) с доминированием левого полушария [21]. Согласно Г.В.Быстровой, преобладание второй сигнальной системы наблюдается лишь у тех, кто имеет сильную или среднюю по силе НС [21].

Исследование особенностей обработки информации правым и левым полушариями показало, что выбор картинок, предъявляемых больному с расщепленным мозгом, сходных по назначению или по внешнему виду, происходит следующим образом. Когда изображение видит левое полушарие, оно склонно подбирать пары по смыслу, учитывая значение вещей; когда правое полушарие видит эти предметы, оно склонно подбирать пары по внешнему признаку [35]. Таким образом, внешняя форма вещей, их сенсорные и перцептивные признаки для правого полушария и первой сигнальной системы являются определяющими при умственном анализе, в то время как левое полушарие и вторая сигнальная система анализируют действительность, опираясь на сформированные глубинные ментальные структуры, привлекая для этого соответствующие логические операции.

Т.Б.Глезерман [36] указывает, что характер правополушарных ассоциаций определяет «действие» – оперирование образами (комбинаторика), которое неотделимо от самого образа. Познавательный механизм левого поля – это способ, правила познания объективного мира. Эти правила заключаются в расщеплении информации и последовательном переборе вариантов.

Исследования осознаваемой и неосознаваемой когнитивной информации в деятельности человека показали, что при решении вербальных и невербальных задач фокус мозговой активности определяется не качеством или содержанием информации, а способом её анализа: симультантным или сукцессивным. Правополушарный фокус активации мозга связан с симультантным способом обработки информации, а левополушарный – с сукцессивным [28].

Современная психология, изучая механизмы индивидуальных различий в способах

познания, разработала понятие когнитивных стилей. Они рассматривались как характерные для индивида устойчивые познавательные предпочтения, проявляющиеся в использовании определенных способов переработки информации [4].

Райдинг и Уигли [21], проанализировав различные подходы к концептуализации когнитивного стиля, сделали заключение, что все известные концепции этого понятия можно отнести к одной из двух категорий: вербально-образные (как индивид представляет информацию в процессе мышления вербальным способом или посредством зрительных представлений) и холистически-аналитические (как индивид перерабатывает информацию – целиком или по частям).

А.Либин [1] приводит сравнение человеческих типов на основе соотношений сигнальных систем (табл. 1).

Таблица 1

**Человеческие типы на основе соотношения сигнальных систем**

Первосигнальный тип	Второсигнальный тип
Высокая активация	Низкая активация и инертность лабильность НС
Преобладание возбуждения	Преобладание торможения над возбуждением
Преобладание правого поля	Преобладание левого поля
Непроизвольное запоминание	Произвольное запоминание
Наглядно-действ. мышление	Вербальное мышление
Невербальный интеллект	Вербальный интеллект
Художественный тип личности	Мыслительный тип личности

Интеллект как способность к абстракции по своей сути, считал Л.Терстоун [37], является тормозящим процессом, т.к.интеллектуальное (разумное) поведение предполагает: 1) возможность задерживать (сказать себе «стоп») психическую активность на разных стадиях подготовки поведенческого акта; 2) возможность осуществлять мысленный выбор среди множества вариантов; 3) возможность осмысливать ситуацию на основе подключения понятийного мышления. А неинтеллектуальное (импульсивное) поведение ориентируется на любое решение, которое имеется под рукой.

В своих исследованиях Л.С.Выготский [38] установил, что ребенок в процессе развития проходит ряд последовательных стадий, которые характеризуют доступный ему уровень

обобщения: от непосредственно-чувственного, синкретического – к наглядно-ситуативному, и от него – к логическому, понятийному. Иерархическая систематизация понятий, высший уровень их обобщенности приводят к появлению таких психологических качеств личности, как осознанность, произвольность, чувствительность к противоречиям в рассуждениях и интроспекция.

По А.Р.Лурия [39], на раннем этапе развития ребенка сознание носит аффективный характер. На следующем этапе сознание носит наглядно-действенный характер и слова, посредством которых отражается мир, возбуждают систему наглядно-действенных связей. Только на завершающем этапе сознание приобретает отвлеченный вербально-логический характер, отличный от предшествующих этапов как по своему смысловому, так и по своему системному строению.

Основная задача развития мышления (т.е. переход от первосигнального уровня функционирования познавательных процессов к второсигнальному уровню) – это освобождение мыслительных операций от конкретно-наглядного ситуационного контекста и порождение в уме на основе языка всеобщей абстрактной глубинной структуры как ментальной реальности. К глубинным ментальным структурам относится иерархическое строение понятий с их членением на видовые и родовые признаки. Эти признаки формируются в результате классификации и упорядочивания реальности, при выделении в хаосе изменчивых явлений, определенных упорядоченных (категориальных) и устойчивых (инвариантных) отношений, свойств и признаков [40]. Комплексы наглядных свойств явлений, зафиксированных в слове, относятся к первичным понятиям, которые дают возможность осуществлять примитивную классификацию. Объединение наглядных свойств в определенную группу образует структуру понятия, которая является основанием для такой классификации. Однако познавательная активность человека, направленная на выявления объективных свойств вещей и явлений по их функциям, назначению и целям, приводит к формированию собственно понятий, которые закрепляются в виде значений слов и представляют уровень функционирования второй сигнальной системы [41].

И.П.Павлов [2] выделял две функции речи: сигнальную и семантическую. Именно семантический аспект речи оказывает регулирующее влияние на характер взаимоотношения индивида со средой. В развитии ребенка язык превращается из совокупности фонетических сигналов в систему знаково-символических

понятий. Поведение животных и маленьких детей контролируется безусловными стимулами и условными сигналами, которые вызывают непосредственную импульсивную реакцию. При использовании языка как системы понятий, индивид, вместо непроизвольной импульсивной реакции на раздражитель или стимул, вначале дает оценку стимулу, сопоставляя его с усвоенными классами стимулов; далее – решает, к какому из классов он относится, вспоминает на основе прошлого опыта валентность (положительную, отрицательную, нейтральную) данного класса стимулов и возможность использования его как определенного средства для достижения цели; соотносит значения данного стимула с имеющимися потребностями и мотивами – и только затем принимает решение о способе реагирования на него. В семантике слова закодированы классы предметов и действий, их валентности и возможные средства достижения цели, т.е. его значение. Таким образом, анализируя семантику слова, индивид реагирует не просто на внешний стимул, а на его значение. Соотнося это значение со своими потребностями, он получает возможность контролировать свои реакции с учетом значения стимула и имеющихся потребностей.

Дж. Брунер [42] пришел к выводу, что у ребенка в процессе развития формируются три способа репрезентации реальности – действенный, образный и символический, взаимо-

действие которых сохраняется в интеллектуальной жизни взрослого человека. Основным орудием «думания» у детей служат образы и манипулирование ими. В дальнейшем интеллектуальное развитие, как считает К. Кульман, идет по одному из двух путей: «либо по мере усвоения языка происходит подавление привычки применять образы, либо эта привычка сохраняется и после освоения речи». Дж. Брунер отмечает, что усвоение понятия, требующего раскрытия общего свойства, может протекать труднее при использовании образов.

Проведенный обзор различных традиционных подходов к трактовке темперамента позволяет включить в структуру опросника темперамента следующие его компоненты или свойства:

- сила-слабость нервной системы;
- чувствительность нервной системы;
- уравновешенность-неуравновешенность (инактивированность-активированность) нервной системы;
- подвижность (лабильность) – инертность нервной системы;
- эмоциональная (вегетативная) реактивность: выраженная-невыраженная;
- уровень развития I сигнальной системы;
- уровень развития II сигнальной системы;
- система активации поведения (САП);
- система торможения поведения (СТП);
- психотизм-нормативность.

### Література

1. Libin A. V. *Differentsial'naya psikhologiya: na perechenii evropeyskikh, rossiyskikh i amerikanskikh traditsiy: uchebnoe posobie* [Differential psychology: at the crossroads of European, Russian and American traditions: a tutorial]. Moscow, Eksmo Publ., 2006, 544 p. (In Russ)
2. Pavlov I. P. *Polnoe sobranie sochineniy* [Full composition of writings]. Moscow-Leningrad,
3. Publ. house of the Academy of Sciences of the USSR, 1951-1952. (In Russ)
4. Krechmer E. *Stroenie tela i kharakter* [per. so 2-go nemets. izdaniya G. Ya. Tartakovskogo] [The structure of the body and the nature of [trans. from the 2nd German ed. by G. Ya. Tartakovskogo]]. Moscow-Petrograd, State Publishing House, 1924, 283 p. (In Russ)
5. *Psikhologiya individual'nykh razlichiy: teksty* [pod red. Yu. B. Gippenreyter, V. Ya. Romanova] [Psychology of individual differences: the texts [ed. Yu. B. Gippenreyter, V. Ya. Romanova]]. Moscow, Publishing house of Moscow University, 1982, pp. 252-262. (In Russ)
6. Kaprara Dzh., Servon D. *Psikhologiya lichnosti* [Psychology of Personality]. St. Petersburg, Piter Publ., 2003, 640 p. (In Russ)
7. Meyli R. *Struktura lichnosti* [The structure of personality]. *Ekspierimental'naya psikhologiya* [Experimental psychology]. Moscow, Progress Publ., 1975, vol. V, pp. 196-283. (In Russ)
8. Merlin V. S. *Oчерk integral'nogo issledovaniya individual'nosti* [Outline of the integrated research of individuality]. Moscow, Pedagogika Publ., 1986, 256 p. (In Russ)
9. Strelyau Ya. *Rol' temperamenta v psikhicheskom razvitii* [perevod s pol'skogo V. N. Parus] [The role of temperament in mental development [translated from Polish by V. N. Parus]. Moscow, Progress Publ., 1982, 232 p. (In Russ)
10. Strelyau Ya., Mitina O., Zavadskiy B., Babaeva Yu., Menchuk T. *Metodika diagnostiki temperamenta (formal'no-dinamicheskikh kharakteristik povedeniya): uchebno-metodicheskoe posobie* [Diagnostic Method of temperament (formal-dynamic characteristics of behavior): training handbook]. Moscow, Smysl Publ., 2009, 104 p. (In Russ)
11. Golubeva E. A. *Sposobnosti. Lichnost'. Individual'nost'* [Abilities. Personality. Individuality]. Dubna, Feniks+ Publ., 2005, 512 p. (In Russ)
12. Kadyrov B. R. *Sposobnosti i sklonnosti. Psikhofiziologicheskie issledovaniya* [Abilities and inclinations. Psychophysiological investigation]. Tashkent, FAN Publ., 1990, 251 p. (In Russ)
13. Kh'el L., Zigler D. *Teorii lichnosti (Osnovnye polozheniya, issledovaniya i primeneniye)* [Theories of Personality (Basic Provisions, research and application)]. St. Petersburg, Piter Press Publ., 1997, 608 p. (In Russ)
14. Frenkin R. *Motivatsiya povedeniya: biologicheskie, kognitivnye i sotsial'nye aspekty* [Motivating behavior: biological, cognitive and social aspects]. St. Petersburg, Piter Press Publ., 2003, 5th ed., 651 p. (In Russ)
15. Rusalov V. M. *Psikhologiya i psikhofiziologiya individual'nykh razlichiy: nekotorye itogi i blizhayschie zadachi sistemnykh issledovaniy* [Psychology and Psychophysiology of individual differences: some results and immediate tasks for System Studies]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological journal], 1991, vol. 12, no. 5, pp. 3-17. (In Russ)
16. Simonov P. V. *Motivirovannyi mozg* [Motivated brain]. Moscow, Nauka Publ., 1987, 238 p. (In Russ)
17. Simonov P. V., Ershov P. M. *Temperament. Kharakter. Lichnost'* [Temperament. Character. Personality].

Moscow, Nauka Publ., 1984, 161 p. (In Russ)

18. Grey Dzh. Neyropsikhologiya emotsiy i struktura lichnosti [Neuropsychology of emotion and personality structure]. Zhurnal VND [GNI Journal], 1987, vol. 37, issue 6, pp. 1011-1024. (In Russ)

19. Sobchik L. N. Kharakter i sud'ba. Vvedenie v psikhologiyu individual'nosti. Institut prikladnoy psikhologii [The nature and destiny. Introduction to the psychology of personality. Institute of Applied Psychology]. Moscow, 1995, 126 p. (In Russ)

20. Rusalov V. M. Temperamentvstruktureindividual'nosti cheloveka: differentsial'no-psikhofiziologicheskie i psikhologicheskie issledovaniya [Temperament in the structure of human personality: differential physiological and psychological research]. Moscow, Publishing house of Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, 2012, 528 p. (In Russ)

21. Anan'ev B. G. Izbrannye trudy [v 2-kh t.] [The selected works [in 2 volumes]]. Moscow, Pedagogika Publ., 1980. (In Russ)

22. Il'in E. P. Psikhologiya individual'nykh razlichiy [Psychology of individual differences]. St. Petersburg, Piter Publ., 2011, 701 p. (In Russ)

23. Sudakov K. V. Biologicheskie motivatsii [Biological motivations]. Moscow, Meditsina Publ., 1971, 304 p. (In Russ)

24. Rusalov V. M. Teoreticheskie problemy postroeniya spetsial'noy teorii individual'nosti cheloveka [Theoretical problems of constructing the special theory of human personality]. Psikhologicheskii zhurnal [Psychological journal], 1986, vol. 7, no. 4, pp. 23-35. (In Russ)

25. Pavlova L. P., Romanenko A. F. Sistemnyy podkhod k psikhofiziologicheskomu issledovaniyu mozga cheloveka [A systematic approach to psychophysiological studies of the human brain]. Leningrad, Nauka Publ., 1988, 213 p. (In Russ)

26. Rusalov V. M. Biologicheskie osnovy individual'no-psikhologicheskikh razlichiy [Biological basis of individual psychological differences]. Moscow, Nauka Publ., 1979, 352 p. (In Russ)

27. Khekkhauzen Kh. Motivatsiya i deyatelnost' [v 2 t.] [Motivation and activities [in 2 volumes]]. Moscow, Pedagogika Publ., 1986. (In Russ)

28. Makklelland D. Motivatsiya cheloveka [Motivation of human]. St. Petersburg, Piter Publ., 2007, 672 p. (In Russ)

29. Danilova N. N. Psikhofiziologiya: uchebnik dlya vuzov [Psychophysiology: a Textbook for high schools]. Moscow, Aspekt Press Publ., 2000, 373 p. (In Russ)

30. Denisova Z. V. Mekhanizmy emotsional'nogo povedeniya rebenka [Mechanisms of emotional behavior of the child]. Leningrad, Nauka Publ., 1978, 144 p. (In Russ)

31. Luriya A. R. Mozg cheloveka i psikhicheskie protsessy. T. II. Neyropsikhologicheskii analiz sozna-

tel'noy deyatelnosti [Luria AR The human brain and psychological processes. Vol. II. Neuropsychological analysis of conscious activity]. Moscow, Pedagogika Publ., 1970, 496 p. (In Russ)

32. Morosanova V. I. Lichnostnye aspekty samoregulyatsii proizvol'noy aktivnosti cheloveka [Personal aspects of self-regulation of any human activity]. Psikhologicheskii zhurnal [Psychological journal], 2002, vol. 23, no. 6, pp. 6-17. (In Russ)

33. Pavlov I. P. Pavlovskie sredy [Pavlov's environment]. Moscow-Leningrad, Publ. house of the Academy of Sciences of the USSR, vol. 3. (In Russ)

34. Lomov B. F. Metodologicheskie i teoreticheskie problemy psikhologii [Methodological and theoretical problems of psychology]. Moscow, Nauka Publ., 1984, 445 p. (In Russ)

35. Luriya A. R. Osnovy neyropsikhologii [Basics of neuropsychology]. Moscow, Publ. house of the Moscow University, 1973, 374 p. (In Russ)

36. Siringer S., Deych G. Levyy mozg, pravyy mozg [per. s angl. A. N. Cheprakova] [Left brain, right brain [trans. from English. A. N. Cheprakova]]. Moscow, Mir Publ., 1983, 256 p. (In Russ)

37. Glezerman T. B. Psikhofiziologicheskie osnovy narusheniya myshleniya pri afazii: (Afaziya i intellekt) [Psychophysiological bases of thought disorders in aphasia: (Aphasia and intelligence)]. Moscow, Nauka Publ., 1986, 231 p. (In Russ)

38. Kholodnaya M. A. Psikhologiya intellekta: paradoksy issledovaniya [Psychology of intelligence: paradoxes of research]. Tomsk, Publishing house of Tomsk University, Moscow, Bars Publ., 1997, 392 p. (In Russ)

39. Vygotskiy L. S. Izbrannye psikhologicheskie proizvedeniya [Selected psychological works]. Moscow, 1956, 437 p. (In Russ)

40. Luriya A. R. Yazyki soznaniya [pod red. E. D. Khomskoy] [Language and consciousness [ed. E. D. Khomskoy]]. Moscow, Publ. house of the Moscow University, 1979, 320 p. (In Russ)

41. Kliks F. Probuzhdayushcheesya myshlenie. Istoriya razvitiya chelovecheskogo intellekta [Per. s nem. V. D. Litvina i E. N. Prichepiya] [Awakens thinking. The history of the development of human intelligence [trans. from the German V. D. Litvin and E. N. Prichepiy]]. Kiev, Vishcha shkola, 2nd ed., 1985, 296 p. (In Russ)

42. Itel'son L. B. Lektsii po obshchey psikhologii. Chast' II [Lectures on general psychology. Part II]. Vladimir, 1972, 596 p. (In Russ)

43. Bruner Dzh. Psikhologiya poznaniya [per. s angl. K. I. Babitskogo] [Cognition [trans. from English K. I. Babitsky]]. Moscow, Progress Publ., 1977, 413 p. (In Russ)

## СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПРИРОДУ ТЕМПЕРАМЕНТУ, ЙОГО СТРУКТУРУ І ВЛАСТИВОСТІ

Б. К. Пашнев

Практичний психолог

**Анотація.** На основі аналізу сучасних підходів до розуміння природи темпераменту показана можливість конструювання нової психодіагностичної методики для дослідження властивостей темпераменту. Визначено компоненти та характеристики темпераменту згідно з літературними даними. У даній статті, на основі аналізу сучасних уявлень про природу темпераменту, його структуру і властивості розкрито теоретичні можливості розробки нової психодіагностичної методики для дослідження властивостей темпераменту.

**Ключові слова:** темперамент, властивості темпераменту, психодіагностичні методики.

## MODERN IDEAS ABOUT THE NATURE OF TEMPERAMENT, STRUCTURE AND PROPERTIES

B. K. Pashnev

Practical psychologist

**Summary.** We showed the possibility of constructing a new psychodiagnostic method for the study of properties of temperament based on the analysis of modern approaches to understanding the nature of temperament. We described components and temperament characteristics according to the literature. In this article, based on the analysis of modern ideas about the nature of temperament, structure and properties disclosed theoretical possibility of developing new psychodiagnostic methods for the study of properties of temperament.

**Key words:** temperament, characteristics of temperament, psychodiagnostic methods.

УДК 616. 89:159.9:615.851



## ВИЗНАЧЕННЯ МІШЕНЕЙ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НА МОМЕНТ ПРОХОДЖЕННЯ СЛУЖБИ

Р. П. Шевченко

Одеський національний морський університет

**Анотація.** У статті описано психоемоційний стан військовослужбовців та співробітників Збройних Сил України. У якості основної групи були обрані 176 військовослужбовців із невротичними розладами. Для постанови діагнозу використовували клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи. Визначено механізми психологічного захисту, що використовували як мішені у психокорекційній програмі. Запропоновано схему проведення психокорекційного тренінгу в окремій клінічній групі, а також визначено її критерії ефективності.

**Ключові слова:** психоемоційний стан, військовослужбовці, невротичні розлади, психокорекційні заходи, механізми психологічного захисту, психічне здоров'я.

### Вступ

Високий динамізм сучасного суспільства, вдосконалення інформаційних технологій, науково-технічні досягнення обумовлюють зростання рівня психоемоційної напруги, ускладнення структури поведінки особистості й, зрештою, висувають жорсткі вимоги до інтегративної діяльності всіх процесів психічної сфери в цілому [1, 2].

Згідно з висновками ВООЗ до першочергових завдань щодо покращення психічного здоров'я належать «... забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб з надання допомоги хворим на хронічні неінфекційні захворювання, які мають проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям» [2].

Дослідження останнього десятиріччя свідчать про тенденцію погіршення в Україні психічного здоров'я населення. За 10 років (2000–2010 рр.) в Україні відбулося збільшення поширеності психічних розладів з 2271,0 до 2430,9 і захворюваності – з 248,0 до 260,7 на 100 тис. населення [3]. При цьому спостерігається зростання кількості несприятливими екологічними умовами, істотними змінами виробничих відношень, соціально-психологічних стереотипів і цінностей в умовах кризи та ринкових перетворень [3].

Високим ступенем поширеності серед несприятливої патології характеризуються невротичні розлади. Захворювання невротичного кола переважно вражають осіб працездатного віку, і, хоча розлади мають функціональний характер, нерідко вони призводять до тривалого та рецидивуючого зниження працездатності, суттєво знижують якість життя хворих і їх оточуючих [4]. Значна поширеність невротичних розладів серед людей працездатного віку, довготривала

втрата працездатності, зв'язок цієї патології з соціально-політичними змінами свідчать, що це не тільки медична, а й нагальна соціальна проблема [2].

Особливу увагу звертає на себе психічний стан військовослужбовців. Протягом 2000–2013 рр. спостерігалось загальне зростання захворюваності військовослужбовців, що призводить до зниження бойової можливості та збільшення необхідних витрат на лікування [5–9].

Військова служба є особливим видом діяльності людини, яка й у мирний час відрізняється від громадських професій тим, що військовослужбовці значно частіше зустрічаються з високим психічним та фізичним навантаженням на своєму робочому місці. Для військової служби характерна щоденна необхідність постійної готовності до виконання службових завдань, потреба відповідати високим, а часто – й надвисоким вимогам [10].

Військовослужбовці, які знаходяться в умовах постійного соціального та бойового стресу, повинні мати високий адаптаційний потенціал [10]. В іншому випадку велике психічне напруження на фоні фізичного навантаження та виснаження функціональних резервів організму сприяють порушенню нервово-психічного та соматичного стану людини, розвитку невротичних розладів та зниженню професійного довголіття [10].

### Мета дослідження

Визначення мішеней психокорекційних втручань у військовослужбовців з невротичними розладами.

### Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди із дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2008–2014 рр. обстежено 457 військовослужбовців. У дослідженні взяли участь 176 військовослужбовців Збройних Сил України



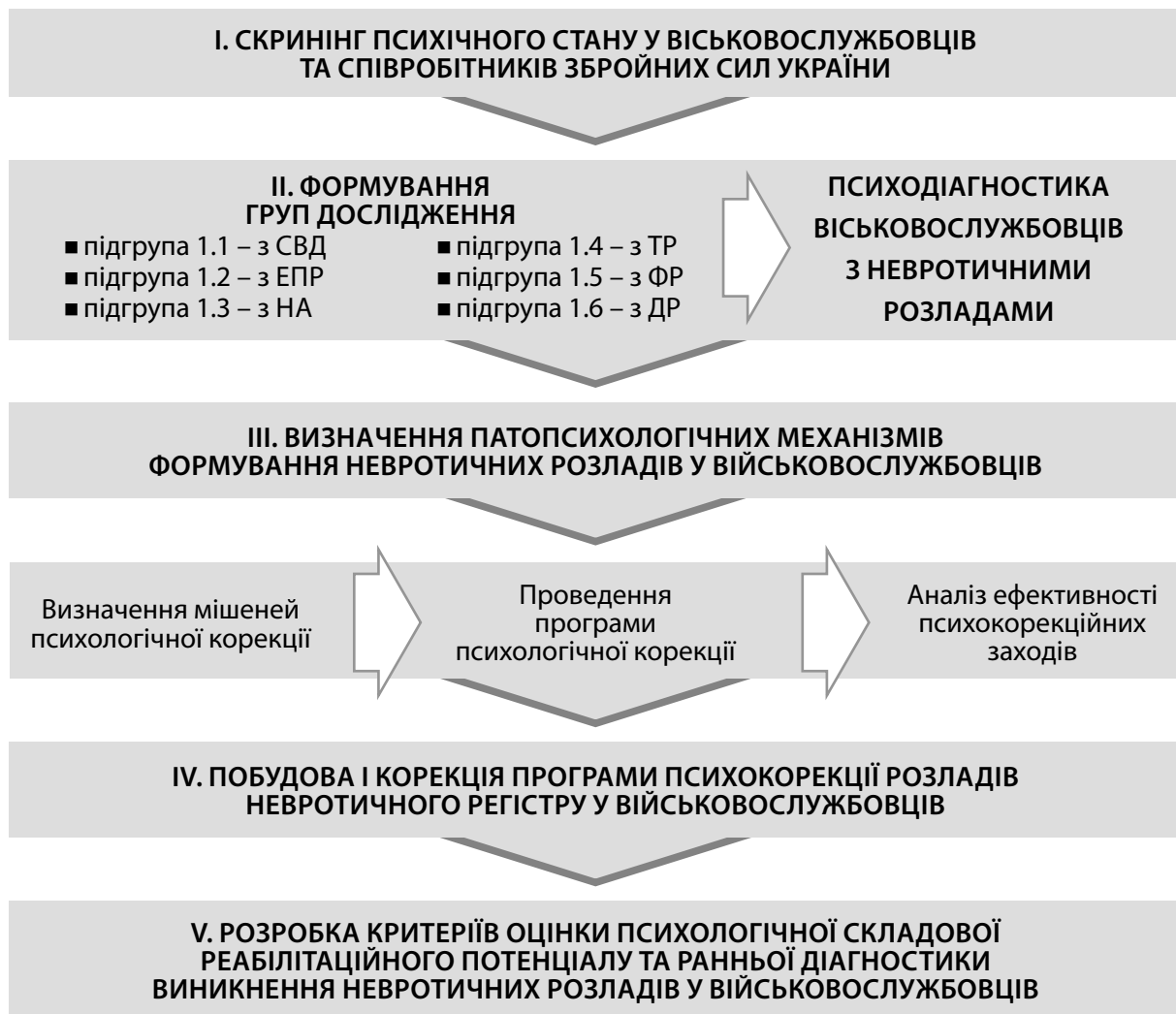


Рис. 1. Етапи дослідження

Примітки:

СВД – соматоформна вегетативна дисфункція, ЕПР – епізодичні пароксизмальні розлади, НА – неврастенія, ТР – тривожні розлади, ФБ – фобічні розлади, ДР – дисоціативні розлади.

м. Одеса, які страждали на невротичні розлади. Дослідження проводилося у декілька етапів, послідовність яких відображено на **рис. 1**.

Основну групу склали військовослужбовці з невротичними розладами (176 осіб), з яких підгрупи втручання склали: 44 особи з соматоформною вегетативною дисфункцією (СВД – підгрупа 1.1), 30 осіб – з епізодичними пароксизмальними розладами (ЕПР, зокрема, панічні атаки – підгрупа 1.2), 33 особи з неврастенією (НА – підгрупа 1.3), 38 осіб – з тривожними розладами (ТР – підгрупа 1.4), 16 осіб – з фобічними розладами (ФР – підгрупа 1.5) та 15 осіб – з дисоціативними розладами (ДР – підгрупа 1.6).

За допомогою проведеного скринінгу стану військовослужбовців Збройних Сил України у 2008–2014 рр. були отримані дані, які свідчать про наявність проблем як в робочому процесі, так і у побудові міжособистісних відносин, зокрема, в сім'ї. Особливу увагу

звернув на себе контингент військовослужбовців з невротичними розладами, які мають широкий спектр скарг щодо стану здоров'я. Аналізуючи отримані первинні дані, було сформовано дослідження визначення причин патопсихологічних механізмів формування невротичних розладів у військовослужбовців та подальша розробка психологічної корекції цих станів. Дослідження проводилося у декілька етапів. Перший етап – скринінгу психічного стану військовослужбовців. Другий етап – багатостороннє дослідження стану психоемоційної сфери, стану індивідуально-типологічних особливостей, патернів поведінки військовослужбовців.

Психічні стани людини характеризуються цілісністю, рухливістю і відносною стійкістю, взаємозв'язком із психічними процесами та властивостями особистості, індивідуальними своєрідністю і типовістю, крайнім різноманіттям, полярністю.

Психічні стани мають відносну стійкість, їх динаміка менш виражена, ніж динаміка психічних процесів (пізнавальних, вольових, емоційних). При цьому психічні процеси, стани і властивості особистості найтіснішим чином взаємопов'язані між собою. Психічні стани впливають на психічні процеси, на тлі яких й відбувається їх перебіг.

У той же час вони виступають як «будівельний матеріал» для формування якостей особистості, передусім, характерологічних. Із з'єднання фундаментальних емоцій виникає такий комплексний емоційний стан, як тривожність, що може поєднувати в собі й страх, й гнів, й провину, й інтерес-збудження. «Тривожність – це схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги: один з основних параметрів індивідуальних відмінностей».

Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної діяльності особистості. У кожної людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для нього істотним компонентом самоконтролю і самовиховання. Однак підвищений рівень тривожності є суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості.

Прояви тривожності в різних ситуаціях не однакові. В одних випадках людина схильна поводитися тривожно завжди і скрізь, в інших вона виявляє тривожність лише час від часу, залежно від обставин, що складаються. Ситуативно стійкі прояви тривожності прийнято називати особистісними і пов'язувати з наявністю у людини відповідної особистісної риси (так звана «особистісна тривожність»). Це стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожну з них певною реакцією.

Як схильність, особистісна тривожність активізується під час сприйняття певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні, пов'язані зі специфічними ситуаціями загрози його престижу, самооцінці, самоповазі. Ситуативно мінливі прояви тривожності називають ситуативними, а особливість особистості виявляє такого роду тривожність, як «ситуаційна тривожність». Цей стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Такий стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію

і може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі.

Тривога в ситуації інвалідності має стійкий характер, і з часом може змінюватися тільки ступінь її виразності. Тривожність як властивість особистості та тривога як ситуативний стан взаємно обумовлюють одна одну, оскільки особистісної тривожності без її ситуативних проявів не відзначається. Це підтверджено високою позитивною кореляцією цих факторів, виявленою у дослідженні Н.Л.Амінова і В.М.Азарова. Ними було доведено, що чим більше виражена тривожність як риса особистості, тим вище ситуативна тривожність.

Також на сьогодні приділяється особлива увага проблемі психосоматичних розладів у військовослужбовців, що потребують, у свою чергу, міждисциплінарного обговорення.

За методикою діагностики самооцінки тривоги Ч.Д.Спілбергера та Ю.Л.Ханіна було проведено порівняльну оцінку реактивної тривоги (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) в групах військовослужбовців з невротичними та психосоматичними розладами (табл. 1).

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

Вивчення стану емоційної сфери за даними опитувальника Ч.Д.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна у військовослужбовців з невротичними розладами показало, що для цієї групи характерні високі показники реактивної тривоги у 77,84 % (137 особи), де середній показник виразності дорівнює  $43,20 \pm 0,59$ . Були отримані достовірні відмінності щодо розподілу одержаних результатів у підгрупах втручання осіб з невротичними розладами. Найвищі показники реактивної тривоги – у 93,94 % – в підгрупі 1.4 (особи з тривожними розладами), у 78,95 % – у підгрупі 1.3 (особи з неврастенією), у 77,27 % – у підгрупі 1.1 (особи з СВД), у 75,00 % – у підгрупі 1.5 (особи з фобічними розладами), у 73,33 % – у підгрупі 1.6 (особи з дисоціативними розладами) та у 63,33 % – у підгрупі 1.2 (особи з епізодичними пароксизмальними розладами).

Аналіз розподілу рівня особистісної тривожності (ОТ) не показав достовірних відмінностей в групі втручання 1. Середній показник ОТ мав  $41,10 \pm 1,43$  у 56,82 %. Високий рівень ОТ спостерігався у 70,46 % у підгрупі 1.1, у 56,26 % у підгрупі 1.6, у 55,26 % у підгрупі 1.3, у 54,55 % у підгрупі 1.4 та у 46,67 % у підгрупах 1.2 і 1.6.

Насамперед, тривожна ситуативна реакція обстежених групи втручання відображає адаптування військовослужбовців Збройних Сил України до пропонованих соціальним

Таблиця 1

Розподіл рівнів реактивної тривоги та особистісної тривожності у військовослужбовців з невротичними розладами (за даними методики Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна)

Рівень	Група 1												Загальний показник n = 176		
	Підгрупа 1.1 (СВД) n = 44		Підгрупа 1.2 (ЕПР) n = 30		Підгрупа 1.3 (НА) n = 38		Підгрупа 1.4 (ТР) n = 33		Підгрупа 1.5 (ФР) n = 16		Підгрупа 1.6 (ДР) n = 15		μ ± m	Абс. к-ть	%
	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%			
Реактивна тривога															
Високий	34	77,27	19	63,33	30	78,95	31	93,94	12	75,00	11	73,33	43,20 ± 0,59	137	77,84
Помірний	4	9,09	8	26,67	6	15,79	2	6,06	2	12,50	3	20,00	28,70 ± 1,76	25	14,20
Низький	6	13,64	3	10,00	2	5,26	0	0,00	2	12,50	1	6,67	20,50 ± 1,08	14	7,95
Особистісна тривожність															
Високий	31	70,46	14	46,67	21	55,26	18	54,55	9	56,25	7	46,67	41,10 ± 1,43	100	56,82
Помірний	8	18,18	10	33,33	9	23,69	12	36,36	4	25,00	6	40,00	26,50 ± 1,23	49	27,84
Низький	5	11,36	6	20,00	8	21,05	3	9,09	3	18,75	2	13,33	2	27	15,34

середовищем вимог. Складне адаптування до нових соціальних умов життєдіяльності та зміни навантаження призводить до зміни загального показника якості життя. Така реакція спонукає до дестабілізації емоційного стану особистості та погіршення загального стану, до зниження рівня працездатності та якості життя.

Отже, зазначимо, що у військовослужбовців з невротичними розладами тривога проявлялася у виникненні труднощів у робочому (професійному) процесі.

Наступним діагностичним напрямком було визначення механізмів захисту (МЗ) в ієрархії системи психологічного захисту військовослужбовців з невротичними та психосоматичними розладами. Особлива ситуація підвищення активності виникає в умовах внутрішньоособистісного конфлікту і в складних ситуаціях загострення міжособистісних відносин. Тут вмикають дію відповідні психологічні механізми. Серед них виявляється механізм психологічного захисту. Він, по суті, створює інтрапсихічний механізм переформування особистості як малозрозумілого зіткнення суперечливих потреб, мотивів і відносин.

Сучасні уявлення про «нормальну», розвинутому систему психологічного захисту передбачають оцінку таких характеристик:

- адекватність захисту (людина може відновитися після тієї чи іншої несвідомої захисної реакції і після цього обговорювати її);
- гнучкість захисту (людина може використовувати різні види захисних реакцій у пев-

ній, типовій для неї, ситуації загрози, тобто «репертуар» її захисної поведінки не заданий занадто жорстко);

– зрілість захисту (відносно більш зрілими вважаються механізми інтелектуалізації, сублімації, придушення, раціоналізації, зміщення без частого вдавання до більш примітивних форм проекції, заперечення).

Існування захистів дозволяє побічно виміряти рівні внутрішньоособистісного конфлікту, тобто дезадаптовані люди повинні використовувати захист більшою мірою, ніж адаптовані особистості. Захисні механізми намагаються звести до мінімального негативні, травмуючі особистість переживання. Ці переживання в основному пов'язані з внутрішніми або зовнішніми конфліктами, станами тривоги чи дискомфорту. МЗ допомагають нам зберегти стабільність своєї самооцінки, уявлень про себе і про світ. Так само вони виступають у ролі буферів, намагаючись не допустити дуже близько до нашої свідомості надто сильні розчарування і загрози, які приносять нам життя. У тих випадках, коли неможливо впоратися з тривогою або страхом, захисні механізми викривляють реальну дійсність з метою збереження нашого психологічного здоров'я і нас самих як особистості.

Для визначення форм психологічного захисту у військовослужбовців груп втручання з невротичними розладами був використаний опитувальник Р.Плутчика – Г.Келлермана – Х.Р.Конте «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index, табл. 2).

Таблиця 2

## Середньостатистичні дані механізмів психологічного захисту в групі втручання 1 з невротичними розладами (за даними методики «Індекс життєвого стилю»)

Шкали	ГВ 1, особи з невротичними розладами					
	Підгрупа 1.1 (СВД) n = 44	Підгрупа 1.2 (ЕПР) n = 30	Підгрупа 1.3 (НА) n = 38	Підгрупа 1.4 (ТР) n = 33	Підгрупа 1.5 (ФР) n = 16	Підгрупа 1.6 (ДР) n = 15
	$\mu \pm m$	$\mu \pm m$	$\mu \pm m$	$\mu \pm m$	$\mu \pm m$	$\mu \pm m$
Заперечення	18,70 ± 2,09	21,70 ± 3,58	16,70 ± 1,98	19,30 ± 1,25	20,80 ± 2,08	18,20 ± 1,76
Пригнічення / витіснення	71,50 ± 2,76	64,50 ± 2,96	74,50 ± 2,47	69,40 ± 2,34	72,30 ± 2,11	70,60 ± 2,91
Регресія	21,20 ± 2,12	18,50 ± 3,68	13,80 ± 1,76	15,40 ± 1,05	21,40 ± 2,03	19,60 ± 2,72
Компенсація	76,30 ± 2,34	72,20 ± 4,63	84,30 ± 2,85	76,30 ± 2,69	78,50 ± 2,47	77,10 ± 2,74
Проекція	72,10 ± 3,09	63,10 ± 3,82	76,30 ± 3,01	70,20 ± 2,56	68,90 ± 2,61	71,60 ± 2,85
Заміщення	15,40 ± 2,06	23,30 ± 3,11	19,70 ± 2,07	14,70 ± 2,82	17,30 ± 1,96	18,30 ± 2,39
Раціоналізація	90,70 ± 3,21	95,30 ± 3,05	87,60 ± 2,54	91,20 ± 3,04	86,90 ± 3,28	90,10 ± 3,47
Реактивне утворення	25,17 ± 1,98	36,50 ± 3,74	21,70 ± 1,93	26,40 ± 1,74	22,50 ± 1,84	25,30 ± 1,58

Підбиваючи підсумок отриманих результатів провідних механізмів психологічного захисту у військовослужбовців з невротичними розладами, визначено характерні деструктивні та конструктивні МЗ:

– до деструктивних механізмів належать «витіснення» та «проекція». Суть механізму витіснення полягає у виключенні зі свідомості змісту травмуючої події та пов'язаних з нею емоцій. Придушення розвивається для стримування емоції страху, прояви якої неприйнятні для позитивного самосприйняття, а також загрожують потраплянням в пряму залежність від агресора. Тобто для осіб з неврастенією характерне приховування від себе факту негативного досвіду (зокрема, тяжкості стану). Страх блокується за допомогою забування реального стимулу, що викликав страх, а також усіх об'єктів, фактів і обставин, асоціативно пов'язаних з ним. При цьому МЗ «проекція» допомагає стримувати почуття неприйняття себе та оточуючих як результату емоційного відкидання з їхнього боку. Вона допомагає їм впоратися зі страхом самонесприйняття у відповідь на поведінку інших, приписати оточуючим різні негативні якості як раціональну основу для їх несприйняття та самосприйняття на цьому фоні;

– до конструктивних МЗ належать «компенсація» і «раціоналізація». Щодо психологічного захисту «компенсації», то цей механізм допомагає військовослужбовцям з невротичними розладами у подоланні реальних чи уявних недовіків. Використовується, як правило, свідомо і призначений

для стримування емоції печалі, горя з приводу втрати або страху втрати. Враховуючи, що механізм психологічного захисту відіграє роль регулятора внутрішньоособистісного балансу за рахунок гасіння домінуючою емоції, в цьому випадку він дозволяє досягти значних результатів в обраних для цього видах діяльності через наполегливу роботу над самовдосконаленням свого тіла, здоров'я, можливостей.

Розвиток цього МЗ пов'язаний із засвоєнням «вищих соціальних (моральних) цінностей». Високі показники цього механізму відіграють роль у розвитку стримування емоції радості володіння певним цінним об'єктом і можливостями використання його. Цей механізм передбачає реалізацію в поведінці прямо протилежної установки. Останнім МЗ є «раціоналізація», завдяки якій можна знайти правдоподібні причини, що виправдовують думки, почуття, спонукання, поведінку, що насправді неприйнятні. При цьому «раціоналізація» допомагає зберегти самоповагу та уникнути відповідальності і провини.

### Висновки

З урахуванням результатів психодіагностичного дослідження визначені мішені психокорекційного втручання у військовослужбовців з невротичними розладами, що склалися з загальних блоків «Психоосвітні бесіди» і «Стабілізація психоемоційного стану». Робота спрямована на формування навичок конструктивної організації діяльності та реагування на подолання стрес-ситуацій (від 2 до 4 тижнів); пріоритетною є робота з

самооцінкою та індивідуально-типологічною сферою (від 3 до 5 тижнів). Оцінка ефективності впровадженої диференційованої системи психокорекції включала у себе рівень реактивної тривоги, стан шкали «Адаптив-

ність», рівень мотиваційної спрямованості на успіх та рівень якості життя. Головним показником ефективності вважалася стабілізація соціально-психологічних показників (рівень якості життя та соціальна адаптація).

### Література

1. Aleksandrovskiy Yu. A., Bardenshteyn L. M., Avedisova A. S. Psikhofarmakoterapiya pogranichnykh psikhicheskikh rasstroystv [Psychopharmacotherapy borderline mental disorders]. Moscow, GEOTAR Medicine Publ., 2000, 250 p. (In Russ.)
2. Serdjuk O. I. Nepsyhotychni formy porushen' psyhichnoi' sfery u hvoryh na hronichni somatychni zahvorjuvannja (klinika, systematyka, kryterii' diagnostyky ta pryncypy terapii'): dys. doktora med. nauk: 14.01.16 [Non-psychotic forms of mental sphere in patients with chronic somatic diseases (clinic, taxonomy, diagnostic criteria and treatment principles): ... Dr. med. Sci.: 14.01.16. Diss.]. Kharkov, 2003, 439 p. (In Ukr.)
3. Maruta N. A. Kliniko-psikhopatologicheskie osobenosti i printsipy terapii nevroticheskikh depressiy [Clinical and psychopathological features and principles of treatment of neurotic depression]. Ukr. visn. psyhonevrologii', 2002, vol. 10, issue 2, pp. 210-214. (In Russ.)
4. Fedchenko V. Ju. Rol' suchasnyh faktoriv travmatyzacii' v g'nezi nevrotichnyh rozladiv: avtoref. ... dys. na zdobuttja nauk stupenja kandydata med. nauk: spec. 14.01.16 «Psihiatrija» [The role of modern trauma factors in the genesis of neurotic disorders. Candidate of medical sci. Sci. specials. 14.01.16 «Psychiatry». Autoabstract diss.]. Kharkov, 2003, 1 [1] p. (In Ukr.)
5. Maruta N. O., Demchenko V. A., Dombrov'ska V. V. Organizacija suspil'no orijentovanoi' psyhiatrychnoi' dopomogy doroslomu naselennju Ukraїny [Organization socially oriented mental health care for adults Ukraine]. Kiev - Kharkov, 2012, 136 p. (In Ukr.)
6. Hobzej M. K., Voloshyn P. V., Maruta N. O. Social'no-orijentovana psyhiatrychna dopomoga v Ukraїni: problemy ta rishennja [Socio-oriented psychiatric care in Ukraine: problems and solutions]. Ukraїn's'kyj visnyk psyhonevrologii', Kharkov, Publ. house of Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction Medical Sciences of Ukraine, 2010, vol. 18, no. 3, pp. 10-14. (In Ukr.)
7. Maruta N. O. Stan psyhichnogo zdorov'ja naselennja ta psyhiatrychnoi' dopomogy v Ukraїni [Mental health and mental health care in Ukraine]. NeyroNews, 2010, no. 5, pp. 83-90. (In Ukr.)
8. Naprjejenko O. K. Psyhiatrychna nauka v Ukraїni u 2013 ta naprjamky vdoskonalennja (za danymy Problemnoi' komisii' «Psihiatrija» MOZ i NAMN Ukraїny) [Psychiatric science in Ukraine in 2013 and areas for improvement (according to the Problem Commission «Psychiatry» Ministry of Health and Medical Science of Ukraine)]. Ukr. Visnyk psyhonevrologii', 2014, vol. 22, issue 1, no. (78)2, pp. 18-22. (In Ukr.)
9. Aleksandrovskij Ju. A. Pogranichnye psyhicheskye rasstrojstva: [rukovodstvo dlja vrachej] [Boundary mental disorders: [a guide for physicians]]. 4th ed., Moscow, GEOTAR Medicine Publ., 2007, 720 p. (In Russ.)
10. Mikhaylik O. P. Dezadaptatsionnye sostoyaniya i ikh psikhoterapiya u kursantov vysshikh voennykh uchebnykh zavedeniy Vnutrennikh voysk MVD Ukraїny: diss. kandidata med. nauk: 19.00.04 [Disadaptation state and psychotherapy at cadets of higher military educational institutions of Ukraine's Interior Ministry troops: Candidate of medical sci. 19.00.04. Diss.]. Kharkov, 2011, 160 p. (In Russ.)

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИШЕНЕЙ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА МОМЕНТ ПРОХОЖДЕНИЯ СЛУЖБЫ

Р. П. Шевченко

Одесский национальный морской университет

**Аннотация.** В статье описано психоэмоциональное состояние военнослужащих и сотрудников Вооруженных сил Украины. В качестве основной группы были отобраны 176 военнослужащих, страдающих невротическими расстройствами. Для установления диагноза использовались психопатологический и психодиагностический методы. Определены механизмы психологической защиты, которые входят в основу мишеней психокоррекционной программы. Предложена схема проведения психокоррекционного тренинга в отдельной клинической группе, а также определены ее критерии эффективности

**Ключевые слова:** психоэмоциональное состояние, военнослужащие, невротические расстройства, психокоррекционные мероприятия, механизмы психологической защиты, психическое здоровье.

### TARGET DETECTION OF PSYCHOCORRECTION IN MILITARY MEN SAFERING FROM NEUROTIC DISORDERS

R. P. Schevchenko

Odesa National Maritime University

**Summary.** In this article we describe the results of a study of psycho-emotional state of the military men's and the Armed Forces staff of Ukraine. 176 military men suffering from neurotic disorders were selected as basis group. They were observed with clinico-psychopathological and psychodiagnostic methods. Found psychological defense mechanisms that are the basis of the program of psychological correction. Proposed a scheme of trainings psycho-correction in separate clinical group, found its effectiveness criteria.

**Key words:** psycho-emotional state, military men's, neurotic disorders, of psychological correction, psychological defense mechanisms, quality life.

УДК 616.853-053.2-084-08(477)



Л. Ф. Шестопалова



І. В. Лінський



О. О. Бородавко



М. М. Денисенко

## ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ПІДПОРОГОВИХ ВІЗУАЛЬНИХ ВЕРБАЛЬНИХ СТИМУЛІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЕМОЦІЙНОЇ ЗНАЧУЩОСТІ

Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський, О. О. Бородавко, М. М. Денисенко  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

**Анотація.** У статті визначено особливості сприйняття підпорогових візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості та характером їх емоційного забарвлення. Показано, що пороги впізнання емоційно значущих слів достовірно нижчі, ніж нейтральних. Виявлено зв'язок між підпороговим пред'явленням візуальних вербальних стимулів та ефективністю їх впізнання серед інших, наочно представлених слів. Перцепція емоційно значущих стимулів, що пред'являються у підпороговому вигляді, супроводжується значним зниженням порогів їх упізнання.

**Ключові слова:** візуальні вербальні стимули, умови подання, тахістоскопія, підпорогове сприйняття, психодіагностика.

### Вступ

Однією з проблем, що викликає значний інтерес у дослідників у сучасній психологічній науці, є вивчення неусвідомлених психічних явищ, перш за все, закономірностей та механізмів їх функціонування, місця у реалізації психічної діяльності, характер їх зв'язку з усвідомлюваними психічними процесами [1–19]. Перші експериментальні психологічні дослідження, спрямовані на вивчення неусвідомлюваного сприйняття, являли собою спроби виявити порогову різницю між двома індикаторами: один з них – показник усвідомлення стимулу, інший – показник підпорогового (відносно усвідомлення) ефекту цього стимулу. Різниця у пороговій величині цих двох індикаторів становить область неусвідомлюваного, в межах якої зовнішній стимул може викликати вегетативні та біоелектричні реакції, а також впливати на поведінкові та психічні функції людини [1, 3, 4, 9–12].

Враховуючи те, що про факт усвідомлення стимулу у цих експериментах суб'єкт повідомляв у словесному звіті або за допомогою довільної рухової реакції, найбільші теоретичні та методичні труднощі вивчення порогів неусвідомлених стимулів, на думку багатьох дослідників, пов'язані з особливостями свідомих процесів, що опосередковують прийняття рішення про наявність стимулу. Показано, що формування критерію,

на підставі якого опитуваний приймає рішення про наявність стимулу, визначається багатьма факторами: інструкцією експериментатора, умовами досвіду, наявністю або відсутністю позитивного і негативного підкріплення, розміром того й іншого, ставленням досліджуваного до підкріплення і взагалі до експерименту, його характерологічними особливостями [9–10]. Таким чином, було прийнято, що для впевненої констатації в експериментальних дослідженнях факту неусвідомленого сприйняття обов'язковим є дотримання таких трьох критеріїв: а) параметри стимулу повинні бути значно нижчі порогу впізнання, б) протягом усього дослідження в багаторазово повторюваних пробах стимул жодного разу не повинен усвідомлюватися і в) необхідно виявити не тільки кількісні, але й якісні відмінності між зареєстрованими фізіологічними реакціями на усвідомлювані та неусвідомлювані стимули. Останній критерій є визначальним для доказу факту наявності неусвідомлюваного сприйняття [11, 12].

Експериментальне дослідження феномену неусвідомленого сприйняття словесних стимулів уперше було здійснено групою психологів New Look у 1944 р. [14]. У цьому експерименті було показано, що у практично здорових людей (студентів) поріг впізнання

емоційно неприємних табу-слів при їх такістоскопічному пред'явленні значно вищій, ніж нейтральних. При цьому табу-слова викликали шкірно-гальванічні реакції при таких коротких експозиціях, коли досліджувані ще не могли правильно їх назвати; якщо студенти і висловлювали припущення про табу-слова, то вони зазвичай не були пов'язані з експонованим словом [14].

Інші дослідники, які спостерігали в експерименті підвищення порогу впізнання емоційно значущих слів, складів або інших об'єктів (наприклад, зображення особи), реєстрували різні біоелектричні та вегетативні реакції на стимули, ще неусвідомлювані суб'єктом, або ж відзначали їх вплив на мотивацію, оцінку величини або характеру запропонованих у подальшому на надпороговому, усвідомлюваному рівні тест-об'єктів, на утримання уявлень, образів, фантазій, на мнемонічні здібності, на прийняття рішення про вибір реакції [3–5, 18]. Зокрема, в серії досліджень реєструвалися коркові викликані потенціали на окремі слова, які досліджувані не могли прочитати, тому що на екрані вони були невеликої яскравості та пред'являлися на дуже короткий час (12–15 мс). Була виявлена чітка різниця у величині пізніх компонентів коркової відповіді на нейтральні та емоційно значущі слова [4].

Підпороговий ефект неусвідомлюваних стимулів (зокрема, емоційно значущих слів) у цих дослідженнях проявлявся тільки у випадках підвищення порогів їх впізнання. Це дало підставу вважати, що неусвідомлюване сприйняття і феномен перцептивного захисту (підвищення порога усвідомлення) являють собою «дві сторони однієї медалі» [9].

Більшість фактів семантичного диференціювання на неусвідомлюваному рівні були отримані під час вивчення феномену «психологічного захисту», який проявлявся у підвищенні порогів усвідомлення емоційно значущою словесної інформації. Разом з тим існували дослідження, в яких явище неусвідомлюваного семантичного аналізу спостерігалось зі стимулами, які не мають для суб'єкта особливого емоційного значення. Ці експерименти стосувалися вивчення особливостей сприйняття в осіб з так званим синдромом «ігнорування», який з'являється в результаті ураження правої півкулі головного мозку [16, 17]. Окремі слова нейтрального змісту, що пред'являлись в «ігнорованих» ділянках поля зору, зберігались в пам'яті у формі priming, коли їх вербальний опис та усвідомлення не відбувалися, проте вони піддавалися семантичному аналізу і впливали на когнітивну діяльність, що відб-

увалася на свідомому рівні. Висловлюється припущення, що здійснення семантичного аналізу на неусвідомлюваному рівні має місце і у здорової людини, у випадку, коли словесні стимули діють поза фокусом уваги [18].

Таким чином, мають місце дані про реальність семантичного аналізу на неусвідомлюваному рівні не тільки у випадках психологічного захисту при підвищенні порога усвідомлення емоційно значущих слів, а й у випадках дії вербальних стимулів поза полем фокусування уваги суб'єкта. Однак далеко не завжди наводяться переконливі докази того, що словесний стимул хоча б частково не усвідомлюється, і внаслідок індивідуальних особливостей випробуваного не повідомляється їм, тому що випробуваний не повністю впевнений у наявності цього стимулу [9].

Особливу увагу проблемі семантичного аналізу неусвідомлюваних стимулів приділено в роботах І.В. Смирнова [7–8]. У його дослідженнях поняття «семантичний» у загальному вигляді поширюється на будь-який стимул, який може бути диференційований психікою і здатний викликати, окрім орієнтувальної реакції, якусь іншу реакцію. Останнє можливо в тому випадку, коли в психічній сфері є апарат семантичних елементів, серед яких присутні елементи, схожі за будь-якими ознаками з аналізованим стимулом. Ці схожі елементи і визначають семантику, тобто смисл стимулу [8].

Формулюючи основні положення концептуальної моделі психіки, І.В. Смирнов зазначає, що на початковому етапі її використання немає необхідності включати до логічного процесу інші категорії психічного (свідомість, волю, емоції та ін.), передбачається, що вони є похідними від взаємодії семантичних елементів пам'яті [8].

Відповідно до цієї концепції, усі категорії психічного є дериватами багатовимірних зв'язків пам'яті, що являє собою безперервну семантичну систему з багатовимірними зв'язками між її елементами, що здатна до самоорганізації. Семантична пам'ять може бути представлена як статичний континуум, тільки якщо вона пасивна (наприклад, у стані глибокого наркозу). В активній формі пам'ять є безперервно флюктуючим процесом взаємодії семантичних елементів.

Психосемантичні елементи являють собою суто інформаційні утворення, кожне з яких в активній пам'яті не може існувати саме по собі, але тільки у зв'язку з іншими елементами. Кількісна представленість одного психосемантичного елемента в різних вимірах семантичної пам'яті (або кількість його зв'язків з іншими елементами) може бути виміряна експери-

ментально і відповідає емпіричному поняттю «значущість сигналу». При цьому не має значення, яка фізична природа носія семантичних елементів психіки (нейрохімічний код або незатухаючі реверберації збудження) [8].

Дискретною змінною співвідношень семантичних елементів є категорія «стан», яку можна представити як сукупність конкретних параметрів, доступних виміру (у край спрощеному вигляді це описується як емоційний стан, дисоційований стан та ін.). Процес сприйняття інформації (тобто її категоризація, семантизація), відбувається в будь-якому стані біооб'єкта, якщо в цьому стані має місце градієнт реакцій морфологічного субстрату-носія, що визначається смисловим змістом стимулів. Кожна одного разу сприйнята інформація набуває психосемантичних еквівалентів, сукупність яких накопичується у міру розвитку особистості і становить сутність явища відбиття, тобто внутрішню картину світу [8].

Процес пам'яті безперервний: його не можна розірвати, окрім як зруйнувавши матеріальний субстрат пам'яті. Цей процес може бути зупинений будь-якими впливами, що пригнічують функції носія пам'яті (наприклад, за допомогою отрут, дії яких спрямовані на нейрональні структури). Кожний n-мірний вимір пам'яті є програмним забезпеченням поведінки; сукупність таких розподілених у семантичному просторі матриць становить певну категорію психічного і може бути описана як особистість, свідомість, мотив і т. д. [8].

Таким чином, концептуальні положення І.В.Смирнова щодо феномену семантичної пам'яті та психіки, в цілому, можуть слугувати плідним підґрунтям для подальшого вивчення механізмів функціонування неусвідомлюваних психічних процесів.

#### **Мета дослідження**

Вивчення особливостей сприйняття підпорогових візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості.

#### **Матеріали та методи дослідження**

У дослідженні взяли участь 40 осіб віком від 17 до 21 року (середній вік становив  $18,58 \pm 0,16$  років). Серед них було 6 (15,00%) чоловіків та 34 (85,00%) жінки. У ході дослідження застосовувались методи спостереження, бесіда, психодіагностичний та математико-статистичний. Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою методики сублімінальної (підсвідомої) психодіагностики та психокорекції, що передбачає застосування відповідного програмного забезпечення. Ця методика включала спеціально розроблену комп'ютерну про-

граму ReaderSB1308 not bold, що дозволяє здійснювати тахістоскопічну демонстрацію аудіовізуальних стимулів (слів) з діапазоном зміни часу їх демонстрації 10–200 мс і можливістю окремої оцінки часу визначення положення візуального стимулу (слова) та часу його розпізнавання.

Проведення діагностичної процедури за допомогою цієї програми передбачає обов'язкове дотримання певних технічних та організаційних умов. Так, основною технічною умовою тестування є відповідність частоти кадрової розгортки відеокарти комп'ютера і монітора 100 Гц. Основною організаційною умовою є необхідність проведення трьох тренувальних сеансів безпосередньо перед реалізацією власне діагностичної процедури.

Кожен з сеансів дослідження (як тренувальний, так і діагностичний) складався з двадцяти невеликих фрагментів-серій, протягом яких у маскованому вигляді демонструвалося певне слово. Для маскуванню слова використовувався ряд випадкових цифр. У межах сеансу значення слова та місце його розташування відносно цифрового ряду (зліва від центру, по центру, справа від центру) залишалися незмінними. Час експозиції поступово збільшувався від серії до серії на 10 мс (мінімальний час експозиції становить 10 мс, максимальний – 200 мс). Завдання опитуваного полягало в тому, щоб якомога раніше виявити місце знаходження слова та його значення. Оцінка результатів дослідження здійснювалась лише після завершення кожної серії та фіксувалась у спеціальному протоколі виключно експериментатором. Сеанс демонстрації слова тривав до того моменту, коли респондент правильно та впевнено називав його після двох серій поспіль.

Математико-статистична обробка отриманих результатів здійснювалась за допомогою точного методу Фішера (для аналізу достовірності різниці частот).

Вивчення особливостей сприйняття підпорогових візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості здійснювалось за допомогою методики сублімінальної (підсвідомої) психодіагностики та психокорекції. Процедура дослідження полягала в тому, що респонденту на екрані комп'ютера у маскованому вигляді демонструвалися слова, що мають різне емоційне забарвлення: позитивне, негативне та нейтральне. В якості емоційно забарвлених були відібрані такі слова, позитивне або негативне значення яких є загальноприйнятим у цій культурі. Це дало змогу розробити достатньо універсальну процедуру дослідження



та мінімізувати вплив індивідуальної значущості того чи іншого слова-стимула для кожного респондента.

До кластеру емоційно позитивних слів входили «любов», «радість» та «щастя»; до кластеру негативних слів – «смерть», «хвороба», «смуток». Кластер емоційно нейтральних слів склали «система», «область», «станція». У ході дослідження реєструвалися такі показники, як оцінка опитуваними позиції слова в ряду знакомиць (справа, по центру, зліва), значення слова та впевненість опитуваних у своїх відповідях.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження показали, що практично здорові особи могли встановити позицію всіх слів у ряду, незалежно від їх емоційного забарвлення, вже з 1–3 серії пред'явлення (середній час оцінки позиції слів ( $12,96 \pm 1,29$ ) мс – ( $20,74 \pm 2,38$ ) мс відповідно). Впевненість опитуваних у позиції слів також наступала досить швидко, в деяких випадках уже з першої серії (середній час впевненої оцінки позиції слів ( $13,70 \pm 1,32$ ) мс – ( $20,74 \pm 2,38$ ) мс відповідно).

Існує зв'язок між часом експозиції слів, який необхідний для свідомої оцінки їх значення, та рівнем емоційної значущості стимульного матеріалу. Так, час пред'явлення, необхідний для впевненої правильної оцінки емоційно значущих слів (як позитивних, так і негативних), був значно менший, ніж для емоційно нейтральних (середній час ( $24,81 \pm 1,14$ ) мс, ( $27,04 \pm 1,22$ ) мс та ( $32,84 \pm 1,49$ ) мс відповідно,  $p < 0,05$ ).

Оцінка зв'язку між індивідуальною значущістю емоційно забарвлених слів та часом їх експозиції, що необхідний для впевненого впізнання, не входила до задач дослідження, однак можна припустити, що цей параметр також має певний вплив на процес упізнання стимульного матеріалу. Слід підкреслити, що пороги впізнання цих слів були дещо різними. Серед емоційно позитивних стимулів найменший поріг розпізнання мало слово «любов» ( $18,89 \pm 1,34$ ) мс), найбільший – «радість» ( $30,74 \pm 1,99$ ) мс). Для розпізнання всіх обраних емоційно негативних слів був потрібен приблизно однаковий час експозиції ( $27,04 \pm 2,25$ ) мс, ( $28,52 \pm 2,37$ ) мс, ( $25,56 \pm 1,72$ ) мс відповідно).

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що пороги впізнання візуальних вербальних стимулів значною мірою залежать від рівня їх емоційної значущості. Пороги впізнання емоційно значущих слів значно нижчі, ніж нейтральних.

Наступним завданням дослідження було визначення впливу слів-стимулів, що

пред'являлись у підпороговому вигляді, на процес їх репродукції (спонтанне вгадування і виявлення шляхом впізнання в запропонованому списку).

В якості стимульного матеріалу використовувались іменники з семи літер, що мають нейтральне емоційне забарвлення: «область», «уровень», «решение» (стимульний матеріал наведено тією мовою, якою було здійснено його демонстрацію). Ці слова були відібрані тому, що вони є досить довгими, щоб не бути занадто легко прочитаними, однак при цьому займають трохи менше половини наявного ряду з 15 знакомиць, і їх положення (праворуч від центру, або зліва від центру) чітко визначається (вони не поширюються на контралатеральну половину ряду знакомиць). Усі слова пред'являлись аж до моменту впевненого їх впізнання. Після кожної експозиції оцінювались певні показники. По-перше, визначалась оцінка опитуваним положення слова в ряду знакомиць (зліва, по центру, справа). По-друге, оцінювалось його значення (респондента запитували, чи зміг він прочитати слово (без підказки) і просили назвати його (про правильність вгадування випробуваному не повідомляли). По-третє, оцінювалось вгадування слова шляхом його впізнання в запропонованому списку з десяти слів, де лише одне – правильне. Кожне з ключових слів, що демонструвалися у підпороговому вигляді в межах сеансів «А–В» («область», «уровень» та «решение»), було включено до окремого списку інших емоційно нейтральних слів із семи літер. У процесі реалізації цього рівня оцінки використовувався принцип виключення названого.

Спираючись на вищезазначені теоретико-методологічні положення щодо формування та функціонування семантичної пам'яті, можна припустити, що в умовах тахістоскопічного пред'явлення неусвідомлюваних вербальних стимулів формується певний перцептивно-мнестичний слід, який одразу ж набуває певного семантичного змісту та певного рівня суб'єктивної значущості. Можна сказати, що цей експеримент являє собою модифіковану процедуру методики запам'ятовування 10 слів.

Суть модифікації полягала в тому, що пред'явлення стимулу здійснювалося у підпороговому вигляді. Процес же відтворення стимулу здійснювався в два етапи. Перший етап передбачав спонтанне відтворення стимулу. Другий – впізнання слова-стимулу в списку подібних. Слід зазначити, що для досліджуваного процес репродукції слова мав вигляд угадування, оскільки на етапі пред'явлення стимул знаходився у підпо-

роговому вигляді. Тобто опитуваний мав назвати те слово, яке він начебто не бачив. Таким чином, реалізація цього експерименту дозволить визначити ефективність відтворення візуальних вербальних стимулів, що пред'являються у підпороговому вигляді.

За даними дослідження, частіше за все із запропонованого списку, респонденти впізнавали ті слова, що перед цим були їм продемонстровані у підпороговому вигляді з експозицією, недостатньою для прочитання і усвідомлення значення слова, так звані «слова з підказкою» («область», «уровень», «решение»). Слово «уровень» було впізнано на 70,11 % частіше, ніж «слова без підказки»; слово «область» – на 57,41 %; слово «решение» – на 45,65 %. Усереднена відносна частота визначення всіх «слів з підказкою» (сеанси «А – В») на 56,25 % перевищувала частоту впізнання «слів без підказки» (що були з тими ж номерами, що і «слова з підказкою») (100,00 % та 156,25 % відповідно,  $p = 0,0195$ ). При цьому, якщо не враховувати номери «слів без підказки», то частота впізнання «слів з підказкою» перевищувала частоту їх визначення на 96,46 % (100,00 % та 196,46 % відповідно,  $p = 0,0006$ ).

#### Висновки

Отриманий результат свідчить про те, що демонстрація слів у підпороговому вигляді значною мірою впливає на процес їх упізнання серед інших, наочно представлених слів. Це дозволяє говорити про те, що оцінка семантичного значення слова-стимулу відбувається вже на рівні його підпорогового сприйняття.

Таким чином, визначено особливості сприйняття підпорогових візуальних вер-

бальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості та характером їхнього емоційного забарвлення. Пороги упізнання емоційно нейтральних слів у середньому становлять ( $32,84 \pm 1,49$ ) мс; позитивних – ( $24,81 \pm 1,14$ ) мс; негативних – ( $27,04 \pm 1,22$ ) мс. Існує зв'язок між порогами впізнання візуальних вербальних стимулів та рівнем їх емоційної значущості. Пороги упізнання емоційно значущих слів достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчі, ніж нейтральних. В умовах тахістоскопічного пред'явлення неусвідомлюваних вербальних стимулів формується певний перцептивно-мнестичний слід, який одразу ж набуває певного семантичного змісту та певного рівня суб'єктивної значущості.

Визначено зв'язок між підпороговим пред'явленням візуальних вербальних стимулів та ефективністю їх угадування серед інших, наочно представлених слів. Показано, що усереднена відносна частота визначення всіх слів-стимулів, що попередньо демонструвались у підпороговому діапазоні, перевищувала частоту впізнання інших слів на 96,46 % ( $p = 0,0006$ ). Перцепція емоційно значущих візуальних вербальних стимулів, що пред'являються у підпороговому вигляді, супроводжується значним зниженням порогів їх упізнання. Також показано, що ефективність репродукції підпорогових стимулів є достатньо високою. Це свідчить про тісний зв'язок неусвідомлюваного та усвідомлюваного рівнів перцептивно-мнестичних процесів.

Отримані результати можуть слугувати підґрунтям для подальшого вивчення механізмів та закономірностей функціонування неусвідомлюваних психічних процесів.

#### Література

1. Aleksandrov I. O. Psikhofiziologicheskoe issledovanie povedeniya cheloveka i zhivotnykh pri obnaruzhenii signala [Psychophysiological study of the behavior of humans and animals when a signal]. Psikhofizika diskretnykh i nepreryvnykh zadach, Moscow, Nauka, 1985, p. 195. (In Russ.)
2. Gershuni G. V. Reaktsii na neosoznavaemye razdrasheniya pri narusheniyakh deyatelnosti organov chuvstv [Reactions to the unconscious irritation at disorders of the senses]. Sovremennyye tendentsii v neyrofiziologii, Leningrad, Nauka, 1977, p. 68. (In Russ.)
3. Kostandov E. A. Vospriyatie i emotsii [Perception and emotion]. Moscow, Meditsina Publ., 1977, 247 p. (In Russ.)
4. Kostandov E. A. Funktsional'naya asimmetriya polushariy mozga i neosoznavaemoe vospriyatie [The functional asymmetry of the hemispheres of the brain and unconscious perception]. Moscow, Nauka, 1983, 170 p. (In Russ.)
5. Kostandov E. A. Zavisimost' neosoznavaemogo vospriyatiya ot dominiruyushchey motivatsii i emotsii [The dependence of the unconscious perception of the dominant motivation and emotions]. Vestnik Sankt-Peterburskogo universiteta. Ser. 3. Biologiya, 1994, no. 2, p. 103. (In Russ.)
6. Luriya A. R. Priroda chelovecheskikh konfliktov: Ob'ektivnoe izuchenie dezorganizatsii povedeniya cheloveka [red. V. I. Belopol'skiy] [The nature of human conflict: An objective study of human behavior disorganization [ed. V. I. Belopol'skiy]]. Moscow, Kognito-Tsentr Publ., 2002, 527 p. (In Russ.)
7. Smirnov I. V., Beznosyuk E. V. Komp'yuternye psikhotehnologii semanticheskogo analiza bessoznatelnogo [Computer psycho-semantic analysis of the unconscious]. Rossiyskiy psikhoanaliticheskiy vestnik, 1994, no. 3. (In Russ.)
8. Smirnov I. V., Beznosyuk E. V., Zhuravlev A. N. Psikhotehnologii: Komp'yuternyy psikhosemanticheskiy analiz i psikhokorreksiya na neosoznavaemom urovne [Computer psychosemantic analysis and therapy at an unconscious level]. Moscow, Progress-Kul'tura Publ., 1995, 416 p. (In Russ.)
9. Osnovy psikhofiziologii: uchebnik [red. Yu. I. Aleksandrov] [Fundamentals of Psychophysiology: Textbook [red. Yu. I. Aleksandrov]]. Moscow, INFRA-M Publ., 1997. Available at: <http://coollib.com/b/240090/> read. (In Russ.)
10. Holender D. Semantic activation without conscious identification in dichotic listening, parafoveal vision, and

visual masking: a survey and appraisal. *Behav. and Brain Sci.*, 1986, vol. 9, no. 1, pp. 1. (In Russ.)

11. Dixon N. F. Preconscious processing. London, Wiley, 1981.

12. Dixon N. F. On private events and brain events. *Behav. and Brain Sci.*, 1986, vol. 9, no. 1, pp. 29.

13. Libet B. Conscious functions and brain processes. *Behav. and Brain Sci.*, 1991, vol. 14, no. 4, pp. 685.

14. Mc. Ginnies E. Emotionality and perceptual defence. *Psychol. Rev.*, 1949, vol. 56, pp. 244.

15. Mc. Glinchey-Berth R., Milberg W., Verfaellie M., Alexander M., Kilduff P. Semantic processing in the neglect field: evidence from a lexical decision task. *Cogn. Neuropsych.*, 1993, vol. 10, no. 1, p. 79.

16. Marshall J. C., Halligan P. W. Seeing the forest but only half the trees? *Nature*, 1995, vol. 373, no. 6514, p. 521.

17. Milberg W. P., McGlinchey-Berth R., Grande L. Comparison of cross-field matching and forced-choice identification in hemispatial neglect. *Neuropsychology*, 1995, vol. 9, no. 4, pp. 427.

18. Velmans M. Is human information processing conscious? *Behav. and Brain Sci.*, vol. 14, no. 4, p. 651.

19. Ranck J. B. Behavioral correlates and firing repertoires of neurons in the dorsal hippocampal formation and septum of unrestrained rats. *Hippocampus*, 1975, vol. 2, p. 207.

### ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПОДПОРОГОВЫХ ВИЗУАЛЬНЫХ ВЕРБАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Л. Ф. Шестопалова, И. В. Линский,  
О. А. Бородавко, М. М. Денисенко  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

**Аннотация.** В статье определены особенности восприятия подпороговых визуальных вербальных стимулов с различным уровнем эмоциональной значимости и характером их эмоциональной окраски. Показано, что пороги опознания эмоционально значимых слов достоверно ниже, чем нейтральных. Выявлена связь между подпороговым предъявлением визуальных вербальных стимулов и эффективностью их опознания среди других, наглядно представленных слов. Перцепция эмоционально значимых стимулов, предъявляемых в подпороговом виде, сопровождается значительным снижением порогов их опознания.

**Ключевые слова:** визуальные вербальные стимулы, условия предъявления, тахистоскопия, подпороговое восприятия, психодиагностика.

### FEATURES OF PERCEPTION OF SUBLIMINAL VISUAL VERBAL STIMULI WITH DIFFERENT LEVELS OF EMOTIONAL SIGNIFICANCE

L. F. Shestopalova, I. V. Lynskyy,  
O. A. Borodavko, M. M. Denisenko  
State institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine»

**Summary.** In the article the features of perception of subliminal visual verbal stimuli with different levels of emotional significance and the nature of their emotional coloring. It is shown that the thresholds identify emotionally significant words significantly lower than neutral. An association between subliminal visual presentation of verbal incentives and their recognition among other visually presented words. Perception of emotionally significant stimuli presented at subliminal form, accompanied by a significant lowering of the threshold of identification.

**Key words:** visual verbal stimuli, the terms of presentation, tachistoscope, subliminal perception, psychological testing.



## BASIC CRITERIA OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS AFFECTIVE AND NEUROTIC REGISTERS IN UNIVERSITY STUDENTS

I. D. Vashkite

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** At the present stage of development of society among general medical problems particularly urgent problem is the problem of pathological affective sphere, especially anxiety and depressive disorders. We consider the specifics and peculiarities of depressive disorders in university students. Shown to the validity of the use of cognitive-behavioral psychotherapy. The author gives recommendations for cognitive-behavioral psychotherapy in the outpatient treatment. The psychotherapeutic process should be focuses mainly on cognitive aspects, based on a balanced use of the individual cognitive, emotional and behavioral mechanisms.

**Keywords:** depression, students, cognitive-behavioral psychotherapy.

At the present stage of development of society among general medical problems particularly urgent problem is the problem of pathological affective sphere, especially anxiety and depressive disorders. According to the World Health Organization (WHO), currently more than 110 million man in the world – 3–6 % of the population – identified certain clinically important manifestations of these disorders. A similar trend is observed in Ukraine [1, 7].

The growing importance of the problem of depression due to their prevalence, significant influence of disease on quality of life and social functioning of a person, as well as the highest among all mental disorders caused by the level of suicides. All this leads to social problems and economic losses [1, 3, 7].

According to the WHO, at the beginning of the XXI century the proportion of depressive and anxiety disorders was 40 % in the total registered in the world of mental pathology. Annually in the world suffer from clinically diagnosed depression about 200 million. People, and this number is growing steadily. Every eighth person once in your life needs a specialized anti-depressant therapy [5].

Increasing the number of mood, especially depression associated with a number of factors: the increasing number of mood disorders, mental illness pathomorphism occurring on lighter psychopathological levels and trends of mental disorders to somatization with complex vegetative and visceral disorders and disadaptation of patients [6].

Affective disorders, including subclinical level have a marked negative impact on quality of life, social and emotional adaptation, increase the risk of suicide among students [3].

In modern conditions for education in institutions of higher education can be attributed to a specific kind of activity

associated with a high level of mental and physical exertion, it is increasing during the session period, the lack of time required to absorb in a short time a lot of information, increased requirements to address problematic situations rigid control and regulation regime.

The specifics of higher education determines the high frequency of depressive symptoms in students associated with significant stress loads that create additional conditions for the manifestation of the predisposition to disease or active manifestation as long latency of the disease process.

Depressive disorders are manifested in the unity of violations of mental activity, the subjective experience of negative affect and somatovegetative symptoms [4].

We have studied 200 patients with depressive disorders affective and neurotic registers (79 patients with depressive disorders affective register and 121 patients suffering from depressive disorders neurotic register).

We used complex methods of investigation, which included medical history, socio-demographic, clinical and psychopathological, psychodiagnostical and mathematical and statistical methods.

Medical history method was used to identify anamnestic factors of depressive disorders, affective or neurotic register; studied the peculiarities of personality development and education in the family.

Socio-demographic method was used to study characteristics such as distribution examined by age, education level, marital status, social status, profile and type of university work.

Clinical and psychopathological method based on accepted approaches to psychiatric assessment through interviews and observation. The survey was carried out using the research

diagnostic criteria of ICD-10. To assess the dynamics of the mental state during the treatment and follow-up observations we used standardized psychometric self-assessment A. Beck depression scale. Clinical and psychopathological examination method was supplemented using our proposed individual card inspection of patient depressive disorder.

Also included psychometric research study of the severity of psychopathology using a scale of anxiety and depression M. Hamilton (HDRS) (1960) and the scale S. Montgomery – M. Asberg (MADRS) (1979). Psychodiagnostic survey included the study of personality characteristics of students using a questionnaire EPI (Eysenck method G., 1956) and a diagnostic questionnaire aggression of A. Buss and A. Darko (1957).

For statistical data mathematical processing methods: the method of test t – Student (E. Hubler, 1973).

Based on our results reasonable algorithm of psychotherapy is providing to students with depressive disorders neurotic and affective registers.

Psychotherapy should have a teaching value, and strengthen their own psychological defense mechanisms to overcome the disease.

There are two basic ways to proven treatments for depression: drug therapy and psychotherapy. The greatest effect is achieved by the combination of these two methods. Application only drugs estimated controlled studies in pharmacotherapy of depression, leads to a marked improvement only in 60–65 % of cases. So in relation to 35–40 % of depressed patients, should be used various therapies. But to achieve the most pronounced improvement requires long-term use of the antidepressant in high enough doses. Despite the relative safety of modern drugs, it would be desirable to reduce the duration of their admission and the dose to the lowest possible, thereby minimizing side effects (drowsiness, lethargy, liver and stomach, etc.).

Due to peculiarities of depressive disorders in students, the best option in the treatment of depression is a combination of antidepressants with a course of cognitive therapy. It was revealed that students use less constructive ways of coping with stress than adults. Factors such as frequent lack of sleep, exhaustion, academic debts, the difficulties of self-organization and aborted constructive coping strategies, lack of social support, complex family circumstances, social stress, the inability to make a living, etc., are often the cause of emotional disadaptation and mental disorders in students.

The depressed patient is dominated by negative perceptions of himself, his actions,

and the most important thing is that such ideas are due to unwarranted conclusions based on the fixing of attention on the individual patient's details without the overall situation view of the objective of the event. Studying is closely connected with social interaction.

The phenomenon of social anxiety, could have a serious negative impact on the social and emotional adjustment and quality of life of students [6].

Among the features of psychiatric research depression and suicide risk points to the need to recognize the importance of psychogenic and personal factors in their formation. It is noted that the importance of psychogenic conflict in the tense period of training in high school are often magnified in the virtue of the age factor, low stress, mental infantilism, lack of socialization that leads to the fact that the structure of psychopathology, along with polymorphic neurotic disorders, revealed suicidal ideation and behavior. It is emphasized that the conflicts that arise among students, others may not attach importance as a risk factor for suicidal behavior, as the plot of stressful situations in most cases is not extraordinary [2].

Cognitive therapy is best proven in the treatment of depression, anxiety, phobias, panic attacks.

At the heart of the cognitive approach is the statement: «Emotions and behavior are determined by how he assesses the world». That is, if in the depths of the subconscious belief a person has «unfriendly world», then his behavior and emotions are appropriate.

The goal of cognitive-behavioral therapy in the treatment of depressive disorders is a change in mood and emotional state of the patient due to the rational-logical processing of patient subjective view of themselves and the world that achieved rational reassurance patient's physician regarding the unfounded negative and a downgrade themselves and their achievements.

The important is to explain the mechanisms of development of depressive symptoms that the patient had a clear idea of their own illness, the possibility of therapeutic intervention.

The patient is provided with the information that on its own efforts depends on his condition, it can affect their emotions and mood.

It is necessary to change the painful picture of themselves with respect to their own helplessness and hopelessness of the situation of the disease and depression and help the patient to identify positive factors on which it could rely in overcoming depression.

The most effective is cognitive-behavioral therapy to modify of A. Bek and A. Ellis.

The concept of rational-emotive behavioral therapy Ellis main intermediate variable, making clear the connection between the stimulus and the behavior is rational and irrational «cognition». The concept of cognitive psychotherapy (cognitive counseling) Beck define variables are realistic and unrealistic (related cognitive errors in the findings) «cognition».

Both authors recognize the relationship of cognitive and behavioral variables in the dominant values of the first. From their point of view, the center of the impact of psychotherapy should be intervening cognitive variables.

Ellis, in his rational-emotive behavioral therapy was guided by the idea according to which positive emotions, such as feelings of love or delight, often related or the result of inner conviction, expressed in the form of the phrase «It is good for me», and negative emotions such as anger or depression, associated with the conviction expressed by the phrase «It's bad for me».

He believed that the emotional response to a situation reflects a «shortcut» that «hang» it (for example, it is dangerous or enjoyable), even in the case where the stigma is not true. To achieve happiness, for Ellis, it is necessary to formulate goals and rationally choose the adequate means. In any situation are introduced, two distinct types of «cognition»: beliefs and assumptions [8].

Cognitive-behavioral therapy for patients with affective disorders is recommended to conduct individual and group format.

In the first phase, preference is given to individual forms of work in the form of psychotherapeutic conversation that is needed to establish emotional contact with the patient.

At the first session the patient is due to the relationship of thoughts, emotions, behavior on the example of his own experience. Further studies to identify, track, record your negative thoughts in a special «Diary of automatic thoughts». After that, together with the therapist recorded automatic thoughts are analyzed and identified, irrational (incorrect and illogical). Special equipment with automatic thoughts are revealed the basic beliefs. Throughout this work, responsibility for their own condition gradually passed into the hands of the patient. By the end of the therapy, the patient begins to play the role of the therapist in relation to oneself, self-questioning their own projections or conclusions, skillfully guiding them corrected.

To achieve the objectives during the investigation was used medication (antidepressants new generation – Selective

serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)) and non-drug methods (cognitive-behavioral therapy (CBT) in modification A. Beck). The control group at the same time receiving standard medical therapy (antidepressants).

Psychotherapy carried out in parallel with taking drugs and was conducted in three phases.

The task of the first (didactic) stage: understanding the formation mechanisms of the disease and treatment.

The task of the second (actually cognitive) phase: identifying disadaptive «automatic» thoughts that support frustration, depression, negative self-image.

Task third (behavioral) phase: special strategy that teaches self-esteem and creates positive motivation.

Psychotherapeutic techniques in students in the study group had different accents intervention. Thus, at cognitive-behavioral therapy of depressive disorders affective register was aimed at addressing motivational, behavioral and physical symptoms of depression. Helped restore the patient's ability to control the situation, to cope with it, overcome feelings of incompetence and helplessness overemphasized quite ordinary life difficulties perceived as intolerable, overcome fatigue and inertia. An important role in recovery played a refutation of negative expectations and demonstration motor ability.

At the same time cognitive-behavioral therapy of depressive disorders neurotic register was aimed at understanding the role of stress that occurs in the disease of the patient. A necessary step of changing attitudes served as traumatic to the patient (stress) situation and accepted as part of the experience. Has become an important reassessment of their role in traumatic situations, assuming some responsibility with the formation of an active position to overcome the prevailing circumstances.

After a period of formation compliance relations we conducted 14–16 sessions of cognitive-behavioral therapy for two months, students with severe somatic-vegetative component were conducted training for anger management technique.

Sessions are conducted on an outpatient basis every week 1–2 times a week for 4–6 months. After completing the course recommended «booster therapy» – a visit to a therapist if necessary 3–4 times a year – to monitor the status and obtain further clarification and homework.

Thus, the psychotherapeutic process should be a study of personality through

the understanding of the internal dynamics of a correction of the disturbed relationship between the individual and focuses mainly on cognitive aspects, based on a balanced use of the individual cognitive, emotional and behavioral mechanisms [6].

The study of the effectiveness of the program of psychotherapy in research groups compared with the control group, as assessed by objective (scale S. Montgomery – M. Asberg) and subjective criteria (scale A. Beck).

Psychotherapy for students with depressive disorders neurotic and affective registers in outpatient conditions should include the impact of a power system to stabilize the emotional state and the formation of a harmonious attitude to the disease and improve quality of life. The system of psychotherapy, is based on integrative principle proved to be highly effective in 67.23 % of students with depressive disorders affective register and in 88.58 % of students with depressive disorders neurotic register.

## References

1. Gojda N. G., Zhdanova N. P., Naprjejenko O. K., Dombrov's'ka V. V. *Psyhiatrychna dopomoga v Ukraїni u 2001 roci ta perspektyvy i'i rozvytku* [Psychiatric care in Ukraine in 2001 and its development prospects]. *Ukraїns'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2002, vol. 10, issue 2(31), pp. 9-12. (In Ukr.)
2. Krasnova V. V., Kholmogorova A. B. *Sotsial'naya trevozhnost' i studencheskaya dezadaptatsiya* [Social anxiety and maladjustment student]. *Elektronnyy zhurnal «Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie»*, 2011, vol. 1. (In Russ.)
3. Kut'ko I. I., Naprejenko O. K., Kozydubova V. M. *Afektyvni rozlady* [Affective disorders Psychiatry]. *Psyhiatrija* [pid red. prof. O.K.Naprejenka], Kiev, Zdorov'ja, 2001, pp. 353-372. (In Ukr.)
4. Lazovskaya O. E. *Aktual'nye problemy v izuchenii depressivnykh rasstroystv u studentov VUZov* [Actual problems of the study of depression in university students]. *«Meditsinskiy zhurnal» Belorusskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*, 2010, vol. 2. (In Russ.)
5. Maruta N.A., Moroz V.V. *Nevroticheskie depressii (klinika, patogeneza, diagnostika i lechenie)* [monografiya] [Neurotic depression (clinic, pathogenesis, diagnosis and treatment) [monograph]]. Kharkiv, Aris Publ., 2002, 144 p. (In Russ.)
6. Maruta N. O., Semikina O. Je., Maljuta L. V. *Kognityvno-bihevioral'na terapija pry likuvanni depresyvnnykh porushen'* [Cognitive-behavioral therapy in the treatment of depressive disorders]. *Tavricheskiy zhurnal psikhiiatrii*, 2011, vol. 15, issue 2(55), pp. 32-33. (In Ukr.)
7. Mikhaylov V. V. *Problema depressiy v obshchestvennoy praktike* [The problem of depression in somatic practice]. *Zdorov'ja Ukraїny*, 2006, no. 3 (136), pp. 18-19. (In Russ.)
8. Mikhaylov B. V., Chugunov V. V. *Povedencheskaya psikhoterapiya: metodicheskie rekomendatsii* [Behavioral therapy: guidelines]. Kharkiv Publ. house of KhMAPE, 2002, 6–11. (In Russ.)

## БАЗОВЫЕ КРИТЕРИИ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ АФЕКТИВНОГО И НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРОВ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

И. Д. Вашките

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** На современном этапе развития общества среди общих медицинских проблем актуальной является патология аффективной сферы, особенно тревожные и депрессивные расстройства. В статье рассматриваются специфика и особенности формирования депрессивных расстройств у студентов ВУЗов. Показана обоснованность применения когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Автор дает рекомендации по проведению КБТ в рамках амбулаторного лечения. Показано, что психотерапевтический процесс должен фокусироваться в основном на когнитивных аспектах, на основе сбалансированного использования индивидуальных когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

**Ключевые слова:** депрессии, студенты, когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

## БАЗОВІ КРИТЕРІЇ КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ АФЕКТИВНОГО ТА НЕВРОТИЧНОГО РЕГІСТРІВ У СТУДЕНТІВ ВНЗ

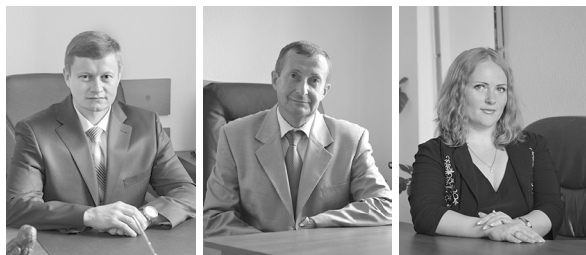
І. Д. Вашкіте

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальних медичних проблем актуальною є патологія афективної сфери, особливо тривожні і депресивні розлади. Розглядається специфіка та особливості формування депресивних розладів у студентів ВНЗ. Показана обґрунтованість застосування когнітивно-біхевіоральної психотерапії. Автор дає рекомендації щодо проведення КБТ в межах амбулаторного лікування. Показано, що психотерапевтичний процес повинен фокусуватися в основному на когнітивних аспектах, на основі збалансованого використання індивідуальних когнітивних, емоційних та поведінкових механізмів.

**Ключові слова:** депресії, студенти, когнітивно-біхевіоральна психотерапія.

УДК 616.89-008.441.13.001



В. И. Пономарёв

В. В. Слюсарь

Д. Н. Волошина



Д. В. Лебединец

В. И. Вовк

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «АРМАДИН» У ПАЦИЕНТОВ С СОСТОЯНИЕМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

В. И. Пономарёв, В. В. Слюсарь, Д. Н. Волошина,  
Д. В. Лебединец, В. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** В статье приведены современные данные о проблеме алкоголизма и синдрома алкогольной зависимости, описан патогенез состояния алкогольной зависимости и абстиненции. Показана эффективность препарата с выраженным антиоксидантным антигипоксантичным действием – «Армадин» – при состоянии отмены алкоголя. Высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, вегетостабилизирующее и транквилизирующее действие препарата, отсутствие побочных эффектов и безопасность применения позволили рекомендовать препарат для лечения больных алкоголизмом.

**Ключевые слова:** алкоголь, синдром отмены, лечение, Армадин.

### Введение

Алкоголь является наиболее широко используемым и наиболее употребляемым психоактивным веществом в обществе: в России, Украине [1–5], Беларуси [6], в странах Европы и в Америке [8–10]. Алкогольная зависимость (АЗ) согласно МКБ-10 определяется как «психические расстройства и расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ» [10, 11]. На рубеже веков мировая медицинская наука единогласно признала АЗ одним из самых сложных и опасных для человечества заболеваний в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями [12, 13].

Состояние отмены алкоголя (СОА) – алкогольный абстинентный синдром – характеризуется группой вегетативных, соматических, неврологических и психических симптомов различной степени тяжести, проявляющихся (в различных сочетаниях) после полного или частичного прекращения приема алкоголя на фоне определенного периода его постоянного употребления.

Признаки синдрома отмены формируются в период от 6 до 48 часов после последнего употребления спиртного и длятся от 2–3 дней до 2–3 недель. Несмотря на кажущуюся быстротечность, состояние отмены алкоголя сопровождается выраженными патологическими изменениями жизненно

важных органов и систем: перевозбуждением симпатического отдела нервной системы с избыточной продукцией гормонов надпочечников, приводящих к нарушениям функции мозговых структур, имеющих отношение к эмоциональной сфере и механизмам памяти.

Согласно критериям DSM-4 признаки СОА включают тревогу, тремор, головную боль, дезориентацию, агитацию, делирий, галлюцинации (тактильные, зрительные и звуковые), бессонницу, анорексию, тошноту, рвоту, обильное потоотделение (диафорез), гиперрефлексию, тахикардию, артериальную гипертензию, судороги, субфебрильную температуру и гипервентиляцию.

По определению, у пациента, который отказался от приема алкоголя или резко уменьшил его дозу после длительного злоупотребления, должны иметь место два или более пунктов из следующих: признаки автономной гиперактивности (потливость, тахикардия), тремор рук, бессонница, тошнота или рвота, преходящие зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии, психомоторное возбуждение, тревога и тонико-клонические судороги. Обычно СОА протекает легко и не требует лечения, но в некоторых случаях может сопровождаться развитием судорожных приступов и delirium tremens, который характеризуется выраженными гиперadrenergическими симптомами,



дезориєнтацією, порушенням уваги і свідомості, галюцинаціями.

В патогенезі психічних розладів при алкогольних психозах велику увагу приділяють порушенням гліколізу і утилізації глюкози клітками головного мозку, недостаточністю холінергічної медіації і зміною обміну катехоламінів (в першу чергу, дофаміна), накопленні глутамату в клітках мозку, порушеннями нейтралізації і виведення з організму продуктів білкового обміну (амміаку).

Патогенез стану алкогольної залежності і абстиненції комплексний. Алкоголь впливає на різні системи нейромедіаторів в головному мозку. Так, «остроє» введення алкоголю призводить до блокади NMDA-рецепторів (рецептори до N-метил-D-аспарату), що призводить до зниження збудливої глутаматергічної трансмісії і до потенціювання GABA-A-рецепторів (рецептори до  $\gamma$ -аміномасляної кислоти). При тривалому прийомі алкоголю кількість NMDA-рецепторів зростає, а кількість GABA-рецепторів, навпаки, зменшується. Це призводить до розвитку толерантності. При абстиненції підвищується функція NMDA-рецепторів, а GABA – навпаки, зменшується, що призводить до розвитку різноманітних проявів СОА.

С електрофізіологічної точки зору порушення функцій рецепторів до нейромедіаторів виражаються в відсутності інгібувальних постсинаптичних потенціалів і токів. Крім того, потенціал-залежний входячий ток кальцію модулює вивільнення нейромедіаторів і експресію генів, які регулюють утворення протеїнових рецепторів NMDA і GABA; тривале вживання алкоголю підвищує експресію потенціал-залежних кальцієвих каналів і робить свій внесок у розвиток толерантності і СОА.

Підвищення норадренергічної активності спостерігали на ранніх стадіях СОА, що в разі скасування може бути причиною симпатическої гіперактивності. Роль серотоніну менше зрозуміла, але було показано, що на різних стадіях СОА рівні цього медіатора у вживаючих алкоголь є нижчими, ніж у пацієнтів групи контролю.

Таким чином, хронічна алкогольна інтоксикація впливає на грубі порушення функціонування мозку, особливо різко проявляючіся в перші дні після припинення вживання спиртних напоїв. В основі цих уражень лежать зміни практично всіх видів нейромедіації. Вряді досліджень була продемонстрована пряма кореляція між виражен-

ністю оксидативного стресу (маркерами якого є підвищення малонового діальдегіду і зниження активності СОД) і тяжкістю СОА. Також цікаві дані про те, що інтенсифікація дофамінергічної трансмісії при СОА може грати роль в патогенезі галюцинацій [13–17].

При тривалому перебігу алкогольного делірія в більшості випадків має місце поліорганна недостаточність, фактором декомпенсації якою є порушення центральної регуляції [14–17]. В умовах виникаючих ускладнень необхідно призначати препарати з вираженим антиоксидантним і антигіпоксантичним дією. Серед існуючих препаратів цієї групи в сучасній медицині увагу приділяють препаратам з комплексним дією, наприклад, етилметилгідроксипіридину сукцинату (ЕМГПС).

«ЕМГПС – препарат з унікальним клініко-фармакологічним спектром. В його основі лежить своєрідний «тройний» механізм дії даного засобу, що включає в себе вплив на процеси окислювального метаболізму нейронів. Важливо підкреслити, що це вплив стосується корекції базових біохімічних процесів в мозку, порушених в результаті дії ішемічного фактора, і включає: 1) пряме антиоксидантне діє (зв'язування утворених в умовах гіпоксії вільних радикалів – активних форм кисню і гідроперексидів) і захист нейрональних мембран (зовнішніх і внутрішніх – мітохондріальних), що сприяє реалізації протективного ефекту в відношенні основних мембранно-зв'язаних ферментів (аденілатциклази, фосфодіестерази і др.); 2) непряме антиоксидантне діє (активація природної антиоксидантної системи – ферментів каталази і супероксиддисмутази, а також біосинтезу глутатіону); 3) активацію вільного зв'язування циклу Кребса – фермента сукцинатдегідрогенази і, відповідно, сукцинатзалежних реакцій, безпосередньо визначаючих накоплення макроергічних фосфатів (АТФ, АДФ) і зниження концентрацій лактату».

Призначення «Армадіна» пацієнтам з станом скасування алкоголю може сприяти зменшенню об'єктивної і суб'єктивної симптоматики з боку головного мозку і покращенню якості життя пацієнтів внаслідок благотворного впливу на патогенетичні механізми оксидативного стресу, що призводить до ослабленню СОА. Крім того, вплив «Армадіна» на рівень дофаміну в нервовій тканині

может влиять на частоту развития продуктивной психической симптоматики.

### Цель исследования

Оценка эффективности и переносимости лекарственного средства «Армадин», раствора для инъекций, применяемого по следующей схеме: первые трое суток – внутривенно струйно по 300 мг раствора «Армадина» на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки; с четвертых по восьмые сутки – внутримышечно по 300 мг раствора «Армадина»; с девярых суток по двадцать третьи сутки – «Армадин лонг» 300 мг по 1 таблетке 2 раза в день (в 8:00 и 18:00) в комплексном лечении пациентов с состоянием отмены алкоголя в сравнении с группой пациентов, получающих только базисную терапию.

### Задачи исследования

- изучить терапевтическую эффективность исследуемого препарата у больных с состоянием отмены алкоголя;
- изучить переносимость и возможные побочные явления исследуемого препарата;
- сравнить результаты применения препарата, полученные в основной и контрольной группах, и оценить эффективность комплексной терапии с применением лекарственного средства «Армадин».

### Материалы и методы исследования

На клинической базе кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, а именно КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница», было обследовано 35 пациентов в возрасте  $38,35 \pm 0,96$  лет с состоянием отмены алкоголя. Испытуемые, отобранные для участия в исследовании, были разделены на две группы: I группа – 23 пациента, которые наряду с классическим протоколом лечения СОА получали «Армадин», II группа – 12 пациентов, получавшие лечение по классическому протоколу без приема «Армадина» (схема 1).

Схема 1

Распределение обследуемых пациентов на группы исследования



### Критерии включения:

- состояние отмены алкоголя;
- возраст 20–55 лет;
- способность прочитать и осознать содержание информационного письма, сопровождавшего форму информированного согласия на участие в исследовании;
- письменное информированное согласие пациента и/или законного представителя на участие в исследовании.

### Критерии исключения:

- использование ноотропных, психотропных препаратов;
- онкологические заболевания;
- гипотиреоз и тиреотоксикоз;
- ИБС, подтвержденная инструментально (ЭКГ, коронарография);
- нарушения ритма, требующие медикаментозной коррекции (фибрилляция предсердий);
- СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
- печеночная недостаточность (повышение уровня АСТ/АЛТ в 3 раза);
- анемия: гемоглобин менее 110 г/л;
- пациенты с геморрагическим инсультом;
- артериальная гипотензия (АД систолическое менее 90 мм. рт. ст.);
- брадикардия (ЧСС менее 50 уд/мин);
- пациенты с декомпенсированным сахарным диабетом;
- наличие сопутствующих декомпенсированных заболеваний или острых состояний, способных, по мнению исследователя, существенно повлиять на результаты исследования;
- индивидуальная непереносимость препарата;
- невозможность выполнить требования исследования по любой другой причине.

### Условия выбывания пациентов из исследования:

- индивидуальная непереносимость исследуемого препарата;
- возникновение у пациента в ходе исследования тяжелых и/или неожиданных побочных явлений;
- значительное ухудшение общего состояния в период исследования;
- отказ пациента и/или законного представителя от участия в исследовании.

### Методы исследования:

- клиничко-психопатологический;
- психодиагностический: шкалы и опросники;
- шкала оценки состояния отмены алкоголя клинического института фонда исследования зависимостей (CIWA-Ar);
- госпитальная шкала депрессии (HADS-D);
- оценка качества жизни по методике Mezzich;
- Монреальская шкала оценки когнитивных функций;
- дневник контроля АД и ЧСС;

**Протокол исследования эффективности препарата «Армадин» у пациентов  
с состоянием отмены алкоголя**

Показатели	1-е сутки	2-е сутки	3-е сутки	5-е сутки	10-е сутки	21-е сутки
Консультация невропатолога	+	-		+	+	
Дневник контроля АД и ЧСС	+	+	+	+	+	+
Шкала оценки состояния отмены алкоголя (CIWA-Ar)	+	+	+	+	+	+
Госпитальная шкала депрессии (HADS-D)	+	+	+	+	+	+
Оценка качества жизни по методике Mezzich	+	+	+	+	+	+
Монреальская шкала оценки когнитивных функций	+	+	+	+	+	+
ОАК	+	+	+	+	+	+
ОАМ	+		+		+	+
АЛТ, АСТ	+		+		+	+
Креатинин	+	+	+		+	+

- лабораторные методы исследования;
- общеклинические (ОАК, ОАМ);
- биохимические (АСТ, АЛТ, креатинин);
- консультация невропатолога.

Исследование начинали в первые сутки после отмены алкоголя. Больных обследовали до начала терапии, затем в течение трех суток дважды в день, затем – на пятые, десятые и двадцать первые сутки терапии (табл. 1).

Всем пациентам основной группы вводили «Армадин» по следующей схеме:

1) первые трое суток: внутривенно струйно по 300 мг раствора «Армадина» на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки;

2) с четвертых по восьмые сутки: внутримышечно по 300 мг раствора «Армадина»;

3) с девярых суток до двадцать третьи сутки: «Армадин лонг» 300 мг по 1 таблетке 2 раза в день (в 8.00 и 18.00).

Больным контрольной группы проводили только традиционную комплексную терапию.

*Критерии эффективности терапии:*

1. Основные:

- уменьшение суммы баллов согласно опроснику оценки состояния отмены алкоголя клинического института фонда исследования зависимостей (CIWA-Ar);
- уменьшение суммы баллов по госпитальной шкале депрессии (HADS-D);
- увеличение суммы баллов при оценке качества жизни по методике Mezzich;
- увеличение суммы баллов по Монреальской шкале оценки когнитивных функций.

2. Дополнительные:

- улучшение показателей АД и ЧСС;
- улучшение показателей общеклинических (ОАК, ОАМ), биохимических (АСТ, АЛТ, креатинин) лабораторных методов исследования.

Для оценки выраженности алкогольного абстинентного синдрома применялась шкала оценки синдрома отмены алкоголя клинического института фонда исследований зависимостей (CIWA-Ar) [18]. Инструмент позволял оценить 10 параметров: потливость, тревогу, тремор, нарушения слухового восприятия, нарушения зрительного восприятия, ажитацию, тошноту, нарушения тактильного восприятия, головную боль, ориентировку и состояние сенсорной сферы. Каждый параметр определяет выраженность. Инструмент обладает высокой валидностью и надёжностью.

**Результаты исследования и их обсуждение**

У 33 (94,40%) пациентов наблюдалось состояние отмены алкоголя неосложнённое (F10.40), у 1 (2,80%) пациента развилось состояние отмены алкоголя с делирием (F10.40), у 1 (2,80%) пациента развилось состояние отмены алкоголя с делирием и судорожным синдромом (F10.41).

Значительная часть обследуемых лиц страдала коморбидной патологией: у 13 пациентов (37,00%) выявлены сопутствующие наркологические зависимости (каннабиес, опиоиды, полинаркомания), у пяти пациентов (14,00%) – сопутствующие аффективные расстройства; выявлены лица страдали соматоформными (F45) (n = 8; 22,80%) и невротическими расстройствами (F48) (n= 9; 25,70%), шизоаффективными расстройствами (F25)(n=1; 2,80%).

У всех испытуемых наблюдались умеренные отклонения в общем состоянии (CIWA-Ar), у 24,00% испытуемых отмечались легкая депрессия (HADS-D), умеренное тревожное состояние (CIWA-Ar), умеренная алкогольная

зависимость и признаки социальной дезадаптации Mezzich [19]. 18,00 % обследованных были разведены, 41,00 % неженаты (не замужем), занимались в основном неквалифицированным трудом и страдали алкогольной зависимостью.

У всех больных отмечалась патология печени разной степени выраженности, которая подтверждалась клиническими данными и лабораторными исследованиями. Подавляющее большинство пациентов отмечали тяжесть в эпигастральной области и правом подреберье, отрыжку, тошноту, чувство переполнения желудка, метеоризм, периодические поносы, зуд кожных покровов, который не был обусловлен наличием кожного заболевания. Также у больных отмечались клинические признаки патологии поджелудочной железы, заболевания лёгких (пневмония, бронхит), токсическая и дисциркуляторная энцефалопатия, полинейропатия, судорожный синдром в состоянии отмены алкоголя.

Скрининг лабораторных показателей выявил умеренно выраженный лейкоцитоз, повышение СОЭ, сдвиг формулы влево у подавляющего большинства больных (88,50%), умеренно выраженную анемию – у 21,50% больных, выраженную анемию у 3,75% больных. Содержание билирубина (как прямого, так и непрямого) в большинстве случаев было в пределах нормы или незначительно повышено (у 12,00% больных). Активность трансаминаз в большинстве своём была повышена. Повышение амилазы крови наблюдалось в 7,50% случаев. Общее содержание белка, глюкозы, креатинина в крови в большинстве случаев не выходило за пределы показателей соответствующих вариантов нормы.

В результате проводимого лечения по всем параметрам наблюдалось улучшение показателей общего состояния и настроения на протяжении всего периода наблюдений, особенно заметное в группе пациентов, получающих «Армадин» (рис. 1, табл. 2).

Так, тревога у пациентов основной группы, получавших «Армадин», нивелировалась уже на третий день, в то время как пациенты, не получавшие «Армадин», выявляли тревогу и на пятые сутки лечения; тремор в основной группе нивелировался уже на вторые сутки, в контрольной же – только на пятые.

Несмотря на тот факт, что в группу пациентов, получавших «Армадин», попал пациент с состоянием отмены алкоголя с делирием и судорожным синдромом, в то время, как в контрольную – с состоянием отмены алкоголя с делирием без судорог, нарушения слухового, зрительного и тактильного восприятия были менее выражены и быстрее уходили у пациента, который наряду с комплексом традиционной терапии получал «Армадин» (табл. 2).

Качество жизни пациентов, которое оценивалось с помощью методики Mezzich, также выявило положительную динамику, особенно выраженную в основной группе исследования (рис. 2).

В процессе лечения купировалась психопатологическая симптоматика, основными проявлениями которой были психомоторное возбуждение, страх (тревога), галлюцинаторные и бредовые переживания. После купирования острого состояния отмены алкоголя у многих больных отмечался психоорганический синдром, основными проявлениями которого были общее снижение памяти,

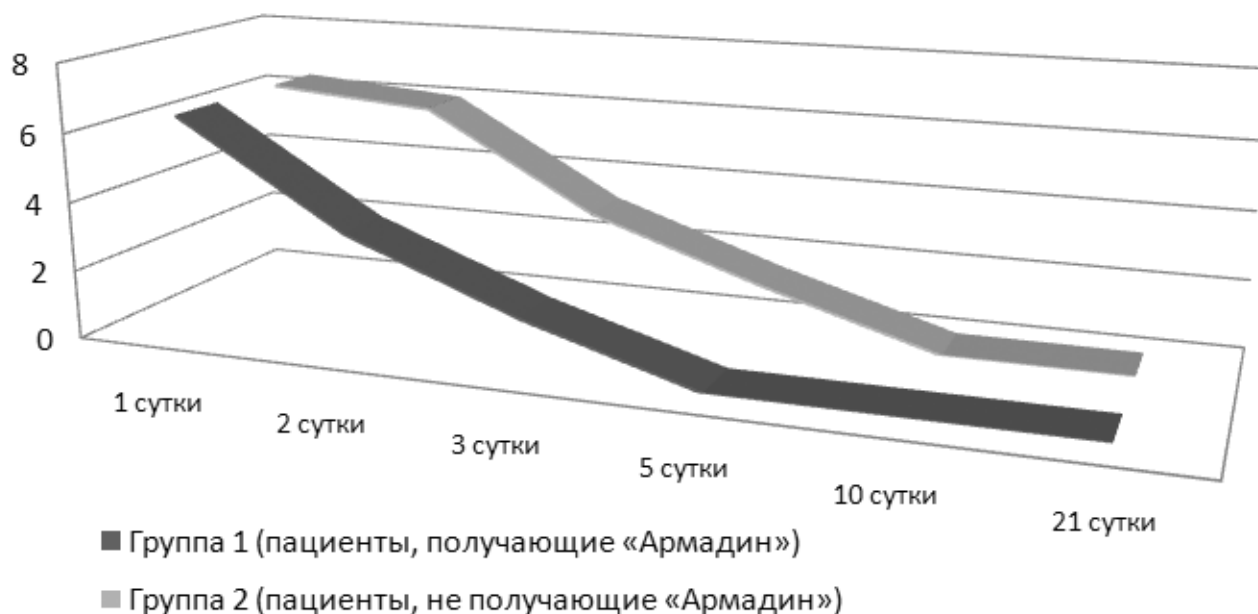


Рис. 1. Динамика средних значений параметров шкалы оценки синдрома отмены алкоголя клинического Института фонда исследований зависимостей (CIWA-Ar)

**Таблиця 2**  
Динамика нивелірування симптомів  
состояния отмены алкоголя (CIWA-Ar)

Параметр CIWA-Ar	Основная группа, сутки	Контрольная группа, сутки
Потливость	2	5
Тревога	3	6
Тремор	2	5
Нарушения слухового восприятия	3	5
Нарушения зрительного восприятия	5	7
Ажитация	3	6
Тошнота	3	5
Нарушения тактильного восприятия	3	5
Головная боль	5	6
Ориентировка, нарушение ясности сознания	3	4

фиксационная амнезия, благодушный фон настроения, неполная ориентировка во времени и месте. Указанные нарушения в ряде случаев были транзиторными и существенно редуцировались в результате проводимого лечения. Выраженность психоорганического синдрома, его стойкость были выше в группе не получавших «Армадин». Для большинства больных была характерна постпсихотическая астения, которая была менее выражена и быстрее редуцировалась у больных, которые получали «Армадин». У 16 пациентов (45,70%) отмечалась полинейропатия, проявления ко-

торой частично редуцировались после лечения. Скорость редукции проявлений нейропатии была значительно выше у больных, получавших «Армадин». Уменьшались или полностью исчезали диспептические явления, боли (неприятные ощущения) в животе.

В процессе лечения происходило значительное снижение АСТ и АЛТ. При этом в группе больных, получавших «Армадин», происходила более быстрая нормализация этих показателей, что, вероятно, свидетельствует о выраженном гепатопротекторном действии этого препарата.

В ходе исследования при применении «Армадина» побочных эффектов не отмечалось, выбывших из исследования не было, все 35 пациентов, включенных в исследование, завершили полный курс терапии.

Положительное влияние на астеническую симптоматику, острый психоорганический синдром, очевидно, связано с выраженным ноотропным действием и уменьшением действия экзогенных и эндогенных токсических факторов. Гепатопротекторное и ноотропное действие препарата «Армадин» позволяет применять большие дозы психотропных препаратов, что облегчает оказание помощи больным в состоянии алкогольного делирия.

#### Выводы

Проведенное нами исследование показало терапевтическую эффективность и безопасность «Армадина» при купировании состояния отмены алкоголя. Комплексное терапевтическое действие препарата (гепатопротекторное, ноотропное, антиоксидантное) сокращало длительность по-

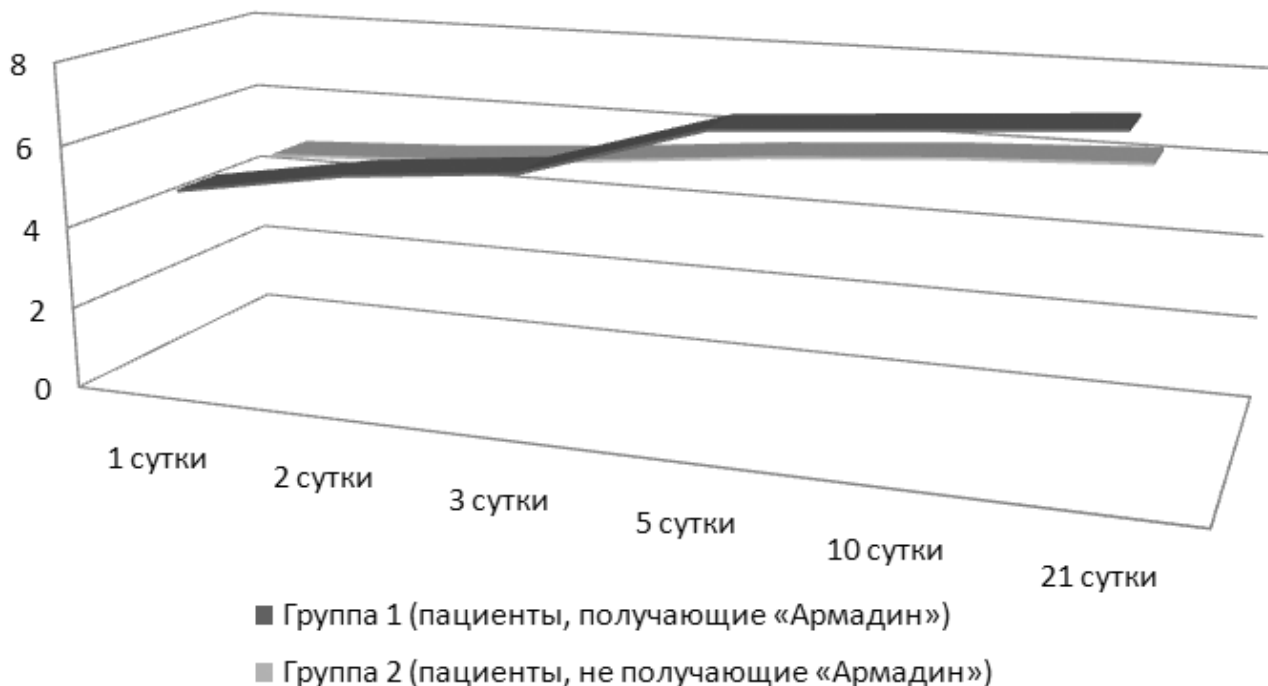


Рис. 2. Динамика средних значений показателей качества жизни в группах сравнения

стпсихотической астении, что облегчало реабилитационные мероприятия.

Применение «Армадина» у больных с состоянием отмены алкоголя с делирием способствовало более быстрой нормализации показателей активности ферментов крови.

Включение «Армадина» в комплексное лечение больных в состоянии отмены алкоголя позволяло существенно снизить проявления алкогольной полинейропатии.

Назначение «Армадина» пациентам с состоянием отмены алкоголя способствовало уменьшению объективной и субъективной симптоматики со стороны головного мозга и улучшению качества жизни пациентов вследствие благотворного воздействия на патогенетические механизмы оксидативного стресса, что приводило к ослаблению СОА.

Применение «Армадина» снизило проявление продуктивной симптоматики и ускорило процесс её нивелирования, что может

быть связано как с тройным механизмом действия препарата, так и с его влиянием на уровень дофамина.

Высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, вегетостабилизирующее и транквилизирующее действие препарата, отсутствие побочных эффектов и безопасность применения «Армадина» позволяют рекомендовать его для включения в комплексные терапевтические программы при лечении состояний отмены алкоголя.

«Армадин» рекомендовано применять по следующей схеме:

1) первые трое суток: внутривенно струйно по 300 мг раствора «Армадина» на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки;

2) с четвертых по восьмые сутки: внутримышечно по 300 мг раствора «Армадина»;

3) с девярых по двадцать третьи сутки: «Армадин лонг» 300 мг по 1 таблетке 2 раза в день (в 8:00 и 18:00).

### Литература

1. Bogomolec' O. V., Pinchukl. Ja., Druz'O.V., Haustova O.O. [etal.] Optyimizacija pidhodiv do nadannja psyhiatrychnoi' dopomogy vidpovidno do suchasnyh potreb uchasnykiv bojovyh dij: Metodychni rekomendacii' [Optimization approaches to psychiatric care in accordance with modern requirements combatants: Guidelines]. Kiev, 2014, 46 p. (In Ukr.)
2. Naprjejenko O. K., Zhyvotovs'ka L. V., Petrova N. Ju., Rahman L. V. [ed. O. K. Naprjejenko] Narkologija. Psyhichni ta povedinkovi rozlady, sprychyneni zlovzhyvannjam psyhoaktyvnymy rečovynamy [Narcology. Mental and behavioral disorders caused by substance abuse]. Kiev, Health Publ., 2011, 207 p. (In Ukr.)
3. Linskiy I. V., Kazakova S. E., Minko A. I. [et. al.] Vzaimootnosheniya mezhdzha zavisimost'ju ot psikhоaktivnykh veshchestv i indeksom chelovecheskogo razvitiya v Ukraine, 1999-2010. Vozmozhnosti prognoza [The relationship between substance dependence and the index of human development in Ukraine, 1999-2010. Opportunities forecast]. Mezhdunarodnyy nauchno-prakticheskiy zhurnal psikhiiatrii, psikhoterapii i klinicheskoy psikhologii [International Scientific and Practical Journal of Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology], 2013, no.3(13), pp. 36-44. (In Russ.)
4. Nemtsov A. V., Shelygin K. V., Zaplatkin I. A., Rastegaeva E. S., Ryzhkova N. V. Polyarno-ekvatorial'nyy temperaturnyy gradient i zaboлеваemost' alkogol'nymi psikhozami [Polar-equatorial temperature gradient and the incidence of alcoholic psychosis]. Narkologiya, 2009, no. 4, pp. 33-37. (In Russ.)
5. Linskiy I. V., Minko A. I., Pervomayskiy E. B., D'yachenko L. I., Minko A. A. Dinamika zavisimosti ot psikhоaktivnykh veshchestv v Ukraine i ee vliyanie na nekotorye parametry narkologicheskogo dispansernogo ucheta [The dynamics of substance abuse in Ukraine and its impact on some parameters narcological dispensary accounting]. Psikhicheskoe zdorov'e, 2007, no. 2, pp. 28-34. (In Russ.)
6. Razvodovskiy Yu. E. Vliyanie aminokislotnykh kompozitsiy na fond tsentral'nykh neuroaktivnykh soedineniy pri khronicheskoy alkogol'noy intoksikatsii [Effect of amino acid compositions on the funds of the neuroactive compounds in chronic alcohol intoxication]. Narkologiya, 2010, no. 2, pp. 53-56. (In Russ.)
7. Guo J., Collins L. M., Hill K., Hawkins J. D. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. J. Stud. Alcohol., 2000, no. 61(6), p. 799-808.
8. Knight J. R., Wechsler H., Kuo M., Seibring M., Weitzman E. R., Schuckit M. A. Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. J. Stud. Alcohol., 2002, no. 63 (3), pp. 263-270.
9. Kunz J. L., Giesbrecht N. Gender, perceptions of harm, and other social predictors of alcohol use in a Punjabi community in the Toronto area. Subst. Use. Misuse, 1999, no. 34(3), pp. 403-419.
10. Minko A. I. Alkogolizm - mezhdistsiplinarnaya problema (vyavlenie, lechenie, profilaktika) [Alcoholism - an interdisciplinary problem (detection, treatment, prevention)]. Ukraїns'kyj visnyk psyhonevrologii, 2001, vol. 9, issue 4(29), pp. 6-7. (In Russ.)
11. Minko, A. I., Linskiy I. V. Narkologiya. Noveyshiyspravochnik. 2nd ed., revis. and suppl., Moscow, Eksmo Publ., 2004, 736 p. (In Russ.)
12. Borodkin Yu. S., Grekova T. P. Alkogolizm: prichiny, sledstviya, profilaktika [Alcoholism: causes, consequences, prevention]. Leningrad, Science Publ., 1987, 159 p. (In Russ.)
13. Borokhov A. D., Isaev D. D. Rol' sotsial'no-psikhologicheskikh faktorov v formirovanii pristrastiya k alkogolyu i narkoticheskim veshchestvam u podrostkov muzhskogo pola [The role of the social and psychological factors in the formation of addiction to alcohol and drugs in male adolescents]. Psikhologicheskije issledovaniya i psikhoterapiya v narkologii: sb. st., Leningrad, 1989, pp. 88-93. (In Russ.)
14. Avrutskiy G. Ya., Neduva A. A. Lechenie psikhicheskikh bol'nykh [Treatment of Mental Illness]. Moscow, Medicine Publ., 1988, 528 p. (In Russ.)
15. Anokhina I. P. Biologicheskije mekhanizmy zavisimosti ot psikhоaktivnykh veshchestv (patogenez) [Biological mechanisms of substance dependence (pathogenesis)]. Lektsii po narkologii [ed. N. N. Ivanets]. Moscow, Knowledge Publ., 2000, pp. 16-40. (In Russ.)
16. Entin G. M. Lechenie alkogolizma [Treatment of alcoholism]. Moscow, Medicine Publ., 1990, 416 p. (In Russ.)
17. Huang M. C., Chen C. C., Peng F. C., Tang S. H., Chen C. H. The correlation between early alcohol withdrawal severity and oxidative stress in patients with

alcohol dependence. Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry, 2009, Feb. 1, no. 33(1), pp. 66-69.

18. Sullivan J. T., Sykora K., Schneiderman J. [et al.] Assessment of alcohol withdrawal: revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction (1989) 84, 1353-1357.

19. Mezzich J., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Iqbal S., Perez C. Validation an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds», Hamburg, Germany, 1999, 6-11 August, pp. 427-428.

### КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «АРМАДІН» У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАНОМ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

В. І. Пономарьов, В. В. Слюсар, Д. М. Волошина,  
Д. В. Лебединець, В. І. Вовк  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** У статті наведені сучасні дані щодо проблеми алкоголізму та синдрому алкогольної залежності, описано патогенез стану алкогольної залежності та абстиненції. Показана ефективність препарату з вираженою антиоксидантною та антигіпоксантичною дією - «Армадін» - при стані відміни алкоголю. Висока ефективність, швидка терапевтична, вегетостабілізуюча та транквілізуюча дія препарату, відсутність побічних ефектів і безпека застосування дозволили рекомендувати препарат для лікування хворих на алкоголізм.

**Ключевые слова:** алкоголь, синдром відміни, лікування, Армадін.

### CLINICAL EFFICACY "ARMADIN" IN PATIENTS WITH THE CONDITION OF ALCOHOL WITHDRAWAL

V. I. Ponomaryov, V. V. Slyusar, D. M. Voloshina, D. V. Lebedynets, V. I. Vovk  
V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** In this article we describe current data about the problem of alcoholism and alcohol dependence syndrome, the pathogenesis of alcohol dependence and withdrawal. We have shown the efficacy of the drug with a strong antioxidant and antihypoxic effect - «Armadin» - in state of alcohol withdrawal. High efficiency, rapid onset of therapeutic action, tranquilizing effect of the drug, no side effects and safety of the drug led to the recommendation for the treatment of patients with alcoholism.

**Key words:** alcohol, withdrawal symptoms, treatment, Armadin.

УДК 612.063



А. А. Рубан

А. А. Винокурова

С. А. С. Белал



А. В. Мартыненко

Н. И. Яблучанский

## КАЧЕСТВО БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОНТУРЕ МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ И ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ С ПСИХАСТЕНИЧЕСКИМ ТИПОМ ЛИЧНОСТИ В ПОВТОРНОЙ СЕРИИ СЕАНСОВ

А. А. Рубан, А. А. Винокурова, С. А. С. Белал,  
А. В. Мартыненко, Н. И. Яблучанский

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** На 15-ти здоровых добровольцах в возрасте от 18 до 27 лет (10 женщин и 5 мужчин) с психастеническим типом личности исследовано качество повторной серии сеансов биологической обратной связи в контуре метрономизированного дыхания при старте со свободного дыхания под контролем параметров вариабельности сердечного ритма. Установлено, что испытуемые с психастеническим типом личности демонстрируют низкую эффективность биологической связи в предложенном контуре в первой серии сеансов, однако проведение повторной серии позволяет достигнуть оптимального состояния регуляторных систем организма. Высокая эффективность повторных сеансов биологической обратной связи в контуре метрономизированного дыхания при старте со свободного дыхания под контролем параметров вариабельности сердечного ритма у лиц с психастеническим типом личности позволяет рекомендовать данную методику для широкого использования в клинической и профилактической медицине.

**Ключевые слова:** акцентуации личности, психастенический тип личности, биологическая обратная связь, вариабельность сердечного ритма, метрономизированное дыхание.

## Введение

Акцентуация личности – это находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера, при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим [1]. Данная характеристика тесно коррелирует с состоянием вегетативной нервной системы и определяет распределение спектра variability сердечного ритма (BCP) при различных внешних воздействиях [2].

У индивидуумов с психастеническим типом личности главными чертами характера выступают тревожная мнительность, нерешительность, склонность к вербально-логическому мышлению, построению рассуждений, не завершающихся принятием решений, любовь к самоанализу, а также легкость возникновения obsessions. Стабильная тревога сопровождается более высоким уровнем тонического напряжения сосудов и более резкой сосудистой реакцией на нагрузки, тенденцией к повышению частоты сердечных сокращений (ЧСС), повышением артериального давления (АД), а также увеличением значения индекса Кердо выше 1, что свидетельствует о преобладании тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы над парасимпатическим [3].

Биологическая обратная связь (БОС) – технология, которая позволяет посредством внешней цепи обратной связи предъявлять пациенту информацию о состоянии и изменениях собственных физиологических процессов в режиме реального времени с воздействием на них с целью оптимизации [4–5]. Основными преимуществами БОС являются неинвазивность, нетоксичность, снижение количества принимаемых лекарственных средств или вовсе исключение необходимости их применения [6]. Самым важным достоинством БОС является то, что в ней пациент из пассивного объекта врачебного вмешательства превращается в активный субъект, который сам определяет свое выздоровление [7].

Ранее нами было установлено [8], что здоровые добровольцы с психастеническим типом личности демонстрируют низкую эффективность БОС в контуре метрономизированного дыхания, что связано с персональными особенностями функционирования их вегетативной нервной системы. Принимая во внимание, что предложенная методика БОС обеспечивает эффект тренировки системы регуляции с длительным сохранением результата [9], уделим внимание оцениванию качества ее сеансов у здоровых добровольцев с психастеническим типом личности в повторных сериях опытов.

Исследование выполнено в рамках НИР ХНУ «Разработка и исследование системы автоматического управления variability сердечного ритма», № регистрации 0109U000622.

## Цель исследования

Оценка качества повторной серии сеансов БОС у здоровых добровольцев с психастеническим типом личности в контуре метрономизированного дыхания под контролем параметров BCP.

## Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 30 студентов медицинского факультета в возрасте от 18 до 27 лет (20 женщин и 10 мужчин, средний возраст  $22,50 \pm 4,50$ ).

Для выявления психастенического типа личности был использован сокращенный вариант Миннесотского многофазного личностного опросника – опросник Мини-Мульт [10], который содержит в себе 71 вопрос, 3 оценочные и 8 базисных шкал. Было выделено 15 здоровых добровольцев (10 женщин и 5 мужчин) с высокой суммой баллов ( $>70$ ) по шкале «Психастения» (Pt). Далее каждому из испытуемых было проведено две серии по 7 сеансов БОС с временным интервалом в 3 месяца между ними (соответственно, серии 1 и 2) под контролем параметров BCP с использованием алгоритма поиска оптимальной частоты метрономизированного дыхания при старте со свободного дыхания.

Сеансы БОС проводились на компьютерном диагностическом комплексе CardioLab 2009 («ХАИ-Медика») с записью ЭКГ в I стандартном отведении, частота дискретизации сигнала составляла 1 кГц, продолжительность скользящего буфера – 1 мин, длительность записи – 7 мин [11]. Частота дыхания задавалась программным модулем Biofeedback.

С помощью быстрого преобразования Фурье полученные записи были разделены на одноминутные интервалы, в каждом из которых выделялись медленные (V) частоты мощностью до 0,05 Гц, преимущественно связанные с терморегуляцией, гуморальным и симпатическим звеном вегетативной нервной регуляции; средние (L) частоты, мощностью 0,05–0,15 Гц, преимущественно связанные с симпатическим и парасимпатическим звеньями, и быстрые (H) частоты, мощностью 0,15–0,40 Гц, преимущественно связанные с парасимпатическим звеном вегетативной нервной регуляции [11, 12].

Полученные значения преобразовывались в двумерную координатную плоскость с осями L/H и V/(L+H), которые соответствовали мощностям симпатовагального и нейрогуморального звеньев регуляции. В начало отсчета помещались значения физиологической



нормы указанных балансов каждого испытуемого, что позволяло оценивать расстояние D между текущим и оптимальными значениями параметров ВСР человека.

Качество сеансов БОС первой и второй серии оценивали на основании значений [13]:

– оптимальности (O) – оценка отдалённости систем регуляции от оптимального состояния за весь период сеанса;

– чувствительности (S) – оценка восприимчивости систем регуляции к метрономизированному дыханию;

– эффективности (E) – степень приближения параметров ВСР к физиологически оптимальному состоянию в период выполнения алгоритма оптимального биообратного управления;

– индекса качества биологической обратной связи BQI [10], представляющего собой интегральный показатель, охватывающий все качественные изменения процесса биообратной связи.

Оценка изменчивости значений O, S, E для показателей D, L/H и V/(L+H) и визуализация эффективности применения БОС в каждой из серий осуществлялись с помощью программы MathCAD 15.

Статистическая обработка результатов по каждому обследуемому проводилась в программе Microsoft Excel 2003. В таблицы заносились данные средних значений O, S, E для D, L/H и V/(L+H) по всем испытуемым серии 1 и 2 БОС. Достоверность различий каждого из показателей между сериями и в каждой из серий в динамике определялась с помощью Т-критерия Уилкоксона.

### Результаты исследования и их обсуждение

В табл. 1 представлены средние значения показателей O, S, E для D, L/H и V/(L+H) по всем испытуемым первой и второй серии сеансов БОС.

В первой серии сеансов БОС значение показателя O<sup>D</sup> существенно ниже на седьмом сеансе (-6,77±7,35), чем на первом (-1,78±7,61), что обусловлено более низким значением как O<sup>L/H</sup>, так и O<sup>V/(L+H)</sup> на седьмом сеансе (-30,99±60,59 против -14,67±15,18 на первом сеансе и -2,44±0,69 против -1,91±0,98, соответственно). Значения показателя S<sup>D</sup> к седьмому сеансу БОС также несколько снизилось и составило 0,90±0,48 против 0,98±0,46 на первом сеансе. Указанные изменения, вероятно, связаны с некоторым снижением показателя S<sup>L/H</sup> до 5,72±0,82 против 5,81±2,54 на первом сеансе, значения S<sup>V/(L+H)</sup> при этом мало различались между первым и седьмым сеансами.

Значение E<sup>D</sup> к седьмому сеансу также снизилось с 0,22±0,31 до 0,02±0,04 за счет уменьшения E<sup>V/(L+H)</sup> до 0,05±0,03 против данных на первом сеансе (0,18±0,16), значение E<sup>L/H</sup> колебалось в пределах 0,98±0,02 как на первом, так и на последнем сеансах.

Во второй серии сеансов БОС значение показателя O<sup>D</sup> к седьмому сеансу увеличилось с -2,97±3,01 до -1,84±3,77 за счет прироста O<sup>L/H</sup> к седьмому сеансу (1,32±3,89) против исходных значений (0,75±6,67). Значения S<sup>D</sup> практически не отличались на первом (0,80±0,28) и седьмом (0,83±0,37) сеансах при незначительно более высоких исходных значениях S<sup>L/H</sup> (7,42±2,75 против 6,65±0,59 на седьмом сеансе) и S<sup>V/(L+H)</sup> (0,15±2,95 и 0,09±0,03 соответственно). Значения E<sup>L/H</sup>, E<sup>V/(L+H)</sup> и, следовательно, E<sup>D</sup> мало отличались на первом и седьмом сеансах во второй серии БОС.

Таблица 1

Значения показателей O, S, E по D, L/H, V/(L+H) на 1 и 7 сеансах в сериях 1 и 2

Параметры		Серия 1		Серия 2	
		1 сеанс	7 сеанс	1 сеанс	7 сеанс
D	O	-1,78±7,61	-6,77±7,35†	-2,97±3,01*	-1,84±3,77*†
	S	0,98±0,46	0,90±0,48†	0,80±0,28*	0,83±0,37*†
	E	0,22±0,31	0,02±0,04†	0,15±0,23*	0,14±0,23*†
L/H	O	-14,67±15,18	-30,99±60,59‡	0,75±6,67**	1,32±3,89**†
	S	5,81±2,54	5,72±0,82†	7,42±2,75*	6,65±0,59*†
	E	0,98±0,02	0,98±0,01†	1,00±0,00*	0,97±0,01*†
V/(L+H)	O	-1,91±0,98	-2,44±0,69†	-3,31±2,04*	-3,44±0,53*†
	S	0,38±0,30	0,33±0,23†	0,15±2,95*	0,09±0,03*†
	E	0,18±0,16	0,05±0,03†	0,02±0,41**	0,00±0,05*†

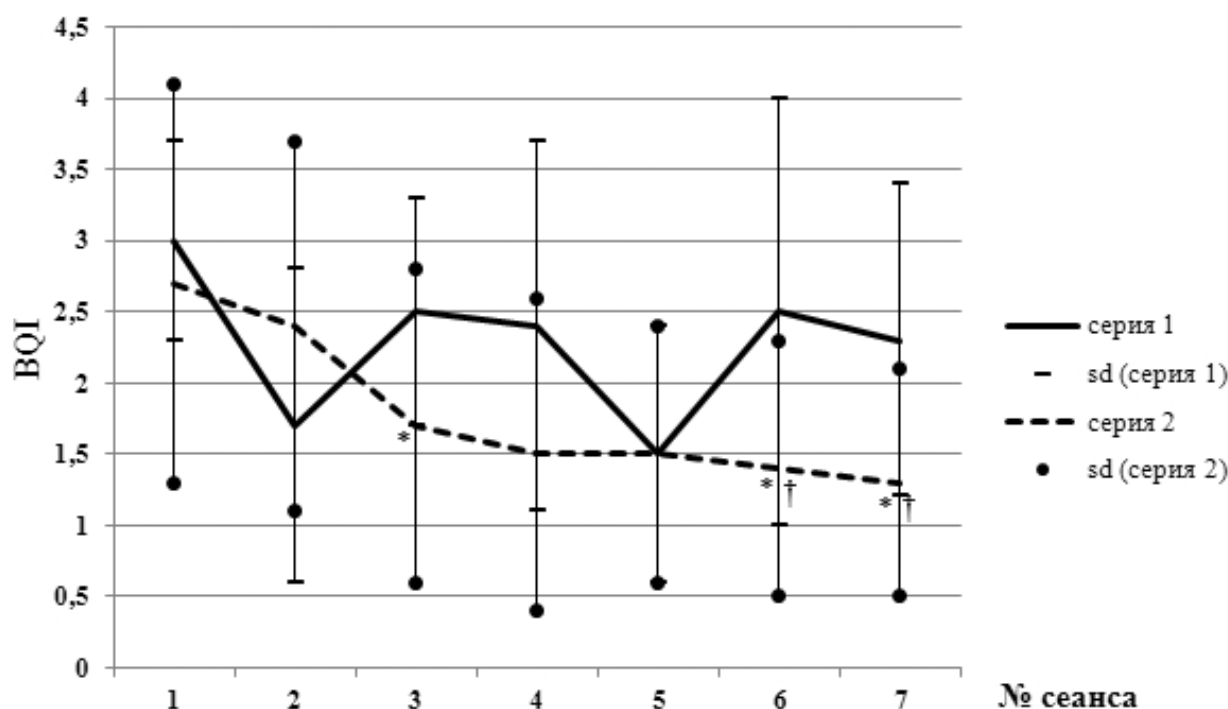
Примечания:

‡ – p < 0,05 по показателю в группе против исходных значений

† – p > 0,05 по показателю в группе против исходных значений

\* – p > 0,05 по показателю на этапе между группами

\*\* – p < 0,05 по показателю на этапе между группами



Примечания:

$t - p < 0,05$  на сеансах в 1 и 2 группе против исходных значений; \* –  $p < 0,05$  между группами на текущем сеансе

Рис. 1. Динамика индекса BQI по всем испытуемым обеих групп

Повторные сеансы БОС способствовали более эффективной оптимизации исследуемых параметров при практически одинаковых исходных данных.

Динамика индекса BQI по всем испытуемым обеих групп представлена на рис. 1.

У здоровых добровольцев с психастеническим типом личности в серии 1 сеансов БОС значение индекса BQI приближалось к оптимальному уровню на 2 сеансе (с 3,0 до 1,77) с колебаниями в пределах этих значений до 7 сеанса без достижения зоны оптимума. Серия 2 БОС способствовала закономерному приближению значений BQI к оптимальному уровню уже с 1 сеанса с достижением наиболее позитивного результата на 7 сеансе.

Выполненное исследование показало, что испытуемые с психастеническим типом личности демонстрируют низкую эффективность БОС в первой серии сеансов [8], которая обусловлена персональными особенностями функционирования их вегетативной нервной системы. Повторные серии сеансов позволяют оптимизировать состояние регуляторных систем организма, что должно использоваться в медицинской практике.

## Выводы

1. Испытуемые с психастеническим типом личности в первой серии сеансов демонстрируют низкую эффективность биологической обратной связи в контуре метрономизированного дыхания при старте со свободного дыхания под контролем параметров variability сердечного ритма в первой серии сеансов.

2. Проведение повторной серии сеансов биологической обратной связи позволяет повысить эффективность оптимизации состояния регуляторных систем организма.

3. Эффективность повторной серии сеансов биологической обратной связи позволяет рекомендовать ее для широкого использования у лиц с психастеническим типом личности в клинической и профилактической медицине.

**Перспективы дальнейшего изучения темы.** Представляется интересным оценить качество сеансов биологической обратной связи в контуре метрономизированного дыхания при старте со свободного дыхания под контролем параметров variability сердечного ритма в повторных сериях сеансов у лиц с прочими типами акцентуаций характера.

## Література

1. World Health Organization. International Classification of Diseases. World Health Organization. Available at: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.

2. Kapfhammer H. P. The relationship between depression, anxiety and heart disease - a psychosomatic challenge. Psychiatr. Danub., 2011, no. 23(4), pp. 412-424.

3. Sandomirskiy M. E. Psikhicheskaya adaptatsiya v usloviyakh penitentsiarnogo stressa i lichnostno-tipologicheskie osobennosti osuzhdennykh [Mental adaptation to prison conditions of stress and personal-typological features of convicts]. 2001, 88 p. (In Russ.)

4. Frank D. L., Khorshid L., Kiffer J. F. [et al.] Biofeedback

in medicine: who, when, why and how? *Ment. Health Fam Med.*, 2010, no. 7(2), pp. 85-91.

5. Moss D., Mc. Grady A., Davies T., Wickramasekera I. *Handbook of Mind-Body Medicine for Primary Care*. London, Sage Publications, 2003, 576 p.

6. Prinsloo G. E., Rauch H. G., Derman W. E. A brief review and clinical application of heart rate variability biofeedback in sports, exercise, and rehabilitation medicine. *Phys. Sportsmed.*, 2014, no. 42(2), pp. 88-99.

7. Yang Z., Su Z., Ji F., Zhu M., B. Bai Mechanisms of behavior modification in clinical behavioral medicine in China. *Int. J. Behav. Med.*, 2014, no. 21(4), pp. 580-583.

8. Belal S. A. S., Linskaya K. I., Kulik A. L. Profil' lichnosti i kachestvo biologicheskoy obratnoy svyazi v algoritme poiska optimal'noy chastoty metronomizirovannogo dykhaniya pri starte so svobodnogo dykhaniya pod kontrolem parametrov variabel'nosti serdechnogo ritma u zdorovykh dobrovol'tsev [Personality profile and the quality of biofeedback in the search algorithm metronomizirovannogo optimum frequency of breath at the start of a free breathing under control parameters of heart rate variability in healthy volunteers]. *Variabel'nost' serdechnogo ritma: materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem (29 oktyabrya 2011 g.)* [Heart rate variability: Materials of All-Russian scientific-practical conference with international participation (29 October 2011)]. *Cheboksary, Publ. house of Chuvashia state. ped. univ.*, 2011, pp. 22-27. (In Russ.)

9. Belal S. A. S., Kulik A. L., Martynenko A. V., Yabluchanskiy N. I. Vosproizvodimost' biologicheskoy

obratnoy svyazi u zdorovykh dobrovol'tsev v algoritme metronomizirovannogo dykhaniya pod kontrolem parametrov variabel'nosti serdechnogo ritma [Reproducibility of biofeedback in healthy volunteers in the algorithm metronomizirovannogo breathing under control parameters of heart rate variability]. *Meditsina segodnya i zavtra*, 2012, no. 2 (55), pp. 44-48. (In Russ.)

10. Zaytsev V. P. Variant psikhologicheskogo testa Mini-Mult [Option psychological test Mini-Mult]. *Option psychological test Mini-Mult*, 1981, no. 3, pp. 118-123. (In Russ.)

11. Yabluchanskiy N. I., Martynenko A. V. Variabel'nost' serdechnogo ritma v pomoshch' prakticheskomu vrachu [Heart rate variability in care practitioner]. Available at: <http://dSPACE.univer.kharkov.ua/handle/123456789/1462> <http://dSPACE.univer.kharkov.ua/handle/123456789/1462>. (In Russ.)

12. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Eur. Heart J.*, 1996, no. 17 (3), pp. 354-381.

13. Belal S. A. S., Linskaya K. I., Kulik A. L. [i dr.] Kachestvo biologicheskoy obratnoy svyazi u zdorovykh dobrovol'tsev v algoritme metronomizirovannogo dykhaniya pri starte s vozrastnoy fiziologicheskoy normy [Quality of biofeedback in healthy volunteers in the algorithm metronomizirovannogo breath when starting from the age of physiological norm]. *Visnyk Harkivskogo nacional'nogo universytetu im. V. N. Karazina*, 2011, no. 938, pp. 29-37. (In Russ.)

## ЯКІСТЬ БІОЛОГІЧНОГО ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ В КОНТУРІ МЕТРОНОМІЗОВАНОГО ДИХАННЯ ТА ПАРАМЕТРІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЗДОРОВИХ ДОБРОВОЛЬЦІВ З ПСИХАСТЕНІЧНИМ ТИПОМ ОСОБИСТОСТІ В ПОВТОРНІЙ СЕРІЇ СЕАНСІВ

A. A. Рубан, А. О. Винокурова, С. А. С. Белал, О. В. Мартиненко, М. І. Яблучанський  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** На 15-ти здорових добровольцях віком від 18 до 27 років (10 жінок і 5 чоловіків) з психастенічним типом особистості досліджено якість повторної серії сеансів біологічного зворотного зв'язку в контурі метрономізованого дихання при старті з вільного дихання під контролем параметрів варіабельності серцевого ритму. Встановлено, що випробовувані з психастенічним типом особистості демонструють низьку ефективність біологічного зворотного зв'язку в запропонованому контурі в першій серії сеансів, однак проведення повторної серії дозволяє досягти оптимального стану регуляторних систем організму. Висока ефективність повторних сеансів біологічного зворотного зв'язку в контурі метрономізованого дихання при старті з вільного дихання під контролем параметрів варіабельності серцевого ритму в осіб з психастенічним типом особистості дозволяє рекомендувати дану методику для широкого використання в клінічній та профілактичній медицині.

**Ключові слова:** акцентуації особистості, психастенічний тип особистості, біологічний зворотний зв'язок, варіабельність серцевого ритму, метрономізоване дихання.

## QUALITY OF BIOFEEDBACK IN THE LOOP OF PACED BREATHING AND HEART RATE VARIABILITY PARAMETERS IN HEALTHY VOLUNTEERS WITH PSYCHASTHENIC PERSONALITY TYPE IN REPEATED SERIES OF SESSIONS

A. A. Ruban, A. A. Vynokurova, S. A. S. Belal, O. V. Martynenko, N. I. Yabluchanskiy  
V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** On 15 healthy volunteers with psychasthenic personality type aged from 18 to 27 years (10 women and 5 men) the quality of biofeedback repeated series in the loop of paced breathing with the start from free breathing under the control of heart rate variability parameters was examined. It was found that volunteers with psychasthenic personality type showed low efficiency of the first biofeedback series in the proposed loop, however, holding of repeated series allows to achieve optimal state of regulatory systems. The high efficiency of repeated biofeedback sessions in the loop of paced breathing under the control of heart rate variability parameters in patients with psychasthenic personality type allows to recommend this technique for wide use in clinical and preventive medicine.

**Keywords:** personality accentuation, psychasthenic personality type, biofeedback, heart rate variability, paced breathing.

УДК 378.4(477.54):929Каразін:159.923.07



## ДО 210-РІЧЧЯ ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ. ОСОБИСТІТЬ В. Н. КАРАЗІНА: СПРОБА ПСИХОБІОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

О. І. Вовк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** У статті викладено результати психобіографічного аналізу життя та діяльності видатного громадського діяча, просвітителя, науковця, засновника Харківського університету В. Н. Каразіна (1773–1842 рр.). Схарактеризовано основні тенденції розвитку психобіографістики в Україні та світі. Описано найпоказовіші епізоди біографії В. Н. Каразіна та співвіднесено їх з типологічною схемою дослідження особистості «Індикатор типів Майєрс–Бріггс» (МВТІ). Висунуто гіпотезу щодо вірогідної належності особистості В. Н. Каразіна до типу ЕНТР («Винахідник»).

**Ключові слова:** В. Н. Каразін, психобіографія, «Індикатор типів Майєрс–Бріггс» (МВТІ).

### Вступ

Починаючи з середини ХХ ст. і донині у світовому науковому співтоваристві все більш помітним стає зростання інтересу до феномену життєпису, яке у сучасній літературі визначається як «біографічний бум», або «біографічний поворот» [1]. Серед основних рис сучасної біографістики варто відзначити збільшення уваги до психологічного виміру буття особистості та тяжіння до міждисциплінарності.

Поступове розмивання кордонів предметних областей різних дисциплін стимулює розвиток синтетичних наукових жанрів, до яких можна віднести психобіографію. У найширшому розумінні цей термін може означати будь-який підхід до біографії, що підкреслює внутрішнє життя та психологічний розвиток особистості. Утім, частіше цю дефініцію застосовують у більш вузькому тлумаченні, маючи на увазі використання формалізованої психологічної теорії в біографічному письмі [2].

Вважається, що психобіографія еволюціонувала з популярного у середині ХІХ–на початку ХХ ст. жанру патографії – опису життя видатної особистості, в якому центральне місце посідає історія її хвороби [3, с. 741]. Датою народження власне психобіографії прийнято вважати 1910 р., коли побачила світ монографія З. Фрейда «Леонардо да Вінчі: спогади дитинства», яка протягом наступних ста років залишалася найбільш критикованою його розвідкою.

Незважаючи на критичні зауваження, що були висловлені на адресу нового дослідницького напрямку, цей підхід швидко завоював популярність у західних наукових колах та залишається затребуваним до сьогоднішнього дня. Класик сучасної психобіографії В.Т.Шульц виділив риси, притаманні

якісно проведеному дослідженню, серед яких чіткість, логічність, обґрунтованість та переконливість для читача; комплексність, спрямування на висвітлення кількох аспектів діяльності особистості; узгодженість із загальними знаннями про людську психологію та фактами біографії конкретного індивіда; залучення різних типів джерел.

Разом з тим, психобіограф не повинен пояснювати характер та поведінку дорослої людини, спираючись лише на історію дитинства (адже події, що відбулися в житті юної та навіть зрілої людини, можуть накласти відбиток на її психіку не менше, ніж на психіку дитини). Виходячи з цього, дослідник не має надто захоплюватися теорією психоаналізу, пам'ятаючи про те, що вона є лише однією з багатьох можливих стратегій вивчення психобіографії історичного діяча. Не можна використовувати і факти, отримані шляхом умовиводів дослідника, які не мають прямих підтверджень; недопустимо ігнорувати одні відомості про особистість на догоду іншим [4, с. 7–10].

До української науки психобіографістика почала інтегруватися наприкінці ХХ–на початку ХХІ ст. [див., наприклад: 5, 6 та ін.]. Можна визначити кілька специфічних рис, притаманних вітчизняним психобіографічним розвідкам. По-перше, на відміну від західного академічного середовища, де психобіографістикою опікуються, в першу чергу, фахові психологи та психіатри, в Україні цей дослідницький напрямок укорінився й розвивається більшою мірою у структурі гуманітарних наук (історії, літературознавства, мистецтвознавства та ін.). По-друге, в багатьох публікаціях спостерігається необґрунтована взаємопідміна патографічного і психобіографічного підходів, що висуває на порядок денний необхідність подальшої розробки

концептуальних основ функціонування психобіографістики. По-третє, коло історичних діячів, життєві траєкторії яких ставали предметом спеціального наукового пошуку, є досить вузьким. Психобіографи більшою мірою спрямовані на вивчення осіб, чий творчий доробок представлений у текстовому вигляді (історик М.С.Грушевський, письменники М.Г.Хвильовий, І.Я.Франко, Т.Г.Шевченко та ін.), у той час як творці невербальних образів (живописець І.Ю.Рєпін [7, 8] та ін.) потрапляють до дослідницького об'єктиву порівняно рідко. При цьому основна увага дослідників прикута до вивчення історій життя людей місцевості, в першу чергу літераторів, у той час як представники інших суспільних сфер (державні діячі, вчені і т. п.) у більшості своїй залишаються поза межами цього дискурсу.

Вищенаведені факти свідчать про те, що українська психобіографістика нині перебуває у процесі свого становлення, тож перед вітчизняними науковцями постає необхідність розширення дослідницького арсеналу, залучення нових джерел та методів дослідження, адаптація досвіду, накопиченого зарубіжними колегами, до українських реалій.

#### Мета дослідження

Проведення психобіографічного аналізу життя та діяльності видатного громадського діяча, просвітителя, науковця, засновника Харківського університету В.Н.Каразіна (1773–1842 рр.).

#### Матеріали та методи дослідження

В основу дослідження була покладена типологічна схема дослідження особистості «Індикатор типів Майєрс–Бріггс» (Myers–Briggs Type Indicator, MBTI). Вона ґрунтується на застосуванні чотирьох біполярних шкал, що відображають особистісні переваги: «екстраверсія (extraversion, E) – інтроверсія (introversion, I)»; «сенсорика (sensation, S) – інтуїція (intuition, N)»; «мислення (thinking, T) – почуття (feeling, F)»; «судження (judgment, J) – сприйняття (perception, P)»\*. У комбінації ці чотири пари характеристик утворюють 16 типів особистості [9, с. 11].

MBTI протягом кількох десятиліть залишається одним з найпопулярніших інструментів психологічної оцінки, який застосовується для вирішення багатьох прикладних задач (у т. ч. комплектування робочих груп, профорієнтації тощо) [10, с. 491] та, незважаючи на певну кількість обмежень, в цілому показує себе надійним та валідним інструментом дослідження психічного складу особистості [9, с. 24].

\* — У російсько- та україномовній літературі більш поширеним є варіант перекладу цих конструктів як «організованість» (I) та «гнучкість» (P), яким ми й оперуватимемо надалі.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення наявних у нашому розпорядженні матеріалів показало, що В.Н.Каразін був яскравою індивідуальністю, відкритою до спілкування. Він привертав до себе увагу та досить швидко завойовував симпатії оточуючих. Свідченнями цього можуть бути легкість, з якою нікому не відомому молодому слобідсько-українському дворянину вдалося увійти до найвищих державних кіл та здобути прихильність імператора Павла I, а дещо пізніше – й Олександра I [11, с. 75].

Гострий природний розум, красномовство, винахідливість і дотепність робили його непересічним оратором, який міг справити неабияке враження на публіку та переконати аудиторію в необхідності того чи іншого діяння. Як приклад можна навести участь В.Н.Каразіна у заснуванні Харківського університету, зокрема, його доленосну промову перед слобідсько-українським дворянством 1 вересня 1802 року, яка змусила дворянське зібрання схвалити проект відкриття вищої школи у Харкові та зобов'язатися жертвувати гроші на його реалізацію [12, с. 534–537]. Як стверджував М.О.Лавровський, «якби не було цього пристрасного елемента в Каразіна, не було б і пожег, не було б і університету в Харкові» [13, с. 49].

Займаючи активну позицію, В.Н.Каразін завжди цікавився проблемами суспільного життя та брав у ньому активну участь. Розпочавши кар'єру державного службовця в 1798 р., він особливо уславився на освітянському поприщі в перші роки правління Олександра I: став одним зі співробітників новоствореного Міністерства народної освіти, особисто долучився до реформування системи середньої та вищої освіти в Російській імперії [11, с. 58].

Навіть будучи вже відстороненим від державних справ (1804 р.), продовжував перейматися суспільними проблемами, в міру свого розуміння та можливостей намагався розрішити їх, задля чого викладав власні ідеї та плани у численних листах і записках до можновладців. Прагнув організувати місцеве дворянство та пробудити в ньому інтерес до наукової та громадської діяльності, прищепити навички прогресивного та раціонального господарювання, для чого в 1811 р. організував у Харкові Філотехнічне товариство (діяло до 1818 р.) і був беззмінним «правителем» його справ [13, с. 71].

Показово, що В.Н.Каразін був членом багатьох інших наукових та громадських організацій: Вільного товариства любителів російської словесності в Петербурзі (з грудня 1819 року по березень 1820 року обіймав по-

саду віце-президента цього товариства), Московського товариства природодослідників, Товариства історії та старожитностей російських, Російського вільного економічного товариства, почесним членом Московського та Харківського університетів [14, с. 97]. Він намагався навіть упорядкувати відносини всередині громад сіл Кручик Слобідсько-Української губернії та Анашкино Московської губернії, що знаходилися у власності його родини, шляхом створення Сільських дум [15, с. 53] тощо.

Усі вищеперераховані факти дають нам підстави припустити, що В.Н.Каразін за шкалою E-I може бути визнаний екстравертом (E).

В.Н.Каразін мав розвинену фантазію, палку уяву, що відповідним чином відбивалося в багатьох його статтях та епістоляріях [тут і далі переклад наш – О. В.]: «Не можу не окреслити головні риси, які постають в уяві навіть при найбільш поверхових роздумах» [12, с. 49] (1804 р.), «Уявляю собі Ваше положення: подумки входжу я в усамітнений Ваш кабінет...» [16, с. 10] (1807 р.), «Уява представляє мені цих старшин у різнобарвних "жупанах"...» [12, с. 601] (1842 р.) тощо.

Для нього було притаманне постійне прагнення до генерування нових ідей, висунення революційних проектів, які в очах його сучасників нерідко виглядали фантастичними та не завжди виявлялися втіленими в життя. Ще у 1873 р. М.О.Лавровський відзначав: «Можна іноді не погоджуватися, взагалі або частково, зі змістом різноманітних його паперів, можна знаходити цей зміст нині непридатним або нездійсненним; але навряд чи дозволено відмовити йому в самовідданій щирості устремлінь, у тому, що всі його помисли, – більшості з яких так і не суджено було здійснитися, – мали своїм джерелом народжені в його уяві піднесені ідеали найкращого державного та суспільного порядку» [17, с. 295].

Незважаючи на удавану фантастичність багатьох каразінських пропозицій, певна їх кількість через більший або менший проміжок часу виявляла свою доцільність та життєздатність. Одним з таких проектів виявилось відкриття Харківського університету, яке, за висловом І.П.Лисяка-Рудницького, стало «найбільше вікопомним ділом життя та історичною заслугою» [13, с. 155] В.Н.Каразіна. Просвітник добре розумів значення університету для розвитку Слобідської України та посилення її позицій у загальнодержавному масштабі: «Я смію вважати, що губернія наша призначена поширити навколо себе почуття витонченості та просвітництва. Вона може бути для Росії тим, що давні Афіни для

Греції» [12, с. 535] (1802 р.). Він таки зміг переконати в цьому як місцеве співтовариство, так і можновладців.

Харків мав потенціал для перетворення на університетський центр: функціонування колегіуму, просвітницька місія Г.С.Сковороди, діяльність літературного гуртка О.О.Паліцина «Попівська Академія» та ін. значною мірою підготували ґрунт для розвитку університетської освіти на слобожанських теренах [13, с. 67].

Але разом з тим не варто забувати, що на початку ХІХ ст. Харків, незважаючи на свій статус губернського центру, за чисельністю населення поступався деяким іншим містам Слобідсько-Української губернії. Переважна більшість його мешканців займалася сільським господарством, дрібними промислами та торгівлею, а стиль та спосіб їхнього життя залишався сільським. У місті панувала антисанітарія, яка призводила до численних епідемій [18, с. 43–44]. Харків протягом ХVІІІ ст. ніколи не позиціонувався як університетський центр, за багатьма параметрами поступаючи іншим містам, які претендували на відкриття вищої школи. Однак виявлені Василем Назаровичем енергійність та ініціативність зрештою зробили ідею заснування Харківського університету реальністю, в той час як «ні Київ, ні Полтава, ні Чернігів не знайшли свого Каразіна» [18, с. 34].

В.Н.Каразін у не вдалося особисто довести розпочату справу до кінця – влітку 1804 р. він був відсторонений від подальших клопотів та навіть не був запрошений на урочисте відкриття університету, що відбулося у січні 1805 року [14, с. 38]. Але посіяні ним зерна дали рясні плоди: Харківський університет став важливим центром розвитку освіти й науки на східноєвропейських теренах, відіграв значну роль у становленні модерної української культури, сприяв піднесенню Харкова та його перетворенню на потужний промисловий, науковий і культурний центр.

Як приклад можна навести ще один каразінський проект, який не був одразу гідно оцінений сучасниками, проте знайшов продовження та розвиток у майбутньому. У 1809 р., займаючись виробництвом селітри, В.Н.Каразін звернув увагу на те, що азотна («селітряна») кислота може бути синтезована за допомогою електричного розряду. Розмірковуючи над можливістю практичного втілення цієї ідеї в якомога більшому масштабі, дослідник дійшов висновку, що жодна з відомих йому електричних машин не здатна була продукувати необхідну кількість електроенергії, тому потрібно було шукати «нове знаряддя, яким людина до того часу ще не володіла» [12, с. 728].

Взявши за основу досліди французького фізика Ж.Рома, В.Н.Каразін висунув проект акумуляції електричної енергії з атмосферного повітря, для чого запропонував використовувати обгорнуті металевою фольгою повітряні кулі або аеростати, які б з'єднувалися із землею за допомогою обвитих дротом шнурів. Вчений ділився своїми роздумами стосовно масштабів можливого відкриття та народногосподарського ефекту, що міг бути зрештою одержаний: «Які нові наслідки отримаємо, якщо заволодіємо масою електричної сили, розсіяної в атмосфері, коли будемо в змозі її використовувати на свій розсуд! ... Завдяки електричній силі ми зможемо здійснити зміни, що були безрезультатно шукані хіміками до цього часу та визнані ними неможливими» [12, с. 712–713] (1814 р.); «Досліди, здійснювані передбачуваним снарядом, будуть, звичайно, дивовижними. Вони відкриють безліч нових істин, виявлять такі таємниці у природі, які без цього посібника були б довіку недосліджені» [12, с.432] (1818 р.) та ін. Проте спеціальна комісія, створена при Петербурзькій Академії наук, визнала будівництво «електроатмосферного снаряду» недоцільним. Цьому рішенню могли посприяти як грандіозність задуму В.Н.Каразіна, так і неоднозначна репутація його самого.

Проект В.Н.Каразіна був покинутий і забутий, хоча окремі дослідники давали йому високу оцінку і через десятки років після смерті винахідника. Наприклад, у 1892 р. Ю.П.Бартенев писав, що з часом ця розробка «принесе її авторові більше слави, ніж навіть заснування Харківського університету» [15, с. 90]. А сама ідея можливості отримання електроенергії з повітря продовжувала цікавити винахідників і в подальші часи.

На початку ХХ ст. помітних успіхів у цьому напрямку досяг Г.Плаусон, який у 1920 р. запропонував створити установку із приймачами атмосферної електрики у вигляді ізольованих від Землі куль, наповнених воднем або гелієм та обшитих тонким шаром металу. Інженер здійснив успішні польові випробування установки, результати дослідів виклав у книзі «Gewinnung und Verwertung der atmosphärischen Elektrizität» («Отримання та використання атмосферної електрики»), а згодом отримав патенти на описаний ним пристрій у США, Німеччині та Великій Британії [19].

По суті, Г.Плаусон уточнив, розвинув та технічно втілює ідею В.Н.Каразіна, вперше сформульовану ще за сто років до того [20, с.338]. Проект викликав значний інтерес серед фахівців. Наприклад, американський ви-

нахідник Х.Гернсбек так відгукнувся про нього: «Не існує жодних сумнівів, що цей винахід скоро отримає універсальне застосування у всьому світі. Ми побачимо землю, всіяну аеростатами...» [21, с. 3]. Проте до сьогодення жодна з таких установок не отримала широкого практичного втілення через громіздкість та нестабільність отримуваної потужності. Сучасна нам техніка нездатна забезпечити безпечне та безперебійне транспортування електроенергії з вищих шарів атмосфери на землю. Тим не менш, науковий інтерес до можливості акумуляції атмосферної електрики не послаблюється, з'являються та апробуються нові проекти [19], а це свідчить про перспективність проблеми, до розробки якої колись долучився й В.Н.Каразін.

Описані нами зразки поведінки В.Н.Каразіна можуть бути інтерпретовані як вияв специфічних якостей особистості, що за шкалою S–N може бути оцінена як інтуїт (N).

Однією з притаманних В.Н.Каразіну рис можна назвати щирість, яка доходила до прямолінійності. З одного боку, ця особливість характеру зумовила злет його кар'єри, проте з іншого – призвела до такої ж карколомної відставки та завдала чимало неприємностей у подальші роки. Відомо, що піднесення В.Н.Каразіна розпочалося у перші дні царювання Олександра I, коли слобідсько-український дворянин підготував анонімний лист для імператора. У тому листі він відверто виклав власні роздуми щодо можливих шляхів реформування Російської імперії та висловив сподівання на справедливе правління молодого монарха. Незабаром автор послання постав перед очима самодержця. Як писав син Василя Назаровича Ф.В.Каразін, Олександр I тепло подякував йому за відвертість та попросив його і надалі продовжувати доносити до нього правду [13, с. 9].

В.Н.Каразін охоче скористався цією позицією, за три роки направивши імператору низку листів, в яких висловлювався щодо проблем зовнішньої та внутрішньої державної політики. Крім того, він став особистим повіреним Олександра I, якому доручалися найделікатніші завдання. Наприклад, йому вдалося зібрати докази проти калузького губернатора Д.А.Лопухіна, який «уславився» хабарництвом та зловживанням владою. Матеріали, надані В.Н.Каразіном, дали змогу притягти губернатора до відповідальності, незважаючи на його численні «зв'язки» та високопоставлених покровителів.

Участь у цьому процесі підвищила статус Василя Назаровича в очах монарха, однак налаштувала проти нього багатьох чиновників [18, с. 20]. Неприязнь з часом продовжувала

зростати, тим більше, що фаворит молодого імператора дозволяв собі різко висловлюватися про багатьох можновладців (наприклад, міністра освіти П.В.Завадовського та ін.). Зрештою неприятели В.Н.Каразіна повністю дискредитували його в очах Олександра I, що й спричинило спершу охолодження самодержця до колишнього улюбленця, а згодом – його остаточне усунення від двору та звільнення з державної служби.

Утім, потрібно відзначити, що і після відставки Василь Назарович продовжував писати до вищих державних чинів та особисто до імператора, за що неодноразово отримував догани [11, с. 70]. Свою активність, яка межувала з настирливістю, він обґрунтовував бажанням «розкрити очі» своїх адресатів на неприпустимі або навіть загрозливі, з його точки зору, явища навколишньої дійсності. Наприклад, у різні роки В.Н.Каразін звертався до Олександра I зі словами: «Вся внутрішність моя холодне, коли я це пишу: але я мушу! Адже немає в Тебе іншої людини, яка б наважилася повідомити Тобі глас народу настільки ж ясно» [12, с. 60] (1808 р.); «Я писав не з особистих міркувань, але за внутрішнім переконанням та з глибокою впевненістю, що я був би нелюдом перед Вами та вітчизною, якби я цього не зробив» [12, с. 119] (1820 р.) і т. п.

Прагнення В.Н.Каразіна поділитися з можновладцями своїми побоюваннями відносно можливих безладів розцінювалося деякими його сучасниками та дослідниками подальших років як доносительство. Відомо, наприклад, що протягом 1819–1820 рр. він листувався та неодноразово особисто зустрічався з міністром внутрішніх справ та юстиції В.П.Кочубеем, звертаючи увагу останнього на «бродіння умів» у Російській імперії та загрозу революційного вибуху, пропонуючи створити спеціальний департамент, що мав би на меті запобігти розповсюдженню опозиційних настроїв та ін.

Утім, варто дослухатися й до думки І.Я. Лосієвського про те, що поведінка В.Н.Каразіна була не схожою на «манери звичайного донощика, який полював за крамольними рукописами» [13, с. 190]. Василь Назарович відверто вороже ставився до революційних ідей, вбачаючи в них загрозу стабільному існуванню держави, та з тривогою спостерігав за їх поширенням у суспільстві. Проте, передаючи чиновникам ту чи іншу інформацію, він не прагнув розправи з конкретними особами або задоволення власних корисливих інтересів. В.Н.Каразін перш за все намагався донести до влади ті оцінки суспільного стану, які він вважав істинними.

На нашу думку, наведені приклади з біографії В.Н.Каразіна дозволяють припустити, що за шкалою Т–F ця особистість може бути схарактеризована як мислитель (Т).

Біографія В.Н.Каразіна рясніє вчинками, які багатьом його сучасникам та дослідникам подальших років здавалися ексцентричними, непродуманими, здійсненими під впливом душевного пориву. В цьому контексті може бути згадана спроба втечі за кордон в 1798 р., яку Є.П.Трифільєв визнав «надзвичайно характерним для В.Н.Каразіна» [13, с. 85] епізодом. Молодий дворянин зважився на цей відчайдушний крок невдовзі після приходу до влади імператора Павла I (1796 р.), який наказав усім дворянам, що числилися в офіцерських реєстрах, прибути до місця служби.

В.Н.Каразін на той час фактично покинув військову службу, але його прізвище залишалося у списку гвардійців Семенівського полку. Василь Назарович проігнорував наказ імператора, тому був позбавлений офіцерського звання й жалування [11, с. 54]. Вважаючи себе незаслужено ображеним, В.Н.Каразін вирішив покинути Батьківщину, тому звернувся до Павла I з проханням надати йому право на виїзд, мотивуючи своє клопотання необхідністю зміцнення слабкого здоров'я [14, с. 609]. У видачі закордонного паспорта йому було відмовлено, тож 25-річний поміщик разом з вагітною дружиною вирішив перейти кордон нелегально.

Втікачів було викрито, схоплено та відправлено до в'язниці, звідки колишній офіцер 30 серпня 1798 року наважився відправити монарху лист, в якому каявся у своїй протиправній поведінці та зізнавався, що на цей вчинок його підштовхнули «допитливість» та «невинне бажання бути щасливим» [12, с. 611]. Але наприкінці послання В.Н.Каразін досить непродумано та ризиковано писав, що в разі можливого покарання він пересвідчиться у небезпідставності своєї «похмурої неприязні до правління» [12, с. 611] Павла I, що свідчить про емоційність автора. Недарма Є.П.Трифільєв зауважив, що цей лист «вражав силою почуття, дихав глибокою відвертістю» [13, с. 89].

Примітно, що пізніше, відновлюючи текст епістолярію по пам'яті, В.Н.Каразін по-іншому пояснив причину своєї втечі, висловившись більш різко: «Я бажав сховатися від твого правління, боячись його жорстокості. ... Я не знав за собою провини ... але вже вільний образ моїх думок міг бути вже злочином» [12, с. 612], хоча ці слова, цілком ймовірно, можуть бути інтерпретовані як вияв запізнілої хоробрості [11, с. 55].



У будь-якому разі подальший розвиток подій виявився несподіваним, мабуть, і для самого В.Н.Каразіна: він постав перед Павлом I, а після аудієнції був помилуваний та навіть розпочав державну кар'єру [14, с. 9]. Можна припустити, що причиною прихильного ставлення монарха до поміщика-втікача стали не лише розум та красномовство останнього, продемонстровані під час особистої зустрічі, але і його відкритість та безпосередність.

Як ще один приклад може бути наведена діяльність В.Н.Каразіна з підготовки до відкриття Харківського університету (1803–1804 рр.). Розуміючи, що новостворений навчальний заклад має якомога швидше стати відомим у науковому світі, просвітителю з головою занурився в організаційні справи: клопотав про виділення необхідних приміщень, дбав про відкриття бібліотеки, друкарні, ботанічного саду та інших підрозділів, переймався умовами проживання майбутніх викладачів, турбувався про залучення до навчання семінаристів та дітей бідних дворян, вів активне листування з можновладцями та закордонними професорами і т.п. [11, с. 144–146].

Прагнучи швидше завершити всі підготовчі роботи, В.Н.Каразін діяв з надзвичайним розмахом, почасти нехтуючи формальними інструкціями та звітами й наживаючи собі супротивників. Один з перших професорів Харківського університету І.Ф.Тимковський, який також брав безпосередню участь в організації навчального закладу, писав до нього: «Діяльність Ваша є полум'ям, що все поглинає, – ах, бережіться! – поглинає й Вас самих, є буревієм...» [22, с. 135–136].

Апофеозом виявилось придбання В.Н.Каразіном збірки гравюр та естампів (1804 р.), яке зрештою стало одним з формальних приводів для його відсторонення. Відомо, що на початковому етапі обговорення перспективного розвитку Харківського університету просвітителю відводив важливе значення художній освіті студентів, які, за його задумом, мали опановувати окремі види практичних мистецтв.

Для здійснення цього плану він запросив до Харкова художників із-за кордону та петербурзьких ремісників. Крім цього, В.Н.Каразін за 5 тис. карбованців придбав у петербурзького колекціонера Ф.П.Аделунга зібрання художніх творів, що налічувало 2477 екземплярів. Ця колекція стала першою в Україні художньою збіркою, яка була придбана державною установою, та в подальшому відіграла неоціненну роль у становленні мистецтвознавства та музеєзнавства на Харківщині [23, с. 34].

Проте на початку XIX ст. важливість та цінність цієї покупки були зовсім неочевидними: невдовзі Комітет університету визнав її вартість зависокою\*, а витрати – передчасними для навчального закладу, який значною мірою був створений на пожертви меценатів [23, с. 33]. Обтяжувала справу неакуратність, з якою В.Н.Каразін вів рахунки: він з легкістю розпоряджався значними сумами казенних коштів, при цьому в більшості випадків не беручи розписок.

Безперечно, варто погодитися з Д.І.Багалієм, який наголошував, що Василь Назарович був змушений діяти в непростих умовах відсутності чіткого призначення для грошей з патріотичного фонду, затримок в перерахунках державних грошей, відсутності в Харкові попечителя університету С.О.Потоцького тощо. Крім того, в разі необхідності засновник щедро виділяв на університетські потреби й особисті кошти, поставивши під удар власний матеріальний достаток [22, с. 138]. Однак необхідно прислухатися й до думки М.О.Лавровського, котрий критикував В.Н.Каразіна як не надто вдального розпорядника, що міг витратити «перші гроші, що виявилися вільними, на потреби, які виникли в дану хвилину» [13, с. 47].

Зрештою, в червні 1804 року В.Н.Каразін був звинувачений у перевищенні службових повноважень та перевитраті казенних коштів. Як слушно зазначали А.Г.Болебрух, С.М.Куделко та А.В.Хрідочкін, до такого повороту подій багато в чому призвели «обставини, пов'язані з особистими рисами характеру Каразіна», а саме – його «грандіозні задуми, надмірна самовпевненість, а часом і відірваність від реальних можливостей» [11, с. 147]. У підсумку Василь Назарович був усунутий від університетських клопотів та звільнений з державної служби.

На нашу думку, наведені факти з життя В.Н.Каразіна дають підстави для визнання його гнучкою особистістю (Р) за шкалою J–Р.

Отже, проаналізувавши найбільш відомі та показові епізоди з біографії В.Н.Каразіна, можна висунути гіпотезу про те, що за типологією MBTI досліджувана особистість може бути віднесена до типу ENTP, або «Винахідник». Люди цього типу зазвичай беруть участь у безлічі заходів, у них завжди багато справ та інтересів. Такі особистості постійно «фонтанують» новими ідеями, прагнучи удосконалити все, що їх оточує. Задумки виникають у них постійно, тому ENTP постійно виступають ініціаторами різноманітних проектів, які під

\* — Дослідники подальших років (Д. І. Багалій, В. П. Титар та ін.) переконливо показали, що справжня вартість «колекції Аделунга» була меншою, ніж ціна, яку за неї заплатив В. Н. Каразін.

впливом нової інформації зазнають видозмін, іноді достатньо суттєвих [24, с. 319].

«Винахідники» товариські, комунікабельні, безпосередні, легко знаходять спільну мову з людьми, тому мають багато знайомих з абсолютно різними зацікавленнями. Вони є добрими популяризаторами, можуть доступно пояснити складні явища, переконати оточуючих та заразити їх своїм ентузіазмом. Проте іноді такі люди не мають уявлення про те, чи можуть їхні ідеї бути втілені на практиці. Вони не люблять кропіткої рутинної роботи, а тому прагнуть до того, щоб клопоти щодо їх втілення у життя взяв на себе хтось інший. Тільки-но ідея починає набувати реальних обрисів, що передбачає необхідність займатися поточними справами, ЕНТР втрачають до неї інтерес та переключаються на нову ідею. Через те, що вони не приділяють систематичної уваги невеликим, проте необхідним практичним деталям, чимало з їхніх блискучих ідей виявляються забутими й гинуть. Зате тоді, коли потрібно запропонувати щось принципово нове та нестандартне, такі люди виявляються незамінними. Особистості типу ЕНТР навряд чи можуть бути визнані зразком порядку й організованості, але їм добре вдається оживити навколишню атмосферу та додати оточуючим заряду бадьорості та креативності [24, с. 320].

Таким чином, результати проведеного дослідження вказують на те, що В.Н.Каразін за своєю суттю був вченим, винахідником. На користь цього припущення можуть опосередковано свідчити результати емпіричних досліджень у галузі психології науки. Наприклад, Б.Ейдусон, провівши інтерв'ю з 40 вченими про особливості їхнього життєвого досвіду, виявила у цих біографіях низку спільних моментів. Так, переважна більшість опитаних у ранньому віці продемонстрували високий рівень інтелектуального розвитку і в дитинстві мало цікавилися дитячими іграми й пустощами. У багатьох з респондентів були інтелектуальні батьки, захоплені своєю роботою, які підтримували та заохочували когнітивні інтереси дітей. Майже половина з цих людей рідко бачилися з батьком, який рано помер або працював далеко від родини, але мали тісні та теплі відносини з матір'ю. Багато з них пережили період самотності, рано покинули батьківський дім та почали самостійне життя. Дослідження Б.Ейдусон також не підтвердило гіпотезу щодо вирішальної ролі вчителя, наставника в біографії опитаних вчених [25, с. 75].

Що стосується В.Н.Каразіна, то детальних відомостей про його дитячі роки ми не маємо. Утім, відомо, що у процесі становлення його особистості велику роль відіграли батьки.

Його батько, Назар Олександрович, був полковником російської армії, якому за військові заслуги були пожалувані села Кручик та Основинці Слобідсько-Української губернії. Він помер у 1783 р., коли Василеві Назаровичу виповнилося 10 років, тож виховання дітей (Василя та Івана) взяла на себе мати – Варвара Олександрівна, людина неординарного розуму, високої культури та морально-етичних якостей. З батьками майбутнього науковця мав дружні стосунки мандрований філософ Г.С.Сковорода, який, за припущеннями окремих біографів, міг бути навіть домашнім вихователем у родині Каразіних [13, с. 194].

Ще за життя батька В.Н.Каразін був зархований до приватного пансіону Х.І.Фільдінга у Кременчуці, з 1783 р. навчався у харківському приватному пансіоні І.П.Шульца. Тоді ж майбутній засновник університету був внесений до реєстрів Кірасирського полку. У 1791 р. переїхав до Петербурга та вступив до лав лейб-гвардії Семеновського полку. Живучи у столиці, В.Н.Каразін відвідував лекції в Гірничому корпусі, де опановував математику та науки природничого циклу, оволодів латиною, німецькою та французькою мовами [11, с. 52]. Він не отримав систематичної освіти, але завдяки власній наполегливості та прагненню до знань здобув настільки ґрунтовні знання, що, на думку його сина Ф.В.Каразіна, міг би очолити професорську кафедру в будь-якому європейському університеті [13, с. 8]. Отже, чимало з описаних Б.Ейдусон закономірностей в цілому корелюють з фактами біографії В.Н.Каразіна.

Варто також звернути увагу і на дослідження Х.Лемана, який займався вивченням наукової продуктивності вчених різних спеціальностей. На великому статистичному матеріалі йому вдалося показати, що в середньому пік досягнень вчених припадає на вік 35–39 років [див. 25, с. 75].

Вивчення історії життя В.Н.Каразіна демонструє, що усі найважливіші просвітницькі та наукові ініціативи були ним висунені або реалізовані у віці між 29 та 38 роками. Зокрема, з 1802 по 1804 р. (тобто у віці 29–31 років) він брав найактивнішу участь у відкритті Харківського університету, у 1809 р. (у віці 36 років) вперше артикулював ідею «електроатмосферного снаряду», а в 1811 р. (у віці 38 років) ініціював створення Філотехнічного товариства, що деякими дослідниками визнається як другий за своїм значенням (після Харківського університету) просвітницький проект, реалізований В.Н.Каразіним на слобідських землях [14, с. 74]. Тобто найяскравіші епізоди його життя, пов'язані з наукою та просвітництвом, в цілому хроноло-

гічно вписуються до запропонованої Х. Леманом схеми.

Примітно, що й сучасники В. Н. Каразіна особливо відзначали його хист до наукової діяльності. Його ще за життя називали «захопленим українським Ломоносовим» [цит. за: 14, с. 3], тобто порівнювали з визначним вченим, а не політиком, чиновником і т. п. На нашу думку, саме непостійність В. Н. Каразіна, його неспроможність сфокусуватися виключно на наукових заняттях, до яких він мав природний талант, прагнення охопити якомога більшу кількість сфер діяльності врешті-решт зіграли з ним злий жарт та стали головними чинниками краху його кар'єри.

На це вказували й люди, що знали його особисто. Наприклад, В. Г. Анастасевич з жалем зауважував: «Наш добрий, розумний і навіть глибокодумний Василь Назарович, якби обмежив себе або на літературному, або на вченому, або навіть на господарському полі, міг би його благополучно обробити, пожати щедрі плоди та поділитися ними зі своїми співвітчизниками та з потомством» [26, с. 198]. Навіть сам В. Н. Каразін на схилі років визнавав: «Так! Я був недосвідчено-самонадіяний. Я був ме-

теликом, що опалив собі крила та зір у сфері, куди мені, скромному трудівнику науки, не варто було залітати» [13, с. 32].

### Висновки

Отже, вірогідна належність особистості В. Н. Каразіна до типу ЕНТР («Винахідник») за типологією Майєрс-Бріггс (МБТІ) свідчить про те, що він мав неабиякі природні схильності до ведення наукової діяльності. Можна припустити, що якби він зосередився виключно на заняттях наукою, то у його особі держава і світ отримали б знаменитого вченого-новатора. Таким чином, психобіографічний аналіз життя В. Н. Каразіна показує, що він найімовірніше мав екстравертований тип характеру з гнучким, інтуїтивним та винахідницьким типом мислення. Отримані результати підтверджують те, що В. Н. Каразін був гармонійно розвинутою особистістю, яка мала непересічні психологічні й інтелектуальні здібності. Це дозволяло йому вести насичену і продуктивну наукову, організаційну та громадську діяльність, вершиною якої стало заснування Харківського університету, який виховав багато поколінь видатних вчених, відомих не лише в нашій країні, а й у усьому світі.

### Література

1. Lässig S. Toward a Biographical Turn? Biography in Modern Historiography – Modern Historiography in Biography, German Historical Institute Bulletin, 2004, no. 35, pp. 147-155.
2. Shiner L. Psychobiography. The International Dictionary of Psychoanalysis. Detroit, 2005, p. 1388.
3. Kövary Z. Psychobiography As a Method. The Revival of Studying Lives: New Perspectives in Personality and Creativity Research. Europe's Journal of Psychology, 2011, no. 7 (4), pp. 739-777.
4. Schultz W. T. Introducing Psychobiography. The Handbook of Psychobiography. New York, 2005, pp. 3-18.
5. Vashchenko V. V. Vid samoprezentatsii do metodologii: psikhobioistoriografichnyi vimir prostoru istoriipisannya M. Grushevs'kogo [From self to the methodology: psychobiohistoriography historiographical dimension of space M. Hrushevsky]. Dnepropetrovsk, Publisher Dniepropetrovsk. Univ, 2007, 324 p. (In Ukr.)
6. Nesteljejev M. A. Psychobiografichnyj aspekt u yvchenni tvorchoosti M. Hvylovogo [Psychobiographical aspect in the study artwork of M. Hvylovoy]. Visnyk Lugans'kogo nacional'nogo universytetu imeni Tarasa Shevchenka, 2010, no. 4 (191), pp. 54-60. (In Ukr.)
7. Vovk O. I. Dukhovno-religijni poshuki I. Ju. Rjepina u dzerkali suchasnoi biografistiki [Spiritual and religious search of I. Ju. Rjepin in the mirror of contemporary biographical]. Kharkov, Saga Publ., 2012, 114 p. (In Ukr.)
8. Vovk O. I., Vovk I. L. Tvorchyj spadok I. Ju. Rjepina: dosvid psikhobiografichnogo analizu [The artistic heritage of Ilya Repin: experience of psychobiography analysis]. Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohii, 2012, vol. 20, issue 4(73), 125-128 p. (In Ukr.)
9. Abel'skaya E. F. Tipovedcheskoe issledovanie psihicheskogo sklada lichnosti. Avtoref. diss. kand. psikhoh. nauk: 19.00.01 [Typological research mental
10. Anastazi A., Urbina S. Psikhologicheskoe testirovanie [Psychological testing]. St. Petersburg, Piter Publ., 2007. 688 p. (In Russ.)
11. Bolebrukh A. G., Kudelko S. M., Khridochkin A. V. Vasil' Nazarovich Karazin (1773–1842) [Vasil' Nazarovich Karazin (1773-1842)]. Kharkov, Avto-Energiya Publ., 2005, 348 p. (In Ukr.)
12. Sochineniya, pis'ma i bumagi V. N. Karazina, sobrannyye i redaktirovannyye prof. D. I. Bagaleem [V. N. Karazin's essays, letters and papers collected and edit profiles by D. I. Bagalei]. Kharkov, 1910, 927 p. (In Russ.)
13. Vovk O. I., Kudelko S. M., Posokhov S. I. V. N. Karazin. Dialogy u chasi j prostori: doslidzhennja i materialy [V. N. Karazin. Dialogues in time and space: research and materials]. Kharkov, Publ. V. N. Karazin Kharkiv National University, 2015, 272 p. (In Ukr.)
14. Slyusarskiy A. G. V. N. Karazin. Ego nauchnaya i obshchestvennaya deyatel'nost' [V. N. Karazin. His scientific and social activities]. Kharkov, 1955, 158 p. (In Russ.)
15. [Bartenev Yu. P.] V. N. Karazin i gospodstvo nad prirodoyu [V. N. Karazin and dominion over nature]. Russkiy arkhiv, 1892, vol. 5, pp. 75-90. (In Russ.)
16. Knorryng N. N. K istorii reaktsionnykh nastroyeni nachala XIX veka. Po neizdannym pis'mam V. N. Karazina [On the history of reactionary sentiment beginning of the XIX century. According to unpublished V. N. Karazin's letters]. Prague, 1925, 12 p. (In Russ.)
17. Lavrovskiy N. A. Vospominaniya o Vasiliy Nazaroviche Karazine (1773–1873) [The memories about Vasily Karazin (1773-1873)]. Zhurnal Ministerstva narodnogo prosveshcheniya, 1873, no. 2, pp. 294-311. (In Russ.)
18. Bakirov V. S. Harkivs'kyj nacional'nyj universytet im.

V. N. Karazina za 200 rokov [Kharkiv National University by V. N. Karazin on 200 years]. Kharkov, Folio Publ., 2004, 750 p. (In Ukr.)

19. Polyakov V. T. Prakticheskoe ispol'zovanie atmosfernogo elektrichestva [Practical using of atmospheric electricity]. Available at: <http://qrp.ru/articles/56-ra3aae-articles/391-atm-practic>. (accessed 12.10.2013) (In Russ.)

20. Danilevskiy V. V. Russkaya tekhnika [Russian machinery]. Leningrad, Lenizdat Publ., 1948, 547p. (In Russ.)

21. Gernsback H. Power from the Air. Science and Inventions, 1921, vol. 2, no. 10, pp. 3.

22. Bagaley D. I. Opyt istorii Khar'kovskogo universiteta (po neizdannym materialam): v 2 t. [Experience the history of Kharkov University (for unpublished materials): in 2 vol.]. Kharkov, Steam typography and lithography. M. Silberberg, 1893-1904, vol. 1, 203 p. (In Russ.)

23. Titar' V. P. K voprosu o kollektzii F. Adelunga i «khudozhnikakh», prislannyykh V. N. Karazinyum v

Khar'kovskiy universitet [To the question of the collection of F. Adelunga and «artists», sent by V. N. Karazin in Kharkov University]. Khar'kovskiy istoricheskiy al'manakh, Kharkov, 2004, pp. 32-37. (In Russ.)

24. Il'in E. P. Differentsial'naya psikhologiya professional'noy deyatelnosti [Differential psychology of professional activity]. St. Peterburg, Piter Publ., 2008, 432 p. (In Russ.)

25. Loginova N. A. Nekotorye itogi razvitiya biograficheskogo metoda psikhologii v XX veke [Some results of the biographical method of psychology in XX century]. Metodologiya i istoriya psikhologii, 2006, vol. 1, issue 2, pp. 67-81. (In Russ.)

26. [Anastasevich V. G.] Zapiska o Vasili Nazareviche Karazine [Note about Vasivasilij Nazarevich Karazin]. Chteniya v Obshchestve istorii i drevnostey Rossiyskikh. Smes' Publ., 1861, vol. 3, pp. 192-199. (In Russ.)

### К 210-ЛЕТИЮ ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. ЛИЧНОСТЬ В. Н. КАРАЗИНА: ПОПЫТКА ПСИХОБИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

О. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** В статье изложены результаты психобиографического анализа жизни и деятельности выдающегося общественного деятеля, просветителя, ученого, основателя Харьковского университета В. Н. Каразина (1773–1842 гг.). Охарактеризованы основные тенденции развития психобиографистики в Украине и мире. Описаны наиболее показательные эпизоды биографии В. Н. Каразина и соотнесены с типологической схемой исследования личности «Индикатор типов Майерс–Бриггс» (МБТИ). Выдвинута гипотеза о вероятной принадлежности личности В. Н. Каразина к типу ENTP («Изобретатель»).

**Ключевые слова:** В. Н. Каразин, психобиография, «Индикатор типов Майерс–Бриггс» (МБТИ).

### TO THE 210TH ANNIVERSARY OF KHARKIV UNIVERSITY. THE PERSONALITY OF V. N. KARAZIN: THE ATTEMPT OF PSYCHOBI- OGRAPHICAL RESEARCH

O. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The article presents the results of the psychobiographical analysis of the life and activities the famous public figure, inventor, scientist and founder of Kharkiv University Vasyl' Karazin (1773–1842). The main development Ukrainian and world trends of psychobiographical studies were characterized. The most revealing episodes of the biography of Vasyl' Karazin were described. Further these incidents were compared with the typological scheme of personality research «Myers–Briggs Type Indicator» (MBTI). The hypothesis that Vasyl' Karazin might have been the type ENTP («Inventor») was put forward.

**Key words:** Vasyl' Karazin, psychobiography, «Myers–Briggs Type Indicator» (MBTI).

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

до міжнародного науково-практичного журналу  
«Психіатрія, неврологія та медична психологія»

В міжнародному науково-практичному журналі «Психіатрія, неврологія та медична психологія» публікуються проблемні статті, результати оригінальних і експериментальних досліджень, статті оглядового, дискусійного та історичного характеру, короткі повідомлення, лекції, рецензії, випадки із практики, матеріали інформаційного характеру, роботи з питань викладання нейро-наук, організації та управління психоневрологічною службою та інші матеріали, присвячені актуальним проблемам клінічної та судової психіатрії, наркології, неврології, медичної психології, а також психотерапії, фармакотерапії та ін.

До розгляду редакційною колегією журналу приймаються статті, які відповідають тематиці журналу й нижченаведеним вимогам:

1. Роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

3. Стаття надсилається до редакції в двох примірниках, один екземпляр повинен бути підписано усіма авторами або одним з них, який бере на себе відповідальність і ставить підпис з припискою «узгоджено з усіма співавторами». Робота супроводжується офіційним направленням, завізованим підписом керівника та печаткою установи, де виконано роботу, а для вітчизняних авторів також експертним висновком, що дозволяє відкрити публікацію та заключенням комісії з біоетики установи, де виконана робота. Статті дисертантів повинні мати візу наукового керівника. До статей, виконаних за особистою ініціативою автору, повинен додаватися лист з проханням про публікацію. До статті на окремому аркуші додаються відомості про авторів, які містять вчене звання, науковий ступінь, прізвище, ім'я та по батькові (повністю), місце роботи та посаду, яку обіймає автор, адресу для листування, номери контактних телефонів і факсів, e-mail.

4. Матеріал статті повинен бути викладеним за такою схемою:

- а) індекс УДК (статті без УДК не розглядаються);
- б) назва статті;
- в) ініціали та прізвище автора (авторів);
- г) повна назва установи, де виконано роботу;
- д) три резюме — українською, російською та англійською мовами обсягом не менше 500 знаків кожне. Кожне резюме обов'язково повинно супроводжуватись ініціалами та прізвищем автора (авторів), назвою статті, офіційною назвою установи та ключовими словами відповідною мовою (від 3 до 10) (якщо автори працюють в різних організаціях, необхідно навести всі назви та адреси, надстроочними арабськими цифрами позначається відповідність установ, де працюють автори).

5. В експериментальних статтях і результатах оригінальних досліджень, позначаються наступні

розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), мета дослідження, матеріали та методи, результати та обговорення, висновки, література.

В коротких повідомленнях данні розділи не наводяться.

6. Обсяг оригінальних статей не повинен перевищувати 12 сторінок, лекцій та оглядів — 20, коротких повідомлень — 5, рецензій — 3 сторінок.

7. Текст слід набирати в текстовому редакторі Microsoft Word, друкувати шрифтом «Times New Roman», формат А4, кегль 14 пунктів через 1,5 інтервали, ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого — 1 см й зберігати у файлах форматів Word 6.0/95 for Windows або RTF (Reach Text Format). Сторінка тексту повинна містити не більше 32 рядків по 64 знаки в рядку. Усі аббревіатури при першому згадуванні повинні бути розкриті, окрім загальноприйнятих скорочень.

Електронний варіант відправляється на електронному носії або електронною 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, видавництва, місто і рік видання, том, випуск, сторінки.

В оригінальних роботах цитують не більше 15 джерел, а в наукових оглядах — до 30.

Редакция забирает за собой право рецензирования, редакционной правки статей, а также 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, 6,

кімн. 605, кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Додаткову інформацію можна одержати на сайті журналу: <http://www.psychiatry-neurology.org> або по тел.: 057 -705-11-71

## ПРАВИЛА 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». Работа сопровождается официальным направлением, завизированным подписью руководителя и печатью учреждения, где выполнена работа, а для отечественных авторов также экспертным заключением, позволяющим открытую публикацию, и заключением комиссии по биоэтике учреждения, где выполнена работа. Статьи диссертантов должны иметь визу научного руководителя. К статьям, выполненным по личной инициативе автора, должно прилагаться письмо с просьбой о публикации. К статье на отдельном листе прилагается 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](mailto: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 Excel, 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.

1. 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.

2. В статьях все физические величины и единицы следует приводить по Международной системе SI, термины — согласно международной номенклатуре.

3. 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, 6, 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. 6, 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 2, № 1 (3)**

(Укр., рос. та англ. мовами)

Комп'ютерне верстання М. В. Проценко

Підписано до друку 29.12.15 р. Формат 60x84/8.  
Папір крейдяний. Друк офсетний.  
Гарнітура Myriad.  
Ум. друк. арк. 17,2. Обл.-вид. арк. 20,0.  
Тираж 500 пр. Зам. № 1229/18-15. Ціна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
Україна, 61022, м. Харків, майдан Свободи, 6.

Надруковано з готового оригінал-макету у друкарні ФОП В. В. Петров  
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.  
Запис № 2480000000106167 від 08.01.2009 р.  
61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, к. 137, тел. (057) 778-60-34.  
e-mail:bookfabrik@mail.ua

