

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
№ 2 (4)
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, № 2 (4)

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. Євстеґєєв — 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. Нау — 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-Варібрис — 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. Евстегаев — 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** **ПАРАНОЇДНА ШИЗОФРЕНІЯ, ПОЄДНАНА З ВЖИВАННЯМ КАНАБІНОЇДІВ: ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ, ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ТА КЛІНІЧНИЙ АСПЕКТИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**
П. В. Кидонь
- ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ, СОЧЕТАЮЩАЯСЯ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ, ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
П. В. Кидонь
- PARANOID SCHIZOPHRENIA, COMBINED WITH CANNABINOIDS USE: EPIDEMIOLOGICAL, ETIOPATHOGENETIC AND CLINICAL ASPECTS (LITERATURE REVIEW)
P. V. Kydon'
- 16** **СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ЕЛЕКТРОГЕНЕЗА ПРИ СЧЕТЕ В УМЕ**
Б. А. Лобасюк, М. І. Боделан, В. В. Мартинюк, К. В. Аймедов
- СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ЕЛЕКТРОГЕНЕЗА ПРИ РАХУНКУ В РОЗУМІ
Б. А. Лобасюк, М. І. Боделан, В. В. Мартинюк, К. В. Аймедов
- SYSTEM ANALYSIS ELECTROGENESIS WHEN THE SCORE WAS IN THE MIND
B. A. Lobasyuk, M. I. Bodelan, V. V. Martynyuk, K. V. Aymedov
- 23** **ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА**
В. І. Пономарьов, Ю. В. Северин
- НАСЛІДКИ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ВПЛИВІВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ
В. І. Пономарьов, Ю. В. Северин
- CONSEQUENCES OF TRAUMATIC IMPACTS ON HUMAN HEALTH
V. I. Ponomaryov, Iu. V. Sevryn
- 31** **ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ КОРЕЛЯТИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО ОСІБ**
В. І. Пономарьов, Г. О. Суворова-Григорович
- ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ АТО ЛИЦ
В. И. Пономарёв, А. А. Суворова-Григорович
- ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CORRELATES OF NEUROTIC DISORDERS AMONG PERSONS DISPLACED FROM THE AREA OF COUNTER-TERRORISM OPERATION
V. I. Ponomaryov, A. A. Suvorova-Grigorovich
- 34** **КОНВЕРСИОННЫЕ/ДИССОЦИАТИВНЫЕ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, НЕВРОТИЧЕСКИХ/ПСИХОПАТИЧЕСКИХ РАЗВИТИЙ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ**
В. Ф. Простомолотов
- КОНВЕРСИЙНІ/ДИССОЦІАТИВНІ ТА ОБСЕСИВНО-ФОБІЧНІ СИМПТОМИ У СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РЕАКЦІЙ, НЕВРОТИЧНИХ/ПСИХОПАТИЧНИХ РОЗВИТКІВ І РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ У КОНТЕКСТІ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТЕРАПІЇ
В. Ф. Простомолотов
- CONVERSIONAL/DISSOCIATIVE AND OBSESSIVE-PHOBIC SYMPTOMS IN THE STRUCTURE OF NEUROTIC REACTIONS, NEUROPATHIC/PSYCHOPATHIC DEVELOPMENTS AND PERSONALITY DISORDERS IN THE CONTEXT OF THE PECULARITIES OF PSYCHOTHERAPY
V. F. Prostomolotov
-

- 42 ПСИХІЧНИЙ СТАН БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ (КЛІНІКО-ПСИХІАТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)**
Р. В. Рахманов

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (КЛИНИКО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Р. В. Рахманов

THE MENTAL STATE OF THE PARENTS WITH CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY (CLINICAL AND PSYCHIATRIC RESEARCH)
R. V. Rakhmanov

- 48 OPTIMI (ONLINE PREDICATIVE TOOLS FOR INTERVENTION IN MENTAL ILLNESS). BIOFEEDBACK BASED ON HEART RATE VARIABILITY AS A PREVENTIVE TOOL AGAINST STRESS-RELATED DISORDERS**

Л. Fritzsche, М. Fritzsche, D. Majoe

ОРТІМІ (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМІ ONLINE ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ). БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ, ОСНОВАННАЯ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ СТРЕССОМ
Л. Фрицше, М. Фрицше, Д. Маджо

ОРТІМІ (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМІ ONLINE ДЛЯ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я). БІОЛОГІЧНИЙ ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК, ЗАСНОВАНИЙ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, ЯК ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАХІД ЗАХВОРЮВАНЬ, ВИКЛИКАНИХ СТРЕССОМ
Л. Фрицше, М. Фрицше, Д. Маджо

НЕВРОЛОГІЯ

- 53 ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ РЕАКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА З ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ІНДИКАТОРАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ**

А. О. Григорова

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИНДИКАТОРАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
А. А. Григорова

PSYCHOPHYSIOLOGICAL REACTIONS AMONG PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES AND DAMAGE TO THE MAXILLOFACIAL REGION: RELATIONSHIP WITH FUNCTIONAL INDICATORS DENTAL STATUS

A. O. Grigorova

- 59 ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕМОРА В УСЛОВИЯХ ОПЕРАТИВНОГО И ПСИХОСЕНСОРНОГО ПОКОЯ**

Б. А. Лобасюк, Л. Н. Акимова, М. И. Боделан, К. В. Аймедов

ПОКАЗНИКИ ТРЕМОРА В УМОВАХ ОПЕРАТИВНОГО І ПСИХОСЕНСОРНОГО СПОКОЮ

Б. А. Лобасюк, Л. Н. Акімова, М. І. Боделан, К. В. Аймедов

TREMOR INDICATORS IN THE OPERATIONAL AND PSYCHOSENSORY REST

Б. А. Lobasyuk, L. N. Akimova, M. I. Bodelan, K. V. Ayamedov

-
- 65** **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**
М. Е. Черненко

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОНИКНОСТІ ГЕМАТОЕНЦЕФАЛІЧНОГО БАР'ЄРУ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ
М. Є. Черненко

BLOOD-BRAIN BARRIER PERMEABILITY STUDY IN MULTIPLE SCLEROSIS
M. E. Chernenko

НАРКОЛОГІЯ

- 70** **АДАПТИВНЫЙ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЫМ ЛИЦАМ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЮТ ПАВ**
Е. В. Киосева

АДАПТИВНИЙ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ У СИСТЕМІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ МОЛОДОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПАВ
О. В. Киосева

ADAPTIVE CASE MANAGMENT IN THE SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL CARE OF YOUNG PERSONS WITH ADJUSTMENT DISORDER, WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES
E. V. Kioseva

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

- 74** **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНОГО І ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ**
О. В. Боднар

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Е. В. Боднар

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PSYCHOSOCIAL STATUS OF WOMEN WITH PATHOLOGIC PREGNANCY
O. V. Bondar

- 80** **ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ СУБ'ЄКТИВНОЇ КАРТИНИ ЖИТТЕВОГО ШЛЯХУ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ**
О. С. Марута

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
О. С. Марута

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF FORMATION OF SUBJECTIVE PICTURE OF LIFE WAY IN PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF NEUROTIC DISORDERS
O. S. Maruta

- 85 FEATURES OF AN ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS OF THE FIRST AND THIRD COURSE**
A. A. Osypenko
- ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ТРЕТЬЕГО КУРСОВ ОБУЧЕНИЯ
А. А. Осипенко
- ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО ТА ТРЕТЬОГО КУРСІВ НАВЧАННЯ
А. А. Осіпенко
- 90 СВОЙСТВА ТЕМПЕРАМЕНТА КАК БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ТИПОВ ЛИЧНОСТИ**
Б. К. Пашнев
- ВЛАСТИВОСТІ ТЕМПЕРАМЕНТУ ЯК БІОЛОГІЧНА ОСНОВА ТИПІВ ОСОБИСТОСТІ
Б. К. Пашнєв
- PROPERTIES OF TEMPERAMENT AS A BIO-BASED PERSONALITY TYPES
B. K. Pashnev
- 102 ВОПРОСЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПРЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАБОТЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ШКОЛЫ – ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ**
В. Ф. Простомолотов, Ж. М. Середняк
- ПИТАННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ, ПРЕПАТОЛОГІЧНИХ І ПАТОЛОГІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У РОБОТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ШКОЛИ – ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ
В. Ф. Простомолотов, Ж. М. Середняк
- QUESTIONS OF DEVIANT BEHAVIOR, PREPATHOLOGICAL AND PATHOLOGICAL MENTAL DISORDERS THE PRACTICAL PSYCHOLOGIST SPECIALIZED SCHOOL – SECONDARY SCHOOL
V. F. Prostomolotov, Zh. M. Seredniak
- 109 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЛИВОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЧИННИКІВ САМОРЕГУЛЯЦІЇ В ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**
М. В. Савіна, В. В. Слюсар, М. О. Антонович
- ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
М. В. Савина, В. В. Слюсарь, М. А. Антонович
- GENDER FEATURES OF SELF-REGULATION PSYCHOLOGICAL FACTORS IN PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE
M. V. Savina, V. V. Slyusar, M. A. Antonovich
- 114 ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ АТО ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
А. А.Суворова-Григорович, Д. М. Денисенко
- ПАТОХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО ОСІБ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ
Г. О. Суворова-Григорович, Д. М. Денисенко
- PACULIARITIES OF PERSONALITY OF PERSONS TEMPORARILY DISPLACED FROM THE AREA OF COUNTER-TERRORISM OPERATION SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDERS
A. A. Suvorova-Grigorovich, D. M. Denisenko
-

ТЕРАПІЯ

- 118 THE EFFECTS OF RESILIENCE TRAINING ON DISPLAY OF POST-TRAUMATIC SYMPTOMS**
D. N. Voloshyna, K. N. Yemets
- ВЛИЯНИЕ СТРЕСС-РЕЗИЛИЕНС ТРЕНИНГА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ
Д. Н. Волошина, К. Н. Емец
- ВПЛИВ СТРЕС-РЕЗИЛІЕНС ТРЕНІНГУ НА ВИРАЗНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ
Д. М. Волошина, К. М. Ємец
- 122 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ МЕТОДОМ ЭСТ В СОЧЕТАНИИ С ПСИХОТЕРАПИЕЙ**
А. З. Григорян
- АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У СТРУКТУРІ АДДИКТИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ МЕТОДОМ ЕСТ У ПОЄДНАННІ З ПСИХОТЕРАПІЄЮ
А. З. Григорян
- ECT AND PSYCHOTHERAPY COMBINATION IN TREATMENT OF AFFECTIVE DISORDERS IN STRUCTURE OF ADDICTIONS. ANALYSIS OF EFFICACY
A. Z. Grigorian
- 127 НОВЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ «ПРИВИВКА ПРОТИВ ВНУШЕНИЯ»**
В. Ф. Простомолотов
- НОВИЙ ІНТЕГРАТИВНИЙ МЕТОД ПСИХОТЕРАПІЇ «ЩЕПЛЕННЯ ПРОТИ СУГЕСТІЇ»
В. Ф. Простомолотов
- THE NEW INTEGRATIVE METHOD OF PSYCHOTHERAPIE «INOCULATION AGAINST SUGGESTION»
V. F. Prostomolotov

ІСТОРІЯ

- 135 ПАВЛО ІВАНОВИЧ КОВАЛЕВСЬКИЙ – ВИЗНАЧНИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ПСИХІАТР, ПРОФЕСОР ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ (ДО 165-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**
О. І. Вовк
- ПАВЕЛ ИВАНОВИЧ КОВАЛЕВСКИЙ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПСИХИАТР, ПРОФЕССОР ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (К 165-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)
О. И. Вовк
- PAVLO KOVALEVSKY – THE FAMOUS UKRAINIAN PSYCHIATRIST, PROFESSOR OF KHARKIV UNIVERSITY (TO THE 165TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH)
O. I. Vovk
- 140 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ**
- 141 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ**
- 142 SUBMISSION GUIDELINES**
-

УДК 616.895.87:[616.89-008.441.1:615]



ПАРАНОЇДНА ШИЗОФРЕНІЯ, ПОЄДНАНА З ВЖИВАННЯМ КАНАБІНОЇДІВ: ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ, ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ТА КЛІНІЧНИЙ АСПЕКТИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

П. В. Кидонь

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Анотація. У дослідженнях останніх років відзначається зростання зацікавленості вітчизняних та іноземних дослідників до коморбідної патології – поєднання психіатричного захворювання з вживанням психоактивних речовин. Метою цього огляду було на підставі аналізу літературних джерел вивчити вплив вживання канабіноїдів на шизофренічний процес та визначити, які аспекти параноїдної шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів, досліджені недостатньо, висвітлені не в повному обсязі. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що проблема коморбідності параноїдної форми шизофренії та вживання канабіноїдів (як із залежністю від цих речовин, так і без неї) залишається далекою від вирішення.

Ключові слова: шизофренія, канабіноїди, коморбідність.

У дослідженнях останніх років відмічається зростання зацікавленості вітчизняних та іноземних дослідників до коморбідної патології – поєднання психіатричного захворювання з вживанням психоактивних речовин (ПАР). Ця проблема є надзвичайно актуальною у зв'язку з масштабами цього поєднання. Відомо, що серед хворих із залежністю від ПАР майже у кожного п'ятого є коморбідні ендogenous психічні розлади, а серед хворих на шизофренію та біполярний розлад не менше третини мають ознаки залежності від ПАР [1]. Майже 50 % пацієнтів із шизофренією мають супутній розлад, викликаний вживанням ПАР. Найбільш часто зустрічаються поєднання шизофренії та алкогольної або канабіноїдної залежності (приблизно в три рази частіше, ніж у загальній популяції) [2].

Метою цього огляду було на підставі аналізу літературних джерел вивчити вплив вживання канабіноїдів на шизофренічний процес та визначити, які аспекти параноїдної шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів, досліджені недостатньо, висвітлені не в повному обсязі. Описано, що канабіс має специфічний зв'язок з подальшим розвитком шизофренії [2–4]. У більшості досліджень показано, що вживання канабіноїдів починалося до появи психотичних симптомів, а іноді й до перших ознак продромальних явищ [5–7].

Психоз як перший прояв шизофренії, який виникає внаслідок вживання канабіноїдів, в останні роки є предметом активної дискусії в спеціальній літературі. Проте наявність цього зв'язку у більшості авторів не викликає сумнівів [8, 9].

Виявлено, що вживання канабісу при шизофренії може підвищити ризик розвитку патологічного процесу вдвічі. Хворі заз-

вичай починають вживати канабіс у більш старшому віці, ніж пацієнти з іншими психічними розладами, але тривалість наркотизації у них є більшою [2, 10]. Відносний ризик виникнення шизофренії складає 2,4 для епізодичних споживачів та 6,0 для пацієнтів із синдромом залежності [11–16]. На підставі результатів багатьох досліджень доведено, що ризик розвитку психозу шизофренії особливо високий при початку тривалого вживання канабісу в підлітковому віці, особливо у великих дозах [8, 17, 18]. Поява перших шизофренічних психозів, часто галюцинаторно-параноїдного типу, зазвичай спостерігається з 21-го по 25-й рік життя. Розвиток психозу, як правило, вже не пов'язаний з безпосереднім прийомом наркотичних засобів, пусковим моментом в їх виникненні часто є сильні стресові стани. Після першої маніфестації шизофренічні психози часто отримують рецидивуючий перебіг, з періодами загострень та ремісій, набуваючи згодом хронічну форму [8, 19, 20]. Це також можна пояснити тим, що особи, які вживають ПАР, більш схильні до недотримання режиму і схеми лікування [21–23]. Вживання канабісу пов'язано з більш раннім віком початку шизофренії, збільшеним ризиком розвитку психозу, більш високим рівнем рецидивів після ремісії першого епізоду гострого психотичного стану [2, 24–27].

Для вирішення питання про зв'язок між канабісом та шизофренією висунуті наступні гіпотези: гіпотеза самолікування, гіпотеза супутнього вживання наркотиків, змішана гіпотеза, гіпотеза взаємодії й етіологічна гіпотеза. Найбільш прийнятими гіпотезами взаємодії на сьогоднішній день є вживання канабісу, що збільшує ризик розвитку хвороби, але у

вразливих осіб, і вживання коноплі вносить свій унікальний внесок у ризик розвитку шизофренії. Також ученими розглядається можливість того, що симптоми психічного захворювання та розладу внаслідок уживання ПАР згодом стають схожими [28, 29–31]. Існує й альтернативне пояснення, яке полягає в тому, що патологія ендоканабіноїдної системи у хворих на шизофренію може бути пов'язана як зі збільшенням рівня вживання канабісу, так і з підвищеним ризиком розвитку хвороби без причинно-наслідкового зв'язку між канабіноїдами та шизофренією [32].

Ймовірність розвитку шизофренії у молодих споживачів канабісу може бути обумовлена безліччю факторів, включаючи нейрофізіологічні особливості дозрівання мозку, нейробиологічні та біохімічні взаємодії в системі нейротрансмісії, генетичні передумови, а також фактори соціальної адаптації, резистентність до впливу стресових ситуацій [8, 33–35]. Провокуючий ефект канабісу пояснюється тим, що коноплі викликають значне зниження коркового вмісту дофаміну і збільшення його вмісту в середньому мозку [36–40]. Також вченими розглядаються гіпотези дисфункції нейротрансмісії гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), холецестокініну та глутамату. Порушення в нервовій синхронності може перешкоджати консолідації пам'яті, асоціативним функціям та іншим нормальним механізмам функціонування нервової системи, що зрештою призводить до психотичних симптомів. У пацієнтів із шизофренією вже наявний дефіцит ГАМК, а подальше його зниження при вживанні канабісу може пояснити, чому хворі на шизофренію більш чутливі до впливу канабіноїдів [41, 42]. Зниження ГАМК також пов'язують зі зниженням рівня канабіноїдних рецепторів, особливо в префронтальній дорсолатеральній зоні кори головного мозку, гіпокампі та базальних гангліях [42–45].

Під час дослідження головного мозку пацієнтів із шизофренією, які вживають канабіс, правий та лівий бокові шлуночки були приблизно однакові, а у пацієнтів із шизофренією, які ніколи не вживали канабіс, лівий боковий шлуночок був більший, ніж правий [11]. Також виявлено, що пацієнти з шизофренією, які вживали канабіс, мали менше сірої речовини в передній оперізуючій звині, ніж пацієнти, які не вживали канабіноїди та психічно здорові люди [46, 47].

У психіатричній літературі давно обговорюється питання про існування глибоких патобіологічних зв'язків між канабіноїдною наркоманією та шизофренією. Автори цих досліджень вважають, що вибір наркотику

обґрунтований патогенетично, оскільки він виконує роль коректора порушених ланок механізму нейротрансмітерного обміну при психозі [48]. За даними спільних досліджень авторів Кельнського і Каліфорнійського університетів, які вивчали рівень вмісту анадаміда (ендогенного канабіноїда) в спинномозковій рідині, було встановлено його шестиразове підвищення у пацієнтів із симптомами гострого психозу, які належать до групи ризику з розвитку шизофренії, та восьмиразове підвищення у хворих на гострий шизофренічний психоз порівняно зі здоровими пробандами контрольної групи. Під час подальшого дослідження був встановлений парадоксальний феномен: при збільшенні тяжкості перебігу шизофренії, також як і при її хронізації, рівень анадаміда в спинномозковій рідині значно знижувався. Також виявлено, що кількість анадаміду в крові значно підвищена під час загострення шизофренії, у той час як ремісія асоціюється зі зниженням рівня анадаміду, транскриптів мРНК канабіноїдних рецепторів та гідролази амідів жирних кислот. Таким чином, виявлено, що хворі на тяжку форму шизофренії не в змозі виробляти анадамід як захисний фактор, який стримує розвиток і гострий перебіг психозу [8, 49–53]. Також існує думка, що транс-дельта-9-тетрагідроканабінол (ТГК), який є основним канабіноїдом, біологічно подібний до ендogenous шизофренічного токсину [54, 55]. Вивчається питання про зв'язок шизофренії з поліморфізмом генів канабіноїдних рецепторів [56–58].

ТГК втручається в ендogenous канабіноїдну систему в ролі антагоніста, блокує анадамідрецептори, періодично змінюючи їх функцію і затримуючи формування. Припускається, що ТГК порушує вироблення анадаміда й, як наслідок, знижує захисну антипсихотичну, антистресорну функцію ендogenous канабіноїдів. У той же час селективні інгібітори канабіноїдних рецепторів 1-го типу зараз проходять клінічні випробування як доповнення до терапії антипсихотичними препаратами II покоління [8, 59–62].

Шизофренії, як відомо, передують тривалий період продромальних симптомів, і ретельно проведене дослідження показало, що зловживання ПАР у хворих на шизофренію починається зазвичай після появи першого негативного симптому (такого, як уникнення соціальних контактів), але передують першому позитивному симптому (наприклад, галюцинаціям). Паління канабіноїдів серед підлітків пов'язане з шизотиповими розладами, що узгоджується з симптоматикою продрому хвороби [28, 63–65]. Цей період триває від

декількох тижнів до 6–8 місяців. У цей час у стані хворого домінують дефіцитарні симптоми: редукція енергетичного потенціалу, наростаюча аутизація, втрата емоційного відгуку на раніше суб'єктивно значущі події, зниження здатності до цілеспрямованого мислення і цілеспрямованих дій («атаксія мислення»), психопатоподібні розлади у вигляді химерності зовнішнього вигляду і стилю поведінки, які описуються як «деформація структури особистості», незвичайних за змістом надцінних інтересів і захоплень, холодності до рідних і близьких, порушень у сфері потягів, «екзистенційні» депресії з характерним афектом типу «Unlust», з «пошуком нового сенсу існування» і переглядом усієї системи сформованих поглядів і установок («зміна ідеалів», «екзистенційна криза»). Уся ця поліморфна симптоматика розгортається на тлі ще збереженої здатності до критичної оцінки свого стану. Нерідко виникає і первинна тривога.

Усі ці феномени об'єднує загальна якість – глибокий емоційний резонанс та інтимна особистісна опосередкованість їх змісту. Вони знаходять безпосереднє відображення в самосвідомості хворого, сприймаються їм як новий, цілком особливий стан, який змінює весь передуючий лад власного «Я» та надає, тим самим, значний вплив на все його подальше існування. Очевидне тісне переплетіння привнесених психічним захворюванням феноменів та особистісних реакцій індивідуума на них. Поява нових, викликаних патологічним процесом, психічних переживань не може знайти відображення в світлі внутрішнього «Я» хворого. Автори роблять висновок, що вживання ПАР – це шлях до полегшення найбільш ранніх симптомів шизофренії, боротьба з вираженим дистресом, мінімізація фрустрації, прагнення подавити страх, тривогу, зменшити маячну напруженість, позбавитися загрози існування «я» та суб'єктивно тяжких деперсоналізаційних розладів, а не причина хвороби. Гостра психотична симптоматика, яка активно розвивається, як правило, виключає зловживання наркотиками [21, 48, 66, 67].

Доведено, що за наявності явної схильності до розвитку шизофренії інтенсивний прийом канабісу різко прискорює прояв цього захворювання, а в осіб, які давно страждають на нього, підсилює вираженість продуктивної симптоматики і таких симптомів, як маячення, галюцинації, порушення мислення. При цьому прийом канабісу зменшує вираженість негативної симптоматики у вигляді тривалих депресивних станів, емоційного збідніння, апатії, ангедонії. Саме тому

багато хворих на шизофренію при спробі самолікування для зняття психічної напруги намагаються використовувати канабіс як антистресорний та антипсихотичний засіб. Можливо, пацієнти індивідуально регулюють вживання психоактивного засобу для досягнення максимального впливу на неприємні афективні симптоми при мінімальному посиленні позитивних симптомів. Це може відбуватися або за рахунок дії самого наркотику, або за рахунок обставин, що впливають із соціальної обстановки, яка супроводжує вживання. Пацієнти, які відчувають найбільш тяжкі небажані ефекти, намагаються уникати вживання канабісу [2, 21].

Інші дослідження показують, що вживання канабісу може спровокувати маніфест шизофренії, видозмінити клінічну картину, призводить до рецидиву шизофренії, значною мірою впливає на тяжкість ендогенних симптомів, поглиблює дефект. Шизофренія, яка маніфестує у зв'язку з канабіноїдною інтоксикацією, що відіграє роль патопластичного фактора, виявляє картину, властиву екзогенному типу реакцій внаслідок виражених астеничних розладів, мнестично-інтелектуального зниження, підвищеної дратівливості, але в подальшому вона все більше ендогенізується [10].

Найбільший тропізм до вживання наркотичних засобів у хворих на параноїдну шизофренію як з безперервним типом перебігу, так і з епізодичним, мали ініціальний етап (психопатоподібні та неврозоподібні розлади), період ремісій та психопатоподібний тип дефекту на етапі шизофренічного недоумства [2, 10, 68–70].

Паралелі з шизофренічними симптомами проводяться вченими і при аналізі канабіноїдного сп'яніння, особливо психоделічного. Наприклад, такі симптоми, як ехोलалія, ехопраксія, раптові обриви думок, які нагадують шперунги, відчуття відчуженості думок, можливість хворого зі сторони оцінювати свої переживання («роздвоєння свідомості») специфічні як для гострої інтоксикації, так і для шизофренічного процесу [48, 71, 72]. Помічено, що в осіб, які схильні до розвитку шизофренії, гашишне сп'яніння з самого початку протікає атипово: з тривогою, підозрілим ставленням до інших, у злому намірі звинувачують своїх приятелів, дію гашишу приймають за навмисне отруєння [73].

Залежність від канабіноїдів у хворих на шизофренію характеризується малопродієнтним перебігом, клінічною незавершеністю її основних синдромів і закономірною та прогресивною ендогенізацією їхньої структури з поступовим їх включенням до

патокінезу шизофренічного процесу. У хворих на шизофренію обсесивний потяг характеризується переважанням ідеаторного компонента потягу при мінімальній вираженості афективного та соматоневрологічного компонентів в його структурі. Спостерігаються нав'язливі думки про ефект прийому канабісу, які доходять до рівня ідеаторних автоматизмів або астенічного ментизму, коли хворі відчували вплив думок, які слабо контролювалися або навіть відчувалися як чужі. При цьому емоційної або вегетативної реакції на ці думки не спостерігалось.

Актуалізація патологічного потягу у хворих на шизофренію не залежить від зовнішніх факторів, а повністю визначається внутрішніми механізмами основного захворювання, що свідчить про переважання в патокінезі патологічного потягу ендogenous факторів над соціальними [74]. Він активується в періоди деактуалізації маячних ідей, виходу з депресивних фаз та в постпсихотичних станах. Динаміка актуалізації та деактуалізації синдрому патологічного потягу (а звідси – розвиток або обрив абuzuсу), виявляє виразні кореляції з етапами перебігу психічної хвороби: її нападами, періодами між нападами, стаціонарними станами і синдромальним спектром цих періодів [48].

Патопластика абстинентного синдрому у хворих на шизофренію проявляється в переважанні психопатологічних розладів, перш за все, ідеаторних, поведінкових, інсомнічних та афективних, над соматоневрологічними [48, 75].

Зміст взаємозв'язків структурно-синдромальних і динамічних складових визначає два основних типи розвитку та перебігу процесу залежності від ПАР у хворих на ендogenous психози: гомогенний і гетерогенний. Гомогенний тип перебігу залежності характеризується тим, що остання виступає як окремий ізольований синдром у загальному ланцюжку розвитку психічної хвороби (іноді

навіть маскуючи патогномонічну ендogenous симптоматику), і власну структурно-динамічну специфіку багато в чому втрачає. Гетерогенний тип перебігу залежності від ПАР характеризується тим, що виникнувши на тлі психічного захворювання, в подальшому вона ніби відривається від симптоматики психозу і розвивається у відповідності своїми внутрішнім закономірностям [48].

Такі хворі часто опинялися в спільнотах, де вживання наркотичних засобів має субкультуральний характер [76]. Вживання канабісу може також призводити до психозу за допомогою соціальних механізмів: характеристики соціального середовища також передбачалися як причини розвитку шизофренії; захоплення канабісом сприяє тому, що його споживач потрапляє в соціальні ситуації, в яких він не опинився б, якби не вживав наркотик [76, 77].

Таким чином, аналіз літературних джерел свідчить про те, що проблема коморбідності параноїдної форми шизофренії та вживання канабіноїдів (як з залежністю від цих речовин, так і без неї) залишається далекою від вирішення. Незважаючи на велику кількість робіт фахівців різних країн світу, присвячених етіології та патогенезу шизофренії, на сьогоднішній день відсутні остаточні висновки щодо патогенетичної ланки цього захворювання, на яку впливає канабіс. Саме це й обумовлює, що дані про особливості клініки та перебігу шизофренії, поєднаної з вживанням канабісу, розрізнені й багато в чому суперечливі. Опубліковані праці не відображають усієї повноти картини, відсутня єдина думка щодо первинності розвитку наркологічного захворювання та шизофренії, відсутні ефективні терапевтичні програми стосовно цієї категорії пацієнтів. Особливо гостро ця проблема стосується України, де науковій та практичній її сторонам вченими приділяється недостатньо уваги.

Література

1. Harchenko Je. M. [et al.] Komorbidnist' endogenous psychichnyh rozladiv iz zalezhnistju vid psyhoaktyvnyh rehovyn (stan problemy) [Komorbidnist' endogenous mental disorders with substance dependence (state problem)]. *Arhiv psyhiatrii*, 2009, no. 3, pp. 53-55. (In Ukr.)
2. Afanas'eva A. V. Osobennosti upotreblenija psihoaktivnyh veshhestv bol'nymi shizofreniej i ego vlijanie na techenie shizofrenicheskogo processa (Obzor literatury) [Features substance use patients with schizophrenia and its impact on the course of schizophrenia (Review of literature)]. *Ukrain's'kyj visnyk psychonevrologii*, 2011, no. 3, pp. 82-85. (In Russ.)
3. Arseneault L. [et al.] Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British medical journal*, 2002, no. 325, pp. 1212-1213.
4. Di Forti M., Murray R. M. Cannabis consumption and risk of developing schizophrenia: myth or reality? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2005, no. 14, pp. 184-187.
5. Compton M. T. [et al.] Association of pre-onset cannabis, alcohol, and tobacco use with the age at onset of prodrome and age at onset of psychosis in first-episode patients. *American journal of psychiatry*, 2009, no. 11, pp. 1251-1257.
6. Compton M. T., Ramsay C. E. The impact of pre-onset cannabis use on age at onset of prodromal and psychotic symptoms. *Primary psychiatry*, 2009, no. 16, pp. 35-43.
7. Semple D. M. [et al.] Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of psychopharmacology*, 2005, no. 2, pp. 187-194.

8. Subbotin O. Debyut shizofrenii kak sledstvie potrebleniya kannabisa v podrostkovom vozraste [The debut of schizophrenia as a result of consumption of cannabis in teens]. *Vestnik Ivanovskoy meditsinskoy akademii*, 2007, no. 1-2, pp. 84-88. (In Russ.)
9. Ferdinand R. F. [et al.] Cannabis – psychosis pathway independent of other types of psychopathology. *Schizophrenia research*, 2005, no. 2-3, pp. 289-295.
10. Dudin I. I. Premorbidnye sotsial'no-biologicheskie i lichnostno-psikhologicheskie faktory, predisponiruyushchie formirovaniyu zavisimosti ot kannabinoidov u bol'nykh s sochetannymi psikhicheskimi rasstroystvami [Premorbid social and biological and personal-psychological factors predisposing the formation depending on cannabinoids in patients with concomitant mental disorders]. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*, 2008, no. 3, pp. 84-86. (In Russ.)
11. van Kharen N. E. [i dr.] Shizofreniya kak progressiruyushchee zabolevanie golovnogo mozga [Schizophrenia as a progressive disease of the brain]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2008, no. 2, pp. 26-35. (In Russ.)
12. Zammit S. [et al.] Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts 1969: historical cohort study. *British medical journal*, 2002, no. 35, pp. 1199-1201.
13. Psikhicheskie posledstviya upotrebleniya kannabinoidov [Mental consequences of the use of cannabinoids]. *Voprosy narkologii*, 2002, no. 5, pp. 71-72. (In Russ.)
14. Bokhan N. A. [i dr.] Komorbidnye additivnye rasstroystva u bol'nykh shizofreniy [Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia]. *Narkologiya*, 2002, no. 6, pp. 24-30. (In Russ.)
15. Maddock C., Babbs M. Intervention for cannabis misuse. *Advances in psychiatric treatment*, 2006, no. 12, pp. 432-439.
16. Arseneault L. [et al.] Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British medical journal*, 2004, no. 184, pp. 110-117.
17. Bazarbaeva L. E. Faktory, vliyayushchie na kliniku shizofrenii, oslozhnennoy narkomaniey (po materialam sudebno-psixiatricheskikh ekspertiz) [Factors affecting the clinic schizophrenia complicated by drug addiction (based on forensic psychiatric examinations)]. *Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii*, 2009, no. 2, pp. 124-125. (In Russ.)
18. Henquet C. [et al.] Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *British medical journal*, 2005, no. 330, pp. 11-16.
19. Reinarman C. [et al.] Endocannabinoids in schizophrenia – do they play role? *European psychiatry*, 2004, no. 19, p. 79.
20. Fergusson D. M. [et al.] Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological medicine*, 2003, no. 33, pp. 15-21.
21. Primenenie psikhoaktivnykh veshchestv pri shizofrenii. Marihuana pri shizofrenii [The use of psychoactive substances in schizophrenia. Marijuana in schizophrenia]. *Meditsinskiy portal MeduInver*. Available at: <http://meduInver.com/Medical/Psichology/154.html> (14.12.2013). (In Russ.)
22. Blednykh M. A. Upotreblenie psikhoaktivnykh sredstv i priverzhennost' k terapii u patsientov s pervoye diagnostirovannoy paranoidnoy shizofreniy [The use of psychoactive drugs and adherence to therapy in patients with newly diagnosed paranoid schizophrenia]. *Nevrologicheskii vestnik*, 2012, no. 2, pp. 92-94. (In Russ.)
23. Kumra S. Schizophrenia and cannabis use. *Minnesota medicine*, 2007, no. 1, pp. 36-38.
24. Green A. I. [et al.] First-episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophrenia research*, 2004, no. 2-3, pp. 125-135.
25. Hambrecht M., Hafner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 1996, no. 40, pp. 1155-1163.
26. Linszen D. [et al.] Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of general psychiatry*, 1994, no. 51, pp. 273-279.
27. Veen N. D. [et al.] Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *American journal of psychiatry*, 2004, no. 3, pp. 501-506.
28. Ahmed A. O. [et al.] Handbook of schizophrenia spectrum disorders. Volume III [ed. by M. S. Ritsner]. Springer, Science, 2011, 462 p.
29. Smit F. [et al.] Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction*, 2004, no. 4, pp. 425-430.
30. Hall W. [et al.] Cannabis use and psychotic disorders: an update. *Drug and alcohol review*, 2004, no. 4, pp. 433-443.
31. Dvorjak S. V. [et al.] Likuvannja opioi'dnoi' zalezhnosti agonistamy opioi'div [Treatment of opioid dependence opioid agonists]. Kiev, 2012, 283 p. (In Ukr.)
32. Weiser M., Noy S. Interpreting the association between cannabis use and increased risk for schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2005, no. 1, pp. 81-85.
33. Henquet C. [et al.] The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophrenia bulletin*, 2005, no. 3, pp. 608-612.
34. Cannabis use and brain structural alterations in first episode schizophrenia – a region of interest, voxel based morphometric study / S. S. Bangalore [et al.] // *Schizophrenia research*, 2008, no. 99. – P. 1-6.
35. Veling W. [et al.] Cannabis use and genetic predisposition for schizophrenia: A casecontrol study. *Psychological medicine*, 2008, no. 38, pp. 1251-1256.
36. Trailin A. V., Levada O. A. Genetika i epigenetika shizofrenii [Genetics and epigenetics of schizophrenia]. *NeyroNews*, 2012, no. 6, pp. 18-28. (In Russ.)
37. Arseneault L. [et al.] Marijuana and madness [ed. by D. Castle, R. Murray]. Cambridge, University Press, 2004, 218 p.
38. Ashton H. [et al.] Cannabis – suicide, schizophrenia and other ill-effects. Australia, Drug Free Australia Ltd, 2009, 47 p.
39. Vidal C. N. [et al.] Dynamically spreading frontal and cingulate deficits mapped in adolescents with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 2006, no. 63, pp. 25-34.
40. Rais M. [et al.] Excessive brain volume loss over time in cannabis-using first-episode schizophrenia patients. *American journal of psychiatry*, 2008, no. 165, pp. 490-496.
41. Sewell R. A. [et al.] Cannabinoids and psychosis. *International review of psychiatry*, 2009, no. 2, pp. 152-162.
42. Eggen S. M. [et al.] Reduced cortical cannabinoid 1 receptor messenger RNA and protein expression in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 2008, no. 7, pp. 772-784.
43. Desfosses J. [et al.] Endocannabinoids and schizophrenia. *Pharmaceuticals*, 2010, no. 3, pp. 3101-3126.
44. Wong D. F. [et al.] Quantification of cerebral cannabinoid receptors subtype 1 (cb1) in healthy subjects and schizophrenia by the novel pet radioligand [(11)c]omar. *Neuroimage*, 2010, no. 52, pp. 1505-1513.
45. Jenko K. J. [et al.] Binding of a tritiated inverse agonist to cannabinoid CB1 receptors is increased in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 2012, no. 2-3, pp. 185-188.

46. Defekt mozga, svyazanny s upotrebleniem kannabisa u patsientov s shizofreniy [The defect of the brain associated with cannabis use in patients with schizophrenia]. *Narkologiya*, 2007, no. 4, p. 74. (In Russ.)
47. Szeszko P. R. [et al.] Anterior cingulate grey-matter deficits and cannabis use in first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 2007, no. 190, pp. 230-236.
48. Rukovodstvo po narkologii. V 2 t. T. 1. [pod red. I. I. Ivantsa] [Guide to Addiction. In 2 t. T. 1. [ed. I. I. Ivanets]]. Moscow, Medpraktika Publ., 2002, 444 p. (In Russ.)
49. Simon A. E. [et al.] The Bruderholz Study: A prospective pilot study of patients at-risk for schizophrenia in North Western Switzerland. *European psychiatry*, 2004, no. 19, pp. 8-9.
50. Giuffrida A. [et al.] Cerebrospinal anandamide levels are elevated in acute schizophrenia and are inversely correlated with psychotic symptoms. *Neuropsychopharmacology*, 2004, no. 29, pp. 2108-2114.
51. Marchi N. D. [et al.] Endocannabinoid signalling in the blood of patients with schizophrenia. *Lipids in health and disease*, 2003, no. 2, pp. 5.
52. Roser P. [et al.] Potential antipsychotic properties of central cannabinoid (cb1) receptor antagonists. *World journal of biological psychiatry*, 2010, no. 11, pp. 208-219.
53. Desfosses J. [et al.] Plasma endocannabinoid alterations in individuals with substance use disorder are dependent on the «Mirror effect» of schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 2012, no. 3, pp. 85.
54. Pogosov A. Gashishnaya narkomaniya [Cannabism]. *Russkiy narodnyy server protiv narkotikov* Available at: <http://www.narcom.ru/publ/info/259> (28.10.2013). (In Russ.)
55. Lazur'evskiy G. V., Nikolaeva L. A. Kannabinoidy (narkoticheskie veshchestva konopli) [Cannabinoids (cannabis drugs)]. Chisinau, Shtiintsa Publ., 1972, 69 p. (In Russ.)
56. Tiwari A. K. [et al.] A common polymorphism in the cannabinoid receptor 1 (cnr1) gene is associated with antipsychotic-induced weight gain in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 2010, no. 35, pp. 1315-1324.
57. Ho B. C. [et al.] Cannabinoid receptor 1 gene polymorphisms and marijuana misuse interactions on white matter and cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 2011, no. 1-3, pp. 66-75.
58. Tong D. [et al.] Association of single-nucleotide polymorphisms in the Cannabinoid Receptor 2 gene with schizophrenia in the Han Chinese population. *Journal of molecular neuroscience*, 2013, no. 2, pp. 454-460.
59. D'Souza D. C. [et al.] Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis and addiction. *Biological psychiatry*, 2005, no. 57, pp. 594-608.
60. Schneider M., Koch M. Chronic pubertal, but not adult chronic cannabinoid treatment impairs sensorimotor gating, recognition memory, and the performance in a progressive ratio task in adult rats. *Neuropsychopharmacology*, 2003, no. 28, pp. 1760-1769.
61. Smesny S. [et al.] Cannabinoids influence lipid-arachidonic acid pathways in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 2007, no. 32, pp. 2067-2073.
62. Ujike H., Morita Y. New perspectives in the studies on endocannabinoid and cannabis: cannabinoid receptors and schizophrenia. *J. pharmacol sci.*, 2004, no. 96, pp. 376-81.
63. Bailey E. L., Swallow B. L. The relationship between cannabis use and schizotypal symptoms. *European Psychiatry*, 2004, no. 19, pp. 113-114.
64. Schiffman J [et al.] Symptoms of schizotypy precede cannabis use. *Psychiatry Research*, 2005, no. 134, pp. 37-42.
65. Miettunen J. [et al.] Association of cannabis use with prodromal symptoms of psychosis in adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 2008, no. 192, pp. 470-471.
66. Romanenko R. N. [idr.] Dinamika rasprostranennosti addiktivnogo povedeniya kak strategii sovladaniya s distressom, obuslovlennym negativnoy simptomatikoy, v prodrome pervichnogo epizoda shizofrenii [The dynamics of the prevalence of addictive behavior as a strategy of coping with the distress caused by negative symptoms in schizophrenia prodrome primary episode]. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny*, 2008, no. 11, 162-166. (In Russ.)
67. Mauri M. [et al.] Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 2006, no. 2, pp. 1-8.
68. Megrabyan A. A. [et al.] Rol' gashishnoy intoksikatsii v klinicheskoy kartine shizofrenii [Role of hashish intoxication in the clinical picture of schizophrenia]. *Alkogolizm i nekotorye drugie intoksikatsionnye zabolevaniya nervnoy sistemy i psikhicheskoy sfery. Materialy plenuma Vsesoyuznogo meditsinskogo obshchestva nevropatologov i psikiatrov*, 1972, pp. 99-102. (In Russ.)
69. Petrov R. V., Borisova L. F. Psikhicheskie rasstroystva i zavisimost' [Mental disorders and dependency]. *Novosti nauki i tekhniki*, 2006, no. 9, pp. 18-20. (In Russ.)
70. Solowij N. [et al.] Cannabis and cognitive dysfunction: parallels with endophenotypes of schizophrenia? *Journal of psychiatry & neuroscience*, 2007, no. 1, pp. 32-50.
71. Pyatnitskaya I. N. Obshchaya i chastnaya narkologiya: rukovodstvo dlya vrachey [General and private drug and alcohol abuse: a guide for doctors]. Moscow, Medicine Publ., 2008, 640 p. (In Russ.)
72. Lichko A. E., Bitenskiy V. S. Podrostkovaya narkologiya [Teenage Drug Addiction]. Leningrad, Medicine Publ., 1991, 304 p. (In Russ.)
73. Korkina M. V., Lakosina N. D., Lichko A. E., Sergeev I. I. *Psikhiatriya: uchebnik dlya studentov* [Psychiatry: a textbook for students]. Moscow, MEDpress- info Publ., 2006, 576 p. (In Russ.)
74. Klimenko T. V. [et al.] Klinicheskoy patomorfoz zavisimosti ot kannabinoidov u bol'nykh shizofreniy (po dannym otdalennogo katamneza) [Clinical pathomorphosis depending on cannabinoids in patients with schizophrenia (according to remote catamnesis)]. *Narkologiya*, 2008, no. 1, pp. 41-45. (In Russ.)
75. Krishtal' E. V. [et al.] Shizofreniya, oslozhnennaya upotrebleniem psikoaktivnykh veshchestv, v sudebno-psikhiatricheskoy praktike [Schizophrenia is complicated by the use of psychoactive substances in forensic psychiatric practice]. *Arhiv psikiatrii*, 2008, no. 4, p. 56. (In Russ.)
76. Macleod J. Cannabis use and psychosis: the origins and implications of an association. *Advances in psychiatric treatment*, 2007, no. 13, pp. 400-411.
77. Maki P. [et al.] Predictors of schizophrenia – a review. *British medical bulletin*, 2005, no. 73-74, pp. 1-15.

ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ, СОЧЕТАЮЩАЯСЯ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ, ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

П. В. Кидонь

Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

Аннотация. В исследованиях последних лет отмечается рост заинтересованности отечественных и иностранных исследователей к коморбидной патологии – сочетанию психиатрического заболевания с употреблением психоактивных веществ. Целью данного обзора было на основании анализа литературных источников изучить влияние употребления каннабиноидов на шизофренический процесс и определить, какие аспекты параноидной шизофрении, в сочетании с употреблением каннабиноидов исследованы недостаточно, освещены не в полном объеме. Анализ литературных источников свидетельствует о том, что проблема коморбидности параноидной формы шизофрении и употребления каннабиноидов (как с зависимостью от этих веществ, так и без нее) остается далекой от решения.

Ключевые слова: шизофрения, каннабиноиды, коморбидность.

PARANOID SCHIZOPHRENIA, COMBINED WITH CANNABINOIDS USE: EPIDEMIOLOGICAL, ETIOPATHOGENETIC AND CLINICAL ASPECTS (LITERATURE REVIEW)

P. V. Kydon'

Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»

Summary. In recent studies interest of domestic and foreign researchers growth to comorbid pathology – a combination of psychiatric illness with substance use. The aim of the review was to examine the impact of the cannabinoids use in schizophrenic process and determine which aspects of paranoid schizophrenia, combined with the use of cannabinoids investigated insufficiently, is not covered in full, based on an analysis of the literature. Analysis of the literature suggests that the problem of combination of paranoid schizophrenia and cannabinoids use (both dependence on these substances and without it) is far from being resolved.

Key words: schizophrenia, cannabinoids, comorbidity.

УДК 612.621.7



Б. А. Лобасюк

М. И. Боделан

В. В. Мартынюк

К. В. Аймедов

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОГЕНЕЗА ПРИ СЧЕТЕ В УМЕ

Б. А. Лобасюк¹, М. И. Боделан¹,
В. В. Мартынюк¹, К. В. Аймедов²

¹Одесский национальный университет
имени И. И. Мечникова

²Одесский национальный
медицинский университет

Аннотация. Цель исследования состояла в выявлении изменений показателей ритмов и межполушарной асимметрии ЭЭГ при счете в уме. Запись ЭЭГ осуществляли в состоянии «глаза закрыты» и счете в уме – вычитание величины 7 из 200. Отношения между амплитудами ритмов ЭЭГ, исследовали с использованием расчетов множественной линейной регрессии и корреляции. При счете в уме у правой и левой во всех отведениях, за исключением отведения висок-темя левого полушария, наблюдалась вызванная десинхронизация, а в отведениях висок-темя левого полушария – вызванная синхронизация, что можно рассматривать как особенность временной динамики ЭЭГ. Выполнение счета в уме сопровождается активацией у правой правой полушария, а у левой – левого. Анализ регрессионных связей между амплитудами ритмов ЭЭГ позволил предположить, что реализация психического акта «счет в уме» сопровождается активацией как стволовых структур, так и диэнцефальных.

Ключевые слова: ЭЭГ, счет в уме, стволовые структуры, диэнцефальные структуры.

Введение

Среди психофизиологических исследований одно из основных мест занимает изучение нейрофизиологических механизмов мышления, направленное на раскрытие закономерностей функционирования мозга в

процессе мыслительной деятельности. Существуют достаточно убедительные экспериментальные факты о целесообразности использования ЭЭГ для исследования тонкой динамики функциональных состояний мозга человека во время мышления [1–8].

Однако в этой области остается еще много нерешенных вопросов, затрудняющих сопоставление параметров ЭЭГ со спецификой мыслительной деятельности. Это, прежде всего, относится к вопросу о спектральном составе изменений ЭЭГ при мышлении и знаках этих изменений, а также к проблеме исследования региональных особенностей изменений ЭЭГ при мышлении. При решении мыслительных задач показано усиление десинхронизации альфа-ритма на ЭЭГ [9–15] и возрастание выраженности бета-ритма. На усиление бета-активности во время решения арифметических задач и других когнитивных операциях, а также во время фазы сна с быстрыми движениями глаз, указывают также А. Борбели [16], Д. Джаннитрапани [17], Г. Папаниколау [18], Т. Фернандес [14].

Учитывая, что функциональная межполушарная асимметрия (ФМПА) показателей ЭЭГ в настоящее время рассматривается как одна из фундаментальных закономерностей организации и деятельности мозга человека и животных [19], представляется интересным исследовать изменения ФМПА при выполнении мыслительной задачи – счета в уме.

Цель исследования

Выявление изменений показателей ритмов ЭЭГ, а также показателей межполушарной асимметрии при счете в уме.

Материалы и методы исследования

Исследования проводили на 27 практически здоровых людях, студентах, средний возраст которых – 20 ± 1 год. Запись ЭЭГ на жесткий диск мини-ЭВМ осуществляли с помощью аналогово-цифрового преобразователя при частоте дискретизации 256 в 1 сек. на персональной ЭВМ типа IBM в течение 2 мин. в состоянии психосенсорного покоя (ПП) (глаза закрыты), а также 2 мин. в состоянии ПП (глаза закрыты) и счете в уме – вычитание величины 7 из 200.

ЭЭГ регистрировали биполярно в следующих отведениях: 1 – «лоб – висок» (F–T), 2 – «висок – темя» (T–P), 3 – «темя – затылок» (P–O), слева и справа, при постоянной времени 0,1 сек. Анализ файлов ЭЭГ осуществлялся после окончания опытов с помощью программы Analist2 по алгоритму амплитудно-интервального (полупериодного) анализа.

Выделяли пять физиологических ритмов: бета-1-, бета-2-, альфа-, тета- и дельта-. По каждому из диапазонов определяли следующие параметры: 1) амплитуда в микровольтах; 2) частота в герцах; 3) индекс-время в процентах выраженности волн бета-1-, бета-2-, альфа-, тета- и дельта-диапазонах; 4) мощность ритмов. При статистическом анализе вычисляли средние величины, стандартное

(среднее квадратическое) отклонение, ошибку средней величины.

С целью исследования отношений, формирующихся между амплитудами ритмов ЭЭГ в различных экспериментальных условиях, использовали средние величины амплитуд ритмов ЭКГ. Отношения, формирующиеся между амплитудами ритмов ЭКГ, исследовали с использованием расчетов множественной линейной регрессии и корреляции [20]. Уровни статистической значимости принимались в пределах $P < 0,05$ и $P < 0,1$.

Коэффициенты функциональной межполушарной асимметрии (ФМПА) по частоте и амплитуде определяли по формуле:

$$Уас = (Л - П) / (Л + П) * 100,$$

где Л – показатель левого полушария, П – показатель правого полушария.

Таким образом, положительные величины означали преобладание левого полушария, отрицательные – правого.

Погрешности коэффициентов ФМПА вычисляли по формуле:

$$mуас = Уас * \sqrt{(mл/Мл)^2 + (mп/Мп)^2},$$

где $mуас$ – погрешность коэффициента соотношения, $Уас$ – коэффициент межполушарной асимметрии, $mл$ – погрешность показателя левого полушария, $Мл$ – показатель левого полушария, $mп$ – погрешность показателя правого полушария, $Мп$ – показатель правого полушария.

Для анализа статистической достоверности изменений коэффициентов межполушарной асимметрии использовали критерий Стьюдента.

В качестве критерия латерализации полушарий (правшества-левшества) использовали среднюю величину мощности альфа-ритма по всем отведениям, определенную в условиях ПП [21]. В тех случаях, когда средняя величина мощности альфа-ритма в правом полушарии преобладала над мощностью альфа-ритма левого полушария, испытуемого определяли как электроэнцефалографического правшу. Правшей было определено 12 человек, левшей – 15.

Результаты исследования и их обсуждение

Изменения показателей ЭЭГ

Правши. У правшей в процессе счета в уме (табл. 1) отмечено снижение амплитуд альфа- и тета-ритмов ЭЭГ во втором отведении и амплитуд бета-1-, альфа-, тета- и дельта-ритмов в третьем отведении правого полушария, а также амплитуд бета-1-, альфа-, тета- и дельта-ритмов в третьем отведении левого полушария. Амплитуда бета-2-ритма во втором отведении левого полушария увеличилась. Отмечено увеличение частот бета-1-ритма во втором отведении правого

Таблица 1

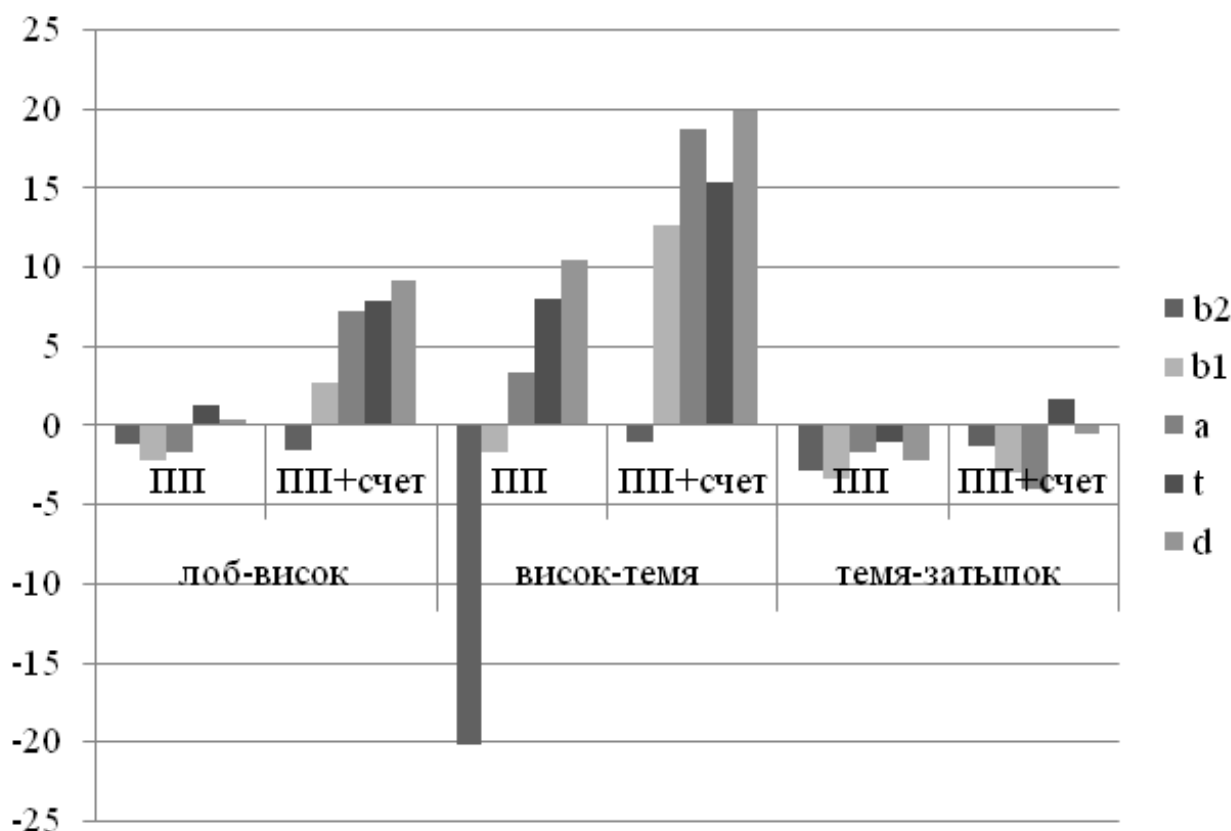
Статистически значимые коэффициенты соотношений показателей ЭЭГ левого и правого полушарий в условия психосенсорного покоя и психосенсорного покоя и счета в уме у правшей

		Правое полушарие			Левое полушарие		
		Лоб-висок	Висок-темя	Темя-затылок	Лоб-висок	Висок-темя	Темя-затылок
Бета-2	А					1,46	
	ч						
Бета-1	А			-1,15		1,27	-1,14
	ч		1,02		1,04		1,02
Альфа	А		-1,09	-1,21		1,25	-1,27
	ч				1,04		
Тета	А		-1,12	-1,24			-1,17
	ч						
Дельта	А			-1,20			-1,17
	ч				1,08		-1,08

полушария и бета-1-, альфа- и дельта-ритма в первом отведении, бета-1- и альфа-ритмов во втором отведении и бета-1-ритма в третьем отведении левого полушария.

Левши. У левшей в процессе счета в уме (табл. 2) отмечено снижение амплитуды дельта-ритма в первом отведении, ампли-

туд бета-2-, бета-1-, альфа-, тета- и дельта-ритмов во втором и третьем отведениях правого полушария, а также первом и третьем отведениях левого полушария. Отмечено увеличение частоты бета-1-ритма в первом отведении и уменьшение частот бета-2-, тета- и дельта-ритма во втором отведении, а также



Примечания:
 ПП – психосенсорный покой;
 ПП + счет – счет в уме в условиях психосенсорного покоя;

b2 – коэффициент ФМПА бета-2 ритма;
 b1 – коэффициент ФМПА бета-1 ритма;
 a – коэффициент ФМПА альфа ритма;
 t – коэффициент ФМПА тета ритма;
 d – коэффициент ФМПА дельта ритма;

Рис. 1. Коэффициенты функциональной межполушарной асимметрии (ФМПА) в условиях психосенсорного покоя и психосенсорного покоя и счета в уме у правшей

Таблица 2

Статистически значимые коэффициенты соотношений показателей ЭЭГ левого и правого полушарий в условия психосенсорного покоя и психосенсорного покоя и счета в уме у левшей

		Правое полушарие			Левое полушарие		
		Лоб-висок	Висок-темя	Темя-затылок	Лоб-висок	Висок-темя	Темя-затылок
Бета-2	A		-1,11	-1,17	-1,37	1,16	-1,16
	ч		-1,06	-1,05			-1,05
Бета-1	A		-1,15	-1,16	-1,19		-1,18
	ч	1,02			1,03		
Альфа	A		-1,15	-1,16	-1,13		-1,17
	ч				1,13		
Тета	A		-1,22	-1,20	-1,63		-1,18
	ч		-1,05	-1,05			-1,05
Дельта	A	-1,13	-1,18	-1,19	-1,81		-1,15
	ч		-1,04		1,08		

частот бета-2- и тета-ритмов в третьем отведении правого полушария. В левом полушарии частоты бета-1-, альфа- и дельта-ритмов первого отведения определялись увеличенными, а в третьем отведении частоты бета-1- и тета-ритмов определялись уменьшенными.

Изменения показателей ФМПА.

Правши. До счета в уме ФМПА в отведение «лоб–висок» амплитуда ритмов ЭЭГ бета-2, бета-1 и альфа ритма выражалась отрицательными величинами в пределах $(-1,25 \pm 0,10) \%$ – $(-2,32 \pm 0,16) \%$, а ФМПА амплитуды тета- и дельта-ритма – положительными величинами (рис. 1). После счета в уме отрицательность ФМПА амплитуды бета-2-ритма увеличилась, а бета-1- и альфа-ритмов инвертировала и стала положительной. Положительность ФМПА амплитуд тета- и дельта-ритмов увеличилась.

До счета в уме ФМПА в отведении «висок–темя» амплитуда ритмов ЭЭГ бета-2- и бета-1-ритмов выражалось отрицательными величинами в пределах $(-1,71 \pm 0,08) \%$ и $(-20,20 \pm 1,84) \%$, а ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов выражалась положительными величинами в пределах $(3,32 \pm 0,19) \%$ – $(10,45 \pm 0,69) \%$ (рис. 1). После счета в уме отрицательность ФМПА амплитуды бета-2-ритма уменьшилась, а бета-1- инвертировала и стала положительной. Положительность ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов увеличилась.

До счета в уме ФМПА в отведении «темя–затылок» амплитуда всех ритмов ЭЭГ ритмов выражалось отрицательными величинами в пределах $(-1,13 \pm 0,07) \%$ и $(-3,42 \pm 0,21) \%$. После счета в уме отрицательность ФМПА амплитуды бета-2 ритма, бета-1 и дельта ритма уменьшилась, а альфа ритма – возросла. Показатель ФМПА амплитуды тета ритма выражался положительной величиной.

Левши. До счета в уме ФМПА в отведении «лоб–висок» амплитуда ритмов ЭЭГ всех ритмов ЭЭГ выражалась положительными величинами в пределах $(7,05 \pm 0,31) \%$ – $(15,23 \pm 0,84) \%$ (рис. 2). После счета в уме ФМПА амплитуды бета-2-, тета- и дельта-ритмов выражались отрицательными величинами в пределах $(-5,96 \pm 0,65) \%$ – $(-9,32 \pm 1,02) \%$, а положительность ФМПА амплитуд бета-1- и альфа-ритмов уменьшилась.

До счета в уме ФМПА в отведении «висок–темя» амплитуда ритмов ЭЭГ бета-2- и бета-1-ритмов выражалось отрицательными величинами в пределах $(-2,51 \pm 0,11) \%$ и $(-14,10 \pm 0,90) \%$, ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов выражалась положительными величинами в пределах $(3,32 \pm 0,19) \%$ – $(10,45 \pm 0,69) \%$, а амплитуда альфа-, тета- и дельта-ритмов – положительными величинами в пределах $(5,24 \pm 0,25) \%$ – $(17,92 \pm 1,00) \%$. После счета в уме отрицательность ФМПА амплитуды бета-2- и бета-1-ритмов уменьшилась. Положительность ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов увеличилась.

До счета в уме ФМПА в отведении «темя–затылок» амплитуда всех ритмов ЭЭГ ритмов выражалось положительными величинами в пределах $(0,24 \pm 0,10) \%$ и $(1,98 \pm 0,93) \%$ (рис. 2). После счета в уме положительность ФМПА амплитуды бета-2-ритма, тета- и дельта-ритма увеличилась, а альфа-ритма – уменьшилась. Показатель ФМПА амплитуды бета-1-ритма инвертировал и стал отрицательным.

Взаимоотношения амплитуд ритмов ЭЭГ в условиях психосенсорного покоя и психосенсорного покоя и счета в уме. Исследования с применением множественного регрессионного анализа.

Правши. В условиях психосенсорного покоя всего по правым полушариям определя-

лось 46 регрессионных связей-отношений, а по левым – 48, т.е. в левом полушарии на две связи-отношения было больше, чем в правом. В условиях психосенсорного покоя и счета в уме в правом полушарии определялось 44 связи-отношения, а в левом – 42, т.е. соотношения были обратны тем, которые наблюдались в ситуации психосенсорного покоя.

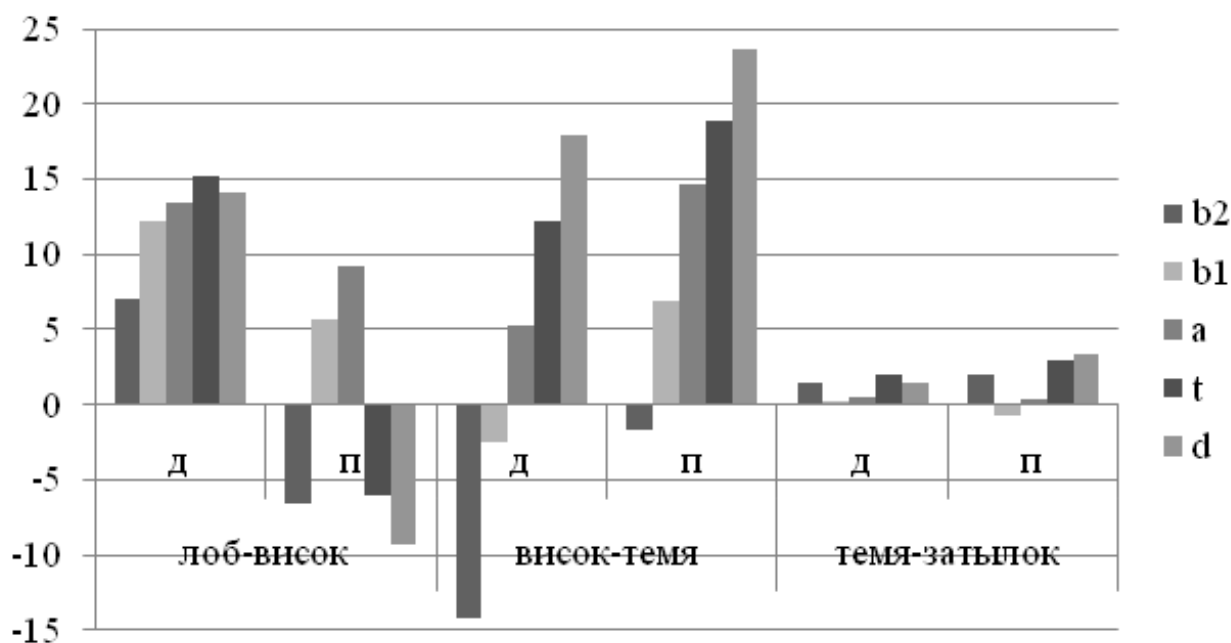
Левши. В условиях психосенсорного покоя всего по правым и левым полушариям определялось по 42 регрессионные связи-отношения. В условиях психосенсорного покоя и счета в уме в правом полушарии определялось 49 связей-отношений, а в левом – 40, т.е. в правом полушарии количество связей-отношений возросло, а в левом – уменьшилось.

Таким образом, согласно результатам сопоставительного анализа у правшей при счете в уме статистически значимо изменились 19 показателей амплитуды ЭЭГ, а у левшей – 33. Следует подчеркнуть, что во всех исследованных отведениях амплитуды ритмов ЭЭГ у правшей уменьшались, за исключением второго отведения («висок-темя») левого полушария: в этом отведении у правшей определялись увеличенными в процессе счета в уме амплитуды бета-2-, бета-1- и альфа-ритма ЭЭГ. У левшей увеличенными определялась частота бета-1-ритма в первом отведении правого полушария и амплитуда бета-2-ритма во втором отведении левого полушария.

Амплитуда отражает синхронизацию локальных электрических процессов в нервных элементах, участвующих в генерации корковой ритмики. Поэтому повышение амплитуды – увеличение синхронизации – расценивается как показатель снижения уровня функционального состояния мозга, а снижение амплитуды – как проявление десинхронизации и активации функционального состояния мозга [22].

Как известно, сенсорная, когнитивная, аффективная и двигательная активности могут приводить к вызванной синхронизации (ВС) и вызванной десинхронизации (ВД). Оба феномена характеризуются отчетливой временной связью с событием и высокой специфичностью по отношению к частотным полосам ЭЭГ. Пространственное картирование ВД/ВС используется для изучения топологии и временной динамики корковой активности [23, 24].

При счете в уме во всех отведениях, за исключением второго отведения («висок-темя») левого полушария, наблюдалась вызванная десинхронизация, а во втором отведении левого полушария – вызванная синхронизация. Так как указанные соотношения ВД/ВС отмечались как у правшей, так и у левшей, выявленную особенность можно рассматривать как характеризующую топологию и временную динамику корковой активности при счете в уме.



Примечания:
 ПП – психосенсорный покой;
 ПП + счет – счет в уме в условиях психосенсорного покоя;

b2 – коэффициент ФМПА бета-2 ритма;
 b1 – коэффициент ФМПА бета-1 ритма;
 a – коэффициент ФМПА альфа ритма;
 t – коэффициент ФМПА тета ритма;
 d – коэффициент ФМПА дельта ритма;

Рис. 2. Коэффициенты функциональной межполушарной асимметрии (ФМПА) в условиях психосенсорного покоя и психосенсорного покоя и счета в уме у левшей

Следует отметить, что количество статистически значимых отрицательных коэффициентов соотношений амплитуд ритмов при счете в уме у левшей определялось большим, чем у правшей. Это может свидетельствовать о более высокой лабильности электрогенеза у левшей по сравнению с правшами.

У правшей в правом полушарии определялось только увеличение частоты бета-1-ритма во втором отведении («висок – темя»), в то время как в левом полушарии увеличенными определялись частоты бета-1-, альфа- и дельта-ритмов в первом отведении («лоб – висок») и бета-1-ритма в третьем отведении («темя – затылок»).

У левшей в первом отведении правого полушария определялась увеличенной частота бета-1-ритма, в первом отведении левого полушария определялись увеличенными частоты бета-1-, альфа- и дельта-ритмов, а во втором отведении левого полушария определялась увеличенной частота бета-2-ритма.

Так как в правом полушарии и у правшей, и у левшей определялось увеличенными только по одному показателю частоты, а в левом полушарии у правшей и у левшей определялось по три увеличенных показателя частоты, то левое полушарие можно рассматривать как «фокус активации» [25, 26] при данном виде деятельности.

Р. Л. Дэвидсон [27] показал, что при демонстрации фильмов при положительных эмоциях в большей степени активируются левые, а при негативных – правые лобные области коры. Э. Дж. Томаркен, Э. Д. Кинер [28] считают, что в генерации положительных эмоций участвует преимущественно левая фронтальная область, а отрицательных – правая. В исследовании на больных с реактивной депрессией выявлен фокус устойчивой бета-активности в правой лобной области, что, по мнению авторов, указывает на гиперактивацию зоны, участвующей в регуляции отрицательных эмоций [29].

Поскольку счет в уме испытуемыми выполнялся удачно, нельзя исключить, что причиной активации левой лобной области являются также и положительные эмоции, переживаемые испытуемыми в связи с успешной деятельностью.

При выполнении счета в уме у правшей отрицательность показателей ФМПА в первом отведении («лоб – висок») сменилась положительностью, а у левшей, наоборот, положительность показателей ФМПА сменилась уменьшением этой положительности и инверсией величин показателей ФМПА.

Во втором отведении у правшей после счета в уме отрицательность ФМПА амплитуды

бета-2-ритма уменьшилась, а бета-1- инвертировалась и стала положительной. Положительность ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов увеличилась.

Во втором отведении у левшей после счета в уме отрицательность ФМПА амплитуды бета-2- и бета-1-ритмов уменьшилась, а положительность ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов увеличилась.

У правшей в третьем отведении после счета в уме отрицательность ФМПА амплитуды бета-2-ритма, бета-1- и дельта-ритма уменьшилась, а альфа-ритма – возросла, показатель ФМПА амплитуды тета-ритма выражался положительной величиной.

Во втором отведении у левшей после счета в уме положительность ФМПА амплитуды бета-2-ритма, тета- и дельта-ритма увеличилась, а альфа-ритма – уменьшилась, показатель ФМПА амплитуды бета-1-ритма инвертировал и стал отрицательным.

Таким образом, до выполнения счета в уме у правшей более активированным (десинхронизированным) определялось левое полушарие, а у левшей – правое. После выполнения счета в уме более активированным у правшей определялось правое полушарие, а у левшей – левое, особенно в первом и втором отведениях.

Выводы

На основании изложенного можно предположить, что процесс выполнения счета в уме сопровождается активацией у правшей правого полушария, а у левшей – левого.

У правшей кора левого полушария имеет более развитые связи со стволовыми структурами, тогда как правого – с диэнцефальными [19, 30]. Ранее нами было показано [20], что у препарата изолированного переднего мозга с поврежденной активирующей ретикулярной формацией преобладает активность правого полушария над левым.

Учитывая, что при счете в уме усиливается десинхронизация, выражающаяся в отрицательности коэффициентов соотношения амплитуд ритмов ЭЭГ, сопровождающаяся сменной активностью полушария как у правшей, так и у левшей, можно высказать предположение, что реализация психического акта «счет в уме» сопровождается активацией как стволовых структур, так и диэнцефальных при превалировании их активности над стволовыми.

У правшей в условиях психосенсорного покоя в левом полушарии определялось на две связи-отношения больше, чем в правом. В условиях психосенсорного покоя и счета в уме количество связей-отношений как в левом, так и в правом полушарии у правшей уменьшилось.

При исследовании количество регрессионных связей-отношений [20] в условиях десинхронизации ЭКоГ крысы выявлялось большее количество связей-отношений, чем в пределах ЭКоГ-сегментов синхронизации. Этот результат был получен как для интактного мозга, так и для препарата изолированного переднего мозга. Уменьшение регрессионных связей-отношений между

различными компонентами ЭЭГ и ЭКоГ отражает снижение тонуса коры [20]. Полученный результат подтверждает ранее высказанное предположение о том, что реализация психического акта «счет в уме» сопровождается активацией как стволовых структур, так и дизэнцефальных при превалировании их активности над стволовыми.

Литература

1. Bekhtereva N. P., Bundzen P. V., Gogolitsyn Yu. L. *Mozgovye kody psikhicheskoy deyatel'nosti* [Brain Codes of mental activity]. Leningrad, Science Publ., 1977, p. 165. (In Russ.)
2. Borbeli A. *Tayna sna* [Mystery of sleep]. Knowledge, 1989, p. 193. (In Russ.)
3. Zhirmunskaya E. A., Rybnikov A. I., Lozhnikova S. M. *Funktsional'noe znachenie nekotorykh fenomenov EEG cheloveka* [The functional significance of certain phenomena of human EEG]. *Fiziologiya cheloveka* [Physiology of Humans], 1982, vol. 8, no. 5, pp. 746-756. (In Russ.)
4. Livanov M. N. *Prostranstvennaya organizatsiya protsessov golovnogogo mozga* [The spatial organization of the processes of the brain]. Moscow, Nauka Publ., 1972. (In Russ.)
5. Uolter G. *Zhivoy mozg* [Living brain]. Moscow, World Publ., 1966, 300 p. (In Russ.)
6. Khomskaya E. D. *Sistemnye izmeneniya bioelektricheskoy aktivnosti mozga kak neyropsikhologicheskaya osnova psikhicheskikh protsessov* [System changes in the bioelectric activity of the brain as the neuropsychological basis of mental processes]. *Estestvennonauchnye osnovy psikhologii* [under the general editorship A. A. Smirnova, A. R. Luriya, V. D. Nebylitsyna] [Applied and Pure basic psychology [under the general editorship A. A. Smirnov, A. R. Luriya, V. D. Nebylitsyn]]. Moscow, Pedagogy Publ., 1978, pp. 231-254. (In Russ.)
7. Khrizman T. P. *Razvitie funktsiy mozga rebenka* [The development of a child's brain functions]. 1978. (In Russ.)
8. Chorayan O. G. *Razmytye algoritmy myslitel'nykh protsessov* [Blurred algorithms thought processes]. Rostov-on-Don, 1979. (In Russ.)
9. Bagrova N. D., Korobov R. N., Gromov Yu. N. *Informativnost' EEG dannykh v prognozirovanii rabotosposobnosti operatorov* [Informative EEG data in predicting the performance of operators]. *Fiziologiya cheloveka* [Physiology of Humans], 1984, vol. 10, no. 1, pp. 41-46. (In Russ.)
10. Kiroy V. N. *Prostranstvenno-vremennaya organizatsiya bioelektricheskoy aktivnosti mozga cheloveka v dinamike intellektual'noy deyatel'nosti* [Existential organization of the human brain bioelectric activity in the dynamics of intellectual activity]. *Fiziologiya cheloveka* [Physiology of Humans], 1990, vol. 16, no. 5. (In Russ.)
11. Kiroy V. N. *Prostranstvenno-vremennaya organizatsiya elektricheskoy aktivnosti mozga cheloveka v sostoyanii spokojnogo bodrstvovaniya i pri reshenii myslitel'nykh zadach* [Existential organization of bioelectric activity of the human brain in a state of quiet wakefulness and in solving mental problems]. *Zhurnal vysshey nervnoy deyatel'nosti* [Journal of Higher Nervous Activity], 1987, vol. 37, no. 6. (In Russ.)
12. E. D. *Mozgiaktivatsiya* [Brain and Activation]. Moscow, Moscow State University Press, 1972. (In Russ.)
13. Dolce G., Waldeier H. *Spectral and multivariate analysis of EEG changes during mental activity in man*. *Electroencephalography Clinical Neurophysiology*, 1974, no. 36, pp. 577-584.
14. Fernández T., Harmony T., Rodríguez M., Reyes A., Marosi E., Bernal J. *Test-retest reliability of EEG spectral parameters during cognitive tasks: I. Absolute and relative power*. *Int. J. Neurosci.*, 1993, Feb., no. 68(3-4), pp. 255-261.
15. Vogel W., Broverman D. M., Klaiber E. L. *EEG and mental abilities*. *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, 1968, Feb., no. 24(2), pp. 166-175.
16. Borbeli A. *Tayna sna* [Mystery of sleep]. Knowledge, 1989, p. 193. (In Russ.)
17. Giannitrapani D. *Scanning mechanisms and the EEG*. *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, 1971, Feb., no. 30(2), pp. 139-146.
18. Papanicolaou A. C., Loring D. W., Deutsch G., Eisenberg H. M. *Int. J. Neurosci.*, 1986, Aug., no. 30(1-2), pp. 81-85.
19. Bragina N. N., Dobrokhotova T. A., *Funktsional'nye simmetrii cheloveka* [Function asymmetry person]. Moscow, Medicine, 1988. (In Russ.)
20. Lobasyuk B. A. *Rol' retikulyarnoy formatsii stvola mozga i mekhanizmkh korkovogo elektrogenesa* [The role of the reticular formation of the brain mechanisms of cortical electrogenesis]. *Neirofiziologiya* [Neurophysiology], 2005, vol. 37, no. 1, pp. 36-47. (In Russ.)
21. Rusalova M. N. *Funktsional'naya asimmetriya mozga i amplituda al'fa-ritma* [Functional brain asymmetry and the amplitude of alpha rhythm]. *Zhurnal Vysshey nervnoy deyatel'nosti* [Journal of Higher Nervous Activity], 1998, vol. 48, no. 3, pp. 391-395. (In Russ.)
22. Zhirmunskaya E. A., Rybnikov A. I., Lozhnikova S. M. *Funktsional'noe znachenie nekotorykh fenomenov EEG cheloveka* [The functional significance of certain phenomena of human EEG]. *Fiziologiya cheloveka* [Physiology of Humans], 1982, vol. 8, no. 5, pp. 746-756. (In Russ.)
23. Aftanas L. I., Savotina L. N., Reva N. V., Makhnev V. P. *Neyrofiziologicheskie mekhanizmy motivatsionnogo vnimaniya u cheloveka* [Neurophysiological mechanisms of attention in human motivation]. *Byulleten' SO RAMN* [Bulletin SB RAMS], 2004, no. 2(112). (In Russ.)
24. Pfuertscheller G., Lopes da Silva F. H. *Event-related EEG/EMG synchronization and desynchronization. Basic principles*. *Clin. Neurophysiol.*, 1999, vol. 110.
25. Kostandov E. A. *Funktsional'naya asimmetriya mozga i neosoznavaemoe vospriyatie* [Functional brain asymmetry and unconscious perception]. Moscow, Science Publ., 1983, 171 p. (In Russ.)
26. Pavlova L. P., Romanenko A. F., *Sistemnyy podkhod k psikhofiziologicheskomu issledovaniyu mozga cheloveka* [A systematic approach to psychophysiological studies of the human brain]. Leningrad, Science, 1988 (In Russ.)
27. Davidson R. J., Abercrombie H., Nitschke J. B., Putnam K. *Regional brain function, emotion and disorders of emotion*. *Curr. Opin. Neurobiol.*, 1999, vol. 9, pp. 228-234.
28. Tomarken A. J., Keener A. D. *Frontal brain asymmetry and depression: A regulatory perspective*. *Cognit. Emot.*, 1998, vol. 12, pp. 387-420.

29. Strelets V. B., Danilova N. N., Kornilova I. V. Ritmy EEG i psikhologicheskie pokazateli emotsiy pri reaktivnoy depressii [Rhythms of EEG and psychological indicators of emotion when reactive depression]. Zhurnal vysshey nervnoy deyatelnosti [Journal of Higher Nervous Activity], 1997, vol. 47, no. 1, pp. 11-21. (In Russ)

30. Boldyreva G. N., Sharova E. V., Dobronravova I. S. Rol' regulatorynykh struktur mozga v formirovanii EEG cheloveka [The role of the regulatory structures of the brain in the formation of human EEG]. Fiziologiya cheloveka [Physiology of Humans], 2000, vol. 26, no. 5, pp. 19-34. (In Russ)

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ЕЛЕКТРОГЕНЕЗА ПРИ РАХУНКУ В РОЗУМІ

Б. А. Лобасюк¹, М. І. Боделан¹, В. В. Мартинюк¹, К. В. Аймаєдов²

¹Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

²Одеський національний медичний університет

Анотація. Мета дослідження полягає у виявленні змін показників ритмів і міжпівкульної асиметрії EEG за рахунку в розумі. Запис EEG здійснювали в стані «очі закриті» і лічбі про себе – віднімання величини 7 з 200. Відносини між амплітудами ритмів EEG досліджували з використанням розрахунків множинної лінійної регресії і кореляції. За умови рахунку в розумі у правшів і лівшів у всіх відведеннях, за винятком відведенні «скроня-тім'я» лівої півкулі, спостерігалася викликана десинхронізація, а в відведення «скроня-тім'я» лівої півкулі – викликана синхронізація, що можна розглядати як особливість часової динаміки EEG. Виконання рахунку в розумі супроводжується активацією у правшів правої півкулі, а у лівшів – лівої. Аналіз регресійних зв'язків між амплітудами ритмів EEG дозволив припустити, що реалізація психічного акту «рахунок у розумі» супроводжується активацією як стовбурових структур, так і діенцефальних.

Ключові слова: EEG, рахунок в умі, стовбурові структури, діенцефальні структури.

SYSTEM ANALYSIS ELECTROGENESIS WHEN THE SCORE WAS IN THE MIND

B. A. Lobasyuk¹, M. I. Bodelan¹, V. V. Martynyuk¹, K. V. Aymedov²

¹I. I. Mechnikov Odessa National University

²Odessa National Medical University

Summary. The purpose of the study was to identify of rhythms changes and indicators of asymmetry of EEG when an entity accounted in mind. EEG was carried out in the state when an entity with eyes closed mentally calculated subtracted of magnitude 7 out of 200. The relationship between the amplitude of EEG rhythms was investigated by using calculations of multiple linear regression and correlations. With the accounted in the mind the right-hander person and left-hander person, in all leads except abduction temple-a cinciput of the left hemisphere, there was caused by de-synchronization, and diversion of the temple-a cinciput of the left hemisphere - caused by synchronization that can be seen as a feature of the temporal dynamics of EEG. Execution account in the mind is accompanied by activation of the right hemisphere in right-handers person and of the left hemisphere in left-handers person. Regression analysis of relations between the amplitudes of EEG rhythms has allowed to assume that the implementation of the psychic act of «mental calculations» is accompanied by the activation of stem and diencephalic structures.

Key words: EEG, mental calculations, stem and diencephalic structures.

УДК 616.895.4-036-071-085



В. И. Пономарёв



Ю. В. Северин

ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

В. И. Пономарёв, Ю. В. Северин

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Проблема развития посттравматических стрессовых расстройств на сегодняшний день становится все более актуальной. В статье рассмотрены патогенетические механизмы, клинические проявления, методы диагностики и лечебная тактика при возникновении стрессовых расстройств, которые являются актуальными не только для врачей-психологов и психиатров, но и для терапевтов, семейных врачей и неврологов, к которым пациенты обращаются в первую очередь.

Ключевые слова: стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, патогенетические механизмы, клинические проявления, методы диагностики, лечебные мероприятия.

Введение

В последнее время стресс в Украине приобретает характер пандемии. Нестабильная политическая обстановка в стране, военные действия в восточных ее регионах уже длительное время заставляют общество пребывать в психоэмоциональном напряжении, что приводит к различным нервно-психическим нарушениям. Возникшие расстройства лишают человека возможности адаптироваться к неблагоприятным обстоятельствам, вследствие чего нарушается его социальное функционирование.

Повышенная нуждаемость в психологической помощи на сегодняшний день предъявляет высокие требования к качеству подготовки врачей, которые сталкиваются с данной категорией пациентов.

Цель исследования

Рассмотрение патогенетических механизмов, клинической картины, методов диагностики и лечебной тактики при возникновении стрессовых расстройств, которые являются актуальными не только для врачей-психологов и психиатров, но и для терапевтов, семейных врачей и неврологов, к которым пациенты обращаются в первую очередь.

Первые клинические наблюдения психотравмирующих воздействий на организм человека были изучены военными психиатрами в годы гражданской войны в Америке. Врачом Я.М.да Костой впервые было описано расстройство, включавшее в себя синдромы испуга, сверхбдительности и аритмии сердца, которое он обозначил как «солдатское сердце». Позже это расстройство получило название «синдром да Коста» или «синдром раздраженного сердца», что является синонимом современного термина «нейроциркуляторная дистония». По сути, врач Я.М.да Коста описал последствия боевого дистресса – то, что сегодня входит в понятия «острая реакция на стресс» (ОРС); «острое стрессовое расстройство» (ОСР) и «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) [1].

Во время первой мировой войны стали применять термин *shellshock* («контузия» или «снарядный шок») [2]. Термин *traumatic neurosis* («травматический невроз») подчеркивал большое значение в генезе выявленных расстройств физической травмы. В противовес этому предлагали термин *war neurosis* («военный невроз»), подчеркивая значение в формировании заболевания факта пребывания на войне [3]. Богатый материал был получен во время Второй мировой войны – как в ходе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших пытки и заключение в

концлагере, а также выживших после атомной бомбардировки японских городов. В послевоенные годы материалом наблюдений становились все более частые катастрофы и стрессовые события мирного времени.

Изучением психоэмоциональных состояний и психологических последствий, развивающихся у человека под воздействием различных чрезвычайных ситуаций, занимались многие психологи и психиатры, такие как У.Джеймс, П.Жане, З.Фрейд, В.Франкл, А.Г.Караяни. Е.О.Лазебная, М.Е.Зеленова, Я.В.Подольяк, Н.В.Тарабрина, Б.Бадмаев, А.Столяренко, В.Е.Галенко, Э.М.Залкинд, М.В.Соловьева и многие другие. Были сформированы представления не только об ОРС, но и о ПТСР, социально-стрессовом расстройстве, транзиторных ситуативных расстройствах и нарушениях адаптации.

Само понятие «стресс» было описано и сформулировано канадским физиологом Г.Селье в 1936 г. как состояние психофизиологического напряжения, возникающее у человека под влиянием любых сильных воздействий и сопровождающееся мобилизацией защитных систем организма и психики [4]. Г.Селье обнаружил, что различные средовые стрессоры имеют тенденцию вызывать стереотипные ответы организма. Хотя специфические особенности таких ответов могут варьировать в зависимости от природы стимула и самого организма, можно выделить некую генерализованную реакцию, накладывающуюся на любые специфические физиологические проявления.

Г.Селье обнаружил, что случайные или преходящие стрессоры оказывают незначительное или непродолжительное воздействие на организм, тогда как подвергание организма чрезмерному стрессу приводит через некоторое время к состоянию физиологического истощения. Он считал, что для организма стресс может играть как положительную, мобилизующую, роль, так и вызвать дистресс и повлечь соматическое заболевание, деформации психики и даже гибель при воздействии раздражителей повышенной интенсивности или при их возникновении в чрезмерном количестве [4]. Таким образом, он разделял стресс на нормальный (эустресс), служащий целям сохранения и поддержания жизни, и патологический (дистресс), проявляющийся в болезненных симптомах.

В вопросах патогенеза постстрессовых нарушений принято выделять психологические, биологические и комплексные модели [5]. В основе психологических моделей патогенеза лежит разработанная Г.Селье теория стресса. Центральным положением его кон-

цепции является гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизация ресурсов для реакции на стрессор. Этот синдром в своем развитии проходит три стадии:

1. Реакция тревоги, в ходе которой защитные силы организма активизируются. Будучи подвергнут стрессу, организм меняет свои характеристики. Но если его сопротивление недостаточно и стрессор сильный, может наступить смерть.

2. Реакция сопротивления, на которой биологическая адаптация достигает максимума с точки зрения задействованных ресурсов организма. Если действие стрессора совместимо с возможностями адаптации, организм сопротивляется ему. Признаки реакции тревоги практически исчезают, уровень сопротивления поднимается значительно выше обычного.

3. Истощение, когда ресурсы организма исчерпаны. После длительного действия стрессора, к которому организм приспособился, запасы адаптационной энергии постепенно истощаются, вновь появляются признаки реакции тревоги. Это состояние приводит к возникновению расстройств в функционировании кишечника, сосудов головного мозга и дыхательной системы, но теперь они необратимы, и индивид погибает.

Среди психологических моделей наибольший интерес представляют взгляды М.Хоровица, который, опираясь на идеи З.Фрейда и, определяя фактор внешнего воздействия как «травматическое стрессовое событие», несущее абсолютно новую информацию, которую индивид должен интегрировать в предыдущий жизненный опыт, предложил следующую концептуальную модель с соответствующими клиническими проявлениями: «травматический стресс – отрицание – повторное переживание – усвоение». В русле этого направления патогенетические механизмы ПТСР рассматривались как результат взаимодействия психологических механизмов «вытеснения» и «повторного переживания» [6, 7].

В основе биологических моделей патогенеза лежит нарушение функций эндокринной системы (Р.Девидсон, 1987). Запредельное стрессовое воздействие приводит к выраженным нарушениям функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [8, 9]. Одно из наиболее часто выявляемых при ПТСР изменений – нарушение регуляции секреции кортизола. Роль гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГНО) в остром стрессе исследовалась многие годы. Накоплено большое количество информации о влиянии острого и хронического стресса на функционирование этой

системы. Показано, что, несмотря на то, что при остром стрессе происходит увеличение уровня кортикотропин-рилизинг фактора (КРФ), аденокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизола, со временем отмечается снижение высвобождения кортизола при повышении уровня КРФ.

Согласно современным данным, под воздействием стресса при воспоминании о перенесенной травмирующей ситуации возрастает активность нейромедиаторов и увеличивается высвобождение катехоламинов. Одновременно это приводит к снижению в мозге уровня дофамина, серотонина, ацетилхолина, возникновению болеутоляющего эффекта, опосредованного эндогенными опиоидами [10; 11].

Развитие ПТСР некоторые авторы объясняют генетической предрасположенностью [12, 13]. Однако остается неясным, какая уязвимость унаследована и как она может взаимодействовать с испытанной травмой. При хроническом стрессе отмечается также повышение гормонов щитовидной железы, причем независимо от наличия коморбидной патологии (например, алкоголизма), количества травмирующих событий и клинических признаков [14].

В последнее десятилетие увеличился научный интерес, направленный на изучение нейроанатомических особенностей при этой патологии. Соматосенсорные воспоминания о психотравмирующем событии включают визуальные и физические представления, которые перерабатываются в подкорковых мозговых структурах [15]. Проведенные исследования позволили сделать вывод о наличии дисфункции неспецифических структур мозга и, прежде всего, лимбико-ретикулярного комплекса у лиц, принимавших участие в боевых действиях, независимо от наличия или отсутствия легкого травматического повреждения головного мозга.

Нейробиологическая система для адаптивной и неадекватной реакции вовлекает в процесс миндалину, гиппокамп и среднюю предлобную кору и может приводить к структурным нарушениям мозга [10]. Полагают, что подобные изменения объясняются нарушением регуляции ГГНО на уровне гипоталамуса или гиппокампа. Например, Р.Саполски утверждает, что травматический стресс через влияние на секрецию кортизола со временем вызывает патологию гиппокампа, и морфометрия с помощью МРТ показывает уменьшение объема гиппокампа [16].

Наиболее перспективным представляется комплексный подход, учитывающий психологический и биологический аспекты пато-

гене́за. В частности, «нейропсихологическая гипотеза» Л.К. Колба (1987), обобщающая психофизиологические и биохимические исследования, указывает на то, что следствием чрезвычайного стимулирующего воздействия являются изменения в нейронах с блокадой синаптической передачи вплоть до их возможной гибели [11]. Наиболее тропными к экстремальному воздействию оказываются зоны мозга, связанные с контролем над агрессивностью и циклами сна.

Ряд других существующих концепций ПТСР («двухфакторная теория», «теория поведенческой, оперантной обусловленности», «теория патологических ассоциативных эмоциональных сетей») служат подтверждением того обстоятельства, что к настоящему времени единой патогенетической концепции, полностью объясняющей природу ПТСР, не разработано.

Итак, в случае недостатка у человека стратегий совладания со стрессовой ситуацией возникает напряженное состояние, которое совместно с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. Эта ответная реакция представляет собой попытку справиться с источником стресса. Преодоление стресса включает психологические (сюда входят когнитивная и поведенческая стратегии) и физиологические механизмы. Если попытки справиться с ситуацией оказываются неэффективными, стресс продолжается и может привести к появлению патологических реакций и органических повреждений.

Острая реакция на стресс (ОРС) развивается в пределах четырех недель после травмирующего события, длится от нескольких дней до месяца и проявляется смешанной и меняющейся клинической картиной: от состояния «оглушенности» с некоторым сужением уровня сознания и снижением внимания, неспособности адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку – до депрессии, тревоги, гнева, отчаяния, гиперактивности и отгороженности [17].

Клиника ОРС может сопровождаться следующими симптомами [18]: усиленное и учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, сухость во рту.

- Симптомы, относящиеся к груди и животу: затрудненное дыхание, чувство удушья, боль и дискомфорт в груди, тошнота или абдоминальный дистресс.

- Симптомы, относящиеся к психическому состоянию: чувство головокружения, неустойчивости или обморочности, чувство, что предметы «нереальны» (дереализация) или что собственное «Я» отделилось и «по-на-

стоящему находится не здесь», страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти, страх умереть.

- Общие симптомы: приливы или ознобы, онемение или ощущение покалывания.

- Симптомы напряжения: мышечное напряжение или боль, беспокойство и неспособность к релаксации, чувство нервозности («быть на взводе») или психического напряжения, ощущение «комка в горле» или затруднение при глотании.

- Другие неспецифические симптомы: усиленное реагирование на испуг, затруднение в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства, постоянная раздражительность, затруднение при засыпании из-за беспокойства.

Вторая группа симптомов: уход от предстоящих социальных взаимодействий, сужение внимания, проявления дезориентации, гнев или словесная агрессия, отчаяние или безнадежность, неадекватная или бесцельная гиперактивность, неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

Затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера становится причиной появления в будущем ПТСР [19; 20].

ПТСР – специфическая, отсроченная во времени форма нарушения психики, вызванная однократным или повторяющимся воздействием стресс-факторов, выходящих за пределы жизненного опыта личности, субъективно воспринимаемых как необычные и вызывающие сильные эмоциональные реакции.

Основные признаки ПТСР [21]:

- психогенная амнезия – неспособность вспомнить о важных аспектах травмы;

- нарушения сна (затруднение засыпания);

- раздражительность или вспышки гнева;

- затруднение концентрации внимания;

- навязчивые воспоминания;

- повторные переживания горя при воздействии ситуаций, ассоциирующихся со стрессором;

- стремление избегать ситуаций, напоминающих стрессор;

- повышенный уровень настороженности, сверхбдительность, постоянное ожидание угрозы;

- гипертрофированная реакция испуга;

- чувство отсутствия перспективы в будущем;

- чувство отстраненности или отдаленности от других людей.

С вышеперечисленными симптомами и

признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная идеация, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков [22].

У лиц с ПТСР часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной, головной, артритоподобной болей, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита. В работе М.Хоровица с соавт. (1994) было показано, что у 75 % пациентов с ПТСР имеют место головные боли и чувство слабости в различных частях тела, у 56 % отмечаются тошнота, боли в области сердца, в спине, головокружение, чувство тяжести в конечностях, онемение в различных частях тела, «ком в горле», и, наконец, 40 % обследованных беспокоило затруднение дыхания [7].

В случае, когда психотравмирующее воздействие является длительным или повторяющимся, а клиническая картина характеризуется незначительной выраженностью реактивных нарушений и не дает оснований рассматривать их как ПТСР, говорят о расстройстве адаптации.

Так же как ПТСР, расстройства адаптации возникают после латентного периода, длительность которого составляет от одного до шести месяцев. В клинической картине могут преобладать эмоциональные или поведенческие нарушения.

Расстройства адаптации в зависимости от преобладающих в клинической картине симптомов подразделяются следующим образом [6]:

- кратковременная депрессивная реакция – преходящее состояние легкой депрессии, длящееся не более одного месяца;
- смешанная тревожная и депрессивная реакция – состояние, включающее как тревожную, так и депрессивную симптоматику;
- пролонгированная депрессивная реакция, включая затяжное депрессивное расстройство (как реакцию на хроническую стрессовую ситуацию), длящееся не больше двух лет;
- расстройство с преобладанием нарушений других эмоций – в клинической картине представлены тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев;
- расстройство с преобладанием нарушений поведения – затрагивает преимущественно социальное поведение, проявляется, например, агрессивным или асоциальным поведением; это расстройство характерно для реакции горя в подростковом возрасте.

По сравнению с другими посттравматическими нарушениями в возникновении расстройств адаптации наиболее важную роль играет субъективная предрасположенность или уязвимость, однако без воздействия внешней причины это расстройство не возникает.

К расстройствам адаптации относится и реактивная депрессия. В отличие от эндогенной депрессии, она возникает как реакция на перенесенную травму, содержание которой находит отражение в клинической картине. Депрессивное расстройство проявляется пониженным настроением, тоской, замедлением протекания психических процессов и двигательной заторможенностью [25].

Методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами, ОСР и ПТСР представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами [18].

На сегодняшний день для диагностики ПТСР в мировой психологической практике разработан и используется комплекс клинико-психологических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) [26] и клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale) [27].

К другим наиболее часто используемым методикам диагностики ПТСР относятся следующие: «Шкала оценки тяжести боевого опыта» (Combat Exposure Scale-CES) позволяет выявить субъективную оценку тяжести индивидуального боевого опыта; «Опросник выраженности общей психопатологической симптоматики Л.Дерогатиса» (SCL-90-R-Symptom Check List-90-Revised); «Шкала оценки тяжести воздействия травматического события» (IOES – R Impact of Event Scale); «Шкала диссоциации» (DES); «Миссисипская шкала для оценки посттравматических личностных нарушений» (гражданский и военный варианты); «Опросник для оценки личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина»; «Шкала воздействия событий М.Горовица»; «Шкала ПТСР Т.Кина»; «Опросник травматического стресса (ОТС) И.Котенева»; «Методика ИПД – индекс психологического дистресса»; «ОПД – опросник для оценки выраженности перитравматической диссоциации».

СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психоти-

ческих, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору по мере надобности перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования [17].

Шкала CAPS применяется, как правило, дополнительно к СКИД и используется для диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты их проявления. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом [29].

Лечебные мероприятия пациентам должны проводиться в кратчайшие сроки после воздействия психотравмирующего фактора и иметь комплексный (фармакотерапия и психотерапия) и индивидуальный подход.

Психотерапевтическому лечению отводится главенствующая роль в коррекции возникших нарушений. Выбор методики определяется особенностями клинической картины, ведущими в данный момент психопатологическими симптомами. Основная задача – помочь пациенту в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам ПТСР: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим.

Групповая психотерапия – наиболее часто используемый вид терапии для пациентов, переживших травматический опыт. Она охватывает множество направлений, в соответствии с которыми формируются группы: когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и т.д. [5; 13].

Когнитивно-бихевиоральная (поведенческая) психотерапия направлена на работу с травматическими образами-воспоминаниями в целях постепенного ослабления симптоматики. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности флэшбэков и сверхвозбуждения. Существует несколько вариантов применения поведенческой терапии

для лечения ПТСР. Наиболее известными на сегодня являются техники «вскрывающих интервенций» (Exposure-Based Interventions, ЕВГ) и десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), которые призваны помочь пациентам справляться с ситуациями, вызывающими страх; а также тренинг преодоления тревоги (Anxiety Management Training, АМТ), в ходе которого учатся контролировать чувство тревоги с помощью специальных навыков [29].

Психодинамическая психотерапия ПТСР позволяет сблизить когнитивно-информационный и психодинамический взгляды на травму. Данный подход предполагает, что информационная перегрузка повергает человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. Как только переработка этой информации будет завершена, представления о травматическом событии стираются из активной памяти [11].

Гештальт-терапия – метод психотерапии, способствующий распространению сознания человека, и достижению на основе этого большей внутриличностной целостности, наполненности и осмысленности жизни, улучшению контакта с окружающими людьми и внешним миром. Цель гештальт-терапии – установление связи между всеми аспектами личности: физической, эмоциональной, рациональной, социальной и духовной сферой. Гештальт-терапевт фокусирует внимание пациента на осознании процессов, протекающих в «здесь и теперь», в каждый момент настоящего времени. Посредством этого гештальт-терапия развивает осознанность, ответственность и восстанавливает способность к переживанию своих реальных эмоций и чувств [5; 11].

Нейролингвистическое программирование – направление в психотерапии и практической психологии, основанное на технике моделирования (копирования) вербального и невербального поведения людей, добившихся успеха в какой-либо области, и о наборе связей между формами речи, движением глаз, тела и памятью. Основываясь на языковых шаблонах и сигналах тела, собранных экспертными методами во время наблюдений нескольких психотерапевтов, практикующие нейролингвистическое программирование считают, что нашу субъективную реальность определяют убеждения, восприятие и поведение, и, следовательно, возможно проводить изменения поведения, трансформировать убеждения и лечить травмы [17; 18].

Лекарственная терапия при ПТСР всегда

должна сочетаться с психотерапией. К назначению лекарственных средств прибегают в случаях острого ПТСР при выраженном возбуждении или потрясении больного и при лечении хронического ПТСР [23].

Важнейшими целями фармакотерапии являются:

- редукция клинической симптоматики, в том числе тревожно-фобических и депрессивных расстройств, навязчивых воспоминаний, симптомов нейровегетативной дисфункции и нарушений сна;
- снижение эмоциональных последствий и разрушительного влияния травмы на пациента, поддержка его морального духа, купирование чувства вины.

Применяются различные группы препаратов: трициклические антидепрессанты, ингибиторы MAO, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), бензодиазепины, седативные нейролептики, препараты, влияющие на адренергическую иннервацию, нормотимики.

Терапия пациента проводится с учетом имеющейся психопатологической симптоматики. Так, при выраженной тревоге с ажитацией применяют транквилизаторы или небольшие дозы седативных нейролептиков.

Однако наиболее широко для лечения ПТСР используются антидепрессанты. Теоретической предпосылкой их использования является не столько доминирование депрессии, сколько проявления обсессивно-компульсивной симптоматики, навязчивые представления и тревожно-фобические переживания. Наряду с широким кругом симптомов, подвергающихся редукции при приеме антидепрессантов, к их несомненным преимуществам следует отнести минимальную возможность злоупотребления этими препаратами и формирования зависимости, что имеет большое значение при лечении ПТСР.

При назначении трициклических антидепрессантов верхняя граница дозы определяется либо улучшением состояния больного,

либо развитием нежелательных побочных эффектов. Лечение должно продолжаться 6–8 недель, прежде чем врач сможет судить о результатах проводимой терапии. В последние годы широко используются серотонинергические антидепрессанты, которые наряду с непосредственным антидепрессивным, противотревожным и вегетостабилизирующим действием эффективны при обсессивно-компульсивных и эксплозивных (вспышках агрессивности) расстройствах, уменьшают влечение к алкоголю. Назначение препаратов из группы СИОЗС имеет некоторые особенности в связи с тем, что в начале терапии серотонинергическая стимуляция может привести к временному усилению тревоги и симптомов вегетативной дисфункции. Поэтому их прием лучше начинать с небольших доз с постепенным их наращиванием до терапевтически эффективных, а в первые 2–3 недели лечения целесообразно сочетать прием СИОЗС с небольшими дозами транквилизаторов.

Исходя из роли повышенной адренергической активности в усилении симптомов ПТСР, в лечении используются β -блокаторы или α 2-адреномиметики.

Транквилизаторы из группы бензодиазепинов назначают при наличии выраженной тревожной и нейровегетативной симптоматики, а также при выраженных расстройствах сна.

Выводы

Таким образом, проведение своевременных психореабилитационных мероприятий с учетом типов социальной адаптации человека позволяет наиболее эффективно корректировать психические нарушения и восстанавливать стабильное психическое здоровье человека. Психиатрическая помощь должна быть частью общего комплекса мероприятий первой медицинской помощи пострадавшим при экстремальных ситуациях с целью предотвращения развития и хронизации тяжелых посттравматических стрессовых расстройств.

Литература

1. Richter H E., Beckmann D. Herzneurose. Stuttgart, G. Thieme, 1954.
2. Jones E. Fear N., Wessely S. «Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury: A Historical Review». Am. J. Psychiatry, 2007, vol.164, pp. 1641-1645.
3. Kabanov M. M. Meditsina i psikhologiya [Medicine and psychology]. Vesti. AMN SSSR, 1979, no. 5, pp. 45-51. (In Russ.)
4. Sel'e G. Stress bez distressa [Stress without distress]. Moscow, Progress Publ., 1982, 68 p. (In Russ.)
5. Brett E. A., Spitzer R. L., Williams B. W. DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 1988, vol. 145, pp. 1232-1236.
6. Litvintsev S. V., Shamray V. K., Lytkin V. M. Posttravmaticheskie stressovye rasstroystva: uchebnoe posobie [Posttraumatic stress disorders: the textbook]. St. Petersburg, VmedA Publ., 1997, 64 p. (In Russ.)
7. Horowitz M. J. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, Hosp. Community Psychiatry, 1986, vol. 37, no. 3, pp. 241-249.
8. Davidson J., Pearlstein T., Lonnberg P. et al. Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. Am. J. Psychiatry, 2001, vol. 158, no. 12, pp. 1974-1981.
9. Schnurr P. P., Spiro A., Vielhauer M. J. et al. Trauma in the lives of older men: Findings from the Normative

Aging Study. *J. Clin. Geropsychol*, 2002, vol. 8, no. 3, pp. 175-187.

10. Hembree E. A., Cahill S. P., Foa E. B. Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *J. Personal. Disord*, 2004, vol. 18, no. 1, pp. 117-127.

11. Kolb L. C. A Neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *Amer. J. Psychiatry*, 1987, vol. 144 (8), pp. 989-995.

12. Kekelidze Z. I., Chernikov A. M., Shchukin A. B. *Psikhiatriya chrezvychaynykh situatsiy* [Psychiatry of emergency situations]. *Starye i novye problemy pogranichnoy psikhiatrii: Sb. nauch. tr.*, Moscow, 1997, pp. 310-330. (In Russ.)

13. Harvey A. G., Bryant R. A. Two-Year Prospective Evaluation of the Relationship Between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Following Mild Traumatic Brain. *Am. J. Psychiatry*, 2000, vol. 157, pp. 626-628.

14. Koren D., Arnon I., Klein E. Long term course of chronic posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a three-year prospective follow-up study. *Behav. Res. Ther.*, 2001, vol. 39, no. 12, pp. 1449-1458.

15. Yehuda R., Halligan S. L., Bierer L. M. Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *J Psychiatr Res.*, 2001, Sep-Oct, vol. 35(5), pp. 261-270.

16. Sapolsky R. M., Krey L. C., McEwen B. S. Prolonged glucocorticoid exposure reduces hippocampal neuron number: implications for aging. *J Neurosci*, 1985, vol. 5, pp. 1222-7.

17. Malkina-Pykh I. G. *Ekstremal'nye situatsii* [Extreme situations]. Moscow, Eksmo Publ., 2006, 508 p. (In Russ.)

18. Tarabrina N. V., Agarkov V. A., Bykhovets Yu. V. i dr. *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Practical guide to psychology of posttraumatic stress]. Vol. 1. *Teoriya i metody*. Moscow, Kogito-tsentr Publ., 2007, 208 p. (In Russ.)

19. Karson R., Batcher J., Mineka S. *Anormal'naya psikhologiya* [The abnormal psychology]. 11th ed., St. Petersburg, Piter Publ., 2004, 1168 p. (In Russ.)

20. Romek V. G., Kontorovich V. A., Krukovich E. I. *Psikhologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyakh* [Psychological assistance in crisis situations]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2004, 256 p. (In Russ.)

21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington (DC), American Psychiatric Association, 4th ed., 1994, 866 p.

22. Rothschild B. *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York, W. W. Norton & Company, 2000, pp. 65.

23. Pushkarev A. L., Domoratskiy V. A., Gordeeva E. G. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo: diagnostika, psikhofarmakoterapiya, psikhoterapiya* [Posttraumatic stress disorder: diagnosis, psychopharmacotherapy, psychotherapy]. Moscow, Publ. house of the Institute of Psychotherapy, 2000, 128 p. (In Russ.)

24. *Psikhicheskie rasstroystva i rasstroystva povedeniya (F00-F99)*. (Klass V MKB-10, adaptirovanny dlya ispol'zovaniya v Rossiyskoy Federatsii) [Mental and behavioral disorders (F00-F99). (Class V of ICD-10, adapted for use in the Russian Federation)]. Moscow, Russian Ministry of Health, 1998, 512 p. (In Russ.)

25. Smulevich A. B. *Depressii v obshchey meditsine: Rukovodstvo dlya vrachey* [Depression in general medicine: A Guide for Physicians]. Moscow, Medical News Agency, 2001, 782 p. (In Russ.)

26. First M. B., Spitzer R. L., Gibbon M., Williams J. B. W. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D. C., American Psychiatric Press, Inc., 1996.

27. Weathers F., Williams W., Ruscio A. M., Keane T. M. Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 1999, vol. 11, pp. 124-133.

28. Allen A., Bloom S. L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1994, vol. 8, pp. 425-438.

29. Shapiro F. *Psikhoterapiya emotsional'nykh travm s pomoshch'yu dvizheniy glaz: Osnovnye printsipy, protokoly i protsedury* [Psychotherapy of emotional trauma with the help of eye movements: basic Principles, protocols and procedures]. Moscow, 1998, 492 p. (In Russ.)

НАСЛІДКИ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ВПЛИВІВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

V. I. Ponomaryov, Yu. V. Severin
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. Проблема розвитку посттравматичних стресових розладів на сьогоднішній день стає все більш актуальною. У статті розглянуто патогенетичні механізми, клінічні прояви, методи діагностики та лікувальна тактика при виникненні стресових розладів, які є актуальними не тільки для лікарів-психологів та психіатрів, але й для терапевтів, сімейних лікарів і неврологів, до яких пацієнти звертаються у першу чергу.

Ключові слова: стрес, посттравматичний стресовий розлад, патогенетичні механізми, клінічні прояви, методи діагностики, лікувальні заходи.

CONSEQUENCES OF TRAUMATIC IMPACTS ON HUMAN HEALTH

V. I. Ponomaryov, Yu. V. Severin
V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The problem of post-traumatic stress disorder today is becoming increasingly important. This article describes the pathogenic mechanisms, clinical manifestations, diagnosis and therapeutic measures in the event of stress disorders that are relevant not only for medical psychologists and psychiatrists, but also for therapists, family doctors and neurologists which patients contact first.

Key words: stress, posttraumatic stress disorder, pathogenic mechanisms, clinical manifestations, diagnostic methods, therapeutic measures.

УДК 616.891-071.7-058.64-054.73



В. І. Пономарьов



Г. О. Суворова-Григорівич

ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ КОРЕЛЯТИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО ОСІБ

В. І. Пономарьов, Г. О. Суворова-Григорівич
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. Нами були обстежені 110 осіб, переміщених із зони АТО, що страждають на невротичні розлади (основна група) і 40 осіб без невротичних розладів (група порівняння) за допомогою електроенцефалографії (ЕЕГ). Виявлені зміни на ЕЕГ відображають дисфункцію лімбіко-ретикулярної формації та корелюють з наявністю невротичних розладів. ЕЕГ дослідження може бути рекомендовано для поліпшення діагностики невротичних розладів у тимчасово переміщених із зони АТО осіб (ТПО) і контролю актуального стану на різних етапах лікувального процесу.

Ключові слова: тимчасово переміщені із зони АТО особи, невротичні розлади, ЕЕГ.

Вступ

Протягом останніх півтора років на тлі надзвичайних політичних подій, що відбуваються в Україні, радикально змінилися психотравмуючі фактори, що більшою чи меншою мірою впливають на все населення країни. Економічний спад, зменшення соціальної захищеності різних груп громадян на державному рівні, мобілізація як для комбатантів, так і для членів їх сімей – це на сьогодні «стандартні» психогенії для більшої частини населення країни [1, 2].

Але існує група населення, що стоїть особливо і вимагає як соціальної, так і спеціалізованої медичної допомоги з урахуванням особливого характеру психотравмуючих факторів. Майже мільйони тимчасово переміщених із зони АТО осіб, значна частина яких пережили військові дії, були змушені змінити місце проживання й роботи, що часто пов'язано зі зниженням рівня соціального функціонування, втрачанням соціального статусу [3–7].

Мета дослідження

Дослідження стану лімбіко-ретикулярної формації у тимчасово переміщених із зони АТО осіб (ТПО) з НР (невротичними розладами) для поліпшення діагностики невротичних розладів і контролю актуального стану на різних етапах лікувального процесу.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 110 ТПО з НР у віці від 18 до 62 років, які склали основну групу дослідження. Контрольна група складалася з 40 ТПО без НР, відповідних за гендерною та віковою ознаками, що проходили періодичний медичний огляд. Вивчення стану лімбіко-ретикулярної формації проводилося за допомогою електроенцефалографічного

дослідження з оцінкою змін як візуально, так і за допомогою автоматичної комп'ютерної обробки отриманих результатів. В основній групі досліджених обстеження проводилося при первинній діагностиці невротичних розладів.

Електроенцефалографія на сьогодні є одним з небагатьох інформативних методів в оцінці функціонального стану головного мозку в загальному комплексі обстеження хворих з ураженням центральної нервової системи. Останніми роками у зв'язку з подальшим розвитком електроенцефалографії як допоміжного методу дослідження при різних патологічних змінах велика увага приділяється використанню цього методу для діагностики різних функціональних розладів. Особливе значення використання електроенцефалографічної діагностики, враховуючи високу чутливість головного мозку до незначних патогенних чинників, набуває при аналізі патологічних розладів, що виникають на ранніх стадіях розвитку хворобливого процесу [7, 8].

Численні дослідження, проведені в цій галузі, свідчать, що при функціональних розладах на ранніх стадіях в першу чергу страждають лімбіко-ретикулярні структури мозку – тобто структури, які пов'язані з емоційно-вольовою діяльністю людини [9, 10].

Аналіз включав характеристику всіх ритмів, зареєстрованих на ЕЕГ, із оцінкою регулярності фонового ритму, рівномірності, частоти й амплітуди останніх, наявності зональних розбіжностей, синхронізації та латералізації ритму, наявності порушень реактивності, а також наявності чи відсутності патологічних коливань й пароксизмальної активності.

Результати дослідження та їх обговорення

Фонову активність було представлено переважно альфа-діапазоном (76,0%) в осіб з НР і 90,0% контрольної групи. У значній частині ТПО з НР у фоновому запису виявлено хвилі тета-діапазону (19,0%), що було значно вище, ніж у групі порівняння (7,0%). Однак у більшості ТПО з НР (71,6%) фоновий запис відрізнявся дезорганізованим характером, що є ознакою функціональних порушень біоелектричної активності головного мозку (у групі порівняння – 52,1%). Патологічний фоновий ритм поєднувався зі збільшенням вольтажу в 1,8 рази порівняно з нормальними показниками основної групи, загостренням хвиль і наявністю пароксизмальної активності. У 63,0% ТПО з НР відзначалася гіперсинхронізація фонового ритму (у групі порівняння – 52,0%).

Виключення органічного ураження головного мозку електроенцефалографічним методом ми проводили за показниками міжпівкульної асиметрії. У 78,0% ТПО з НР показники міжпівкульної асиметрії за всіма діапазонами не перевищували 10,0%, що є допустимою межею для констатації відсутності очагового ураження. Із метою виявлення прихованих форм патологічних електроенцефалографічних коливань у дослідження були введені функціональні навантаження [11, 12].

Під час проведення трихвилинної гіпервентиляційної проби рівень електричної активності у ТПО з НР в 73,0% випадків збільшувався на 6,0–16,0% рівня фону з явищами загострення основного ритму і гіперсинхронізації, а також відзначалася поява білатерально-синхронних спалахів тета- та дельта-хвиль, переважно виражених у тим'яно-потиличних відведеннях, що, на нашу думку, пов'язано з підвищенням активуючого впливу з боку ретикулярної формації. З іншого боку, ці зміни характеризують посилення активності в синхронізуючих структурах мозку [13, 14].

У ході проведення фотостимуляції виявлено підсилення засвоєння нав'язаних ритмів світлових коливань зі зрушенням у бік бета-хвиль переважно в лобових і скроневих областях [15].

Таким чином, у ТПО з НР за перевагою альфа-ритму розрізняють чотири типи ЕЕГ [16, 17], а саме:

– перший тип – ЕЕГ дезорганізована, з незначною перевагою альфа-ритму у потиличних областях, повільних хвиль у передніх проекціях, бета-хвилями в усіх проекціях; пароксизмальна активність при гіпервентиляції у формі поодиноких коротких розрядів загострених повільних хвиль, гострих альфа-подібних коливань (29,0%);

– другий тип ЕЕГ є дезорганізованим типом, що характеризується поліморфізмом, а саме – незначною перевагою повільних хвиль за всіма відведеннями, частіше тета-діапазону; альфа-ритм у вигляді фрагментів реєструється лише у потиличних областях; бета-коливання у помірній кількості є у фоновому запису, декілька зростають при гіпервентиляції; пароксизмальна активність реєструється при гіпервентиляції у вигляді поодиноких розрядів загострених повільних хвиль за всіма відведеннями, виражена незначною мірою, ближче до помірної; типові форми епіактивності з'являються при гіпервентиляції, виражені незначною мірою, представлені поодинокими гострохвильовими комплексами і гострими потенціалами (17,0%);

– третій тип ЕЕГ характеризується явною перевагою повільних хвиль (найчастіше тета-, рідше дельта-діапазону), редукцією альфа-ритму, значною кількістю швидких коливань, що нашаровуються на повільні хвилі; пароксизмальна активність виражена помірно, реєструється переважно при гіпервентиляції, подана у формі розрядів загострених повільних хвиль в усіх областях мозку; типові форми епіактивності з'являються при гіпервентиляції, представлені гострохвильовими комплексами (19,0%);

– четвертий тип ЕЕГ – це десинхронізований тип, що характеризується перевагою значної кількості бета-коливань, які нашаровуються на сплюснені повільні хвилі, редукцією альфа-ритму (21%).

Висновки

1. Виявлені зміни на ЕЕГ свідчать про переважно стовбурову локалізацію порушень біоелектричної активності головного мозку і характеризують нерівномірність і дисбаланс активуючих впливів у різних підсистемах діенцефальних структур головного мозку у ТПО з НР;

2. Електроенцефалографічні зміни корелюють з клінічними даними, отриманими в результаті дослідження зазначеної категорії пацієнтів і підтверджують вегетативний дисбаланс і емоційно-вольові порушення у ТПО з НР;

3. ЕЕГ зміни у хворих з невротичними розладами, дисонуючи з даними об'єктивного неврологічного обстеження, можуть мати велике діагностичне значення під час первинної діагностики невротичних розладів і використовуватися у процесі динамічного спостереження за ТПО з НР.

Література

1. Krasnov V. N. Ostrye stressovye rasstroystva kak problema psikhii katastrof: klinicheskie i organizatsionnye aspekty [Acute stress disorder as a problem of disasters psychiatry: clinical and organizational aspects]. *Sotsial'naya i klin. psikhiiatriya*, 2005, no. 2, pp. 5-10. (In Russ.)
2. 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.)
3. 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 meditsinskoj psikhologii*, 2004, no. 4 (14), pp. 130-133. (In Russ.)
4. 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]. *Ukraïns'kiy medichniy al'manakh*, 2004, no. 4, pp. 123-126. (In Russ.)
5. Asanov A. O. Osobennosti affektivnykh rasstroystv, vyyavlyaemye u vynuždennykh pereselentsev [Features of affective disorders were found in internally displaced persons]. *Sots. i klin., psikhiiatriya*, 2003, no. 4, pp. 24-27. (In Russ.)
6. Ivanova, M. V., Semke V. Ya. Sotsial'no-psikhologicheskie i ekologicheskie aspekty migratsii [Sociopsychological and environmental aspects of migration]. *Sibirskiy vestn. psikhiiatrii i narkol.*, 2006, no. 4(43), pp. 81-86. (In Russ.)
7. Bondar' A. T., Fedotchev A. I. Dinamicheskie protsessy v EEG cheloveka [Dynamic processes in EEG of the human]. *Zhurn. vyssh. nervn. deyat.*, 2000, vol. 50, issue 6, pp. 933-942. (In Russ.)
8. Goldberg E., Kosta L. Neyropsikhologiya segodnya [Neuropsychology today]. Moscow, Publ. MGU, 1995, pp. 8-14. (In Russ.)
9. Byulleten' SO RAMN [Bulletin SB RAMS], 1999, vol. 1, pp. 39-47. (In Russ.)
10. Kropotov Yu. D. Kolichestvennaya EEG, kognitivnye vyzvannye potentsialy mozga cheloveka i neyroterapiya [The quantitative EEG, cognitive evoked potentials of the human brain and neural]. Donetsk, Publ. Zaslavskiy A. Yu., 2010. (In Russ.)
11. Varshavskaya L. V. Bioelektricheskaya aktivnost' mozga cheloveka v dinamike nepreryvnoy, dlitel'noy i napryazhennoy umstvennoy deyatel'nosti. Avtoref. diss. kand. biol. nauk [Bioelectrical activity of the human brain in the dynamics of continuous, prolonged and intense mental activity. Kand. biol. sci. Autoabstract diss.]. Rostov-on-Don, 1996. (In Russ.)
12. Dobrokhotova T. A., Bragina N. N. Funktsional'naya assimetriya i psikhopatologiya ochagovykh porazheniy mozga [Functional asymmetry and psychopathology of focal brain lesions]. Moscow, Meditsina Publ., 1977, 359 p. (In Russ.)
13. Vartanyan G. A., Klement'ev B. I. Khimicheskaya simmetriya i asimmetriya mozga [Chemical symmetry and asymmetry of the brain]. Moskva, Meditsina Publ., 1991, 190 p. (In Russ.)
14. Bondar' A. T., Fedotchev A. I. Ob aktivatsii a-ritma EEG preryvistymi sensornymi vozdeystviyami menyayushcheyasya chastoty [About the activation of a-rhythm EEG broken sensory impacts of changing frequency]. *Fiziologiya cheloveka*, 1994, vol. 20, no. 1, p. 5. (In Russ.)
15. Boldyreva G. N. Otrazhenie raznykh urovney regulyatsii mozgovoy deyatel'nosti v spektral'nkogerentnykh parametrah EEG [Reflecting the different levels of regulation of brain activity in the EEG spectral coherence parameters]. *Zhurn. Vyssh. nervn. deyat.*, 1992, vol. 42, issue 3, pp. 439-449. (In Russ.)
16. Bondar' A. T., Fedotchev A. I. Eshche raz o tonkoj strukture a-ritma EEG cheloveka: dva spektral'nykh komponenta v sostoyanii pokoya [Once again about the fine structure and rhythm of human EEG, two spectral components at rest]. *Fiziologiya cheloveka*, 2001, vol. 27, no. 4, pp. 15-22. (In Russ.)
17. Andersen P., Andersson S.A. Physiological basis of the alpha rhythm. Appleton-Century-Crofts, N. Y., 1968.
18. Ciulla C., Takeda T., Endo H. MEG characterization of spontaneous alpha rhythm in the human brain. *Brain Topogr.*, 1999, vol. 79, no. 1, p. 49.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ АТО ЛИЦ

В. И. Пономарёв, А. А. Суворова-Григорович
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Нами были обследованы 110 лиц, страдающих невротическими расстройствами, перемещенных из зоны АТО (основная группа) и 40 человек без невротических расстройств (группа сравнения) с помощью ЭЭГ. Выявленные изменения на ЭЭГ отражают дисфункцию лимбико-ретикулярной формации и коррелируют с наличием невротических расстройств.

Ключевые слова: временно перемещенные из зоны АТО лица, невротические расстройства, ЭЭГ.

ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CORRELATES OF NEUROTIC DISORDERS AMONG PERSONS DISPLACED FROM THE AREA OF COUNTER-TERRORISM OPERATION

V. I. Ponomaryov, A. A. Suvorova-Grigorovich
V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. We have observed 110 persons displaced from the area of counter-terrorism operation suffering from neurotic disorders (basic group) and 40 people without neurotic disorders (control group) using the EEG. Detecting altered electrical rhythms were associated with dysfunction of limbic-reticular formation and correlate with the presence of neurotic disorders.

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

УДК 616.891-085.851

КОНВЕРСИОННЫЕ / ДИССОЦИАТИВНЫЕ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, НЕВРОТИЧЕСКИХ / ПСИХОПАТИЧЕСКИХ РАЗВИТИЙ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ



В. Ф. Простомолотов

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Аннотация. В статье описаны клинические варианты психастенического и истерического типов характера, проявляющиеся обсессивно-фобическими и конверсионными/диссоциативными расстройствами. В соответствии с конституциональной основой (циклоидной, шизоидной, эпилептоидной или их смешения), на основе которой, по мнению автора, развивается истерический и психастенический характер, клинические проявления могут заметно отличаться, что затрудняет диагностику, установление и поддержание психотерапевтического контакта, проведение адекватной психотерапии. Трудности на этом не заканчиваются. Принятые в теории, описанные в учебниках и монографиях т. н. классические типы и формы пограничных психических расстройств в клинической реальности оказываются редкими, значительно уступая смешанным. В данной работе акцент сделан именно на детальном описании новых подтипов и подвариантов при использовании старых классических моделей.

Ключевые слова: конверсионные, тревожно-фобические, характер, акцентуация, расстройство личности, смешение симптомов, особенности терапии.

Среди жалоб пациентов психотерапевта/клинического психолога одними из наиболее частых фигурируют симптомы круга истерических и психастенических расстройств*, при этом они же указывают, как правило, и на соответствующий тип личности. Подобное указание, имеющееся практически во всех учебниках и монографиях по психиатрии, усвоилось специалистами настолько глубоко, что, будучи, в принципе, верным, часто, как это ни выглядит парадоксально, затрудняет диагностику и терапию. И не только потому, что при серьезной неврологической и даже нейрохирургической патологии (например, при рассеянном склерозе, объемных образованиях и др.) ее фасадом на начальном этапе болезни могут выступать истерические и психастенические симптомы, маскируя таким образом основную болезнь на многие месяцы.

Круг обсуждаемых в статье клинических проявлений сплошь и рядом манифестирует при церебрально-органической и эндогенной психической патологии, протекаемой ларвированно. К тому же следует признать, что принятые в теории, описанные в учебниках т. н. классические типы и формы пограничных психических расстройств, в первую очередь – расстройства личности, в клинической реальности оказываются редкими,

значительно уступая смешанным. На последние – применительно к акцентуированным личностям, крайним вариантам т. н. нормы – настоятельно обращал внимание К. Леонгард в своей известной монографии [1]. Однако мы не можем отделаться от мысли, несмотря на многократное прочтение его труда, что большинство из описанных им акцентуированных личностей, особенно в клинических иллюстрациях, отвечают трем принципиальным признакам для отнесения их к психопатиям, указанным П.Б.Ганнушкиным [2] в 1930 г. и повторенным в МКБ-10 через 60 лет.

Сравнительное сопоставление истерических и психастенических проявлений, выступающих обычно изолированно друг от друга, позволяет эти два пласта невротических и психопатических симптомов исследовать более прицельно, что и является **целью данной статьи.**

Что касается смешения этих симптомов, то в наиболее частых, типичных случаях приходится наблюдать его в минимальных клинических и субклинических оттенках. При этом у истерических, демонстративных личностей часто обнаруживаются вкрапления таких психастенических симптомов, как повышенная тревожность, неуверенность, сомнения, навязчивые фобии, обычно ипохондрического содержания.

Думается, что в основе таких психастенических вкраплений лежит достаточно высокий уровень тревоги, обусловленный церебраль-

* — По МКБ-10, называемых конверсионными/диссоциативными и ананкастными/тревожными, уклоняющимися. Перечисление их многочисленных проявлений заняло бы более страницы.

ными (экзогенными, эндогенными) и психосоциальными (воспитание, среда, др.) факторами. Истерические вкрапления в структуре других типов характера также являются следствием подобных факторов, способствующих развитию эмоциональной лабильности, психической слабости, эгоцентризма.

Принято считать, что, если истерики – это люди, жаждущие признания, то психастеники, люди тревожные и нерешительные, – боящиеся признания и всего того, что как-то демонстрировало бы их намерения и стремления. Что касается признания, то известно, что значительная часть психастеников не лишена честолюбия и, следовательно, наравне со всеми людьми они обнаруживают стремление быть признанными. Другое дело, что их стремление к признанию в корне отличается от истерического: будучи обстоятельными и часто совестливыми людьми, они лелеют надежду и мечту о признании своих трудов и тяжело переживают, если этого не происходит; при этом соматические болезненные проявления – обычно вегетативные дисфункции – загоняются вовнутрь. Истерические же, демонстративные личности перманентно жаждут признания, используя для его достижения весь арсенал особенностей своей незрелой, поверхностной, непостоянной, лживой натуры. Не получив удовлетворение своим притязаниям, истерическая личность тут же разряжается демонстративной реакцией, которую можно отнести к какому-либо варианту «двигательной бури» или «мнимой смерти» Э.Кречмера [3]. Тонко подмеченный К.Ясперсом [4] стиль жизни истериков – «казаться, а не быть» – определяет их искусственность, фальшивость, лживость, ибо что значит «не быть, а казаться», как не жить, постоянно обманывая.

По нашим наблюдениям, демонстративное поведение у психастеников отнюдь не является редкостью. Следует, однако, признать, что оно выполняет защитную функцию в социуме, когда в одном случае демонстрируемая беспомощность смягчает у контрагента эмоциональный напор, вызывая жалость и таким образом отвращая грубость и силу; а в другом случае является выражением гиперкомпенсации, когда психастеник демонстрирует себя суперуверенным, чуть ли не нагловатым. Часто нетерпение психастеников может квалифицироваться как капризность и даже реакция по типу «двигательной бури», когда психастеник сильно раздражен; а занудная психастеническая ипохондрия может выглядеть как демонстративное поведение.

Весьма схожие тики лица неорганической природы могут наблюдаться в струк-

туре и психастении, и истерии, представляя в ряде случаев дифференциально-диагностические трудности. Свойственные психастеникам аккуратность и чистоплотность в одежде, конечно же, обращают на себя внимание, но никогда они не бывают демонстративно вычурными.

Смешение выраженных (махровых, гротескных, шаржированных) истерических и психастенических симптомов весьма патогномично при дефектных состояниях органического и особенно эндогенного генеза, и при этом указывает на расщепленность психических процессов.

При диагностике расстройств личности надо иметь ввиду прежде всего выраженность и стабильность обостренных черт характера, тотально пронизывающих личность со времени возникновения в детском возрасте. Истериками и психастениками – это надо всегда иметь в виду – не становятся в 20–30 и более лет.

Истерические черты и поведение видны уже в раннем детском возрасте, чему способствуют соматическая болезненность, индукция реакций и поведения истеричных окружающих, а также воспитание типа «кумира семьи» или «золушки».

Психастенические черты и поведение обычно обнаруживаются к началу школьного периода [5], чему способствует соматическая, особенно хроническая, патология и воспитующее влияние по типу гиперпротекции, индуцирующее влияние воспитателей, особенно патологически тревожных бабушек и дедушек.

Что касается распространения истерических и психастенических личностей среди женщин и мужчин, явно патологических и только акцентуированных (замечу, разграничение этих двух степеней заостренных черт характера не всегда является простой задачей, зачастую не имеющей практического значения; признание же акцентуации, тождественной «латентной психопатии» П.Б.Ганнушкина [2], нередко и вовсе снимает этот вопрос), то, согласно литературным данным, при истерии доминируют женщины. Б.Д.Карвасарский [6], например, определял это как 10/1. Согласно проведенным нами исследованиям [7], это соотношение больше – 15–20/1. Что касается психастении, то при ней во всех известных мне источниках [2, 4, 8, 9] отмечается преобладание мужчин.

Косвенным подтверждением этого факта являются приводимые в монографиях и учебных пособиях клинические наблюдения, в которых истерия описывается, как правило, у женщин, а психастения – у муж-

чин. По нашим наблюдениям, при психастении соотношение числа женщин к мужчинам обратное тому, что наблюдается при истерии [7]. Разделяемая и клиницистами [3], и нейрофизиологами [10] точка зрения о подкорковой, эмоциональной доминации при истерии и кортикальной, мыслительной деятельности при психастении, подтверждает предпочтительность первой пограничной психической патологии у женщин и второй у мужчин.

В соответствии с исторической традицией, трудов классиков пограничной психиатрии (Э.Кречмера, П.Б.Ганнушкина [2, 11] и др.), а также (и особенно) исходя из клинической реальности, рассматриваю три основных конституциональных типа личности и соответственно им – расстройств личности: сангвиничный-аффективный, шизотимный-шизоидный, авторитарный-эпилептоидный. Что бы ни говорили, а всех пациентов на приеме психиатра/клинического психолога можно систематизировать в плане синтонности-экстраверсии, отчужденности-интраверсии, авторитарности-эксплозивности. Каждая из конституциональных аномалий личности биполярна: гипертимная – гипотимная (циклоидная как промежуточная); сенситивная – экспансивная, возбудимая – эпилептоидная, что таким образом составляет круг из шести конституциональных аномалий.

NB! Если принять во внимание реальность смешения конституциональных аномалий между собой, тем более в самых разных соотношениях, число вариантов возрастает весьма и весьма многократно.

Экзогенные факторы, в т. ч. воспитание, могут способствовать в решающей степени формированию демонстративного (истерического) или тревожно-мнительного (психастенического) типов характера той или иной степени выраженности. При этом в зависимости от того, на какую конституциональную основу (аномалию) или их смешение накладывается тот или иной вышеуказанный тип характера, будет разнообразие оттенков – по крайней мере их удвоение – демонстративного (истерического) или тревожно-мнительного (психастенического) типов. Клиницистам, врачам и психологам это уже давно известно, что закреплено в терминологии подобных типов: истероидный циклоид, истероидный шизоид, истероидный эпилептоид (истероциклоид, истерошизоид, истероэпилептоид), а также аналогично – психастеноидный циклоид, шизоид, эпилептоид.

Далее, продолжая рассмотрение разнообразия вариантов особенностей личности, в т. ч. ее патологии, отмечу, что опыт-

ным специалистам известно – и это находит подтверждение в научных исследованиях (В.В.Ковалев [12]; Ю.А.Александровский [9] и др.), – что органическое поражение головного мозга – не редкость. У 10–15% пациентов с жалобами на симптомы пограничных психических расстройств (и мы в ежегодных отчетах, работая практическим врачом на протяжении трех с половиной десятилетий, каждый раз подтверждали это в вышеуказанных границах) выявляется (клинически, параклинически, анамнестически) церебрально-органическая дефицитарность.

Предполагаем, что при объективизации деятельности ЦНС современными методами диагностики типа МРТ и др. эти показатели были бы значительно выше. Церебрально-органическая отягощенность, проявляясь в вегетативной и эмоциональной неустойчивости с преобладанием астенических симптомов в одних случаях, возбудимости и эксплозивности в других, расторможенности влечений – в третьих, вялости и апатичности – в четвертых при наложении на тот или иной тип/подтип конституциональной аномалии личности способствует изменению и усложнению их статики и динамики.

Истерический (демонстративный) тип

А.Н.Молохов [13] рассматривал истерический характер только как развитие личности под влиянием среды, с чем трудно не согласиться. В зависимости от конституциональной почвы, из которой вырастает демонстративный (истерический) характер – аффективной, шизоидной, эпилептоидной или их смешения – личностный рисунок, клинические проявления и динамика аномалии будут выглядеть по-иному.

Так, например, демонстративно-аффективная личность, общительная и в известных пределах синтонная, в зависимости от знака аффекта будет, как чеховская попрыгунья, либо искриться демонстративным счастьем, успехом, гиперсексуальностью в гипертимной фазе, либо плаксиво-пасмурным видом вызывать к себе жалость или же быть дисфорично конфликтной в гипотимной фазе. При всем при этом букет демонстративных (истерических) проявлений, основанных на жажде внимания, стремлении казаться, но не быть, эгоцентризме и др., цветет, хотя и с разными оттенками, во всех случаях. В то же время замечено, что аффективная конституция приносит демонстративной (истерической) личности, по сравнению с двумя другими, определенную мягкость и эмоциональную неустойчивость.

Демонстративно-шизоидные личности отличаются болезненной капризностью, от-

страненностью, холодностью. Часто именно эти варианты выглядят наиболее демонстративными (истеричными), манерными, театральными. Сенситивные и экспансивные шизоидные черты придают демонстративным личностям свои характерные оттенки: сверхчувствительность, мимозоподобие, ранимость в пышном обрамлении конверсионных расстройств в первом случае (*Hysteria timosa* старых авторов) и высокомерие, холодный эгоцентризм, демонстративную деятельность – во втором.

Демонстративно-эпилептоидные личности отличаются высокой стеничностью, экспрессивностью, властностью. Их претенциозность и застреваемость лежат в основе борьбы за власть, за «справедливость»; при этом они, истинные интриганы, не брезгают ничем из арсенала демонстративных личностей (ложь, наговоры, сплетни, анонимки и т.д.). Определение *Hysteria stervosa* старых психиатров касается, в первую очередь, этого типа расстройства личности. Грубые диссоциативные и конверсионные расстройства (фуги, сумеречное помрачение сознания, функциональные параличи и др.) здесь часты.

Впрочем, наложение черт демонстративных субъектов на основные и смешанные конституциональные типы может придать самые разнообразные оттенки личности, учитывая ту или иную физическую, художественную, интеллектуальную одаренность/посредственность и другие индивидуальные особенности.

Среди проявлений динамики расстройства личности истерического типа наиболее распространенными являются реакции, имеющие тенденцию к повторению и протрагированию, а также развитию до тяжелой степени (ипохондрическое, паранойальное). Соответственно конституциональной основе наблюдаются длительно существующие от нескольких месяцев до нескольких лет фазы: депрессивные, сенесто-ипохондрические.

Психастенический тип

Основные черты психастенической личности [в патологии – ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности, F60.5; тревожное (уклоняющееся) расстройство личности, F60.6;] – крайняя нерешительность, тревожная мнительность, боязливость и склонность к сомнениям. Это люди аналитического ума, самоанализа, нравственного самокопания и самоедства. Сомнения и опасения, эти нормальные проявления любой личности, у психастеников носят форму болезненной навязчивости, в основе которой находится высокий уровень личностной тревоги, обусловленной анато-

мо-физиологическими особенностями высшей нервной деятельности.

Воспитание в атмосфере повышенной ответственности и тревожности, а также астенизация способствуют формированию этого типа аномалии. Тревожному (уклоняющемуся) варианту свойственна мягкость, боязливость, сомнения, носящие навязчивый характер. Известный российский психиатр А.С. Суханов эту аномалию личности описывал как «тревожно-мнительный характер». Ананкастному варианту свойственно пристрастие к порядку, чистоте, педантизму, перфекционизму, обсессивно-компульсивные расстройства, упрямство и энергичная деятельность.

С 1965 г. по настоящее время – очевидно, под влиянием разделяемых нами конституциональных воззрений Э. Кречмера [11] – так и не пришлось встретить пациентов с тревожно-мнительным характером, что называется, в чистом виде, чтобы даже массивная психастеническая симптоматика скрывала конституциональный тип: обычно сенситивно-шизоидный, аффективно-дистимический, гиперсоциально-эпилептоидный, часто в смешанных вариантах. Умеренная общительность, скромность и мягкость в обращении способны увести взгляд диагноста, особенно при первичной консультации, в сторону от вышеуказанных конституциональных типов. Последующее выявление сенситивности, дистимических эпизодов, ригидности, упорства, характерных увлечений, а также конституциональных телесных особенностей, по Э. Кречмеру – форма головы и лица, шеи, затылка, цвет кожных покровов, оволосение, состояние мышечной системы, размер кистей рук и др., а также исследование наследственности пациента (со слов его и близких, изучение принесенных им семейных фотографий, что, замечу, обогащает исследование личности и чем, кстати, сам Э. Кречмер широко пользовался) – все это возвращает видение конституционального типа.

В зависимости от конституциональной почвы (шизоидной, эпилептоидной, аффективной или их смешения), из которой вырастает психастенический характер, личностный рисунок, клинические проявления и динамика аномалии будут выглядеть по-иному, несмотря на одно общее, выраженное, определяющее – тревожную мнительность. Нередко эти различия, к тому же замаскированные еще и уровнем интеллекта и социального статуса, делают их трудно узнаваемыми. Что, скажем, общего между литературными персонажами, чьи характеры – это обязательно надо учитывать – гротескно изображены писателями

(у Н. В. Гоголя – Акакий Акакиевич в «Шинели», у Чехова – Беликов в «Человеке в футляре», Червяков в «Смерти чиновника») и реальными людьми, в данном случае гениальными – Ч. Дарвиным, И. П. Павловым, А. П. Чеховым?

Беглая и поверхностная оценка может привести к отрицанию схожести, особенно если учитывается значение последней тройки великих людей для развития человечества. Если же проанализировать основные черты характера великой тройки, то их высокая тревожность, болезненная щепетильность, совестливость, аккуратность, ипохондричность, навязчивые сомнения, предрасположенность к мыслительной деятельности при ее доминировании над художественной – все это уже не покажется малым для идентификации с рассматриваемым характером психастенического типа.

Что касается упомянутых литературных персонажей, то из них Акакий Акакиевич наиболее чувствительный (здесь просматривается чувствительно-шизоидная конституциональная основа), учитель греческого языка Беликов – футлярно отгороженный (здесь – шизоэпилептоидная), а Червяков – аффективно боязливый (аффективно-дистимическая). При этом у всех троих доминирующими проявлениями характера выступают патологически высокая тревожность и навязчивые сомнения при дефиците чувственного компонента в их жизни. Необходимо учитывать также интеллектуальный и социальный уровень психастеника, ибо эти грани личности существенно влияют на восприятие психологического портрета в целом.

К психастеникам тесно примыкают некоторые типы чувствительных шизоидов, дистимиков и даже высоконравственных эпилептоидов. Среди демонстративных также встречаются тревожные и неуверенные в себе натуры. Однако тревожная мнительность, нерешительность и боязливость выступают во всех названных типах характера, в отличие от психастеников, не как определяющая черта динамики их поведения, а как элемент некоторой мозаичности их характера, в связи с чем их еще называют психастеноидными шизоидами (циклоидами, эпилептоидами и т.д.).

Динамика психастенического расстройства личности характеризуется состояниями декомпенсации – компенсации. При декомпенсации усиливаются навязчивости (навязчивые сомнения, фобии, навязчивые компульсии и др.), которые обычно сопровождаются вегетативными дисфункциями. С учетом конституциональной основы – аффективной/циклоидной, шизоидной или их смешения – у психастеников нередко бывают депрессивные фазы.

В лечении и профилактике расстройств психастенического и истерического круга психическое взаимодействие профессионального психотерапевта с пациентом является ведущим. Принятое среди психиатров и психологов мнение, берущее начало во времена патриархов зарождающихся пограничной психиатрии и психотерапии, что истерические пациенты тяготеют к гипносуггестивным методам (как бы более простым), а психастенические – к рациональным, познавательным, аналитическим (как бы более сложным), на мой взгляд, должно быть пересмотрено. За 170 лет развития научной психотерапии (со времени открытия Дж. Брэда) стало ясно, что простых пациентов не бывает. Как правило, в каждом пациенте намешано множество соматических, в т. ч. церебрально-органических, неблагоприятий и предрасположенностей с психическими факторами (наследственностью, болезненным и сложным характером, дефектами воспитания, окружения, травматичным жизненным путем и др.). Часто простое на вид невротическое расстройство при профессионально внимательном и глубоком исследовании оказывается сложным, сочетанием тяжелого органического поражения головного мозга с функционально-невротическим расстройством у личности со смешанной структурой характера и неблагоприятным социальным окружением.

Если при обнаружении тяжелой органической патологии у пациента с функционально-невротическим фасадом психотерапевт отправляет его назад к врачу-соматологу (неврологу, онкологу, др.), не продолжая психологически, психотерапевтически помогать больному, это будет неправильно, я бы сказал, непрофессионально. Чаще бывает наоборот. Например, пациентка демонстрирует студенчески классическую картину истерического гиперкинеза (афонии, пареза, икоты и т.д.) в сопровождении соответствующего камуфляжа поведения, в т. ч. чередующихся рыданий со смехом. Каждому специалисту, мало-мальски знакомому с невротическими расстройствами, тут же становится ясно, что перед ним истерическая пациентка, поэтому, не долго думая, приступает к лечению. Наш опыт показывает, что те случаи, когда каждому участковому терапевту, каждой медсестре тут же становится ясно (благодаря демонстрируемой больной шаржированной истерической симптоматике), что это истерия, всегда необходимо особенно тщательно исследовать больную.

Шаржированной истерии, как правило (это подтверждено в последние десятилетия, благодаря высоко объективизирующей бо-

лезненные проявления технике, например, компьютерной томографии и др., а также глубокому научному изучению ларвированных форм эндогенных психических заболеваний), не бывает без церебрально-органического или наследственного психического отягощения. Однако, обнаружив органику или эндогенную психическую патологию, психотерапевт, если он психиатр, назначает лекарственную терапию и советуется с коллегами, что бы более эффективное назначить, продолжая и углубляя психотерапию. Психотерапевт-психолог должен направить больную к психиатру, с которым работает в контакте (лучше, если присутствует на консультации), продолжая оказывать психотерапевтическую помощь.

Что касается методов психотерапии, применяемых при лечении конверсионных (диссоциативных), т. е. истерических расстройств, то они все те же, что применяются в отношении пациентов с остальными невротическими расстройствами (разумеется, с определенными особенностями, указанными ниже) и укладываются в несколько направлений: 1) пациент должен понять, что и почему с ним (и с другими людьми в подобных ситуациях) происходит; 2) пациент должен научиться владеть мышечной, эмоциональной и вегетативной саморегуляцией (для этого вовсе не обязательно применять стандартный аутотренинг или гипноз); 3) пациент должен научиться жить, а не лечиться; реализовывать свой творческий потенциал человека и гражданина в контексте общечеловеческих ценностей.

Все это невозможно реализовать вне добротного, близкого, теплого психотерапевтического контакта, установлению и поддержанию которого, наверное, можно и нужно научиться, но, как показывает опыт патриархов и корифеев психотерапии, никто их этому не учил, зато искреннее желание помочь страждущему невротическому пациенту направляло их врачебное и психологическое умение в нужном направлении.

При установление контакта с истерической пациенткой необходима большая эмоциональность с обязательным учетом ее конституциональных особенностей.

Так, например, при аффективной/циклоидной основе, учитывая общительность, реализм, склонность к юмору, уместны шутки, цитирование стихов, быстрая смена темы обсуждения, обращение к здравому смыслу.

При шизоидной основе никоим образом нельзя разрывать ту дистанцию, на которой держит вас пациентка. Тон и темп беседы заметно ниже. Здесь уместно обсуждение

философских проблем, поэзии, вопросов психологии и парапсихологии, некоторая теоретичность обсуждения вообще.

При эпилептоидной основе вообще нужно больше слушать и соглашаться на первых порах, только затем солидно, со ссылкой на толстые книги на полках обосновывать свои объяснения вопросов этиопатогенеза и психотерапии.

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

Если контакт установлен и сложились теплые доверительные отношения с пациенткой, необходимо в доступной и принимаемой ею форме развенчать истерию как проявление слабости, незрелости, компрометирующей ее в обществе. В ряде случаев этому может способствовать, заручившись ее согласием, суггестивное провоцирование у пациентки истерических расстройств [7].

Совместное исследование истерии и гипноза, проведенное еще в Сальпетриер знаменитым французским неврологом Ж.-М. Шарко [14], позволило заподозрить некую общность этих двух явлений – клинического и терапевтического. Более того (сейчас, через сто с лишним лет, об этом можно судить вполне определенно), до конца не разобравшись в проявлениях и сути подозреваемой общности, – что, конечно, на уровне тех научных знаний было и невозможно – Ж.-М. Шарко заключил со свойственной ему категоричностью, что гипноз – это искусственно спровоцированная истерия.

Последующие исследования истерии и гипноза, проведенные представителями других школ [4, 9, 15, 16], показали, что клинико-патогенетическую основу истерии, особенно при диссоциативных расстройствах, составляет сужение сознания от легких обнубилирующих проявлений до сомнамбулического помрачения. С другой стороны, индукция гипнотического состояния в решающей мере сводится к специальным способам физического и психического воздействия, приводящим к сужению сознания у пациента вплоть до сомнамбулического помрачения, но при наличии контакта/раппорта между ним и психотерапевтом. Именно благодаря созданному изолированному раппорту удается реализовать лечебные установки/суггестии, направленные

на нормализацию вегетативной регуляции, эмоциональных расстройств и других самых разнообразных дисфункций.

Учитывая свойственную истерическим пациентам высокую эмоциональность, художественность/первосигнальность, способность к вытеснению, проведение с ними методов психотерапии в измененном состоянии сознания нередко дает весьма быстрый терапевтический эффект. Однако лечение истерии не должно сводиться лишь к директивным гипносуггестивным методикам, ибо сведет психотерапию к профанации ее вообще, т. к., устраняя симптом, они (суггестии) едва ли способны вскрыть причины расстройства, перестроить систему отношений пациента и привить ему позитивный жизненный опыт. Именно благодаря частым рецидивам при одностороннем гипносуггестивном подходе в лечении истерии и были созданы 100 лет назад более основательные методы: система рациональной психотерапии П. Дюбуа и Ж. Дежерина и психоанализ З. Фрейда, а затем на их основе и другие методы.

При невротических расстройствах истерического круга комплекс аналитических, перевоспитывающих воздействий должен быть значительным и составлять основу психотерапии.

Психотерапия психастении, особенно в состоянии декомпенсации, когда больного буквально изнуряют массивные обсессивно-фобические и компульсивные расстройства, – об этом знает каждый опытный специалист – представляет собой весьма нелегкий труд, требующий терпения и призвания. Нередко лечение в этих случаях надо начинать с лекарственной терапии, используя умеренные и малые дозы современных антидепрессантов и нейролептиков. Случаи соматоформных вегетативных дисфункций у психастеничных мужчин, в т. ч. ларингоспазм, дисфагия (относимые преимущественно к истерическим синдромам и наблюдаемые преимущественно у женщин), по нашим наблюдениям выгодно отличаются эффективностью психотерапии, проведение которой имеет свои особенности [17].

Въедливые по натуре психастеничные пациенты, чтобы поверить психотерапевту, должны убедиться, во-первых, в том, что он их понимает, и, во-вторых, – что психотерапевт в их проблемах является большим специалистом. Здесь никакие самореклама и внешние эффекты не способны положительно повлиять на пациента – скорее, наоборот. Поэтому, работая с психастеником, нужно заранее запастись терпением

и временем, чтобы совместно с пациентом разгрести ворох его проблем. Подобный подход способен привести к хорошему результату, если умело сочетать, подобно П. Дюбуа [18] и Ж. Дежерину [19], своеобразные комбинации из разъяснений-убеждений с внушениями (прямыми и косвенными/вооруженными). Будучи людьми мыслительного, кортикального типа, анализирующими все и вся, психастеники тем не менее хорошо усваивают внезапно брошенные, вызывающие состояние оторопи, короткие внушения. Лучше всего это получается, если применять разработанную нами психотерапию на контакте [17, 20].

Обычно психастеники негативно относятся к гипнотерапии и к тому же малогипнабельны. Но если с ними проводится глубокая комплексная/мульти-модальная психотерапия и достигнут хороший контакт, то в целях усиления седативного и стимулирующего эффекта можно применить и гипнотерапию. Однако вначале психастеник должен в полной мере получить информацию о гипнозе как природной защите с позиций Павлова–Данилевского о производных гипноза: медитации и аутотренинге. Иногда пациенту надо дать почитать соответствующую литературу. Только после всего этого можно приступать к проведению гипнотерапии, загружая при этом все сенсорные системы пациента и его воображение. Такой подход, по моим наблюдениям, способствует повышению гипнабельности и общей эффективности психотерапии пациентов с психастеническими расстройствами.

Серьезно и надолго помочь погрязшему в трясине навязчивых сомнений психастенику едва ли возможно, не занимая и не переключая его внимание работой (С.И. Консторум [8]), физкультурой, путешествием, хобби (В.Ф. Простомолотов [18]), не оживляя его эмоций. В этом отношении представляет интерес терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно [21].

Психастеники тяготеют к здоровому образу жизни, поэтому надо всячески стимулировать их к занятиям физкультурой. Мой опыт в этом отношении указывает на то, что регулярные пешие прогулки в парках по хорошо проветриваемым проспектам, водные процедуры типа моржевания, улучшая общее физическое состояние пациента, – по принципу *mens sano in corpore sano* – улучшают и стабилизируют их психическое состояние.

Несмотря на, казалось бы, такие существенные различия в клинике и патогенезе психастении и истерии, обусловленные

кортикальністю першої і субкортикальністю другої, у них багато загального, що, очевидно, пояснюється і загальними конституціональними корнями, на що було об-

рачено увагу вище і що, в свою чергу, передбачає, наряду з відмінностями, і багато загального в лікуванні, в т. ч. психічної терапії і профілактиці.

Література

1. Leongard K. Aktsentuirovannye lichnosti: per. s nem. [Accented personalities: transl. from German]. Kiev, Vishcha shkola Publ., 1981, 392 p. (In Russ.)
2. Gannushkin P. B. Izbrannye trudy [The selected works]. Moscow, Medicina Publ., 1964, 292 p. (In Russ.)
3. Krechmer E. Ob isterii: per. s nem. [About hysteria: transl. from German]. Moscow – Leningrad, Gosizdat Publ., 1928, 160 p. (In Russ.)
4. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya: per. s nem. [General Psychopathology: transl. from German]. Moscow, Praktika Publ., 1997, 1056 p. (In Russ.)
5. Lichko A. E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov [Psychopathies and the accentuations of character of adolescents]. Leningrad, Meditsina Publ., 1983, 256 p. (In Russ.)
6. Karvasarskij B. D. Nevrozy [Neuroses]. Moscow, Medicina Publ., 1990, 596 p. (In Russ.)
7. Prostromolotov V. F. K sravnitel'noy kharakteristike nevrozov i pogranichnykh sostoyaniy u zhenshin i muzhchin (chastota, osobennosti kliniki i dinamiki) [For comparative characterization of neurosis and borderline states in men and women (frequency, clinical characteristics and dynamics)]. Curier Medical MS RM, 1995, no. 4, pp. 43–47. (In Russ.)
8. Konstorum S. I. Opyt prakticheskoy psihoterapii [Experience of practical psychotherapy]. 2nd ed., Moscow, 1962, 224 p. (In Russ.)
9. Aleksandrovskij Ju. A. Pogranichnye psikhicheskie rasstrojstva: uchebnoe posobie [Boundary mental disorders: textbook]. Moscow, Medicina Publ., 2000, 496 p. (In Russ.)
10. Pavlov I. P. Dvadtsatiletniy opyt ob»ektivnogo izucheniya vysshey nervnoy deyatel'nosti (povedeniya) zhivotnykh [Twenty years of objective study of higher nervous activity (behavior) of animals]. Moscow, Nauka Publ., 1973, 508 p. (In Russ.)
11. Krechmer E. Stroenie tela i kharakter: per. s nem. [The structure of the body and nature: transl. from German]. Moscow, 1930, 304 p. (In Russ.)
12. Kovalev V. V. Nekotorye obshhie zakonomernosti kliniki pogranichnykh sostoyaniy u detey i podrostkov [Some general patterns of clinic border states of children and adolescents]. Zhurn. nevropatol. i psihiatr, 1972, no. 10, pp. 1520–1525. (In Russ.)
13. Molokhov A. N. Ob istericheskom razvitiy lichnosti [About the hysterical personality development]. Sov. nevropatol., psikhiat. i psikhogig., 1932, vol. 1, no. 12, pp. 829–832. (In Russ.)
14. Charcot J. M. Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences, 1994, pp. 403–405.
15. Rozhnov V. E. O roli gipnoza v psikhoterapii [About the role of hypnosis in psychotherapy]. Voprosy psikhoterapii, Moscow, 1966, pp. 22–26. (In Russ.)
16. Yakubik A. Isteriya: per. s pol'sk. [Hysteria: transl. from Polish]. Moscow, Meditsina Publ., 1982, 344 p. (In Russ.)
17. Prostromolotov V. F. Razmyshleniya o psikhoterapii [Reflections on psychotherapy]. Odessa, VMV Publ., 2013, 352 p. (In Russ.)
18. Dyubua P. Psikhonevrozy i ikh psikhicheskoe lechenie: per. s frants. [Psychoneurosis and psychic healing: transl. from French]. St. Petersburg, K. L. Rikker Publ., 1912, 382 p. (In Russ.)
19. Dejerine J., Gauckler E. Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. leur traitement par la psychothérapie. Paris, Masson, 1911, IX-561 p.
20. Prostromolotov V. F. Psikhoterapiya na kontakte [Psychotherapy on the contact]. N.-pr. zhurnal «Novoe v nauke i praktike». Odessa, 2000, no. 1 (7), p. 30. (In Russ.)
21. Burno M. E. Terapiya tvorcheskimi samovyrazheniyami [Therapy of creative expression]. Moscow, Medicina Publ., 1989, 304 p. (In Russ.)

КОНВЕРСІЙНІ/ДИССОЦІАТИВНІ ТА ОБСЕССИВНО-ФОБІЧНІ СИМПТОМИ У СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РЕАКЦІЙ, НЕВРОТИЧНИХ/ПСИХОПАТИЧНИХ РОЗВИТКІВ І РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ У КОНТЕКСТІ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

В. Ф. Простомолотов

Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова

Анотація. У статті описано клінічні варіанти психастенічного та істеричного типів характеру, що проявляються обсецивно-фобічними і конверсійними/диссоціативними розладами. Відповідно до конституціональної основи (циклоїдної, шизоїдної, епілептоїдної або їх змішанні), на основі якої, на думку автора, розвивається істеричний і психастенічний характер, клінічні прояви можуть помітно відрізнятися, що ускладнює діагностику, встановлення та підтримання психотерапевтичного контакту, проведення адекват-

CONVERSIONAL/DISSOCIATIVE AND OBSESSIVE-PHOBIC SYMPTOMS IN THE STRUCTURE OF NEUROTIC REACTIONS, NEUROPATHIC/PSYCHOPATHIC DEVELOPMENTS AND PERSONALITY DISORDERS IN THE CONTEXT OF THE PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPY

V. F. Prostromolotov

I. I. Mechnikov Odessa National University

Summary. The article describes clinical variants of psychasthenic and hysterical types of character manifested in obsessive-phobic and conversional/dissociative disorders. In accordance with constitution (cycloid, schizoid, epileptoid, or mixed), on the basis of which, in the opinion of the author, hysterical and psychasthenic character is evolved, the clinical manifestations can vary considerably, making it difficult to diagnose, establish and maintain mental contact, conduct adequate therapy. The difficulties don't end there. The so

ної психотерапії. Труднощі на цьому не закінчуються. Прийняті в теорії, описані в підручниках і монографіях т. зв. класичні типи і форми пограничних психічних розладів у клінічній реальності виявляються рідкісними, значно поступаючись змішаним. У цій роботі акцент зроблено саме на детальному описі нових підтипів і підваріантів, використовуючи старі класичні моделі.

Ключові слова: конверсійні, тривожно-фобічні, характер, акцентуація, розлад особистості, змішання симптомів, особливості терапії.

called classical types and forms of border mental disorders described in textbooks and monographs in clinical reality are rare, much rarer than mixed. The emphasis is made on the detailed description of new subtypes and subvariants using old classical models.

Key words: conversion, anxious-phobic, character, accentuation, personality disorder, confusion of symptoms, peculiarities of therapy.

УДК 616.89; 615.851



ПСИХІЧНИЙ СТАН БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ (КЛІНІКО-ПСИХІАТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Р. В. Рахманов

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР

Анотація. У статті досліджували характер формування психічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем, затримкою психічного та мовного розвитку. Визначено психічні та поведінкові реакції батьків на діагноз дитини, описано специфіку клінічних та психологічних проявів патопсихічних розладів протягом виховання, догляду та лікування дитини. Відокремлено поведінкові риси стану тяжкого горя у гострому періоді догляду за дитиною; депресивні, фобічні, тривожні та іпохондричні розлади, особливо у перші роки розвитку захворювання. На основі отриманих даних, що відображають механізми формування психопатологічних розладів у батьків, пропонується надання диференційованої комплексної психіатричної допомоги батькам на етапах лікування неврологічних розладів дитини з дитячим церебральним паралічем.

Ключові слова: психічний стан батьків, поведінкові розлади, дитячий церебральний параліч, діагностика.

Вступ

До важливих проблем сучасної медицини, що мають медико-соціальне значення, належать медична та психосоціальна реабілітація батьків тяжкохворих дітей з обмеженими можливостями, зокрема, з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) [1]. За статистичними даними, кількість дітей, хворих на ДЦП, невпинно зростає, а сама патологія є найбільш частою та основною причиною дитячої інвалідності [2]. При цьому в цієї категорії дітей діагностуються коморбідні стани, зокрема, з аутизмом, затримкою психічного розвитку. Серед дітей з нормальною вагою при народженні, що стали інвалідами з ДЦП, 70,0% стали ними внаслідок впливу факторів до народження (перинатальний період), 20,0% – змішані чинники (перинатальний період і перші чотири тижні після народження), 10,0% – в постнатальний період (протягом перших двох років життя) [3].

У медичній та психосоціальній реабілітації

дітей з ДЦП важливу роль відіграє стан самих батьків, ті труднощі, що переживає сім'я з хворою дитиною [4–6]. Діагноз сприймається батьками як велика трагедія, що руйнує всі надії і очікування членів сім'ї, пов'язані з появою спадкоємця, а осмислення та набуття нових життєвих цінностей розтягується. Реакція батьків на захворювання визначається станом дитини, проте не зважаючи на кінцевий діагноз, батьки страждають на тяжкий психологічний дискомфорт, що провокує або загострює психічні та поведінкові розлади [7, 8]. У батьків формується неправильна модель виховання, що спотворює рольові відносини та мікроклімат сім'ї. Зважаючи на це, лікування хворих дітей з ДЦП потребує своєчасного виявлення психічних розладів батьків та їх відповідної психотерапевтичної корекції.

Мета дослідження

Встановлення особливостей психічних та поведінкових розладів непсихотичного рівня батьків, діти яких страждають на ДЦП.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведене на базі КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР (м. Дніпропетровськ) протягом 2011–2015 рр. Критерієм включення в дослідження були дитячий церебральний параліч (G80.0) і психічні та поведінкові розлади у батьків. Диференціальна діагностика та встановлення діагнозу батьків проводилися протягом першого обстеження хворої дитини з ДЦП та протягом лікування згідно з критеріями МКХ-10. У дослідження були включені батьки обох статей віком $32,0 \pm 1,5$ років (96 жінок і 63 чоловіків), залучені до лікування неврологічного дефіциту та затримки психомоторного і мовного розвитку дитини й дали усвідомлену згоду на участь у дослідженні.

Метою комплексного клініко-психопатологічного обстеження всіх членів сім'ї було встановлення ролі діагнозу дитини у розвитку психічних розладів у батьків та відновлення їх психічного здоров'я.

Попередня (доклінічна) діагностика комунікативних, когнітивних, поведінкових та інших порушень у батьків була проведена на основі даних, отриманих безпосередньо від хворого; у самих дітей молодшого віку – від батьків та психіатра; у дітей старшого віку – від вихователів, учителів, психологів, дільничних психіатрів.

Попередня діагностика включала в себе: 1) первинний скринінг (проводиться дільничною медсестрою, сімейним лікарем, терапевтом, психологами, соціальними працівниками освітньої мережі та ін.); 2) диференціальна діагностика і організація діагностики (комплекс клінічних, генетичних, біохімічних, електрофізіологічних обстежень).

Більшість симптомів у батьків, діти яких страждають на ДЦП, виражаються в суб'єктивних розладах. Серед методів дослідження і попереднього ознайомлення з батьками хворих дітей – співбесіда та анкетування. Вони дозволяють провести раннє диференційне діагностування різних форм психічних розладів неспсихотичного рівня.

Зважаючи на те, що більшість батьків не звертає уваги на свій психічний стан, особливу увагу слід звернути на виявлення вербальних і невербальних комунікацій, характер поведінки та особистісних характеристик у вузькому сімейному колі й у суспільних місцях.

На відміну від хворих дітей, у батьків, які їх виховують, суб'єктивний анамнез малоінформативний. Основним джерелом інформації є спеціалізовані психологічні тестування, а також обстеження всієї сім'ї. Це дозволяє ознайомитися з психологічними взаємовідносинами у сім'ї, в тому числі, кожного їх

члена. Необхідно виробити додаткову систему партнерських відносин для досягнення спільних реабілітаційних програм: клінічне ведення дитини та батьків, лікування дітей із затримкою психічного розвитку, профілактика та лікування психічних та поведінкових розладів неспсихотичного рівня, корекція внутрішньо-сімейних відносин.

З цією метою були обстежені та анкетовані батьки, які виховують тяжкохворих дітей з діагнозом ДЦП (G80.0).

Соматичне і неврологічне обстеження у них проводилося за загальноприйнятими правилами, їх метою було виявлення соматичної та органічної патології ЦНС, проявів їх перебігу у дітей та батьків, у тому числі – коморбідних розладів. Вивчалися такі суб'єктивні та об'єктивні чинники: причини і час перших проявів захворювання, рівень психічного та фізичного розвитку дитини, психічний стан батьків, поведінка батьків у сім'ї. При цьому звертали увагу на відносини між батьками і хворою дитиною, манеру поведінки, лабільність емоцій, комунікабельність та модель виховання. Стан психічних та поведінкових розладів оцінювали до циклу лікування дитини та після завершального етапу терапії. Психічний статус сімейних пар діагностували за МКХ-10, кількісну оцінку невротичних розладів проводили за методом Вассермана, особливості формування тривожних розладів – за тестом Спілбергера–Ханіна.

Результати дослідження та їх обговорення

Клініко-психопатологічне дослідження батьків, діти яких страждають на ДЦП, включало обстеження батьків та дітей, визначення факторів ризику, характер появи психічних та поведінкових розладів у батьків, їх реакцію на діагноз дитини. Проведено збір анамнезу тяжкохворих дітей, проаналізовано особливості клініки захворювання, його вплив на формування психічних розладів.

Тривалість захворювання дитини на момент звернення за спеціалізованим лікуванням та обстеженням у 56 сімей (58,3 %) становила до 5 років, у 36 (37,5 %) від 5 до 10 років і лише в 4 випадках (4,1 %) тривалість захворювання і відповідного догляду за дитиною складала більше 10 років. Перші симптоми неврологічного дефіциту у 60 (62,5 %) випадках виявлено з народження, 32 (33,3 %) – до 1 року, 4 (4,1 %) – у віці 2–3 років.

Клініка хворих дітей з ДЦП включала затримку мовного та психомоторного розвитку з частим поєднанням синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), геміпарезами і судомним синдромом, моторною алалією, спастичною дисплегією, туговухістю III–IV ступеня, косоокістю, порушенням саливації; рід-

ше реєстрували синдром Ретта, ювенільну форму хвороби Паркінсона, лейкодистрофію і БАС-деменцію. На поведінковому рівні в клініці ДЦП мали місце неврозоподібні стани, епізоди роздратованості, невмотивовані сміх та плач, відсутнє, нечленороздільне або незрозуміле мовлення, відсутність зацікавленості до ігор та спілкування з іншими дітьми, скрегіт зубами під час сну, порушений сон, плаксивість, істеричні стани, транзиторні дисоціативні аутичного кола розлади.

Під час клінічної співбесіди з батьками було досліджено рівень їх психічного здоров'я, психологічні функції, ролі та поведінка у сім'ї. За даними детального аналізу анамнезу хворої дитини, історії сім'ї та клініко-психопатологічного дослідження батьків визначено домінуючі психічні поведінкові розлади. У першу чергу, психічні розлади батьків викликані самою постановкою діагнозу. Реакція на нього мала характер шоку і невіри в те, що трапилося. У батьків, діти яких страждали на виражену затримку мовного та психомоторного розвитку, спостерігали душевне і психосоматичне страждання, зміну моделей поведінки, почуття провини, реакції гніву і агресії. Батьки часто відчували розгубленість, провину та сором. Вони звинувачували у трагедії себе. Виникнення важкого захворювання у дитини ставало приводом для сімейного конфлікту з односторонніми або взаємними звинуваченнями в «поганій спадковості» чи «неправильному ставленні».

Характер реакції батьків на хворобу дитини в гострому (в момент встановлення діагнозу) та підгострому (перші декілька тижнів) періодах були такими:

- стан шоку: матері – 47,9%, батьки – 39,6%;
- безвихідь, паніка: матері – 54,1%, батьки – 15,8%;
- переляк, страх, тривога: матері – 33,3%, батьки – 36,5%;
- істеричні реакції, плач, сльози: матері – 19,7%, батьки – 7,9%;
- непритомність: матері – 27,1%, батьки – 3,1%;
- постійні думки про смерть і спроби покінчити життя самогубством: матері – 22,9%, батьки – 1,5%;
- втрата інтересу до життя, думки про втрату сенсу існування: матері – 30,2%, батьки – 4,7%;
- погіршення загального самопочуття: матері – 58,3%, батьки – 19,0%;
- невіра в діагноз: матері – 18,7%, батьки – 15,8%;
- образа на лікарів: матері – 27,1%, батьки – 19,0%;
- почуття провини перед дитиною: матері – 29,1%, батьки – 3,1%;

- почуття відчаю: матері – 48,9%, батьки – 20,6%;

- образа на чоловіка (дружину) і звинувачення його (її) в тому, що дитина хвора: матері – 4,1%, батьки – 1,5%.

Усвідомлення тяжкості діагнозу та труднощів, які можуть виникнути на етапі лікування та під час догляду за дитиною, спричиняли у батьків появу уявної надії на те, що діагноз може бути помилковий, що з'явиться новий рятівний метод лікування. Враховуючи ці особистісні розлади лікування дітей з ДЦП, ми доповнювали надання психотерапевтичної допомоги батькам, які безпосередньо брали участь у догляді та вихованні дитини. Ця допомога узгоджувалася з курсами лікування дітей, але не збігалася з терапією, яку отримували діти. Нами проведено від 1 до 6 курсів терапії з батьками.

Як засвідчили батьки, труднощі у вихованні дитини та зміна їх рольової поведінки були викликані труднощами, з якими вони зіткнулися протягом виявлення, проявів та прогресування неврологічного дефіциту, затримки психічного розвитку, фізичних вад здоров'я (рухові розлади, порушення мови, саливація). Тому догляд за тяжкохворою дитиною був емоційно складним майже у половини матерів і у більшості батьків (50,0% і 77,8% відповідно). Так, лише фізичні труднощі у догляді проявилися у 16,7% жінок, а серед чоловіків – у 7,9% випадків. У інших сім'ях догляд за тяжкохворою дитиною був однаковою мірою складним як на фізичному, так і на емоційному рівнях.

Це, в свою чергу, спричиняло виникнення і загострення конфліктів у сім'ї. Так, на епізодичні конфлікти скаржились 45,8% матерів і 59,1% батьків; постійні сімейні сварки – 12,5% і 27,3% батьків; конфлікти, орієнтовані на хвору дитину, провокували 4,1% матерів і 9,1% батьків. У свою чергу, усі зазначені ситуації провокували у обох батьків психічні та поведінкові розлади. Особливості психоемоційного стану обох батьків у віддаленому (хронічному) періоді хвороби дитини характеризувалися проявом значної кількості емоційних порушень, які були першою реакцією на діагноз обстеженої дитини, а саме:

1) постійні думки про смерть, відчай: матері – 16,6%, батьки – 3,1%;

2) періодичні (епізодичні) думки про смерть, сумнів у правильності поставленого діагнозу, байдужість до життя, панічний страх, перенапруження через відсутність результатів після проведеного лікування: матері – 14,5%, батьки – 3,1%;

3) посивіння, погіршення стану: матері – 19,8%, батьки – 12,6%;

4) почуття безвиході, відчаю, почуття провини: матері – 67,7%, батьки – 30,1%;

5) постійний страх, боязнь за майбутнє дитини: матері – 36,4%, батьки – 41,2%;

6) невіра в діагноз, очікування дива, почуття безвиході, зниження толерантності до травмуючих ситуацій, розгубленість, погіршення здоров'я: матері – 32,2%, батьки – 17,4%;

7) категорична невіра в діагноз і втрата віри в медицину, віра в надприродні сили (магічний настрій): матері – 12,5%, батьки – 3,1%;

8) зловживання алкоголем, курінням після постановки діагнозу дитині: матері – 3,1%, батьки – 11,1%;

9) звинувачення чоловіка (дружини) в тому, що він (вона) винен(-на) в хворобі дитини: матері – 7,3%, батьки – 4,7%;

10) поверхневий сон, часті періоди безсоння: матері – 33,3%, батьки – 19,1%;

11) загальна соматична і психічна слабкість: матері – 29,1%, батьки – 14,2%;

12) розлади серцево-судинної системи, поява артеріальної гіпертензії, ІХС: матері – 33,3%, батьки – 14,2%;

13) стани епізодичного запаморочення, втрати свідомості: матері – 12,5%, батьки – 3,1%;

14) втрата мотивації і настрою у спілкуванні з дитиною: матері – 41,6%, батьки – 7,9%;

15) часті головні болі: матері – 45,8%, батьки – 11,1%;

16) сонливість: матері – 75,0%, батьки – 4,7%;

17) швидка втома: матері – 41,6%, батьки – 9,5%;

18) зниження пам'яті, неуважність: матері – 45,8%, батьки – 41,2%;

19) роздратованість, епізоди агресії, конфліктність: матері – 70,8%, батьки – 68,2%.

У гендерному аспекті матері частіше першими страждали на невротичні зриви або депресивні стани, оскільки втрачали емоційний контакт з дитиною і відчували себе неспроможними допомогти тяжкохворій дитині. Разом з тим, матері легше адаптувалися до ситуації у родині, оскільки вони ближче контактували з дитиною. На протигагу цьому, для батьків характерною була реакція уникання, вони завантажували себе роботою, різними справами. Багато чоловіків відзначали, що їх переживання настільки ж сильне, як і у їхніх дружин, просто вони воліють не проявляти їх відкрито, хоча б для того, щоб ще більше не обтяжувати стан своїх дружин.

Як бачимо, реакція тяжкого горя та втрати у деяких обстежених батьків досягає рівня суїцидальних намірів. Статистичний аналіз засвідчив суттєво вищу частоту замислення матерів тяжкохворих дітей над усвідомленням втрати сенсу життя і можливим суїцидом (37,5% жінок і 9,5% чоловіків) (табл. 1). Для

жінок порівняно з чоловіками характерною була більша варіабельність способів суїциду, тоді як чоловіки мали обмежене коло таких думок.

У процесі клінічної співбесіди з батьками було досліджено їх психопатологічну характеристику і визначено домінуючі психічні та поведінкові розлади. Розподіл батьків за частотою виявлення психічних розладів наведено у табл. 2.

Згідно з МКХ-10 домінуючими психічними розладами у батьків були депресивні епізоди легкого ступеня (F32.0); фобічні тривожні розлади, що мали прояви епізодів страху і жаху (F40.9); змішані тривожні та депресивні розлади (F41.2); розлади адаптації з переважанням розладів інших емоцій (F43.23); неврастенічні (F45.2) та іпохондричні (F45.2) розлади. Структура цих розладів мала деякі гендерні відмінності. Так, матері тяжкохворих дітей більшою мірою страждали на тривожно-депресивні та іпохондричні розлади, дереалізацію, а чоловіки – на епізоди депресії (F32.0) та неспецифічні пасивно-агресивні розлади (F60.8).

Таблиця 1

Характер суїцидальних намірів батьків тяжкохворих дітей з ДЦП, затримкою психомоторного і мовного розвитку (абс/%)

Спосіб реалізації суїцидального наміру	Батьки	
	Мати (n=96)	Батько (n=63)
Повіситися	n=12 (12,5%)	n=3 (4,7%)
Потонути	n=2 (2,0%)	n=3 (4,7%)
Кинутися під машину, поїзд, з моста в річку	n=9 (9,3%)	n=3 (4,7%)
Випити снодійне і включити газ	n=6 (6,2%)	–
Отруїтися	n=8 (8,3%)	–
Стрибнути з багатоповерхового будинку	n=5 (5,2%)	–
Наковтатися таблеток	n=7 (7,2%)	–
Померти	n=3 (3,1%)	–
Заснути і не прокинутися	n=4 (4,1%)	–
Потрапити в аварію	n=2 (2,0%)	n=3 (4,7%)
Застрелитися	n=1 (1,0%)	n=6 (9,5%)
Вдаритися головою об стінку	n=4 (4,1%)	–
Задушити дитину, а потім і себе	n=3 (3,1%)	–
Будь-яким методом	n=4 (4,1%)	–
Всього, середня частота суїцидальних намірів	n=36 (37,5%)	n=6 (9,5%)

Зважаючи на анамнез тяжкохворих дітей, робимо висновок, що психічні розлади частіше виявлялися у жінок, оскільки саме на них була покладена основна роль з догляду, виховання та дотримання вимог лікування дитини. Матері дітей з тяжкою затримкою психічного розвитку страждали на хронічні стани перевтоми (Z73.0) і недостатній відпочинок та розслаблення (Z73.2), особливо якщо у сім'ї є ще одна або декілька дітей, оскільки це створювало для жінок додаткові труднощі у вихованні декількох дітей, мовний і психомоторний рівень яких суттєво відрізнявся.

Усе це мало суттєве відображення у зміні життя сім'ї, всього її укладу, рольової поведінки батьків, розвиток подружньої дезадаптації. Протягом багаторазових курсів лікування зареєстровано 8 (8,3%) розлучень, ініціатором яких були чоловіки. Для матерів відмова від раніше запланованої вагітності та народження другої дитини стала реакцією на психічний та неврологічний стан хворої дитини у 42,7% (для чоловіків – 61,9%). До шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем) розвилася схильність у 3 (3,1%) матерів та 7 (11,1%) батьків.

До астено-депресивних, іпохондричних та істеричних реакцій були схильні батьки з високим рівнем невротизації. Основною їх причиною стали довготривале емоційне напруження, негативні переживання (тривога, страх, неспокій, розгубленість, дратівливість). За шкалою невротизації Вассермана негативну динаміку психічних та поведінкових розладів більшою мірою встановлено

у чоловіків (18,7% жінок і 33,3% чоловіків), хоча у кількісному вимірі (у балах шкали: $15,7 \pm 1,9$ балів і $17,8 \pm 2,6$ балів) різниці серед обох батьків не виявлено. У симптоматичному профілі невротичних розладів мали місце епізоди страху, астеничний компонент (підвищена стомлюваність, відчуття слабкості, млявості), когнітивні порушення (труднощі в концентрації, зосередженні уваги, зниження швидкості мислення, зниження пам'яті), тенденції іпохондрії, тривожно-депресивні розлади, в тому числі – короткотермінові реакції тривоги і депресії.

Диференціальна оцінка тривоги у батьків, які виховують тяжкохворих дітей з вираженою затримкою психічного розвитку при ДЦП, дозволила виявити деякі особливості її формування. За тестом Спілбергера–Ханіна нами проведена оцінка формування реактивної та особистісної тривоги, результати якої наведено у **табл. 3**.

Реактивна тривога однаковою мірою мала місце в обох з батьків, а при оцінці особистісної тривоги виявлена негативна тенденція до загострення досліджуваних психічних та поведінкових розладів у жінок. Багато матерів у співбесіді з психіатром зізналися, що проєктують свої негативні емоції, тривогу, напругу на хвору дитину, тим самим затримують їх психомоторний та особистісний розвиток. Натомість інші матері страждають на відчуття гіперпротекції, пригнічують мотивацію дитини до досягнення певних результатів, відсторонюють увагу батька до виховання. Чоловіки страждають на відчуття втрати та формують поведінку уникнення у структурі сімейних ролей.

Таблиця 2

Розподіл обстежених батьків відповідно до критеріїв психічних і поведінкових розладів (МКХ-10) (абс./%)

Психічні розлади (абс./%)	Батьки	
	Мати (n=96)	Батько (n=63)
F32.0: Депресивні епізоди легкого ступеню	n=33 (34,4%)	n=18 (28,6%)
F40.9: Фобічні тривожні розлади неуточнені	n=25 (26,0%)	n=13 (20,6%)
F41.2: Змішані тривожні та депресивні розлади	n=32 (33,3%)	n=18 (28,6%)
F43.23: Розлади адаптації з переважанням розладів інших емоцій	n=52 (54,1%)	n=29 (46,0%)
F45.2: Іпохондричні розлади	n=49 (51,0%)	n=22 (34,9%)
Z73.0: Перевтома	n=85 (88,5%)	n=26 (41,2%)
Z73.2: Недостатній відпочинок і розслаблення	n=79 (82,3%)	n=27 (42,8%)

Таблиця 3

Рівень тривоги батьків за тестом Спілбергера–Ханіна (абс./%)

Тип тривоги (абс./%, бал)	Батьки	
	Мати (n=96)	Батько (n=63)
Реактивна тривога	Низька	n=35 (36,5%) n=21 (33,3%)
	Помірна	n=61 (63,5%) n=42 (66,7%)
	Висока	–
Особистісна тривога	Середній бал	34,2±1,3 35,6±1,7
	Низька	n=7 (7,3%) –
	Помірна	n=64 (66,7%) n=52 (82,5%)
	Висока	n=25 (26,0%) n=11 (17,5%)
Середній бал	38,0±1,4 39,0±0,9	

З психологічної точки зору реактивна тривога батьків виникає як емоційна реакція на постановку діагнозу та труднощі у догляді за тяжкохворою дитиною, і може бути різною за інтенсивністю та динамічністю в часі. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, а іноді – тонкої координації. Але тривожність не є негативною початковою рисою. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної особистості. Напротивагу цьому, особистісна тривога проявляється не безпосередньо у поведінці, вона має вираження суб'єктивного неблагополуччя особистості, що створює специфічний фон її життєдіяльності, гнітючий психічний стан особистості. Дуже висока особистісна тривога корелює з невротичними розладами і може викликати нервові зриви, депресивні стани, а також психосоматичні захворювання. Тривожні розлади особливо виразними були за відсутності в родині інших здорових дітей.

Висновки

Результати проведеного дослідження дозволили говорити про наявність психічних

та поведінкових розладів у батьків, що виховують тяжкохворих дітей з ДЦП. Сам факт постановки діагнозу викликає у батьків кризове реагування як на рівні окремих членів сім'ї, так і сім'ї в цілому. При затримці психомоторного та мовного розвитку дитини батьки страждають на розвиток змішаних тривожних і депресивних розладів, невротичні та іпохондричні розлади, появу агресії; переживають відчуття важкого горя та втрати, розлади соціалізації у сім'ї.

У той же час сім'я повинна розглядатися як терапевтичний, стабілізуючий фактор, що допомагає дитині впоратися з хворобливими переживаннями на етапі лікування. Це обумовлює необхідність надання психотерапевтичної допомоги всій родині, а курси лікування тяжкохворої дитини мають супроводжуватися психологічною допомогою лікаря-психотерапевта для запобігання появи або прогресування психопатологічних розладів. Таким чином, важливим пунктом у програмі реабілітації дітей з ДЦП є психологічна робота з їхніми батьками, метою якої є подолання стресових станів, тривожності та повноцінної сімейної реалізації.

Література

1. Krasil'nikova E. D. Psikhologicheskie osobennosti semei, vospityvayushchikh detey s razlichnymi variantami narusheniya psikhicheskogo zdorov'ya [Psychological characteristics off a milies with children with various variants of mental health]. Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov [Menta lhealth of children and adolescents], 2012, no.2, pp. 29-35. (In Russ.)
2. Piovesana A. M., Ross S., Whittingham K., Ware R. S., Boyd R. N. Stability of executive functioning measures in 8-17-year-old children with unilateral cerebral palsy. Clin. Neuropsychol., 2015, vol. 29(1), pp. 133-149.
3. Guillamón N., Nieto R., Pousada M., Redolar D., Muñoz E., Hernández E., Boixadós M., Gómez-Zúñiga B. Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. J. Clin. Nurs., 2013, vol. 22(11-12), pp. 1579-1590.
4. Ustinov N. V., Yakhin K. K. Programma psikhosotsial'noy rehabilitatsii roditel'ey detey, bol'nykh detskim tserebral'ny mparalichom [Psychosocial rehabilitation of parents of children with cerebral palsy]. Kazanskiy meditsinskiy zhurnal [Kazan Medical Journal], 2003, vol. 84, no.1, pp. 44-47. (In Russ.)
5. Barlow J. H., Cullen-Powell L. A., Cheshire A. Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. Early Child Development and Care, 2006, vol. 176, pp. 421-428.
6. Davis E., Shelly A., Waters E., Boyd R., Cook K., Davern M. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. Child: Care, Health and Development, 2010, vol. 36, pp. 63-73.
7. Kaya K., Unsal-Delialioglu S., Kutay Ordu-Gokkaya N., Ozisler Z., Ergun N., Ozel S., Ucan H. Musculoskeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy. Disability and Rehabilitation, 2010, vol. 32, pp. 1666-1672.
8. Parkes J., Caravale B., Marcelli M., Franco F., Colver A. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. Developmental Medicine And Child Neurology, 2011, vol. 53, pp. 815-821.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (КЛИНИКО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Р. В. Рахманов
Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины
КУ «Днепропетровская клиническая психоневрологическая больница» ДОР

Аннотация. В статье исследовали характер формирования психических расстройств у родителей, воспитывающих детей с детским цере-

THE MENTAL STATE OF THE PARENTS WITH CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY (CLINICAL AND PSYCHIATRIC RESEARCH)

R. V. Rakhmanov
Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine
KZ «Dnipropetrovsk clinical psychoneurological hospital» DOR

Summary. The article presented the nature of the mental disorders in parents raising children with cerebral palsy, delayed mental and language development. Defined behavioral and psychological reactions of parents on the child diagnosis, and

бральним паралічем, затримкою психического и речевого розвитку. Определены психические и поведенческие реакции родителей на диагноз ребенка, описана специфика клинических и психологических проявлений в течение воспитания, ухода и лечения ребенка. Выделены поведенческие черты состояния тяжелого горя в остром периоде по уходу за ребенком; депрессивные, фобические, тревожные и ипохондрические расстройства в первые годы развития заболевания. На основе полученных данных, отражающих механизмы формирования психопатологических расстройств родителей, предлагается предоставление дифференцированной комплексной психиатрической помощи родителям на этапах лечения неврологических расстройств ребенка с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: психическое состояние родителей, поведенческие расстройства, детский церебральный паралич, диагностика.

describes the specific clinical and psychological manifestations of mental disorders during education, care and treatment of the child. Thesis there is determined behavioral features state of severe trouble in the acute period of parental leave; depressive, phobic, anxiety and hypochondriacal disorder in the early years of the disease. Based on the data that reflect the mechanisms of mental illness in response to family derealization in parents are invited to provide differentiated comprehensive mental health care to parents on the stages of the treatment of neurological disorders child with cerebral palsy.

Key words: psychiatric disorders of parents, behavioral disorders, cerebral palsy, diagnosis.

U.D.K: 613.86:612.176:616.12-008.3-7



L. Fritzsche

M. Fritzsche

D. Majoe

OPTIMI (ONLINE PREDICATIVE TOOLS FOR INTERVENTION IN MENTAL ILLNESS). BIOFEEDBACK BASED ON HEART RATE VARIABILITY AS A PREVENTIVE TOOL AGAINST STRESS-RELATED DISORDERS

L. Fritzsche^{1,2}, M. Fritzsche^{1,2}, D. Majoe¹

¹ ETH Zürich, Laboratory for Software technology, Zurich, Switzerland

² Practice of Internal Medicine, Adliswil, Switzerland

Summary. Portable health management devices such as mobile phones, based on the biofeedback principle, are becoming increasingly attractive for scientists and individuals who strive to achieve a healthier lifestyle. Portable health management devices such as mobile phones equipped with sensors to provide biofeedback are becoming increasingly attractive to scientists and other individuals who strive to achieve a healthier lifestyle. Under the auspices of the OPTIMI project we have developed and tested a new ECG biofeedback sensor. This sensor monitors heart rate variability as an indication of a participant's level of stress and relaxation. In the study, participants practiced slow, conscious, meditative breathing while observing biofeedback in the form of visual stimulation from the sensor. The training was carried out in healthy volunteers, who as a result of the biofeedback exercises could improve their coping strategies.

Key words: ECG biofeedback sensor, HRV, stress, coping, diaphragmatic breathing.

Biofeedback involves the recording and monitoring of certain biological signals so that, for example, the sleep quality, the manifestation of various chronic conditions or mood states, and any number of other aspects of oneself can be tracked; this tracking is performed for the purposes of learning and noticing patterns and, ultimately, effecting change [1].

Since the inception of the smartphone, and in conjunction with the growth of the «quantified self» movement, the appeal and potential of self-tracking has been increasing. There are several reasons for this. Human beings are innately curious about themselves; at the same time, smartphones have placed the possibility

of data capture and representation within the grasp of the masses. The combination of these two factors has great clinical potential.

So-called 'E-therapies' have already been shown to be both clinically and cost-effective [2, 3, 4] when treating any number of psychological problems, including stress among individuals who are otherwise healthy [5, 6]. Recently, interest has been expressed in augmenting such therapies with the potential unleashed by new sensor technologies, which allow objective, automatic monitoring [7].

Biofeedback can be described as self-tracking performed in real time. Biological signals are fed back to the individuals who

originate them in such a way that the signals can be perceived and understood. The individual then tries to influence and control the original signals. The continuous feedback provided by the sensor reinforces those behaviors that lead to the desired effect, allowing the user to develop effective strategies [8, 9]. For example, an increase or decrease in the size of the circle might correspond to each beat of a participant's heart; by observing this pattern the participant can learn to control their heart rate in times of stress.

It is postulated that the effectiveness and appeal of e-therapy programs for stress management could be improved by making such technologies available. In the current study, the biological signal of heart rate variability (HRV) was targeted for the purposes of monitoring and biofeedback.

Heart Rate Variability (HRV)

Normal physiological functioning can cause some heart rate oscillations which are normal and healthy. In numerous studies, low HRV (prevalence of sympathetic regulation) is considered as being a sign of anxiety disorders and stress [10] and even rather severe heart conditions. At the same time, high HRV (prevalence of parasympathetic regulation) could be an indicator of balanced emotional regulation and good coping [11].

Showing the balance between sympathetic and parasympathetic systems, HRV is a clear indicator of their regulatory activity, and is commonly used in biofeedback [12]. The HRV biofeedback training is aimed at producing increases in heart rate during inhalation and decreases in heart rate during exhalation, thus maximising the overall heart rate variability [13]. Participant's visual stimulation could be a great asset, providing him information on his inner state, with the goal of trainees increasing their HRV (in the case it is low). Breathing techniques are an essential part of the training. Because the relationship between HRV and stress is well-known [14], HRV was identified as an appropriate biological signal to allow participants to do self-tracking during the stress management program, and also to use self-tracking in a real-time biofeedback exercise.

The method used for increasing of trainees' HRV in our study is diaphragmatic breathing.

Methodology: Diaphragmatic breathing.

Diaphragmatic breathing, abdominal breathing, belly breathing or deep breathing is breathing done by contracting the diaphragm, a muscle located horizontally between the chest cavity and stomach cavity. Air enters the lungs and the belly expands during this type of breathing (fig 1).

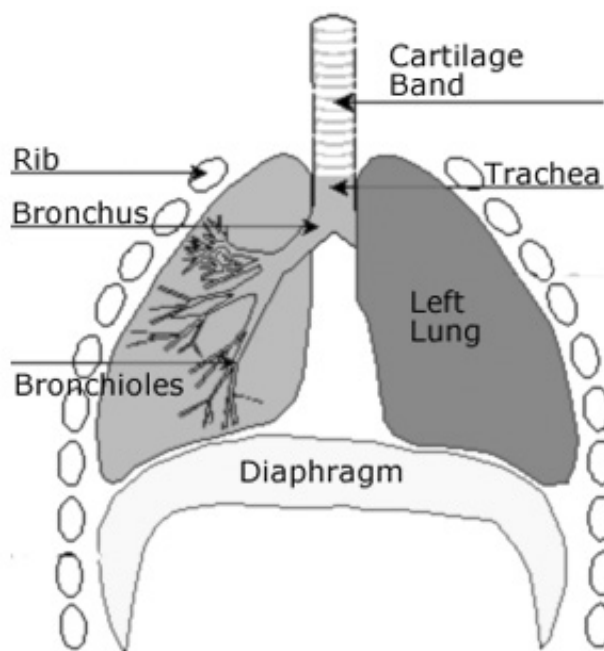


Fig. 1. Respiratory system

This deep breathing is marked by expansion of the abdomen rather than the chest. It is considered to be a healthier and more effective way to ingest oxygen.

To breathe with the diaphragm one must draw air into the lungs in a way which will expand the stomach and not the chest. It is best to perform these breaths as long, slow intakes of air – allowing the body to absorb all of the inhaled oxygen while simultaneously relaxing the breather.

To do this comfortably, it is often best to loosen tight-fitting pants/belts/skirts, as these can interfere with the body's ability to intake air. While at first one may not feel comfortable expanding the stomach during breathing, diaphragmatic breathing actually fills up the majority of the lungs with oxygen – much more than chest-breathing or shallow breathing.

Abdominal breathing helps to build heat in the body, regulates the parasympathetic nervous system. Deep breathing exercises are a form of relaxation, and therefore, when practiced regularly, lead to the relief or prevention of symptoms commonly associated with stress including high blood pressure, headaches, stomach conditions, depression, anxiety, and others.

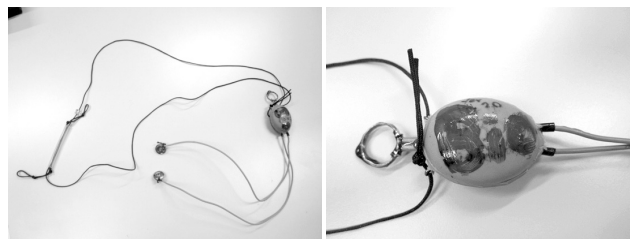
Performing diaphragmatic breathing can be therapeutic, and with enough practice, can become a standard way of breathing.

According to different yoga schools, breath directly affects the mind, to the point that breath-mastery leads to self-mastery. The abdominal breathing technique is one of the first that all yoga students learn. Previous studies have suggested that therapies that improve modulation of

sympathovagal balance, such as biofeedback and slow abdominal breathing, are effective in patients with stress-related disorders [15].

ECG sensor for biofeedback (HRV biofeedback exercise).

The ECG sensor monitoring heart rate variability can be used for biofeedback training (fig 2).



Appearance
(electronics with a necklace
and electrodes)

Electronics
with charging loop

Fig. 2. ECG Biofeedback sensor

In order to attach the ECG Biofeedback sensor to the body we use electrode pads which are readily available on the market and used in routine medical practices. They contain a special gel to prevent skin irritation (fig 3).

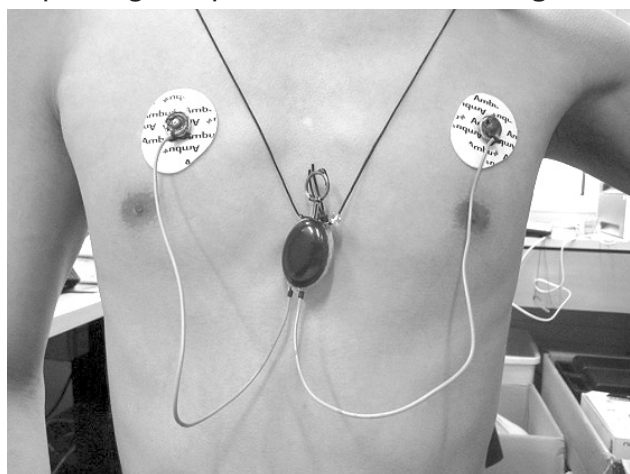


Fig. 3. Application

In biofeedback mode, the ECG sensor transmits a stream of raw data (the differences between heartbeats) to a software application on a netbook. The netbook software calculates the heart rate variability and displays the Fast Fourier Transform (FFT) which results to the user as a frequency power spectrum. The software calculates the energy in the spectrum around a specific range of frequencies, which matches the optimum respiration rate for that person (based on pre-defined values according to age and gender). The software displays an animated cue for in-breaths and out-breaths, which encourages the user to breathe at their optimal rate. When optimal breathing is achieved, the power spectrum rises. Rises in the power spectrum produces an additional graphical cue to the user – a black-and-white butterfly becomes increasingly colorful (fig 4).



Fig. 4. Colorful butterfly

Biofeedback procedure.

Our study involved 38 university students who were moderately stressed (scoring >13 on the Perceived Stress Scales [16] but not depressed (scoring <19 on the Beck Depression Inventory [17] aged (25 – 46) without major physiological and mental diseases. The recruitment was carried out among students and employees at ETH, Zurich (Switzerland). Advertisements offered the opportunity for learning stress management techniques and provided monetary compensation for time spent during the study. The study was carried out according to the principles of the Declaration of Helsinki and was approved by the ETH Ethics Committee. All participants signed Informed Consent Forms.

Results of the study were assessed on the individual basis.

Participants had to follow the instructions:

1. Sit comfortably and relax.
2. Slowly inhale through your nose or through pursed lips (to slow down the intake of breath). As you inhale, push your belly/ stomach out and feel your stomach expand. Follow the breathing pattern in the program (slowly inhale while the circle is increasing) (fig 5).



Fig. 5. Breathing pattern in the program

3. Hold your breath for a short while.
 4. Slowly exhale through pursed lips to regulate the release of air while squeezing your stomach. Follow the breathing pattern in the program (slowly exhale while the circle is decreasing).
 5. Hold your breath for a short while.
 6. If you do it properly and your heart works the optimal way, you will be rewarded.
- The black-and-white butterfly on the screen will become colorful (fig 6).



Fig. 6. There is the black and white butterfly on the screen

If participants could not make the butterfly colorful, or if they could not keep it colorful long enough, it did not mean that they were sick. The biofeedback sensor is not a diagnostic tool and cannot reveal heart problems, although striking abnormalities could be a reason to seek medical advice. In case of an inability to reach the goal of the training (colorful butterfly), the participants were instructed to relax, repeat the exercise and after which they were usually able to succeed.

Results (examples).

1. Background (stressed) (fig 7).
2. Successful biofeedback training (deep breathing for 10 min) (fig 8).
3. The exercise is finished (normal breathing, much more relaxed subjective feeling) (fig 9).

Biofeedback training helps (subjects?) to learn the diaphragmatic breathing technique, which is well-known as being beneficial for

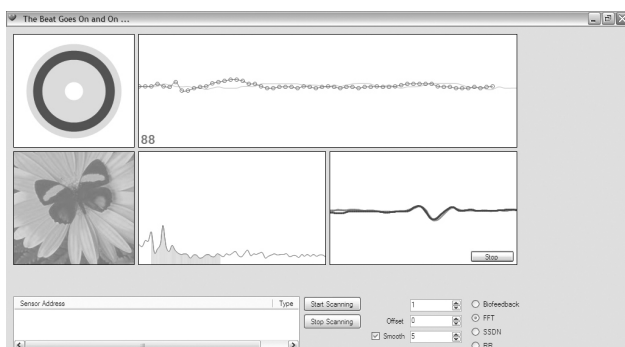


Fig. 7. Background (stressed)

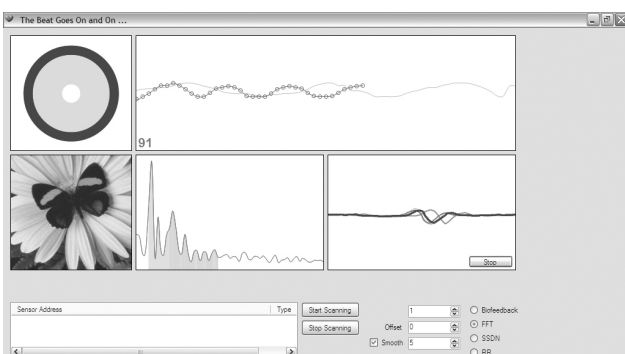


Fig. 8. Successful biofeedback training (deep breathing for 10 min)

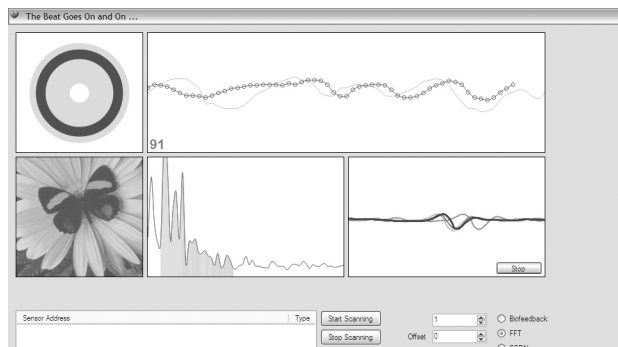


Fig. 9. The exercise is finished (normal breathing, much more relaxed subjective feeling)

both physical and mental states. Participants could profit in a variety of ways. First, after the training, the heart continues working in an optimal way for some time. (The subjects?) remain calm and relaxed. Second, they learn how to relax and make their heart work more effectively. Students could use this method (without the program) in different stressful situations or as a part of their usual physical training.

Discussion and conclusions: the findings of our study supported the assumption that there is significant value in biofeedback exercises. Most of the study participants found the experience enjoyable and profited from being in the study.

The study results demonstrate the good real-time performance of the system and the positive effects of biofeedback training sessions, as documented by an increased HRV and reduced heart rate. HRV biofeedback significantly reduced sympathetic activity, as was reflected in the ratio of low-frequency power to high-frequency power (the LF/HF ratio, $P < 0.001$); it also increased parasympathetic activity, as was shown by the normalized high-frequency power (HF_{nm}) ($P < 0.001$). Thus, biofeedback training contributed to the beneficial effect of reducing stress-related cardiovascular responses by improving autonomic sympathovagal modulation. The respiration control method, which relaxes the body and mind, may efficiently prevent stress-related disorders.

Future research is of great importance to examine the usefulness of stress management programs on a larger scale. That said, our study results suggest that such a future program will be successful.

References

1. Swan M. Health 2050: The Realization of Personalized Medicine through Crowdsourcing, the Quantified Self, and the Participatory Biocitizen. *Journal of Personalized Medicine*, 2012, no. 2(4), pp. 93-118.
2. Andrews G., Cuijpers P., Craske M. G. [et al.] Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One*, 2010, no. 5(10), pp. 1319-1371.
3. Barak A., Grohol J. M. Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 2011, no. 29(3), pp. 155-196.
4. McCrone P. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2004, no. 185(1), pp. 55-62.
5. Rose R. D., Buckley J. C., Zbozinek T. D. [et al.] A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia, stress management and resilience training program. *Behaviour Research and Therapy*, 2013, no. 51(2), 1, pp. 6-12.
6. Zetterqvist K., Maanmies J., Ström L., Andersson G. Randomized controlled trial of internet-based stress management. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2003, no. 32(3), pp. 151-160.
7. Alcañiz M., Botella C., M. Baños R. [et al.] The Intelligent e-Therapy system: a new paradigm for telepsychology and cybertherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 2009, no. 37(3), pp. 287-296.
8. Zaichkowsky L., Fuchs C. Z. Biofeedback applications in exercise and athletic performance. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 1988, no. 16, pp. 381-421.
9. Lee J., Finkelstein J. Evaluation of a portable stress management device. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2015, no. 208, pp. 248-252.
10. Friedman B. H., Thayer J. F. Autonomic balance revisited: Panic anxiety and heart rate variability. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, no. 44(1), pp. 133-151.
11. Appelhans B. M., Luecken L. J. Heart rate variability as an index of regulated emotional responding. *Review of General Psychology*, 2006, no. 10(3), pp. 229-240.
12. Lehrer P. M. How Does Heart Rate Variability Biofeedback Work? Resonance, the Baroreflex, and Other Mechanisms. *Biofeedback*, 2013, no. 41(1), pp. 26-31.
13. Lehrer P. M., Vaschillo E., Vaschillo B. Resonant Frequency Biofeedback Training to Increase Cardiac Variability: Rationale and Manual for Training. *Biofeedback*, 2000, no. 25(3), pp. 177-191.
14. Vrijkotte T. G. M., van Doornen L. J. P., de Geus E. J. C. Effects of Work Stress on Ambulatory Blood Pressure, Heart Rate, and Heart Rate Variability. *Hypertension*, 2000, no. 35(4), pp. 880-886.
15. Chen S., Sun P., Wang S., Lin G., Wang T. Effects of heart rate variability biofeedback on cardiovascular responses and autonomic sympathovagal modulation following stressor tasks in prehypertensives. *Journal of Human Hypertension*, 2015, no. 10(3), pp. 2015-2027.
16. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, no. 24(4), pp. 385-396.
17. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. *Manual for Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1996, pp. 588-597.

ОРТІМІ (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМЕ ONLINE ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ). БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ, ОСНОВАННАЯ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ СТРЕССОМ

Л. Фрицше^{1,2}, М. Фрицше^{1,2}, Д. Маджо¹

¹Инженерно-техническая высшая школа (ИТВШ), Цюрих, Лаборатория программного обеспечения, Цюрих, Швейцария

²Клиника внутренних болезней, Адлисвилль, Швейцария

Аннотация. Портативные устройства для контроля состояния здоровья, такие как мобильные телефоны, основанные на принципе биологической обратной связи, вызывают повышенное внимание у ученых и лиц, стремящихся к более здоровому образу жизни. В рамках проекта ОРТІМІ мы разработали и протестировали новый ЭКГ-сенсор для биологической обратной связи. Этот сенсор мониторирует вариабельность сердечного ритма в качестве показателя уровня стресса и расслабления у участников. В этом исследовании участники использовали медленное, осознанное, медитативное дыхание, наблюдая биологическую обратную связь в виде визуальной стимуляции, получаемую от сенсора. Тренинги проводились для здоровых добровольцев, которые в результате упражнений по биологической обратной связи могли улучшить свои копинговые стратегии.

Ключевые слова: ЭКГ сенсор обратной связи, стресс, копинговые стратегии, диафрагмальное дыхание.

ОРТІМІ (ПРЕДИКАТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ В РЕЖИМЕ ONLINE ДЛЯ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я). БІОЛОГІЧНИЙ ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК, ЗАСНОВАНИЙ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, ЯК ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАХІД ЗАХВОРЮВАНЬ, ВИКЛИКАНИХ СТРЕССОМ

Л. Фрицше^{1,2}, М. Фрицше^{1,2}, Д. Маджо¹

¹Инженерно-технічна вища школа (МВШ), Цюрих, Лабораторія програмного забезпечення, Цюрих, Швейцарія

²Клініка внутрішніх хвороб, Адлісвіль, Швейцарія

Анотація. Портативні пристрої для контролю стану здоров'я, такі як мобільні телефони, засновані на принципі біологічного зворотного зв'язку, викликають підвищену увагу у вчених і осіб, що прагнуть до більш здорового способу життя. В рамках проекту ОРТІМІ ми розробили і протестували новий ЕКГ-сенсор для біологічного зворотного зв'язку. Цей сенсор моніторує варіабельність серцевого ритму як показник рівня стресу і розслаблення в учасників. У цьому дослідженні учасники використовували повільний, усвідомлений, медитативний підхід, спостерігаючи біологічний зворотний зв'язок у вигляді візуальної стимуляції, що отримували від сенсора. Тренінги проводилися для здорових добровольців, які в результаті вправ по біологічному зворотному зв'язку могли поліпшити свої копингові стратегії.

Ключові слова: ЕКГ-сенсор зворотного зв'язку, стрес, копингові стратегії, діафрагмальне дихання.

УДК 616.31:[616.176.8+617.52]-001-036-07-08-084-092



ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ РЕАКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА З ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ІНДИКАТОРАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ

А. О. Григорова

Харківський національний медичний університет

Анотація. У статті наведені дані щодо дослідження 326-ти осіб із пошкодженнями та запальними захворюваннями щелепно-лицьової ділянки. На основі вивчення частоти та характеру неспсихотичних порушень психічної сфери при запальних захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицьової ділянки з'ясовано, що перебіг цих патологічних станів характеризується формуванням у пацієнтів психофізіологічної дезадаптації. У структурі невротичних розладів цих пацієнтів переважають саме невротичні розлади з затяжним перебігом, що потребує враховувати цю обставину на етапах лікування та індивідуалізації добору реабілітаційної тактики.

Ключові слова: психофізіологія, дезадаптація, пошкодження, захворювання, щелепно-лицьова ділянка, стоматологія.

Вступ

Проблема здоров'я населення названа одним із пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ у XXI сторіччі. Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я обумовлені впливом соціальних, екологічних та інших проблем, на розв'язання яких спрямовані сучасні зусилля європейської медичної спільноти. Зростання термінів тимчасової непрацездатності та показників первинної інвалідності внаслідок хронічних хвороб, зокрема, поєднаних, завдає значних економічних збитків і посилює соціальну значущість наукових досліджень, спрямованих на вдосконалення медико-психологічного моніторингу, ранню діагностику та на індивідуалізацію лікування і ризикометричних підходів [1–5]. Це повною мірою стосується і пацієнтів із запальними захворюваннями та пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) [6–9].

Мета дослідження

Вивчення частоти та характеру неспсихотичних порушень психічної сфери при запальних захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицьової ділянки залежно від нозологічно-групового виду стоматологічної патології та рівня потреби у лікуванні пародонту.

Матеріали та методи дослідження

Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко-анамнестичного обстеження пацієнтів із пошкодженнями та запальними захворюваннями ЩЛД на етапах їх клінічного моніторингу в умовах спеціалізованої клініки хірургічної стоматології [10–14]. У дослідженнях на цьому етапі задіяно 326 осіб (з пошкодженнями ЩЛД – $n_{\text{МП}}=179$ та з 33 ЩЛД – $n_{\text{МП}}=147$). Дослідження виконано за

стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів [1–4, 15, 16]. Під час виконання дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні й клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [1, 3, 14, 16], варіаційна статистика, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження частоти та характеру психофізіологічних реакцій дезадаптації серед пацієнтів із запальними захворюваннями (33) та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки досліджено залежно від виду патології ЩЛД та рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 1). Виявлено, що частота реакцій психофізіологічної дезадаптації (РПД) серед 326 пацієнтів становила $(56,1 \pm 2,7)\%$ та коливалася від $(44,9 \pm 6,0)\%$ до $(66,7 \pm 5,3)\%$, $p < 0,05$. Фактором впливу стосовно цих достовірних відмінностей виявлено рівень потреби пацієнтів у лікуванні тканин пародонту. Слід зазначити, що частота реакцій психофізіологічної дезадаптації (ПФД) не залежала від нозологічного виду патології: при пошкодженнях – у $(55,9 \pm 3,7)\%$, при захворюваннях – $(57,1 \pm 4,1)\%$, $p > 0,05$. У цих групах обстежених найбільш частим клінічним варіантом реакцій дезадаптації визнана наявність саме реакцій ПФД.

Частота дезадаптивних психофізіологічних реакцій у вигляді соматогенного астеничного симптомокомплексу (САСК) становила $(19,6 \pm 2,2)\%$ та коливалась у групах пацієнтів у межах від $(9,0 \pm 3,2)\%$ до $(27,5 \pm 5,4)\%$: достовірно найбільш частими – у $(27,5 \pm 5,4)\%$ – ці психофізіологічні реакції зареєстровані серед пацієнтів із 33 ЩЛД з ви-

Таблиця 1

Частота та характер психофізіологічних реакцій дезадаптації серед пацієнтів із запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту

Клінічні варіанти психофізіологічної дезадаптації		Пошкодження ЩЛД (n _{MP} = 179)		Запальні захворювання ЩЛД (n _{MP} = 147)		Разом (n = 326)
		СРІТН < 2 ² n ₂ = 54	СРІТН < 2 ² n ₂ = 125	СРІТН < 2 ² n ₂ = 78	СРІТН < 2 ² n ₂ = 69	
Реакції психічної дезадаптації	абс., осіб	25	75	52	31	183
	P ± m, %	46,3 ± 6,8	60,0 ± 4,4	66,7 ± 5,3 ^a	44,9 ± 6,0 ^b	56,1 ± 2,7
		55,9 ± 3,7 ^c		57,1 ± 4,1 ^c		
Соматогенний астеничний симптомокомплекс	абс., осіб	10	28	7	19	64
	P ± m, %	18,5 ± 5,3	22,4 ± 3,7	9,0 ± 3,2 ^a	27,5 ± 5,4	19,6 ± 2,2
		21,2 ± 3,1		17,7 ± 3,1 ^c		
Гострі невротичні розлади	абс., осіб	2	5	4	3	14
	P ± m, %	3,7 ± 2,6	4,0 ± 1,8	5,1 ± 2,5	4,3 ± 2,5	4,3 ± 1,1
		3,9 ± 1,4		4,8 ± 1,8		
Невротичні розлади з затяжним перебігом	абс., осіб	7	13	8	14	42
	P ± m, %	13,0 ± 4,6	10,4 ± 2,7	10,3 ± 3,4	20,3 ± 4,8 ^b	12,9 ± 1,9
		11,2 ± 2,4		15,0 ± 2,9 ^c		
Без психофізіологічної дезадаптації	абс., осіб	10	4	7	2	23
	P ± m, %	18,5 ± 5,3	3,2 ± 1,6	9,0 ± 3,2 ^a	2,9 ± 2,0	7,1 ± 1,4
		7,8 ± 2,0 ^c		6,1 ± 2,0		

Примітки:

^a – достовірна відмінність між пацієнтами з СРІТН < 2 при p ≤ 0,05;

^b – достовірна відмінність між пацієнтами з СРІТН ≥ 2, при p ≤ 0,05;

^c – достовірна відмінність між пацієнтами в межах однієї клінічної групи, при p ≤ 0,05;

²n₀ – пацієнти з пошкодженнями ЩЛД, в т.ч.:

²n₁ – які мають високий рівень та ²n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту;

¹n₀ – пацієнти з запальними захворюваннями ЩЛД, в т.ч.: ¹n₁ – які мають високий рівень та ¹n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту

соким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, тоді як серед таких самих пацієнтів із рівнем СРІТН < 2 частота САСК виявлена майже втричі меншою (табл. 1). При пошкодженнях ЩЛД в цілому частота реакцій ПФД була дещо (p > 0,05) вищою, ніж при запальних захворюваннях; однак не залежала від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при СРІТН < 2 становила (18,5 ± 5,3)%, а при СРІТН ≥ 2 – (22,4 ± 3,7)%. З наведеного вище можна дійти висновку стосовно зростання частоти реакцій ПФД на етапах лікування пацієнтів із 33 ЩЛД.

Частота дезадаптивних психофізіологічних реакцій у формі гострих невротичних розладів становила (4,3 ± 1,1)% та колилась у групах пацієнтів у межах від (3,7 ± 2,6)% до (5,1 ± 2,5)%: певною мірою (p > 0,05) частими – у (5,1 ± 2,5)% – ці психофізіологічні реакції зареєстровані серед пацієнтів із 33 ЩЛД із низьким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, тоді як серед таких самих пацієнтів з рівнем СРІТН < 2 частота гострих невротичних розладів (ГНР) становила (3,7 ± 2,6)%.

При пошкодженнях ЩЛД в цілому частота реакцій ПФД не відрізнялась від аналогічного показника (p > 0,05) групи пацієнтів із запальними захворюваннями ЩЛД та не залежала від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту. З наведеного можна дійти висновку, що групи пацієнтів не відрізнялись за частотою ГНР.

Частота дезадаптивних психофізіологічних реакцій невротичних розладів із затяжним перебігом становила (12,9 ± 1,9)% та колилась у групах пацієнтів у межах від (10,3 ± 3,4)% до (20,3 ± 4,8)%: достовірно найбільш частими – у (20,3 ± 4,8)% – ці психофізіологічні реакції зареєстровані серед пацієнтів із 33 ЩЛД з високим рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, тоді як серед таких самих пацієнтів з рівнем СРІТН < 2 частота САСК виявлена майже вдвічі меншою (табл. 1). При пошкодженнях ЩЛД частота реакцій ПФД була (p > 0,05) меншою, ніж при запальних захворюваннях, однак не залежала від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при СРІТН < 2 становила

(13,0 ± 4,6)%, а при CPITN ≥ 2 (10,4 ± 2,7)%. З наведеного можна дійти висновку, що невротичні розлади із затяжним перебігом властиві (реєструються достовірно частіше) пацієнтам з високим рівнем потреби у лікуванні пародонту на тлі 33 ЩЛД.

Серед обстежених пацієнтів реакції психофізіологічної дезадаптації проявлялися переважно астенічним (39,9 ± 3,6%), соматоформним (34,4 ± 3,5%), дистимічним (16,9 ± 2,8%) та афективним (8,7 ± 2,1%) клінічними варіантами.

Так, *астенічний варіант РПД* серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД діагностовано однаково часто незалежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 2), тоді як серед пацієнтів із 33 ЩЛД астенічний варіант РПД чітко та достовірно диференціювався залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно у (34,6 ± 5,4) % та (15,9 ± 4,4) % пацієнтів): при зростанні потреби у лікуванні тканин пародонту зменшувалася частота, що можна пояснити перерозподілом у бік більш тяжких форм ПФД.

Соматоформний варіант РПД найбільш

часто реєструвався серед пацієнтів із 33 ЩЛД насамперед з низьким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту та достовірно частіше, ніж у відповідній групі пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД (відповідно при CPITN < 2 (24,4 ± 4,9)%; при CPITN ≥ 2 (13,7 ± 4,8)%, $p < 0,05$). У цілому зберігалася тенденція до більшої частоти соматоформних проявів саме у групі пацієнтів із пошкодженнями ЩЛД.

Дистимічний варіант РПД найбільш часто реєструвався серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД насамперед з високим рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, та достовірно рідше цей варіант ПФД виявлено в групі пацієнтів із 33 ЩЛД (відповідно (13,4 ± 2,5) % та (4,8 ± 1,8) %, $p < 0,05$). У цілому виявлена тенденція ($p > 0,05$) більшої частоти дистимічних проявів саме у групі пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД насамперед у разі високої потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при CPITN < 2 (9,3 ± 3,9)%; при CPITN ≥ 2 (15,2 ± 3,2) %).

Афективний варіант РПД також найбільш часто реєструвався серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД насамперед з висо-

Таблиця 2

Частота та характер клінічних варіантів реакцій психічної дезадаптації серед пацієнтів із запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту

Клінічні варіанти психофізіологічної дезадаптації		Пошкодження ЩЛД (n _{MP} = 179)		Запальні захворювання ЩЛД (n _{MP} = 147)		Разом (n = 326)
		CPITN < 2 ² n ₂ = 54	CPITN ≥ 2 ² n ₂ = 125	CPITN < 2 ² n ₂ = 78	CPITN ≥ 2 ² n ₂ = 69	
Астенічний	абс., осіб	11	24	27	11	73
	P ± m, %	20,4 ± 5,5	19,2 ± 3,5	34,6 ± 5,4	15,9 ± 4,4	39,9 ± 3,6
		19,6 ± 3,0		25,9 ± 3,6 ^c		
Соматоформний	абс., осіб	7	21	19	14	63
	P ± m, %	13,7 ± 4,8	16,8 ± 3,3	24,4 ± 4,9	20,3 ± 4,8	34,4 ± 3,5
		15,6 ± 2,7		22,4 ± 3,4		
Дистимічний	абс., осіб	5	19	4	3	31
	P ± m, %	9,3 ± 3,9	15,2 ± 3,2	5,1 ± 2,5	4,3 ± 2,5 ^б	16,9 ± 2,8
		13,4 ± 2,5		4,8 ± 1,8		
Афективний	абс., осіб	2	11	2	1	16
	P ± m, %	3,7 ± 2,6	8,8 ± 2,5	2,6 ± 1,8	1,4 ± 1,4 ^б	8,7 ± 2,1
		7,3 ± 1,9		2,0 ± 1,2		
Всього	абс., осіб	25	75	52	31	183
	P ± m, %	46,3 ± 6,8	60,0 ± 4,4	66,7 ± 5,3 ^а	44,9 ± 6,0 ^б	56,1 ± 2,7
		55,9 ± 3,7 ^c		56,5 ± 4,1 ^c		

Примітки:

^а – достовірна відмінність між пацієнтами з CPITN < 2 при $p \leq 0,05$;

^б – достовірна відмінність між пацієнтами з CPITN ≥ 2, при $p \leq 0,05$;

^с – достовірна відмінність між пацієнтами в межах однієї клінічної групи, при $p \leq 0,05$;

²n₀ – пацієнти з пошкодженнями ЩЛД, в т.ч.:

²n₁ – які мають високий рівень та ²n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту;

¹n₀ – пацієнти з запальними захворюваннями ЩЛД, в т.ч.: ¹n₁ – які мають високий рівень та ¹n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту

ким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, та достовірно рідше цей варіант ПФД виявлено у групі пацієнтів із 33 ЩЛД (відповідно $7,3 \pm 1,9$) % та $(2,0 \pm 1,2)$ %, $p < 0,05$). У цілому виявлено закономірність ($p < 0,05$) більшої частоти дистимічних проявів саме у групі пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД насамперед у разі високої потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при $CPITN < 2$ $(3,7 \pm 2,6)$ %; при $CPITN \geq 2$ $(8,8 \pm 2,5)$ %).

Астенічний варіант САСК серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД діагностовано однаково часто незалежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 3), тоді як серед пацієнтів із 33 ЩЛД астенічний варіант РГД чітко та достовірно диференціювався залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при $CPITN < 2$ у $(1,3 \pm 1,3)$ %; при $CPITN \geq 2$ $(18,8 \pm 4,7)$ % пацієнтів): при зростанні потреби у лікуванні тканин пародонту зростала і частота астенічних варіантів САСК, що можна пояснити більш тривалим перебігом 33 ЩЛД у разі наявності високого рівня потреби у лікуванні тканин пародонту.

Астено-субдепресивний варіант САСК се-

ред пацієнтів із 33 ЩЛД діагностовано однаково часто незалежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 3), тоді як серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД, насамперед при $CPITN < 2$, виявлено найбільш частим (відповідно при пошкодженнях щелепно-лицьової ділянки (пЩЛД) у $(5,6 \pm 3,1)$ %; при 33 ЩЛД $(1,3 \pm 1,3)$ % пацієнтів); частота астено-субдепресивних варіантів САСК при пЩЛД дещо переважала відповідну їх частоту при 33 ЩЛД, що можна пояснити психологічно більш тяжким станом цих пацієнтів після травми.

Астено-тривожний варіант САСК діагностувався практично з однаковою частотою: при пошкодженнях ЩЛД – у $(5,0 \pm 1,6)$ %, при 33 ЩЛД – у $(3,4 \pm 1,5)$ % пацієнтів, а його частота не залежала від стану тканин пародонту.

Серед обстежених осіб невротичні розлади різної давності сформованості зареєстровані серед $(12,9 \pm 1,9)$ % пацієнтів, включаючи серед $(11,2 \pm 2,4)$ % осіб з пошкодженнями ЩЛД та серед $(15,0 \pm 2,9)$ % осіб із 33 ЩЛД; при цьому, якщо гострі невротичні розлади діагностовано практично з однаковою частотою у групі

Таблиця 3

Частота та характер клінічних варіантів соматогенного астенічного симптомокомплексу серед пацієнтів із запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту

Клінічні варіанти психофізіологічної дезадаптації		Пошкодження ЩЛД ($n_{MP} = 179$)		Запальні захворювання ЩЛД ($n_{MP} = 147$)		Разом ($n = 326$)
		$CPITN < 2$ ${}^2n_2 = 54$	$CPITN \geq 2$ ${}^2n_2 = 125$	$CPITN < 2$ ${}^2n_2 = 78$	$CPITN \geq 2$ ${}^2n_2 = 69$	
Астенічний	абс., осіб	3	11	1	13	28
	$P \pm m, \%$	$5,6 \pm 3,1$	$8,8 \pm 2,5$	$1,3 \pm 1,3$	$18,8 \pm 4,7^6$	$8,6 \pm 1,6$
		$7,8 \pm 2,0$		$9,8 \pm 2,5^c$		
Астено-субдепресивний	абс., осіб	3	5	1	2	11
	$P \pm m, \%$	$5,6 \pm 3,1$	$4,0 \pm 1,8$	$1,3 \pm 1,3$	$2,9 \pm 2,0$	$3,4 \pm 1,0$
		$4,5 \pm 1,5$		$2,0 \pm 1,2$		
Астено-тривожний	абс., осіб	3	6	3	2	14
	$P \pm m, \%$	$5,6 \pm 3,1$	$4,8 \pm 1,9$	$3,8 \pm 2,2$	$2,9 \pm 2,0$	$4,3 \pm 1,1$
		$5,0 \pm 1,6$		$3,4 \pm 1,5$		
Диссомнічний	абс., осіб	1	6	2	2	11
	$P \pm m, \%$	$1,9 \pm 1,8$	$4,8 \pm 1,9$	$2,6 \pm 1,8$	$2,9 \pm 2,0$	$3,4 \pm 1,0$
		$3,9 \pm 1,4$		$2,7 \pm 1,3$		
Всього	абс., осіб	10	28	7	19	64
	$P \pm m, \%$	$18,5 \pm 5,3$	$22,4 \pm 3,7$	$9,0 \pm 3,2^a$	$27,5 \pm 5,4$	$19,6 \pm 2,2$
		$21,2 \pm 3,1$		$17,7 \pm 3,1^c$		

Примітки:

^a – достовірна відмінність між пацієнтами з $CPITN < 2$, при $p \leq 0,05$;

⁶ – достовірна відмінність між пацієнтами з $CPITN \geq 2$, при $p \leq 0,05$;

^c – достовірна відмінність між пацієнтами в межах однієї клінічної групи, при $p \leq 0,05$;

² n_0 – пацієнти з пошкодженнями ЩЛД, в т.ч.:

² n_1 – які мають високий рівень та ² n_2 – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту;

¹ n_0 – пацієнти з запальними захворюваннями ЩЛД, в т.ч.: ¹ n_1 – які мають високий рівень та ¹ n_2 – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту

Таблиця 4

Частота та характер клінічних варіантів невротичних розладів серед пацієнтів з запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту

Клінічні варіанти психофізіологічної дезадаптації		Пошкодження ЩЛД (n _{MP} = 179)		Запальні захворювання ЩЛД (n _{MP} = 147)		Разом (n = 326)
		СРІТН < 2 ² n ₂ = 54	СРІТН < 2 ² n ₂ = 125	СРІТН < 2 ² n ₂ = 78	СРІТН < 2 ² n ₂ = 69	
Гострі невротичні розлади	абс., осіб	2	5	4	3	14
	P ± m, %	3,7 ± 2,6	4,0 ± 1,8	5,1 ± 2,5	4,3 ± 2,5	4,3 ± 1,1
		3,9 ± 1,4		4,8 ± 1,8		
Невротичні розлади із затяжним перебігом	абс., осіб	7	13	8	14	42
	P ± m, %	13,0 ± 4,6	10,4 ± 2,7	10,3 ± 3,4	20,3 ± 4,8 ^b	12,9 ± 1,9
		11,2 ± 2,4		15,0 ± 2,9 ^c		

Примітки:

^a – достовірна відмінність між пацієнтами з СРІТН < 2 при p ≤ 0,05;

^b – достовірна відмінність між пацієнтами з СРІТН ≥ 2, при p ≤ 0,05;

^c – достовірна відмінність між пацієнтами в межах однієї клінічної групи, при p ≤ 0,05;

²n₀ – пацієнти з пошкодженнями ЩЛД, в т.ч.:

²n₁ – які мають високий рівень та ²n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту;

¹n₀ – пацієнти з запальними захворюваннями ЩЛД, в т.ч.: ¹n₁ – які мають високий рівень та ¹n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту

з пошкодженнями ЩЛД та в групі із 33 ЩЛД, то невротичні розлади із затяжним перебігом достовірно частіше реєструвалися в групі пацієнтів із 33 ЩЛД на тлі високого рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 4).

Очевидно, що у групі пацієнтів із 33 ЩЛД існує статистичний взаємозв'язок між рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту та частотою невротичних розладів із затяжним перебігом, оскільки у разі СРІТН < 2 їх частота вдвічі менша, ніж при СРІТН ≥ 2 (відповідно у (10,3 ± 3,4) % та у (20,3 ± 4,8) % пацієнтів).

Аналіз структури пацієнтів із гострими невротичними розладами та невротичними розладами із затяжним перебігом показує, що саме пацієнти з високим рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту складають найбільшу питому вагу осіб з такими ПФР.

Висновки

1. Аналіз частоти відсутності ПФД дозволив виявити, що достовірно найбільше було таких осіб серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД на тлі задовільного стану пародонту (СРІТН < 2), тоді як у пацієнтів із пошкодженнями ЩЛД на тлі високих рівнів потреби у лікуванні пародонту осіб з відсутністю ПФД виявлено в 5–6 разів

менше; це дозволяє дійти висновку, що психофізіологічний стан корелює зі станом тканин пародонту (рівнем потреби у лікуванні).

2. Серед обстежених стоматологічних пацієнтів з САСК у структурі реакцій ПФД складає (19,6 ± 2,2) %, а реакції психофізіологічної дезадаптації проявлялися переважно астенічним (8,6 ± 1,6) %, астено-субдепресивним (3,4 ± 1,0) %, астено-тривожним (16,9 ± 2,8) % та диссомнічним (4,3 ± 1,1) % варіантами.

3. Наведене свідчить на користь впливу тривалості 33 та первісного стану тканин пародонту на психофізіологічний стан пацієнтів із 33 ЩЛД. Окрім того, зазначаємо, що у структурі невротичних розладів як серед травмованих, так і серед хворих із 33 ЩЛД переважають саме невротичні розлади із затяжним перебігом, що потребує враховувати цю обставину на етапах лікування та індивідуалізації добору реабілітаційної тактики хірургом-стоматологом.

Перспективи подальших досліджень з цієї проблематики пов'язані з розробкою індивідуалізованих лікувально-реабілітаційних програм з урахуванням стану психофізіологічних функцій пацієнтів із 33 та пошкодженнями ЩЛД.

Література

1. Grygorova A. O. Dooperacijna stratyfikacija ryzyku patologij parodontu sered pacijentiv z odontogenymy zapal'nymy zahvorjuvannjamy shhelepno-lycevoi diljanky [Preoperative risk stratification periodontal pathology in patients with odontogenic inflammatory diseases of maxillofacial area]. Problemy ekologichnoi ta medychnoi genetyky i klinichnoi imunologii: zbirnyk naukovykh prac, Kiev-Luhansk, 2014, no. 4 (124), pp. 209-217. (In Ukr.)

2. Grygorova A. O. Intensyvništ' urazhennja karijesom ta uzagal'neni indeksy potreby u likuvanni parodontu

na etapah hirurgichnogo likuvannja zahvorjuvan' shhelepno-lycevoi diljanky [The intensity of caries indexes and generalized periodontal treatment needs at stages of surgical treatment of maxillofacial area]. Visnyk problem biologii i medycyny, 2014, vol. 3 (115), issue 4, pp. 320-323. (In Ukr.)

3. Grygorova A. O. Intensyvništ' urazhennja karijesom ta uzagal'neni indeksy potreby u likuvanni parodontu na etapah immobilizacij pry poskodzhennjah shhelepno-lycevoi diljanky [The intensity of caries indexes and

generalized periodontal treatment needs at stages during the immobilization injuries maxillofacial]. *Visnyk problem biologii i medycyny*, 2014, vol. 4 (116), issue 4, pp. 324-327. (In Ukr.)

4. Grygorova A. O. Kliniko-patogenetychnyj analiz reabilitacijnoi' taktyky hirurga-stomatologa pry zapal'nyh zahvorjuvannjah shhelepno-lycevoi' diljanky: problemni pytannja ta innovacijne udoskonalennja [Clinical pathogenic analysis rehabilitative tactics dental surgeon in inflammatory diseases maxillofacial lilyanky: Challenges and innovative improvements]. *Problemy ekologichnoi' ta medychnoi' genetyky i klinichnoi' imunologii': zbirnyk naukovykh prac', Kiev-Luhansk*, 2014, no. 1(121), pp. 186-193. (In Ukr.)

5. Grygorova A. O. Kliniko-patogenetychnyj analiz reabilitacijnoi' taktyky hirurga-stomatologa pry poshkodzhennjah shhelepno-lycevoi' diljanky: problemni pytannja ta innovacijne udoskonalennja [Clinical pathogenic analysis rehabilitative tactics dental surgeon in maxillofacial injuries lilyanky: Challenges and innovative improvements]. *Problemy ekologichnoi' ta medychnoi' genetyky i klinichnoi' imunologii': zbirnyk naukovykh prac', Kiev-Luhansk*, 2014, no. 2(122), pp. 186-193. (In Ukr.)

6. Grygorova A. O. Obgruntuvannja ta zastosuvannja alorytmu nejro-stomatologichnoi' stratyfikacij' pacijentiv z poshkodzhennjamy zapal'nyh zahvorjuvannjah shhelepno-lycevoi' diljanky [Justification algorithm and application of neuro-stratification of patients with dental injuries and inflammatory diseases of maxillofacial area]. *Visnyk problem biologii i medycyny*, 2015, vol. 2 (119), issue 2, pp. 40-44. (In Ukr.)

7. Grygorov S. M., Grygorova A. O., Ruzin G. P. Pisljatravmatychni zminy central'noi' gemodynamiky pry uskladnenomu perebigu poshkodzen'lyc'ovogo cherepa [Post-traumatic changes of central hemodynamics in complicated lesions of facial skull]. *Stomatologiya slavyanskikh gosudarstv: trudy VII Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (31 oktyabrya 2014g.) (pod red. A. V. Tsimbalistova, B. V. Trifonova, A. A. Kopytova) [Dentistry Slavic states: Proceedings of the VII International scientific conference (31 October 2014) (ed. A. V. Tsimbalistov, B. V. Trifonov, A. A. Kopytov). Belgorod, Belgorod Publ., 2014, pp. 95-98. (In Ukr.)*

8. Grygorova A. O. Reabilitacija pacijentiv z poshkodzhennjamy shhelepno-lycevoi' diljanky: ocinka stanu tkanyh parodontu [Rehabilitation of patients with injuries of maxillofacial area: assessment of periodontal tissue]. *Naukovo-praktychna konferencija z mizhnarodnoju uchastju "Suchasni problemy narodnoi' i netradycijnoi' medycyny" (16-17.10.2014 r.) [Scientific conference with international participation «Modern problems of traditional and alternative medicine» (16-17.10.2014 year)]. Kiev, 2014, pp. 75-77. (In Ukr.)*

9. Grygorova A. O. Reparatyvnyj osteogenez na etapah kompleksnogo li-kuvannja ta reabilitacij' pacijentiv z poshkodzhennjamy shhelepno-lycevoi' diljanky [Reparative osteogenesis at the stages of complex treatment and rehabilitation of patients with injuries of the maxillofacial area]. *Stomatologiya slavyanskikh gosudarstv: trudy VII Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (31 oktyabrya*

2014g.) (pod red. A. V. Tsimbalistova, B. V. Trifonova, A. A. Kopytova) [Dentistry Slavic states: Proceedings of the VII International scientific conference (31 October 2014) (ed. A. V. Tsimbalistov, B. V. Trifonov, A. A. Kopytov). Belgorod, Belgorod Publ., 2014, pp. 99-101. (In Ukr.)

10. Grygorova A. O. Stan tkanyh parodontu na etapah likuvannja ta reabilitacij' pacijentiv z zapal'nyh zahvorjuvannjah shhelepno-lycevoi' diljanky [Condition of periodontal tissue at stages of treatment and rehabilitation of patients with inflammatory diseases of maxillofacial area]. *Visnyk problem biologii i medycyny*, 2014, vol. 1 (113), issue 4, pp. 349-354. (In Ukr.)

11. Grygorova A. O. Stan tkanyh parodontu na etapah likuvannja ta reabilitacij' pacijentiv z poshkodzhennjamy shhelepno-lycevoi' diljanky [Condition of periodontal tissue at stages of treatment and rehabilitation of patients with injuries of the maxillofacial area]. *Visnyk problem biologii i medycyny*, 2014, vol. 2(114), issue 4, pp. 312-317. (In Ukr.)

12. Grygorova A. O. Stratyfikacija ryzyku patologij' parodontu sered pacijentiv z odontogennymy zapal'nymy zahvorjuvannjamy shhelepno-lycevoi' diljanky [Stratification of risk of periodontal pathology in patients with odontogenic inflammatory diseases of maxillofacial area]. *Nove u medycyni suchasnogo svitu: Zbirka materialiv naukovo-praktychnoi' konferencii' z mizhnarodnoju uchastju (28.11.2014 r.) [New in the world of modern medicine: Proceedings of Scientific Conference with international participation (11.28.2014 year)]. Lviv, 2014, pp. 34-37. (In Ukr.)*

13. Grygorova A. O. Funkcional'nyj stomatologichnyj status na etapah likuvannja ta reabilitacij' pacijentiv z poshkodzhennjamy shhelepno-lycevoi' diljanky: stan tkanyh parodontu [Functional status at stages of dental treatment and rehabilitation of patients with injuries of maxillofacial area: the state of periodontal tissues]. *The European professional scientific publication: collection of scientific articles and theses according to the results of International Scientific and Practical Congress «GLOBAL SCIENTIFIC UNITY 2014» (26-27 September 2014). Prague, 2014, vol. II, pp. 92-98. (In Ukr.)*

14. Grigorova I. A., Nekrasova N. A., Grigorova A. A. Primenenie afobazola v lechenii panicheskikh atak u bol'nykh s travmaticheskoy bolezn'yu golovnogo mozga [Application afobazola in the treatment of panic attacks in patients with traumatic brain disease]. *Mezhdunarodnyy meditsynskiy zhurnal*, 2007, no. 5, pp. 111-116. (In Russ.)

15. Grigorova A. O. Pathogenetic substantiation of facial skeleton and cervical spine injuries severity assessment. *Tezy dopovidej naukovo-praktychnoi' kronferencii' "Medycyna XXI stolittja" (27.11.2014 r.)*. Kharkiv, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education Publ., 2014, pp. 137-139.

16. Grygorova A. O. Condition of periodontal tissues during treatment and rehabilitation of patients with lesions of maxillofacial area. *Materialy naukovo-praktychnoi' konferencii' z mizhnarodnoju uchastju «Znachennja morfologichnyh nauk na suchasnomu etapi rozvytku medycyny» (26-27 lystopada 2014 r.)*, Ternopil, 2014, pp. 155-156.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИНДИКАТОРАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

A. A. Григорова

Харьковский национальный медицинский университет

Аннотация. В статье приведены данные по исследованию 326-ти человек с повреждениями и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. На основе изучения частоты и

PSYCHOPHYSIOLOGICAL REACTIONS AMONG PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES AND DAMAGE TO THE MAXILLOFACIAL REGION: RELATIONSHIP WITH FUNCTIONAL INDICATORS DENTAL STATUS

A. O. Grigorova

Kharkiv National Medical University

Summary. The article presents data on the study of 326 people with damaged-tions and inflammatory diseases of the oral and maxillofacial region. On the basis of the frequency and nature of the non-psychotic psychiatric disorders in inflammatory

характера непсихотических нарушений психической сферы при воспалительных заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области установлено, что течение этих патологических состояний характеризуется формированием у пациентов психофизиологической дезадаптации. В структуре невротических расстройств у этих пациентов преобладают невротические расстройства с затяжным течением. Полученные данные будут иметь значение при индивидуализации лечебно-реабилитационной тактики.

Ключевые слова: психофизиология, дезадаптация, повреждения, заболевания, челюстно-лицевая область, стоматология.

diseases and injuries of the maxillofacial region found that during these pathological conditions characterized by the formation in patients psychophysiological maladjustment. In the structure of neurotic disorders in these patients is dominated by neurotic disorders with protracted. The data will be important for individualization of treatment and rehabilitation equipment.

Key words: psychophysiology, maladjustment, damage, disease, maxillofacial area, dentistry.

УДК 612.621.7



Б. А. Лобасюк



Л. Н. Акимова

ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕМОРА В УСЛОВИЯХ ОПЕРАТИВНОГО И ПСИХОСЕНСОРНОГО ПОКОЯ

Б. А. Лобасюк¹, Л. Н. Акимова¹, М. И. Боделан¹, К. В. Аймедов²
²Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова,
¹Одесский национальный медицинский университет



М. И. Боделан



К. В. Аймедов

Аннотация. Нами был исследован поструральный тремор с помощью разработанного авторами оригинального метода с использованием угольно-резистивного датчика у правой руки. Выявлены различные показатели в условиях оперативного покоя (глаза открыты) и в условиях психосенсорного покоя (глаза закрыты). Индексы ассиметрии треморограммы выражались положительными величинами в условиях оперативного покоя, т. к. преобладали амплитуды левой руки, а в условиях психосенсорного покоя индексы ассиметрии уменьшились. Предполагается, что механизмы управления физиологическим тремором рук в условиях оперативного и психосенсорного покоя не идентичны.

Ключевые слова: тремор, угольно-резистивный датчик, ассиметрия тремора, частота тремора.

Введение

Тремор относится к одним из наиболее часто встречаемых в неврологической практике двигательных синдромов, который может присутствовать при многих заболеваниях, а также иметь место и у здоровых людей [1]. Тремор – самый распространенный тип гиперкинеза в популяции.

В связи с отсутствием классификации тремора, Обществом по двигательным расстройствам (MDS) разработан рабочий документ, включающий определение, нозологическую

классификацию, условия возникновения и характеристику частоты встречаемости различных видов тремора. Согласно MDS, тремор определяется как ритмичное непроизвольное осцилляционное движение как минимум одной функциональной области тела.

Различают физиологический, эссенциальный, мозжечковый, паркинсонический и другие виды тремора. В свою очередь, физиологический тремор разделяют на простой физиологический тремор и усиленный физиологический тремор.

Наиболее частым осложнением черепно-мозговой травмы являются двигательные координаторные расстройства, в том числе, тремор [2]. Следует отметить, что, несмотря на современные достижения в изучении тремора, многие формы этого состояния остаются неклассифицированными, а относительно их механизма имеются лишь догадки.

Частота физиологического (простого и усиленного) тремора рук, согласно исследованиям [3], варьирует от 8 до 12 Гц. Она зависит, кроме прочего, от биомеханических свойств мышц и суставов конечности. Чем крупнее сустав, тем ниже его частота. В локтевом суставе, например, она составляет 3–5 Гц, в метакарпофаланговых – 17–30 Гц, частота окулярного тремора – около 35–40 Гц.

Усиленный физиологический тремор имеет большую амплитуду, но такую же частоту, что и простой физиологический. Он является тремором действия и возникает при состояниях, приводящих к возбуждению периферических β -адренорецепторов, – чаще всего это стрессовые ситуации. Его сложно отличить от слабовыраженного эссенциального тремора (ЭТ) [4, 5].

Физиологический тремор, как известно, зависит не только от механических свойств конечности; большую роль в его возникновении, помимо периферических факторов, играет 8–12-герцевый центральный компонент [6, 7]. Существует точка зрения, что в разных условиях может доминировать центральный или периферический механизм тремора [8].

Цель исследования

Поскольку диагностические ошибки при клинической оценке тремора продолжают оставаться нередким явлением (до 20%) [9], актуально более детально изучить так называемый физиологический тремор.

Материалы и методы исследования

Тремор регистрировали с помощью разработанного нами датчика линейных перемещений [10], который состоял из угольно-резистивного датчика, включенного в мостовую схему. Тремограмма регистрировалась при калибровке усилительного тракта 500 МкВ. Регистрация тремора производилась при постуральной нагрузке (вытянутые руки вперед). Датчик поочередно накладывался на вытянутые перед собой правую и левую руки в условиях «глаза открыты» (оперативный покой) и «глаза закрыты» (психосенсорный покой).

Анализ файлов тремограммы (ТрГ) осуществлялся после окончания опытов с помощью программы Analist 2 по алгоритму полупериодного анализа. Выделяли пять физиологических ритмов тремора: бета-2 – 21–32 Гц,

бета-1 – 14,22–18,3 Гц, альфа – 8,0–12,8 Гц, тета-4 – 7,53 Гц и дельта – 0,5–3,87 Гц. По каждому из диапазонов определяли следующие параметры: 1) амплитуда в микровольтах, 2) частота в герцах, 3) индекс–время в процентах выраженности волн гамма-, бета-1-, бета-2-, альфа-, тета- и дельта-диапазонах. При статистическом анализе вычисляли средние величины, стандартное (среднее квадратическое) отклонение, ошибку средней величины.

Коэффициенты функциональной асимметрии треморограммы (АТрГ) по амплитуде определяли по формуле:

$$Уас = (Л - П) / (Л + П) * 100,$$

где Л – показатель левого полушария, П – показатель правого полушария.

Таким образом, положительные величины означали преобладание левой руки, отрицательные – правой.

Погрешности коэффициентов асимметрии ТрГ вычисляли по формуле:

$$m_{уас} = Уас * \sqrt{(mл/Мл)^2 + (mп/Мп)^2},$$

где $m_{уас}$ – погрешность коэффициента соотношения, Уас – коэффициент межполушарной асимметрии, мл – погрешность показателя левого полушария, Мл – показатель левого полушария, мп – погрешность показателя правого полушария, Мп – показатель правого полушария.

Для анализа статистической достоверности изменений коэффициентов асимметрии использовали критерий Стьюдента.

Различия показателей отслеживали, используя вычисление коэффициентов соотношения (КС) и их погрешностей. КС получали путем деления большей величины сравниваемых показателей на меньшую. Погрешности КС вычисляли по формуле:

$$m_{КС} = КС * \sqrt{(m1/М1)^2 + (m2/М2)^2}^{1/2},$$

где $m_{КС}$ – погрешность КС; m_1 – погрешность первой, m_2 – второй сравниваемой величины; M_1 – величины первого, M_2 – второго показателя.

Каждый из множества избранных в анализ показателей (амплитуды ритмов ТрГ) рассматривали в качестве целевого признака (Y-ов), а остальные показатели рассматривали в качестве влияющих переменных (множества X-ов) и строили уравнения множественной линейной регрессии вида:

$$Y_1 = a_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 \dots + b_n X_n,$$

где a_0 – свободный член, коэффициенты b_1, b_2, \dots, b_n – показатели регрессии, отражающие меру влияния на анализируемый показатель остальных элементов множества, x_1, x_2, \dots, x_n показателей.

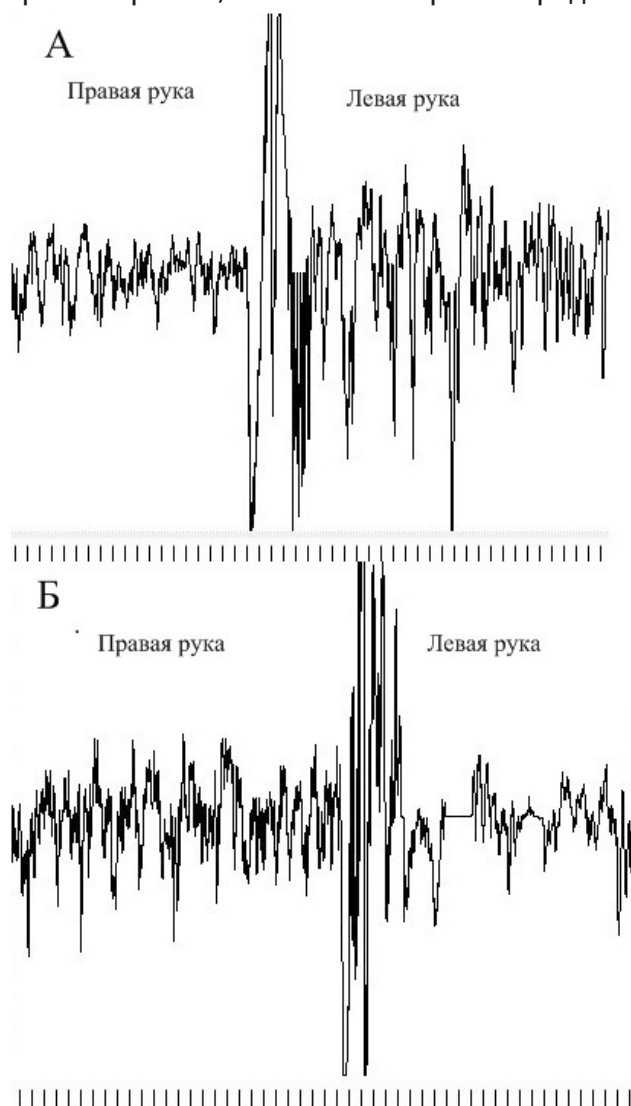
Вероятность проявления влияния, т.е. адекватность коэффициентов регрессии, оценивалась использованием сигмальных отклонений коэффициентов регрессии, а эффективность регрессии в целом оценивалась с помощью вычисления коэффициента множественной корреляции [11].

Геометрически уравнения множественной линейной регрессии интерпретировались с помощью ориентированных полициклических мультиграфов, графов-деревьев [12].

В результате изложенной процедуры формируется математическая модель, позволяющая при анализе данных использовать методы и категории теории управления.

Результаты исследования и их обсуждение

На рис. 1 представлены образцы записи треморограммы с использованием разработанной нами технологии. На рис. 1 А – треморограмма правши, а Б – левши. У правши средняя



А – правша, Б – левша.
Отметка времени 1 с. Амплитудный выброс – период переключения датчика с правой руки на левую.

Рис. 1. Треморграмма здорового человека

Таблица 1

Показатели треморограммы у правшей в условиях психосенсорного покоя (глаза закрыты)

Показатели тремора		Правая рука	Левая рука
Бета-2-	А	31,28±3,02	34,26±4,86
	Ч	25,26±0,28	25,14±0,29
	И	4,65±0,62	4,36±0,54
Бета-1-	А	43,21±3,78	48,44±2,64
	Ч	15,53±0,13	15,28±0,37
	И	7,11±0,70	7,51±0,64
Альфа-	А	69,15±7,83	106,74±12,02
	Ч	9,55±0,10	9,53±0,18
	И	8,96±0,81	13,35±0,90
Тета-	А	110,49±10,76	154,77±17,58
	Ч	5,40±0,04	5,47±0,05
	И	18,66±1,39	23,47±2,33
Дельта-	А	166,89±11,65	218,58±23,47
	Ч	2,44±0,05	2,39±0,16
	И	64,23±2,50	50,90±4,17
Средняя амплитуда		79,47±4,52	110,99±10,42
Средняя частота		16,99±1,37	15,48±1,22

Таблица 2

Показатели треморограммы у правшей в условиях психосенсорного покоя (глаза открыты)

Показатели тремора		Правая рука	Левая рука
Бета-2-	А	32,49±2,43	32,37±2,81
	Ч	25,40±0,27	25,23±0,44
	И	4,96±0,54	4,67±0,54
Бета-1-	А	50,68±4,55	53,55±6,14
	Ч	15,57±0,10	15,24±0,39
	И	7,56±0,53	7,67±0,57
Альфа-	А	86,84±7,24	106,95±11,28
	Ч	9,74±0,07	9,70±0,10
	И	11,29±1,16	13,68±1,61
Тета-	А	129,42±12,96	148,33±15,33
	Ч	5,53±0,05	5,49±0,06
	И	21,69±1,60	21,96±1,75
Дельта-	А	221,18±20,89	225,27±18,02
	Ч	2,49±0,05	2,49±0,05
	И	59,74±2,83	54,13±3,39
Средняя амплитуда		93,86±6,40	102,62±6,66
Средняя частота		17,08±1,47	16,69±1,27

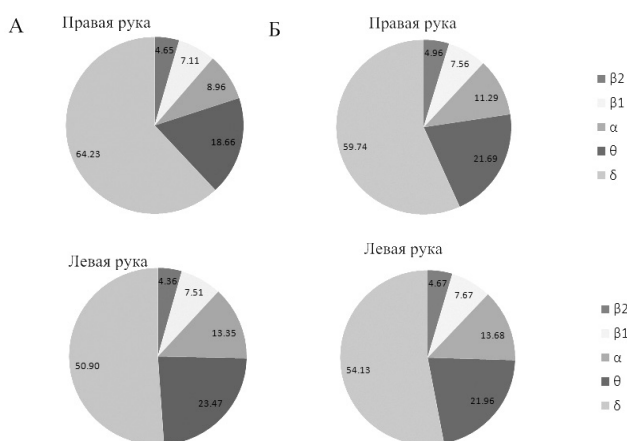


Рис. 2. Диаграммы средних длительностей компонент (ритмов) β₂-, β₁-, α-, θ- и δ-ТрГ, от правых и левых рук в условиях оперативного (А) и психосенсорного (Б) покоя

амплитуда ТрГ визуально определяется большей на левой руке, а у левши – на правой.

При цифровом анализе ТрГ у правшей в условиях оперативного покоя (глаза открыты) (табл. 1) амплитуды альфа- и тета-ритмов на левой руке были больше, чем на правой в 1,54 и 1,40 раз. Средняя амплитуда ТрГ на левой руке была больше, чем на правой в 1,40 раза. Индекс длительности ТрГ альфа-ритма на левой руке был больше, чем на правой в 1,49 раза, а индекс длительности дельта-ритма в 1,26 раз меньше. В условиях психосенсорного покоя (табл. 1, рис. 2) сумма индексов длительности дельта-, тета- и альфа-ритмов составила на правой руке 91,85%, а на левой 87,72%, т.е. преобладающей частотой треморограммы были ритмы в диапазоне 0,5–12,8 колебаний в секунду.

Индексы длительности бета-1- и бета-2-ритмов составили на правой руке 11,76%, а на левой – 11,87%. Различия в величинах индексов ритмов ТрГ на правой и левой руке также были статистически незначимы.

В условиях оперативного покоя у правшей (табл. 2, рис. 2) статистически значимых различий между показателями ТрГ правой и левой рук выявлено не было.

Индексы длительности ТрГ дельта-, тета- и альфа-ритмов составили на правой руке 92,72%, а на левой 89,77%, т.е. преобладающей частотой треморограммы были ритмы в диапазоне 0,5–12,8 колебаний в секунду. Индексы длительности бета-1- и бета-2-ритмов составили на правой руке 12,52%, а на левой – 12,34%. Различия в величинах индексов ритмов ТрГ на правой и на левой руке в условиях оперативного покоя были статистически не значимы.

При переходе от оперативного покоя к психосенсорному покою в ТрГ правой руки произошло увеличение частоты тета-ритма в

Таблица 3
Показатели треморограммы у правшей в условиях психосенсорного покоя (глаза открыты)

Показатели тремора	Глаза открыты	Глаза закрыты	
Бета-2-	А	4,55±0,78	-0,17±0,02*
	Ч	-0,22±0,00	-0,34±0,01*
	И	-3,19±0,58	-3,08±0,49
	М	-2,38±1,71	8,54±4,83*
Бета-1-	А	5,71±0,59	2,76±0,40*
	Ч	-0,82±0,02	-1,07±0,03*
	И	2,73±0,36	0,72±0,07*
	М	1,88±0,80	19,51±8,25*
Альфа-	А	21,37±3,41	10,37±1,39*
	Ч	-0,09±0,00	-0,20±0,00
	И	19,69±2,21	9,59±1,50*
	М	42,34±23,61	34,04±13,11
Тета-	А	16,69±2,5	6,81±0,98*
	Ч	0,64±0,01	-0,43±0,01*
	И	11,42±1,42	0,61±0,07*
	М	47,74±24,57	10,37±3,65
Дельта-	А	13,41±1,72	0,92±0,11*
	Ч	-1,03±0,07	-0,12±0,00*
	И	-11,57±1,05	-4,92±0,39*
	М	18,60±4,80	-12,55±3,128

Примечание:

* – статистически значимые различия показателей АТрГ в условиях «глаза открыты – глаза закрыты»

1,02 раза, амплитуды и мощности дельта-ритма – в 1,33 и в 1,83 раза соответственно, увеличилась средняя амплитуда ТрГ в 1,18 раза. В этих условиях статистически значимых изменений в ТрГ левой руки не определялось.

При анализе асимметрии ТрГ правой и левой руки (табл. 3) оказалось, что в условиях оперативного покоя величины асимметрии амплитуд ритмов выражались положитель-

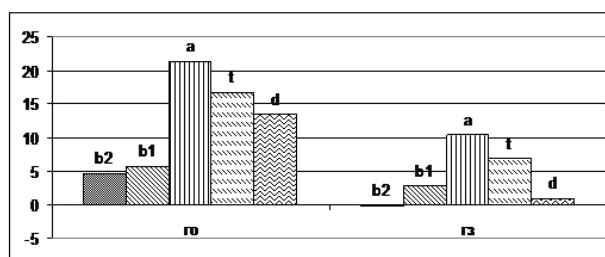


Рис. 3. Диаграммы коэффициентов функциональной межполушарной асимметрии амплитуд ритмов β₂-, β₁-, α- и δ-ТрГ в условиях оперативного покоя (z₀ – глаза открыты) и психосенсорного покоя (z₃ – глаза закрыты)

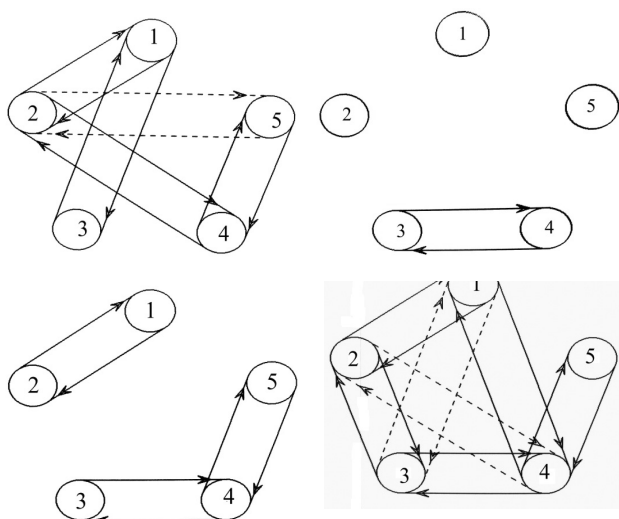


Рис. 4. Полициклические мультиграфы, отражающие взаимоотношения амплитуд компонентов (ритмов) β_2-1 , β_1-2 , $\alpha-3$, $\theta-4$, и $\delta-5$ треморограмм, отводимых от правой (А, В), и левой (Б, Г) рук в условиях оперативного (А и Б) и психосенсорного (В и Г) покоя.

Сплошными линиями обозначены положительные влияния, прерывистыми – отрицательные

ными величинами, т.е. амплитуды величин ТрГ левой руки были больше, чем аналогичные величины ТрГ правой руки. Величины асимметрий находились в пределах от $4,55 \pm 0,78\%$ до $21,37 \pm 3,40\%$.

В условиях психосенсорного покоя показатели асимметрии амплитуд ритмов ТрГ статистически значимо уменьшились и находились в пределах от $-0,17 \pm 0,02\%$ до $10,37 \pm 1,39\%$ (рис. 3, 4).

Взаимоотношения амплитуд ритмов ТрГ в условиях оперативного и психосенсорного покоя. Структурный анализ полициклического мультиграфа, описывающего связи-отношения между показателями амплитуд ритмов ТрГ правой руки, в условиях оперативного покоя выявил восемь положительных и две отрицательные связи-отношения. Двумерных коэффициентов корреляции определялось в этих условиях восемь. Между амплитудами ТрГ левой руки определялось всего две регрессионные связи-отношения и шесть коэффициентов двумерной корреляции.

В условиях психосенсорного покоя между амплитудами ритмов ТрГ правой руки определялось шесть регрессионных связей-отношений и 10 коэффициентов двумерной корреляции. Между амплитудами ТрГ левой руки определялось 14 регрессионных связей-отношений и десять коэффициентов двумерной корреляции.

Таким образом, в условиях оперативного покоя количество связей-отношений преобладало на правой руке, а в условиях психосенсорного покоя – на левой.

В результате проведенных исследований определено, что преобладающей частотой ТрГ при предложенном методе регистрации является частота в диапазоне 0,50–12,80 колебаний в секунду, что соответствует полученным результатам [3].

У правой руки в условиях оперативного покоя (глаза открыты) амплитуды альфа-, тета-ритмов и средняя амплитуда, а также индекс длительности альфа-ритма ТрГ на левой руке были больше, чем на правой. Индексы асимметрии ТрГ (АТрГ) выражались положительными величинами, т.к. преобладали амплитуды левой руки и находились в пределах от $4,55 \pm 0,78\%$ до $21,37 \pm 3,41\%$.

При исследовании тремора вытянутых левой и правой рук у здоровых испытуемых (правшей) с помощью акселерометра выявлено преобладание на 30,00% амплитуды для недоминирующей по сравнению с доминирующей рукой [13], что соответствует нашим данным.

В условиях психосенсорного покоя (глаза закрыты) у правой руки статистически значимых различий между показателями ТрГ правой и левой рук выявлено не было, а индексы АТрГ выражались величинами от $-0,17 \pm 0,02\%$ до $10,37 \pm 1,39\%$, т.е. величины показателей АТрГ в условиях психосенсорного покоя по сравнению с условиями оперативного покоя уменьшились.

Таким образом, у правой руки в условиях оперативного покоя (глаза открыты) амплитуды ритмов преобладают на левой руке, а в условиях психосенсорного покоя (глаза закрыты) различия уменьшаются.

Поскольку сенсорная депривация снижает активность ретикулярной формации ствола мозга, можно предположить, что существенна роль ретикулярной формации не только в формировании функциональной межполушарной асимметрии коры головного мозга [10], но и тремора.

Выводы

При структурном анализе полициклических мультиграфов, описывающих связи-отношения между показателями амплитуд ритмов ТрГ, в условиях оперативного и психосенсорного покоя было выявлено, что в условиях оперативного покоя между амплитудами правой руки формируется полициклический мультиграф, свидетельствующий о системности в управлении амплитудами ритмов, а в условиях психосенсорного покоя – между амплитудами левой руки.

Это может свидетельствовать о том, что механизмы управления физиологическим тремором рук в условиях оперативного и психосенсорного покоя не идентичны.

Литература

1. Gurfinkel' V. S., KotsYa. M., Shik M. L. Regulyatsiya pozycheloveka [Regulation of human posture]. Moscow, Science Publ., 1965, 256 p. (In Russ.)
2. B. Dubois[etal.]TheFAB: afrontalassessmentbatter yatbedside. *Neurology*, 2000, vol. 55, no. 3, pp. 1621-1626.
3. GrowdonW., GhikaJ., HendersonJ. Effects of proximal and distalmuscles' groups' contraction and mental stress on the amplitude and frequency of physiological finger tremor. Anaccelerometric study. *Electromyogr Clin Neurophysiol*, 2000, no.40, suppl. 5, pp.295-303.
4. ElbleR.J. Characteristicsofphysiologicictremorinyo ungandelderlyadults. *J.ClinNeurophysiol*, 2003, no. 114, suppl. 4, no. 624-635.
5. Raethjen J., Pawlas F., Lindemann M. [et al.] Determinants of physiologic tremor in a large normal population. *J.ClinNeurophysiol*, 2000, no. 111, suppl. 10, pp. 1825-1837
6. Hallett M. Over view of human tremor physiology. *Movement Disorders*, 1998, no. 13, suppl. 3, 43-48.
7. O'Suilleabhain P.E., Matsumoto J.Y. Time-frequency analysis of tremors. *Brain*, 1998, no. 121, pp. 2127-2124.
8. McAuley J.H., Marsden C.D. Physiological and pathological tremor sandrhythmic central motor control. *Brain*, 2000, no. 123, suppl. 8, pp. 1545-1567.
9. Kliniko-fiziologicheskij analiz essentsial'nogo tremora: avtoref. dis. na soiskanie uchenoy stepeni kand. med. nauk : 14.00.13 [Clinical and physiological analysis of essential tremor: Author. Dis. for the degree of PhD. medical sciences: 14.00.13]. Moscow, Moscow Medical Academy of I. M. Setchenov, 2005, 24 p. (In Russ.)
10. Lobasyuk B. A. Rol' retikulyarnoy formatsii stvola mozga v mekhanizmaxh korkovogo elektrogeneza [The role of the reticular formation of the brain mechanisms of cortical electrogenesis]. *Neirofiziologiya [Neurophysiology]*, 2005, vol. 37, no. 1, pp. 36-47. (In Russ.)
11. Mangeym Dzh. B., Rich P. K. Politologiya. Metody issledovaniya [Political science. Research Methods]. Moscow, All the World Publ., 1997. (In Russ.)
12. Zykov A. A. Osnovy teorii grafov [Fundamentals of graph theory]. Moscow, Science Publ., 1987. (In Russ.)
13. Bilodeau M., Bisson E., Degrâce D., Després., Johnson M. Muscle activation characteristics associated with differences in physiological tremor amplitude between the dominant and non-dominant hand. *J. Electromyogr Kinesiol*. 2009, Feb., no. 9(1), pp. 131-138. Epub 2007, Nov. 5.

ПОКАЗНИКИ ТРЕМОРУ В УМОВАХ ОПЕРАТИВНОГО І ПСИХОСЕНСОРНОГО СПОКОЮ

Б. А. Лобасюк¹, Л. Н. Акімова¹, М. І. Боделан¹, К. В. Аймедов²

¹Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

²Одеський національний медичний університет

Анотація. Нами було досліджено постуральний тремор за допомогою розробленого авторами оригінального методу з використанням вугільно-резистивного датчика у правшів. Виявлено різні показники в умовах оперативного спокою (очі відкриті) і в умовах психосенсорного спокою (очі закриті). Індекси асиметрії треморограми виражалися позитивними даними в умовах оперативного спокою, бо переважали амплітуди лівої руки, а в умовах психосенсорного спокою індекси асиметрії зменшилися. Припущено, що механізми управління фізіологічним тремором рук в умовах оперативного та психосенсорного спокою не ідентичні.

Ключові слова: тремор, вугільно-резистивний датчик, асиметрія тремору, частота тремору.

TREMOR INDICATORS IN THE OPERATIONAL AND PSYCHOSENSORY REST

B. A. Lobasyuk¹, L. N. Akimova¹, M. I. Bodelan¹, K. V. Aymedov²

¹I. I. Mechnikov Odessa National University

²Odessa National Medical University

Summary. We have investigated postural tremor using the original method developed by the authors using coal-resistive sensor in right-handers. Identified various indicators in terms of operative rest (eyes open) and under psychosensory resting (eyes closed). Tremorogrammy asymmetry index expresses the positive values in the operational conditions of peace, to wit was dominated by the left hand of the amplitude, and in conditions of peace psychosensory asymmetry indices decreased. It is expected that the physiological tremor of the hands of the control mechanisms in terms of operational and psychosensory rest are not identical.

Key words: tremor, coal-resistive sensor, the asymmetry of tremor frequency tremor.

УДК 616.832-004.2-008.9-08



ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

М. Е. Черненко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии» НАМН Украины

Аннотация. Крайне важным фактором, определяющим специфику поражений центральной нервной системы при рассеянном склерозе, является гематоэнцефалический барьер. В статье представлены особенности функционирования гематоэнцефалического барьера при рассеянном склерозе. Приведены данные комплексного обследования 135-ти больных с различными типами течения рассеянного склероза, в ходе которого были применены клинические и параклинические методы с оценкой достоверности полученных результатов. В ходе исследования выявлены особенности изменения проницаемости гематоэнцефалического барьера при разных типах течения заболевания на разных стадиях патологического процесса, что имеет большое практическое значение. Сформулированы практические рекомендации.

Ключевые слова: рассеянный склероз, гематоэнцефалический барьер, проницаемость, Т-лимфоциты, молекулы адгезии, центральная нервная система.

Введение

Крайне важным фактором, определяющим специфику поражений центральной нервной системы (ЦНС) при рассеянном склерозе (РС), является гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) [1]. Основной его функцией является обеспечение гомеостаза ЦНС [2]. При РС происходит проникновение активированных клеток через ГЭБ; это многоступенчатый процесс, в начале которого активированные Т-лимфоциты взаимодействуют с молекулами адгезии. Молекулы адгезии представляют собой белки, находящиеся на поверхности клеток эндотелия сосудов. Под их воздействием происходит набухание Т-клеток и прикрепление их к эндотелиальным клеткам сосудов. Затем Т-клетки инфильтрируют сосудистую стенку и секретируют ферменты – металлопротеазы, которые разрушают ее и обеспечивают проникновение Т-лимфоцитов в ЦНС.

Проникновение через поврежденный ГЭБ большого количества аутоагрессивных Т-лимфоцитов, провоспалительных цитокинов, приводит к значительным воспалительным изменениям ЦНС. Длительно существующее повреждение ГЭБ создает условия для возникновения аутоиммунных дегенеративных процессов в ЦНС, что может приводить к накоплению неврологического дефицита и развитию неблагоприятного течения РС.

Таким образом, нормализация проницаемости ГЭБ и ее мониторинг в процессе терапии является важной задачей современной неврологии [3].

В настоящее время для постановки диагноза и оценки состояния больных РС используются клиническо-неврологические

методы и методы дополнительных исследований: МРТ головного и спинного мозга с введением контраста, ЗВП [4, 5]. В критериях постановки диагноза В. Я. МакДональд и соавт. (2010) присутствует определение олигоклональных полос иммуноглобулина G в ликворе. Однако в Украине этот метод широко не используется в силу его инвазивности, относительной дороговизны и частого нежелания пациента проводить люмбальную пункцию. Ни один из методов постановки диагноза не является специфическим для РС, и только комплексная оценка клинических и параклинических методов исследования позволяет верифицировать диагноз.

С целью оценки динамики патологического процесса, эффективности проводимой терапии используют клинические, нейровизуализационные и нейрофизиологические методы. Однако все указанные методы не дают полной и достоверной картины активности патологического процесса [6]. Клинически пациент может определенное время быть компенсирован за счет пластичности нервной системы и расположения очагов демиелинизации в «немых» зонах, что может создавать картину мнимого благополучия.

МР-томографические данные так же могут не полностью отображать активность патологического процесса. В ряде случаев существует феномен «ножниц»: наличие выраженной клинической симптоматики при отсутствии отрицательной динамики по данным МРТ и наоборот. Зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) отражают демиелинизирующее поражение зрительного аппарата и могут быть нечувствительны к другим локациям поражения.

Таким образом, возникает вопрос дополнительных критериев активности патологического процесса, что обусловило актуальность проведенного исследования.

Материалы и методы исследования

Основой работы было комплексное обследование 135 больных рассеянным склерозом. Была проведена оценка неврологического статуса испытуемых с использованием шкал EDSS и FS. Во всех группах больных степень инвалидизации была обусловлена, в основном, поражением пирамидной и мозжечковой систем.

В группе больных с рецидивирующе-ремиттирующим типом лечения (РРТ) поражения пирамидной системы наблюдалось в 100% случаев, признаки поражения мозжечка наблюдались у 70,51% больных, нарушение в когнитивной сфере – у 89,99% больных. В группе больных с вторично-прогредиентным типом лечения (ВРТ) поражение пирамидной системы наблюдалось в 100% случаев, поражение мозжечковой системы и нарушение ментальной системы так же наблюдалось у 100,00% больных. У пациентов с первично-прогредиентным типом лечения (ППТ) поражения пирамидной и мозжечковой системы, признаки астении, общей слабости наблюдалось у 100% больных. Обращало на себя внимание нарастание выраженности когнитивных нарушений у больных с ВРТ (3,2 балла) и ППТ (4,1 балла) по сравнению с РРТ (1,5 балла).

Параклинические методы исследования включали в себя МР-томографическое исследование головного мозга, определение уровня альбумина в сыворотке крови и в ликворе, качественное определение иммуноглобулина G в ликворе, определение уровня иммуноглобулина G в крови и в ликворе, определение уровня матриксных металлопротеиназов (ММП-9) в сыворотке крови, исследование ликвора на наличие ДНК нейротропных вирусов.

МРТ была проведена на магнитно-резонансном томографе Sigma, имеющем резистивный магнит с индукцией основного магнитного поля 1,5 Тл. Для контрастного усиления использовалось контрастное вещество «Гадовист».

Качественный состав белков в ликворе был исследован с помощью метода диск-электрофореза в пластинах полиакриламидного геля.

Исследование содержания альбумина в сыворотке крови проводили фотокалориметрическим методом. Выводы о проницаемости гематоэнцефалического барьера и о степени активности воспалительных процессов

делались с помощью расчета альбуминового коэффициента.

Выявление нейротропных вирусов осуществлялось с помощью метода полимеразной цепной реакции.

Для оценки достоверности различий по одному признаку между несколькими выборками одновременно применялся однофакторный дисперсионный анализ ANOVA (Analysis of Variance, анализ вариативности). Для вычисления и сравнения степени влияния (на исследуемые показатели) нескольких факторов одновременно, использовалась многофакторная модель дисперсионного анализа (MANOVA).

Результаты исследования и их обсуждение

На «активных» стадиях патологического процесса – обострения и прогрессирования заболевания – наблюдалось снижение уровня альбумина в сыворотке крови при РРТ ($28,77 \pm 0,70$) и нормальные значения на стадиях прогрессирования при ВРТ и ППТ РС. Коэффициент Фишера-Снедекора (F), характеризующий степень влияния стадии заболевания на содержание альбумина, равен $97,68$ ($p < 0,001$), в то время как при расчете влияния типа течения заболевания на содержание альбумина он равен $11,94$ ($p < 0,001$). Таким образом, был сделан вывод о том, что стадия заболевания оказывает значительно большее влияние на проницаемость ГЭБ по сравнению с типом течения заболевания.

Нарушения проницаемости ГЭБ при РРТ РС, при котором доминируют воспалительные процессы, более выражены по сравнению с ВРТ и ППТ РС. Содержание иммуноглобулина G на стадиях обострения и прогрессирования заболевания было повышенным до $1,03 \pm 0,06$ при РРТ РС, $0,22 \pm 0,03$ – при ВРТ РС и $0,07 \pm 0,02$ при ППТ РС. При расчете коэффициента F влияния стадии заболевания на содержание иммуноглобулина G $F = 9,158$, $p < 0,0017$. Коэффициент влияния типа течения заболевания $9,468$, $p < 0,001$.

Таким образом, был сделан вывод, что на содержание иммуноглобулина G в крови и в ликворе достоверно влияет как стадия, так и тип течения заболевания. Определение иммуноглобулина G в ликворе может быть использовано при верификации диагноза «рассеянный склероз» на разных стадиях заболевания и при разных типах течения.

При анализе корреляций между показателями проницаемости ГЭБ и баллом инвалидизации у больных РРТ РС были получены данные с высокой степенью достоверности. Обратная корреляция с высокой достоверностью была установлена между содержанием альбумина в сыворотке крови и

баллом EDSS ($r=-0,525$; $p<0,001$). Между содержанием альбумина, альбуминовым коэффициентом в ликворе и баллом EDSS была определена прямая корреляция с высокой достоверностью ($r=0,492$; $p<0,001$ и $r=0,500$; $p<0,001$ соответственно). Были установлены прямые корреляции с высокой достоверностью между содержанием иммуноглобулина G в крови, в ликворе, иммуноглобулиновым коэффициентом и баллом по шкале EDSS ($r=0,458$; $p<0,001$, $r=0,417$; $p<0,001$ и $r=0,406$; $p<0,001$ соответственно).

В группах с прогрессивными типами течения РС статистически значимых корреляций между показателями проницаемости ГЭБ и баллом EDSS выявлено не было. Это объясняется тем, что при РРТ РС более выражен аутоиммунный воспалительный процесс, при нарастании активности которого на стадиях обострения заболевания увеличивается проницаемость ГЭБ, возрастает выраженность воспалительных изменений в ЦНС, что влечет за собой увеличение степени выраженности инвалидизации. При прогрессивных типах течения РС степень инвалидизации пациентов во многом обусловлена аутоиммунными нейродегенеративными компонентами заболевания, при которых проницаемость ГЭБ имеет меньшее значение.

Наибольшие значения ММП-9 наблюдались в группе больных с РРТ на стадии обострения заболевания ($381,54\pm 22,19$). На стадии ремиссии уровень ММП-9 находился в пределах нормы и составлял $122,05\pm 7,82$. На стадиях активности заболевания при ВПТ и ППТ были получены повышенные уровни ММП-9: $169,98\pm 15,64$ и $147,03\pm 6,78$ соответственно.

Полученные данные подтверждают, что воспалительные реакции при ВПТ более выражены, чем при ППТ, при котором ведущую роль играют процессы нейродегенерации. При анализе уровня ММП-9 на стадиях стабилизации были получены более высокие уровни при ППТ ($121,96\pm 10,90$), чем при ВПТ ($114,64\pm 8,43$). Это может быть объяснено достаточно большой разницей в количестве больных в группах – в группе ППТ на стадии стабилизации в три раза меньше больных по сравнению с группой на стадии стабилизации ВПТ.

Практически все компоненты иммунной системы с возрастом подвергаются изменениям, которые ведут к снижению ее реактивности. Поэтому не исключено, что особенности течения РС у больных пожилого возраста связаны именно с возрастными особенностями иммунной системы: «старением» лимфоцитов, изменениями цитокинового, гормонального и ферментного профиля. При анализе взаимосвязи уровня ММП-9

в крови больных РС и длительности заболевания была получена обратная корреляция $r=-0,322$ ($p=0,0001$). Таким образом, чем больше длительность заболевания и возраст больного, тем меньше уровень ММП-9 и активность воспалительных реакций.

Присутствие инфекционного агента с высокой достоверностью ($p<0,001$) влияет на показатели содержания альбумина и иммуноглобулина G в крови и в ликворе больных с РРТ РС и на соответствующие коэффициенты. Влияние инфекционных агентов на содержание альбуминов, иммуноглобулина G и коэффициентов альбумина и иммуноглобулина G было высоко достоверным у больных с ВПТ РС ($p<0,001$). У больных ППТ на содержание альбумина в крови, иммуноглобулина G крови и ликвора инфекционные агенты оказывали достоверное влияние ($p<0,01$); влияние на содержание альбуминов ликвора и альбуминовый коэффициент было также достоверным ($p<0,001$). Статистически значимого влияния на иммуноглобулиновый коэффициент инфекционные агенты при ППТ РС не оказывали.

При проведении анализа показателей МРТ при ремитирующем типе течения заболевания была выявлена диссоциация в виде отсутствия в ряде случаев соответствия периода обострения и увеличения количества «активных» очагов и/или увеличение зоны воспалительных изменений «старых» очагов. Также отмечено периодическое несоответствие периода ремиссии с явлениями «затухания» МРТ-признаков активности процесса (симптом «отсрочки»).

Интересным оказался факт появления «новых» очагов и/или увеличения зоны воспалительных изменений «старых» очагов вне периода обострения (как показатель МРТ прогрессивности и непрерывности процесса). Наличие «черных дыр» – (по T1 взвешенных изображениях) было не характерным для рецидивирующего типа течения и встречалось значительно реже (в 9% случаев), чем при ВПТ и ППТ течения и, как правило, с длительностью заболевания более 10 лет.

При выявлении особенностей МРТ при рецидивирующем типе течения РС были выделены благоприятные и неблагоприятные варианты. К благоприятным признакам отнесены отсутствие видимых очагов демиелинизации без явлений внутренней и наружной гидроцефалии; перивентрикулярные зоны свечения в области задних рогов боковых желудочков без наличия других МРТ-признаков РС. К неблагоприятным томографическим признакам отнесены наличие выраженных атрофических изменений с небольшим количеством очагов; наличие «черных дыр» (по

T1 в/и); значимые атрофические изменения на начальных этапах развития заболевания (вт.ч. мозолистого тела и мозжечка); отсутствие периодов «затухания» МРТ-признаков.

При суммировании результатов по группе больных с вторично-прогредиентным типом течения были выявлены неблагоприятные и благоприятные варианты изменений на МРТ. К благоприятным вариантам нами отнесены незначительные атрофические изменения в области полушарий мозга, малое количество очагов в мозолистом теле с незначительными явлениями его гипотрофии, отсутствие атрофических изменений мозжечка, малое количество «черных дыр» по T1 в/и. К неблагоприятным вариантам были отнесены явления быстро нарастающей внутренней и наружной гидроцефалии атрофического характера, большое количество очагов в стволовых отделах мозга и мозжечке, нарастающая атрофия мозолистого тела и мозжечка, большое количество «черных дыр» (по T1 взвешенных изображений).

Когда речь идет о пациентах с ППТ течением, несомненно, неблагоприятными вариантами МРТ-признаков являются наличие выраженных атрофических изменений больших полушарий мозга, мозолистого тела и мозжечка уже на начальных стадиях развития процесса, большое количество «черных дыр» (по T1 в/и) уже на ранних этапах развития заболевания, быстрое нарастание атрофических изменений мозга. К благоприятным МР-томографическим признакам относятся менее выраженные атрофические изменения полушарий головного мозга.

В настоящее время существует достаточно большое количество препаратов, влияющих на проницаемость ГЭБ. К ним относятся глюкокортикостероиды, которые влияют на молекулы адгезии и уменьшают содержа-

ние ММП-9. Из препаратов группы модифицирующей терапии (ПИТРС) на проницаемость ГЭБ влияют интерфероны бета за счет блокирования молекул адгезии и уменьшения концентрации матриксных протеиназ. К препаратам второй линии, уменьшающим проницаемость ГЭБ, относится натализумаб («Тизабри»), который блокирует взаимодействие молекул адгезии и лимфоцитов.

С учетом исследования проницаемости ГЭБ, нами были сформулированы следующие *практические рекомендации*:

1. При наличии биохимических признаков активности воспалительного процесса при РС (даже при отсутствии клинических и томографических признаков) необходимо провести пульс-терапию ГКС.

2. Длительность кортикостероидной терапии определяется с учетом параметров проницаемости ГЭБ. Сохраняющиеся изменения проницаемости ГЭБ (альбуминовый коэффициент), высокие показатели активности воспалительного процесса (иммуноглобулиновый коэффициент, высокие показатели ММП-9) служат основанием для увеличения длительности пульс-терапии ГКС.

3. При превалировании нейродегенеративных процессов над воспалительными назначение препаратов группы интерферонов представляется менее целесообразным.

4. Верификация инфекционного возбудителя является своеобразным маркером дисфункции иммунной системы. Верифицированный нейротропный агент является показанием к проведению адекватной специфической терапии.

5. Длительно сохраняющиеся признаки повышения проницаемости ГЭБ, нарастание явлений атрофии по данным МРТ являются показанием к эскалации терапии: перехода от препаратов первой линии к препаратам второй линии или комбинированной терапии.

Литература

1. Dzyuba A. N., Frolov V. M., Peresadin N. A. Patogeneticheskaya rol' tsirkuliruyushchikh immunnykh kompleksov pri РС [The pathogenic role of circulating immune complexes in the РС]. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova, 1994, issue 2, pp. 53-55. (In Russ.)

2. Gol'dshteyn N. I., Gol'dshteyn R., Terterov D., Kamenskiy A. A., Kovalev G. I., Zolotarev Yu. A. Gematoentsefalicheskiy bar'er otkryt [Blood-brain barrier is opened]. Biokhimiya, 2012, vol. 77, issue 5, pp. 525-532. (In Russ.)

3. Voloshina N. P., Vasilovskiy V. V., Chernenko M. E. Vliyaniye infektsionnogo faktora na sostoyaniye gematoentsefalicheskogo bar'era u bol'nykh rasseyannym sklerozom [Influence of infectious factors on the condition of the blood-brain barrier in multiple sclerosis patients]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii', 2013, vol. 21, issue 1(74), pp. 5-6. (In Russ.)

4. Voloshina N. P., Negreba T. V., Levchenko I. L., Shestopalova L. F., Tereshchenko L. P., Fedoseev S. V., Vasilovskiy V. V., Lekomtseva E. V., Gaponov I. K., Chernenko M. E., Borodavko O. A., Vel'kovskaya L. I., Vorob'eva T. G. Gendernyye osobennosti raznykh tipov techeniya rasseyannogo skleroza [Gender characteristics of the different types of MS disease]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii', 2012, vol. 20, issue 3(72), pp. 13-18. (In Russ.)

5. Negrych T. I., Sorokin B. V., Jevtushenko S. K. Diagnostyka ta terapiya rozsiyanogo sklerozu [Diagnosis and therapy of multiple sclerosis]. Mezhdunar. nevrolog. zhurnal, 2012, no. 3(49), pp. 158-161. (In Ukr.)

6. Grigorova I. A., Spivak V. G. Rasprostranennost' rasseyannogo skleroza v Khar'kovskoy oblasti [The prevalence of multiple sclerosis in the Kharkiv region]. Eksperimental'na i klinichna medycyna, 2003, no. 1, pp. 104-106. (In Russ.)

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОНИКНОСТІ ГЕМАТОЕНЦЕФАЛІЧНОГО БАР'ЄРУ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ

М. Є. Черненко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології» НАМН України

Анотація. Гематоенцефалічний бар'єр є важливим фактором, що визначає специфіку уражень центральної нервової системи при розсіяному склерозі. У статті наведено особливості функціонування гематоенцефалічного бар'єру при розсіяному склерозі. Представлено дані комплексного обстеження 135-ти хворих з різними типами перебігу розсіяного склерозу, в ході якого було застосовано клінічні та параклінічні методи з оцінкою достовірності отриманих результатів. Під час дослідження виявлено особливості змін проникності гематоенцефалічного бар'єру при різних типах перебігу захворювання на різних стадіях патологічного процесу, що має велике практичне значення. Сформульовано практичні рекомендації.

Ключові слова: розсіяний склероз, гематоенцефалічний бар'єр, проникність, Т-лімфоцити, молекули адгезії, центральна нервова система.

BLOOD-BRAIN BARRIER PERMEABILITY STUDY IN MULTIPLE SCLEROSIS

M. E. Chernenko
GI Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction Medical Sciences of Ukraine

Summary. Blood-brain barrier is an important factor in determining the specificity of the central nervous system lesions in multiple sclerosis. In the article were described the features of functioning of the blood-brain barrier in multiple sclerosis (MS). The data of complex examination of 135 patients with different types of MS, which have been applied clinical and paraclinical methods with evaluation of reliability of the results. The study identified particular changes in permeability of the blood brain barrier at different types of the disease at different stages of the pathological process, that had great practical importance. Practical recommendations were formulated.

Keywords: multiple sclerosis, blood-brain barrier permeability, T-lymphocytes, adhesion molecules, the central nervous system.

УДК 613.86-057.87



АДАПТИВНИЙ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПОМОЦІ МОЛОДИМ ЛИЦАМ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦІЇ, КОТОРИЄ УПОТРЕБЛЯЮТ ПАВ

Е. В. Киосева

Український науково-дослідницький інститут соціальної і судової психіатрії і наркології МЗ України

Анотація. Стаття посвячена актуальній проблемі – здійсненню своєчасної медико-соціальної допомоги молодим людям з розладом адаптації, які використовують психоактивні речовини (ПАР), за допомогою інтерактивного інтенсивного тренінгу по кейс-методу CBL (англ. case-study – Case Based Learning – оснований на клінічному випадку), з інтегрованою нейролінгвістичною технологією (NLP) «рефреймінг». Дослідження проводилося серед 1076-ти студентів молодших курсів вузу. Аналізуючи і моделюючи кейси, молоді люди набувають навички соціальних, особистих механізмів адаптації; підвищують рівні інформаційної, когнітивної, комунікативної, поведінкової компетенцій, необхідних їм для реалізації стратегії здорового образу життя.

Ключові слова: розлад адаптації, студенти, молодь, психоактивні речовини, університет, кейс-стаді.

Введення

Серед багатьох соціально-культурних факторів, що впливають на адаптаційні можливості молоді, особа належить ціннісній системі взаємовідносин в сім'ї. Сімейна карта світу формує соціокультурні передумови психосоціальної інтеграції і безпечної соціальної простоти підліткового покоління. Мотивуючи моральність, інноваційне розвиток і екологічне рівноважжя, сімейні цінності формують основу формування адаптаційних можливостей молодих людей [1].

Відомо, що студенти перших курсів вищих навчальних закладів, зіткнувшись з сукупністю стресогенних обставин, піддаються ризику розвитку розладів адаптації і аддиктивних форм поведінки. Такі факти свідчать про актуальність досліджень і необхідність розробки технологій і методів сучасної науки, спрямованих на збереження і покращення психічного здоров'я молоді шляхом забезпечення належної якості надання медико-соціальної допомоги [1–7].

Ціль дослідження

Розробка інтерактивного тренінгу для надання медико-соціальної допомоги молодим людям з розладом адаптації, які використовують ПАР.

Задачі дослідження:

1. Вивчити взаємовідносини молодих людей з батьком і оцінити їх вплив на розвиток розладів адаптації у даного контингенту.
2. Оптимізувати організацію навчально-

но-виховного процесу в університеті шляхом забезпечення студентів необхідними компетенціями для реалізації стратегії здорового образу життя.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено всього 1076 студентів, юнаків і дівчаток в віці від 17 до 20 років молодших курсів різних факультетів Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Відомо, що більшість студентів живе в загальножиттєвій, так як їздять навчати з інших міст.

Дослідження мило проспективний, рандомізований, контролюваний, когортний характер і проходило в формі групового анонімного опитування в академічних групах з використанням розробленої нами уніфікованої карти обстеження.

Соціально-демографічний метод реалізувався шляхом оцінки відповідей студентів на 1-й пункт 4-го питання Розділу 1 «Карти обстеження студента» – вивчення мікросоціальної середовища (відносини з батьком).

Математичну обробку отриманих результатів проводили з використанням пакету програм Statistica for Windows, 7.0. Розраховували абсолютне значення показника, % частот (P %), m – помилку репрезентативності, значення критерію Фішера. Формат представлення даних в тексті і таблиці наступний: абсолютне число; P% ± m [4].

Оцінка скарг, ознак, симптомів, результатів спостереження, соціальних обставин здійснювалася на основі використання критеріїв виявлення розладів, представлених в МКБ-10 в класах (розділах): Y, код F – «Психічні

расстройства и расстройства поведения» (F – 43.2) и XXI, код Z – «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждения здравоохранения» (Z – 60; Z – 64; Z – 72; Z – 72.0; Z – 72.1; Z – 72.2; Z – 73; Z – 73.0; Z – 73.1; Z – 73.2; Z – 73.3).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе полученных данных была определена частота (расчет доли в %) ответов студентов на вопрос: «Насколько легко вам обсуждать с отцом темы, которые вас по-настоящему волнуют?» на трех выборках (объемом $n = 778$, $n = 210$ и $n = 88$). Результаты исследования представлены в табл. 1.

Как видно из приведенных данных, студенты из группы условно здоровых преимущественно легко ($50,3 \pm 1,8$) и очень легко ($22,1 \pm 1,5$) обсуждают с отцом волнующие их вопросы. Установлено, что студентам с расстройством адаптации обсуждать волнующие их вопросы с отцом трудно ($25,0 \pm 4,6$) и очень трудно ($11,4 \pm 3,4$). Студенты с признаками нарушений адаптации либо не имеют отца или не видятся с ним ($20,5 \pm 2,8$), либо оценивают возможность обсуждения волнующих вопросов как очень трудно ($3,8 \pm 1,3$). Имеющиеся различия носят статистически достоверный характер. Иными словами, у студентов с нарушениями адаптации и расстройством адаптации установлены деструктивные взаимоотношения с отцом, либо отца нет. Условно здоровые молодые люди воспитываются в функционально конструктивных семейных системах.

На основе полученных данных и анализа литературы [1–5, 7–16] нами были разработаны методические рекомендации по проведению лечебно-профилактического тренинга. В качестве мишеней выступали паттерны аддиктивного поведения, когнитивная, коммуникативная, психосоциальная и эмоциональная компетентность студентов.

Тренинг реализовывали на практике в виде комбинированного применения рефрейминга (технологии NLP) и интерактивного метода обучения кейс-стади CBL – ролевой игры на тему «Позиция восприятия» [5]. Игра проходила в академических группах. Предварительно тренер обучил студентов правилам игры и направил стратегию команды с помощью наглядных примеров, инструкций и методических рекомендаций, где кратко изложены основные позиции восприятия в коммуникации и взаимоотношениях. Студенты самостоятельно выбирали игроков.

Моделируя роли кейса, игроки описывали конкретный паттерн поведения (употребление ПАВ и сложности в адаптации к стрессовым ситуациям), факторы уязвимости и зону

иммунитета. Позиция восприятия – это основная точка зрения, с которой человек воспринимает ситуацию или отношения между людьми. Соответственно ролям участники игры использовали физические, когнитивные и лингвистические паттерны. Первая позиция – «я»-позиция – предполагала восприятие своими собственными глазами, «от первого лица». Вторая позиция – «вы»-позиция – предполагала переживание чего-либо, как если бы мы «встали на место другого человека». Игроки разыграли кейс «мокасины друга». Третья позиция – «они»-позиция – предполагала восприятие своих отношений с людьми с точки зрения «стороннего наблюдателя».

Соответственно ролям студенты выявляли и затем изменяли характеристики петель коммуникации, которые порождали или поддерживали проблемное взаимодействие.

Тренер во время игры управлял кейсами: координировал процесс анализа, синтеза, выбора, принятия решения, конструирования студентами нового паттерна поведения и коммуникации. Позволяя учиться на прошлых ситуациях и формировать «лучшие практики», тренер обеспечил адаптивное управление кейсами.

Тренер организовал многогранное взаимодействие «тренер NLP – студент»,

Таблица 1

Распределение частоты ответов студентов на вопрос: «Насколько легко вам обсуждать с отцом темы, которые вас по-настоящему волнуют?» (%)

Вариант ответа	Группа № 1 $n = 778$	Группа № 2 $n = 210$	Группа № 3 $n = 88$
Очень легко	172 $22,1 \pm 1,5$	15 $7,1 \pm 1,8^{**}$	13 $14,8 \pm 3,8$
Легко	391 $50,3 \pm 1,8$	107 $51,0 \pm 3,4$	34 $38,6 \pm 5,2^*$
Трудно	96 $12,3 \pm 1,2$	37 $17,6 \pm 2,6$	22 $25,0 \pm 4,6^{**}$
Очень трудно	7 $0,9 \pm 0,3$	8 $3,8 \pm 1,3^*$	10 $11,4 \pm 3,4^{**}$
У меня нет таких или я не вижу с ними	112 $14,4 \pm 1,3$	43 $20,5 \pm 2,8^*$	8 $9,1 \pm 3,1$

Примечания:

* – статистическая значимость различий частоты с группой № 1 на уровне $p < 0,05$;

** – статистическая значимость различий частоты с группой № 1 на уровне $p < 0,001$;

Группа № 1, $n = 778$ – условно здоровые студенты; группа № 2, $n = 210$ – студенты с нарушениями адаптации;

группа № 3, $n = 88$ – студенты с расстройством адаптации.

«студент–студент», «студент–група студентів» посредством реализации адаптивного кейс-менеджмента (Adaptive Case Management, ACM) – технологии, позволяющей гибко управлять процессом решения поставленной задачи в зависимости от развития ситуации.

Выводы

1. Студенты младших курсов университета склонны испытывать сложности в социально-психологической адаптации. Установлено, что функциональность семейной системы (микросоциальный уровень – отношения с отцом) является фактором предикции/превенции развития нарушений и расстройств адаптации у данного контингента.

2. Реализация адаптивного кейс-менеджмента способствует повышению социально-психологической адаптивности студентов за счет мобилизации их внутренних резервов, приобретения навыков эффективной стратегии управления сложной ситуацией или взаимодействием, принимая множественные позиции восприятия.

3. Интенсивный тренинг по кейс-методу CBL с интегрированной NLP–технологией «рефрейминг» был внедрен нами в учебно-воспитательную работу некоторых вузов для оказания медико-социальной помощи молодым лицам с расстройством адаптации, которые употребляют ПАВ.

Литература

- Gorlinskiy V. V. Kul'tura ustoychivogo chelovecheskogo razvitiya: ee konstituirovaniye i aksiologicheskoye sodержaniye [The culture of sustainable human development: its constitution and axiological content]. *Filosofiya i kul'tura* [Philosophy and Culture], 2015, no. 5, pp. 658-669. (In Russ.)
- Begaydarova R. Kh., Starikov Yu. G., Alshynbekova G. K., Devdariani Kh. G., Dyusembaeva A. E., Nasakaeva G. E., Zolotareva O. A. Opyt vnedreniya aktivnykh metodov obucheniya (CBL) v uchebnyy protsess na kafedre detskikh infektsionnykh bolezney [Experience in the implementation of active learning (CBL) in the educational process at the Department of Pediatric Infectious Diseases]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*, 2014, no. 6, pp. 13-14. (In Russ.)
- Birjuk O. O. Profilaktyka i korektsiya deviantnoy povedinky [Prevention and correction of deviant behavior]. *Zb. nauk. prac' In-tu psyhologii imeni G.S. Kostyuka NAPNU*, 2011, vol. XIII, part 5, pp. 23-33. (In Ukr.)
- Ermolaev O. Yu. Matematicheskaya statistika dlya psikhologov [uchebnik] [Mathematical Statistics for Psychology [A Textbook], 2nd ed., Moscow, 2003, pp. 29-52. (In Russ.)
- Dilts R. Kouchingspomoshch'yu NLP [Coaching with NLP]. St. Petersburg, proym-EVROZNAK Publ., 2004, 256 p., pp. 96-102. (In Russ.)
- Evropeyskiy plan deystviy po okhrane psikhicheskogo zdorov'ya. Problemy i puti ikh resheniya (Khel'sinki, 2005) [The European Action Plan on Mental Health. Problems and Solutions (Helsinki, 2005)]. *Psikhicheskoye zdorov'e* [Mental Health], 2005, no. 1(6), pp. 9-17. (In Russ.)
- Tabachnikov S. I., Vijevs'kyj A. M. Analiz prychn ta motyviv vzhyvannya psyhoaktyvnykh rehovyn u ditej ta pidlitkiv v svitli rozrobky kompleksnoi' bagatorivnevoi' systemy jogo medyko-social'noi' korektsii' ta profilaktyky [Analysis of the causes and motives of substance use in children and adolescents in the light of the development of its integrated multi-level medical and social correction and prevention]. *Arhiv psyhiatrii*, 2012, vol. 18, no. 1, pp. 93-99. (In Ukr.)
- Tashkeeva G. K. Interaktivnoye obuchenie kak sredstvo aktivatsii tvorcheskoy deyatel'nosti studentov [Interactive training as means of activation of creative activity of students]. *Menedzhment v obrazovanii*, 2010, no. 1, pp. 132-134. (In Russ.)
- Teleuov M. K., Dosmagambetova R. S., Turgunova L. G. Sfera kompetentnosti vypusknika meditsinskogo vuza. Kompetentnosti. Navyk raboty v komande, professionalizm: metodicheskie rekomendatsii [The scope of competence of the graduate of the medical school. Competency. Teamwork skills, professionalism: methodical recommendations]. Karaganda, 2010, 84 p. (In Russ.)
- Kumpfer L., Coombs P. H., Kumpfer K. L., Aivarado R., Smith P. Drug Abuse Prevention: tools and Programs. *Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations*, 2005, pp. 467-486.
- Science. Available at: http://www.usyd.edu.au/future_students/~ /choice/science.shtml.
- AAMC/HHMI Committee Defines Scientific Competencies for Future Physicians. Washington, D.C., 2009, June 4. Available at: <http://www.aamc.org/newsroom/pressrel/2009/090604.htm>.
- Continuing Professional Development Centre. Available at: <http://cpd.conted.ox.ac.uk/>.
- Vodopivec I., Vujaklija A., Hrabak M., Lukić I. K., Marušić A., Marušić M. Knowledge about and attitude toward science of first year medical students. *Croat Med. J.*, 2002, 62 p., pp. 43-58.
- Shankar N, Roopa R. Evaluation of a modified team based learning method for teaching general embryology to 1year medical graduate students. *Indian J Med Sci [serial online]* 2009 [cited 2015 Sep 6]; 63:4-12. Available at: <http://www.indianjmedsci.org/text.asp?2009/63/1/4/49076>.
- Begaydarova R. Kh., Starikov Yu. G., Alshynbekova G. K., Devdariani Kh. G., Dyusembaeva A. E., Nasakaeva G. E., Zolotareva O. A. Opyt vnedreniya aktivnykh metodov obucheniya (CBL) v uchebnyy protsess na kafedre detskikh infektsionnykh bolezney [Experience in the implementation of active learning (CBL) in the educational process at the Department of Pediatric Infectious Diseases]. Available at: www.rae.ru/upfs/?section=content&op=show_article&article_id=5139.

АДАПТИВНИЙ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ У СИСТЕМІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ МОЛОДОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПАР

О. В. Кіосєва

Український науково-дослідницький інститут соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України

Анотація. Стаття присвячена актуальній проблемі – здійсненню своєчасної медико-соціальної допомоги особам молодого віку з розладами адаптації, які вживають психоактивні речовини (ПАР), за допомогою інтерактивного інтенсивного тренінгу, за кейс-методом CBL (анг. case-study – Case Based Learning – заснований на клінічному випадку) із інтегрованою нейролінгвістичною технологією (NLP) – «рефреймінг». Дослідження проводилося серед 1076-ти студентів молодших курсів вишу. Аналізуючи та моделюючи кейси, молоді люди набувають певних навичок соціальних, особистісних механізмів адаптації; підвищення рівня інформаційної, когнітивної, комунікативної, поведінкової компетенцій, необхідних їм для реалізації стратегії здорового способу життя.

Ключові слова: розлади адаптації, студенти, молодь, психоактивні речовини, університет, кейс-стаді.

ADAPTIVE CASE MANAGEMENT IN THE SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL CARE OF YOUNG PERSONS WITH ADJUSTMENT DISORDER, WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

E. V. Kioseva

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine

Summary. The work is devoted to an actual problem – the timely implementation of the health and social care for young people with adjustment disorder, who use psychoactive substances, through an interactive intensive training on case-method, the CBL (Case Based Learning – based on clinical case), with integrated neurolinguistic technology (NLP) – «reframing». The study was conducted among 1076 students of the first years. By analyzing and modeling cases, young people acquire skills of their social, personal adaptation mechanisms; skills of increasing the level of information, cognitive, communicative, behavioral competencies, they need to implement the strategy of a healthy lifestyle.

Key words: adjustment disorder, students, the youth, psychoactive substances, university, case-study.

УДК 618.2-084:159.923



ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНОГО І ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ

О. В. Боднар

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Анотація. У статті досліджуються зв'язки між соціально-демографічним становищем жінок з патологією вагітності та їх психологічним станом. У дослідженні брали участь 150 вагітних жінок віком від 16 до 41 року, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ускладнень вагітності. Виявлено основні соціальні та психосоціальні фактори ризику для вагітних жінок, а саме: професійне спрямування, сімейне становище, освіта, житлові умови, матеріальне становище, вживання алкоголю та тютюну, бажаність та мотивація вагітності, стосунки з чоловіком. Ці дані дуже важливі для психологічної та психокорекційної роботи з вказаним контингентом пацієнтів.

Ключові слова: вагітність, психологічний стан, психосоціальні особливості, соціально-демографічні показники.

Вступ

У сучасних умовах у суспільстві України відбувається соціально-економічне загострення, яке особливо відображається на найменш захищених верствах населення (діти, інваліди, вагітні жінки, люди похилого віку та інші). Особливо це стосується вагітних жінок, які у результаті свого природного стану опиняються повністю залежними від оточуючих і держави.

Соціально-психологічний аспект в особливостях перебігу вагітності – це багаторівнева структура, яка входить до сфери вивчення багатьох наук (психології, соціології, демографії, акушерства тощо) і охоплює всі сфери життя вагітної жінки.

Усі протиріччя, які обумовлені впливом соціального середовища на жінку, загострюються у період вагітності. Це гендерна дискримінація під час праці, вимушена відмова від участі у суспільному житті, втрата економічної самостійності, зміни у внутрішньосімейних відносинах [1]. Б. Д. Карвасарський вказує, що вік, умови праці та побуту, шкідливі звички і характер взаємин партнерів є значущими психосоціальними чинниками, які можуть негативно впливати на процес вагітності та можуть стати однією з причин виникнення ускладнень [2, 3].

Серед соціальних чинників, що впливають на репродуктивну поведінку жінки, її здоров'я і народження здорової дитини, можна виділити більш та менш значущі. Найбільш важливим для вагітної жінки є фактор соціальної підтримки з боку найближчого оточення, сім'ї або малої групи, в якій відбувається розуміння і прийняття жінкою її нової соціальної ролі – ролі матері. До менш значущих чинників належать наявність соціальних гарантій від роботодавця, рівень соціальних виплат, житлові умови і матеріальне становище жінок, установки на самореалізацію у професійній сфері та інше [1].

Вивчення питання сукупності мотивів зачаття і збереження вагітності вказує на те, що планова вагітність порівняно з незапланованою протікає сприятливіше й з меншою кількістю ускладнень, сприяє народженню більш здорових дітей, без ускладнення здоров'я та зниження працездатності матері [4].

Існують декілька моделей, що описують рівні оточення, з яким взаємодіє діада «мати – дитина». Усі вони виділяють власну сім'ю жінки та її найближче оточення (батьківську сім'ю, друзів, фахівців, що працюють з сім'єю), а також широкий соціокультурний контекст [5, 6].

Позашлюбна вагітність пов'язана з підвищеним ризиком виникнення ускладнень вагітності та пологів через медико-соціальні, психологічні та економічні особливості статусу незаміжніх жінок. Тому вагітні, які не перебувають у шлюбі, повинні бути включені до групи ризику розвитку перинатальної патології [7, 8].

Вважається, що вік, у якому жінка завагітніла, є одним з найважливіших чинників, що впливає на її психоемоційний стан. Проте більшість сучасних досліджень виявили, що вік жінки не впливає на її психологічний стан [9].

Дослідження, присвячені впливу рівня освіти вагітних жінок на їх індивідуально-психологічні особливості та формування материнської сфери у них, вказують на те, що жінки із закінченою вищою освітою більш адаптовані до свого стану, ніж жінки, які не закінчили освіту [10].

Сучасні тенденції індустріального суспільства призводять до переваги кар'єрних прагнень жінки над бажанням бути матір'ю [11]. Дослідження, присвячені вивченню особливостей впливу професії жінки на психологічний і соматичний стан вагітної, констатують, що жінки, які працюють, знаходяться у групі ризику порівняно з вагітними, які не працюють [13–14].

Несприятливі соціально-побутові умови і низький матеріальний рівень негативно впливають на перебіг вагітності та формування материнських почуттів у вагітної жінки, а також на її психоемоційний стан [1, 2, 15].

Дослідження, присвячені вивченню впливу на психологічний стан жінки першої або наступної за порядком вагітності, вказують на те, що депресивні та тривожні розлади частіше зустрічаються у жінок, які народжують вперше [16–18].

Девіантне материнство є однією з найгостріших проблем сучасного суспільства і має тенденцію до постійного зростання [19]. Безсумнівно, вживання психоактивних речовин (наркоманія, алкоголізм, тютюнопаління та інше) мають негативний вплив на протікання вагітності, а особливо – на стан майбутньої дитини. Частіше за все вживання психоактивних речовин супроводжується психологічними або психіатричними порушеннями у жінок і призводить до розвитку захворювань ЦНС та психологічних порушень у дітей [20, 21].

Мета дослідження

Як видно з огляду наукових робіт, вивчення соціального аспекту психології вагітності жінок проходить досить інтенсивно. Недостатня вивченість цієї проблематики у жінок із патологічним перебігом вагітності стала однією з цілей нашого дослідження.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі відділення патології вагітності пологового будинку №5 м. Одеса. У дослідженні брали участь 150 вагітних жінок віком від 16 до 41 року, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ускладнень вагітності. Середній вік склав $27,47 \pm 5,35$ років. Досліджувались жінки з терміном вагітності від 22 до 41 тижня.

У дослідженні були використані клініко-психологічні та низка експериментально-психологічних методик. Для вивчення особистісних властивостей жінок застосовувався комп'ютерний варіант стандартизованого багатofакторного методу дослідження особистості (СМДО) ММРІ, адаптований для російськомовного населення СМІЛ (СМДО) Л. Н. Собчик [22]. Рівень тривожності вивчався за допомогою шкали реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна. Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової) використовувалась для вивчення рівня депресії у жінок, що брали участь у дослідженні. Аналіз отриманих результатів проводився на базі комп'ютерної програми SPSS Statistics 17.0.

Також була розроблена психосоціальна анкета, в якій досліджувалися соціально-демографічні (табл. 1) і психосоціальні (табл. 2) осо-

бливості вагітних жінок з патологією вагітності.

Виявлення взаємозв'язків між соціальними і психологічними показниками проводилося за допомогою непараметричного критерію Краскела–Уоллеса [23]. Вивчаючи за допомогою методів математичної статистики зв'язки між психологічним станом і соціально-демографічними показниками, ми отримали такі результати.

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення професійних спрямувань вагітних жінок з патологією вагітності проводилося після групування професій з метою математичного аналізу. Ми обрали класифікацію типів професій Є. О. Клімова як найбільш точну на нашу думку. Окремою категорією ми виділили домогосподарок – як контингент досить розповсюджений серед вагітних жінок.

Були виявлені такі взаємозв'язки між типом професії та показниками за методикою СМІЛ (СМДО) у жінок з патологічним перебігом вагітності: Шкала «Мужність–жіночність» ($\chi^2 - 13,06$; асиметричне значення – 0,02). Для домогосподарок характерна статеворольова поведінка, притаманна чоловікам ($\bar{X} - 65,56$; $Me - 67,50$), а для піддослідних, що працюють у професіях типу «людина – художній образ» ($\bar{X} - 55,00$; $Me - 55,00$) і «людина–техніка» ($\bar{X} - 56,62$; $Me - 58,00$) характерна більш жіноча поведінка.

Також було виявлено зв'язок зі шкалою «Оптимістичність» ($\chi^2 - 13,06$; асиметричне значення – 0,02). Тобто вагітним жінкам з патологією, які працюють у професіях типу «людина–техніка» ($\bar{X} - 65,62$; $Me - 65,00$) і домогосподарок ($\bar{X} - 65,22$; $Me - 63,50$), притаманні оптимістичність, комунікабельність, висока активність. Також рисою цих жінок є велика кількість планів та ідей, що легко виникають і не реалізуються через нездатність зосереджуватися та переоцінку своїх можливостей. Не було виявлено жодного статистично значимого взаємозв'язку між типом професії піддослідних і рівнем ситуативної тривожності та депресії.

Перевіривши наявність зв'язку між сімейним становищем вагітних жінок і психологічними параметрами, було виявлено таке. За методикою СМІЛ зв'язок встановлено зі шкалою «Достовірності» ($\chi^2 - 6,66$; асиметричне значення – 0,01), «Імпульсивності» ($\chi^2 - 6,86$; асиметричне значення – 0,01), «Ригідності» ($\chi^2 - 5,94$; асиметричне значення – 0,02) та «Індивідуалістичності» ($\chi^2 - 5,19$; асиметричне значення – 0,02) Тобто вагітним жінкам, які неодружені, притаманне загострення таких особистісних характеристик: вони більш схильні до гетероагресивних реакцій, ригід-

Таблиця 1

Соціально-демографічний статус вагітних жінок, що брали участь у дослідженні

Демографічний показник		n	% за стовпчиком
Сімейний стан	Шлюб зареєстровано	118	78,7 %
	Шлюб не зареєстровано	32	21,3 %
Різниця у віці подружжя	Чоловік старший менше ніж на 5 років	66	46,5 %
	Чоловік старший більше ніж на 5 років	42	29,6 %
	Жінка старша менше ніж на 5 років	25	17,6 %
	Жінка старша більше ніж на 5 років	6	4,2 %
	Не одружена	3	2,1 %
Освіта	Середня освіта	38	25,3 %
	Середня спеціальна освіта	8	5,3 %
	Незакінчена вища освіта	6	4,0 %
	Вища освіта	98	65,3 %
Тип професії за Є. О. Клімовим	Людина – природа	3	2,0 %
	Людина – техніка	13	8,7 %
	Людина – людина	86	57,3 %
	Людина – знакова система	28	18,7 %
	Людина – художній образ	2	1,3 %
	Домогосподарка	18	12,0 %
Житлові умови	Окремо у власній оселі	69	46,0 %
	Окремо у найманій оселі	26	17,3 %
	Разом з родичами чоловіка	21	14,0 %
	Разом з родичами жінки	34	22,7 %

ності, своєрідного погляду на життя, посилення декларацій наявних та вигаданих проблем. Не виявлено статистично значимого зв'язку між рівнем депресії і тривожності та сімейним станом жінок з патологією вагітності.

У ході дослідження не було виявлено жодного статистично значимого взаємозв'язку між психологічними показниками і різницею у віці з чоловіками жінок, які брали участь у дослідженні.

Житлові умови жінок з патологією вагітності впливають на рівень ситуативної тривожності ($\chi^2 = 16,81$; асиметричне значення – 0,00) і депресії ($\chi^2 = 7,73$; асиметричне значення – 0,05) та не впливають на загострення особистісних тенденцій. Причому рівень депресії та тривожності вищий у жінок, які проживають разом з родичами жінки ($\bar{X} = 30,47$; $Me = 30,00$) і у найманій оселі ($\bar{X} = 28,38$; $Me = 27,00$).

При вивченні зв'язку між вищою освітою і особистісними параметрами було виявлено зв'язок з такими особистісними шкалами: «Достовірність» ($\chi^2 = 9,78$; асиметричне значення – 0,02), «Шкала корекції» ($\chi^2 = 11,23$; асиметричне значення – 0,01), «Імпульсивність» ($\chi^2 = 10,27$; асиметричне значення – 0,02), «Індивідуаль-

ність» ($\chi^2 = 8,45$; асиметричне значення – 0,04). Жінки з вищою освітою не схильні до свідомого чи несвідомого перебільшення своїх симптомів і водночас вони більш адаптовано почувають себе у суспільстві. Менш адаптовані жінки з середньою спеціальною і незакінченою вищою освітою. Чим вищий рівень освіти, тим менше у них проявляється імпульсивність. Тобто освіта як процес соціалізації допомагає жінкам контролювати емоціональні прояви. Також рівень освіти пов'язаний з проявами індивідуальності. Жінки з вищим рівнем освіти більш залучені у процеси, що відбуваються навколо них.

Слід зазначити, що чим вищий рівень освіти, тим нижча тривожність. ($\chi^2 = 8,76$; асиметричне значення – 0,03). Тобто жінки з патологією вагітності, що більш адаптовані у суспільстві, почувають себе впевненіше. Також це підтверджує і те, що вагітні жінки з незакінченою вищою освітою мають вищий рівень тривоги, ніж всі інші піддослідні. Ця категорія вагітних жінок обрала здобуття вищої освіти і не досягла ще цього, а разом з тим й не отримала соціальні привілеї, притаманні вищій освіті. Тому, на нашу думку, вони почувають себе

менш впевнено, ніж усі інші піддослідні.

Взагалі, можна зазначити, що жінки з незакінченою вищою освітою є групою найбільшого психологічного ризику. Виявлено зв'язок між показником «навчання» (тобто вагітні жінки на момент дослідження навчались у навчальних закладах) і особистісними шкалами: «Достовірність» ($\chi^2 - 5,41$; асиметричне значення – 0,02), «Шкала корекції» ($\chi^2 - 8,33$; асиметричне значення – 0,00), «Ригідність» ($\chi^2 - 5,43$; асиметричне значення – 0,02). Жінки, що навчаються, більш схильні до свідомого чи несвідомого перебільшення своїх проблем (агравациї), вони менш адаптовано почуваються у соціумі. Також жінки з патологією вагітності, що навчаються, більш ригідні, їм притаманний вищий рівень депресії, ніж жінкам, що не навчаються ($\chi^2 - 3,89$; асиметричне значення – 0,05).

При дослідженні зв'язку між психосоціальними показниками і психологічним станом вагітних жінок були отримані такі результати: проаналізувавши взаємозв'язок між бажаністю вагітності та психологічними параметрами, ми не виявили зв'язку з особистісними

тенденціями. Проте рівень депресії вищий у тих жінок, чия вагітність не бажана ($\chi^2 - 5,12$; асиметричне значення – 0,02).

При вивченні психологічних характеристик вагітних жінок у зв'язку з наявністю у них шкідливих звичок було виявлено таке: жінки з вираженими ознаками імпульсивності частіше палять ($\chi^2 - 4,62$; асиметричне значення – 0,03); можливо, це пояснюється тим, що жінки з ознаками імпульсивності віддають перевагу більш чоловічому типу поведінки. Також для вагітних жінок, що палять, характерний вищий рівень тривожності ($\chi^2 - 6,01$; асиметричне значення – 0,01). Тютюнопаління у цього контингенту жінок з патологією вагітності може виступати механізмом подолання тривоги. Для жінок, які під час вагітності вживали алкоголь, характерні прояви гіпоманічних тенденцій ($\chi^2 - 6,01$; асиметричне значення – 0,01).

При дослідженні зв'язку між психосоціальними показниками і психологічним станом вагітних жінок були отримані результати, наведені у **табл. 2**.

Проаналізувавши взаємозв'язок між ба-

Таблиця 2

Психосоціальний статус вагітних жінок, що брали участь у дослідженні

Демографічний показник		п	% за стовпчиком
Бажаність вагітності	Бажана	116	77,3 %
	Небажана	34	22,7 %
Паління	Палила	10	6,7 %
	Не палила	140	93,3 %
Алкоголь	Вживала	13	8,7 %
	Не вживала	137	91,3 %
Стосунки з чоловіком	Задоволена	131	89,7 %
	Незадоволена	15	10,3 %
Стосунки з іншими родичами	Задоволена	130	87,2 %
	Незадоволена	19	12,8 %
Задоволення матеріальним становищем	Задоволена	90	60,0 %
	Незадоволена	60	40,0 %
Матеріальне благополуччя	Малозабезпечені	20	13,3 %
	Середній клас	124	82,7 %
	Добре забезпечені	6	4,0 %
Мотивація вагітності	Фінансова допомога держави	1	0,7 %
	Бажання чоловіка або інших родичів	14	9,3 %
	Бажана дитина	109	72,7 %
	Вагітність незапланована	26	17,3 %
Планована кількість дітей	1 дитина	13	8,7%
	2 дітей	99	66,0%
	3 дітей та більше	38	25,3%

жаністю вагітності та психологічними параметрами, ми не виявили зв'язку з особистісними тенденціями. Проте рівень депресії вищий у тих жінок, чия вагітність небажана ($\chi^2 - 5,12$; асиметричне значення – 0,02).

При вивченні психологічних характеристик вагітних жінок у зв'язку з наявністю у них шкідливих звичок було виявлено таке: жінки з вираженими ознаками імпульсивності частіше палять ($\chi^2 - 4,62$; асиметричне значення – 0,03); можливо, це пояснюється тим, що жінки з ознаками імпульсивності віддають перевагу більш чоловічому типу поведінки. Також для вагітних жінок, що палять, характерний вищий рівень тривожності ($\chi^2 - 6,01$; асиметричне значення – 0,01). Тютюнопаління у цього контингенту жінок з патологією вагітності може виступати механізмом подолання тривоги. Для жінок, які під час вагітності вживали алкоголь, характерні прояви гіпоманічних тенденцій ($\chi^2 - 6,01$; асиметричне значення – 0,01).

Аналіз зв'язку між стосунками з чоловіком і психологічними тенденціями дає змогу зазначити таке: виявлено зв'язок між шкалою «Достовірність» і цим показником ($\chi^2 - 5,93$; асиметричне значення – 0,02), це свідчить про те, що вагітні жінки, у яких погані стосунки з чоловіком, більш схильні до свідомого чи несвідомого перебільшення своїх проблем (агравації). Слід також зазначити, що жінки, які не задоволені стосунками з чоловіком, мають більший рівень депресії ($\chi^2 - 4,31$; асиметричне значення – 0,04) і ситуативної тривожності ($\chi^2 - 4,30$; асиметричне значення – 0,04).

Не виявлено жодного статистично значимого взаємозв'язку між задоволенням стосунками з іншими родичами у піддослідних і психологічними показниками.

Результати вивчення задоволеності матеріальним становищем і віднесенням себе до визначеного соціального прошарку вагітними жінками та особистісними тенденціями вказують на зв'язок з особистісною шкалою «Мужність–жіночність» ($\chi^2 - 3,89$; асиметричне значення – 0,05), тобто для вагітних жінок, які задоволені матеріальним становищем, характерна статеворольова поведінка, притаманна чоловікам ($\bar{X} - 61,38$; $Me - 62,00$) та за «Шкалою корекції» ($\chi^2 - 6,48$; асиметричне значення – 0,04), тобто жінки з патологією вагітності, що відносять себе до малозабезпечених, менш адаптовані у соціальній сфері ($\bar{X} - 49,10$; $Me - 50,00$). Також виявлено зв'язок цього показника з ситуативною тривожністю ($\chi^2 - 4,38$; асиметричне значення – 0,04). Жінки, що не задоволені своїм матеріальним становищем, мають рівень тривожності вищий, ніж у жінок, що задоволені своїм матеріальним становищем ($\bar{X} - 27,43$; $Me - 28,00$).

Особистісною ознакою жінок, основним мотивом вагітності яких є фінансова допомога держави, є ригідність ($\bar{X} - 91,00$; $Me - 91,00$), ознакою цієї стереотипної тенденції є стереотипне і однобоке мислення. Слід зазначити, що фінансову допомогу держави як мотивацію вагітності обрала лише одна піддослідна, тобто цей зв'язок відображає особистісні ознаки конкретної жінки. Також проявляли ознаки ригідності жінки, що завагітніли за бажанням чоловіка або інших родичів ($\bar{X} - 63,64$; $Me - 62,00$).

Для вивчення зв'язку з віком вагітної та кількістю дітей, яких вони планують народити, і психологічним станом було проведено кореляційний аналіз. Ми отримали такі результати: чим старша жінка, тим менший у неї показник за шкалою «Мужність–жіночність» за методикою СМІЛ (СМДО). Тобто вагітні жінки з віком проявляють жіночнішу поведінку ($r - -0,18$; $p - 0,00$); чим більше жінка планує мати дітей, тим більше у неї виражені регресивні тенденції ($r - -0,15$; $p - 0,04$) і тим менше виражені у неї протестні тенденції ($r - 0,16$; $p - 0,04$).

Висновки

Зважаючи на все сказане, можна виділити такі соціально-демографічні чинники, що впливають на психологічний стан вагітних жінок і можуть виступати факторами ризику:

- професійні спрямування. Факторами ризику у плані психічного стану були домогосподарки і професії типу «людина–техніка», «людина – знакова система»;
- сімейне становище. У неодружених жінок більший ризик виникнення психологічних проблем;
- освіта. Чим вищий рівень освіти у піддослідних, тим менше ризик виникнення психологічних ускладнень у вагітних жінок;
- жінки, що навчаються, більш схильні до психологічних порушень;
- житлові умови. Жінки, що проживають разом з родичами або у найманій оселі, більш схильні до психологічних відхилень.

Факторами ризику серед психосоціальних параметрів стали:

- матеріальне становище. Жінки, що незадоволені матеріальним станом, більш схильні до психологічних проблем;
- жінки, що відносили себе до малозабезпечених, були більш схильні до появи у них психологічних порушень;
- вживання алкоголю під час вагітності;
- паління під час вагітності;
- бажаність вагітності. У жінок з небажаною вагітністю психологічний стан погіршувався;
- мотивація вагітності. Жінки, мотивацією вагітності яких була фінансова допомога

держави, більш схильні до появи психологічних відхилень. Також проблемним чинником може виступати бажання чоловіка або родичів, як мотивація вагітності.

Окремо слід вказати на такий психосоціальний чинник, як стосунки з чоловіком.

Література

1. Kuleshova K. V. Emotsional'noe sostoyanie beremennykh [The emotional state of pregnant women]. Materialy IV Vserossiyskogo s'ezda Rossiyskogo psikhologicheskogo obshchestva: «Psikhologiya – budushchemu Rossii» 18-21 sentyabrya 2007 [Proceedings of the IV All-Russian Congress of the Russian Psychological Society: «Psychology - the future of Russia» 18-21 September 2007]. Rostov-on-Don, 2007, vol. 2, pp. 220-221. (In Russ.)
2. Batuev A. S., Bezrukova O. N., Koshchavtsev A. G. [et al.] [ed. A.S. Batueva] Biosotsial'naya priroda materinstva i rannego detstva [Biosocial nature of motherhood and childhood]. St. Petersburg, Publishing house of St. Petersburg University Press, 2007, 374 p. (In Russ.)
3. Dubisskaya L. A. Sovremennye mediko-sotsial'nye problemy okhrany beremennykh zhenshchin, strategiya i taktika ikh resheniya : avtoref. dis. . d-ra med. nauk [The modern medical and social problems of the protection of pregnant women, the strategy and tactics of their decision: the Dissertation of the doctor of medical sciences]. St. Petersburg, 1999, 45 p. (In Russ.)
4. Nemirovskaya Yu. V. Sotsial'nye faktory beremennosti : dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk: 14.00.52 [Social factors of pregnancy: the dissertation for the degree of candidate of medical sciences: 14.00.52]. Volgograd, 2007, 147 p. (In Russ.)
5. Ovcharova R. V. Psikhologiya roditel'stva [Psychology of of parenthood]. Moscow, Academy Publ., 2006, 368 p. (In Russ.)
6. Ushakova V. R. Psikhologicheskie osobennosti supruzheskikh otnosheniy u zhenshchin s razlichnym techeniem beremennosti [Psychological features of matrimonial relations of women with different pregnancy]. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: elektron. nauch. zhurn. [Clinical and Health Psychology: research, teaching, practice: electronic scientific journal], 2004, no. 2(4). (In Russ.)
7. Isupova O. G. Sotsial'nyy smysl materinstva v sovremennoy Rossii [The social meaning of motherhood in modern Russia]. Sotsiologicheskie issledovaniya [Sociological research], 2000, no. 11, pp. 98-107. (In Russ.)
8. Orlova V. S. Vnebrachnaya rozhdaemost' kak mediko-sotsial'naya problema sovremenosti [Births out of wedlock as a medical and social problem of our time]. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Meditsina. Farmatsiya [Scientific statements Belgorod State University. Series: Medicine. Pharmacy], 2008, no. 6, pp. 12-17. (In Russ.)
9. Perinatal'naya psikhologiya i psikhiatriya: v 2 t. (pod red. N. N. Volodina, P. I. Sidorova) [Perinatal Psychology and Psychiatry: 2 v. (ed. N. N. Volodin, P. I. Sidorov)]. Moscow, Academy Publ., 2009, 304 p. (In Russ.)
10. Tarasjuk O. K. Psyhosomatychni porushennja u vagitnyh z zagrozoju pereryvannja vagitnosti, jaki strazhdaly na bezpliddja : avtoref. dys. na zdobuttja nauk. stupenja kand. med. nauk: spec. 14.01.01 «Akusherstvo ta ginekologija» [Psychosomatic disorders in pregnant women with threatened miscarriage, suffering infertility: Author. Thesis for obtaining sciences degree candidate medical sciences specials. 14.01.01 «Obstetrics and gynecology»]. Vinnitsa, 2008, 25 p. (In Ukr.)
11. Razbaeva E. E. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory v patologii beremennosti u nekorennykh zhiteley Kraynego Severa: dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk : 19.00.04 [Social and psychological factors in the pathology of pregnancy in non-indigenous inhabitants of the Far North: the dissertation for the degree of candidate of psychological sciences: 19.00.04]. St. Petersburg, 2009, 213 p. (In Russ.)
12. Rossol'ko D. S. Osobennosti trudovoy deyatel'nosti i sostoyanie reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin-provodnikov zheleznodorozhnogo transporta: dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk: 14.00.50 [Features of employment and the state of women's reproductive health, the conductors of rail transport: dissertatsiya for the degree of candidate of medical sciences: 14.00.50]. St. Petersburg, 2005, 206 p. (In Russ.)
13. Stasevich S. M. Sotsial'nye faktory beremennosti [Social factors of pregnancy]. Meditsinskiy zhurnal [Medical Journal], 2010, no. 3, pp. 125-127. (In Russ.)
14. Vesga-Lopez O., Blanco C., Keyes K. et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch. Gen. Psychiatry, 2008, no. 65, pp. 805-815.
15. Stewart A. L., Dean M. L., Gregorich S. E., Brawarsky P., Haas J. S. Raceethnicity, socioeconomic status and the health of pregnant women. Journal of Health Psychology, 2007, no. 12, pp. 285-300.
16. Mironova E. S. Psikhologicheskie faktory negotovnosti k materinstvu: na primere zhenshchin s ugrozoy preryvaniya beremennosti: dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk: 19.00.01 [Psychological factors unprepared for motherhood: the example of women with threatened miscarriage: the dissertation for the degree of candidate of psychological sciences: 19.00.01]. Ufa, 2011, 186 p. (In Russ.)
17. Prostromolotov V. F. Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva u zhenshchin [Borderline mental disorders in women]. Pogranichnaya psikhiatriya: uchebnoe posobie (2-e izd., ispr. i dop.) [Border Psychiatry: A Training Manual (2nd ed., rev. and ext.)]. Odessa, VMV Publ., 2009, 452 p. (In Russ.)
18. Shelekhov I. L., Berestneva O. G., Urazaev A. M. Psikhologicheskiy portret pervorodyashchikh zhenshchin [The psychological portrait of nulliparous women]. Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University], 2014, no. 5, pp. 141-143. (In Russ.)
19. Astahov V. M., Puz' I. V. Prenatal'na i perynatal'na psihologija jak skladovi chastyny psihologii' rozvytku. problema deviantnogo materynstva: stan i shljahy vyrishennja [Prenatal and perinatal psychology as components of developmental psychology. deviant motherhood issue: the state of and solutions]. Zhinochyj Likar [Woman's doctor], 2011, no. 1, pp. 41-45. (In Ukr.)
20. Whitaker R. C., Orzol S. M., Kahn R. S. Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children. Arch. Gen. Psychiatry, 2006, no. 63, pp. 551-560.
21. Zager R. Psychological Aspects of High-Risk Pregnancy. Glob. libr. women's med., 2009. Available

at: http://www.glowm.com/section_view/heading/Psychological%20Aspects%20of%20High-Risk%20Pregnancy/item/155#23791.

22. Sobchik L. N. SMIL Standartizovannyuy mnogofaktorny metod issledovaniya lichnosti [SMIL standardized

method of multivariate study of personality]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2009, 224 p. (In Russ.)

23. William H. K., Wallis W. A. Use of ranks in one-criterion variance analysis. Journal of the American Statistical Association, 1952, no. 47, pp. 583-621.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. В. Боднар

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Аннотация. В статье изучаются связи между социально-демографическим положением женщин с патологией беременности и их психологическим состоянием. В исследовании участвовали 150 беременных женщин в возрасте от 16 до 41 года, которые находились на стационарном лечении по поводу осложнений беременности. Выявлены основные социальные и психосоциальные факторы риска у беременных женщин, а именно: профессиональная направленность, семейное положение, образование, жилищные условия, материальное положение, употребление алкоголя и курение, желанность и мотивация беременности, отношения с мужем. Эти данные очень важны для психологической и психокоррекционной работы с указанным контингентом пациентов.

Ключевые слова: беременность, психологическое состояние, психосоциальные особенности, социально-демографические показатели.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PSYCHOSOCIAL STATUS OF WOMEN WITH PATHOLOGIC PREGNANCY

O. V. Bondar

I. I. Mechnikov Odessa National University

Summary. The Article studies the connections between social and demographic position of women with pathologic pregnancy and their psychological state. The study involved one hundred and fifty pregnant women aged 16 to 41 years who were hospitalized for pregnancy complications. The basic social and psychosocial risk factors for pregnant women have been identified, namely: professional orientation, marital status, education, living conditions, financial position, use of alcohol and tobacco, desire and motivation to pregnancy, and relations with their husbands. These data are very important for psychological and psychocorrectional work with this contingent of patients.

Key words: pregnancy, psychological state, psychosocial features, and socio-demographic indicators.

УДК 159.96:612.68:615.85 -039



ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ СУБ'ЄКТИВНОЇ КАРТИНИ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

О. С. Марута

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології» НАМН України

Анотация. Результаты психодиагностического дослідження особливостей репрезентації суб'єктивної картини життєвого шляху у хворих на різні форми невротичних розладів показали, що при неврастенії найбільший взаємозв'язок простежувався між структурними елементами життєвого шляху та інтернальним локусом контролю, копінг-стратегіями, орієнтованими на завдання, і установкою на досягнення симптоматичного поліпшення. У хворих на тривожно-фобічні розлади компоненти життєвого шляху корелювали з часовою антиципаційною спроможністю, орієнтацією на процес, особистісною тривожністю і настановою на зміну поведінки. При дисоціативних розладах найбільш значущі зв'язки були виявлені з екстернальним локусом контролю, копінг-стратегіями відволікання, ситуативною тривожністю та орієнтацією на отримання вторинного вирашу від хвороби.

Ключові слова: життєвий шлях, копінг-стратегії, прогностична компетентність, сенсожиттєві орієнтації.

Вступ

Однією з найбільш актуальних проблем медичної психології є створення нових теоретико-прикладних підходів до вивчення

особистості хворих на різні нервово-психічні захворювання. Це багато в чому пов'язане з необхідністю розробки психологічної складової біопсихосоціальної моделі надан-

ня допомоги цій категорії пацієнтів. У такому контексті продуктивним є звернення до мультидисциплінарних досліджень, в яких із сучасних позицій розглядаються складні проблеми особистості, в тому числі – питання особистісної детермінації збереження психічного здоров'я [1].

Уявлення про особистість як систему відносин визначає розуміння специфіки особистісних порушень, які відіграють найважливішу роль в етіопатогенезі невротичної хвороби [2]. Чим більш значимі елементи системи відносин виявляються порушеними, тим негативніші наслідки це має для особистості, що знаходить своє вираження насамперед в нездатності людини конструктивним чином вирішувати свої внутрішні та зовнішні конфлікти [3].

На думку А. Адлера, розуміння людиною базових посилів, що лежать в основі його існування, уявлень про власне життя і способи поведінки в типових ситуаціях – тобто суб'єктивна картина стратегій життєвого шляху (СКЖШ), – є об'єктивною необхідністю для збереження психічного здоров'я [4]. Тому особливості репрезентації людиною свого життєвого шляху (ЖШ) є важливим психологічним утворенням, яке, з одного боку, може виступати в якості предиктора розвитку невротичного конфлікту, а з іншого – брати участь у складних механізмах самогенеза та адаптації.

Перші наукові дослідження життєвого шляху особистості були представлені в роботах П.Жане і Ш.Бюлер [5]. Вони ґрунтувалися виключно на біографічному методі та розглядали особистість у часовому просторі на протигагу суто структурному підходу.

Надалі були зроблені спроби розширити тлумачення поняття «життєвий шлях», що знайшло своє відображення в оформленні основних сучасних підходів до проблеми. По-перше, це нарративний підхід, який характеризується найбільшою ідіографічністю; однак використання виключно суб'єктивних оцінок робить складним науковий аналіз життєвих історій і не може застосовуватися без комплексу додаткових психологічних методик [6].

Другий напрямок базується на «вікових» концепціях, що розглядають ЖШ як зміну певних етапів формування особистості [7]. Такий підхід дозволяє найбільш об'єктивно оцінити зміни особистості, тому що враховує певний набір характеристик і їх трансформацію [8]. Однак така точка зору повністю заперечує особистість як суб'єкта свого ЖШ, не враховує наявність свободи вибору і відповідальності людини.

Третій підхід розглядає ЖШ як безперервний ланцюг подій і реакцію на них конкретного індивіда. Тут ключовим фактором виступає поняття «події» як об'єктивної одиниці взаємин «людина – суспільство», а також суб'єктивна позиція цієї події в житті особистості, оцінка важливості того, що сталося, з погляду перенесення значущого досвіду на рішення майбутніх завдань [9].

Четвертий підхід полягає в сприйнятті ЖШ як процесу сенсоутворення та паралельного пошуку способів реалізації життєвих цінностей [10]. У межах цього напрямку показано, що саме життєвий вибір особистості в разі реалізації «деструктивної» стратегії призводить до розвитку екзистенціальної психопатології [11].

Слід зазначити, що дослідження, присвячені вивченню проблеми ЖШ, в медичній психології досить нечисленні, сконцентровані переважно на одному або декількох аспектах особистісних характеристик чи стосуються в основному біографічних даних.

Незважаючи на тенденцію до розширення спектра наукових підходів до вивчення факторів і механізмів невротогенеза, на сьогодні в науковій літературі відсутні систематизовані уявлення про особливості суб'єктивної оцінки ЖШ у хворих з невротичною патологією. Реалізація такого дослідження дозволить уточнити специфіку психологічних механізмів невротичного конфлікту при різних формах невротичних розладів та розробити відповідні психокорекційні заходи.

Мета дослідження

Вивчення основних психологічних чинників формування СКЖШ у пацієнтів з різними формами невротичних розладів.

Матеріали та методи дослідження

Основну групу дослідження склали 115 хворих, з них 40 хворих на неврастенію (F48), 35 – на тривожно-фобічні розлади (F40–41), 40 – на дисоціативні розлади (F44). Вік хворих, що брали участь у дослідженні, коливався в межах від 17 до 63 років. За статевою ознакою вибірка складалася з 86 (74,78%) жінок і 29 (25,22%) чоловіків.

Для реалізації поставленої мети були використані такі методики: «Психологічна автобіографія» [12], «Семантичний диференціал часу» [13], шкала реактивної та особистісної тривожності [14], шкала депресії [15], «Копинг-поведінка в стресових ситуаціях» [16], «Сенсо-життєві орієнтації» [17], опитувальник ставлення до хвороби і лікування [18] та тест антиципаційної спроможності [19]. Статистична обробка результатів проводилася за допомогою програми Statistica 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів дослідження показав, що у пацієнтів з тривожно-фобічними розладами прогностична компетентність (ПК) негативно корелює з усіма показниками ЖП. Так, зростання часової ПК призводить до зниження оптимістичності (-0,588) і насиченості особистісно-психологічними подіями (-0,485). Отже, побудова негативних прогнозів на тлі тривожно-фобічної симптоматики супроводжується підсвідомим небажанням моделювати події, оскільки вони призведуть до нових стресових ситуацій. При збільшенні ситуативної ПК у цій групі хворих спостерігалося зниження активності (-0,361), структурованості життя (-0,404) і значне зростання кількості значущих соціальних подій (0,528), що свідчить про переважання в структурі переживань випробовуваних негативних емоцій та почуттів фрустрованості й незадоволеності життєвими обставинами.

При вивченні сенсо-життєвих орієнтацій хворих на тривожно-фобічні розлади було показано, що орієнтація на процес супроводжується збільшенням динамічності психологічного сприйняття життя (0,542), яскравості та насиченості переживань (0,515), але в той же час знижується кількість біологічних подій (-0,398). Орієнтація на цілі позитивно взаємопов'язана з показником величини часу (0,365), а орієнтація на результат сполучена з відчутністю ЖШ (0,545), тобто здатністю сприймати себе як активного учасника подій, що відбуваються, підвищенням власної значущості.

Високий рівень особистісної тривоги у цій групі хворих поєднувався з низькими показниками величини (-0,448) і структурованості (-0,505) СКЖШ, оскільки обстежувані виділяють у зовнішніх та внутрішніх умовах перешкоди, які важко подолати, для задоволення актуальних потреб, що призводить до втрати наповненості сенсом того, що відбувається. При цьому спостерігалося зниження кількості індивідуально-психологічних подій (-0,538), викликане прагненням до реконструкції ціннісно-сенового змісту суб'єктивного досвіду. Підвищення рівня когнітивної депресії проявлялося відчуттям нестачі сил і енергії (-0,364), ознаками втоми, пасивністю, спогляданням, інертністю, деякою статичністю внутрішнього життя, почуттям недостатньої наповненості життя соціальними подіями, враженнями, діяльністю.

Вивчення типів ставлення до хвороби у пацієнтів з тривожно-фобічними розладами показало, що настанова на досягнення симптоматичного поліпшення сполучена зі зростанням активності життєвої позиції (0,455) і

відчутністю ЖШ (0,519), а пасивність відносно власного стану – зі зменшенням емоційної насиченості життя (-0,447) та здатності структурувати події, що відбуваються (-0,416).

Використання копінг-стратегій, орієнтованих на завдання в цій групі пацієнтів, характеризувалося взаємозв'язком з ясністю і впорядкованістю уявлень обстежуваних про СКЖШ (0,395), переважанням відчуття прогнозованості, структурованості, підконтрольності подій, а також відносною логічністю впорядкованості внутрішнього життя, зрозумілістю спонукань, з'ясованістю емоційних реакцій. У той же час орієнтація на відволікання від стресових ситуацій позитивно корелювала зі збільшенням кількості соціальних подій (0,527), відображаючи прагнення до занурення у зовнішні обставини для того, щоб уникнути внутрішнього дискомфорту в ситуації фрустрації.

У хворих на неврастенію загальна ПК достовірно корелювала зі всіма компонентами ЖШ. Підвищення здатності прогнозувати майбутнє та будувати послідовну структуру подій проявлялося відчуттям браку часу для виконання всіх намічених завдань (0,35), емоційним збудженням, роздратуванням. При цьому спостерігалося зниження значущості особистісно-психологічних (-0,384) і збільшення соціальних подій (0,498) в СКЖШ, що відображало притаманну цій категорії пацієнтів орієнтацію на суспільне життя, прагнення реалізувати свій потенціал у соціумі, часто на шкоду внутрішнім потребам.

При вивченні сенсо-життєвих орієнтацій пацієнтів з неврастенію було показано, що орієнтація на процес взаємопов'язана з підвищеною емоційною насиченістю ЖШ (0,593) і отже, сприяє підвищеній оптимістичності пацієнтів та недостатній критичності сприйняття подій. У той же час для цієї групи хворих орієнтація на мету була взаємопов'язана з почуттям внутрішньої скутості, що призводило до блокування позитивних спонукань особистості, а це відбивалося на зниженні показника величини часу (-0,46). Інтернальний локус контролю і орієнтація на результат супроводжувалися підвищенням актуальності біологічних подій (0,594 і 0,56) у структурі СКЖШ.

Особистісна тривожність у хворих на неврастенію негативно корелювала з факторами оптимістичності (-0,522) і величини часу (-0,447), її зростання було пов'язане з відчуттям внутрішньої несвободи, наявністю реальних і передбачуваних обмежень та перешкод у реалізації актуальних потреб.

Зростання ситуативної тривожності, навпаки, супроводжувалося збільшенням стану залученості, високою чутливістю у ставленні до реальності (0,577).

При неврастенії установка на зміну поведінки як чинника, що сприяє одужанню, поєднувалася з відчуттям взаємозв'язків між подіями (0,512), і разом з тим, – завершеності кожного з них, відповідаючи раціонально-аналітичній позиції обстежуваних, узгодженості їх спонукань, а також сприйняття навколишнього світу як відносно стабільного та безпечного, а установка на досягнення інсайту була пов'язана з підвищенням активності випробовуваних (0,35).

Поведінкові стратегії в стресових ситуаціях, спрямовані на вирішення завдань, у пацієнтів з неврастенією сприяли високому темпу протікання розумових процесів (0,524), що суб'єктивно відчуються, яскравості, насиченості переживань (як у позитивному, так і в негативному сенсі), експресивності, енергійності, стенічності, потреби в новизні. При цьому фіксувалося зниження актуальності відтворення біологічних (-0,51) і соціальних подій (-0,541), що відображає наявність у таких хворих протиріччя між можливостями особистості, з одного боку, і її соціальними прагненнями і завищеними вимогами до себе і оточуючих – з іншого. Це стає причиною ситуації, яка постійно стимулює нездорове прагнення до особистого успіху без реального врахування сил і можливостей індивіда.

Під час вивчення особливостей репрезентації ЖШ у хворих на дисоціативні розлади було показано, що ситуативна антиципаційна спроможність цієї групи пацієнтів корелює з показником активності сприйняття життя (0,516) – отже, її зниження свідчить про сповільнення активності психічних процесів, астенії, що призводить одночасно до зростання значущості фізіологічних (-0,353) і соціальних подій (-0,474) як компенсації занижених вимог до власної особистості та актуалізації необхідності пошуку підтримки в соціумі.

Також був виявлений взаємовплив сенсожиттєвих орієнтацій та СКЖШ випробовуваних у цій групі. Так, висока орієнтація на процес супроводжувалася зниженням показників структурованості життя (-0,593), що свідчить про суб'єктивне сприйняття зовнішнього і внутрішнього світу як недостатньо упорядкованих, непідконтрольних, важкопрогнозованих. Простежувалася наявність нечітких уявлень про закономірності подій, що відбуваються, логічних зв'язків між ними, а також труднощі в самоа-

налізі, що обумовлюють високу ймовірність інтрапсихічних конфліктів, непослідовність, імпульсивність у поведінці, почуття сум'яття, розгубленості, труднощів у поясненні особистих вчинків, бажань, спонукань. Це відбивалося і на високих показниках екстернальності локусу контролю, які проявлялися на тлі збільшення значущості подій соціального середовища (0,48), і відчутності життя (0,457), залучення та емоційної значущості, які пацієнти не вважають контрольованими.

При збільшенні показників загального рівня депресії у хворих на дисоціативні розлади було відзначено зниження емоційної насиченості СКЖШ (-0,538), що виражалось у вигляді плаксивості, печалі, порушення сну, зниження працездатності, заклопотаності своїм станом здоров'я та підвищувало значущість біологічних подій (0,475). Підвищення рівня особистісної тривоги у таких пацієнтів корелювало зі скороченням величини прогнозованого життя (-0,366), звуженням життєвої перспективи та почуттям безнадії.

Вивчення типів ставлення до хвороби у хворих на дисоціативні розлади показало, що провідною установкою є націленість на отримання вторинного виграшу від свого стану, яка сприяє у таких пацієнтів збільшенню оптимістичності сприйняття життя (0,397), пов'язана з підвищенням активності (0,476), почуттям емоційного напруження (0,368), експресивністю, дратівливістю, а також відображає неготовність особистості до вирішення зовнішніх і внутрішніх конфліктів, викликаних відчуттям браку часу для корекції неадекватно побудованих прогнозів.

Дослідження показало, що уникнення застосування копінг-стратегій, орієнтованих на вирішення завдань пацієнтами з дисоціативними розладами, було взаємопов'язано зі зниженням показника відчутності ЖШ (0,513), що призводило до формування почуття відстороненості, байдужості, сприяло позиції «стороннього спостерігача» у власному житті, тим самим підвищуючи значущість і насиченість подій соціального середовища (-0,471). При цьому використання стратегій відволікання також негативно відбивалося на кількості актуальних особистісно-психологічних подій (-0,474), які є проявом здатності об'єктивізувати отриманий досвід і формувати адекватні засоби взаємодії з оточуючими.

Висновки

Результати психодіагностичного дослідження особливостей репрезентації СКЖШ у хворих на різні форми невротичних роз-

ладів дозволили виділити низку факторів, безпосередньо пов'язаних з уявленнями пацієнтів про своє життя. Так, при неврастенії найбільший взаємозв'язок простежувався між структурними елементами ЖШ і тимчасової ПК, інтернальним локусом контролю, копінг-стратегіями, орієнтованими на завдання, рівнем когнітивної депресії та настановою на досягнення симптоматичного поліпшення. У хворих на тривожно-фобічні розлади компоненти ЖШ корелювали з тимчасовою ПК, орієнтацією на процес, страте-

гією уникнення, особистісною тривожністю і настановою на зміну поведінки. При дисоціативних розладах найбільш значущі зв'язки були виявлені з ситуативною антиципаційною спроможністю, екстернальним локусом контролю, копінг-стратегіями відволікання, ситуативною тривожністю та орієнтацією на отримання вторинного виграшу від хвороби. Виявлені показники доцільно використовувати як нові діагностичні та диференційно-діагностичні критерії різних варіантів невротичних конфліктів.

Література

- Zaharova M. L. Osobennosti disfunkcional'nyh otnoshenij u bol'nyh s raznymi formami nevroza [Features of dysfunctional relationship in patients with various forms of neurosis]. Lichnost', sem'ja i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psihologii [Person, family and society: questions of pedagogy and psychology], 2013, no. 35-2, pp. 34-42. (In Russ.)
- Karpinskij K.V. Nerealisticheskaja perspektiva budushhego: predposylka i sledstvie smyslozhiznennogo krizisa v razvitii lichnosti [Unrealistic prospect of the future: a prerequisite and a consequence of the crisis in the meaning of life personality development]. Vestnik Grodnenskogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of State University of Grodno], 2010, no. 3(104), pp. 115-120. (In Russ.)
- Dolgov Ju. N. Problema zhiznennogo puti lichnosti v trudah A. Adlera i K. Junga [The problem is the way of life of the person in the writings of A. Adler and Jung]. Lichnost', sem'ja i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psihologii [Person, family and society: issues of pedagogy and psychology], 2014, no. 37-2, pp. 84-88. (In Russ.)
- Baskakova Ja. A. Zhiznennyj put' lichnosti kak psihologo-pedagogicheskij fenomen [The life of the person as a psychological and pedagogical phenomenon]. Vestnik KGU im. N. A. Nekrasova: Pedagogika. Psihologija [Bulletin of KSU named. Nekrasov: Pedagogy. Psychology], 2012, no. 3, pp. 175-177. (In Russ.)
- Zuev D. A. Narrativnyj podhod k izucheniju vazhnyh zhiznennyh sobytij [Narrative approach to learning important life events]. Vestnik VolGU [Bulletin Volgograd State University], 2013, no. 2, pp. 121-126. (In Russ.)
- Shlyapnikov S. E. Kontsepsiya zhiznennogo puti v gerontologicheskikh issledovaniyakh [The concept of the life course in gerontological research]. Vestnik tomskogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of the Tomsk State University], 2010, no. 1-(9), pp. 29-36. (In Russ.)
- Kuryшева O. V. Vremennye i sobyitiynye normy zhiznennogo puti: TIMING [The temporal and event-form way of life: TIMING]. Vestnik VolGU [Bulletin Volgograd State University], 2014, no. 3, pp. 62-69. (In Russ.)
- Goloshchapova E. S. Psikhologiya smyslovy regulyatsii i vremennoy organizatsii zhiznennogo puti sovremennoy lichnosti [Psychology meaningful regulation and temporal organization of the modern way of life of the individual]. Vestnik TGU [Vestnik of TSU], 2012, no. 7, pp. 222-226. (In Russ.)
- Burlachuk L. F., Korzhova E. Yu. Psikhologiya zhiznennykh situatsiy [Psychology of life situations]. Moscow, 1998, 263 p. (In Russ.)
- Vasserman L. I., Kuznetsov O.N. [et al.] Semanticheskij differentsial vremeni kak metod psikhologicheskoy diagnostiki lichnosti pri depressivnykh rasstroystvakh: posobie dlya psikhologov i vrachej [Semantic Differential time as a method of psychological diagnosis of personality in depressive disorders: a manual for physicians and psychologists]. St. Petersburg, Publ. house of St. Petersburg NIPNI named Bekhterev, 2005, pp. 12-23. (In Russ.)
- Khanin Yu. L. Kratkoe rukovodstvo k shkale reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti Ch. D. Spilbergera [Quick guide to the scale of reactive and personal anxiety Charles D. Spielberger]. Leningrad, 1976, 18 p. (In Russ.)
- Bek A., Rash A., Emeri G. Kognitivnaya terapiya depressii [Cognitive therapy of depression]. St. Petersburg, Piter Publ., 2003, p. 304. (In Russ.)
- Kryukova T. L. Metody izucheniya sovladayushchego povedeniya: tri koping-shkaly [Methods of studying coping: three coping scale]. Kostroma, Avantit Publ., 2007, 197 p. (In Russ.)
- Leont'ev D. A. Test smyslozhiznennykh orientatsiy [The test of life orientations]. Moscow, Smysl Publ., 2000, 16 p. (In Russ.)
- Karvasarskiy B. D. Klinicheskaya psikhologiya [Clinical Psychology]. Moscow, 2004, 533 p. (In Russ.)
- Mendelevich V. D. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: uchebnoe posobie [6-e izd.] [Clinical and Health Psychology: tutorial [6th ed.]]. Moscow, MEDpress inform Publ., 2008, 432 p. (In Russ.)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

О. С. Марута
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии»
НАМН Украины

Аннотация. Результаты психодиагностического исследования особенностей репрезентации субъективной картины жизненного пути у больных с различными видами невротических

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF FORMATION OF SUBJECTIVE PICTURE OF LIFE WAY IN PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF NEUROTIC DISORDERS

O. S. Maruta
SI "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine"

Summary. The results of psycho-diagnostic researchs of the representation of subjective picture of the life way in patients with various types of neurotic disorders showed that in neurasthenia there were largest relationship between the

расстройств показали, что при неврастении наибольшая взаимосвязь прослеживалась между структурными элементами жизненного пути и интернальным локусом контроля, совладающими стратегиями, ориентированными на задачи, и установкой на достижение симптоматического улучшения. У больных с тревожно-фобическими расстройствами компоненты жизненного пути коррелировали с временной антиципационной состоятельностью, ориентацией на процесс, личностной тревожностью и установкой на изменение поведения. При диссоциативных расстройствах наиболее значимые связи были выявлены с экстернальным локусом контроля, копинг-стратегиями отвлечения, ситуативной тревожностью и ориентацией на получение вторичного выигрыша от болезни.

Ключевые слова: жизненный путь, копинг-стратегии, прогностическая компетентность, смысло-жизненные ориентации.

structural elements of life way and internal locus of control, coping strategies focused on the problem and setting to achieve symptomatic improvement. In patients with anxiety-phobic disorders components of life way correlated with the time anticipating solvency, focus on the process, personal anxiety and installation behavior change. In dissociative disorders most significant relationships were found with external locus of control, coping strategies distraction, situational anxiety and focus on obtaining secondary gain from illness.

Key words: life way, coping strategies, predictive competence, meaning of life orientation.

U.D.K: 616.895.4:616.85-039-053.81



FEATURES OF AN ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS OF THE FIRST AND THIRD COURSE

A. A. Osypenko

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The article presents a theoretical analysis of the problem of foreign students' adaptation to studying in the Ukrainian universities; major difficulties during the adaptation process are displayed. A theoretical grounds for the development of social intelligence as a component of the student's inclusion in social life is given. The level of foreign students' social intelligence was examined and the difference in its development for students of first and third courses was determined. The success of the adaptation process provides an adequate interaction of international students with socio-cultural and intellectual environment of the university, a psycho-emotional stability, the formation of new personality traits and social status, the development of new social roles, an acquirement of new values, and the comprehension of the importance of the future profession's traditions.

Key words: adaptation, psychological support, foreign students, education, institution of higher education.

Statement of the problem. The internationalization of today's higher education actualizes the problem of the foreign students' adaptation to the strange reality of unfamiliar country's High School. Approximately two in a hundred students of the world, who are studying in high school, are the foreign students at the present moment. Overwhelming majority of them are citizens from developing countries.

Adaptive capacity is the subject of studying in a number of sciences, including all humanitarian and medical-biological sciences. However, the conventional definition of adaptation does not exist yet. There are adaptation as a process [1] and adaptability as the most stable state of the organism in the new environment (the

result of the adaptation process). Despite the differences between social, physiological, bio-social, cultural and other kinds of adaptation, in reality, become entangled, they are separate aspects of a single process.

Learning environment in institutions of higher education has high requirements for adaptive mechanisms of the students. Most neuro-psychiatric and psychosomatic disorders, that students may have, are the result of the disturbances of the adaptation process, and they express the instability of adaptive mechanisms in the long-term and short-term emergency situations [2].

The difficulties of foreign students' adaptation are different by their content from the difficulties

of Ukrainian students (overcoming the didactic barrier), depend on national and regional characteristics, and vary from course to course. All in all stages of foreign students' adaptation to the new language, socio-cultural and educational environment are consist of the entering to the student community, learning the basic rules of the international group, developing their own style of behavior, creating a positive attitude towards the future profession, overcoming the «language barrier» and enhancing the sense of academic equality [3].

For the successful management of foreign students' educational process it should be taken into account that after the entry to the university they get into unusual for them social, linguistic and national environment, to which they should adapt. Organizing of the foreign students' successful adaptation contributes to their rapid inclusion in the student community, facilitates the process of training and education.

The purpose of this paper is to outline the features of foreign students' adaptation to the Ukrainian university realities, which are pointing to the need for using the identified features in teaching and educational work with them.

It is devoted a lot of attention in the modern psychological literature to the problem of students' adaptation to the university. In particular, the scientific research by T. Alekseeva, J. Bohonkova, N. Gerasimova, V. Demchenko, O. Kuznetsova, L. Litvinova, I. Sokolova et al.

Analysis of scientific psychological literature shows that most of the works of scientists reveal general problems of social adaptation as a specific form of person's activity (B. Ananiev, G. Ball, J. Ghana, L. Vygotsky, A. Leontiev et al.), the ratio of social adaptation and social attitudes (A. Nalchadzhyan, S. Nadyrashvili, K. Rogers, L. Festinger et al.), social-psychological problems of young people adaptation to the new living conditions and social environment (A. Goncharov, A. Yerdyev, D. Ishchenko, V. Kikot', O. Safin, A. Symonenko, T. Sereda and so on), people adaptation to the mental and physical obligations (A. Andropova, A. Khripova etc.) [4, 5].

According to I. Kryvtsova, one of the most important conditions for the successful socio-cultural adaptation of the international students (in the new learning environment) can be considered the organization of interpersonal interaction and understanding between teachers and students, students and people of different cultures within the group of faculty, academy. Next condition, which is inseparably linked with the previous one, is the inclusion of a foreign student into the practical intercultural communicative activities.

The process of adaptation to a new socio-cultural environment occurs both within the educational activity, and during extracurricular activities to accelerate this process, and generates linguistic and socio-cultural competence.

Due to the fact that the process of adaptation is not always take place without problems, sometimes foreign students are forced to seek help. According to O. Bardeena-Vizh'ye [6], usually students of the first and second courses trying to find support from the students of elder courses but the same nationality, and the last – from the teachers, the dean of the faculty and the dean's office. It is also noted that foreign students are beginning to turn more to the Ukrainian students only on the third or fourth years; therefore, perhaps, psychological support of foreign students should start from the beginning of higher education. Recently, in modern psychological science among models of psychological services and aid, paradigm of support becomes particularly popular (A. Aleksandrovs'ka, M. Bityanova, T. Dvorec'ka, E. Kazakov, E. Kozyreva, A. Kolechenko, R. Ovcharova, V. Semikin, T. Chyrkova et al. Despite the relatively short period of its existence, this model of psychological services is widely used in various educational institutions, including higher education (G. Andreeva, V. Bahirbekov, R. Ahavelyan, J. L'vin).

The word "adaptation" (from the Latin «adapto») originated in biology to designate the process of accommodation of the organism's structure and functions to the environment [7]. I. Shyryaeva defines adaptation of foreign students as «the formation of stable attitudes to all educational components of a system that provides adequate behavior that is promoting achievement of the educational system's aims».

According to M. Ivanova, an adaptation is a prerequisite for activity and a necessary condition for its activity [8]. This is a positive value of the adaptation for the successful functioning of an individual in a particular social role. Adaptation ability is an ability to adapt to the different requirements of the environment (social and physical) without a sense of inner discomfort and without conflict with the environment.

V. Korolins'ka identifies three levels of adaptation: physiological (sensory adaptation), psychological and social (social adaptation). In this case, when the objects of research are foreign students, an adaptation is the process of establishing of a specific correspondence of the individual and new social environment, usually with foreign language and new climate zone. The process of adaptation in this case

is complex and involves several types of adaptation: individual-psychological, social-psychological, ethno-psychological, cultural, communicative, physiological, and others. They are closely related and caused by cultural and language barriers, as well as the body's adaptation to new climatic conditions [9].

According to G. Shevelyev, L. Kabanova and K. Mihalchenko, there are several forms of adaptation:

- maladaptation is characterized by indifferentiating goals and types of human activities, narrowing the circle of communication and problems to be solved, rejection of the norms and values of the social environment;

- passive adaptation – assumes individual's acceptance of the norms and values according to the principle «to be like everyone else» (goals and activities are simple, circle of communication and solving of the problems is wider compared to maladaptation);

- active adaptation – promotes successful socialization: individual is not only accepts the norms and values of the social environment, but also builds on the their basis his activities and his relationships with people; his main goal is a complete self-realization; circle of communication and interests is greatly increased [10].

Some types of adaptation, especially at the initial stage of education, occur simultaneously and are represented serious obstacles, both in cognitive and communicative activities. Overcoming these barriers is associated with significant costs of intellectual, mental and physical strength of students.

Researchers of the foreign students' adaptation often identify three groups of adaptive problems: academic, that is related to the learning process; individual – related to the personality characteristics; and socio-cultural – related to the conditions of the new social environment, which are intensively studied and successfully applied in the practice of teaching of foreign students in the universities [11].

According to I. Kryvtsova, the most significant psychological problems for foreign students are:

- difficulties associated with entering into the life in a new climate, unusual living conditions, a need to adapt to the new rules and traditions of behavior and interaction with others;

- frequent manifestations of ethnic and cultural stereotypes and prejudices, including in the form of domestic nationalism and racism in the areas of education;

- various and complex, often unpredictable situations of socio-cultural, educational and domestic manner, which are generating social

and psychological difficulties and lead to the impossibility of realization of the personally urgent motives, emotional, cognitive, behavioral problems and sometimes to the frustration;

- maladaptive reactions that lead to deterioration of the health, increased anxiety, severe alienation from the collective, intrapersonal and interpersonal conflicts and, as a consequence, reduction of the progress, loss of interest and sense of the educational and professional activities [12].

Thus, based on the analysis of the theoretical sources, there were identified difficulties which foreign student of the first year feels particularly acute. They can also be grouped as follows:

- physiological difficulties, associated with the restructuring of the personality, its «entry» to the new environment, psychological and emotional stress, climate change, etc.;

- educational and cognitive difficulties, associated first of all with the lack of the language training, overcoming the differences between educational systems; adapting to the new requirements and knowledge control system; organization of the educational process, which should be based on the principles of self-development, «growing» the knowledge, instilling the skills of an independent work;

- social and cultural difficulties, associated with the familiarization of a new social and cultural areas of the higher education institution; overcoming the language barrier in solving communication problems both with the administration of the faculty, teachers and staff, and during the process of interpersonal communication within an international small learning group, educational stream, at the domestic level [13].

An absolute majority of the foreign students after arriving to Ukraine faces many difficulties both physiological (getting used to the climate, food), and socio-psychological nature (adaptation to the living conditions, norms of behavior and requirements of educational activity). The most difficult field of the adaptation is learning activities, due to the need to achieve a high level of Ukrainian language, sufficient to obtain a professionally relevant knowledge and skills. Most foreign students find their level of Ukrainian (Russian) language sufficient for everyday communication, but not sufficient for the learning process. The task of the institution of higher education during this difficult time for the student is to help him to adapt to the new learning environment, to join the ranks of students as quickly and successfully as possible.

Issues mentioned above can and should be properly resolved by both psycho-pedagogical,

and medical science and practice. In most research works question of supporting foreign students, especially those who use English language, considered as a part of the general problem of training and education of the students in higher education institutions. In this connection, there is a need in deep and comprehensive synthesis of all experience, in identifying common patterns of foreign students' training, and in assessment and reassessment of the tools, forms and methods of academic and extracurricular work with them.

Materials and methods. To determine the levels of social intelligence of foreign students from different courses were used test J. Guilford and M. Sullivan «Social intelligence», the results of which are shown below.

The sample was consisting of the foreign students from first (203 persons) and third (111 people) courses of medical faculty of V. N. Karazin Kharkiv National University. Total number of investigated is 314 persons (17 to 30 years old).

Results are calculated for each subtest and throughout the whole test. Composite score makes it possible to compare the severity of individual ability to a particular behavior of a person, and to compare the level of ability to understand the behavior of other people. This test allows to find out how people can anticipate consequences of behavior and predict it based on nonverbal reactions; to assess sensitivity to non-verbal expressions states; to assess sensitivity to nuances of human relationships, true understanding of what people say to one another in certain situations; to identify the ability to recognize the dynamics of interpersonal relationships, logic of their development; to assess whether a person is able to use logical reasoning for the prediction of behavior based on incomplete data.

Results and discussion. Based on the research and received data, also considering that a level of social intelligence in the applied method is interpreted as a leading ability that affects a person's adaptation in society, helps provide the following results.

First of all, each score received by subjects was assigned to a corresponding level. Thus, students of the first and third courses were divided by levels – low, medium and high. The percentage figures as follows: among first-year students 14,78 % have a low level of social intelligence, 69,95 % – average and 15,27 % – high. 18 % of third-year students have a low level, 67,58 % – average and 14,42 % – a high level of social intelligence.

Study found that most high rates were found among students of the first course, while the third-year students, where indicators of

social intelligence are expecting to be higher according to the peculiarities of personality development, mostly have an average level of this ability. Development of the students' ability to understand the feelings and express their attitude to them is directly related to the personal students' success in various activities: educational, professional, communication. Due to age-related physiological and psychological characteristics of students of different age groups and based on leading activities for each age, there is a possibility to explain the distribution: year by year student's behavior becomes more socially adapted, social interaction goes among the interaction with peers, where it is difficult to establish clear characteristics. In this case, the results are pointing to the more developed overall level of social intelligence in the first-year students, where the need for social adaptation that takes place mostly through the communication, – the most high. Also it should be noted that the results which corresponded to the low level of social intelligence (according to this test), for the students of both courses are quite significant figures (14–18 %), which could be reasoned by the influence of the phenomenon of social intelligence to adaptation of the individual to the social environment: formation of social intelligence usually takes place at the first stages of human development, human capacity to perceive the universal language of features (but not an understanding of separate words and interpretation of situations) promotes social intelligence as a «base» for the development of all other forms of intelligence at a high level, and therefore is a difficult and lengthy process.

Secondly, the majority of subjects with low level of social intelligence was found among students at the third year of study, which may indicate the presence of certain difficulties in the communication, some activities, group and intergroup interactions, leadership. Due to the possibility of both courses to improve their communication skills and increase social intelligence while studying at the university, where there is everything what is necessary for development of communication skills, the next step in the study of social intelligence of foreign students is to develop developmental program based on certain features of social intelligence of students of all ages.

Conclusions and further research. As a summary, we can establish the need to create conditions for optimization of the foreign students' adaptation to the learning process in universities. In this situation the socio-cultural adaptation is an adjustment of the

individual (or a group) to the conditions of a new socio-cultural environment and, therefore, to the new values, preferences, norms of behavior, traditions so that to thrive in the new environment.

Thus, the adaptation of foreign students to the educational environment in Ukrainian universities is a complex phenomenon, success of which is determined by multiple parameters and criteria to improve the quality

of foreign students' education and to achieve the best academic results. The success of the adaptation process provides an adequate interaction of international students with socio-cultural and intellectual environment of the university, a psycho-emotional stability, the formation of new personality traits and social status, the development of new social roles, an acquirement of new values, and the comprehension of the importance of the future profession's traditions.

References

1. Berezovin N. A. Adaptatsiya studentov k zhiznedeyatel'nosti vuza: psikhologo-pedagogicheskie aspekty [Adaptation of students to the university of life: psychological and pedagogical aspects]. Vybranyia naukovyia pracy BDU, Minsk, 2001, pp. 11-25. (In Russ.)
2. Posokhova S. T. Psikhologiya adaptiruyushchey-sya lichnosti [Psychology adaptable personality]. St. Petersburg, 2001, 240 p. (In Russ.)
3. Gerasimenko O. L. Nekotorye aspekty sotsiokul'turnoy adaptatsii inostrannykh studentov [Some aspects of social and cultural adaptation of foreign students]. Teoriya i praktika prepodavaniya russkogo yazyka kak inostrannogo: materialy II Mezhdunar. nauch.-metod. konf., Minsk, 15-16 maya 2008 g. [Theory and practice of teaching Russian as a foreign language: Materials II International. scientific-method. Conf., Minsk, 15-16 May 2008]. Minsk, Ed. Center BSU, 2008, pp. 180-182. (In Russ.)
4. Korolinskaya S. V. Nekotorye problemy adaptatsii inostrannykh studentov angliyskogo otdeleniya NfaU [Some problems of adaptation of foreign students of the English department of National University of Pharmacy]. Fizicheskoe vospitanie studentov, 2011, no. 4. (In Russ.)
5. Dobrynina O. A. Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie razvitiya uchashchikhsya: ucheb.-metod. kompleks [Psycho-pedagogical support of students: ucheb method. complex]. Novokuznetsk, Publ. House of the IPC, 2002. (In Russ.)
6. Bardina-Vizh'e E. Yu. Sotsiokul'turnaya adaptatsiya inostrannykh studentov v Ukraine: problemy, agenty i mekhanizmy [The socio-cultural adaptation of foreign students in Ukraine: problems, agents and mechanisms]. Metodologiya, teoriya ta praktyka sociologichnogo analizu suchasnogo suspil'stva, 2010, vol. 16, pp. 701-706. (In Russ.)
7. Kiyashchuk T. V. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty sotsial'no-psikhologicheskogo soprovozhdeniya inostrannykh studentov v uchebnoy deyatel'nosti: Uchebnoe posobie [Pod obshch. red. V. N. Selezneva] [Teoreticheskie and practical aspects of social and psychological support of foreign students in educational activity: Textbook [ed. V. N. Seleznev]]. Moscow, 2009, 88 p. (In Russ.)
8. Boronina L. N., Vishnevskiy Yu. R., Didkovskaya Ya. V. [et al.] Adaptatsiya pervokursnikov: problemy i tendentsii [Adaptation of freshmen: Issues and Trends]. Universitetskoe upravlenie: praktika i analiz, 2001, no. 4(19), pp. 87-94. (In Russ.)
9. Titarenko S. A. Osoblivosti organizatsii navchal'no-vikhovnogo protsesu zi studentami-inozemtsyami u medichnomu vuzi [Features of the educational process of foreign students in medical college]. Materialy dopovidej navchal'no-metodychnoi' konferencii' (In Ukr.)
10. Shevelev G. E., Kabanova L. I., Mikhal'chenko E. V. Informatsionnaya sistema dlya otsenki adaptatsii inostrannykh studentov [Shevelev G. E., Kabanova L. I., Mikhalchenko E. V. Information System to assess the adaptation of foreign students]. Vestnik nauki Sibiri. Seriya 6. Informatsionnye tekhnologii i sistemy upravleniya, 2012, vol. 1(2), pp. 134-138. (In Russ.)
11. Arsen'ev D. G., Ivanova M. A., Zinkovskiy A. V. Sotsial'no-psikhologicheskie i fiziologicheskie problemy adaptatsii inostrannykh studentov [Socio-psychological and physiological problems of adaptation of foreign students]. St. Petersburg, 2003, 160 p. (In Russ.)
12. Krivtsova I. A. Sotsiokul'turnaya adaptatsiya inostrannykh studentov k obrazovatel'noy srede rossiyskogo VUZa (na primere Voronezhskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii im. N. N. Burdenko) [The socio-cultural adaptation of foreign students to the educational environment of the Russian University (Voronezh State Medical Academy. N.N. Burdenko)]. Fundamental'nye issledovaniya. Pedagogicheskie nauki, 2011, no. 8, pp. 284-291. (In Russ.)
13. Vitkovskaya M. I., Trotsuk I. V. Adaptatsiya inostrannykh studentov k usloviyam zhizni i ucheby v Rossii [Adapting to the conditions of foreign students living and studying in Russia]. Vestnik RUDN, 2005, no. 6-7, pp. 267-283. (In Russ.)

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ТРЕТЬЕГО КУРСОВ ОБУЧЕНИЯ

А. А. Осипенко

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. В статье осуществлен теоретический анализ проблемы адаптации иностранных студентов к обучению в украинских высших учебных заведениях, выявлены основные трудности во время адаптационного процесса. Приведено

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО ТА ТРЕТЬОГО КУРСІВ НАВЧАННЯ

А. А. Осипенко

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. У статті здійснено теоретичний аналіз проблеми адаптації іноземних студентів до навчання в українських вищих навчальних закладах, виявлено основні труднощі під час адаптаційного процесу. Наведено теоретичне обґрунтуван-

теоретическое обоснование необходимости развития социального интеллекта как компонента включения студента в социальную жизнь общества. Исследован уровень социального интеллекта иностранных студентов и установлены различия в его развитии у студентов первого и третьего курсов. Успешность процесса адаптации обеспечивает адекватное взаимодействие иностранных студентов с социокультурной и интеллектуальной средой высшего учебного заведения, психологическую стабильность, формирование новых качеств личности и социального статуса, освоение новых социальных ролей, приобретение новых ценностей, осмысление значимости традиций будущей профессии.

Ключевые слова: адаптация, психологическое сопровождение, иностранные студенты, обучение, вуз.

ня необхідності розвитку соціального інтелекту як компонента включення студента у соціальне життя суспільства. Досліджено рівень соціального інтелекту іноземних студентів та встановлено розрізнення в його розвитку у студентів першого та третього курсів. Успішність процесу адаптації забезпечує адекватну взаємодію іноземних студентів із соціокультурним та інтелектуальним середовищем вищого навчального закладу, психоемоційну стабільність, формування нових якостей особистості та соціального статусу, освоєння нових соціальних ролей, засвоєння нових цінностей, осмислення значущості традицій майбутньої професії.

Ключові слова: адаптація, психологічний супровід, іноземні студенти, навчання, ВНЗ.

УДК 159.923.4:159.923



СВОЙСТВА ТЕМПЕРАМЕНТА КАК БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ТИПОВ ЛИЧНОСТИ

Б. К. Пашнев
Практический психолог

Аннотация. В статье предпринята попытка выявления взаимосвязи между темпераментными свойствами и типами личности. Были объединены современные представления павловской и британской школ дифференциальной психологии. На основе выявленных взаимосвязей между свойствами темперамента и типами личности построена модель личностного пространства на 4-базовых осях: активность – тревожность, произвольная саморегуляция – непроизвольная саморегуляция, эмоциональная стабильность – нейротизм и импульсивность – сдержанность. Эти оси выступают условием устойчивости поведенческих реакций на определенные качества стимулов.

Ключевые слова: свойства темперамента, типы личности, профиль свойств темперамента.

Введение

Современная психология выделяет три базовых фактора развития: биологический, социальный и психологический. Определение роли каждого в генезисе развития личности имеет большое значение. Состояние биологических наук, в частности, генетики, нейрофизиологии, биохимии и др., позволяет раскрывать сложные закономерности, определяющие поведение живых существ. В то же время накапливается огромный материал о роли социальных и психологических механизмов развития личности. Важное значение для понимания процесса становления человеческой индивидуальности имеют исследования, раскрывающие возможность

взаимодействия между биологическими, социальными и психологическими аспектами развития. Нами предпринята попытка выявления взаимосвязи между темпераментными свойствами и типами личности.

Жизнедеятельность высокоразвитой живой системы обеспечивается несколькими базовыми инстинктами (самосохранения, размножения, развития) [1, 2], функционирующими в виде различных драйвов, потребностей, и структурами по их реализации: энергетическими и динамическими механизмами (активность) и уровнями информационного отражения и управления (саморегуляция).

Под активностью понимается способность живой системы взаимодействовать со средой

(отсюда action-действие), а под саморегуляцией – способность системы к согласованности действий при проявлении активности [3]. Исходя из этого, основные устойчивые биологические компоненты структуры личности как системы, включающей в себя высшие уровни развития психики и сознания, могут быть построены на двух осях: активность и саморегуляция. На оси активности можно выделить два полюса: активность и пассивность (тревожность); на оси саморегуляции – два уровня: непровольная саморегуляция и произвольная саморегуляция. Активность, как мера интенсивности жизненных процессов, мера взаимодействия индивида со средой – это процесс приближения и активного контакта. Пассивность – процесс избегания контакта и взаимодействия.

Необходимо иметь ввиду и то, что Дж. Грей, пересматривая концепцию Г. Айзенка, помимо экстраверсии и нейротизма выделил еще два параметра (или оси) личности: импульсивность и тревожность [4].

Цель исследования

Рассматривая темперамент как динамический «рельеф» личности, на котором отражается совокупность характеристик, определяющих доминирующий тип поведения [5], в данном исследовании анализировалась связь между свойствами темперамента, вошедшими в «Тест-опросник свойств темперамента» (ТОСТ) [6] и современными описаниями личностных типов [7–9].

Материалы и методы исследования

Современный подход в выделении личностных типов был предложен в начале XX ст. В середине 70-х гг. XX ст. специалистами по душевному здоровью начал разрабатываться систематический метод по классификации психических болезней, который был оформлен в «Диагностических и статистических справочниках умственных расстройств» (DSM–III и DSM–IV).

Основной целью DSM являлась четкая формулировка клинических признаков и диагностических критериев психических заболеваний и личностных расстройств. Под личностными расстройствами (ЛР) понимается «... длительный паттерн внутреннего переживания и поведения, который отчетливо отклоняется от ожиданий культуры индивида, пронизывает его, не проявляет гибкости, имеет свое начало в подростковом или раннем возрастном периоде, обнаруживает стабильность длительное время и приводит к дистрессу или нарушению».

В разные версии DSM включают от 10 до 14 личностных расстройств.

Предлагаемый тест-опросник свойств

темперамента (ТОСТ) составлен на основе известных тестов и опросников, исследующих базовые характеристики индивидуально-психологических различий человека. Чтобы сохранить структуру данного опросника ряд вопросов из используемых методик были опущены или заново отредактированы.

Тест-опросник свойств темперамента ТОСТ состоит из ряда разделов: теста черт характера и темперамента (ЧХТ) [10], разработанного на основе многопрофильного опросника (MMPI), который оценивает показатели силы, уравновешенности, подвижности НС, уровень развития первой и второй сигнальной системы; методики «Определения эмоциональности» по индивидуальным особенностям вегетативного реагирования В. Суворовой [11]; шкалы психотизма опросника PEN Ганса и Сибиллы Айзенк [12]; «Краткой формы личностного опросника Грея–Уилсона», изучающего особенности реагирования системы активации поведения САП и системы торможения поведения СТП [13].

Опросник ТОСТ имеет 10 разделов:

- I – сила нервной системы со стороны возбуждения (преимущественно работоспособность, соответствие «закону силы»);
- II – характеристика нервной системы со стороны низких и высоких порогов активации (чувствительность);
- III – уравновешенность (инактивированность) – неуравновешенность (активированность) НС;
- IV – подвижность (лабильность) – инертность нервных процессов;
- V – эмоциональность, вегетативная реактивность;
- VI – уровень развития первой сигнальной системы – художественный тип;
- VII – уровень развития второй сигнальной системы – мыслительный тип;
- VIII – система активации поведения (САП)
- IX – система торможения поведения (СТП);
- X – психотизм – нормативность.

Анализ взаимосвязей свойств темперамента по ТОСТ показал наличие определенных комплексов взаимосвязанных между собой свойств.

Повышение показателей по свойству темперамента САП связано с повышением показателей следующих свойств: психотизма, подвижности НС, неуравновешенности (активированности) НС и понижением показателей второй сигнальной системы (СС2), чувствительностью НС.

Повышение показателей по СТП связано с повышением показателей по следующим свойствам: чувствительность НС, инертность

НС, эмоциональная реактивность, слабость НС, нормативность.

Высокие показатели по свойству психотизм связаны с повышением показателей по САП, неуравновешенностью НС и понижением таких показателей: чувствительность НС, уравновешенность НС, СС 2, СТП.

Высокие показатели по свойству темперамента эмоциональная реактивность связаны с повышением показателей слабость НС, чувствительность НС, инертность НС, СТП.

Высокие показатели по свойству темперамента чувствительность НС связаны с повышением таких показателей: слабость НС, эмоциональная реактивность, СТП.

Низкие показатели по свойству темперамента чувствительность НС связаны с повышением показателей силы НС, САП, психотизмом и понижением показателя эмоциональной реактивности.

Высокие показатели по свойству темперамента сила НС связаны с повышением показателя СС 2 и понижением показателей чувствительности НС и эмоциональной реактивности.

Высокие показатели по свойству темперамента слабость НС связаны с повышением показателей чувствительности НС, эмоциональной реактивности, СТП.

Высокие показатели по свойству темперамента уравновешенность НС связаны с повышением показателей СС 2 и нормативность.

Высокие показатели по свойству темперамента неуравновешенность НС связаны с повышением показателей психотизма, САП, первой сигнальной системы (СС 1) и снижением показателя СС 2.

Высокие показатели по свойству темперамента подвижность НС связаны с повышением показателей САП, СС 1.

Высокие показатели по свойству темперамента инертность НС связаны с повышением показателя СТП.

Высокие показатели по свойству темперамента СС 1 связаны с повышением показателей неуравновешенности НС, подвижности НС.

Высокие показатели по свойству темперамента СС 2 связаны с повышением показателей силы НС, уравновешенности НС и с понижением показателя САП, психотизма, неуравновешенности НС.

Углубленный анализ взаимосвязей свойств темперамента на основе ТОСТ позволил выделить три базовых фактора. Фактор «Активность», в который вошли следующие свойства темперамента: высокий показатель СС 1, САП, психотизм, подвижность НС, неуравновешенность НС, низкий показатель

чувствительности НС и низкий показатель эмоциональной реактивности; фактор «Нейротизм», в который вошли такие свойства темперамента: СТП, нормативность, слабость НС, чувствительность НС, инертность НС, эмоциональная реактивность; фактор «Саморегуляция», в который вошли высокие показатели СС 2, сила НС и уравновешенность НС.

Для выявления типов личности использовалась анкета, опирающаяся в своих вопросах на диагностические критерии, приведенные в DSM-IV [14]. Данная анкета включает 108 вопросов, позволяющих выявить 13 типов личности: параноидальный, шизоидный, шизотипический, асоциальный, пограничный, истерический, нарциссический, уклончивый, зависимый, навязчиво-компульсивный, пассивно-агрессивный, садистский, пораженческий.

В исследовании приняли участие 356 практически здоровых испытуемых мужского и женского пола в возрасте 18-35 лет. Испытуемые вначале заполняли ТОСТ, а затем анкету типов личности. Полученные результаты по двум опросникам анализировались следующим образом. Для каждого типа личности составлялись две крайних группы испытуемых, получивших наибольшее и наименьшее количество баллов по анкете типов личности. Предварительно строились гистограммы. Полученные кривые распределения были близкими к нормальной. Затем высчитывался средний показатель, который получила каждая группа по свойствам темперамента опросника ТОСТ и определялись значимые различия между ними с помощью t-критерия Стьюдента.

Предполагается, что полярные группы различных типов личности аккумулируют в вариантах своих ответов положительное, отрицательное и нейтральное отношение к определенным свойствам темперамента, тем самым выделяя то свойство, которое наиболее значимо или не значимо для данного типа личности. Совокупность таких значимо выделенных свойств и будет составлять профиль темперамента определенного личностного типа в рамках данного исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

В табл. 1 профиля темперамента представлены 11 типов личности, у которых были выявлены значимые связи со свойствами темперамента. У одного типа (шизотипического) не было выявлено значимых связей со свойствами темперамента. Можно предположить, что данный тип личностных расстройств слабо представлен среди практически здоровых испытуемых. У параноидного типа личности

Таблиця 1

Особенности профиля свойств темперамента типов личностных расстройств

Тип личности Свойства темперамента	Шизоидный	Навязчиво- компульсивный	Уклончивый	Демонстра- тивный	Зависимый	Пограничный	Пассивно- агрессивный	Нарцисси- ческий	Асоциальный	Садистский	Мазохисти- ческий
Сила НС	+	+								+	
Слабость НС			+	+	+	+	+				+
Чувствительность НС высокая			+	+	+	+	+	+			
Чувствительность НС низкая	+								+	+	
Уравновешенность НС	+	+	+								
Неуравновешенность НС				+	+	+	+		+		+
Подвижность НС				+	+	+					
Инертность НС	+	+	+								+
Эмоциональная реактивность НС			+	+	+	+	+	+			+
Низкий показатель эмоц. реактивности	+									+	
Высокий показатель СС 1				+	+			+	+		
Низкий показатель СС 1		+									+
Высокий показатель СС 2.	+	+	+					+			+
Низкий показатель СС 2				+	+	+					
Высокий показатель САП						+	+	+	+	+	
Низкий показатель САП		+	+		+						
Высокий показатель СТП		+	+	+	+	+	+				+
Низкий показатель СТП	+									+	
Высокий показатель психотизма	+					+			+	+	
Низкий показатель психотизма			+								

Примечание:

«+» – уровень статистической значимости при $p < 0,05$, $p < 0,01$

было выявлено только одно свойство темперамента, значимо отличающееся от других: инертность нервной системы.

Как видно из **табл. 1**, каждый тип личности имеет характерный профиль свойств темперамента, который не только не противоречит его клиническим описаниям, но и в определенной степени дополняет их.

Рассмотрим полученные профили свойств темперамента для различных типов личности. Личностные типы, по которым были получены наиболее значимые результаты, можно разделить на три большие группы по отношению к свойству темперамента сила – слабость НС. В одну группу войдут садистский, шизоидный и навязчиво-компульсивный типы, для которых характерна сила НС. В другую группу – нарциссический и асоциальный типы, для которых не выявлены различия в свойстве темперамента сила – слабость НС. Для третьей группы характерны слабость НС, чувствительность НС, эмоциональная

реактивность и реактивность СТП.

Эти группы можно также разделить на подгруппы по отношению к САП и СТП. Для демонстративного типа САП не имеет значимой роли, выявляется только высокий показатель СТП; для пассивно-агрессивного типа характерны высокие значения как по САП, так и по СТП; для уклончивого, зависимого и навязчиво-компульсивного типов характерны низкие значения САП при высоких показателях СТП. Высокие показатели СТП характерны и для мазохистического типа. Для асоциального типа личности оказалось не значимым свойство сила – слабость НС, в отличие от других типов у него были выявлены значимо высокие показатели по разделу САП и значимо высокие показатели по разделу психотизм. Для садистского типа были получены самые низкие показатели по СТП, чувствительности НС, эмоциональной реактивности и высокий показатель по разделу психотизм; для асоциального типа характер-

ны низкие показатели чувствительности НС, а для нарциссического – высокие.

Демонстративный, пограничный и зависимый типы характеризуют высокая подвижность НС; низкая подвижность (инертность) характерны для шизоидного, навязчиво-компульсивного, мазохистического и уклончивого типов; уравновешенность – для шизоидного, навязчиво-компульсивного и уклончивого типов, а неуравновешенность – для асоциального, демонстративного, пограничного, зависимого, мазохистического и пассивно-агрессивного типов.

Высокие показатели эмоциональной реактивности выявлены у демонстративного, пограничного, зависимого, нарциссического, пассивно-агрессивного, мазохистического и уклончивого типов; низкие – у садистского и шизоидного. Высокие показатели СС 2 характерны только для шизоидного, навязчиво-компульсивного, мазохистического, уклончивого типов и для нарциссического типа, у которого также выявлен высокий показатель СС 1, а у навязчиво-компульсивного и мазохистического – его самый низкий показатель. Выражено первосигнальными оказались демонстративный, зависимый и асоциальный типы.

У четырех типов (садистского, асоциального, шизоидного и пограничного) были отмечены значимо высокие показатели по разделу психотизм, и только у одного, уклончивого типа, значимо низкий его показатель.

У пассивно-агрессивного типа выявляются как высокие показатели САП, так и высокие показатели СТП, что демонстрирует дисгармонию взаимоотношения этих систем, указанную уже в названии данного типа.

Полученные результаты для садистского и асоциального типов достаточно хорошо согласуются с данными исследований психопатической личности. Дж. Грей [4] отмечает, что «у субъектов, именуемых как «первичные психопаты» [15], симптомы тревоги слабо выражены. Эти субъекты находятся на противоположном полюсе от тех, которые страдают патологической тревогой – они экстраверты с пониженной склонностью к невротизации и повышенной к психозам. К тому же они отличаются от субъектов с синдромом тревоги по ключевому поведенческому показателю (слабо реактивны в ситуации пассивного избегания) и по показателю психофизиологической реактивности».

Считается, что первичные психопаты, по Шнайдеру, чье антисоциальное поведение отражает несдерживаемое выражение инстинктов, чрезмерно сосредотачиваются на вознаграждении, что мешает им направ-

лять внимание на сигналы возможного наказания. Для них характерны недостаточная реактивность СТП и сверхактивная система активации поведения (САП), вследствие чего проявляется относительная нечувствительность к угрожающим стимулам, т.е. их поведение, направленное на достижения, расторможено из-за неспособности условных раздражителей, связанных с наказанием, тормозить реакции приближения [17].

Как отмечает Мак-Вильямс [8], возможность индивидуальной конституциональной подверженности мазохизму остается открытым вопросом. В выделенном нами профиле темперамента мазохистического (пораженческого) типа личности отчетливо выявляются характеристики, присущие психастеническому типу: преобладание «второсигнальности» над «первосигнальностью», слабость, инертность НС, наличие вегетативных дисфункций и тревожная мнительность.

В теории личностных черт тенденцию реагировать на события незамедлительным образом, без размышлений о будущих последствиях, связывают с особенностями функционирования индивидуального темпа (personal temp) и относят к импульсивности как черте личности. Под импульсивностью понимается также совершение действия без предварительного обдумывания или сдерживания. Сущность импульсивности – действие при отсутствии полной информации [17]. В.Н. Азаров [18] приводит определение импульсивности как склонности к непреднамеренным действиям без учета их последствий; противоположностью импульсивности является рефлексивность – управляемость.

Представители павловской школы В.В. Белоус, Ю.Н. Кулюткин выявили связь импульсивности с неуравновешенностью нервных процессов (преобладание возбуждения над торможением) [18].

В школе Б. Ананьева исследовались отношения между характером саморегуляции мыслительного поиска (выдвижения гипотез, их смены, проверки, верификации и т.д.) и нейродинамическими свойствами (балансом процессов возбуждения и торможения и возбудимостью – силой НС). Был сделан вывод о том, что нейродинамические факторы влияют на характер поиска. Преобладание процессов возбуждения над торможением связано с большей импульсивностью и риском мыслительного поиска. То же относится и к низкой возбудимости – силе НС. Наоборот, высокоактивированные и тормозимые испытуемые строят свои решения весьма осторожно, а выдвижение гипотез осуществ-

влияют с трудом и медленно. Недостаточно эффективные «тормоза» приводят к импульсивным решениям, недостаточно динамическое возбуждение не обеспечивает большую скорость переработки информации и задерживает процесс построения гипотез.

Э.А.Голубева [18] отмечает, что у более импульсивных по сравнению с управляемыми (рефлексивными) испытуемых, чаще наблюдается более высокий уровень активированности и слабости НС. Более импульсивные испытуемые характеризуются также выраженной синтетичностью на уровне восприятия и большими значениями невербального интеллекта по Векслеру, т.е. принадлежат скорее к художественному типу по И. П. Павлову.

В рамках исследования, проведенного В. Н. Азаровым, показано, что наиболее полное свойство импульсивного и рефлексивно-волевого стиля действия связано с преобладанием сигнальных систем. Для импульсивного стиля характерно преобладание первой сигнальной системы, для рефлексивно-волевого – второй сигнальной системы [18].

Г. Айзенк [19] располагал личностную черту импульсивности, зависящую от наследственности не менее 50-60%, на осях экстраверсии и нейротизма.

Импульсивное и агрессивное поведение, характерное для асоциального и садистского типов личностей, может быть объяснено обнаруженными у них высокими показателями САП и психотизма и низкими показателями СТП (особенно у садистского типа), так же высокими показателями неуравновешенности НС у асоциального типа. Необходимо отметить и различия между асоциальным и садистскими типами, которые касаются неуравновешенности НС, эмоциональной реактивности и СТП (табл. 1).

Агрессивность как черта характера определяется разными порогами активации САП, СТП и СББ. К агрессивному поведению склонны индивиды с низкими порогами САП и СТП и высокими СТП [18].

Шизоидный и навязчиво-компульсивные типы личности оказались сходными между собой в очень важных характеристиках темперамента. Оба типа имеют достаточно высокие оценки, в отличие от других типов, по свойствам темперамента сила НС, уравновешенность НС, СС 2 и низкие оценки по свойству подвижность НС. Т.е. лица, отнесенные к данным типам, достаточно работоспособны и активны, процессы возбуждения уравновешиваются у них процессами торможения, что позволяет им быть терпеливыми и эмоционально сдержанными, хорошо контролировать свои импульсы и эмоции. Не-

достаточная подвижность влияет на их скорость принятия решения в новой ситуации, поэтому они негативно относятся к новизне, достаточно консервативны в выборе новых стимулов.

Сильную, уравновешенную, инертную нервную систему И.П.Павлов относил к флегматичному темпераменту. «Флегматик – спокойный, всегда ровный, настойчивый и упорный труженик жизни. Рассчитав свои силы, флегматик доводит дело до конца. Он ровен в отношениях, в меру общителен, не любит попусту болтать». И.П.Павлов также отмечает, что флегматику «свойственен в известной мере аутизм, но это не аутизм меланхолика. Аутизм здесь – желание экономить силы, попусту не растрчивать силы.» [21]. Экономия сил характерна по К.Юнгу и для интровертов.

Е.А.Голубева [18] отмечает, что сочетание силы, инактивированности (уравновешенности НС) и инертности способствует большей корковой работоспособности. Высокая степень развития СС 2 связана с полнезависимым (ПНЗ) когнитивным стилем. А высокие индексы ПНЗ находятся в прямой связи с показателями инактивированности как свойства НС, которые, в свою очередь, связаны с преобладанием вербальных функций [22]. Таким образом выявляется определенная взаимосвязь между силой, уравновешенностью, инертностью НС, СС 2, вербальными функциями и полнезависимостью (ПНЗ). Воля, как произвольное управление поведением, в свою очередь, тесно связана с СС 2 [21].

Шизоидный тип личности – один из типов, у представителей которых ярко и с раннего детства проявляется комплекс свойств, характеризующих СС 2. Так, Г. Е. Сухарева (1959) отмечает, что, в отличие от других детей, у аутичных (шизоидных) личностей очень рано обнаруживается особый интерес к отвлеченному, логическим комбинациям.

У шизоидного типа личности по результатам нашего исследования выявляются высокие показатели по разделу психотизм. По всей видимости, эта связь является не случайной. Мы уже отмечали, что для шизоидного типа характерны так же высокие показатели по разделу инертность НС.

Г. Айзенк [19] пишет, что высокие показатели по шкале психотизма и шизофрении регулярно выявлялись в исследовании личностных характеристик у осужденных насильников. Он так же отмечает, что ригидность мышления связана с психопатическим поведением и психическими расстройствами, главным образом с шизофренией.

Из **табл. 1** видно, что в определенной мере шизоидный тип похож на садистский низкими показателями эмоциональной реактивности, СТП и высокими показателями по разделу психотизм.

Анализ **табл. 1** дает представление о том, что профиль темперамента уклончивого типа или личностного расстройства избегания (ЛРИ) по ряду параметров похож на шизоидный тип, но более всего – на навязчиво-компульсивный тип. Это, в первую очередь, касается уравновешенности НС, инертности НС и высоких показателей СС 2. Сходство с навязчиво-компульсивным типом проявляется еще и в низком показателе САП и высоком показателе СТП.

В отличие от шизоидного типа, у которого замечен выраженный психотизм, у уклончивого типа этот показатель самый низкий. У уклончивого типа также проявляется высокий уровень активации мозга (слабость НС, чувствительность НС и высокая эмоциональная реактивность). Э.А.Голубева [17] отмечает, что слабость, инертность и инактивированность НС связаны с выраженностью тормозных влияний на поведение, а также с высоким уровнем произвольной регуляции.

Личностное расстройство избегания характеризуют ингибция (подавление), интроверсия, тревога, сверхчувствительность и «рутинный стереотипный стиль жизни», а также низкая базовая самооценка [9].

Как отмечает Н.Мак-Вильямс [8], обсессивно-компульсивный тип проявляется у индивидов, для которых «думание и делание» становится движущим психологическим мотивом поведения. Трудоголики и личности типа А – суть вариации обсессивно-компульсивной темы. «Обсессивный» человек, – пишет Н.Мак-Вильямс (с.194), – организует свою жизнь вокруг мышления, достигая самоуважения благодаря мыслительным творческим актам – обучению, логическому анализу, детальному планированию и принятию здравых решений».

Д.Шапиро [23] достаточно полно описал организацию обсессивно-компульсивного стиля: ригидность, способность к волевому управлению собой, способность к автономной деятельности, рефлексивность, суперэго и потеря реальности.

Если сравнить данное описание с профилем темперамента навязчиво-компульсивного типа (**табл. 1**), то сходство будет очевидным. Необходимо обратить внимание на то, что склонность индивидов навязчиво-компульсивного типа к напряженной трудовой деятельности, к работоспособности, обозначенной как «трудоголизм», безусловно указывает на силу НС.

Особенно необходимо остановиться на характеристиках психастенического типа, во многом сходного с навязчиво-компульсивным, но отличающимся слабостью НС. И.П.Павлов считал, что психастения развивается на основе общего слабого типа в комбинации со специальным мыслительным типом ВНД, в клинической картине которой наиболее ярко выражено преобладание рассудочной деятельности над чувственно-конкретной.

В нашем исследовании (в рамках общей выборки) вторая сигнальная система положительно коррелирует только с силой НС и уравновешенностью НС, а инертность коррелирует только с СТП. Однако в отдельном профиле темперамента навязчиво-компульсивного, мазохистического и уклончивого типа личности (**табл. 1**) высокие показатели СС 2, инертности и СТП действительно составляют основу данных типов.

В современной нейро-психофизиологии выделяются две базовые системы активации мозга: систему кортикальной (корковой) активации, связанную с ретикулярной активирующей системой, и автономную (вегетативную) НС.

В 1964 году Дж.Грей ввел в психофизиологию понятие активированности (arousability). У индивидов, отличающихся высокой активированностью, стимул вызывает в нервной системе более высокий уровень активации, чем у субъектов с низкой активированностью.

Исходный уровень активации определяет различие по силе – слабости НС [21]. Сила-слабость НС, чувствительность НС, выступая показателем реактивности и выносливости корковых клеток, влияют на уровень кортикальной активации. Свойство силы НС, благодаря качеству резистентности (сопротивляемости) импульсам, идущим от ретикулярной системы (РФ), а так же работоспособность нервных клеток, способствует сохранению закона силы – в отличие от слабой НС, корковые клетки которой при чрезмерном росте импульсаций, идущих от РФ и других структур мозга, переходят в состояние охранительного, запредельного торможения с нарушением закона силы [18, 21].

Свойство неуравновешенности НС выступает показателем активированности НС, а уравновешенность (инактивированность) – возможностью ее сдерживания [18].

Свойство эмоциональной реактивности связано с особенностями активации автономной НС. В психофизиологических исследованиях величина вегетативных сдвигов принимается за меру эмоционального напряжения. При эмоциональном поведении

активного характера агрессивно-оборонительных реакций преобладает активизация симпатического отдела вегетативной НС, при пассивно-оборонительном поведении доминируют парасимпатические влияния. В различных ситуациях складывается определенная симпато-парасимпатическая комбинация, определяемая уровнем эмоционального напряжения в организме [24].

Большим количеством исследований было обнаружено, что высокие уровни активации присущи индивидам с негативной эмоциональностью, тревожностью и различными личностными расстройствами [17]. Согласно Дж. Грей, люди с активной системой поведенческого торможения – тревожные люди – сочетают интроверсию и нейротизм [17].

Из табл. 1 видно, что для демонстративного, зависимого, пограничного и уклончивого типов характерны высокая кортикальная активация, проявляющаяся в слабости и чувствительности НС, и высокая активация автономной НС, проявляющаяся в эмоциональной реактивности и высоких показателях СТП. У демонстративного, зависимого и пограничного типа личности, помимо этого отмечаются также высокие показатели неуровновешенности НС. Г. Айзенк [25] отмечал, что для истерического типа личности характерны нейротизм и выраженная экстраверсия.

Если профиль темперамента, характерный для шизоидного, навязчиво-компульсивного, асоциального и садистского типов личности, можно условно назвать «мужским», потому что к нему статистически чаще относятся лица мужского пола, то на этом же основании демонстративный, зависимый, пассивно-агрессивный и пограничный типы личности можно назвать «женскими». Помимо слабости и чувствительности НС наиболее близки между собой эти «женские» типы по таким свойствам, как эмоциональная реактивность, неуровновешенность НС, подвижность НС и высокие показатели СТП.

Многие исследователи (З. Фрейд, Э. Кречмер, К. Леонгард и др.), изучавшие психологические особенности людей с истерическими расстройствами, отмечали у них склонность к вытеснению, которую Анна Фрейд определила как отторжение или сокрытие идеи аффекта сознательным Эго. Д. Шапиро [23], пытаясь определить метод познания истерических личностей, приводящих к вытеснению, отмечал, что истерическое познание импрессионическое – т.е. глобальное и рассеянное, ему недостает концентрации, фокусирования; это не восприятие фактов, деталей и разработка суждений, а воспри-

ятие интуиции и впечатлений. Он пишет, что такие люди характеризуются слишком быстрой и непроработанной организацией и интеграцией ментального содержания. Истерический аффект, как и познание, не проявляется в ясном, хорошо дифференцированном осознании в качестве развитого конкретного ментального содержания, а доминирует мгновенно и захватывает рассеянное и пассивное осознание.

Э. Кречмер в своей книге «Об истерии» (1928) указывал на истерические явления как преимущественно смутные импульсивные виды реакций, встречающиеся у людей с несложной, примитивной или несозревшей психикой, которых прежние исследователи истерического характера определяли как «больших детей» или «взрослых подростков».

Важно отметить, что истерика И. П. Павлов противопоставлял психастеникам с преобладающей у них второй сигнальной системой над первой, а Д. Шапиро – обсессивно-компульсивным людям с узкофокусированным, детализированным, техническим познавательным стилем.

К. Юнг [26] противопоставляет истерию шизофрении по линии экстра-интроверсии. Он считал, что истерия – это крайняя форма экстраверсии, проекции собственных отрицательных качеств на других и инфантилизм.

К. Леонгард связывал понятие экстра-интроверсии с периодом переходного возраста, т.е. с развитием у ребенка психики взрослого человека. Ребенок экстравертирован: он обращен к процессам, воздействующим на его чувства, и реагирует на них импульсивно, мало раздумывая. Для него характерно проявление чисто внешней активности, не зависящей от мыслительных процессов. Взрослый – интровертирован, у него преобладает не мир восприятий, а мир представлений, с которым связана усиленная работа мыслей. У К. Леонгарда отчетливо прослеживается связь как между экстраверсией и СС 1, так и между интроверсией и СС 2.

В ходе структурного анализа истерической (акцентуированной, препсихопатической, психопатической) личности В. Я. Сёмке [27] выделил три ее основные подструктуры: конституционально-биологическую (генетическое предрасположение, психофизический инфантилизм и др.); психофизиологическую (эмоциональная лабильность, гиперэмотивность, визуализация представлений, внушаемость и самовнушаемость, художественный тип мышления); социально-психологическую (эгоизм, эгоцентризм, гиперконформность, театральность, склонность к фантазированию и т.д.).

Истерическая личность, считает А. Якубик [28], характеризуется рядом особенностей: конституциональных (высокий уровень активации, вызванный повышенной реактивностью в сочетании с низким оптимальным уровнем стимуляции); личностных (низкий уровень развития познавательных структур и структуры «Я» с функциональным преобладанием инстинктивно-эмоциональных механизмов над познавательными механизмами) и примитивностью приспособительных механизмов (защитных, разряжающих, манипуляционных). Наличие этих особенностей приводит к неэффективности формирования целенаправленного поведения в сложных жизненных ситуациях.

Целенаправленное поведение мотивируется обнаружением несоответствия различных аспектов информации. Невозможность уменьшить информационное несоответствие приводит организм к сверхоптимальному росту активации и нарушению регуляции поведения. Одновременно отмечается снижение уровня сознания (сужение сознания) в соответствии с правилом криволинейной зависимости между уровнем активации и сознания, что приводит к нарушению саморегуляции.

Прежде всего, нарушаются функции интеграции структуры «Я», которая является центром интеграции и регуляции поведения. Дизинтеграция (от греч. *Dys* – приставка, обозначающая нарушение) структуры «Я» проявляется главным образом а) расстройствами контроля над собой и своим окружением и б) нарушениями интегральности «Я» в виде дифференцировки «Я»-не «Я» различной степени выраженности (в форме деперсонализации, раздвоения личности, сумеречного состояния или других проявлений истерической диссоциации).

В этом плане отмечается определенное сходство профиля темперамента демонстративного типа личности и пограничного типа личности, для которого также характерны расстройства идентичности. Пограничный тип личности отличается от демонстративного только высокими показателями САП и психотизма. По поводу шкалы психотизма необходимо отметить, что высокие показатели по ней (табл. 1) характерны лишь для четырех типов личностных расстройств (пограничный, шизоидный, асоциальный и садистский), которые в крайних своих проявлениях близки к психотической симптоматике и выраженной враждебности [8].

Два типа личности – демонстративный и зависимый (табл. 1) – практически совпада-

ют между собой по профилю темперамента; за исключением того, что у зависимого типа проявляется еще и низкий показатель САП, который, безусловно, снижает психическую активность данного типа. В то же время у демонстративного типа проявляется очень низкий показатель СС 2. Низкий показатель развития СС 2 может в определенной степени указывать на инфантильный уровень организации психических процессов демонстративной личности параллельно со слабостью, чувствительностью, неуравновешенностью НС, при высоких показателях подвижности НС, эмоциональной реактивности и СТП.

Как отмечает А. Якубик [28], зависимость от других является важной чертой демонстративной личности. Таким образом, на основе изложенного можно предположить, что демонстративный, зависимый, а также пограничные типы личности выступают крайней точкой, относящейся к непроизвольной регуляции на оси психической саморегуляции.

Э.А. Голубева [18], отмечает, что непроизвольный уровень регуляции связан с невербальным интеллектом и с художественным способом освоения действительности. Из типологических особенностей для него характерны преобладание первой сигнальной системы и реактивность, т.е. сочетание слабости и лабильности НС, а также большая полезависимость. Непроизвольный уровень регуляции выступает предпосылкой импульсивности как черты не только темперамента, но и характера.

На противоположной стороне оси, относящейся к произвольной саморегуляции, может быть представлен непатологический вариант личностного расстройства – «серьезный» тип личности, описанный Дж. Олдхэм и Л. Моррис [7], в основе которого, возможно, лежит флегматичный темперамент (сильная, инертная, уравновешенная НС, высокий порог эмоциональной реактивности) с высокоразвитой СС 2.

Сочетание силы, инактивированности и инертности НС, считает Э.А. Голубева [18], способствует высокому уровню произвольной регуляции. Она пишет: «Достоинства произвольного уровня регуляции особенно тесно связаны с преобладанием второй сигнальной системы и выраженной инертностью НС. Они проявляются в сфере произвольного внимания, психомоторных и интеллектуальных действий, в способности «к самоприказам» и произвольной саморегуляции, высоком уровне морального контроля поведения, ответственности и организованности».

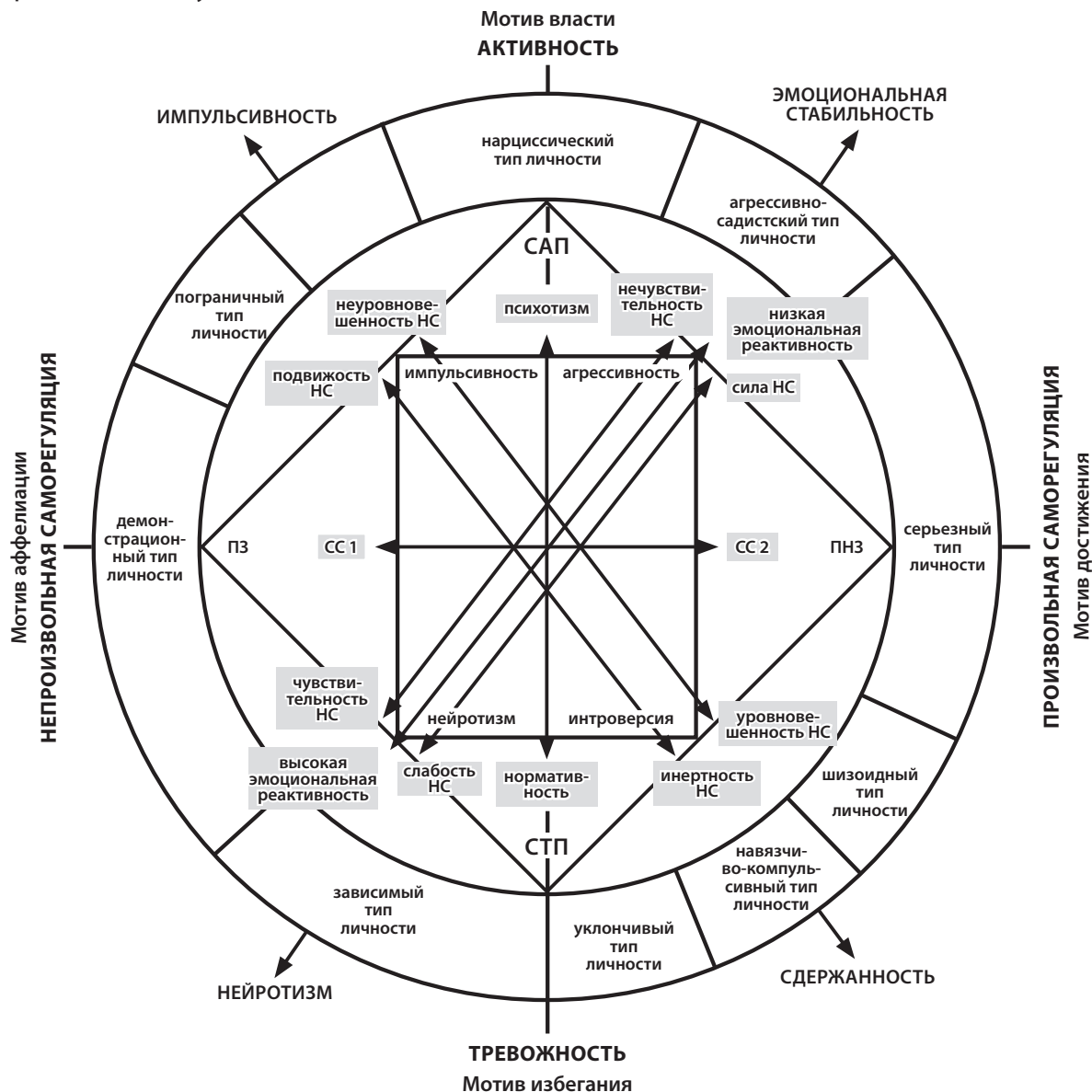
Также можно предположить, что ось активность–тревожность связана с САП и СТП: система активации поведения в большей степени связана с нарциссическим, садистским и асоциальным типами личности, а СТП – с уклончивым, зависимым и мазохистическим типами.

Свойства НС подвижность–инертность, уравновешенность–неуравновешенность усиливают поведенческие тенденции вышеперечисленных типов личности – или в сторону импульсивности, или в сторону еще большей тормозимости. Свойства НС сила–слабость, чувствительность, эмоциональная реактивность усиливают поведенческие

тенденции или в сторону эмоциональной стабильности, или в сторону нейротизма.

Выводы

Объединение результатов исследований российской павловской школы (В. Д. Небылицин, Э. А. Голубева и др.) и британской школы (Г. Айзенк, Дж. Грей) позволили предложить новую модель темперамента как биологического базиса типов личности, которая построена на четырех осях* или измерениях личности. Основой оси «активность–тревожность» являются свойства сила–слабость НС, а также САП и СТП**; основой оси «непроизвольная регуляция–произ-



Примечания:

* ось – это базовый параметр личности по Айзенку [29] или «ведущая тенденция» – как её понимает Л. Н. Собчик [30];

** характеристики оси «активность–тревожность» в определенной степени соответствуют характеристикам айзенковской оси экстра–интроверсии, но не идентичны им.

Рис. 1. Модель структуры свойств темперамента и типов личности по Б. К. Пашневу

вольная саморегуляция» – первая и вторая сигнальные системы; основой оси «импульсивность – сдержанность» являются такие свойства нервной системы, как неуравновешенность и подвижность НС, с одной стороны, и уравновешенность НС, инертность НС, с другой; основой оси «эмоциональная стабильность – нейротизм» являются сила НС, низкая чувствительность НС, низкая эмоциональная реактивность, с одной стороны, и слабость НС, высокая чувствительность НС и высокая эмоциональная реактивность, с другой (рис. 1).

Первооснову осей составляют свойства темперамента, затормаживающие (ингибирующие) или облегчающие (фасилитирующие) реализацию психических и поведенческих реакций, которые, зафиксировавшись, становятся первичными личностными диспозициями. Объединенные в группы устойчивых взаимосвязанных свойств, они указывают на определенные психологические характеристики или базовые черты личности [29]: сочетание первой сигнальной системы, полезависимости, подвижности НС может быть обозначено термином «экстраверсия»; сочетание неуравновешенности НС, САП, психотизм – термином «спонтанность»; сочетание САП, психотизма, низкой чувствительности НС, низкой эмоциональной реактивности – термином «агрессивность».

Произвольная саморегуляция в сочетании с сильной НС – это показатель целевой воли, а в сочетании с уравновешенностью НС и инертностью НС – показатель рефлексивности.

СТП в сочетании с инертностью НС и нормативностью может быть обозначена термином «интроверсия», а в сочетании со слабостью НС, чувствительностью, эмоциональной реактивностью – термином «нейротизм» и «эмоциональная лабильность».

Базовые черты личности составляют основу близким между собой типам личности: экстраверсия и эмоциональная лабильность составляют основу демонстративного, зависимого и пограничного типов личности; рефлексивность и интроверсия – основу навязчиво-компульсивного и шизоидного типов личности; спонтанность и агрессивность – садистского, асоциального и нарциссического типов; интроверсия и нейротизм – уклончивого и мазохистического; рефлексивность и целевая воля составляют основу «серьезного» типа личности.

При этом конкретный тип личности определяется характерным только для него профилем свойств темперамента.

Таким образом, на основе выявленных взаимосвязей между свойствами темперамента и типами личностных расстройств, можно сделать предположение о наличии биологической, темпераментальной канвы, на основе которой выстраиваются линии (оси) развития индивида в процессе адаптации его к внешним условиям, формирующие устойчивые психические реакции, поведенческие стили и представляющие собой типичные особенности поведения определенных групп людей в определенных жизненных ситуациях, т.е. типы личности.

Литература

1. Simonov P. V. Motivirovanny mozg [Motivated brain]. Moscow, Nauka Publ., 1987, 238 p. (In Russ)
2. Kolesov D. V. Evolyutsiya psikhiki i priroda narkotizma [The evolution of the psyche and the nature of drug addiction]. Moscow, Pedagogika Publ., 1991, 312 p. (In Russ)
3. Arlychev A. N. Samoregulyatsiya, deyatelnost', soznanie [Self-control, activity, consciousness]. St. Petersburg, Nauka Publ., 1992, 149 p. (In Russ)
4. Grey Dzh. Neyropsikhologiya emotsiy i struktura lichnosti [Neuropsychology of emotion and personality structure]. Zhurnal VND [GNI Journal], 1987, vol. XXXVII, 37, issue 6, pp. 1011-1024. (In Russ)
5. Sokolov E. N. Psikhofiziologiya [Psychophysiology]. Moscow, Publishing house of Moscow University, 1981, 311 p. (In Russ)
6. Pashnev B. K. Psikhodiagnostika: praktikum shkol'nogo psikhologa [Psychodiagnosis: a workshop school psychologist]. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 2010, 317 p. (In Russ)
7. Oldkhem Dzh. M., Morris L. B. Avtoportret vashey lichnosti [per. s angl.] [Self-portrait of your personality [trans. from English]]. Moscow, Veche AST Publ., 1996, 544 p. (In Russ)
8. Mak-Vil'yams N. Psikhoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse [per. s angl.] [Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical course [Trans. from English]]. Moscow, Klass Publ., 2001, 480 p. (In Russ)
9. Korolenko Ts. P., Dmitrieva N. V. Lichnostnye rasstroystva [Personality disorders]. St. Petersburg, Piter Publ., 2010, 400 p. (In Russ)
10. Marishchuk V. L., Bludov Yu. M., Plakhtienko V. A., Sirova L. K. Metodiki psikhodiagnostiki v sporte [Methods of psychodiagnostics in sports]. Moscow, 1984, 190 p. (In Russ)
11. Suvorova V. V. Testy opredeleniya individual'nykh osobennostey vegetativnogo reagirovaniya [Tests for determining individual characteristics of autonomic response]. Moscow, 1976, 126 p. (In Russ)
12. Ayzenk G. Yazyk schast'ya [Language of happiness]. Moscow, EKSMO-Press Publ., 2002, 320 p. (In Russ)
13. Knyazev G. G., Slobodskaya E. R., Safronova M. V. Kratkaya forma lichnostnogo oprosnika Greya–Uilsona [The short form of the personal questionnaire Gray–Wilson]. Voprosy psikhologii [Questions of psychology], 2004, no. 4, pp. 113-121. (In Russ)
14. Azzopardi Zh. Luchshie testy: Uznay o sebe vse [per. s fr. M. S. Kuntsinoy] [The best test: Read about all the [translated from the French M. S. Kuntsinoy]]. Moscow, Mir knigi Publ., 2007, 320 p. (In Russ)
15. Khaer R. D. Lishennye sovesti. Pugayushchii mir

psikhopatov [per. s angl.] [Deprived of conscience. A frightening world of psychopaths [translated from English]]. Moscow, Vil'yams, 2007, 288 p. (In Russ)

16. Piazhe Zh. Geneticheskaya epistemologiya [Genetic epistemology]. St. Petersburg, Piter Publ., 2004, 5th ed., 160 p. (In Russ)

17. Frenkin R. Motivatsiya povedeniya: biologicheskie, kognitivnye i sotsial'nye aspekty [Motivating behavior: biological, cognitive and social aspects]. St. Petersburg, Piter Publ., 2003, 5th ed., 651 p. (In Russ)

18. Golubeva E. A. Sposobnosti. Lichnost'. Individual'nost' [Abilities. Personality. Individuality]. Dubna, Feniks+ Publ., 2005, 512 p. (In Russ)

19. Ayzenk G., Ayzenk M. Issledovanie chelovecheskoy psikhiki [The study of the human psyche]. Moscow, EKSMO-Press Publ., 2001, 480 p. (In Russ)

20. Psikhologiya individual'nykh razlichiy: teksty [pod red. Yu. B. Gippenreyter, V. Ya. Romanova] [Psychology of individual differences: the texts [ed. Yu. B. Gippenreiter, V. Ya. Romanov]]. Moscow, Publ. house of the Moscow University, 1982, 320 p. (In Russ)

21. Il'in E. P. Psikhologiya individual'nykh razlichiy [Psychology of individual differences]. St. Petersburg, Piter Publ., 2011, 701 p. (In Russ)

22. Kholodnaya M. A. Kognitivnye stili: o prirode individual'nogo uma: uchebnoe posobie [Cognitive styles: the nature of the individual mind: a tutorial]. Moscow, PERSE Publ., 2002, 304 p. (In Russ)

23. Shapiro D. Nevroticheskie stili [per. s angl.

K.V. Aygon] [Neurotic styles [trans. from English K.V. Aygon]]. Moscow, 2000, 176 p. (In Russ)

24. Denisova Z. V. Mekhanizmy emotsional'nogo povedeniya rebenka [Mechanisms of emotional behavior of the child]. Leningrad, Nauka Publ., 1978, 144 p. (In Russ)

25. Ayzenk G. Yu. Psikhologiya: Pol'za i vred. Smysl i bessmyslitsa. Fakty i vymysel [per. V. V. Gudinovicha] [Psychology: Benefits and harms. Sense and nonsense. Facts and Fiction [translation by V.V. Gudovich]]. Minsk, Kharvest Publ., 2003, 912 p. (In Russ)

26. Yung K. G. Psikhologicheskie tipy [Psychological types]. St. Petersburg, Yuventa Publ., Moscow, Progress-Univers Publ., 1995, 717 p. (In Russ)

27. Semke V. Ya. Osnovy personologii [Fundamentals of personology]. Moscow, Akademicheskii proekt Publ., 2001, 476 p. (In Russ)

28. Yakubik A. Isteriya [per. s pol'sk.] [Hysteria [translation from Polish]]. Moscow, Meditsina Publ., 1982, 344 p. (In Russ)

29. Ayzenk G. Yu. Struktura lichnosti [per. s angl.] [The structure of personality [translated from English]]. St. Petersburg, Moscow, 1999, 340 p. (In Russ)

30. Sobchik L. N. Kharakter i sud'ba. Vvedenie v psikhologiyu individual'nosti [The character and destiny. Introduction to the psychology of personality]. Moscow, Publ. house of Institute of Applied Psychology, 1995, 126 p. (In Russ)

ВЛАСТИВОСТІ ТЕМПЕРАМЕНТУ ЯК БІОЛОГІЧНА ОСНОВА ТИПІВ ОСОБИСТОСТІ

Б. К. Пашнєв
Практичний психолог

Анотація. У статті зроблена спроба виявлення взаємозв'язку між темпераментними властивостями і типами особистості. Були об'єднані сучасні уявлення павлівської і британської шкіл диференційної психології. На основі виявлених взаємозв'язків між властивостями темпераменту і типами особистості побудована модель особистісного простору на 4-базових осях: активність – тривожність, довільна саморегуляція – мимовільна саморегуляція, емоційна стабільність – нейротизм і імпульсивність – стриманість. Ці осі виступають умовою стійкості поведінкових реакцій на певні якості стимулів.

Ключові слова: властивості темпераменту, типи особистості, профіль властивостей темпераменту.

PROPERTIES OF TEMPERAMENT AS A BIO-BASED PERSONALITY TYPES

B. K. Pashnev
Practical psychologist

Summary. The paper attempts to identify the relationship between temperamental characteristics and personality types. Modern ideas were combined Pavlovian and British schools of differential psychology. On the basis of the identified relationships between the properties of temperament and personality types it has been a model of personal space on the 4 basic axes: activity – anxiety, self-regulation is arbitrary – involuntary self-control, emotional stability – neuroticism and impulsivity – restraint. These axes are the condition for the stability of behavioral responses to certain stimuli quality

Keywords: properties of temperament, personality types, the profile of properties of temperament.

УДК159.922.762:159.922.763: 159.972

ВОПРОСЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПРЕДПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАБОТЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ШКОЛЫ – ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ



В. Ф. Простомолотов

Ж. М. Середняк

В. Ф. Простомолотов, Ж. М. Середняк
Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Аннотация. Статья написана по материалам школьного психолога об исследовании, направленном на выявление факторов, влияющих на возникновение предпатологических и патологических психических расстройств, способствующих формированию отклоняющегося поведения среди школьников младших и средних классов. В статье раскрыты вопросы педагогических, психологических и социальных патогенетических факторов, ориентация на которые позволит разработать соответствующую систему коррекционных мероприятий, направленных на снижение развития у школьников девиантных форм поведения.

Ключевые слова: школа, дети, мотивация, нарушение поведения, педагоги, психические расстройства, адаптация.

Введение

Актуальность исследования заключается в увеличении спектра девиантных форм поведения среди детей и подростков, а также в обзоре проблем их коррекции в школьном возрасте. Увеличение роста напряженности и конфликтности взаимоотношений как в целом в стране, так и в отдельно взятых социальных институтах, способствует росту количества предпатологических и патологических психических расстройств среди школьников.

Кроме того, мы обращаем внимание и на смещение ценностей и границ «нормы» к различным формам проявления девиантного поведения, а также на формирование толерантного отношения к ним. Факт смещения ценностей можно констатировать в зарубежной и отечественной кинематографии, мультипликации, в новостных рубриках телевизионных каналов, наблюдая за формированием продуктов рекламных компаний как на телевидении, так и в интернет-ресурсах. Высокий уровень популяризации различных социальных сетей и возможностей виртуального общения формируют оборванность речи, ригидность мышления и компьютерную зависимость. Доступ к различного рода информации приводит к доступности порнопродукции. Это далеко не весь перечень предпосылок к девиантному поведению, отражающий негативную направленность в нашей культуре и влияющий на формирование патологических аспектов личности.

Серьезной проблемой является снижение у школьников интереса к учебным заняти-

ям в школе, дисгармония взаимоотношений между участниками учебно-воспитательного процесса, а также искаженное представление о воспитании детей как у родителей, так и учителей.

Цель исследования

Определение влияния предпатологических и патологических психических расстройств на формирование отклоняющегося поведения среди школьников, а также разработка системы педагогических, психологических и социальных коррекционных мероприятий, направленных на снижение распространения девиантных форм поведения.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были учащиеся с патологическими и предпатологическими психическими расстройствами. Изучалось влияние на детей школьного возраста факторов, способствующих формированию девиантного поведения.

Выборку исследования составили ученики Одесского учебно-воспитательного комплекса «Специализированной-общеобразовательной школы I–III ступени», их родители и педагоги. В исследовании принимали участие ученики параллелей 1-х и 5-х классов.

В исследовании применены клинико-психологический и экспериментально-психологический методы, проводимые в форме беседы, наблюдения, анкетирования, тестирования, опроса, количественного и качественного анализа. Тестирование проводилось с помощью стандартизированных валидных методик, входящих в перечень психодиагностических методик, разрешен-

ных для использования в работе сотрудников психологической службы.

Психодиагностический инструментарий:

1) для изучения уровня адаптации учеников 1-х классов (324 ученика): анкета диагностики уровня адаптации Н.Г.Лускановой, проективная методика «Школа Зверей» С.Панченко, методика «Дерево» Дж.Лампен;

2) для изучения уровня адаптации учеников 5-х классов (303 ученика): методика «Дерево» Дж.Лампен, социометрия Дж.Морено (адаптировано М.Р.Битяновой), анкета диагностики уровня адаптации «Школа зверей» С.Панченко, методика Б.Н.Филлипса для определения уровня тревожности.

Результаты исследования и их обсуждение

Психологическая служба образования является промежуточным звеном между медициной и образованием и представляет собой молодую, интенсивно развивающуюся в последнее время практическую ветвь психологической науки. Психологическая служба образования является одним из существеннейших компонентов целостной системы образования страны.

Основные направления работы практического психолога школы:

1) создание психолого-педагогических условий для успешного решения задач обучения и развития, обеспечивающих развивающий характер образования;

2) формирование психологических условий для сохранения психического здоровья всех участников учебно-воспитательного процесса как фактора развития полноценной личности;

3) просветительная работа над повышением психологической культуры в учебном заведении и в семье.

Основой психического здоровья является полноценное психическое развитие ребенка на всех этапах онтогенеза. Создание психолого-педагогических условий, обеспечивающих такое развитие, а также выявление факторов, препятствующих благополучному развитию, разработка системы педагогических, психологических и социальных коррекционных мероприятий являются основными целями психологической службы образования.

Первый шаг – своевременное выявление проблемы поведения у школьника. Как правило, какие-либо нарушения выявляются психологом при помощи плановых диагностик или при обращении педагогов или родителей к практическому психологу. Затем выявляются причины нарушения при помощи прицельной диагностики. После этого психолог

планирует и проводит необходимые коррекционные мероприятия, дает рекомендации и, при необходимости, направляет на консультацию к специалисту узкого профиля – логопеду, неврологу, детскому психиатру.

При надлежащем внимании и участии родителей, учителей к проблеме, возникающие нарушения имеют тенденцию к сглаживанию или даже к полному исчезновению в последующие годы.

В результате проводимых нами наблюдений за учебно-воспитательным процессом в школе, изучены варианты «плохого» поведения школьников, проявляющиеся в нарушении дисциплины, конфликтности взаимоотношений, низком уровне обучаемости, нежелании посещать школу и пропусках занятий.

Данные признаки при устойчивых проявлениях вариантов «плохого» поведения соответствуют описанию термина «девиантное поведение», под которым понимают устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся социальной дезадаптацией.

Нами было замечено, что в большинстве случаев вышеописанные проявления имели место у учеников старших классов, у которых чаще всего были схожие проблемы или сложности в начальных классах, а впоследствии данные факторы осложнились табакокурением, употреблением психоактивных веществ, а также признаками делинквентного поведения, которое, в свою очередь, привело к нарушению правовых норм, наносящего вред как отдельным гражданам, так и обществу в целом – это хулиганство, бродяжничество, воровство, грабежи, вандализм, сексуальные девиации и т. д.

По различным литературным источникам [2, 5, 6, 8], причинами девиантного поведения является влияние различных групп факторов: биологических, психологических и социальных. Нами было замечено, что совокупность данных факторов особенно способствует формированию поведения, отклоняющегося от нормы [3, с. 334].

К биологической группе факторов относятся органическое поражение головного мозга вследствие патологии беременности и родов, интоксикации, мозговые инфекции, черепно-мозговые травмы.

Психологической/патопсихологической группой факторов, влияющих на возникновение отклонений в поведении и усложняющих процесс социализации личности, являются индивидуально-психологические

особенности, несформированность эмоциональной сферы, низкий уровень развития навыков общения, самоконтроля и самооценки, расторможенность, психогенные расстройства, психосоматические заболевания, аномалии и акцентуации характера, социальная и педагогическая запущенность, пограничная умственная отсталость, а также скрытые формы депрессии и шизофрении.

К социальной группе факторов относятся недостатки семейного и педагогического воспитания, недостаточный уровень психологических знаний участников учебно-воспитательного процесса, а также особенности ближайшего окружения ребенка и общества в целом.

Изучение уровня адаптации учеников 1-х и 5-х классов в 2013–2014 учебном году (табл. 1, 2) дало возможность выявить наличие и влияние тех или иных факторов в процессе учебно-воспитательного процесса, которое проводится ежегодно в октябре-ноябре. В качестве профилактических мероприятий для данной категории участников учебно-воспитательного процесса администрация школы систематически и в обязательном порядке проводит различные психолого-педагогические мероприятия, посвященные процессу адаптации: родительские собрания, «круглые столы», семинары, групповые занятия и тренинги.

В табл. 1, 2 приведены результаты изучения уровня адаптации учеников 1-х и 5-х классов. Согласно показателям таблицы видно, что из всех учеников 1-х классов в группу с низким уровнем адаптации попало 11% школьников, а в 5-х классах – 16%.

В результате коррекционных мероприятий, проведенных для устранения причин

низкой адаптации учащихся, данные показатели уменьшаются, но не исчезают совсем.

В группу с низким уровнем адаптации, объясняемую различными причинами, входят:

1) дети с индивидуальными психологическими особенностями: низкий уровень развития или отсутствие необходимых навыков и способностей, напрямую связанных с процессом социализации (коммуникабельность, решительность, смелость, самоконтроль и самооценка);

2) дети с задержкой развития психических процессов: гнозис (узнавание, восприятие), праксис (целенаправленные действия), речь, память, чтение, письмо, счет, внимание, мышление (аналитико-синтетическая деятельность, умение сравнивать и классифицировать, обобщать);

3) с недостаточным уровнем индивидуального подхода, а в некоторых случаях – и его отсутствием со стороны учителей в обучении и воспитании;

4) родители или опекуны, которые осуществляют воспитание с нарушениями и отклонениями по различным типам.

Основным составом «группы риска», попадающего под контроль психолога, являются ученики неспециализированных классов.

Впоследствии низкая адаптация детей и подростков с учетом характерологических особенностей может привести к различным предпатологическим и патологическим изменениям в психофизиологическом состоянии ребенка в форме:

– личностной деформации: холодной жестокости, агрессивности, вспыльчивости, замкнутости, отстраненности, негативизма, патологической тревожности, подавленности, заторможенности, низкой самооценке;

Таблица 1

Результаты изучения адаптации учеников 1-х классов (%)

Общее количество респондентов	Из них				Высокий				Средний				Низкий			
					уровень адаптации				уровень адаптации				уровень адаптации			
					Всего - 74 (46%)				Всего - 69 (43%)				Всего - 17 (11%)			
	Девочки		Мальчики		Девочки		Мальчики		Девочки		Мальчики		Девочки		Мальчики	
К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
160	75	47	85	53	36	48	38	45	32	43	37	44	7	9	10	11

Таблица 2

Результаты изучения адаптации учеников 5-х классов (%)

Общее количество респондентов	Из них				Высокий				Средний				Низкий			
					уровень адаптации				уровень адаптации				уровень адаптации			
					Всего-115 (73%)				Всего-17 (11%)				Всего-25 (16%)			
	Девочки		Мальчики		Девочки		Мальчики		Девочки		Мальчики		Девочки		Мальчики	
К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
157	80	51	77	49	58	73	57	74	8	10	9	12	14	17	11	14

Таблиця 3

Результаты изучения уровня адаптации учеников 1-х и 5-х классов (%)

Класс				Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
	Общее количество,	мальчики	девочки	Загальна кількість, %	мальчики	девочки	Общее количество, %	мальчики	девочки	Общее количество, %	мальчики	девочки
1 классы												
1-А	33	17	16	9 - 27%	1	8	22 - 67%	15	7	2 - 6%	1	1
1-Б	32	16	16	11 - 34%	3	8	17 - 53%	10	7	4 - 13%	3	1
1-В	33	10	23	11 - 33%	1	10	17 - 25%	8	9	5 - 15%	1	4
1-Г	34	12	22	2 - 6%	1	1	24 - 71%	7	17	8 - 23%	4	4
1-Д	32	16	16	6 - 19%	1	5	21 - 65%	13	8	5 - 16%	2	3
Количество, %	164	71	93	39 - 24%	7 - 10%	32 - 35%	101 - 62%	53 - 75%	48 - 51%	24 - 14%	11 - 15%	13 - 14%
5 классы												
5 - А	31	11	20	9 - 29%	0	9	17 - 55%	8	9	5 - 16%	3	2
5 - Б	28	10	18	6 - 21%	1	5	15 - 24%	4	11	7 - 25%	5	2
5 - В	28	12	16	8 - 29%	2	6	20 - 71%	10	10	0 - 0%	0	0
5 - Г	29	13	16	3 - 10%	0	3	19 - 66%	8	11	7 - 24%	5	2
5 - Д	30	15	15	10 - 33%	3	7	18 - 60%	11	7	2 - 7%	1	1
Количество, %	146	61	85	36 - 25%	6 - 10%	30 - 35%	89 - 61%	41 - 67%	48 - 56%	21 - 14%	14 - 23%	7 - 9%

- проблем во взаимоотношениях со сверстниками, другими людьми;
- нарушений сна, аппетита, фобий, энуреза;
- недостаточного физического развития;
- задержки психического развития.

При сравнительном анализе данных за 2014–2015 учебный год в табл. 3 можно заметить, что в 1-Г, 5-Б, 5-Г больше учеников с низким уровнем адаптации, нежели в других классах. В прошлом учебном году самые высокие показатели по низкому уровню адаптации были у классов Д на обоих параллелях.

Анализируя результаты диагностики адаптации учеников, мы выявили следующие особенности формирования классов, а также организации процесса обучения.

С целью обеспечения условий для развития одаренных детей на каждой параллели формируются два специализированных класса. В специализированных классах уже с первого года углубленно изучается английский язык, с 5-го – добавляется второй иностранный язык – немецкий.

В специализированные первые классы зачисляются только те дети, которые участвовали в тестировании уровня психологической готовности к обучению в школе и по рейтингу набрали необходимое количество баллов при конкурсном отборе. Тестирование проводится согласно Инструкции о порядке конкурсного приема (зачисления) де-

тей (учеников, воспитанников) в гимназии, лицей, специализированные школы, утвержденной указом Министерства образования и науки Украины от 19 июня 2003 года.

В неспециализированные классы зачисляются дети, не набравшие необходимого количества баллов во время тестирования, и те, кто не участвовал в нем. При наличии специалистов формируется дополнительный специализированный класс с музыкальным профилем, в который зачисляются дети не проходя дополнительный отбор, а по желанию родителей.

Таким образом, на каждой параллели существует два специализированных класса и три неспециализированных с количеством учеников от 28 до 35 в каждом. Подобный отбор детей производится с 2006 года.

Преподают в неспециализированных классах чаще, нежели в специализированных, педагоги с меньшим опытом работы, с более низкой категорией, молодые специалисты или учителя со средним образованием. Например, на параллели вышеуказанных 1-х классов: в А, Б и В классах преподают учителя начальных классов высшей категории, двое из них имеют звание учитель-методист; в классах Г и Д – учителя I категории. В 5-ом А и Б учит математику педагог высшей категории, а в 5-х В, Г и Д – I категории.

При изучении вопросов низкого уровня успеваемости школьников, конфликтности взаимоотношений участников учебно-воспитательного процесса была проведена диагностика уровня мотивации к обучению в 1-х и 5-х классах, результаты которой демонстрирует **табл. 4**.

Согласно данным за 2014–2015 учебный год (**табл. 4**), треть учащихся 5-х классов и 48% школьников 1-х классов, принимавших участие в исследовании, имеют высокий уровень мотивации к обучению, а это значит, что они успешно справляются с учебной деятельностью, следуют указаниям учителя, добросовестны и ответственны, отношение к одноклассникам и к учителям доброжелательное и взаимное. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что эти дети испытывают комфортные ощущения во время учебно-воспитательного процесса и находятся в благоприятных условиях для развития.

Примерно у трети всех учащихся выявляется низкий уровень мотивации к учебе, где самые высокие показатели в классах Б, Г, и Д.

Таким образом, треть исследуемых учеников 1-х и 5-х классов (всего 91 школьник), согласно методике, в первом семестре посещают школу неохотно, предпочитают пропускать занятия, на уроках часто занимаются посторонними делами, играми, испытывают серьезные затруднения в учебной деятельности.

Такие школьники находятся в состоянии

неустойчивой адаптации к школе, испытывают проблемы в общении с одноклассниками и во взаимоотношениях с учителем, и школа нередко воспринимается ими как враждебная среда, пребывание в которой для них бывает невыносимо. В некоторых случаях ученики могут проявлять агрессивные реакции, отказываться выполнять те или иные задания, следовать тем или иным нормам и правилам.

Отсутствие интереса к учению, равнодушные к школьным знаниям может выступать как причина накопления отрицательных эмоций у детей по отношению к школьной ситуации и, как следствие, неудачного опыта пребывания в школе. И в том, и в другом случае у детей возникает явление школьной дезадаптации в различных ее проявлениях, что свидетельствует об отсутствии необходимых условий для физического, духовного и социального благополучия. Неблагоприятные условия для полноценного развития способствуют формированию у школьников негативных черт характера – таких, как раздражительность, вспыльчивость, тревожность, замкнутость, повышающие вероятность возникновения социальной дезадаптации.

Таким образом формируется причинно-следственная цепочка: будучи следствием предшествующих дефектов физического и психического развития ребенка, падение интереса к учебным занятиям у школьни-

Таблица 4

Результаты изучения уровня учебной мотивации учеников 1-х и 5-х классов (%)

Класс	1 классы			5 классы		
	Общее количество,	Мальчики	Девочки	Общее количество, %	Мальчики	Девочки
1-А	33	17	16	14 - 42%	6	8
1-Б	32	16	16	21 - 66%	9	12
1-В	33	10	23	20 - 61%	5	15
1-Г	34	12	22	10 - 30%	3	7
1-Д	32	16	16	14 - 44%	8	6
Количество, %	164	71	93	79 - 48%	31 - 44%	48 - 52%
5 классы						
5 - А	31	11	20	16 - 68%	4	12
5 - Б	28	10	18	9 - 32%	1	8
5 - В	28	12	16	21 - 75 %	11	10
5 - Г	29	13	16	2 - 7%	1	14
5 - Д	30	15	15	1 - 3%	1	0
Количество, %	146	61	85	49 - 34%	18 - 30%	31 - 36%

ков является уже источником формирования предпаталогических и паталогических психических изменений/расстройств, что, в свою очередь, способствует формированию аномального поведения в школе.

После проведения диагностики с классными руководителями проводятся консультации. Стоит отметить, что у тех педагогов, которые внимательно и ответственно относятся к рекомендациям психолога, интересуются поиском новых способов и методов воспитания учеников, творчески относятся к своей работе, отмечают улучшения не только эмоционального состояния детей, но и результатов учебной деятельности школьников. Такие педагоги тщательно ищут необходимый психологический контакт с родителями, чтобы привлечь их нужным образом к устранению возникших проблем у ребенка. Творчески относясь к работе учителя, находят возможность целенаправленных действий, а также способны прогнозировать последствия тех или иных коррекционных мероприятий. Такой подход педагога способствует созданию доброжелательных взаимоотношений среди участников учебно-воспитательного процесса и обеспечивает полноценное развитие здоровой личности.

Наряду с этим, имеются педагоги, которые не интересуются результатами психологических исследований, воспринимают общение с психологом как дополнительную нагрузку, как что-то ненужное и раздражающее. К рекомендациям психолога относятся недоверчиво, открыто проявляя скепсис. Замечено, что именно эти учителя применяют предпочтительно авторитарные методы воздействия на учеников, в общении проявляют несдержанность в форме тона, переходящего на крик, или в словах и выражениях, несущих обидный смысл для ребенка.

Такие педагоги позволяют себе говорить о присутствующих детях в третьем лице, обращаться к ученикам по фамилии и объяснять нарушение дисциплины во время учебного процесса лишь только недостатками семейного воспитания или особенностями личности ребенка. В своих эмоциональных реакциях отличаются гневной раздражительностью и ограниченностью суждений. При описании личности ученика и его родителей используют обобщающие понятия и «ярлыки», испытывают сложности в нахождении положительных сторон своих подопечных. Критика таких педагогов носит неконструктивный и грубый характер с осуждением, а порой и с уничижительным

высмеиванием личности учащегося. Например, частенько детей меланхолического темперамента называют «тормозами», имея представления об особенностях их реагирования.

При изучении проблемы отклоняющегося поведения у детей нами было замечено, что существуют недостатки воспитательного процесса и со стороны семьи, обусловленные низким уровнем знаний об особенностях воспитания вообще. Воспитание сводится к удовлетворению лишь базовых потребностей членов семьи: одет, обут, накормлен.

Особенности семейного воспитания детей и взглядов родителей на него в неспециализированных и специализированных классах также имели отличия. При помощи анкетирования и бесед нами были выявлены следующие особенности.

В специализированных классах наблюдаются отклонения по типу потворствующая гиперпротекция, недостаточность требований-обязанностей-запретов к ребенку, кумир семьи.

Для родителей в неспециализированных классах чаще всего характерно:

- 1) убеждение в полезности и необходимости физических мер наказаний для детей и подростков и возможности повлиять на них, применив силу;
- 2) приверженность к применению максимально строгих наказаний;
- 3) низкий уровень обеспечения и удовлетворения духовных потребностей.

Уровень концентрации детей в неспециализированных классах из семей, находящихся в социальной «группе риска» различных категорий, таких как малообеспеченная, неполная семья, семья с детьми-сиротами или детьми-инвалидами, многодетная, семья алкоголиков, наркоманов и т. д., на порядок выше, нежели в специализированных классах.

Семьи детей «группы риска» характеризуются такими особенностями:

- 1) слабой способностью членов этих семей к анализу того, что происходит в семье, неспособностью по этой причине выдвигать цели по улучшению жизни семьи и достигать эффективных результатов;
- 2) низкой культурой общения, слабой способностью обсуждать проблемы семьи;
- 3) высокой степенью риска по отношению к приему алкоголя и наркотиков;
- 4) неосознаванием необходимости взаимодействия с психологом.

Выводы

Проведенное исследование убеждает нас в мысли, что выполняемая школьным психо-

логом работа по выявлению факторов, способствующих возникновению у школьников младших и средних классов вредных привычек, предпатологических и патологических форм поведения, настоятельно необходимо.

Только после этого возможно применение патогенетически ориентированных коррекционных мероприятий со всеми участниками учебно-воспитательного процесса.

Література

1. Gil'bukh Yu. Z. Psikhodiagnostika v shkole [Psychodiagnosics in school]. Moscow, Knowledge Publ., 1989, 32 p. (In Russ.)
2. Lichko A. E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov [ed. 2nd ext. and rev.] [Psychopathy and the accentuation of character in adolescents [ed. 2nd ext. and rev.]]. Leningrad, Medicine Publ., 1983. (In Russ.)
3. Materialy naukovopraktychnoi konferencii za uchastju mizhnarodnyh specialistiv «Aktual'ni pytannja suchasnoi' psyhiatrii, narkologii' ta nevrologii'» [za zagal'noju redakciju prof. V. I. Ponomar'ova] [Proceedings of the conference with the participation of specialists «Current issues of modern psychiatry, neurology and Addiction» [under the general editorship prof. V. I. Ponomar'ov]]. Kharkiv, 2014, 356 p. (In Ukr.)
4. Prakticheskaya psikhodiagnostika: metodiki i testy [Practical psychological testing: Methods and Tests]. Publ. house BAKhRAKh-M, 2008, 672 p. (In Russ.)
5. Prostromolotov V. F. Pogranichnaya psikhiatriya [uchebnoe posobie] [ed. 2nd ext. and rev.] [Border Psychiatry [Textbook] [ed. 2nd ext. and rev.]]. Odessa, VMV Publ., 2009, 452 p. (In Russ.)
6. Semeynoe vospitanie [Khrestomatiya] [Ucheb. pos. dlya stud. vyssh. ped. ucheb. zav.] [comp. P. A. Lebedev] [Family education [Reader] [Proc. pos. for students. Executive. ped. Proc. head.] [comp. P. A. Lebedev]]. Moscow, Academy Publ., 2001, 408 p. (In Russ.)
7. Fromm E. Azbuka dlya roditeley [Alphabet for parents]. Leningrad, 1991, 319 p. (In Russ.)
8. Shherbyna V. B. Klasyfikacija ta podolannja vidhylen' u povedinci [Metodychnyj posibnyk] [Classification and overcoming of deviations in behavior [Methodological manual]]. Odesa, OOIUV Publ., 2015, 59 p. (In Ukr.)

ПИТАННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ, ПРЕДПАТОЛОГІЧНИХ І ПАТОЛОГІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У РОБОТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ШКОЛИ – ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ

В. Ф. Простомолотов, Ж. М. Середняк
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Анотація. Стаття написана за матеріалами шкільного психолога про дослідження, спрямовані на виявлення факторів, що впливають на виникнення предпатологічних і патологічних психічних розладів, що сприяють формуванню відхилень серед школярів молодших та середніх класів. У статті розкрито питання педагогічних, психологічних і соціальних патогенетичних факторів, орієнтація на які дозволить розробити відповідну систему корекційних заходів, спрямованих на зниження розвитку в школярів девіантних форм поведінки.

Ключові слова: школа, діти, мотивація, порушення поведінки, педагогі, психічні розлади, адаптація.

QUESTIONS OF DEVIANT BEHAVIOR, PREPATHOLOGICAL AND PATHOLOGICAL MENTAL DISORDERS THE PRACTICAL PSYCHOLOGIST SPECIALIZED SCHOOL – SECONDARY SCHOOL

V. F. Prostromolotov, Zh. M. Seredniak
I. I. Mechnikov Odessa national university

Summary. Article was written on the materials the school psychologist about a study aimed at identifying the factors that influence the occurrence prepathological and pathological mental disorders that contribute to the formation of deviant behavior among students of junior and middle classes. The article deals with questions of pedagogical, psychological and social factors of pathogenetic orientation which will develop an appropriate system of corrective measures aimed at reducing the development of the students' deviant behavior.

Key words: school, children, motivation, behavioral disorders, educators, mental disorders, adaptation.

УДК 159.923.2-055.1/3:616.89-008.441.3



М. В. Савіна

В. В. Слюсар

М. О. Антонович

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ САМОРЕГУЛЯЦІЇ В ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

М. В. Савіна¹, В. В. Слюсар^{1,2}, М. О. Антонович¹¹Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна²КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня»

Анотація. Проведено дослідження психологічних чинників саморегуляції в осіб з алкогольною залежністю шляхом вивчення її структурних складових, таких як емоційна, вольова та стильова саморегуляція з позиції концепції гендеру. Наведено емпіричні дані щодо функціонування соціогенного та біогенного рівнів у чоловіків та жінок, видозміни складових саморегуляції за рахунок формування різних гендерних типів статево-рольової ідентичності. Виявлено, що невідповідність статі гендерному типу в осіб з алкогольною залежністю може викликати гендерний конфлікт, невдоволеність та сприяти подальшій алкоголізації як у чоловіків, так і у жінок.

Ключові слова: алкогольна залежність, саморегуляція особистості, вольова саморегуляція, стильова саморегуляція, емоційна саморегуляція, гендер, статево-рольова ідентичність.

Вступ

Алкогольна патологія у структурі інших форм залежності від психоактивних речовин залишається домінуючою. За даними офіційної статистики, кількість пацієнтів, які перебувають на медичному обслуговуванні в наркологічних диспансерах України, досягає 1 млн осіб. Епідемічний характер і популяційна масштабність алкоголізації населення, вітальний характер патологічної пристрасті, розмах медико-біологічних і соціально-економічних наслідків дають підставу відносити алкогольну залежність до розряду соціальної патології, що являє собою реальну загрозу здоров'ю нації та сприяє явищу депопуляції, а також геноциду молодого покоління.

В останні десятиліття у зв'язку зі збільшенням кількості захворювань алкогольною залежністю, серед дослідників знову зріс інтерес до питання алкогольної залежності, особливо у жінок. За даними різних авторів, співвідношення жіночої і чоловічої алкогольної залежності становить від 1:5 до 1:1. Клінічна картина алкогольної залежності змінюється. Деякі автори говорять про патоморфоз алкогольної залежності у жінок [1, 2].

Зростання алкогольної залежності у жінок пов'язане зі стійкими алкогольними традиціями, соціально-культурними особливостями, кліматичними умовами і становить загрозу, в першу чергу, демографічній ситуації в Україні [3].

У дослідженнях також підкреслюється значимість вивчення особистості жінок, які страждають на алкогольну залежність [2, 4, 5]. Не менш важливим, на наш погляд, є вивчення саморегуляції в осіб з алкогольною за-

лежністю. Проблема саморегуляції є однією з центральних у психології. Її дослідження відкриває нові можливості для розуміння і пояснення загальних закономірностей будови та реалізації людиною своєї довільної активності, продуктивного прийняття рішень у своєму житті [6]. Саморегуляція особистості з алкогольною залежністю розглядається як система необхідних для регуляції діяльності структурно-функціональних змістовних психологічних характеристик, які вони мають, та залежить від гендерних стереотипів, що часто діють як соціальні норми.

Особливо важливим, на нашу думку, є вивчення психологічних чинників саморегуляції як факторів формування алкогольної залежності окремо у представників як чоловічої, так і жіночої статі з метою виділення домінуючих складових саморегуляції.

Ці обставини істотно актуалізують необхідність наукового та практичного пізнання психологічних феноменів, пов'язаних з проблемою саморегуляції, та підтверджують необхідність вивчення психологічних чинників саморегуляції в осіб з алкогольною залежністю з позицій гендерного підходу.

Мета дослідження

Вивчення гендерних особливостей психологічних чинників саморегуляції в осіб із алкогольною залежністю.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставлених задач було проведено вивчення психологічної саморегуляції у 22-х хворих чоловічої статі та 21-ої хворої жіночої статі з синдромом алкогольної залежності віком від 32 до 48 років (середній вік – 38,60±2,35 рік). Хворі перебували на стаціонарному лікуванні в наркологічному

відділенні КЗОЗ «Харківської обласної клінічної наркологічної лікарні» з діагнозом «синдром алкогольної залежності».

Для реалізації мети нами були використані такі методи: структурна статево-рольова шкала (О.С.Кочарян, Є.В.Фролова), психосексуальна пропорція (векторний мажор-мінорний метод); дослідження емоційної саморегуляції проводилось за допомогою методики «Диференційні шкали емоцій за К.Ізардом»; дослідження стильової саморегуляції проводилось за допомогою опитувальника «Стиль саморегуляції поведінки» за В.І.Моросановою; дослідження вольової саморегуляції проводилось за допомогою тесту-опитувальника А.В.Зверькова і Є.В.Ейдман «Дослідження вольової саморегуляції» та статистичні методи обробки даних: U-критерій Манна-Уїтні, коефіцієнт рангової кореляції Кендалла.

В осіб з алкогольною залежністю чоловічої та жіночої статі спостерігаються достовірні відмінності у співвідношенні складових саморегуляції.

Результати дослідження та їх обговорення
Результати дослідження чинників саморегуляції в обстежуваних групах представлені в **табл.1**.

Графічно порівняльна характеристика чинників саморегуляції залежних від алкоголю жіночої та чоловічої статі представлена на **рис. 1**.

В осіб з алкогольною залежністю жіночої статі переважає емоційна саморегуляція відносно вольової та стильової, що підтверджується достовірністю фактору емоційної саморегуляції. Так, прояви емоційної саморегуляції (відраза, горе, гнів, подив ($p < 0,05$), радість та інтерес) більш виразні у жінок з алкогольною залежністю порівняно з чоловічою статтю. У чоловіків з алкогольною залежністю фактори вольової та стильової саморегуляції більш високі відносно факторів емоційної саморегуляції. У той час, як прояви вольової та стильової саморегуляції у хворих чоловічої статі знаходяться на більш високому рівні. Найбільша різниця

Таблиця 1

Психологічні чинники саморегуляції у хворих з алкогольною залежністю

Показник	Хворі з алкогольною залежністю жіночої статі	Хворі з алкогольною залежністю чоловічої статі
	Середній ранг	Середній ранг
Планування	20,29	23,64
Моделювання	19,38	24,50
Програмування	21,21	22,75
Оцінювання результатів	20,81	23,14
Гнучкість	19,60	24,30
Загальний рівень саморегуляції	19,71	24,18
Самостійність	21,05	22,91
Інтерес	24,55	19,57
Радість	23,62	20,45
Подив	26,64*	17,57
Горе	24,10	20,00
Гнів	24,50	19,61
Відраза	23,36	20,70
Презирство	22,33	21,68
Страх	21,68	22,14
Сором	21,55	22,43
Вина	21,43	22,55
Загальна шкала	20,93	23,02
Наполегливість	21,60	22,39
Самоконтроль	19,67	24,23

Примітка:

*- $p < 0,05$

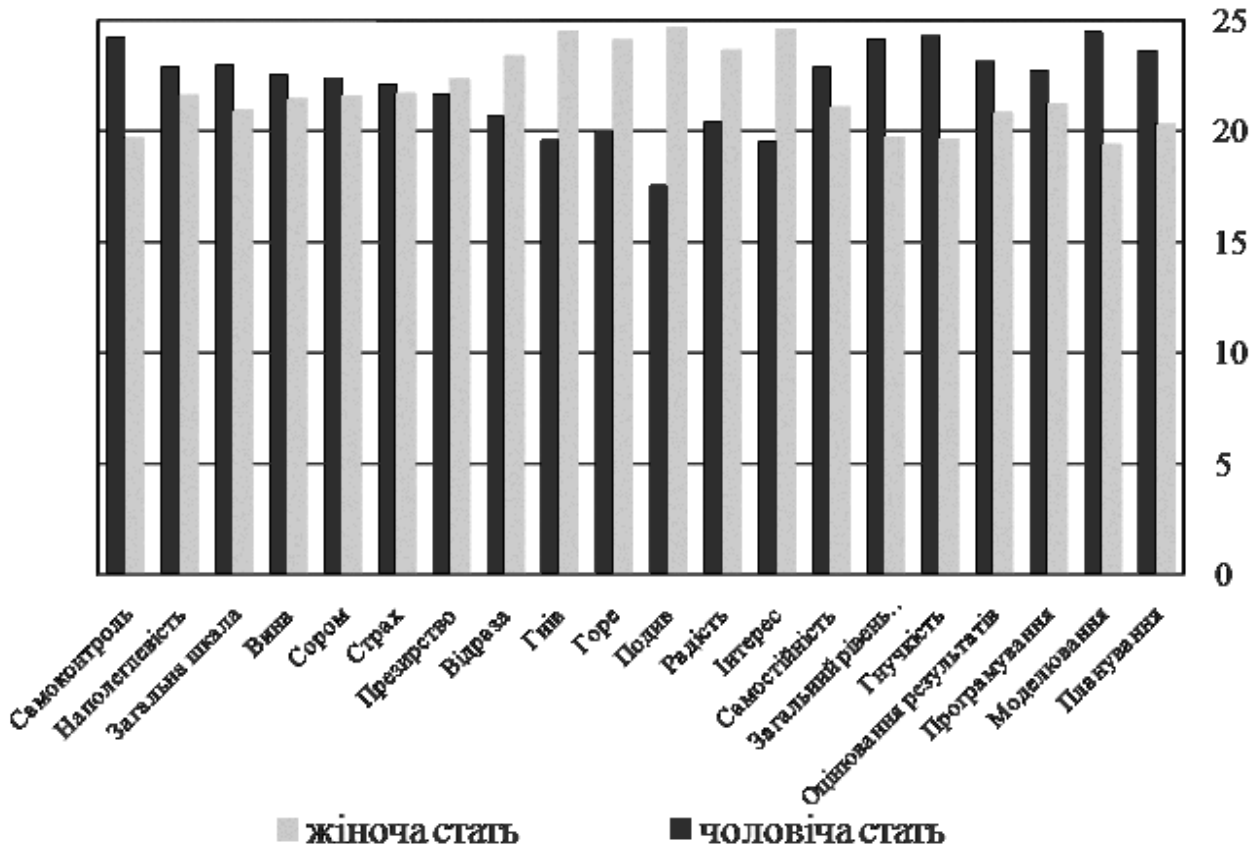


Рис. 1. Порівняльна характеристика саморегуляції у досліджуваних хворих

в показниках вольової саморегуляції спостерігається у значенні самоконтролю, а у стилевій саморегуляції – це показники загального рівня саморегуляції, гнучкості, моделювання та планування.

Вивчення психологічної саморегуляції в осіб з алкогольною залежністю з позицій гендеру у нашому дослідженні проводилося з точки зору концепції множинності статі О.С.Кочаряна [7]. Стать і гендер можуть збігатися, а можуть бути і повністю протилежними. Можна зустріти жіночних чоловіків і жінок, що поводяться як чоловіки. На нашу думку, даними численних наукових досліджень, клінічних спостережень можна підтвердити, що у формуванні гендеру беруть

участь і пов'язані зі статтю фактори біологічної модальності. Таким чином, для повного розуміння гендерних особливостей психологічних чинників саморегуляції ми досліджували соціогенний рівень статево-рольових структур та оцінювали біогенні аспекти маскулінності та фемінінності [8].

Для виявлення гендерних особливостей психологічних чинників саморегуляції на соціогенному рівні в осіб з алкогольною залежністю нами був проведений аналіз показників саморегуляції за допомогою коефіцієнту рангової кореляції Кендалла, значимі результати з яких представлені в табл. 2.

Аналізуючи отримані дані, ми помітили, що під впливом алкогольної залежності у жінок

Таблиця 2

Гендерно зв'язані чинники саморегуляції на соціогенному рівні

Соціогенний рівень	Хворі з алкогольною залежністю жіночої статі					Хворі з алкогольною залежністю чоловічої статі		
	Маскулінність		Фемінінність			Маскулінність		Фемінінність
	Інтерес	Подив	Моделювання	Горе	Сором	Загальна шкала саморегуляції	Наполегливість	Радість
	0,465**	0,354*	-0,427**	0,456**	0,394*	0,330*	0,349*	0,362*

Примітки:

*- $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

та чоловіків формуються відмінні кореляційні залежності. У жінок з алкогольною залежністю, незалежно від типу, значущими факторами є складові емоційної саморегуляції, а саме – показники інтересу, подиву, горя та сорому. У маскулінних жінок значущим показником виявився показник подиву, що свідчить про те, що високий рівень та значимість цієї складової для жінок пояснюється маскуліним рівнем статево-рольової ідентичності. У фемінних жінок спостерігається наявність значимого негативного показника моделювання, який свідчить про відсутність сформованої здатності виділяти значущі умови для досягнення цілей як в поточній ситуації, так і в перспективному майбутньому, що проявляється у відповідності програм дій планам діяльності, до відповідно одержуваних результатів щодо прийнятих цілей.

У маскулінних чоловіків домінуючою є складова вольової саморегуляції, а саме – шкала загальної саморегуляції, що свідчить про високий рівень самостійності, гнучкості та спроможності адекватно реагувати на зміну умов, висування і досягнення мети значною мірою. Для фемінних чоловіків значущими є фактори вольової та емоційної саморегуляції, а саме – показники наполегливості та радості. Ця тенденція могла сформуватися через компенсаторне явище за рахунок окремих механізмів вольової та емоційної саморегуляції.

Для виявлення гендерних особливостей на біогенному рівні психологічних чинників саморегуляції в осіб з алкогольною залежністю нами був проведений аналіз показників саморегуляції за допомогою коефіцієнту рангової кореляції Кендалла, значимі результати з яких представлені в **табл. 3**.

На біогенному рівні функціонування статистично значущими виявились тільки зворотно пропорційні показники стильової та вольової саморегуляції, а саме – патерни програмування та гнучкості.

Результати показників за цією шкалою говорять про сформованість потреби продумувати способи своїх дій і поведінки для досягнення намічених цілей, про деталізованість та розгорненість програм, що самостійно розробляються. Вони гнучко змінюються в нових обставинах і стійкі в ситуації перешкод. При невідповідності отриманих результатів цілям проводиться корекція програми дій до отримання прийняттого результату. Тобто такі результати сформувалися саме через їх залежність, котра вимагає від них продуманого детального плану і чіткої самостійності в діях.

Вивчення гендерних особливостей психологічних чинників саморегуляції на біогенному рівні у чоловіків з алкогольною залежністю в нашому дослідженні показує відсутність зв'язку між ними. Таким чином, біогенний рівень не впливає на формування патернів саморегуляції у чоловіків з алкогольною залежністю.

Вивчення гендерних особливостей психологічних чинників саморегуляції в осіб з алкогольною залежністю дало можливість сформулювати певні висновки.

Висновки

В осіб чоловічої та жіночої статі, кожна з яких несе на собі різний ступінь гендерної ідентичності, як на соціогенному, так і на біогенному рівнях, існують істотні відмінності патернів саморегуляції.

У чоловіків, залежних від алкоголю, основним патерном є вольова саморегуляція, спрямована не на вирішення потребо-мотиваційного конфлікту, а на трансформацію його суб'єктивних та об'єктивних проявів, формується лише за рахунок соціогенного рівня статево-рольової ідентичності. Біогенний рівень не впливає на формування патернів саморегуляції.

У жінок з алкогольною залежністю з різними типами гендерної ідентичності домінуючою є емоційна саморегуляція, підсвідомо

Таблиця 3

Гендерно зв'язані чинники саморегуляції на біогенному рівні

Біогенний рівень	Хворі з алкогольною залежністю жіночої статі				Хворі з алкогольною залежністю чоловічої статі	
	S-Dur		S-Moll		S-Dur	S-Moll
	Програмування	Гнучкість	Програмування	Гнучкість	-	-
	-0,560**	0,422*	0,560**	-0,422*	-	-

Примітки:

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

спрямована на те, щоб захистити свідомість від неприємних, травмуючих переживань, пов'язаних з внутрішніми і зовнішніми конфліктами. На соціогенному та біогенному рівнях статево-рольової ідентичності у жінок, залежних від алкоголю, складові саморегуляції змінюються: на соціогенному рівні домінуючою є емоційна саморегуляція, а на біогенному – стильова, що, можливо, фор-

мується через залежність від алкоголю та вимагає від залежних продуманого детального плану і чіткої самостійності в діях.

Невідповідність статі гендерному типу в осіб з алкогольною залежністю може викликати гендерний конфлікт, невдоволеність та сприяти подальшій алкоголізації як у чоловіків, так і у жінок.

Література

1. Kirpichenko A. A. Alkogol'naya zavisimost' u zhenshchin s razlichnymi formami sotsial'nogo funktsionirovaniya. Avtoref. dis. dokt. med. nauk [Alcoholic dependence at women with various forms of social functioning. Doctormedicalsci. Autoabstractdiss.]. Moskva, 2008, p. 30. (In Russ.)
2. Lektsiiponarkologii (podred. H. H. Ivantsa) [Lectures on Addictions (ed. N. N. Ivanets)]. Moscow, Nolidzh Publ., 2000, 448 p. (In Russ.)
3. NovayaEvropeyskayapolitikazdravookhraneniya «Zdorov'e-2020» [The new European health policy «Health 2020»]. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Evropeyskoe regional'noe byuro [World Health Organization. Regional Office for Europe], Copenhagen, 2011, 129 p. (In Russ.)
4. Guzikov B. M., Meyroyan A. A. Alkogolizm u zhenshchin [Alcoholism among women], Moscow, Meditsina Publ., 1988, 288 p. (In Russ.)
5. Shaydukova L. K. Osobennosti avtokhtonno-

dominiruyushchego tipa zhenskogo alkogolizma [Features auto chthonous-dominant type of woman alcoholism]. Sotsial'nayai klinicheskaya psikhatriya, 1997, no. 1, pp. 45-50. (In Russ.)

6. Morosanova V. I. Razvitiye teorii, osoznannoy samoregulyatsii: differentsial'nyy podkhod [The development of the theory of self-consciousness: differential approach]. Voprosy psikhologii, 2011, no. 3, p. 132. (In Russ.)

7. Kocharyan A. S. Lichnost' ipolovoyarol' [Personality and gender role]. Kharkov, Osnova Publ., 1996, 127 p., pp. 117-123. (In Russ.)

8. Kocharyan A. S., Frolova E. V. Osobennosti polorole voystrukturnoy lichnosti zhenshchinsotnosheniya mizh lichnostnoy zavisimosti [Features gender role personality structure of women with interpersonal relationships based]. Naukovi studii' iz social'noi' ta politychnoi' psikhologii'. Zbirnyk statej, Kiev, 2007, issue 16(19), pp. 221-229. (In Russ.)

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

М. В. Савина¹, В. В. Слюсарь^{1,2}, М. А. Антонович¹

¹Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

²КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница»

Аннотация. Проведено исследование психологических факторов саморегуляции у лиц с алкогольной зависимостью путем изучения ее структурных составляющих – таких, как эмоциональная, волевая и стилевая саморегуляция – с позиции концепции гендера. Приведены эмпирические данные функционирования социогенного и биогенного уровней у мужчин и женщин, видоизменения составляющих саморегуляции за счет формирования различных гендерных типов полоролевой идентичности. Выявлено, что несоответствие пола гендерному типу у лиц с алкогольной зависимостью может вызвать гендерный конфликт, недовольство и способствовать дальнейшей алкоголизации как у мужчин, так и у женщин.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, саморегуляция личности, волевая саморегуляция, стилевая саморегуляция, эмоциональная саморегуляция, гендер, полоролевая идентичность.

GENDER FEATURES OF SELF-REGULATION PSYCHOLOGICAL FACTORS IN PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

M. V. Savina¹, V. V. Slyusar^{1,2}, M. A. Antonovich¹

¹V. N. Karazin Kharkiv National University

²Kharkiv Regional Clinical Hospital Drug

Summary. We have study the psychological factors of self-regulation in alcohol addicted by the study of its structural components, such as emotional, strong-willed and self-regulation of the style due to the concept of gender. Empiric information is resulted concerning functioning of biogenic and sociogenic levels at men and women, and variations samoregulyatsii components, due to the formation of different types of gender sex-role identity and modifying components of self-regulation, due to the formation of different types of gender sex-role identity. It was found that the discrepancy of sex gender type in alcohol-dependent persons can cause gender conflict, dissatisfaction, and alcohol abuse contribute to further both men and women.

Key words: alcohol addiction, self-regulation of personality, strong-willed self-regulation, self-regulation stylistic, emotional self-regulation, gender, sex-role identity.

УДК 616.891-058.64-054.73



А. А. Суворова-Григоревич



Д. М. Денисенко

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ АТО ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. А. Суворова-Григоревич^{1,2}, Д. М. Денисенко²¹ Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина² КУОЗ «Харьковский городской психоневрологический диспансер № 3»

Аннотация. Нами был исследован профиль личности у 110-ти временно перемещенных из зоны АТО лиц, страдающих невротическими расстройствами (основная группа) и 54 человека, проходивших периодический медицинский осмотр (контрольная группа) с помощью шкалы ММПІ. В усредненном профиле личности контрольной группы показатели практически по всем шкалам имеют нормативные значения. У лиц основной группы доминируют шкалы «невротической триады», основное количество среди исследуемых составили лица с сенситивной и психастенической организацией личности, промежуточное положение занимают лица с истероидной личностной predisпозицией, наименьшую в количественном отношении группу составили личности с ипохондрическими и навязчивыми включениями.

Ключевые слова: лица, временно перемещенные из зоны АТО; невротические расстройства, патохарактерологические особенности.

Вступление

В течение последних полутора лет на фоне чрезвычайных политических событий, происходящих в Украине, радикально изменились психотравмирующие факторы, действующие в большей или меньшей степени на все население страны. Экономический спад, уменьшение социальной защищенности различных групп населения на государственном уровне, мобилизация как для комбатантов, так и для членов их семей – это в настоящее время «стандартные» психогении для большей части населения страны.

Но существует и особняком стоящая группа населения, нуждающаяся как в социальной, так и специализированной медицинской помощи с учетом особого характера психотравмирующих факторов. Около двух миллионов временно перемещенных из зоны АТО лиц, зачастую переживших военные действия и вынуждены были изменить место жительства, работы, часто сопряженные со снижением социального статуса [1–6]. Патохарактерологические особенности имеют большое значение для установления продуктивного контакта с пациентами, выбора адекватных методов психотерапии, что позволяет гибко строить терапевтическую тактику на различных этапах лечебного процесса [7 - 10].

Цель исследования

Изучение патохарактерологических особенностей временно перемещенных из зоны АТО лиц, страдающих невротическими расстройствами.

Материалы и методы исследования

Нами было обследовано 110 временно пе-

ремещенных из зоны АТО лиц (ВПЛ) с невротическими расстройствами (НР) в возрасте от 18 до 65 лет, которые составили основную группу исследования. Контрольная группа состояла из 54 ВПЛ, сопоставимых по гендерному и возрастному признакам, проходящих периодический медицинский осмотр. Изучение личностных особенностей и структуры НР проводилось с помощью ММПІ в модификации Л.Н.Собчик [11, 12]. На основе полученных данных построены усредненные профили личности, характерные для различных типов НР и для контрольной группы.

При построении усредненного профиля для каждой группы в качестве показателей по отдельным шкалам использовались средние для данной группы значения (в Т-баллах). При анализе полученных результатов принималось во внимание, прежде всего, сочетание шкал, достаточно точно отражающее характер невротических синдромов и их динамику в процессе терапии: показатели в профиле личности на шкалах невротической триады – 1 (Hs), 2 (D), 3 (Hy) и выраженность его подъема на 7 (Pt) шкале.

Результаты исследования и их обсуждение

В усредненном профиле личности здоровых ВПЛ показатели практически по всем шкалам имеют нормативные значения. Отмечается умеренное повышение по шкалам: К, 9 (Ma), 3 (Hy), 4 (Pd).

При сравнении с данным профилем усредненного профиля личности ВПЛ с НР показательно, что при наличии общих тенденций, в конфигурации графика заметны отличия по ряду параметров, обусловленных при-

сутствием невротической симптоматики. Прежде всего, это проявилось негативным наклоном профиля с доминированием шкал «невротической триады» (первая – невротический сверхконтроль, вторая – пессимистичность, третья – эмоциональная лабильность) и некоторым подъемом по седьмой шкале (тревожности), а также изменением соотношения оценочных шкал: F (валидность) превалирует над L (достоверность) и K (коррекция).

Профили ВПЛ с различными типами НР имеют отличия по ряду характеристик. Достаточно близки конфигурации профилей при астено-невротическом, астено-депрессивном и тревожно-депрессивном синдромах: в них доминируют вторая и седьмая шкалы, однако по сравнению с другими типами НР различия недостоверны, $p > 0,05$). Сходны также конфигурации профилей при истерическом и обсессивно-фобическом синдромах. При доминирующих третьей и седьмой шкалах отмечаются низкие показатели по девятой шкале. Причем при обсессивно-фобическом синдроме эти значения минимальны по сравнению с другими типами (различия недостоверны, $p > 0,05$).

У ВПЛ с астено-невротическим синдромом наблюдались ощущение внутренней напряженности и физической слабости при отсутствии объективных признаков, нервозность, повышенная истощаемость психических процессов, невротический контроль с тенденцией к подавлению влечений, раздражительность, снижение общей продуктивности, что нашло отражение в повышении показателей по первой шкале – 68,2 Т; по второй шкале – 70,1 Т; по седьмой шкале – 71,3 Т (различия по перечисленным шкалам недостоверны ни с одним из типов, $p > 0,05$).

При астено-депрессивном синдроме доминировало пониженное настроение с негативными переживаниями и склонностью к депрессивному реагированию, беспокойство, недостаток побуждений к активной деятельности, затруднение межличностных взаимодействий. В графике это проиллюстрировано повышением показателей по второй – 74,2 Т (различия достоверны с истеро-невротическим синдромом, $p < 0,05$); седьмой – 71,3 Т (различия недостоверны ни с одной из групп, $p > 0,05$) шкалам и снижением показателей по девятой шкале – 50,9 Т (различия недостоверны ни с одной из групп, $p > 0,05$).

При истеро-невротическом синдроме отмечалось выраженное рентное отношение к заболеванию, сочетание стремления подчеркнуть соматическое неблагополучие с отрицанием затруднений в социальной

адаптации, эмоциональная неустойчивость при поверхностности переживаний и склонность к вегетативным реакциям. В профиле личности это отразилось повышением показателей по третьей шкале – 73,7 Т (различия достоверны с астено-невротическим и тревожно-депрессивным синдромами, $p < 0,05$) и первой шкале – 70,2 Т (различия достоверны с обсессивно-фобическим синдромом, $p < 0,05$) с относительно низкой второй шкалой – 64,8 Т (различия достоверны с тревожно-депрессивным и астено-депрессивным синдромами, $p < 0,05$). Самой низкой в профиле является шестая шкала – 51,0 Т (различия достоверны с обсессивно-фобическим синдромом, $p < 0,05$).

Тревожно-депрессивный синдром проявлялся напряженностью, неуверенностью в себе, заострением тревожно-мнительных черт, повышенным вниманием к отрицательным сигналам, пониженной помехоустойчивостью, конформностью установок. В графике доминируют показатели по второй, седьмой и восьмой шкалам и невысоки показатели по девятой шкале. Как и следовало ожидать, высокие значения второй (74,2 Т) наряду с седьмой шкалой (74,3 Т) были доминирующими в профиле. Однако, различия достоверны по второй шкале только с истеро-невротическим синдромом, $p < 0,05$; с остальными типами различия недостоверны, $p > 0,05$.

ВПЛ с обсессивно-фобическим синдромом обнаруживали сужение зоны жизненного комфорта и общей продуктивности. Для них были свойственны проявления внутренней напряженности. Эмоционально насыщенные навязчивые переживания выражались опасениями по поводу состояния здоровья, чувством душевного дискомфорта с тревожным и депрессивным фоном. В конфигурации графика прослеживается повышение показателей по шкалам два – 70,1 Т (различия недостоверны, $p > 0,05$), три – 72,1 Т (различия достоверны с астено-невротическим и тревожно-депрессивным синдромами, $p < 0,05$), семь – 72,3 Т (различия недостоверны, $p > 0,05$), восемь – 69,2 Т (различия достоверны со всеми типами, $p < 0,05$, кроме тревожно-депрессивного синдрома, $p > 0,05$) и понижением по девятой шкале – 47,1 Т (различия недостоверны, $p > 0,05$).

Анализ профиля личности позволил определить типы организации личности испытуемых, особенности реагирования на болезненное состояние.

Наибольшие группы составили пациенты с сенситивной и психастенической организацией личности.

Первую группу – 42 (39,1 %) – составили сенситивные личности (в усредненном профиле отмечается повышение по второй и шестой шкалам). Им были свойственны повышенная восприимчивость к любым переживаниям, прежде всего, по поводу отношения к ним окружающих, аффективно окрашенные представления, склонность к самоанализу и анализу внешних впечатлений, нередко вызывающая чувство вины и недовольство собой.

Вторую группу – 25 (22,2 %) – составляли пациенты с психастенической организацией личности (повышение в профиле личности по второй и седьмой шкалам). Наиболее характерными для них являлись обостренная впечатлительность, неуверенность в себе, нерешительность, склонность к сомнениям, пессимистическая оценка перспективы, интрапунитивная направленность в сочетании с внутренней напряженностью, низкая самооценка.

В третью группу вошли лица с истероидной личностной predisposицией (в усредненном профиле прослеживалось повышение по третьей шкале) – 23 (21,2 %). Типичными для этой группы были высокая аффективная вовлеченность в психотравмирующую ситуацию при некоторой поверхностности переживаний, эгоцентрические тенденции, элементы личностной незрелости, склонность к аффективной логике, неустойчивая самооценка, вегетативные реакции.

К четвертой группе – 14 (11,7%) – были отнесены так называемые ригидные, «застывающие» личности (в усредненном профиле наблюдалось некоторое повышение на шестой шкале). Недостаточная гибкость и сложности переключения при внезапно меняющейся ситуации затрудняли своевременное адекватное отреагирование и, следовательно, не способствовали уменьшению возникшего напряжения. Повышен-

ная устойчивость аффективно насыщенных переживаний наиболее ярко проявлялась тогда, когда были затронуты личные интересы; аффект оказывался ответом на задетое самолюбие, был связан с эгоистическими побуждениями и сопровождался интенсивной разработкой концепции, которая призвана объяснить его возникновение, и в то же время сохранить приемлемые представления о собственной личности.

Наименьшую в количественном отношении группу – всего 6 (5,8 %) – лиц образовали ВПЛ с психосоматической predisposицией (в клиническом варианте – с ипохондрическими включениями, повышение на первой шкале профиля). Прослеживались основные черты личности данного типа – направленность на соответствие нормативным критериям как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма, отсутствие гибкости в поведенческих проявлениях, подавление спонтанности, непринужденности реакций, инертность установок, избегание серьезной ответственности вследствие пессимизма и неверия в успех как средство сохранения самооценки и мнения окружающих.

Выводы

1. В усредненном профиле личности здоровых ВПЛ показатели практически по всем шкалам имеют нормативные значения;
2. В усредненном профиле ВПЛ, страдающих НР, доминируют шкалы «невротической триады»;
3. Основное количество среди исследуемых составили лица с сенситивной и психастенической организацией личности – 61,3 %, промежуточное положение занимают лица с истероидной личностной predisposицией – 21,2 % и ригидные – 11,7 %, наименьшую в количественном отношении группу составили личности с ипохондрическими и навязчивыми включениями – 5,8 %.

Литература

1. Andryushchenko A. V. Posttraumatic stress disorder in the situations of loss of the object of extraordinary significance [Posttraumatic stress disorder in the situations of loss of the object of extraordinary significance]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*, 2000, vol. 2, no. 4, pp. 104-109. (In Russ.)
2. Asanov A. O. Osobennosti affektivnykh rasstroystv, vyyavlyayemye u vynuzhdennykh pereselentsev [Features of affective disorders were found in forced migrants]. *Sots. i klin. psikhiatriya*, 2003, no. 4, pp. 24-27. (In Russ.)
3. Ivanova M. V. Sotsial'no-psikhologicheskie i ekologicheskie aspekty migratsii [Sociopsychological and environmental aspects of migration]. *Sibirskiy vestn. psikhiatrii i narkol.*, 2006, no. 4(43), pp. 81-86. (In Russ.)
4. Idrisov K. A., Krasnov V. N. Sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya Chechenskoj respubliky v usloviyakh dlitel'noj chrezvychajnoj situatsii [Mental health of the population of the Chechen Republic in a prolonged emergency]. *Sots. i klin. psikhiatriya*, 2004, no. 2, pp. 5-10. (In Russ.)
5. Idrisov K. A. Epidemiologicheskoe issledovanie zaboлеваemosti psikhicheskimi rasstroystvami sredi grazhdanskogo naseleniya Chechenskoj 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.)
6. Akhmedova X. B. Fanatizm i ideya mesti u lits, imeyushchikh posttraumatichekoe stressovoe rasstroystvo [Fanaticism and the idea of revenge in

individuals with posttraumatic stress disorder]. Sots. i klin, psikhiatriya, 2003, no. 2, pp. 24-32. (In Russ.)

7. Ababkov V. A. Problema nauchnosti v psikhoterapii [The problem of scientific psychotherapy]. Sto Petersburg, Publ. house of St. Petersburg State University, 1998, 75 p. (In Russ.)

8. Bokhan T. G. Problema stressa i stressoustoychivosti sovremennogo cheloveka v paradigme postneklassicheskoy psikhologii [The problem of stress and stress of modern human in psychology paradigm postnonclassical]. Sibirskiy vestn. psikhiatrii i narkol., 2006, no. 2 (40), pp. 16-21. (In Russ.)

9. Kolov S. A. Effektivnost' kratkosrochnoy gruppovoy psikhoterapii u veteranov voyn [The effectiveness of short-term group psychotherapy for war veterans]. Vestn. psikhoterapii, 2006, no. 17 (22), pp. 9-15. (In Russ.)

10. Krasnov V. N. Ostrye stressovye rasstroystva

kak problema psikhiatrii katastrof: klinicheskie i organizatsionnye aspekty [Acute stress disorder as a problem of disaster psychiatry: clinical and organizational aspects]. Sotsial'naya i klin, psikhiatriya, 2005, no. 2, pp. 5-10. (In Russ.)

11. Klinicheskaya psikhologiya: 2-e izd. mezhdunar. Ser. «Mastera psikhologii» [Clinical Psychology: 2nd ed. Intern. The series «Masters of Psychology»]. St. Petersburg, Piter Publ., 2007, 1312 p. (In Russ.)

12. Dzharman R. Konsul'tirovanie lyudey v distresse: psikhosotsial'naya reabilitatsiya postradavshikh ot travmaticheskikh perezhivaniy v rezul'tate voyny; per. K. Yagnyuka [Advising people in distress: psychosocial rehabilitation of victims of traumatic experiences of war (transl. by K. Yagnyuk)]. Zhurn. prakt. Psikhologa, 2001, no. 1-2, pp. 119-126. (In Russ.)

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО ОСІБ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ

Г. О. Суворова-Григорович^{1,2}, Д. М. Денисенко²

¹Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

²КЗОЗ «Харківський психоневрологічний диспансер № 3»

Анотація. Нами було досліджено профіль особистості у 110-ти тимчасово переміщених із зони АТО осіб, що страждають на невротичні розлади (основна група) і в 54-х осіб, що проходили періодичний медичний огляд (контрольна група) за допомогою шкали ММПІ. В усередненому профілі особистості контрольної групи показники практично за всіма шкалами мають нормативні значення. В осіб основної групи домінують шкали «невротичної тріади», основна кількість серед обстежених склали особи з сенситивною та психастеничною організацією особистості, проміжне положення посідають особи з істероїдною особистісною передиспозицією, найменшу в кількісному відношенні групу склали особистості з іпохондричними та нав'язливими включеннями.

Ключові слова: тимчасово переміщені із зони АТО особи, невротичні розлади, патохарактерологічні особливості.

PACULIARITIES OF PERSONALITY OF PERSONS TEMPORARILY DISPLACED FROM THE AREA OF COUNTER-TERRORISM OPERATION SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDERS

A. A. Suvorova-Grigorovich, D. M. Denisenko

¹V. N. Karazin Kharkiv National University

²Kharkiv psychiatric clinic № 3

Summary. We have observed the profile of the personality of 110 persons temporarily displaced from the area of counter-terrorism operation suffering from neurotic disorders (basic group) and 54 persons without neurotic disorders (group of comparison) using MMPI. The average profile of the control group in all scales have had normative values. In patients of the basic group was dominated by the scale of «neurotic triad». The main part of the observed patients were showed sensitivity and psychasthenic personality organization, persons with hysterical peculiarities take intermediate place, hypochondriacal and obsessive peculiarities are more rare among this category of patients.

Key words: persons temporarily displaced from the area of counter-terrorism operation, neurotic disorders, peculiarities of personality.

U.D.K: 616.89: 159.97



D. N. Voloshyna

K. N. Yemets

THE EFFECTS OF RESILIENCE TRAINING ON DISPLAY OF POST-TRAUMATIC SYMPTOMS

D. N. Voloshyna, K. N. Yemets

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. On the basis of United Nations staff deployed in a highly volatile conflict zone there were 195 civilian and military personnel interviewed and surveyed with a modified and revised version of Impact of Event Scale -Revised (IES-R). The research was conducted with a purpose to assess the effectiveness of 6 hrs. Resilience Training (RT) conducted prior to deployment on the affected staff in decreasing and alleviating Acute Stress Disorder (ASD) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) common diagnostic criteria, namely avoidance, intrusion, and hyperarousal. Survey results showed that scoring on modified Impact of Event Scale-Revised for those who passed 6 hrs. RT without following RT handout instructions improved by 13 % compared to control group. Those who passed RT training and closely followed RT handout instructions for the whole duration of their deployment improved by 41 %. The length of deployment (or exposure time) is $7 \pm 4,5$ months.

Key words: Resilience, Resilience Training, IES-R, ASD, PTSD, RT handout instructions.

Introduction and hypothesis: After an exposure to a highly traumatic event victims or/and survivors may experience a wide range of wild psychological reactions commonly referred to as Acute Stress Reaction (ASR). If ASR lasts for over 2 days it may turn to a stage of Acute Stress Disorder (ASD). ASD is a psychiatric diagnosis with diagnostic criteria markedly similar to those of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), though the criteria for ASD place a greater emphasis on dissociative symptoms. In fact, a diagnosis of ASD turns to a diagnosis of PTSD nearly automatically if the symptoms go on for over 30 days.

Most studies of adults indicating that at least half of those trauma survivors with ASD meeting criteria for subsequent PTSD [1]. These studies suggest that people who do meet criteria for ASD are at higher risk for persistent PTSD. In contrast, the sensitivity across most studies was poor, indicating that the majority of trauma survivors who eventually developed PTSD did not meet the full criteria for ASD. Although 50 % to 90 % of the population may be exposed to traumatic events during their lifetimes [2, 3] most exposed individuals do not develop ASD or PTSD. But the rest are still in danger.

Effective treatments for the symptoms of ASD or PTSD encompass psychopharmacology, psychotherapy, psycho-education and other supportive measures [4].

Antidepressant medication and short-term cognitive behavioral interventions (exposure therapy and cognitive restructuring) during the acute aftermath of trauma are common methods of treating ASD [5–8]. Bryant and colleagues [8, 9] have conducted the studies that specifically assessed and treated ASD. They

have shown that a brief cognitive behavioral treatment may not only alleviate ASD symptoms, but it may also prevent the subsequent development of PTSD [10–13]. For the purpose of treating PTSD Cognitive Behavioral Therapy (CBT) encompasses a number of approaches such as cognitive processing therapy, exposure therapy, systematic desensitization, relaxation training, assertiveness training etc.

Nowadays the fact is obvious that in high-risk occupations directed efforts should be undertaken to enhance psychological resilience in order to prevent the development of both ASR and PTSD. The American Psychological Association defines resilience as «the process of adapting well in the face of adversity, trauma, tragedy, threats or even significant sources of threat.»

Emerging scientific research has begun to show that neurobiological systems associated with resilience can be strengthened to respond more adaptively to stress. For example, research using EEG and fMRI technology has shown that mindfulness meditation and training in cognitive reappraisal can increase activation of the left prefrontal cortex. This is important because people with greater activation of the left prefrontal cortex recover more rapidly from negative emotions such as anger, disgust, and fear [14]. University of Wisconsin researcher Richard Davidson has proposed that resilience is largely related to activation of the left prefrontal cortex and the strength of neural connections between the prefrontal cortex and the amygdala. Robust activation of the PFC inhibits the amygdala, quiets associated anxiety and fear-based emotions, and allows the PFC to facilitate rational planning and behavior.

As prof. Ivan Robertson stated personal resilience is the capacity to maintain wellbeing and work performance under pressure, including being able to bounce-back from setbacks effectively. Our natural resilience is a combination of personal characteristics and learned skills – but most importantly the quality can always be developed whatever an individual's starting point [15].

Considering the above we can **hypothesize** that prior to deployment Resilience Training (RT) comprising basic knowledge of a set of psychological techniques will alleviate ASD and PTSD common diagnostic criteria of avoidance, intrusion, and hyperarousal.

Materials and Methods: On the basis of United Nations staff deployed in a highly volatile conflict zone there were 195 civilian and military personnel (males and females aged 39 ± 13 years) interviewed and surveyed with a modified and revised version of Impact of Event Scale (IES-R). IES is not a diagnostic for PTSD, but is an appropriate instrument to measure the subjective response to a specific traumatic event in the adult population. The IES-R statements were modified and had to be assessed in present tense that is describing symptoms of avoidance, intrusion, and hyperarousal as they are currently felt. The research was conducted with a purpose to assess the effectiveness of 6 hrs. Resilience Training (RT) conducted prior to deployment on the affected staff in decreasing and alleviating ASD and PTSD common diagnostic criteria, namely avoidance, intrusion, and hyperarousal. The survey against IES-R was conducted twice, once before the deployment and after a certain period of time. The time frame for the second assessment was very heterogeneous $7 \pm 4,5$ months due to limited availability of staff members for the survey. All the study participants were arranged in three groups: one control group and two experimental ones. The control group consisted of 44 staff member who did not attend a RT. The first experimental group was composed of 63 members, who took part in RT but did not follow RT handbook instructions during the whole period of their deployment. The second experimental group comprised 88 participants who did both successfully passed RT training and closely followed the RT handbook instructions for the whole duration of their deployment.

RT and handout instructions comprise brief practical knowledge of specific psychotherapeutic strategies and basic skills development. Shortened versions of a case study are presented as appropriate. The training and handout instructions are intended as a self-

help guide and include the following set of CBT approaches:

Cognitive Processing Therapy (CPT) is a modification of a CBT used by psychotherapists to help clients to explore their traumatic experiences and recover from PTSD. CPT views erroneous beliefs about the aversive and/or traumatic event as a cause of negative emotions which in turn prevent from processing the trauma memory. The emphasis is made on the danger of the use of avoidance as a coping strategy which interrupts natural recovery process. The primary focus is to gain an understanding and modify the meaning attributed to a traumatic event. Participants are taught both to identify 'stuck points', which are problematic beliefs that prevent natural recovery from traumatic experiences and to use a set of Socratic questions to deal with automatic thoughts that can be highly distressing in order to modify these maladaptive beliefs. The major focus is on teaching the participant the cognitive skills necessary to identify, evaluate, and modify their beliefs as necessary regarding any traumatic events they may experience.

Systematic Desensitization (SD) is a therapy intended to overcome phobias and extreme anxiety. The participants are first taught to instill deep muscle relaxation and then imagine fear-producing stimulus while in a relaxed state; though constructing of fear hierarchy as a time-consuming component is excluded from the training.

Rational Problem Solving (RPS) is an efficient technique for learning effective thinking which lies in proceeding through logical reasoning to satisfactory solutions of personal problems. The process includes the following five steps: general orientation, problem definition, generation of alternatives, decision making, and verification. The steps are to be remembered by heart and produced and followed even in a highly stressful environment.

Progressive Muscular Relaxation (PMR) involves alternately tensing various muscles while attending closely to and differentiating sensations one is experiencing when their muscles tensed in comparison when they are relaxed.

Centering is a breathing martial arts procedure that helps to relax and eliminate problem thoughts. It involves conscious relaxation and particular way of breathing from very low down in your abdomen.

Assertiveness Training (AT) is an approach to interpersonal communication which teaches to maintain an appropriate balance between passivity and aggression. It promotes the use of «I» statements as a way to help individuals express their feelings in contrasted with «you»

statements, which are not always received well by others. The participants are taught to express negative thoughts and feelings in a healthy and positive manner, receive criticism and compliments positively and learn to say «No» when they needs to.

All these techniques are just a pool of survival strategies from which a person can select what they really need in a particular situation or general setting.

Interpretation of the results of the test carried out on the basis of calculation of received grade points: number of points in the range of 0 to 0,9 were classified as range of normality (Zone I), from 1 to 1,9 – as mild anxiety symptoms (Zone II), from 2 to 2,9 – moderate mild anxiety symptoms (Zone III), from 3 to 4 – severe anxiety symptoms (dependence) (Zone IV).

Mathematical and statistical analysis of received grade points was performed using the software Microsoft Office XL 2010 with the calculation of the percentage (P) and its error (sp). Valid data were recognized with the significance level $p < 0.01$. The indicator was calculated using Microsoft Excel and SPSS 15.0 for Windows.

Results and discussion: All groups showed tendency to increase IES-R scoring which revealed increase in adverse effect of the traumatic experiences. But the extent of negative effect was quite different (table 1–3).

Comparison of results is presented on fig. 1.

Table 1
The frequency (P±sp) of different degrees of the adverse effect of the traumatic experiences among participants of the control group

Degrees		Before		After	
		n (42)	P±sp	n	P±sp
Zone IV	3 - 4	0	0	2	4,5,0%±3,0%
Zone III	2 - 2,9	0	0	4	9,5,0%±4,0%
Zone II	1 - 1,9	3	7,0%±3,0%	5	12,0%±5,0%
Zone I	0 - 0,9	39	93,0%±3,0%	31	74,0%±6,0%

Table 2
The frequency (P±sp) of different degrees of the adverse effect of the traumatic experiences among participants of the first experimental group (RT)

Degrees		Before		After	
		n (65)	P±sp	n	P±sp
Zone IV	3 - 4	0	0	1	1,0%±1,0%
Zone III	2 - 2,9	0	0	3	4,0%±2,0%
Zone II	1 - 1,9	5	8,0%±3,0%	5	7,0%±3,0%
Zone I	0 - 0,9	60	92,0%±3,0%	56	88,0%±4,0%

Table 3
The frequency (P±sp) of different degrees of the adverse effect of the traumatic experiences among participants of the second experimental group (RT+h)

Degrees		Before		After	
		n (88)	P±sp	n	P±sp
Zone IV	3 - 4	0	0	0	0
Zone III	2 - 2,9	0	0	2	2,0%±1,0%
Zone II	1 - 1,9	7	8,0%±2,0%	6	7,0%±2,0%
Zone I	0 - 0,9	81	92,0%±3,0%	80	91,0%±3,0%

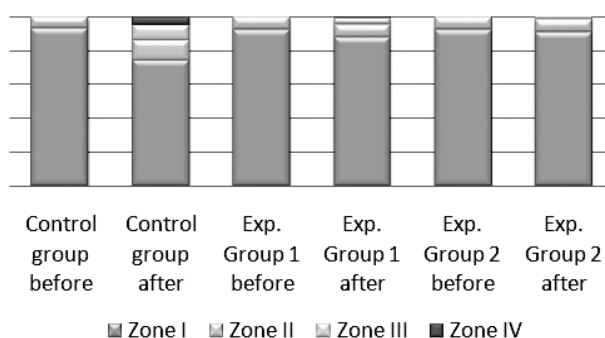


Fig. 1. Comparison of the frequency (P±sp) of different degrees of the adverse effect of the traumatic experiences among participants of all groups

As can be observed in the tables and picture 1 in the control group where psychotraining was not carried out the higher degree of post-traumatic symptoms was identified.

The average scores before deployment (or exposure) for control and both experimental groups were – 0,81; 0,79; 0,83 on IES-R scale respectively. (table 4).

Table 4
average scores of the adverse effect of the traumatic experiences before and after deployment (or exposure) among participants of all groups

	before	after
Control group	0,81	1,94
Exp. group 1	0,79	1,69
Exp. group 2	0,83	1,14

We can observe a negative average increased in control and both experimental groups by 13,9%, 11,4%, 37,0% respectively (table 4, fig. 2).

On the other hand comparison showed that on the background of the control group there was noticeable improvement by 13,0% in the first control group and 41,0% in the second control group.

Summary: therefore, we can state that RT markedly enhances its effectiveness if it is

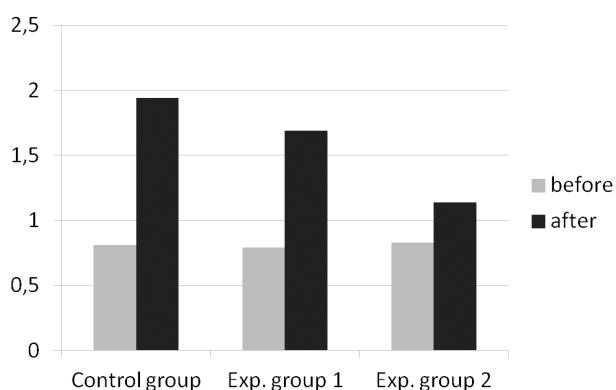


Fig. 2. Comparison of average scores of the adverse effect of the traumatic experiences before and after deployment (or exposure) among participants of all groups

References

- Bryant R. A. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J. Clin Psychiatry*, 2010.
- Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1995, no. 52, pp. 1048-1060.
- Breslau N., Kessler R. C., Chilcoat H. D., Schultz L. R., Davis G. C., Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 1998, no. 55, pp. 626-632.
- Ursano R. J., Bell C., Eth S., Friedman M. Practice guideline for the treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Association, 2010, no. 3.
- Gidron Y., Gal R., Freedman S. A., Twiser I., Lauden A., Snir Y., Benjamin J. Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 2001, no. 14(4), pp. 773-780.
- Bryant R. A., Harvey A. G., Dang S. T., Sackville T., Basten C. Treatment of Acute Stress Disorder: A comparison of cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, no. 66, pp. 862-866.
- Bryant R. A., Sackville T., Dang S. T., Moulds M., Guthrie R. Treating Acute Stress Disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 1999, no. 156, pp. 1780-1786.
- Echeburua E., deCorral P., Sarasua B., Zubizarreta I. Treatment of acute Posttraumatic Stress Disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1996, no. 10, pp. 185-199.
- Bryant R. A., Harvey A. G., Dang S., Sackville T. Assessing Acute Stress Disorder: Psychometric properties of a structured clinical interview. *Psychological Assessment*, 1998, no. 10, pp. 215-220.
- Bryant R. A., Moulds M. L., Guthrie R. M., Nixon R. D. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *J Consult Clin Psychol*, 2005, no. 73, pp. 334-340.
- Bryant R. A., Moulds M. L., Nixon R. V. Cognitive behavior therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behav Res Ther.*, 2003, no. 41, pp. 489-494.
- Bryant R. A., Mastrodomenico J., Felmingham K. L. et al. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 2008, no. 65, pp. 659-667.
- Bryant R. A., Moulds M., Guthrie R., Nixon R. D. Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*, 2003, no. 160, pp. 585-587.
- Southwick S. M., Charney D. S. Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges. Cambridge University Press, 2012, pp. 4-24.
- Robertson I., Cooper C. Well-being: Productivity and Happiness at Work. Palgrave Macmillan, 2011.

ВЛИЯНИЕ СТРЕСС-РЕЗИЛІЕНС ТРЕНИНГА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

Д. Н. Волошина, К. Н. Емец
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. На базе личного состава ООН в зоне военного конфликта было обследовано 195 человек среди гражданских лиц и военного состава с помощью модифицированной версии опросника Impact of Event Scale – Revised. Исследование проведено с целью определения эффективности 6-часового Стресс-Резилиенс тренинга по снижению и смягчению общих диагностических критериев острого (ASD) и посттравматического (PTSD) стрессовых расстройств (избегание,

ВПЛИВ СТРЕС-РЕЗИЛІЕНС ТРЕНИНГУ НА ВИРАЗНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Д. М. Волошина, К. М. Ємець
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. На базі особового складу ООН в зоні військового конфлікту було обстежено 195 осіб серед цивільних і військового складу за допомогою модифікованої версії опитувальника Impact of Event Scale – Revised. Дослідження проведено з метою визначення ефективності 6-годинного Стрес-Резілієнс тренінгу щодо зниження і пом'якшення загальних діагностичних критеріїв гострого (ASD) і посттравматичного (PTSD) стресових розладів (уникнення, нав'язливості й гіперзбудливості), проведеного до відправки

навязчивость и гипервозбудимость), проведенного до отправки личного состава в зону конфликта. Результаты исследования показали, что показатели по модифицированной шкале (IES-R) лиц, прошедших 6-часовой Стресс-Резилиенс тренинг, однако не выполнявших в последующем инструкций, прилагаемых в буклете, улучшилась на 13,0% по сравнению с контрольной группой. Результаты участников эксперимента, которые прошли тренинг и следовали инструкциям, предложенным в буклете, улучшились на 41,0%. Время пребывания в зоне конфликта составляло $7 \pm 4,5$ месяца.

Ключевые слова: Стресс-Резилиенс тренинг, острое стрессовое расстройство, ПТСР, Резилиенс тренинг инструкции.

особового складу в зону конфлікту. Результати дослідження показали, що показники за модифікованою шкалою (IES-R) осіб, які пройшли 6-годинний Стрес-Резілієнс тренінг, проте не виконували в подальшому інструкцій, які додаються в буклеті, покращилися на 13,0% порівняно з контрольною групою. Результати учасників експерименту, які пройшли тренінг і слідували інструкціям, запропонованим у буклеті, покращилися на 41,0%. Час перебування в зоні конфлікту склав $7 \pm 4,5$ місяця.

Ключові слова: Стрес-Резілієнс тренінг, гострий стресовий розлад, ПТСР, Резілієнс тренінг інструкції.

УДК: 616.89-085.84'854



АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ МЕТОДОМ ЭСТ В СОЧЕТАНИИ С ПСИХОТЕРАПИЕЙ

А. З. Григорян

Запорожский государственный медицинский университет

Аннотация. С целью анализа эффективности использования метода электросудорожной терапии у пациентов, страдающих аффективными расстройствами в структуре аддикций, с помощью клинико-психопатологического метода, в рамках которого верификация и квантификация психопатологической симптоматики производилась с помощью шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), было обследовано 30 пациентов, страдающих полинаркоманиями. На основании данных шкалы оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), полученных в результате исследования, сделан вывод о высокой эффективности метода электросудорожной терапии в отношении аффективных расстройств в структуре аддикций.

Ключевые слова: электросудорожная терапия, аффективные расстройства, наркомания, шкала оценки позитивной и негативной симптоматики.

Введение

Аффективный компонент играет важнейшую роль в формировании зависимости от психоактивных веществ – как за счет позитивного подкрепления их употребления, так и за счет формирования специфического модуса личностных реакций, лежащих в основе аддиктивного поведения. Помимо этого, именно расстройства аффективной сферы определяют основной вектор перехода наркологического контингента в психиатрическую клинику, формируя широкий спектр коморбидной патологии, требующей специфического подхода к терапии, зачастую трудноосуществимого в условиях современной демаркации наркологической и психиатрической клиник и сфер компетенции.

Наличие сложных психопатогенетических механизмов взаимоотношения

расстройств эмоционально-волевой сферы и аддиктивной патологии требует не только тщательной дескрипции и анализа, но и поиска конгруэнтных методов терапии, воздействующих на каждый компонент наличествующего комплекса психопатологических нарушений [1–4].

Наличие тяжелых, зачастую резистентных форм аффективных нарушений у пациентов, страдающих патологическими формами зависимости от психоактивных веществ, диктует необходимость включения в спектр терапии биологических методов их купирования, не имеющих практики рутинной эксплуатации в аддиктологической клинике и, следовательно, требующих детального изучения их эффективности [3, 5].

Электросудорожная терапия (ЭСТ), являясь методом выбора для лечения фарма-

корезистентных нарушений аффективной сферы, оказывает инцизивный эффект на острые психотические состояния с доминированием в клинической картине аффективных расстройств, при этом рядом исследователей отмечается также антиаддиктивный потенциал данного метода [5–7].

Анализ эффективности подхода к терапии аффективных нарушений в структуре аддикций с использованием комбинации ЭСТ и психотерапии является приоритетной задачей в поиске конгруэнтных путей расстройств указанного спектра [5–7].

Цель исследования

Анализ эффективности использования метода электросудорожной терапии в сочетании с психотерапией у пациентов, страдающих аффективными расстройствами в структуре аддикций.

Материалы и методы исследования

Контингент исследования составили 30 пациентов КУ «Запорожский областной наркологический диспансер» ЗОС, страдающих полинаркоманиями. Контингент исследования проходил терапию в условиях наркологического стационара. У всех больных наблюдалось постоянное употребление опиоидов и табака, эпизодическое – алкоголя, каннабиноидов. Длительность заболевания составляла от 5 до 15 лет. Пациенты были распределены на две подгруппы соответственно ведущему психопатологическому синдрому:

- группа 1 – 22 пациента, проходивших лечение с диагнозами расстройств депрессивного спектра, средний возраст в данной группе составил $32,0 \pm 1,64$ г;
- группа 2 – 8 пациентов, проходивших лечение с диагнозами маниоформных расстройств, средний возраст в данной группе составил $33,0 \pm 1,85$ г.

Подобное групповое распределение использовано с целью компаративного анализа эффективности использованного метода терапии в отношении купирования аффективных расстройств различной полярности.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический, в рамках которого верификация и квантификация психопатологической симптоматики производилась с помощью шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS).

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты, составляющие контингент исследования, прошли курс электросудорожной терапии в соответствии с установленными показаниями для ее планового проведения в наркологической клинике.

Все пациенты, формирующие контингент исследования, прошли курс ЭСТ, составляю-

щий 10 сеансов по стандартному протоколу для биполярного наложения электродов с использованием электрического заряда в 240 мКл. Курс ЭСТ проводился в течение 20 суток с промежутком в 1 сутки между сеансами.

За 30 минут, непосредственно предшествующих проведению сеанса, терапевт производил индукцию аддиктивного компонента психопатологических расстройств путем психотерапевтической беседы с последующей антиаддиктивной суггестией в постиктальном просоночном состоянии.

Анализ эффективности проводимой терапии производился путем анализа динамики результатов шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS) в двух исследованиях – перед началом терапии и после последнего сеанса ЭСТ в сочетании с психотерапией.

В качестве критериев эффективности терапии были использованы следующие подразделы шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS): П1 – бред; П4 – возбуждение; П5 – идеи величия; П7 – враждебность; О2 – тревога; О3 – чувство вины; Об – депрессия; О7 – двигательная заторможенность; О14 – агрессивность; О15 – загруженность психическими переживаниями.

Оценка квантифицированных показателей происходила соответственно диапазонам баллов, соответствующих в оригинальной шкале степени выраженности симптоматики (1–2 балла – отсутствует или легкая, 3–4 балла – умеренная, 5–7 – тяжелая).

Динамические характеристики эффекта терапии оценивались по редукции тяжелых форм психопатологической семиотики в последовательно расположенных контрольных точках.

Данные, полученные в результате анализа эффективности терапии по данным шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), представлены на **табл. 1 и 2**.

Таким образом, эффективность терапии в исследованном контингенте имеет следующие показатели:

- в отношении бредовых идей у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, подтверждается полная редукция тяжелых форм с 22,7% до 0,0%, для маниоформных расстройств этот показатель снизился с 62,5% до 0,0%;
- в отношении психомоторного возбуждения у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, также отмечается полная редукция тяжелых форм с 18,2% до 0,0%, для маниоформных расстройств, этот показатель снизился с 37,5% до 0,0%;

Таблиця 1

Данные оценки контингентов пациентов с ведущим депрессивным и маниформным синдромом по шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS) до проведения курса терапии

Подшкала PANSS \ Контрольная точка	Диапазоны баллов	Депрессивный синдром N = 22	Маниформный синдром N = 8
П1 – бред	1–2	6 (27,3 %)	–
	3–4	11 (50,0 %)	3 (37,5 %)
	5–7	5 (22,7 %)	5 (62,5 %)
П4 – возбуждение	1–2	16 (72,7 %)	3 (37,5 %)
	3–4	2 (9,1 %)	2 (25,0 %)
	5–7	4 (18,2 %)	3 (37,5 %)
П5 – идеи величия	1–2	21 (95,4 %)	2 (25,0 %)
	3–4	1 (4,5 %)	5 (62,5 %)
	5–7	–	1 (12,5 %)
П7 – враждебность	1–2	18 (81,8 %)	3 (37,5 %)
	3–4	4 (18,2 %)	3 (37,5 %)
	5–7	–	2 (25,0 %)
О2 – тревога	1–2	5 (22,7 %)	4 (50,0 %)
	3–4	7 (31,8 %)	3 (37,5 %)
	5–7	10 (45,4 %)	1 (12,5 %)
О3 – чувство вины	1–2	7 (31,8 %)	7 (87,5 %)
	3–4	6 (27,2 %)	1 (12,5 %)
	5–7	9 (40,9 %)	–
О6 – депрессия	1–2	–	8 (100 %)
	3–4	2 (9,1 %)	–
	5–7	20 (90,9 %)	–
О7 – двигательная заторможенность	1–2	6 (27,2 %)	3 (37,5 %)
	3–4	12 (54,5 %)	2 (25,0 %)
	5–7	6 (27,2 %)	3 (37,5 %)
О14 – агрессивность	1–2	15 (68,2 %)	3 (37,5 %)
	3–4	31,8 %	4 (50,0 %)
	5–7	–	1 (12,5 %)
О15 – загруженность психическими переживаниями	1–2	–	2 (25,0 %)
	3–4	1 (4,54 %)	4 (50,0 %)
	5–7	21 (95,4 %)	2 (25,0 %)

- в отношении идей величия отмечается снижение числа тяжелых форм с 12,5% до 0,0%;
- в отношении враждебности отмечается полное купирование тяжелых форм с 25,0% до 0,0%;
- в отношении уровня тревоги отмечается снижение числа тяжелых форм с 45,4% до 4,5% ($p < 0,01$), для маниформных расстройств этот показатель возрос с 0,0% до 12,5%, что, по нашим наблюдениям, является следствием выхода из психотического состояния в астенизацию с развитием выраженной ситуативной тревожности;

- в отношении чувства вины отмечается полное купирование тяжелых форм с 40,9% до 0,0%, для маниформных расстройств отмечалось увеличение показателя умеренного чувства вины с 12,5% до 50,0%, что, согласно нашим наблюдениям, является результатом редукции патологического фона аффекта с обнажением реакций на объективно наличествующий комплекс экзистенциальной проблематики с развитием адекватной реакции в виде умеренного чувства вины;

Таблиця 2

Данные оценки контингентов пациентов с ведущим депрессивным и маниформным синдромом по шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS) после курса терапии ЭСТ в сочетании с психотерапией

Подшкала PANSS \ Контрольная точка	Диапазоны баллов	Депрессивный синдром N = 22	Маниформный синдром N = 8
П1 – бред	1–2	18 (81,8 %)	7 (87,5 %)
	3–4	4 (18,2 %)	1 (12,5 %)
	5–7	–	–
П4 – возбуждение	1–2	17 (77,3 %)	7 (87,5 %)
	3–4	5 (22,7 %)	1 (12,5 %)
	5–7	–	–
П5 – идеи величия	1–2	22 (100,0 %)	6 (75,0 %)
	3–4	–	2 (25,0 %)
	5–7	–	–
П7 – враждебность	1–2	21 (95,5 %)	6 (75,0 %)
	3–4	1 (4,5 %)	2 (25,0 %)
	5–7	–	–
О2 – тревога	1–2	16 (72,7 %)	6 (75,0 %)
	3–4	5 (22,7 %)	2 (25,0 %)
	5–7	1 (4,54 %)	–
О3 – чувство вины	1–2	17 (77,3 %)	4 (50,0 %)
	3–4	5 (22,7 %)	4 (50,0 %)
	5–7	–	–
О6 – депрессия	1–2	12 (54,5 %)	6 (75,0 %)
	3–4	8 (36,4 %)	2 (25,0 %)
	5–7	2 (9,1 %)	–
О7 – двигательная заторможенность	1–2	14 (63,6 %)	8 (100,0 %)
	3–4	8 (36,4 %)	–
	5–7	–	–
О14 – агрессивность	1–2	22 (100,0 %)	7 (87,5 %)
	3–4	–	1 (12,5 %)
	5–7	–	–
О15 – загруженность психическими переживаниями	1–2	17 (77,3 %)	7 (87,5 %)
	3–4	4 (18,2 %)	1 (12,5 %)
	5–7	1 (4,5 %)	–

- в отношении депрессии отмечается выраженная редукция числа тяжелых форм с 90,9 % до 9,1 % ($p < 0,01$), для маниформных расстройств отмечалось увеличение показателя умеренной депрессии с 0,0 % до 25,0 %, что, по-видимому, иллюстрирует развитие реактивной гипотимии в условиях астенизации осознания объективных психогений экзистенциального плана;

- в отношении двигательной заторможенности отмечается полная редукция числа тяжелых форм с 27,2 % до 0,0 %, для маниформ-

ных расстройств этот показатель снизился с 37,5 % до 0,0 %;

- в отношении агрессивности отмечается снижение числа тяжелых форм с 12,5 % до 0,0 %;

- в отношении загруженности психическими переживаниями отмечается снижение числа тяжелых форм с 95,4 % до 4,5 % ($p < 0,01$), для маниформных расстройств этот показатель снизился с 25 % до 0 %.

Выводы

Анализ полученных данных позволяет определить эффективность использованно-

го метода терапії в обоєх групах пацієнтів по даним шкали оцінки позитивної і негативної симптоматики (PANSS) як високою на основі наступного:

1) використаний метод терапії дозволив досягнути повної редукції числа тяжелих форм психопатологічних порушень в обоєх групах дослідження по даним наступних підрозділів шкали оцінки позитивної і негативної симптоматики (PANSS): бред, возбуждення, тривога, почуття провини, депресія, двигальна затриманість, навантаженість психічними переживаннями, ідеї величчя, ворождебність, агресивність;

2) в стосунку підрозділу «депресія» шкали оцінки позитивної і негативної сим-

птоматики (PANSS) число тяжелих форм психопатологічної семиотики зменшилось з 90,9% до 9,1% к концу курсу терапії ($p < 0,01$);

3) в групі пацієнтів з вадущим маниформним синдромом к закінченню курсу терапії доля клінічних форм, характеризуючихся відсуттвом або клінічеськи незначительними проявленнями психопатологічної семиотики, була не нижче 75,0% по всім використаним підрозділам шкали оцінки позитивної і негативної симптоматики (PANSS), при цьому середнє кількість таких клінічеських форм в даній групі складало 81,25%, аналогічнє показателі для групи пацієнтів з вадущим депресивним синдромом склали 54,5% і 72,1% відповідно.

Література

1. Darenkij I. D. Addiktologija kak nauchnaja disciplina i oblast' praktičeskoj dejatel'nosti [Addictology as a scientific discipline and area of practice]. Addiktologija, 2005, no. 1. (In Russ.)

2. Anohina I. P. Biologičeskie mehanizmy zavisimosti ot PAV (patogenez) [Biological mechanisms substance of dependence (pathogenesis)]. Lekcii po narkologii, Moscow, Medpraktika Publ., 2001. (In Russ.)

3. Vorob'eva T. M. Nejrobiologija vtorigno priobretennyh motivacij [Neurobiology secondarily of acquired motivations]. Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal, 2004, vol. 8, no. 1-2. (In Russ.)

4. Mendelevich V. D. Narkozavisimost' i komorbidnye rasstrojstva povedenija (psihologičeskie i psihopatologičeskie aspekty) [Drug addiction and

comorbid conduct disorder (psychological and psychiatric aspects)]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2003. (In Russ.)

5. McCall W. V., Andrade C., Sienaert P. Searching for the mechanism(s) of ECT's therapeutic effect. The Journal of ECT, 2014, no. 30 (2), pp. 87-89.

6. Moss L., Vaidya N. Does comorbid alcohol and substance abuse affect electroconvulsive therapy outcome in the treatment of mood disorders? The Journal of ECT, 2014, no. 30 (2) pp. 22-25.

7. Penders T. M., Lang M. C., Pagano J. J., Gooding Z. S. Electroconvulsive therapy improves persistent psychosis after repeated use of methylenedioxypropylone («bath salts»). The Journal of ECT, 2013, no. 29 (4), pp. 59-60.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У СТРУКТУРІ АДИКТИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ МЕТОДОМ ЕСТ У ПОЄДНАННІ З ПСИХОТЕРАПІЄЮ

А. З. Григорян

Запорізький державний медичний університет

Анотація. З метою аналізу ефективності використання методу електросудомної терапії у пацієнтів, що страждають на афективні розлади у структурі адикцій, за допомогою клініко-психопатологічного методу, верифікація та квантифікація психопатологічної симптоматики якого провадилась за допомогою шкали оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS), було обстежено 30 пацієнтів, що страждають на полінаркоманії. На основі даних шкали оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS), отриманих у результаті дослідження, зроблено висновок про високу ефективність методу електросудомної терапії відносно афективних розладів у структурі адикцій.

Ключові слова: електросудомна терапія, афективні розлади, наркоманія, шкала оцінки позитивних та негативних синдромів.

ECT AND PSYCHOTHERAPY COMBINATION IN TREATMENT OF AFFECTIVE DISORDERS IN STRUCTURE OF ADDICTIONS. ANALYSIS OF EFFICACY

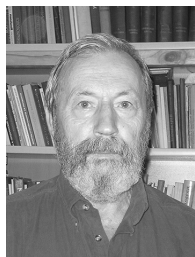
A. Z. Grigorian

Zaporizhzhya State Medical University

Summary. In order to analyze the effectiveness of the method of electroconvulsive therapy in patients with affective disorders in the structure of addictions, using clinically-psychopathological method, in which the verification and quantification of psychopathology was performed using the rating Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), were examined 30 patients with polydrug use. On the basis of an evaluation scale of positive and negative symptoms (PANSS), derived from the study concluded that the high efficiency of the method of electroconvulsive therapy for mood disorders in the structure of addictions.

Key words: Electroconvulsive Therapy, Affective Disorders, Drug Addiction, Positive and Negative Syndrome Scale.

УДК 615.851.1



НОВЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ «ПРИВИВКА ПРОТИВ ВНУШЕНИЯ»

В. Ф. Простомолотов

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Аннотация. Известно, особенно опытным психотерапевтам и наркологами, что выявляемая у пациентов высокая внушаемость вопреки быстрому и часто яркому эффекту во многих случаях предопределяет кратковременность успеха лечения. Податливость отрицательному внешнему или внутреннему суггестивному стимулу велика, а врач не может быть все время рядом. Учитывая эти обстоятельства, мы разработали и на протяжении ряда лет эффективно применяем два способа метода «прививки против внушения».

Ключевые слова: внушаемость, интегративный, сомнамбулизм, подконтрольная гипнабельность, саморегуляция.

Опытным врачам, особенно психотерапевтам и наркологами, известно, что выявляемая у пациентов высокая внушаемость, вопреки быстрому и часто яркому эффекту, во многих случаях предопределяет кратковременность успеха лечения. Податливость отрицательному внешнему или внутреннему суггестивному стимулу велика, а врач со своим внушением не может быть все время рядом. Учитывая эти обстоятельства, мы разработали и на протяжении ряда лет эффективно используем два способа метода «прививки против внушения» в форме двух способов, применяемых в двух вариантах различных клинических случаев. Несмотря на то, что роль суггестивных/аутосуггестивных механизмов в них велика, оба способа являются, по сути, интегративными и включают элементы катарсиса, разъяснения, убеждения и в большой степени – обучения.

Первый способ эффективен в отношении пациентов с соматоформными, чаще конверсионными, расстройствами, с высокой психосоматической проводимостью, резко положительными пробами на идеомоторные и идео-сенсорные реакции. При установлении с такими пациентами доверительного контакта – что, надо заметить, не требует большого труда – выясняется, что эти люди, обычно простодушные и доверчивые, страдают от своей высокой внушаемости, податливости всяким суевериям и негативным влияниям.

Прежде, чем предложить этим пациентам «прививку» против внушения, и тем более приступить к практическому выполнению метода, следует заручиться их согласием и желанием укрепить свою волю, укрепить психологическую защиту, поддержать в них уверенность в реальной возможности этого.

Пациента неспешно подводят к мысли, что как соответствующими тренировками (спортивными, температурными, интеллек-

туальными) можно укрепить мускулы, закалиться, усилить память, так и специальными тренировками и упражнениями можно усилить волю, внутреннего контролера, создать своего рода фильтр, пропускник, задерживающий внушение (внешнее, внутреннее)*.

После такого небольшого вступления пациент приглашается в гипнотарий, где под влиянием прямого внушения реализуются феномены падения в кресло, невозможность разжать сцепленные кисти рук и другие. Желательно суггестии проводить по нарастающей, добиваясь максимально возможного эффекта. Далее врач садится напротив пациента, многие из которых продолжают еще находиться в состоянии оторопи, просит его расслабиться и оценить ситуацию в целом, и уже дружеским тоном производит развенчание мифической силы внушения. Обычно мы говорим следующее: «А вы уверены, что вы так уж не самостоятельны, так зависимы от воли другого человека? Попробуйте оценить ситуацию и в целом, и как бы со стороны, внутренне возражать, критиковать, иронизировать, поступать вопреки». Тут же мы предлагаем пациенту конкретные рецепты контрсамовнушений. Среди них особенно показательны и убедительны альтернативные, например: тянет назад-вперед, руки сжаты-разжаты и т.д. Рекомендуются увидеть во внушающем такого же человека, как и ты, дистанцироваться от ситуации.

Последующие попытки реализовать прежние внушения, как правило, неудачны и пациента в этом следует поддержать. Даются задания на дом в виде стенических самона-

* — Акцентирую на этом особое внимание потому, что в психотерапии, очевидно, как и в других областях медицины, например, той же хирургии, должны логично чередоваться неспешные действия с весьма оперативными, что и обуславливает во многих случаях необходимый эффект. Обычно объяснения/разъяснения производят неспешно/обстоятельно, а внушения – энергично/импульсивно.

строев, утверждающих суверенитет его личности, крепость воли, крепость внутренних тормозов, владение собой везде и всегда. По нашим наблюдениям, никогда более в результате внушения этот пациент не упадет в кресло, всегда сможет разнять кисти рук, всплески эмоций не включают более обильно невротическое расстройство.

На следующем сеансе через несколько дней, проверив предварительно пациента прежними способами на внушаемость (которая, как правило, оказывается нулевой), похвалив пациента, пробуем суггестивно спровоцировать у него невротическое, соматоформное расстройство, что обычно также не удаётся.

Привожу клинико-психотерапевтическое наблюдение, которое весьма типично иллюстрирует вышеизложенное.

Т., 28 лет, замужем, дочь – первоклассница, живут со свекром, год как не работает, по специальности экономист.

Жалобы на одышку, ком в горле, страх задохнуться. Во время приступа одышки немеют руки и их сводит судорогой. Подобные состояния возникают в связи с переживаниями. Кроме того, периодически (также в связи с волнениями) беспокоит приступообразный кашель, сопровождающийся одышкой инспираторного типа. Испытывает опасения, а во время приступа – страх смерти от удушья.

История развития заболевания. Больна 2 года. Не хотела, чтобы муж уезжал в длительную командировку, как потом призналась – из-за ревности, так как на то якобы были основания. Тогда наблюдалась истерика, рыдала, затем стала задыхаться, сводило судорогой руки и ноги, испытала интенсивный страх смерти. Вызвала «скорую». После инъекций успокоилась, одышка прошла. С тех пор переживания и простуда провоцируют одышку. Как-то по совету участкового терапевта с целью подавления «астматического компонента бронхита» и облегчения дыхания приняла глаувент. Возникла, по словам пациентки, «аллергия» – появилось головокружение, онемели конечности, испытала страх смерти, сводило судорогой руки и ноги. После приезда СМП, почувствовав себя лучше, разразилась рыданиями. Испытала чувство обиды, что она – такая неудачница, во всем не везет, даже с аллергией на лекарства.

История жизни. Из семьи военного, младшая дочь. Много разъезжали. В детстве занималась хореографией, музыкой, но быстро надоедало и оставила и то, и другое. Училась хорошо, была лидером в классе. После школы закончила экономический факультет, ра-

ботала экономистом. Месячные с 14 лет болезненные до родов в 20 лет. Замужем 9 лет. В первые годы супружества семейные отношения, по словам пациентки, были хорошие, в последние – разладились. Во всем винит мужа, хотя именно он, работая в двух местах, экономически обеспечивает семью. В последний год в связи с тем, что дочь пошла в школу, уволилась с работы, чтобы, по словам пациентки, создать ей хорошие условия для учебы. В то же время чаще сопровождает ребенка в школу и обратно свекр, о чем стало известно от мужа. Несколько лет назад ее отец умер от рака желудка. Обнаруживает канцерофобические переживания, так как, со слов пациентки, врач якобы сказал им с сестрой, что при этой болезни имеется наследственная предрасположенность.

Психическое состояние. Одета ярко, столь же яркая косметика. В поведении доминируют ювенильные и демонстративные черты. Внимательно следит за врачом, стремясь разжалобить его, добиться сочувствия, одобрения. Во всем винит мужа и свекра, который живет с ними. Подозревает мужа в измене, так как он стал более пассивный в последние годы, меньше уделяет ей внимания. В то же время выяснилось, что продолжительность коитуса у мужа не превышает трех минут. Принуждает мужа к продолжительным ласкам, так как только при этом условии испытывает серийный оргазм. Быстро поддаётся убеждению в том, что муж верен ей, просто устал и от двух работ, и от ее характера. Обнаруживает высокую эмоциональность. Во время первичной беседы несколько раз отмечались то слезы, то смех. Высоковнушаема и самовнушаема. Интеллект соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Артистична и лжива. При объективном анамнезе со слов мужа и свекра выяснилось, что пациентка эмоционально несдержанна, конфликтна. Много времени уделяет косметике и шитью в ателье модной одежды. Настойчивая и упрямая.

Диагноз: Конверсионное расстройство личности истерического типа.

Клиническая динамика в процессе психотерапии. На первичной консультации стандартными пробами была выявлена высокая внушаемость пациентки, в том числе падения назад в кресло в результате директивной суггестии психотерапевта. Затем тут же было внушено: «Как только вы подойдете к креслу, станете к нему спиной и закроете глаза, вас сильно потянет назад, и вы упадете в кресло. Чем сильнее вы будете сопротивляться, тем быстрее упадете в кресло». Больная была потрясена произошедшим с ней. Не-

сколько раз специально подходила к креслу, чтобы убедиться еще и еще раз в том, что ей это не кажется, что она, «как манекен, валится в кресло». Особенно ее поразило то, что и в отсутствии врача в кабинете (вышел на минуту), когда она сама стала перед креслом, внушение так же четко реализовалось.

Затем пациентка была переведена в гипнотарий, где у нее суггестивно был спровоцирован приступ, о котором она говорила врачу [1]. Суггестивно же приступ купирован, внушено успокоение, расслабленность, установка на полное выздоровление, овладение собой, так как неже, стыдно быть такой слабонервной, такой мнительной, такой истеричной. После успокоения пациентки и нормализации вегетатики переведена в кабинет врача, где ей, с позиций И.М.Сеченова и И.П.Павлова, что требует времени не менее часа, разъяснено взаимоотношение коры и подкорки, сознания и подсознания, ума и эмоций; разъяснена сущность идеомоторных реакций, внушения и самовнушения. Пациентка обучена умению противодействовать внушению, исходящему от кого-либо или от нее самой. С восторгом, с большим удовлетворением, следуя рекомендациям врача, противодействовала внушению падения назад в кресло. С энтузиазмом тут же стремилась закрепить результат, еще раз проверить себя. После многократных самопроверок в присутствии врача наконец заявила, что все поняла, что у нее открылись глаза на многое, что с ней происходило все эти два года болезни.

Далее пациентка прошла комплексную психотерапию. С большим интересом посещала групповую познавательную-поведенческую психотерапию, выступая в роли лидера, овладела приемами медитации, самовнушения, ауто-тренинга. Выписана с выздоровлением.

Положительный катамнез 2,5 года, когда обратилась с проблемами личного характера. Все это время конверсионное расстройство дыхания не наблюдалось. Прежде, чем поделиться с врачом своими проблемами, попросила, чтобы он проверил ее внушаемость. Поставленная спиной к креслу, стоит не шелохнувшись, с восторгом демонстрируя свои успехи.

Обратилась только для того, чтобы врач помог ей восстановить вес, ибо в связи с переживаниями похудела на 10 кг. По словам пациентки, муж перестал ее удовлетворять, поэтому она завела любовника моложе себя на 5 лет. Мать того молодого человека, который уже намеривался было жениться на ней, устроила скандал, таскала ее за волосы. Муж, узнав все это, стал, по словам пациентки, стараться и теперь уже удовлетворяет ее.

Пациентка прошла пять сеансов психотерапии на контакте [2], вначале два, затем один раз в неделю. Начала заметно поправляться. Отношения с мужем, по словам пациентки, нормализовались.

Заключение. На основании приведенной истории болезни можно судить, что в характере пациентки наиболее заостренными чертами характера являются высокая эмоциональность и чувственность, не уравновешенные сдержанностью и выдержкой, эгоцентризм, высокая внушаемость и мнительность, упрямство и лживость. В целом личность характеризуется как незрелая и демонстративная. Пациентка к тридцати годам так и не научилась по-взрослому преодолевать возникающие жизненные проблемы, используя ум и волю, в первую очередь, терпение. Истерические реакции при первом обращении, проявляющиеся в форме истеро-невротической одышки, других демонстративно вегетативных и истероповеденческих нарушений, были устранены привитием, с одной стороны, отвращения к шаржировано демонстративным формам личностного реагирования – «стыдно быть истеричкой», с другой – обучением психофизиологическим законам внушения и овладения навыками саморегуляции. Таким образом, внешние, поверхностные проявления личности удалось скорректировать посредством методов познавательной-поведенческой психотерапии. Ядро же ее личности осталось прежним – истерическим: все та же неуравновешенная эмоциональность и чувственность, эгоцентризм, слабость внутреннего торможения, лживость (заметим, что последние три качества во многом определяют нравственно негативный профиль личности), что неминуемо привело к очередному конфликту в области семейно-дружеских отношений.

Многолетние наблюдения за подобными пациентками убеждают в том, что устранение у них посредством психотерапии псевдосоматических и псевдоневрологических расстройств, а также уменьшение до определенных пределов их внушаемости вполне реальные задачи для практического психотерапевта. Обучая пациенток приемам психической саморегуляции, достигают компенсации их психического состояния. Однако здесь необходимо заметить, что, обучившись психофизиологическим законам и техникам внушения и самовнушения, владея собой внешне, пациентки не утрачивают своей лживости и стремления манипулировать другими, которые в результате способны, по моим наблюдениям, становиться еще

более изощренными. Здесь же следует продолжить, что проведение с подобными пациентками глубокой реконструктивной, в т. ч. религиозной, психотерапии не в состоянии в полной мере изменить профиль личности (соотношения сознание – подсознание, кора – подкорка), однако поведение пациентов, их реакции на стресс становятся более упорядоченными внешне. При этом приходится считаться с тем, что взамен конверсионных расстройств возможно появление аффективных расстройств в форме матовой характерологической дистимии и дисфорических реакций, что, очевидно, соответствует конституциональным особенностям пациентов.

Второй способ «прививки против внушения» эффективен в отношении пациентов с высокой гипнабельностью на уровне амнестического сомнамбулизма с целью понизить их внушаемость. Поскольку в этом способе основные психотерапевтические воздействия связаны с гипнотическим сомнамбулизмом, необходимо хотя бы вкратце обсудить клиничко-психологический, патогенетический и терапевтический аспекты этой темы.

Заметим, что все корифеи психотерапии, с которыми приходилось лично обсуждать проблемы гипнотического сомнамбулизма, указывали на то, что, несмотря на большое число наблюдаемых ими пациентов в клинике, погружающихся в глубокий гипноз, выдающихся сомнамбулов, реализующих с открытыми глазами практически все виды внушений, было немного – назывались единицы. Эстрадным гипнозом упоминаемые корифеи не занимались.

В литературе, а также в частных беседах с коллегами приходилось встречаться с мнением, что частые погружения в глубокий гипноз разрушают личность, повышают внушаемость. И.М.Аптер [3] в полемике с В.Е.Рожновым и М.Е.Бурно [4] на страницах журнала им.С.С.Корсакова прямо восклицает: «Вряд ли многие психотерапевты отдадут себе отчет в том, к каким последствиям для нервной системы пациента, его психики приводят многократные погружения в сомнамбулическое состояние!»

Полагаем, что указанный автор судил об обсуждаемом явлении явно односторонне, игнорируя, во-первых, вопросы диагностики в психиатрии до проведения лечения и в процессе его; во-вторых, показания и противопоказания к гипнотерапии; в-третьих, соблюдение коллегами психогигиенических правил при проведении метода гипносуггестии. И минеральной водой при неадекватном ее применении можно нанести немалый

вред здоровью, но это известно и молодым врачам. Его оппоненты, профессор, заведующий и доцент кафедры психотерапии ЦОЛИУВ (М), утверждают обратное: «Гипноз – природная защита организма, которой врач должен пользоваться...», – и все. Однако не можем не заметить, что данная дискуссия, на наш взгляд, в чем-то напоминает спор слепого с глухим, ибо при упорном отстаивании своей точки зрения/одной позиции авторы с обеих сторон игнорируют целый комплекс смежных и соподчиненных вопросов, что значительно снижает продуктивность научной дискуссии.

В то же время А.И.Захаров [5] подмечает, что здоровые люди обладают большей гипнабельностью, чем невротически больные, что соответствует нашим наблюдениям [6] и что косвенным образом подтверждает разделяемый и нами взгляд на гипноз (впервые обоснованный и сформулированный И.П.Павловым [7]), как на естественную защитную реакцию организма и, в первую очередь, нервной системы. Возможно, именно в связи с этим, по нашим наблюдениям, пациенты, погружающиеся в сомнамбулическую стадию гипноза, обычно не жаловались на бессонницу, и, что каждый более-менее опытный клиницист заранее знает, невротик с упорной бессонницей не погрузится в глубокий гипнотический сон (во всяком случае, на первом сеансе точно), может быть, только в дремотное состояние – и то, если психотерапевт проявит все свои навыки и старание.

Здесь, полагаю, необходимо по-научному определиться с полученными А.И.Захаровым результатами, а также с мнением других авторов, врачей и психологов, в т. ч. не упоминаемых в настоящей статье, проводивших экспериментальные исследования по гипнозу со здоровыми, как они пишут, людьми. Подобные исследования обычно проводились – и проводятся – со школьниками, студентами, волонтерами, выразившими согласие участвовать в эксперименте. Все эти люди условно (подчеркиваю – условно) могут быть отнесены к здоровым, ибо это заключение основано только на том, что они в то время не болели, а учились и не находились в клинике, и им всем не были проведены, надо подчеркнуть, тщательные клинические и параклинические исследования. Кроме того, считаю, нельзя игнорировать мнение известного классика пограничной психиатрии П.Б.Ганнушкина [8] об условности и сомнительности понятия о границе психического здоровья и неизменно пишущего перед определением «нормальные/душевно здоровые люди» два слова – «так

называемые», подчеркивая тем самым диалектический динамизм состояния здоровья и болезни вообще и психического здоровья в частности. Более того, он писал, что пограничные психические расстройства не только разъединяют, но – что, на наш взгляд, более важно – одновременно и соединяют состояния психического здоровья и болезни.

Интересный психологический феномен: это второе свойство пограничных расстройств – «соединяют» – в научно емком определении классика явно менее заметно, чем первое – «разъединяют». Смысл второго свойства как-то ускользает в сравнении с доминирующей идеей первого, очевидно, в связи с порождаемым ею гештальтом разделения, подобно феномену двойных фигур. Не потому ли идея соединения между психическим здоровьем и психическим нездоровьем, которое выполняют пограничные расстройства, недостаточно разрабатывается в психиатрии и психологии?

В связи с изложенным хочу привести собственные наблюдения, которые в определенной степени могут способствовать прояснению вопроса об объективизации соматического и психического состояния людей, принявших участие в клинко-психологическом исследовании феномена гипнотического сомнамбулизма.

На протяжении более 20 лет (прошлые 70–90-е годы) мне приходилось читать публичные лекции по линии общества «Знание», что предоставляло прекрасную возможность многосторонне исследовать феномены внушаемости, гипноза и внушения, в т.ч. в зависимости от пола, возраста, профессии и др. факторов. Всего было прочитано более 300 лекций с последующей демонстрацией феноменов гипноза и внушения. Количество слушателей колебалось от 100 до 2000; обычно норма наполняемости зала составляла 300–500 человек, что в сумме превышает 100 тысяч (соотношение числа женщин и мужчин было приблизительно равным с некоторым преобладанием последних, однако следует отметить в ряде случаев их значительное большинство, например, в сельскохозяйственном училище или техникуме). Возраст значительного большинства слушателей был в пределах 16–30 лет, люди зрелого возраста составляли менее четверти присутствующих.

На каждом выступлении число приглашенных на сцену для демонстрации феноменов внушения колебалось от 5 до 20 и более (чаще всего 10–15, соотношение среди них мужчин/женщин соответствовало соотношению мужчин/женщин среди всех слушателей на лекции), что в сумме превышало 3,5 тысяч человек. Приведенные цифры позволя-

ют лишь очень косвенно и приблизительно судить о выявляемости высокой внушаемости и гипнабельности на подобных лекциях, равной около 3,5%. Число слушателей, присутствующих на сцене для демонстрации феноменов внушения, нас вполне удовлетворяло, поэтому не требовалось изыскивать еще какие-то дополнительные способы и приемы, способствующие повышению внушаемости. С большой вероятностью, основанной на опыте эстрадных выступлений, предполагаю, прояви я большую настойчивость и беспардонность, избирательность и особенно антинаучность, выражающуюся в поощрении умозаключений магически мыслящих слушателей (о чем можно было судить по специфически наивным вопросам типа: «Когда вы поняли, что владеете гипнозом?») процент слушателей, участвующих на сцене, мог быть значительно выше.

Выявление потенциальных сомнамбулов достигалось без особого напряжения (но, разумеется, не в стиле неспешной вечерней прогулки, т.к. попотеть в буквальном смысле приходилось немало, ибо работа эта требует обостренного внимания и оперативности) посредством либо теста на сжатие в замок пальцев рук и других подобных приемов, либо я спускался в зал или же прямо со сцены приглашал к себе «приглянувшихся» мне слушателей. Для опытного глаза потенциальные сомнамбулы весьма заметны на фоне общей массы недоверчивых, подозрительных, ироничных, отвлекаемых, напряженных, рационально-рассудочных людей своей высокой и неконтролируемой эмоциональностью и открытостью с выражением неприкрытого интереса на лицах или даже восхищения с широко раскрытыми глазами.

Весьма заметна высокая вегетативная лабильность, яркие краски на лице, а иногда выраженная бледность, повышенная потливость и влажные ладони. Часто эти люди держат носовые платки в руках. Бросается в глаза их застывший взгляд вплоть до гипнотической кататонии взора. В ряде случаев застывание взгляда приобретало характер очарованности взора. И вообще, следует заметить, что в общей массе сидящих в зале людей они выглядят как-то одиноко, уединенно. Приглашенные мной слушатели, как правило, охотно выходили на сцену. В некоторых случаях требовалось повторное, более императивное приглашение. В тех случаях, когда у слушателей с кататонией взора обнаруживались затруднения в способности к самостоятельному передвижению, по нашей просьбе, им помогали выйти на сцену их соседи.

Должен отметить, что из трех с половиной

тысяч людей, участвующих в демонстрации феноменов сомнамбулизма, только немногие (не более 20) затем обратились к нам по поводу невротических и личностных проблем; среди них были и те, кто просил помочь им снизить внушаемость, что и послужило стимулом для разработки второго способа «прививки против внушения». Представляет несомненный интерес то, что число слушателей, сидевших в зале и не попавших/не вышедших затем на сцену, которые обратились впоследствии к нам в связи с невротическими и психосоматическими проблемами, было на порядок больше.

Таким образом, подводя итог клинико-психологическим наблюдениям трех с половиной тысяч условно здоровых исследованных лиц, погружающихся в гипнотический сомнамбулизм, можно с достаточной уверенностью заключить, что эмоционально-аффективная сфера и тесно связанная с ней вегетативная регуляция у них высоко чувствительны и ранимы, что предполагает патологию в области височных долей.

Можно с большой вероятностью предположить, что данная аномалия, с другой стороны, способствует компенсации их психического и соматического состояния за счет того, что называлось И.П.Павловым охранительным торможением, а так же подобно наблюдающейся компенсации интеллектуально-мнестических и поведенческих функций у слепых и глухих. У первых гиперкомпенсирован слух, мышечное чувство, обоняние и осязание, в результате чего они достаточно хорошо ориентированы в пространстве и часто высоко интеллектуальны (например, всемирно известный математик академик Л.С.Понтрягин, 1909–1989), а у вторых – зрение, интуиция, благодаря чему они «видят» по губам и мимике произносимые слова и намерения говорящих и находящихся рядом людей.

Хотелось бы отметить – и это очень важно в контексте обсуждаемого – еще некоторые особенности у наблюдаемых и леченных нами пациентов, погружающихся в глубокий сомнамбулизм, которых оказалось более 100 человек: во-первых, в анамнезе у них часто наблюдались эпизоды сногворения, снохождения, повышенной двигательной активности во время сна, а также энурез в детстве; во-вторых, у них же отмечалось доминирование парасимпатического отдела ЦНС, на что указывала склонность к брадикардии и гипергидроз ладоней и стоп (особенность, которую отмечали в подобных случаях практически все корифеи гипнотерапии); в третьих, тщательные объективные исследования ЦНС (компьютерная томогра-

фия, МРТ, ЭЭГ, проведенные у немногих) выявляли признаки органического поражения мозга преимущественно в височных и височно-затылочных областях.

Что касается личностной и характерологической оценки пациентов, погружающихся в гипнотический сомнамбулизм, то, надо признать, что со времен Ж.-М.Шарко и Э.Бернгейма здесь закрепились представления, что это область исключительно истерии. Упомянутая статья В.Е.Рожнова и М.Е.Бурно в более современных терминах и как бы по-новому представляющая тему, по существу, повторяет тот же древний стереотип. Полагаем, тому во многом способствует мнение, что истерические проявления (как, впрочем, и психастенические) возможны сами по себе, вне конституциональных особенностей индивидуума (эпилептоидных, аффективных, шизоидных), но и, конечно, без всякой там отягощенности экзогенной или, тем более, эндогенной патологией.

В действительности же, по нашим наблюдениям, и из более ста упоминаемых пациентов в кабинете, и из трех с половиной тысяч слушателей на сцене зала больше половины составляли мужчины, а они, что широко известно, в общей массе истерических личностей находятся в соотношении один к десяти-пятнадцати (а то и к двадцати) женщинам. Уже только эти цифры – упрямая вещь – заставляют взглянуть по-иному на личностную характеристику людей, погружающихся в гипнотический сомнамбулизм. Согласно нашим исследованиям, больше половины, т.е. преобладающую группу среди них, составляли личности эпилептоидного круга, включая церебральных органиков, а затем по мере уменьшения – истеро-эпилептоиды, истеро-аффективные, истеро-шизоидные личности. При этом в разнородной группе истериков отягощенность органическим поражением ЦНС в разной степени выраженности отмечена у большинства пациентов.

По нашим наблюдениям, в сравнении с 3,5% условно здоровых людей (что, как было указано выше, равно в среднем за сеанс 10–15-ти испытуемым), погружающихся в гипнотический сомнамбулизм на сцене зала со слушателями, подобный процент выявляемых на сеансах гипнотерапии в оборудованном кабинете поликлиники среди пациентов с невротическими и психосоматическими расстройствами значительно, в несколько раз ниже, не более 1%. Парадокс, но это факт: несмотря на то (но, возможно, и вопреки), что сцена зала ярко освещена, участвующие в публичном представлении гипноза люди стоят или сидят на жестких стульях во вре-

мя погружения в транс, когда в затемненном зале, обычно полном, сидят, вначале зажав дыхание, а потом бурно реагируя, 300–500 и более слушателей/зрителей, они быстро погружаются в сомнамбулическую стадию; а в хорошо оборудованном кабинете психотерапии – тишина (но можно создавать и успокаивающий/расслабляющий звуковой фон, способствующий медитации, типа тибетской музыки, шума морского прибоя и т.п.) и комфорт (мягкие кресла с подголовниками, удобные кушетки с мягкими подушками и пледами, полузатемнение, кондиционер, обеспечивающий температуру комфорта), т.е. все, что благоприятствует наступлению глубокого гипнотического сна, – искусственный сомнамбулизм индуцируется в три раза реже.

Мнимый парадокс (мнимый, конечно, с позиции рассмотрения гипнотического сомнамбулизма как частичного сна или даже просто как снаподобного состояния, которое успешнее развивается в комфортных условиях) мы объясняем тем, что для развития искусственного/гипнотического сомнамбулизма необходима, в первую очередь, диссоциация мозговой деятельности при наличии раппорта с гипнотизером, приводящая к дезориентации в месте, времени, собственной личности. Этому как раз и способствуют условия ярко освещенной сцены большого затемненного зала, вызывающие у впервые попавших на нее высоко эмоциональных и впечатлительных людей растерянность и оторопь [9]. Будучи (по И.П.Павлову) гипнотическими фазами, они усиливают диссоциацию мозговой деятельности и внушаемость, что и реализуется в форме гипнотического сомнамбулизма.

Условия хорошо оборудованного кабинета психотерапии, напротив, способствуют концентрации внимания пациента на враче и проводимых им лечебных воздействиях, т.е. пациент собран; психотерапевт же мотивирован, в отличие от эстрадного гипнотизера, на лечебный эффект гипносуггестий, а не на демонстрацию ярких, но подчас ненужных/лишних для терапии невротических и психосоматических расстройств гипносуггестивных феноменов. Поэтому даже при погружении пациентов в кабинете психотерапии в глубокий гипнотический сон (даже со спонтанной амнезией, необходимой для развития искусственного сомнамбулизма), мозговой диссоциации не происходит. Пациент спит и слышит голос врача, но он не может двигаться и воспринимает внушения как сновидения. Об этом можно судить, анализируя в постгипнотическом состоянии пациента испытываемые им ощущения.

В типичных случаях внушения/сновидения реализуются терапевтически посредством постгипнотических психосоматических и поведенческих реакций и установок. Только приблизительно у 1% подобных пациентов – при условии, что психотерапевт обладает необходимым опытом и сохраняет внимательность – может быть выявлен искусственно наведенный сомнамбулизм. О предрасполагающей к нему, по нашим наблюдениям, органической патологии ЦНС было рассказано несколько раньше. В связи с этим можно предполагать, что знаменитый парижский невролог Ж.-М.Шарко потому признавал в конце XIX в. гипноз патологическим состоянием, что не разделял, а объединял органическую мозговую предрасположенность и функциональные невротические проявления, органическую мозговую патологию и характер (и этот ряд можно продолжить, имея в виду воспитание, привычки, духовность, др.).

Каким бы ни было отношение к проблеме взаимоотношения/взаимодействия органическое – функциональное (включая, разумеется, и тяжелую органическую патологию, ибо многочисленные наблюдения подтверждают правило: чем больше органического, тем больше функционального), нельзя не согласиться с тем, что, являясь собой в начале жизненного пути *tabularasa* (но все-таки ту или иную), в зрелые годы человек уже выступает как соавтор произошедших с ним перемен в интеллектуальной, поведенческой, социальной и т.п. сферах, несмотря (и часто вопреки), разнообразным органическим церебральным факторам.

В практической работе нам приходилось оказывать психотерапевтическую помощь пациентам, впадающим в глубокий амнестический сомнамбулизм, которые желали бы всегда контролировать свое состояние. Эти пациенты при доверительном контакте с психотерапевтом в процессе последовательного проведения познавательного поведенческой психотерапии вначале успешно постигали психофизиологические механизмы внушаемости, гипноза и внушения (в т.ч. и изложенные в настоящей статье), а затем овладевали приемами самоконтроля и самообладания.

Известно, что одним из главных феноменов сомнамбулической стадии гипноза является возможность успешной реализации постгипнотических внушений. В данном случае внушается возможность вспомнить все, что происходило в гипнозе. Затем в серии гипнотических сеансов натренировывается этот механизм.

Вторым столь же эффективным способом перевода амнезируемого во вспоминаемое, бессознательного в сознаваемое является анализ посредством наводящих вопросов в постсомнамбулическом состоянии всего того, что пациент воспринимал в гипнозе (слышал, видел, ощущал), что, собственно, и демонстрировал И. Бернгейм своим курсантам, среди которых находился одно время и молодой врач З. Фрейд.

С использованием постгипнотических внушений проводится тренировка бодрствования и критического отношения к словам и действиям гипнотизера. В беседах следует развенчать гипноз как магическое средство. С позиций Э. Куэ [10], «нет внушения без самовнушения», пациент овладевает приемами саморегуляции, тренирующими

волю, развивающими самосознание, самоуважение, уверенность в себе.

Подобное уважительное отношение к пациенту, погружающемуся в сомнамбулизм, со стороны психотерапевта и профессиональное использование им столь обоюдоострого оружия, каким является гипнотический сомнамбулизм, приводит к желательному результату: гипнабельность становится подконтрольной пациенту и в общем снижается. Всем нашим пациентам, обратившимся с просьбой о том, чтобы они смогли посмотреть представления эстрадного гипноза из зала (ибо, с их слов, ранее они всегда оказывались на сцене и амнезировали все представление), нам удалось совместными усилиями реализовать их установку.

Литература

1. Prostimolotov V. F. Priem suggestivnogo provotirovaniya nevroticheskikh simptomov [Admission to provoke neurotic symptoms suggestive]. Razmyshlenie o psikhoterapii: monografiya, Odessa, VMV Publ., 2013, 352 p., pp. 249-252. (In Russ.)
2. Prostimolotov V. F. Klassicheskiy metod «Psikhoterapiya nakontakte» v professional'nom i empiricheskom ispolnenii [The classical method of «Psychotherapy on track» in professional and empirical performance]. Zhurn. psikhologii, nevrologii i meditsinskoj psikhologii, Kharkov, 2014, no. 1, pp. 25-35. (In Russ.)
3. Apter I. M. Vozrazheniya na stat'yu Rozhnova i Burno [Objections to the article Rozhnova and Burno]. Zhurn. nevropat. i psikhiat. im. S. S. Korsakova, 1976, no. 9, pp. 1408-1409. (In Russ.)
4. Rozhnov V. E., Burno M. E. Gipnoz kak iskusstvenno vyzvannaya psiko-logicheskaya zashchita (klinicheskoe issledovanie istericheskikh i psikha-stenicheskikh besoznatel'nykh mekhanizmov v gipnoze i stressovoy situatsii) [Hypnosis as an artificially induced psychological defense (clinical study of historical and psychasthenic unconscious mechanisms in hypnosis and stress)]. Zhurn. nevropat. i psikhiat. im. S. S. Korsakova, 1976, no. 9, pp. 1406-1408. (In Russ.)
5. Zakharov A. I. Izuchenie fenomena gipnabel'nosti [Studying the phenomenon of hypnotizability Zhurn. Vestnik hypnology and psychotherapy]. Zhurn. Vestnik gipnologii i psikhoterapii, St. Petersburg, 1992, no. 2, pp. 28-30. (In Russ.)
6. Prostimolotov V. F. Gipnoz i ego proizvodnye: metodicheskie rekomendatsii MZ RM [Hypnosis and its derivatives: MOH guidelines PM]. 1998, 32 p. (In Russ.)
7. Pavlov I. P. Dvadtsatiletniy opyt ob'ektivnogo izucheniya vysshey nervnoy deyatel'nosti (povedeniya) zhivotnykh [Twenty Years of Objective Study of Higher Nervous Activity (Behavior) of Animals]. Moscow, Nauka Publ., 1973, 508 p. (In Russ.)
8. Gannushkin P. B. Izbrannyye trudy [The selected works]. Moscow, Meditsina Publ., 1964, 292 p. (In Russ.)
9. Prostimolotov V. F. Priem otoropi [Reception otorop]. Razmyshlenie o psikhoterapii: monografiya, Odessa, VMV Publ., 2013, 352 p., pp. 221-223. (In Russ.)
10. Kue E. Shkola samoobladaniya putem soznatel'nogo samovnusheniya (per. s frants.) [The school self-conscious through self-hypnosis (trans. from French.)]. Nizhny Novgorod, Dom sanprosveta Publ., 1928, 71 p. (In Russ.)

НОВИЙ ІНТЕГРАТИВНИЙ МЕТОД ПСИХОТЕРАПІЇ «ЩЕПЛЕННЯ ПРОТИ СУГЕСТІЇ»

В.Ф.Простомолотов
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Анотація. Відомо, особливо досвідченим психотерапевтам та наркологам, що знайдена у пацієнтів сугестивність, незважаючи на швидкий ефект у багатьох випадках, зумовлює короткочасний успіх. Податливість негативному зовнішньому або внутрішньому сугестивному впливу велика, а лікар не може бути весь час поряд. Враховуючи це, ми розробили й ефективно використовуємо протягом декількох років метод «Щеплення проти сугестії» у формі двох способів.

Ключові слова: вносна сугестивність, інтегративний, психотерапія, сомнамбулізм.

THE NEW INTEGRATIVE METHOD OF PSYCHOTHERAPY «INOCULATION AGAINST SUGGESTION»

V. F. Prostimolotov
I. I. Mechnikov Odessa national university

Summary. It's known, to particularly experienced psychotherapist and narcologist, what exposing at patients high suggestibility predetermines in many cases, in spite of rapid effect, of short duration success of medical. The complainant to negative external or internal suggestibility influence is heightened, but doctor cannot be permanent near. We devise and effectively employ about many years the method "Inoculation against suggestion" in form of two modes, when take that into account.

Key words: suggestibility, integrative, psychotherapy, somnambulism.

УДК 616.8:378.4(477.54):929Ковалевський



ПАВЛО ІВАНОВИЧ КОВАЛЕВСЬКИЙ – ВИЗНАЧНИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ПСИХІАТР, ПРОФЕСОР ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ (ДО 165-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

О. І. Вовк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. У статті висвітлено ключові етапи біографії визначного вітчизняного психіатра, одного з фундаторів Харківської психіатричної школи, випускника, професора, декана медичного факультету та першого завідувача спеціалізованої кафедри Харківського університету Павла Івановича Ковалевського (1849/1850–1931). Схарактеризовано різні аспекти багатогранної діяльності П. І. Ковалевського (науковий, лікувально-практичний, педагогічний, видавничий, громадський). Підбито підсумки щодо ролі харківського періоду у творчій біографії вченого. Визначено перспективні напрями майбутніх досліджень, що дадуть змогу показати значення досягнень П. І. Ковалевського у загальноєвропейському масштабі.

Ключові слова: П. І. Ковалевський, Харківський університет, історія психіатрії.

Вступ

Харківський університет, який у 2015 р. відзначив своє 210-річчя, по праву вважається одним з найстаріших вищих навчальних закладів нашої держави. Кількість осіб, що протягом усього цього часу працювали та здобували освіту в його стінах, обчислюється сотнями тисяч. Саме вони сформували неповторне «обличчя» університету, забезпечили його постійне наукове прогресування. Одним з людей, що яскраво вписали своє ім'я до університетської історії, став «батько російської психіатрії», перший завідувач спеціалізованої кафедри в Харківському університеті Павло Іванович Ковалевський.

Мета дослідження

Висвітлення основних віх життя П. І. Ковалевського та характеристики наукового, лікувально-практичного, педагогічного, видавничого та громадського аспектів його діяльності.

Результати та обговорення. Павло Іванович Ковалевський народився у 1849 р. [див., наприклад: 1, с. 90 та ін.] (за іншими даними – у 1850 р. [див., наприклад: 2, стб. 40 та ін.]) у містечку Петропавлівка Павлоградського повіту на Катеринославщині (нині це районний центр у Дніпропетровській області) у родині священика. Достеменних відомостей про те, ким були інші предки П. І. Ковалевського, на сьогодні не виявлено. Згідно з однією з версій, що була висловлена у брошурі «Род Ковалевских за триста лет (1651–1951)» (Париж, 1951), Павло Іванович міг належати до слобідської гілки давнього аристократичного козацького роду Ковалевських [див. 3, с. 29]. Якщо це припущення правильне, то П. І. Ковалевський може бути далеким родичем засновника Харківського університету В. Н. Каразіна, чия мати Варвара Яківна також походила з роду Ковалевських [див., наприклад: 3, с. 21; 4, с. 59 та ін.].

З дев'ятирічного віку П. І. Ковалевський, наслідуючи справу батька, виховувався у Катеринославській духовній семінарії. Юнак захоплювався природознавством, тому після закінчення семінарії у 1869 р. не пішов по духовній стезі, а вступив на медичний факультет Харківського університету [5, с. 77]. З другого курсу він розпочав науково-дослідницьку діяльність під керівництвом професора І. М. Оболенського (1841–1920), який очолював щойно відкриту кафедру загальної патології. Робота саме на цій кафедрі приваблювала багатьох студентів, в першу чергу, завдяки високій педагогічній майстерності, широкій ерудиції та особистісним якостям її керівника. Професор навчав студентів ретельно аналізувати стан хворого із застосуванням найновітніших методів дослідження, свідомо розбиратися у кожному конкретному випадку, виявляти гуманне ставлення до пацієнтів [6, с. 77–78]. Аналіз подальшої професійної діяльності П. І. Ковалевського свідчить про засвоєння та використання ним настанов І. М. Оболенського, про якого в Павло Іванович в усі наступні роки відгукувався з повагою та захопленням і вважав себе його учнем [7, с. 149].

У 1874 р. П. І. Ковалевський закінчив університетський курс *sum eximia laude* (з відзнакою) і був залишений на факультеті для підготовки до професорського звання. Одночасно він зайняв посаду позаштатного ординатора відділення душевнохворих Харківської губерньської земської лікарні (сьогодні – Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3). Варто зазначити, що в той час заклади для утримання психічно хворих нагадували, за висловом юриста А. Ф. Коні, «філіальні відділення дантового пекла» (тут і далі переклад наш – О. В.) [цит. за: 8, с. 383]. Пацієнти піддавалися побиттю, для стримування буйних за-

стосовувалися ремені, ланцюги та кайдани. Побачена картина обурила П. І. Ковалевського, тож він виступив на захист душевнохворих та активно взявся за реорганізацію порядків, що склалися у лікарні. Серед запроваджених ним нововведень було відкриття спеціальних майстерень для пацієнтів, у яких вони б могли займатися фізичною працею. Завдяки старанням Павла Івановича та його послідовників з побуту «жовтого будинку» зникли жорстокі засоби фіксації, а душевнохворі отримали право називатися хворими, яким необхідне не знуцання, а лікування [5, с. 80].

У 1877 р. П. І. Ковалевський отримав ступінь доктора медицини, захистивши дисертацію на тему «Изменение чувствительности кожи у меланхоликов», і був залишений на кафедрі спеціальної патології і терапії. У 1878 р. він отримав звання приват-доцента, а з 1879 р. призначений штатним доцентом університету [7, с. 215–216]. Павлу Івановичу було доручено читати курси лекцій з нервових хвороб (3–4 години на тиждень) та психіатрії* (2–3 години на тиждень). Також він вів клініку (2 години на тиждень) спершу в Харківській губернській земській лікарні, а згодом – у приватній клініці доктора І. Я. Платонова [7, с. 66]. Ведучи активну практичну, наукову та викладацьку діяльність, П. І. Ковалевський постійно прагнув до фахового удосконалення. З метою оволодіння сучасними методами лікування душевних хвороб він неодноразово виїжджав за кордон (працював у Римі та ін.), стажувався в Казанському університеті під керівництвом професора О. І. Фрезе (1826–1884) [5, с. 83]. У 1884 р., після прийняття нового Статуту Харківського університету, було засновано самостійну кафедру систематичного і клінічного вчення про нервові та душевні хвороби, першим керівником якої став П. І. Ковалевський [7, с. 388]. У 1886 р. він став екстраординарним, а у 1887 р. – ординарним професором, в 1894 р. – деканом медичного факультету [7, с. 215].

1880-ті – 1890-ті рр. можуть бути визнані одним з найбільш плідних періодів у творчому житті П. І. Ковалевського. У цей час він проявив себе як успішний організатор і діяльний популяризатор медичної та, зокрема, психіатричної науки й освіти. Він виступив ініціатором та одним з організаторів Першого з'їзду російських психіатрів і невропатологів [8, с. 90], що розпочав свою роботу 5 січня 1887 р. у Москві та об'єднав 440 лікарів з усієї країни [9, с. 393]. З 1893 р. П. І. Ковалевський очолював Товариство медицини і гігієни при Хар-

ківському університеті (виділилося з університетського Товариства дослідницьких наук). У 1894 р. в межах діяльності Товариства професор запровадив відкриті публічні засідання, які присвячувалися питанням, що не втратили своєї актуальності й до сьогоднішні. Зокрема, широко обговорювалася проблема фізичного виховання дітей. П. І. Ковалевський переконував, що система освіти для дітей та підлітків має бути реформована з тим, аби уникнути надмірного розумового перенапруження молоді, яке в перспективі призводить до виникнення нервових хвороб, сприяє алкоголізму та підвищує ризик суїциду. Також він виступав за розумне поєднання розумових і фізичних навантажень, що дозволило б уникнути знесилення молодого організму [10, с. 47].

Одним з важливих напрямків діяльності П. І. Ковалевського стала видавнича та редакторська робота. З квітня 1883 року почав виходити «Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии» – перший у Росії науковий журнал, спеціально присвячений цим галузям знання. П. І. Ковалевський був його засновником та упродовж 14 років – беззмінним головним редактором. До редакційної колегії часопису в різні роки входили П. М. Автократов (доктор медицини, завідувач психіатричного відділення Варшавсько-Уяздівського військового шпиталю), В. М. Бехтерев (засновник Петербурзького психоневрологічного інституту, академік Петербурзької АН, почесний член Харківського університету), В. П. Сербський (доктор медицини, завідувач кафедри психіатрії Московського університету, один із засновників судової психіатрії в Російській імперії), С. І. Штейнберг (доктор медицини, головний лікар Преображенської психіатричної лікарні в Москві та Саратовської психіатричної лікарні) та ін. [11, с. 117–118]. Примітно, що для студентів, які замовляли літературу в редакції вказаного часопису, була передбачена знижка у розмірі від 20 до 30 % від первісної вартості – таким чином П. І. Ковалевський прагнув мотивувати молодих дослідників до саморозвитку і самоосвіти [10, с. 46].

Також П. І. Ковалевський брав участь у виданні таких спеціалізованих медичних періодичних видань, як «Журнал медицины и гигиены» (Харків, 1894), «Русский медицинский вестник» (Петербург, 1899–1905), «Вестник идиотии и эпилепсии» (Петербург, 1903), «Вестник душевных болезней» (Петербург, 1904–1905). Протягом 15 років він виконував обов'язки співредактора часопису «Archiv fur Psychiatrie und Nervenheilkunde» («Архів для психіатрії і нервової медицини»), що виходив у Страсбурзі [11, с. 119].

* — З 1877 р. психіатрія увійшла до переліку обов'язкових предметів, що викладалися студентам медичного факультету Харківського університету.

П. І. Ковалевський не лише забезпечував комунікацію між фахівцями, редагуючи наукові часописи, а й виступив автором понад 300 монографій, брошур, журнальних статей з різноманітних питань психіатрії, неврології і психології [5, с. 86]. Він став одним з перших вітчизняних спеціалістів, хто у своїй творчості звернувся до патографії (історії життя видатної історичної особистості, розказаної крізь призму її хвороби – найчастіше психічної). Цей жанр виник у середині XIX ст. в Західній Європі, а наприкінці XIX – на початку XX ст. став затребуваним у середовищі російських читачів [12]. П. І. Ковалевському у серії «Психиатрические эскизы из истории» (перше видання – 1892–1893 рр.) вдалося створити патографічні портрети Івана Грозного, Петра I, Навуходносора, Жанни д'Арк й інших історичних постатей [13–15 та ін.]. Автор у передмові до одного з томів скромно називав себе «лише допитливою людиною», яка бажає в міру своїх сил привнести до історичної біографії результати доробку фахівців-психіатрів [13, с. 4]. Це завдання було виконане П. І. Ковалевським на найвищому рівні: його «Психиатрические эскизы...» ще за життя автора витримали п'ять перевидань і сьогодні визнані класикою вітчизняної історичної психології.

Ведучи напроцуд активну та плідну наукову та громадську діяльність, П. І. Ковалевський завжди відводив важливе місце для роботи зі студентами. Він став автором ґрунтовного «Учебника психиатрии для студентов», який витримав чотири видання (1880, 1885, 1886, 1892), а його лекції завжди були цікавими для слухачів. Наприклад, випускник Харківського університету 1890-х рр., в подальшому – заслужений лікар України, Г. А. Бердичевський (1873 – після 1950) залишив такі спогади: «Художньо читав нервові хвороби та психіатрію професор П. І. Ковалевський. Типи психопатологічних відхилень він зображував пластично виразно. Вміло й переконливо зупинявся на ролі навіювання і психотерапії» [16, с. 298].

Ще один випускник медичного факультету Харківського університету 1893 р., в подальшому – доктор медичних наук, професор М. В. Країнський (1869–1951) писав: «Глибоко впевнений, що усім тим, що мені вдасться зробити на користь науки та на користь численних душевнохворих, що проходять через мої руки, я у повній мірі зобов'язаний тим строго науковим і гуманним принципам, які ми завжди чули від нашого учителя. З глибокою повагою та вдячністю я згадую ту наукову дисципліну, яка завжди була характерною рисою школи Павла Івановича, а виняткове,

позбавлене будь-якої поблажливості, вимагання ним від своїх учнів виконання свого обов'язку, при тому з недопущенням жодних компромісів зі своїми переконаннями та совістю, значно полегшує його учням важку задачу боротьби у практичній діяльності та житті російських психіатрів» [17].

Про авторитет П. І. Ковалевського у студентському середовищі свідчить повідомлення у газеті «Харьковские губернские ведомости», присвячене від'їзду професора з Харкова у листопаді 1894 року: «Величезна аудиторія ледь могла умістити ту масу студентів, що хотіла в останнє почути свого шановного професора. Прощання відрізнялося зворушливим задушевним характером; оплески, що супроводжували професора, довго не змовкали після його виходу з аудиторії» [цит. за: 10, с. 45].

У 1894 р. П. І. Ковалевського було переведено до Варшави та призначено ректором Варшавського університету [7, с. 215]. На цій посаді він працював до 1897 р., залишивши її після тяжкої хвороби. З 1903 по 1906 рр. завідував кафедрою психіатрії Казанського університету. Напередодні революції 1917 р. упродовж двох років читав курс судової психопатології на юридичному факультеті Петроградського університету, одночасно беручи участь у роботі низки громадських організацій (Інститут братів милосердя, Комітет Червоного Хреста та ін.) [5, с. 86].

Подальша доля лікаря та вченого тривалий час була невідомою; існувала думка, що він помер у 1923 р. у Петрограді [1, с. 91 та ін.]. Проте недавня знахідка О. Л. Гуревича (старшого наукового співробітника Всеросійської державної бібліотеки іноземної літератури ім. М. І. Рудоміно в Москві) дозволила пролити світло на останні роки життя лікаря і вченого. У фондах Державного архіву Російської Федерації в Москві зберігся лист П. І. Ковалевського до єпископа Євлогія (Георгієвського), датований 5 (19) квітня 1925 року. У цьому листі Павло Іванович стисло виклав історію свого життя. Згідно з документом, після революції 1917 р. П. І. Ковалевський був мобілізований до Червоної армії, очолюючи лікарняну частину військового загону. Згодом працював головним лікарем психіатричного та нервового відділення Миколаївського шпиталю в Петрограді. У 1924 р. ледве не загинув через переслідування влади, проте у грудні того ж року отримав дозвіл на виїзд за кордон. У 1925 р. прибув до Бельгії, де мешкав у м. Спа. У листі П. І. Ковалевський також писав про те, що бажав би викладати курс психології у Свято-Сергієвському ін-

ституті в Парижі [18, с. 178], який був заснований у 1925 р. та став духовним центром російської еміграції. Однак відомостей про те, чи вдалося професору зайняти посаду, яку він шукав, на сьогоднішній день не виявлено. Життя П.І.Ковалевського обірвалося 17 жовтня 1931 року у бельгійському м. Льеж [19, с. 341].

Висновки. Таким чином, протягом життя П.І.Ковалевському вдалося зробити значний внесок у розвиток науки та практики лікування нервових і психічних розладів. Варто визнати, що харківський період діяльності

вченого (1877–1894 рр.) виявився найбільш плідним у його біографії. Разом з тим, подальшого вивчення потребують і подальші віхи «персональної мікроісторії» життя вченого (особливо це стосується років його еміграції). Проведення пошуків у вказаному напрямку в перспективі дозволить заповнити існуючі прогалини в масиві знань про цю особистість та більш рельєфно показати значення досягнень П. І. Ковалевського не лише у вітчизняному, але і в загальноєвропейському масштабі.

Література

1. Ovchynnikova O. S. Kovalevs'kyj Pavlo Ivanovych. Vydatni vyhovanci Harkivs'koi' vyshhoi' medychnoi' shkoly: biobibliogr. dovidn. [za zag. red. prof. V. M. Lisovogo] [Outstanding students of higher medical education Kharkov: biobibliogr. directory [the Society. Ed. prof. V. M. Lisovoj]. Kharkiv, 2010, pp. 90-91. (In Ukr.)
2. Kovalevskiy Pavel Ivanovich. Novyy entsiklopedicheskiy slovar' [pod obshch. red. K. K. Arsen'eva] [New Collegiate Dictionary [ed. K. K. Arsenyev], 1915, vol. 22, column 40-41. (In Russ.)
3. Kovalevskiy P. E. Rod Kovalevskikh za trista let (1651–1951) [Genus Kovalevsky three hundred years (1651–1951)]. Khar'kovskiy istoricheskiy al'manakh [Kharkiv Historical Almanac], Kharkiv, 2002, autumn-winter, pp. 17-31. (In Russ.)
4. Berezyuk N. M. Dostoynye svoego roda: (Ksemeynomu portretu Karazinykh) [Worthy of sort: (a family portrait of Karazin)]. Universytety [Universitates], 2003, no. 1, pp. 58-68. (In Russ.)
5. Petryuk P. T. Professor Pavel Ivanovich Kovalevskiy – vydayushchiysya otechestvennyy uchenyy, psikhiatr, psikholog, publitsist i byvshiy saburyanin (k 160-letiyu so dnya rozhdeniya) [Professor Pavel Ivanovich Kovalevskiy – an outstanding Russian scientist, psychiatrist, psychologist, journalist and former saburyanin (to the 160th anniversary of his birth)]. Psykhichne zdorov'ya [Psikhichne Zdorov'ya], 2009, no. 3, pp. 77-87. (In Russ.)
6. Lesovoy V. N., Petrova Z. P. Sozdatel' sluzhby skoroy pomoshchi v Khar'kove Ivan Nikolaevich Obolenskiy (k 170-letiyu so dnya rozhdeniya) [The creator of the ambulance service in Kharkov Ivan Obolenskiy (170th anniversary)]. Universytety [Universitates], 2012, no. 1, pp. 76-82. (In Russ.)
7. Meditsinskiy fakul'tet Khar'kovskogo universiteta za pervye sto let ego sushchestvovaniya (1805–1905) [pod red. prof. I. P. Skvortsova i prof. D. I. Bagaley, Vstup. sl. S. M. Kudelko] [reprintnoe izdanie] [Of medical faculty of Kharkov University for the ego The first one hundred years of existence (1805-1905)] [ed. prof. I.P. Skvortsov and prof. D.I. Bagalei, foreword SM Kudelko] [reprint ed.]. Kharkiv, Saga Pul., no. 12, vol. 471, issue 314, p. 16. (In Russ.)
8. Kudelko S. M. Ocherk istorii razvitiya psichiatrii v Harkovskom klassicheskom universitete [Essay of the history of psychiatry at Classical University of Kharkiv]. Psichiatriia, nevrologiia ta medychna psikhologiia [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology], 2014, vol. 1, issue 1 (1), 89-93 p. (In Russ.)
9. Kannabikh Yu. Istoriya psichiatrii [Repr. izd.] [The history of psychiatry [Repr. ed.]]. Moscow, MDG IHL BOC Publ., 1994, 528 p. (In Russ.)
10. Lutajeva T. V. Analiz prosvitnych'ko-pedagogichnoi' dijial'nosti P. I. Kovalevs'kogo v konteksti problemy vyhovannja osobystosti [Analysis of educational and pedagogical work P. I. Kovalevsky in the context of education of the individual]. Pedagogika formuvannja tvorchoi' osobystosti u vyshhij i zagal'noosvitnij shkolah [Pedagogy formation of creative personality in higher and secondary schools], 2013, vol. 33, pp. 43-49. (In Ukr.)
11. Sadvinychij V. Pavlo Kovalevs'kyj - redaktor i vydavec' medychnoi' periodyky [Pavlo Kovalevsky – editor and publisher of medical periodicals]. Zhurnalistyka [Journalism], 2012, no. 11(36), pp. 114-123. (In Ukr.)
12. Sirotkina I. E. Patografiya kak zhanr: kriticheskoe issledovanie [Patography as a genre: a critical study]. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii [Medical psychology in Russia], 2011, no. 2(7). Available at: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer10.php. (In Russ.)
13. Kovalevskiy P. I. Psikhiatricheskie eskizy iz istorii. T. 1. Saul, tsar' Izrailev. Navukhodonosor, tsar' Vavilonskiy. Kambiz, tsar' Persidskiy. Lyudvig II, korol' Bavarskiy. Vizantiyskiy Groznyy [Psychiatric sketches from history. Vol. 1. Saul, king of Israel. Nebuchadnezzar, king of Babylon. Cambyses, king of Persia. Ludwig II, King of Bavaria. Byzantine Terrible]. 3rd ed., St. Petersburg, Typography M. Akinfiev and I. Leontiev, 1900, 228 p. (In Russ.)
14. Kovalevskiy P. I. Psikhiatricheskie eskizy iz istorii. Vol. 2. Orleanskaya deva. Magomet. Emmanuil Svedeborg [Psychiatric sketches from history. Vol. 2. The Maid of Orleans. Mahomet. Emmanuel Svedeborg]. 3rd ed., St. Petersburg, Publisher of the journal "Archives of psychiatry, neurology and forensic psychopathology", 1900, 342 p. (In Russ.)
15. Kovalevskiy P. I. Psikhiatricheskie eskizy iz istorii. T. 3. Ioann Groznyy i ego dushevnoe sostoyanie [Psychiatric sketches from history. Vol. 3. Ivan the Terrible and his state of mind]. 5th ed., St. Petersburg, Typography M. Akinfiev and I. Leontiev, 1899, 292 p. (In Russ.)
16. Berdichevskiy G. A. Fragmenty iz proshlogo Khar'kovskoy meditsinskoy shkoly [Fragments from the past of the Kharkov Medical School]. Harkivs'kyj universytet XIX – pochatku XX stolittja u spogadah jogo profesoriv ta vyhovanciv : u 2 t. [uklad. Y. P. Zajcev, V. Ju. Ivashenko, S. M. Kudelko [ta in.] ; nauk. red. S. I. Posohov] [Kharkiv University XIX - early XX century in the memories of its professors and students, in 2 vols. [comp. Y. P. Zaitsev, V. Yu. Ivaschenko, S. M. Kudelko [et al.]; science ed. S. I. Posohov]], Kharkiv, 2011, vol. 2, pp. 293-299. (In Russ.)
17. Krainskiy N. V. Porcha, klikushi i besnovatyie [Corruption, hysterical and possessed]. Available at: <http://pathographia.narod.ru/new/KLIKUSHY.htm>. (In Russ.)

18. Gurevich A. L. Religioznye arkhivy russkoy emigratsii: fond mitropolita Evlogiya (Georgievskogo) v GARF [Religious Archives of the Russian emigration: Foundation of Metropolitan Eulogy (St. George) in SARF]. XVI ezhegodnaya Bogoslovskaya konf. PSTGU [9-11 okt. 2005 g. i 26-28 yanv. 2006 g.] [gl. red. protoierey V. Vorob'ev] [Theological XVI annual conf. PSTGU [9-11 October. 2005 and 26-28 January, 2006]

[editor in chief of Archpriest V. Vorobyov]], Moscow, 2006, vol. 2, pp. 176-180. (In Russ.)

19. Nezabytye mogily. Rossiyskoe zarubezh'e: nekrologi 1917-1999 : v 6 t. [sost. V. N. Chuvakov] [Unforgotten grave. Russian Abroad: Obituaries 1917-1999: 6 m. [comp. VN Chuvakov]]. Moscow, RSL Publ., 2001, vol. 3, 676 p. (In Russ.)

**ПАВЕЛ ИВАНОВИЧ КОВАЛЕВСКИЙ –
ВЫДАЮЩИЙСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПСИХИАТР,
ПРОФЕССОР ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
(К 165-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

О. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. В статье освещены основные этапы биографии выдающегося отечественного психиатра, одного из основателей Харьковской психиатрической школы, выпускника, профессора, декана медицинского факультета и первого заведующего специализированной кафедры Харьковского университета Павла Ивановича Ковалевского (1849/1850–1931). Охарактеризованы различные аспекты многогранной деятельности П. И. Ковалевского (научный, лечебно-практический, педагогический, издательский, общественный). Сделаны выводы о роли харьковского периода в творческой биографии ученого. Определены перспективные направления дальнейших исследований, которые дадут возможность показать значение достижений П. И. Ковалевского в общеевропейском масштабе.

Ключевые слова: П. И. Ковалевский, Харьковский университет, история психиатрии.

**PAVLO KOVALEVSKY – THE FAMOUS UKRAINIAN
PSYCHIATRIST, PROFESSOR OF KHARKIV UNIVERSITY
(TO THE 165TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH)**

O. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The present paper is devoted to Pavlo Kovalevsky (1849/1850–1931) – the famous Ukrainian psychiatrist, one of the founders Kharkiv psychiatric school, alumnus, professor, dean of the medical faculty, the first head of the specialized department of Kharkiv University. Various aspects (scientific, medical, pedagogical, publishing and societal) of his multifaceted activities were characterized. Conclusions about the role of the Kharkiv period in the creative biography of the scientist were drawn. Promising areas for future research were determined. In prospect it enables to show the value of achievements of P. I. Kovalevsky on a European scale.

Key words: P. I. Kovalevsky, Kharkiv University, history of psychiatry.

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.

Редакція залишає за собою право рецензування, редакційної правки статей, а також відхилення праць, які не відповідають вимогам редакції до публікацій; рукописи авторам не повертаються.

Статті і інші матеріали слід направляти за адресою: 61022, Україна, м. Харків, майдан Свободи, 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 ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

в міжнародному научно-практичному журнале

«Психіатрія, неврологія і медичинська психологія»

В міжнародному научно-практичному журналі «Психіатрія, неврологія і медичинська психологія» публікуються проблемні статті, результати оригінальних і експериментальних досліджень, статті оглядового, дискусійного і історичного характеру, короткі повідомлення, лекції, рецензії, випадки з практики, матеріали інформаційного характеру, роботи по питанням викладання нейронаук, організації і управління психоневрологічної службою і інші матеріали, присвячені актуальним проблемам клінічної і судової психіатрії, наркології, неврології, медичинської психології, а також психотерапії, фармакотерапії і др.

Редакційна колегія журналу приймає до розгляду статті, які відповідають тематично журналу і нижчеприведеним вимогам:

1. Роботи, які не публікувались і не подавались до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається в редакцію на українському, російському або англійському мовах.

3. Стаття надсилається в редакцію в двох екземплярах, один екземпляр повинен бути підписаний всіма авторами або одним з них, який бере на себе відповідальність і ставить підпис з припискою «згодовано з усіма співавторами». Робота супроводжується офіційним наданням, завізированим підписом керівника і печаткою установи, де виконана робота, а для вітчизняних авторів також експертним висновком, що дозволяє відкрити публікацію, і висновком комісії по біоетиці установи, де виконана робота. Статті дисертантів повинні мати візу наукового керівника. До статей, виконаних за ініціативи автора, повинен додаватися лист з проханням про публікацію. До статті на окремому листі додаються відомості про автора, які включають наукове звання, наукову ступінь, фахівця, ім'я і прізвище (повністю), місце роботи і посада, яку займає автор, адреса для переписки, номери контактних телефонів і факсів, e-mail.

4. Матеріал статті викладається за наступною схемою:

а) індекс УДК (статті без УДК не розглядаються);

б) назва статті;

в) ініціали і прізвище автора (авторів);

г) повне назва установи, де виконана робота;

д) три резюме — на українському, російському і англійському мовах, обсягом не менше 500 друкованих знаків кожне. Кожне резюме обов'язково повинно супроводжуватися ініціалами і прізвищем автора (авторів), назвою статті, офіційним назвою установи і ключовими словами на відповідному мові (від 3 до 10) (якщо автори працюють в різних організаціях, необхідно привести всі назви і адреси, надрукованими арабськими цифрами позначається відповідність установ, де працюють автори).

5. В експериментальних статтях і результатах оригінальних досліджень позначаються наступні розділи: вступ (з обґрунтування актуальності), мета дослідження, матеріали і методи, результати і обговорення, висновки, література.

В коротких повідомленнях ці розділи не приводяться.

6. Обсяг оригінальних статей не повинен перевищувати 12 сторінок, лекцій і оглядів — 20, коротких повідомлень — 5, рецензій — 3 сторінки.

7. Текст набирається в текстовому редакторі Microsoft Word, друкується шрифтом «Times New Roman», формат А4, кегль 14 пунктів через 1,5 інтервалу, ширина полів: лівого, верхнього і нижнього по 2 см, правого — 1 см і зберігається в файлах форматів Word 6.0/95 for Windows або RTF (Rich Text Format). Сторінка тексту повинна містити не більше 32 рядків по 64 знаків в рядку. Всі скорочення при першому згаданні повинні бути розкриті, крім загальноприйнятих скорочень.

Електронний варіант надсилається на електронному носії або по електронній пошті (e-mail: journal@psychiatry-neurology.org). Ім'я файлу створюється за прізвищем першого автора (иванов.doc, ivanov.doc). Ілюстрації — окремими файлами в графічному редакторі.

8. Ілюстрації — файли в форматі TIF і JPEG 300 dpi (для кольорових ілюстрацій) і 600 dpi (для чорно-білих). Графічний матеріал може бути також виконаний в програмах Excel, MS Graph і поданий в окремих файлах відповідних форматів, а також в форматах TIF, CDR або EPS.

9. Таблиці повинні бути компактними, мати назви, що відповідають змісту. На всі малюнки і таблиці в тексті повинні бути посилання.

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, № 2 (4)**

(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 Мурад.
Ум. друк. арк. 17,2. Обл.-вид. арк. 20,0.
Тираж 500 пр. Зам. № ____ . Ціна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Україна, 61022, м. Харків, майдан Свободи, 6.

