

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 3  
№ 1 (5)  
2016**

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 3, № 1 (5)**

Заснований 2014 р.

Харків  
2016

## 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 імені 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 імені М. Горького, Україна)

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

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

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

**В. А. Вербенко** – д.мед.н., професор (Державний медичний університет імені 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. Євстегієв** – 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. Пирогова», Росія)

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

**І. В. Кржяк** – 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 імені П. Л. Шупика МОЗ України, Україна)

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

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

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

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

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

**М. М. Одинак** – д.мед.н., професор, член-кор. РАМН, Заслужений лікар РФ (ФДБВОУ ВПО «Військово-медична академія імені С. М. Кірова» МО РФ, Росія)

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

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

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

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

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

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

**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 імені 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

**Ю. В. Попов** – д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки РФ (Санкт-Петербурзький психоневрологічний НДІ імені В. М. Бехтерева, Росія)

**В. Ф. Простомолотов** – д.мед.н., професор (Інститут інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, Україна)

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

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

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

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

**О. А. Скоромець** – д.мед.н., професор, академік ЕА АМН, член-кор. РАМН (Перший Санкт-Петербурзький державний медичний університет імені 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 імені 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 імені С. М. Кірова» МО РФ, Росія)

Затверджено до друку рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 12 від 27.09.2016).

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);

– у галузі медичних наук (Наказ МОН України № 515 від 16.05.2016).

### Адреса редакції:

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна.

Майдан Свободи, 6, кімн. 605, м. Харків, 61022, Україна.

Тел.: +38 057 7051171.

E-mail: journal@psychiatry-neurology.org,

www.psychiatry-neurology.org.

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, оформлення, 2016.

## EDITOR-IN-CHIEF:

**V. I. Ponomaryov** – 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. Grigороva** – 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)

**V. F. Prostomolotov** – MD, Professor (Odessa National Medical University, Ukraine)

**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. 12 from 27.09.2016).

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);
- in the field of medical sciences (the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine № 515 from 16.05.2016).

### Editorial board address:

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

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

© V. N. Karazin Kharkiv National University,  
design, 2016.

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

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

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

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

**Н. И. Яблучанский** – д.мед.н., профессор (Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина)

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

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

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

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

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

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

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

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

**И. К. Сосин** – д.мед.н., профессор, 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 имени И. Горбачовского, Украина)

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

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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

**В. А. Вербенко** – д.мед.н., профессор (Государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, Украина)

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

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

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

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

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

**В. Н. Краснов** – д.мед.н., профессор (ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ России, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова», Россия)

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

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

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

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

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

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

**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. Тестемичану, Молдова)

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

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

**В. Ф. Простомолотов** – д.мед.н., профессор (Институт инновационного и последипломного образования Одесского национального университета имени И. И. Мечникова, Украина)

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

**Н. Г. Пшук** – д.мед.н., профессор (Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Украина)

**А. А. Ревенко** – д.мед.н., профессор (Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, Украина)

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

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

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

**А. А. Скоромец** – д.мед.н., профессор, академик ЕА АМН, член-корр. РАМН (Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени 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 № 12 от 27.09.2016).

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);

– в области медицинских наук (приказ МОН Украины № 515 от 16.05.2016).

## Адрес редакции:

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина.

Площадь Свободы, 6, комн. 605, г. Харьков, 61022, Украина.

Тел.: +38 057 7051171.

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

© Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, оформление, 2016.

---

## ПСИХІАТРІЯ

---

- 10**      **ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ОПТИМІЗАЦІЇ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ**  
В. В. Баскіна
- ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА  
В. В. Баскина
- THEORETICAL ASPECTS OF PROBLEM OF FAMILY FUNCTIONING OPTIMIZATION IN WOMEN WITH PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE  
V. V. Baskina
- 15**      **ПОКАЗАТЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**  
В. И. Вовк, И. В. Гриценко
- ПОКАЗНИКИ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗИ  
В. І. Вовк, І. В. Гриценко
- INDICATORS OF EMOTIONAL STATES IN MULTIPLE SCLEROSIS  
V. I. Vovk, I. V. Gritsenko
- 19**      **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ С ДИФфуЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В**  
Т. Н. Матковская, Ю. В. Волкова, Д. А. Кашкалда
- ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ ПРИ НИЗЬКОМУ РІВНІ ВІТАМІНІВ ГРУПИ В  
Т. М. Матковська, Ю. В. Волкова, Д. А. Кашкалда
- THE FEATURES OF MENTAL HEALTH STATUS IN ADOLESCENTS WITH DIFFUSE NONTOXIC GOITER AT LOW LEVELS OF VITAMIN B  
T. N. Matkovska, Yu. V. Volkova, D. A. Kashkalda
- 23**      **РАННЯ ДІАГНОСТИКА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ЩО ОТРИМУВАЛИ ТЕРАПІЮ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ**  
І. Р. Ромаш
- РАННЯ ДІАГНОСТИКА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У БОЛЬНИХ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЄЮ, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПІЮ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ  
І. Р. Ромаш
- EARLY DETECTION OF INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA RECEIVING ANTIPSYCHOTIC THERAPY  
I. R. Romash
- 26**      **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ**  
О. В. Самойлова
- ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНІЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ  
А. В. Самойлова
- DESCRIPTION CLINICAL MANIFESTATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN OF IMMIGRANTS  
O. V. Samoilova

## НЕВРОЛОГІЯ

---

**33 НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ПАТОГНОМОНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АМИЛОИДНОЙ АНГИОПАТИИ**

Ю. В. Северин

НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ПАТОГНОМОНІЧНІ ПРОЯВИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АМІЛОЇДНОЇ АНГІОПАТІЇ

Ю. В. Северин

NEUROIMAGING PATHOGNOMONIC MANIFESTATIONS OF CEREBRAL AMYLOID ANGIOPATHY

Yu. Severyn

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

---

**42 ОСОБЛИВОСТИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ**

К. В. Аймедов, В. В. Живилко

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С АЛОПЕЦИЕЙ

К. В. Аймедов, В. В. Живилко

FEATURES OF FORMATION PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH ALOPECIA

C. V. Aymedov, V. V. Zhyvytko

**46 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНОГО ТЕСТА «НЕСУЩЕСТВУЮЩЕЕ ЖИВОТНОЕ» В ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОМ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МУЖЧИН**

В. И. Вовк

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЕКТИВНИХ ТЕСТІВ «НЕІСНУЮЧА ТВАРИНА» У ПСИХОДІАГНОСТИЧНОМУ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЧОЛОВІКІВ

В. І. Вовк

RESULTS OF PROJECTIVE TESTS «NONEXISTENT ANIMAL» IN PSYCHO-DIAGNOSTIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESSES IN HIV-INFECTED MEN

V. I. Vovk

**50 ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ В РЕЗУЛЬТАТІ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ**

Д. А. Волощук

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Д. А. Волощук

THE DYNAMICS OF SOCIAL FUNCTIONING IN RELATIVES OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA BY THE IMPLEMENTATION OF THE COMPLEX HEALTH AND SOCIAL SUPPORT

D. A. Voloshchuk

- 
- 56 **ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В РАМКАХ ПСИХОКОРЕКЦІЇ**  
Ю. О. Гончар  
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАМКАХ ПСИХОКОРРЕКЦИИ  
Ю. А. Гончар  
PECULIARITIES OF THE EMOTIONAL STATE OF MOTHERS, BRINGING UP CHILDREN WITH PSYCHOPHYSICAL IMPAIRMENTS IN THE FRAMEWORK OF PSYCHOCORRECTION  
Yu. O. Gonchar
- 62 **ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ**  
О. С. Кочарян, М. О. Антонович  
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРКОЗАВИСИМОСТИ  
А. С. Кочарян, М. А. Антонович  
THEORETICAL ASPECTS OF STUDYING PSYCHOLOGICAL FEATURES OF DRUG ADDICTION  
O. S. Kocharyan, M. O. Antonovych
- 68 **НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**  
В. И. Пономарёв, Т. А. Алиева, М. В. Рыженко, К. Н. Емец  
ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У СТУДЕНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ І ПРИНЦИПИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ  
В. І. Пономарьов, Т. А. Алієва, М. В. Риженко, К. М. Ємец  
SOCIAL DISFUNCTION OF STUDENTS WITH DISEASES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM AND PRINCIPLES OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION  
V. I. Ponomaryov, T. A. Alieva, M. V. Ryzhenko, K. N. Yemets
- 71 **WILLINGNESS TO SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN CONDITIONS OF PROFESSIONAL ACTIVITY OF FUTURE HEALTH CARE PROFESSIONALS**  
M. V. Ryzhenko  
ПІДГОТОВКА ДО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ СПЕЦІАЛІСТІВ В ОБЛАСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
М. В. Риженко  
ПОДГОТОВКА К СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧЕСЬКОЇ АДАПТАЦІЇ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕСІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ БУДУЩИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В ОБЛАСТІ ЗДРАВООХРАНЕННЯ  
М. В. Риженко
- 75 **ФІТНЕС-АДДИКЦІЯ У ЖІНОК: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ФЕНОМЕНУ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТУ**  
М. В. Савіна  
ФІТНЕС-АДДИКЦІЯ У ЖЕНЩИН: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ФЕНОМЕНА І ОБОСНОВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧЕСЬКОГО ІНСТРУМЕНТА  
М. В. Савіна  
FITNESS ADDICTION IN WOMEN: THE CONCEPTUALIZATION OF THE PHENOMENON AND FOUNDATION OF PSYCHODIAGNOSTIC TOOL  
M. V. Savina
-



- 85 ПАТОКОНАТИВНЫЕ КОММУНИКАТИВНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У УЧАСТНИКОВ АНОНИМНЫХ ИНТЕРНЕТ-СООБЩЕСТВ**  
В. В. Чугунов, А. Д. Городокін, В. Л. Щербина, А. С. Скрипник
- ПАТОКОНАТИВНІ КОМУНІКАТИВНІ СТЕРЕОТИПИ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ В УЧАСНИКІВ АНОНІМНИХ ІНТЕРНЕТ-СПІЛЬНОТ  
В. В. Чугунов, А. Д. Городокін, В. Л. Щербина, А. С. Скрипник
- PATROCONATIVE COMMUNICATION STERETYPES OF INTERNET ADDICTION IN MEMBERS OF ANONYMOUS ONLINE COMMUNITIES  
V. V. Chugunov, A. D. Gorodokin, V. L. Shcherbina, A. S. Skripnik

- 91 ДИНАМІКА РОЗВИТКУ НЕВЕРБАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА МНЕСТИЧНИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ В ХОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗА СИСТЕМОЮ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В. І. КОЗЯВКІНА**  
Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко, М. С. Гордієвич
- ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ НЕВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ В ХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО СИСТЕМЕ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В. И. КОЗЯВКИНА  
Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. А. Бородавко, М. С. Гордиевич
- DYNAMICS OF DEVELOPMENT OF NON-VERBAL INTELLIGENCE AND MEMORY FUNCTIONS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT SYNDROME AND HYPERAKTYVNSTY IN THE COURSE OF REHABILITATION ON THE INTENSIVE NEUROPHYSIOLOGICAL REHABILITATION SYSTEM OF V. I. KOZYAVKIN  
L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko, M. S. Gordievich

## **ТЕРАПІЯ**

---

- 96 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОБОТОТЕХНИКИ В СИСТЕМЕ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АУТИЗМОМ**  
Т. Б. Волошин
- ВИКОРИСТАННЯ РОБОТОТЕХНІКИ В СИСТЕМІ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АУТИЗМОМ  
Т. Б. Волошин
- THE USE OF ROBOTICS IN THE SYSTEM OF INTENSIVE NEUROPHYSIOLOGICAL REHABILITATION FOR PATIENTS WITH AUTISM.  
T. B. Voloshyn
- 101 ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ**  
В. І. Козявкін, Т. Б. Волошин, О. О. Качмар
- ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ.  
В. И. Козявкин, Т. Б. Волошин, О. А. Качмар
- IMPLEMENTATION OF COMPUTER GAME TECHNOLOGIES IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISM  
V. I. Kozyavkin, T. B. Voloshyn, O. O. Kachmar

- 
- 107 APPLICATION OF ANIMAL-ASSISTED THERAPY IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS**  
B. V. Mykhaylov, M. E. Vodka, I. D. Vashkite, T. A. Aliieva  
ПРИМЕНЕНИЕ АНИМАЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА  
Б. В. Михайлов, М. Е. Водка, И. Д. Вашките, Т. А. Алиева  
ЗАСТОСУВАННЯ АНИМАЛОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ  
Б. В. Михайлов, М. Е. Водка, І. Д. Вашките, Т. А. Алієва
- 112 THE USE OF EQUINE ASSISTED PSYCHOTHERAPY AMONG THE DEMOBILIZED MEMBERS OF THE ANTITERRORIST OPERATION WITH PTSD, LOCATED ON REHABILITATION IN SANATORIUM CONDITIONS**  
B. V. Mykhaylov, A. I. Serdiuk, M. E. Vodka, T. A. Aliieva, I. D. Vashkite  
ПРИМЕНЕНИЕ ИППОТЕРАПИИ У ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ УЧАСТНИКОВ АТО С ПТСР, НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ  
Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, М. Е. Водка, Т. А. Алиева, И. Д. Вашките  
ЗАСТОСУВАННЯ ІПОТЕРАПІЇ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АТО З ПТСР, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ  
Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, М. Є. Водка, Т. А. Алієва, І. Д. Вашките

## **ІСТОРІЯ**

---

- 118 АНТОНІЙ КЕМПІНСКИ (ENTONI, IGNACI-TADEUSZ KĘPIŃSKI): МЕДИЧНА І НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ ВІДОМОГО ПОЛЬСЬКОГО ПСИХІАТРА**  
B. C. Андрух, В. Н. Андрух, М. В. Слободян  
АНТОНИЙ КЕМПИНСКИ (ENTONI, IGNACI-TADEUSZ KĘPIŃSKI): МЕДИЦИНСКАЯ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИЗВЕСТНОГО ПОЛЬСЬКОГО ПСИХИАТРА  
В. С. Андрух, В. Н. Андрух, М. В. Слободян  
ANTHONY KEMPINSKI (ENTONI, IGNACY-TADEUSZ KĘPIŃSKI): MEDICAL AND SCIENTIFIC ACTIVITIES OF FAMOUS POLISH PSYCHIATRIST  
V. S. Androukh, V. N. Androukh, M. V. Slobodyan
- 122 К 135-ЛЕТІЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЛАДИСЛАВА ЭДМУНДОВИЧА ДЗЕРЖИНСКОГО – ВЫДАЮЩЕГОСЯ НЕВРОЛОГА, ПРОФЕССОРА, ПРИВАТ-ДОЦЕНТА ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**  
О. І. Вовк  
ДО 135-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ВЛАДИСЛАВА ЕДМУНДОВИЧА ДЗЕРЖИНСЬКОГО – ВИДАТНОГО НЕВРОЛОГА, ПРОФЕСОРА, ПРИВАТ-ДОЦЕНТА ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
О. І. Вовк  
TO THE 135TH ANNIVERSARY OF VLADISLAV DZERZHINSKY – THE FAMOUS NEUROLOGIST, PROFESSOR, DOCENT OF KHARKIV UNIVERSITY  
O. I. Vovk
- 128 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ**
- 129 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ**
- 130 SUBMISSION GUIDELINES**
-

УДК 616.89-053.26:314.6:159.9



В. В. Баскіна

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ОПТИМІЗАЦІЇ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ

В. В. Баскіна

Одеський національний медичний університет

### Анотація.

Проблема первинного психотичного епізоду до сьогодні залишається надзвичайно актуальною в практиці сучасної психіатрії. У представленій статті наведено теоретичне обґрунтування та узагальнення світових даних, що стосуються заявленої проблеми. Автором визначено основні психоемоційні характеристики жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, та представлено основні напрями в системі комплексної психофармакотерапії цієї хвороби. Повноцінна і своєчасна реабілітація жінок з первинним психотичним епізодом захворювання знижує ймовірність швидкого рецидиву, покращує клінічний і соціальний прогноз пацієнта. У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотною роль належить внутрішньосімейним факторам. Родина може мати позитивний вплив на процес реабілітації пацієнтів з ППЕ шляхом формування соціальної підтримки, що позитивно позначається на адаптації пацієнта.

**Ключові слова:** первинний психотичний епізод, шизофренія, теоретичні аспекти, проблема оптимізації, сімейне функціонування.

### Вступ

Значення психосоціального впливу сім'ї на перебіг шизофренічного психозу і на соціальну адаптацію хворих на шизофренію безперечно [1]. При цьому внутрішньосімейні чинники можуть позначитися на стані пацієнта по-різному. При неправильному сприйнятті родичами хворого та його стану вплив буде негативним і може навіть спровокувати черговий рецидив. Але якщо в сім'ї налагоджене порозуміння з хворим, його всіляко підтримують і допомагають йти шляхом подолання (копінг) та відповідати на вимоги, що висуваються оточенням, це позитивно позначається на стані здоров'я пацієнта та його соціальній адаптації.

### Мета дослідження

На сьогодні проведено чималу роботу з вивчення впливу сімейних факторів на особливості перебігу шизофренії й розладів шизофренічного спектру та на соціальне функціонування пацієнтів із зазначеними захворюваннями. Проте актуальність досліджень у цій сфері не стає меншою. Так, залишаються не зовсім з'ясованими роль сім'ї в генезі та перебігу хвороби і розуміння тієї обставини, що в низці випадків сама сім'я може стати важливим чинником у формуванні психічних розладів або у рецидиві хвороби.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність шизофренії серед населення становить приблизно 0,75 % та істотно не залежить від соціокультурних

особливостей країни. При цьому частина пацієнтів із першим психотичним епізодом досягає 5,00 %. Перший психотичний епізод (ППЕ) у житті хворого на шизофренію відбувається, як правило, у віці до 30 років [2]. Ранні ознаки шизофренії у чоловіків найчастіше проявляються до 20 років, а у жінок, навпаки, це захворювання рідко діагностується в підлітковому віці. Пік вираженості ознак шизофренії у представниць слабкої статі – 25–30 років. До того ж у жінок ця хвороба протікає більш гостро і виражено. Майже 75,00 % пацієнтів стають інвалідами протягом трьох років після першого психотичного епізоду і 83,00 % пацієнтів мають потребу в повній соціальній підтримці протягом п'яти років після першого психотичного епізоду.

Під первинним психотичним епізодом розуміють перші три напади (загострення) у хворих на шизофренію й розлади шизофренічного спектру. При цьому термін захворювання не перевищує п'яти років від початку психотичного дебюту, у людини збережені соціальні установки та наявне позитивне ставлення до лікування [3]. Психоз може тривати години, дні, але інколи затягується на місяці. У цьому стані пацієнт настільки ж безпорадний у побутовому відношенні, як і паралізована людина, та може бути небезпечний для себе і оточуючих (ступінь ризику може виявити тільки психіатр), вимагає постійного нагляду та опіки.

Як правило, серед пацієнтів з ППЕ приблизно 25,00% страждають на біполярний розлад або психотичну депресію, і лише 30,00–40,00% відповідають критеріям шизофренії (хоча ця пропорція буде збільшуватися з часом). Клінічна картина ППЕ проявляється порушенням єдності та цілісності психічних функцій, неадекватністю поведінки та складається з трьох основних груп симптомів: позитивних, негативних та нейрокогнітивних [4].

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

Дебют шизофренії для обох статей відбувається в репродуктивному віці, починаючи з періоду статевого дозрівання до настання менопаузи. Однак статеві відмінності існують, включаючи такі прояви, як вік початку, перебіг захворювання, симптоматика, розумовий розвиток і морфологія, ефективність терапії, побічні ефекти лікування [5]. Істотні статеві відмінності, що стосуються цих проявів, свідчать про те, що статеві гормони, особливо естрадіол, відіграють дуже важливу роль у патофізіології шизофренії. На підставі даних епідеміологічних, експериментальних та клінічних досліджень цього питання була сформульована естрогенпротективна концепція патогенезу шизофренії.

Для хворих на шизофренію незалежно від їхньої статі характерні три варіанти психологічної адаптації до хвороби. Ці варіанти, умовно позначені як «пасивний», «уникаючий» і «переборюючий», актуалізуються у чоловіків і жінок на різних термінах захворювання. Для більшості пацієнтів з першими епізодами шизофренії характерний «переборюючий» варіант адаптації, який поєднується у пацієнтів чоловічої статі з «уникаючим», а у пацієнок – з «пасивним» варіантом. Отримані дані свідчать про більш конструктивний характер адаптації до хвороби у жінок на ранніх термінах захворювання, ніж у чоловіків.

Середній термін від початку захворювання до звернення за психіатричною допомогою становить приблизно один рік і тільки третина хворих потрапляє в поле зору психіатрів та клінічних психологів протягом перших двох місяців. Серед причин пізнього звернення за допомогою і відстроченого початку лікування називають недостатнє розуміння пацієнтами природи наявних розладів, страх наслідків виявлення психічного розладу, недостатній скринінг лікарями загальної практики, неправильна діагностика при зверненні за психіатричною допомогою.

Уразливість до повсякденних стресів проявляється симптомами повернення (рецидиву) психозу. Тому важливо виявити типові для певної жінки «спускові гачки» повторення психозу (наприклад, такі, як зловживання ПАР, конфлікти в сім'ї) і уникати їх. Так звані психотичні епізоди іноді відбуваються лише кілька разів у житті хворої на шизофренію, а весь інший час вона перебуває в стані ремісії. До чергового рецидиву жінка може справляти враження цілком здорової людини, без прояву жодних ознак шизофренії.

Необхідність інтенсивної допомоги пацієнтам з першими епізодами шизофренії, продовження такої допомоги і на наступному етапі захворювання пов'язані з низкою обставин. Перші роки після початку захворювання розглядаються як «критичний період», коли відбуваються найбільш серйозні біологічні, психологічні та соціальні зміни. Відстрочка адекватного лікування на період більше року після перших психотичних проявів призводить до зниження соціально-трудоного функціонування та якості життя хворих, збільшення тяжкості хвороби, до більшої кількості госпіталізацій і, як наслідок, подорожчання психіатричної допомоги.

Сучасний стандарт надання психіатричної допомоги ґрунтується на біопсихосоціалній моделі терапії. Її завданням є не тільки купірування психопатологічної симптоматики. Ширші завдання соціального відновлення пацієнта, підтримки його подальшого зростання стають значущими вже під час перших психотичних епізодів, коли пацієнт і його сім'я переживають глибокий психоемоційний стрес, відбувається порушення самоідентичності пацієнта, серйозні психологічні та соціальні втрати, зміна системи внутрішньосімейної взаємодії.

При ППЕ існують три терапевтичних вектори впливу, які спрямовані на досягнення таких цілей:

- **біологічний (психофармакологічний)**, спрямований на корекцію нейромедіаторних порушень в головному мозку;
- **психотерапевтичне втручання**, спрямоване на зміну дезадаптивних психологічних механізмів хворого;
- **соціальна інтервенція** при роботі з сім'ями пацієнтів.

Враховуючи специфіку ранніх порушень при ППЕ, також слід відзначити важливість терапії нейрокогнітивного дефіциту [5].

Згідно з сучасними вимогами, психофармакологічна терапія при ППЕ повинна включати три послідовних етапи.

- **I етап** – активна терапія, спрямована на швидке купірування психотичної симптоматики. Тривалість активної терапії становить від 4 днів до 4 тижнів.
- **II етап** – стабілізуюча терапія, метою якої є придушення резидуальної продуктивної симптоматики, корекція негативних порушень, відновлення соціально-трудової адаптації та запобігання або лікування рецидивів. Тривалість такої терапії може тривати від 3 тижнів до 2 місяців.
- **III етап** – підтримуюча (або профілактична) терапія, спрямована на запобігання рецидиву і уповільнення темпу прогресування захворювання. Тривалість цього етапу – не менше одного року, а на думку багатьох авторів, вона повинна становити від 2 до 5 років.

Встановлено, що при ППЕ відповідь на терапію досягається при призначенні більш низьких доз антипсихотиків (АП), ніж при лікуванні шизофренії. При цьому на ранніх стадіях захворювання характерна більша чутливість як до лікувальних, так і до побічних ефектів. Таким чином, на початку лікування клініцисти повинні використовувати найменші рекомендовані дози АП. Вибір АП значною мірою залежить від профілю побічних ефектів і передбачуваної переносимості. Їх мінімізація на цій стадії має велике значення, оскільки може вплинути на прийом препаратів і ставлення до них при подальшому тривалому лікуванні.

У відповідності з міжнародними стандартами рекомендується проведення терапії протягом 2 років після першого психотичного нападу і протягом 5 років – після другого і наступних. При цьому препаратами першого вибору є атипичні антипсихотичні засоби з відсутністю або мінімальною вираженістю побічних ефектів, що поліпшують соціальне функціонування пацієнтів, які не викликають самотності і психофізичної індиферентності, що сприяють нормалізації когнітивних функцій та поліпшенню якості життя хворих [6].

У клініках первинного епізоду на постійній основі проводяться кілька видів групової роботи з хворими та їхніми родичами: психоосвітня група для хворих; психоосвітня група для родичів пацієнтів; група тренінгу соціальних навичок; група нейрокогнітивного тренінгу. Крім того, з деякими хворими за необхідності проводиться індивідуальна соціальна робота, спрямована на вирішення соціальних завдань, що виникають перед хворим і його родичами у зв'язку з розвитком захворювання.

Медико-психологічна допомога хворим, які перенесли психотичний епізод, нерозривно пов'язана з поняттям психосоціальної реабілітації [7]. Під психосоціальною реабілітацією розуміють систему державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, ефективно і раннє повернення хворих у суспільство. У процесі реабілітації особлива роль належить психологу, саме він здатен надати професійну допомогу пацієнту у встановленні продуктивних контактів з оточуючими людьми, у формуванні адекватного ставлення до себе, свого дефекту, можливостей і здібностей, а також у подоланні негативних психологічних наслідків та інвалідності. Психосоціальна реабілітація є не просто методом, а всеосяжним процесом.

У загальному плані мета психосоціального підходу полягає в забезпеченні рівноваги між психічним життям людини і соціальними відносинами, що впливають на його життєдіяльність [8].

У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотна роль належить внутрішньосімейним факторам: неправильне сприйняття хвороби родичами може призводити до негативних патернів їх поведінки щодо хворого. Відсутність розуміння членами сім'ї тієї обставини, що порушення поведінки хворого пов'язані саме з хворобою, ведуть до подовження періоду «нелікованого психозу», а після виписки зі стаціонару – до передчасного припинення рекомендованої медикаментозної терапії. Іноді таке нерозуміння призводить до дисциплінарних заходів щодо хворого, що сприяє виникненню чергового рецидиву [9].

При цьому внутрішньосімейні чинники можуть надавати як негативний вплив (при неправильному сприйнятті хвороби пацієнтом і родичами хворого), що сприяє черговому рецидиву, так і надавати сануючий вплив шляхом формування соціальної підтримки, тобто форми допомоги в подоланні вимог, що пред'являються оточенням індивідууму, і це позитивно позначається на адаптації пацієнта [5].

Життя сім'ї хворого, який переніс психотичний епізод, як правило, розколюється на «до» і «після» психозу. Хворий і його близькі разом проходять звичайний для багатьох шлях:

- шок від розуміння серйозності події: тривога, занепокоєння і страх (рідше – заперечення психозу);
- час адаптації та звикання до факту недуги близького і розуміння необхідності сторонньої допомоги, пошук допомоги;
- час тривожних питань і самозвинувачень;
- полегшення і міцніюча надія у міру поліпшення стану хворого, а також нові питання, що стосуються поліпшення та пришвидшення одужання хворого;
- повернення родича в сім'ю, в звичайне життя, що тягне за собою нову хвилю тривоги; пошук рівноваги між правом на незалежність близької людини і його підтримкою;
- тривале поліпшення (одужання) зміцнює впевненість у тому, що життя входить у звичайну колію [10].

Слід зазначити, що в сім'ї живе 80,00% хворих, що перенесли психотичний епізод. У багатьох випадках члени сім'ї проявляють особисту турботу і надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку (при тому, що дуже часто відбуваються ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків). Так, зміна звичайних характеристик взаємовідносин може бути або нетривалою (під час гострого нападу психічного розладу), або тривалою (у разі хронічного захворювання); крім того, в останньому випадку змінюється співвідношення сил, оскільки сторони стають опікунами і опікуваним.

Проте, як правило, підтримка сім'ї є недостатньою через незнання і невміння близьких. Як правило, родичі вважають психоз катастрофою, рідше його «не помічають» або «пояснюють» перехідним віком, перевтомою тощо, при цьому перебуваючи «в броні» психологічного захисту [11].

Хворий, який переніс психотичний епізод, перебуває у важкому психоемоційному стані, що може додатково впливати на його взаємини з родичами. Як правило, пацієнт відчуває страх, пов'язаний з перенесеним психозом, побоюється наслідків, повторення чогось подібного. Також йому притаманне відчуття сорому, бо уявлення про образ психічно хворого пов'язане з чимось порочним, неповноцінним. Можна припустити виникнення малообґрунтованої, але реально відчутної провини перед близькими за подію, в окремих випадках – злості, образи на світ. Причому світ найчастіше зводиться до вузького кола людей або навіть до однієї людини, наприклад, матері. Злість і образа можуть посилитися, якщо близькі люди

обмежують свободу хворого контролем та агресивною опікою [12].

Хворі з ППЕ потребують особливої уваги у зв'язку зі значним ризиком розвитку у них виражених порушень соціальної адаптації [13]. Своєчасна (рання) і повноцінна реабілітація на цьому етапі захворювання знижує ймовірність швидкого його рецидиву, покращує клінічний і соціальний прогноз пацієнта. З цього випливає, що адекватно підібрані та індивідуально дозовані комплексні реабілітаційні заходи в ініціальних стадіях шизофренії є індикатором успішності наданої допомоги, а також значною мірою визначають рівень подальшої життєдіяльності та соціальної адаптації хворого [14].

### Висновки

1. Сучасний стандарт надання психіатричної допомоги ґрунтується на біопсихосоціальній моделі терапії, і головним завданням терапії виступає не тільки купірування психопатологічної симптоматики, але й покращення психоемоційного стану пацієнта, його соціальне відновлення, підтримка його подальшого особистісного та соціального зростання.

2. Повноцінна і своєчасна реабілітація жінок з первинним психотичним епізодом захворювання знижує ймовірність швидкого рецидиву, покращує клінічний і соціальний прогноз пацієнта. Отже, адекватно підібрані та індивідуально дозовані комплексні реабілітаційні заходи в ініціальних стадіях шизофренії є індикатором успішності наданої допомоги, а також значною мірою визначають рівень подальшої життєдіяльності та соціальної адаптації хворого.

3. У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотна роль належить внутрішньосімейним факторам. Неправильне сприйняття хвороби родичами може призводити до негативних патернів їх поведінки щодо хворого. Відсутність розуміння членами сім'ї тієї обставини, що порушення поведінки хворого пов'язані саме з хворобою, ведуть до подовження періоду «нелікованого психозу», а після виписки зі стаціонару – до передчасного припинення рекомендованої медикаментозної терапії, а іноді до дисциплінарних заходів до хворого, що сприяє виникненню чергового рецидиву.

4. Родинний фактор може мати позитивний вплив на процес реабілітації пацієнтів з ППЕ шляхом формування соціальної підтримки, що позитивно позначається на адаптації пацієнта.

## Література

1. Bacherykov A. M., Mudrenko I. G. Autoagresyivna povedinka u hvoryh z pershym psyhotychnym epizodom (diagnostyka, klinika, likuvannja) [Autoaggressive behavior in patients with a first psychotic episode (diagnosis, clinic, treatment)]. *Ukraińs'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2007, vol. 15, issue 3(52), pp. 30-33. (In Ukr.)
2. Dovidnyk simejnogo likarja z pytan' psyhosomatyky [Za red. I. S. Vitenka] [Guide family physician for psychosomatics [Ed. I. S. Vitenko]]. Kiev, Zdorov'e Publ., 2012, 384 p. (In Ukr.)
3. Gurovych I. Ja., Shmukler A. B., Dorodnova A. S., Movina L. G. Klinika pershogo psyhotychnogo epizodu (dennyj stacionar abo viddilennja z rezhymom dennogo stacionara, profil'ovani dlja dopomogy hvorym z pershym psyhotychnym epizodom) [Metodychni rekomendacii] [The clinic first psychotic episode (day hospital or department with day-care regime, profiled to help patients with a first psychotic episode) [Guidelines]]. Moscow, 2003, 23 p. (In Ukr.)
4. Maruta N. O., Jur'jeva L. M., Pan'ko T. V. Pervynnyj psyhotychnyj epizod: diagnostyka, farmakoterapija ta psyhosocial'na reabilitacija [Metodychni rekomendacii] [The primary psychotic episode: diagnosis, pharmacotherapy and psychosocial rehabilitation [Guidelines]]. Kharkiv, 2010, 31 p. (In Ukr.)
5. Maruta N. O. Stan psyhichnogo zdorov'ja naselennja ta psyhiatrychnoi' dopomogy v Ukraїni [Mental health and mental health care in Ukraine]. *NejroNews*, 2010, no. 5, pp. 83-90. (In Ukr.)
6. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezny (10-y peresmotr). Glava 5 (Psikhiatrija). [Pod red. Yu. L. Nullera, S. Yu. Tsirkin] [International Classification of Diseases (10th revision). Chapter 5 (Psychiatry)]. [Ed. Yu. L. Nuller, S. Yu. Tsirkin]. Kiev, Sphere Publ., 2005, 307 p. (In Russ.)
7. Myhajlov B. V. Stan i strategichni naprjamy rozvytku psyhoterapii' ta medychnoi' psihologii' [Status and strategic directions of psychotherapy and medical psychology]. *Medychna psihologija*, 2011, no. 3, pp. 44-48. (In Ukr.)
8. Pishel' V. Ja., Guzenko K. V. Suchasni mozhlyvosti rann'ogo vyjavlennja pacijentiv z pershym psyhotychnym epizodom v zagal'nomedychnij praktyci [Modern possibilities of early detection of patients with a first psychotic episode in general practice]. *Tavrycheskyj zhurnal psyhiatryy*, 2007, vol. 11, no. 4(41), pp. 37-41. (In Ukr.)
9. Hobzej M. K., Voloshyn P. V., Maruta N. O. Social'no-orijentovana psyhiatrychna dopomoga v Ukraїni: problemy ta rishennja [Socially-oriented psychiatric care in Ukraine: problems and solutions]. *Ukraińs'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2010, vol. 18, issue 3(64), pp. 10-14. (In Ukr.)
10. Addington D. Best practices: improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatr. Serv.*, 2009, vol. 60, pp. 1164-1166.
11. Addington J., Addington D. Outcome after discharge from an early psychosis program. *Schizophr. Res.*, 2008, vol. 106(2-3), pp. 363-366.
12. Amminger G. P., Harrigan S., McGorry P. D. Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 2002, vol. 54, pp. 223-230.
13. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 2003, vol. 182, pp. 373-375.
14. Robinson D. G., Woerner M. G., Alvir J. M. [et al.] Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr. Res.*, 2002, vol. 1, no. 57 (2-3), pp. 209-219.

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

V. V. Baskina

Одесский национальный медицинский университет

**Аннотация.** Проблема первичного психотического эпизода до сих пор остается чрезвычайно актуальной в практике современной психиатрии. В представленной статье приведено теоретическое обоснование и обобщение мировых данных, касающихся данной проблемы. Автором определены основные психоэмоциональные характеристики женщин, перенесших первичный психотический эпизод, и представлены основные направления в системе комплексной психофармакотерапии данной болезни. Полноценная и своевременная реабилитация снижает вероятность быстрого рецидива, улучшает клинический и социальный прогноз пациента. В рецидивировании заболевания и социальном функционировании больных существенная роль принадлежит семье. Она может иметь позитивное влияние на процесс реабилитации путем формирования социальной поддержки, что положительно отражается на адаптации пациента.

**Ключевые слова:** первичный психотический эпизод, шизофрения, теоретические аспекты, проблема оптимизации, семейное функционирование.

### THEORETICAL ASPECTS OF PROBLEM OF FAMILY FUNCTIONING OPTIMIZATION IN WOMEN WITH PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE

V. V. Baskina

Odessa National Medical University

**Summary.** The problem of primary psychotic episode, nowadays, remains extremely relevant in the practice of modern psychiatry. In the present article, the author, shows theoretical study and summarizes global data related to this issue. The author describes main psycho-emotional characteristics of women who has had a primary psychotic episode and presents the main directions in the system of complex psychopharmatherapy of the disease. Complete rehabilitation reduces the likelihood of a quick relapse and improves the patient's clinical and social prognosis. The main role in impairment of patients' condition and level of patients social adaptation play relatives. It can have a positive impact on the rehabilitation process through the formation of social support, which is reflected positively on the adaptation of the patient.

**Key words:** primary psychotic episode, schizophrenia, theoretical aspects, the problem of optimizing, family functioning.

УДК 616.89:616.8-004: 159.9.072.43



В. И. Вовк



И. В. Гриценко

## ПОКАЗАТЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

В. И. Вовк, И. В. Гриценко

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

### Аннотация.

В статье приведены результаты обследования пациентов на начальных этапах рассеянного склероза, а также по мере прогрессирования заболевания. Психодиагностическое исследование проводилось с помощью шкалы Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) для выявления депрессии и тревоги. Показано, что эмоциональные нарушения при рассеянном склерозе формируются как на начальных этапах заболевания, так и при его прогрессировании. Для начальных стадий развития заболевания характерна клинически выраженная тревога и субклинические признаки депрессии. С нарастанием тяжести рассеянного склероза показатели тревоги редуцируют, в то время как явления депрессии значительно нарастают. Полученные данные доказывают необходимость участия специалистов психиатрического направления в лечебно-диагностическом процессе у больных рассеянным склерозом.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, эмоциональная сфера, тревога, депрессия.

### Введение

В последние годы в связи с ухудшением социально-экономической и экологической ситуации в Украине в структуре нейроинфекционной неврологической заболеваемости лидирующие позиции занимают демиелинизирующие заболевания, и в первую очередь – рассеянный склероз (РС) [1–4]. Отмечается рост показателей заболеваемости РС, что связано не только с расширением возможностей диагностики, но и с абсолютным увеличением числа заболевших [5–7].

Рассеянный склероз – это хроническое прогрессирующее аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, которое поражает людей молодого возраста и во многих случаях приводит к инвалидизации. Лечение РС продолжает оставаться проблемой с большим количеством нерешенных вопросов, касающихся этиологических факторов, патогенетических механизмов, клинических проявлений. Из всего перечисленного лучше всего изучена клиника заболевания. Так, наличие психоэмоциональных нарушений при РС известно еще со времен первого описания заболевания, однако до последнего времени этим симптомам не уделялось достаточного внимания [8–12].

В литературе это обстоятельство объясняется преобладанием органических неврологических нарушений, приводящих к быстрой утрате трудоспособности (в первую

очередь, двигательной дисфункции). Кроме того, некоторые исследователи ошибочно считают, что, ввиду незаинтересованности коры головного мозга, нарушения познавательных процессов при этой нозологии незначительны и встречаются крайне редко. Действительно, в клинической картине рассеянного склероза зачастую преобладает очаговая неврологическая симптоматика, в то время как признаки диффузного аксонального поражения нервной системы менее выражены и остаются без должного внимания [13; 14].

Традиционно внимание неврологов уделяется двигательным, чувствительным и зрительным нарушениям (как наиболее явным и инвалидизирующим), а исследованию психического статуса отводится второстепенная роль. Безусловно, в клинической картине заболевания эти нарушения не являются ведущими, тем не менее они оказывают существенное влияние на социальную адаптацию и качество жизни пациентов. И вполне естественно, что с появлением новых методов нейровизуализации и с расширением возможностей иммуномодулирующей терапии, меняющей характер течения болезни, возрос интерес и к изучению психического состояния больных при РС [15; 16].

В литературе встречаются данные об изучении психопатологического состояния больных, однако имеющиеся данные не систематизированы и зачастую противоре-



чивы. Так, известно, что в целом больные РС отличаются высокой степенью социальной дезадаптации, снижением стремления к социальной адаптации и социальной активности. В дебюте заболевания патопсихологические изменения имеют в основном невротический характер: типично развитие чувства тревоги и депрессивного состояния в ответ на факт установления диагноза. В дальнейшем развивается психологическая дезадаптация по депрессивно-соматизированному типу. Показатель психопатологии и тенденция к уходу от реальности возрастают по мере увеличения продолжительности болезни и зависят от глубины неврологического дефекта [13–17].

### Цель исследования

В ходе работы были изучены показатели эмоциональной сферы у больных на начальных этапах рассеянного склероза (при рецидивирующе-ремиттирующем типе течения РС – РРРС) и при безремиссионном прогрессировании заболевания (при вторично прогрессирующем типе течения РС – ВПРС).

### Материалы и методы исследования

Было обследовано 20 человек с установленным диагнозом «рассеянный склероз», находящихся на стационарном лечении по поводу основного заболевания. Средний возраст пациентов составил  $34,15 \pm 0,63$  года, женщин и мужчин было по 10 человек. Как видно из **рис. 1**, у 65 % исследуемых был рецидивирующе-ремиттирующий тип течения РС, у 35 % – вторично прогрессирующий тип течения РС.

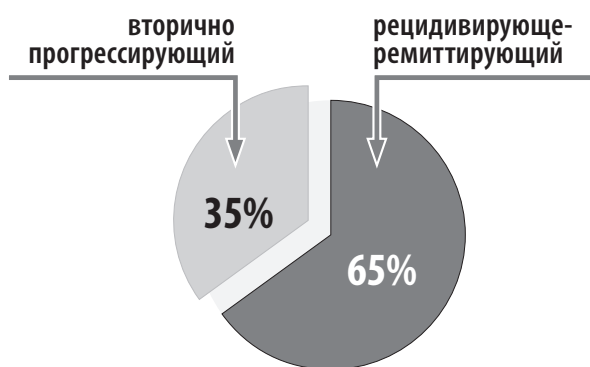


Рис. 1. Типы течения РС у обследованных больных

В работе использовался психодиагностический метод с применением шкалы Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) для выявления депрессии и тревоги. Данная шкала состоит из 14 утверждений; в ней имеется 2 подшкалы: «тревога» (нечетные пункты – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)

и «депрессия» (четные пункты – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяется 3 области значений: 0–7 (норма), 8–10 (субклинически выраженная тревога/депрессия), 11 и выше (клинически выраженная тревога/депрессия).

### Результаты исследования и их обсуждение

По данным шкалы HADS мы получили следующие результаты. У больных с РР типом течения средний показатель депрессии был 8,8, что свидетельствовало о субклинически выраженной депрессии. На первое место выходили показатели клинически выраженной тревоги – средний балл тревожности в этой группе составлял 15,3 (**рис. 2**).

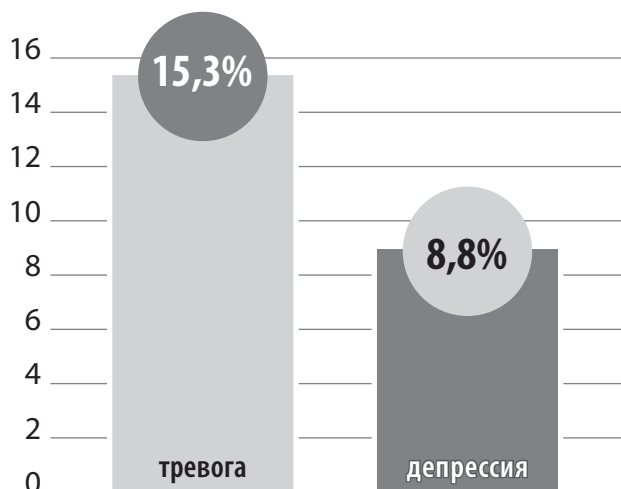


Рис. 2. Показатели тревоги и депрессии по шкале HADS. Рецидивирующе-ремиттирующий тип РС

Полученные данные мы можем объяснить следующим образом.

Уже само наличие РС, несущее в себе угрозу необратимой инвалидности, создает предпосылки для развития депрессии. Также депрессия может быть обусловлена собственно заболеванием: при РС есть вероятность повреждения миелинового покрытия нервов, проводящих нервные импульсы, связанные с настроением. Депрессия также может возникать и в результате побочного действия от приема некоторых препаратов, используемых в лечении РС – например, стероидов или интерферона (**рис. 3**).



Рис. 3. Механизм формирования депрессии при РС

Так как РРРС протекает на протяжении многих лет в виде периодических обострений, то само ожидание этих приступов становится тревожным, невротизирующим, объясняя, таким образом, полученные высокие показатели тревоги в этой группе больных. Начинают формироваться признаки депрессии, что было выявлено субклиническими данными по депрессивной подшкале.

У больных с ВП типом течения средний показатель депрессии составил 15,1, что указывало на клинически выраженную депрессию. Тревожные переживания в виде жалоб в этой группе не высказывал никто из обследуемых, что подтвердили также данные опросника HADS: в этой группе его среднее значение было 5,6 (рис. 4).



Рис. 4. Показатели по шкале HADS. Вторично-прогрессирующий тип РС

ВП тип течения РС представляет собой утяжеление предыдущего типа течения (РР). Неврологические нарушения при

ВПРС нарастают, ремиссии исчезают, течение болезни становится безрецидивным, нарастает трудовая дезадаптация. Тревожное ожидание приступов, согласно полученным данным, исчезает, при этом нарастает депрессивная симптоматика, ухудшая общее состояние пациента. Описанная динамика эмоциональных нарушений, полученная в результате исследования, представлена на рис. 5.

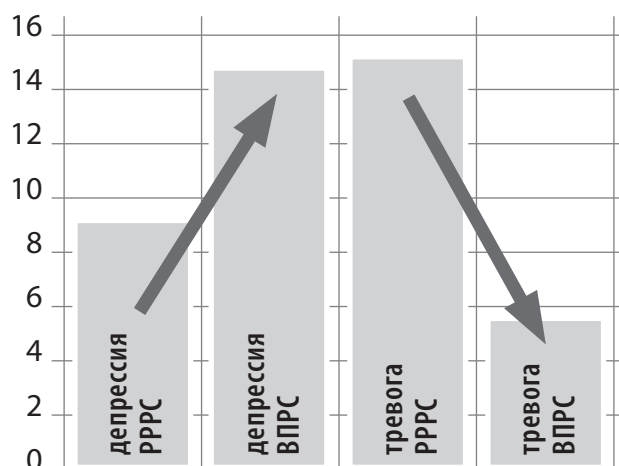


Рис. 5. Динамика показателей эмоциональной сферы у больных РС

### Выводы

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Эмоциональные нарушения при рассеянном склерозе формируются как на начальных этапах заболевания, так и при его прогрессировании.

2. Для начальных стадий развития рассеянного склероза характерна клинически выраженная тревога и субклинические признаки депрессии.

3. С нарастанием тяжести рассеянного склероза показатели тревоги редуцируют, в то время как явления депрессии значительно нарастают.

Таким образом, формируется замкнутый круг: с одной стороны, тяжелое неврологическое заболевание способствует формированию патопсихологической симптоматики; с другой стороны, нарушения психической сферы, по законам психосоматических формирований, ухудшают течение основного заболевания. Полученные в нашей работе данные необходимо учитывать при построении тактики участия специалистов психиатрического профиля в лечебно-диагностическом процессе у больных рассеянным склерозом.

## Література

- Gusev E. I., Demina T. L., Boyko A. N. Rasseyannyy skleroz [Multiple sclerosis]. Moscow, Neft' i gaz Publ., 1997, 464 p. (In Russ.)
- Barkhatova V. P., Zavalishin I. A., Baydina E. V. Patofiziologiya demieliniziruyushchego protsessa [Pathophysiology of demyelinating process]. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova, 2002, no. 7, pp. 53-58. (In Russ.)
- Zavalishin I. A. Rasseyannyy skleroz: izbrannyye voprosy teorii i praktiki [Multiple sclerosis: Selected issues of theory and practice]. Moscow, 2000, 640 p. (In Russ.)
- Zavalishin I. A., Zakharova M. N., Peresadova A. V. [et al.] Progredientnoye techenie rasseyannogo skleroza [Progressive course of multiple sclerosis], Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova, 2002, no. 3 [special issue], pp. 26-31. (In Russ.)
- Lisyanyy N. I. Immunologiya i immunoterapiya rasseyannogo skleroza [Immunology and immunotherapy of multiple sclerosis]. Kiev, 2003, 251 p. (In Russ.)
- Makdonal'd V. Ya., Fazenaz F., Tomson A. D. Diagnostika rasseyannogo skleroza [Diagnosis of Multiple Sclerosis]. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova, 2003, no. 2 [special issue], pp. 4-9. (In Russ.)
- Negreba T. V. Techenie i prognoz sovremennykh form rasseyannogo skleroza [The course and prognosis of contemporary forms of multiple sclerosis]. Ukrains'kij visnik psihonevrologiji, vol. 14, issue 1 (46), 2006, pp. 44-46. (In Russ.)
- Cheknev S. B. Patogenez RS: immunostimulyatsiya ili immunodefitsit [The pathogenesis of MS: immunostimulation or immunodeficiency]. Immunologiya, 1994, no. 2, pp. 9-17. (In Russ.)
- Alekseeva T. G., Boyko A. N., Gusev E. I. Spektr neyropsikhologicheskikh narusheniy pri rasseyannom skleroze [The range of neuropsychological impairments in multiple sclerosis]. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova, 2002, no. 11, pp. 15-20. (In Russ.)
- Alekseeva T. G., Enikolopova E. V., Sadal'skaya E. V. [et al.]. Kompleksnyy podkhod k otsenke kognitivnoy i emotsional'no-lichnostnoy sfer u bol'nykh rasseyannym sklerozom [An integrated approach to the assessment of cognitive and emotional-personal sphere in multiple sclerosis patients]. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova, 2002, special issue «Multiple sclerosis», pp. 20-26. (In Russ.)
- Shmidt T. E., Yakhno N. N. Rasseyannyy skleroz [Multiple sclerosis], Moscow, Medicine Publ., 2003, 160 p. (In Russ.)
- Trifonova O. V. Kognitivnye izmeneniya u bol'nykh rasseyannym sklerozom (klinicheskoe, neyropsikhologicheskoe i elektrofiziologicheskoe issledovanie) [Avtoreferat dissertatsii kand. med. nauk] [Cognitive changes in patients with multiple sclerosis (clinical, neuropsychological and electrophysiological research) [Abstract of the thesis of the candidate of Medical Science]]. Moscow, 2006. (In Russ.)
- Glanz B., Holland C., Amunwa E. [et al.] Prevalens and pattern of cognitive impairment in early multiple sclerosis. Multiple Sclerosis, 2003, pp. 132.
- Kesselring J., Klement U. Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis. J. Neurol., 2001, vol. 248, pp. 180-183.
- Rao S. M., Leo G. J., Bernardin L., Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis I: Frequency, patterns and prediction. Neurology, 1991, vol. 41, pp. 685-691.
- Vannotti S., Benedict R., Caceres F. [et al.] Cognitive impairment in multiple sclerosis: results of a multicentre in Argentina. Multiple Sclerosis, 2006, vol. 12, pp. 141.
- Kalyagin V. A., Ovchinnikova T. S. Gospital'naya shkala trevogi i depressii (HADS) [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)]. Entsiklopediya metodov psikhologo-pedagogicheskoy diagnostiki lits s narusheniyami rechi : posobie dlya studentov, pedagogov, logopedov i psikhologov. St. Petersburg, Karo Publ., 2004, pp. 383-388. (In Russ.)

ПОКАЗНИКИ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ  
ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ

В. І. Вовк, І. В. Гриценко

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** У статті наведено результати обстеження пацієнтів на початкових етапах розсіяного склерозу, а також на етапі прогресування захворювання. Психодіагностичне дослідження проводилося за допомогою шкали Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) для виявлення депресії і тривоги. Показано, що емоційні порушення при розсіяному склерозі формуються як на початкових етапах захворювання, так і при його прогресуванні. Для початкових стадій розвитку розсіяного склерозу характерна клінічно виражена тривога і субклінічні ознаки депресії. З наростанням тяжкості захворювання показники тривоги редукують, в той час як явища депресії значно наростають. Отримані дані доводять необхідність участі фахівців психіатричного напрямку в лікувально-діагностичному процесі у хворих на розсіяний склероз.

**Ключові слова:** розсіяний склероз, емоційна сфера, тривога, депресія.

INDICATORS OF EMOTIONAL STATES  
IN MULTIPLE SCLEROSIS

V. I. Vovk, I. V. Gritsenko

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** This article shows the results of examination of the patients in the early stages of multiple sclerosis, and with disease progression. We conducted a study using the psychodiagnostic scale Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for the detection of depression and anxiety. It is shown that emotional disturbances in multiple sclerosis are formed at both the initial stages of the disease, and during its progression. Symptomatic subclinical anxiety and depression symptoms were characteristic of the early stages of multiple sclerosis. With increasing severity of multiple sclerosis anxiety indicators are reduced, while the phenomenon of depression is significantly increased. The findings show that the direction of psychiatric experts should be involved in treatment and diagnostic process in patients with multiple sclerosis.

**Key words:** multiple sclerosis, emotional sphere, anxiety, depression

УДК:[616.441-006.5-053.6+612.821]:577.164.1



Т. Н. Матковская



Ю. В. Волкова



Д. А. Кашкалда

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ С ДИФфуЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В

Т. Н. Матковская<sup>1,2</sup>, Ю. В. Волкова<sup>1</sup>, Д. А. Кашкалда<sup>1</sup><sup>1</sup>ГУ«Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины»<sup>2</sup>Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

### Аннотация.

Доказано, что у подростков с диффузным нетоксическим зобом отмечается четкая зависимость функционального состояния щитовидной железы и состояния психической деятельности в зависимости от содержания витаминов группы В. При низком содержании рибофлавина и/или тиамин у половины больных достоверно чаще регистрируются минимальная тиреоидная недостаточность, вегетативная дисфункция и невротические расстройства. Наиболее выраженные изменения в функционировании психической сферы при низких значениях рибофлавина отмечались у мальчиков. Полученные результаты убедительно подтверждают целесообразность включения витаминов группы В в комплекс лечебно-профилактических мероприятий для подростков с диффузным нетоксическим зобом, имеющих психические расстройства различных регистров.

**Ключевые слова:** психические расстройства, щитовидная железа, подростки, диффузный нетоксический зоб, витамин В<sub>1</sub>, витамин В<sub>2</sub>.

### Введение

На сегодняшний день все больше обсуждается значимость взаимосвязи функционального состояния тиреоидной системы и психического функционирования [1–3]. В эмбриональный и ранний постнатальный периоды развития организма тиреоидные гормоны выполняют роль основных индукторов процесса дифференцировки практически всех органов и тканей, и в особенности центральной нервной системы [4]. Секретируемые щитовидной железой тироксин (Т<sub>4</sub>) и трийодтиронин регулируют синтез белков и оказывают влияние на метаболическую и функциональную активность структур нервной системы. Тиреотропный гормон (ТТГ) имеется во многих отделах ЦНС и сам по себе обладает способностью тормозить биоэлектрическую активность нейронов [5; 6].

Известно, что в функционировании щитовидной железы и становлении психической деятельности ребенка, его адаптации к условиям среды важную роль играют витамины, в частности витамины группы В [7; 8]. Витамин В<sub>1</sub> (тиамин), участвуя в энергетическом обмене в центральной нервной системе, улучшает процесс передачи нервных импульсов, что способствует кон-

центрации внимания. Опосредованно этот эффект тиамин реализуется и через его участие в синтезе гормонов щитовидной железы [7]. Рибофлавин (витамин В<sub>2</sub>) – важная составляющая флавиновых ферментов, которые регулируют окислительно-восстановительные процессы в клетках. Он содействует нормальному белковому, углеводному, жировому обмену и является важным регулятором функциональной активности тиреоидной системы [9; 10].

Доказано, что усталость, сопровождающая гипотиреоз, является признаком недостаточности тиамин. В ходе клинических исследований установлено, что введение больших количеств витамина В<sub>1</sub> пациентам с тиреоидитом Хашимото сопровождается повышением его концентрации в крови до нормального уровня, восстановлением тиамин-зависимых процессов, нормализацией метаболизма глюкозы в клетках, что приводит к полной регрессии усталости [11].

Роль витаминов особенно значима в подростковом возрасте. Это связано с интенсивностью процессов роста, развития, формирования организма ребенка, высокими интеллектуальными и физическими нагрузками в процессе школьного обучения, напряженными процессами обмена

веществ, несбалансированным и нерациональным питанием, нарушением нутриентного баланса в организме [12; 13].

### Цель исследования

Наиболее распространенной патологией щитовидной железы детского возраста является диффузный нетоксический зоб, который в динамическом наблюдении может сохраняться длительное время и влиять на все уровни дальнейшего развития организма как физического, полового, так и интеллектуального и когнитивного функционирования.

Установлено, что патология щитовидной железы негативно влияет на психическое здоровье человека на всех этапах его жизни, обуславливая развитие различных клинических синдромов, начиная от слабо выраженных изменений и заканчивая тяжелыми психическими расстройствами.

Также доказано, что у всех без исключения больных с гипотиреозом щитовидной железы наблюдаются психические расстройства различной степени выраженности, которые иногда могут доминировать в клинической картине. Психические расстройства при гипотиреозе характеризуются полиморфизмом и неоднородностью проявлений [7; 14; 15].

Необходимо учитывать тесную взаимосвязь функционального состояния щитовидной железы с психическим здоровьем и интеллектуально-мнестическим функционированием, т. к. отсутствие адекватного терапевтического сопровождения таких больных может обуславливать неблагоприятное течение заболеваний и как следствие – значительно ухудшить качество их жизни.

Поэтому целью исследования было изучение влияния уровня витаминов группы В на состояние нервно-психической деятельности у подростков с диффузным нетоксическим зобом.

### Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 116 подростков в возрасте 10–17 лет с диффузным нетоксическим зобом, проживающих в условиях легкого йодного дефицита, у 98 из которых регистрировались расстройства психики. Уровень ТТГ и свободного  $T_4$  ( $fT_4$ ) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (наборы фирмы «НПЛ "Гранум"», Украина), содержание витаминов  $B_1$  и  $B_2$  в суточной моче – флуориметрическим методом.

С учетом перцентильного распределения содержания витаминов у практически здоровых подростков было выделено 2 группы больных: 26 – с низким содержанием витаминов  $B_1$  (менее 0,23 мкмоль/сутки) и  $B_2$  (менее 0,11 мкмоль/сутки) и 90 пациентов – с нормальным их уровнем.

Функциональное состояние щитовидной железы оценивали по величине соотношения ТТГ/  $fT_4$ . Так, значения ТТГ/  $fT_4$  менее 0,19 у. ед. характерны для подростков с эутиреоидным состоянием щитовидной железы (ЩЖ); показатели в диапазоне от 0,19 до 0,29 у. ед. указывают на функциональную напряженность в тиреоидной системе и являются признаком минимальной тиреоидной недостаточности, а увеличение соотношения ТТГ/  $fT_4$  более 0,29 у. ед. свидетельствует о формировании субклинического гипотиреоза (СГ).

Для оценки достоверности использовали критерий Вилкоксона–Манна–Уитни (u) и углового преобразования Фишера (φ).

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ функционального состояния щитовидной железы показал, что у 16,40 % подростков с диффузным нетоксическим зобом регистрировался субклинический гипотиреоз, у 67,20 % – эутиреоз. В результате проведенных исследований установлено, что у подростков с низким и нормальным уровнем рибофлавина в суточной моче средние значения концентрации ТТГ и  $fT_4$  достоверно не отличались. В то же время при индивидуальном анализе выявлено, что у больных с низкими значениями витамина  $B_2$  частота минимальной тиреоидной недостаточности в 2,5 раза выше относительно обследованных детей с нормальным уровнем ТТГ (47,40 % и 19,00 % соответственно;  $p_φ < 0,01$ ).

Среди психических нарушений у подростков с диффузным нетоксическим зобом наиболее часто регистрировались: вегетативная дисфункция (27,60 %), нарушения невротического уровня (21,40 %) и эмоционально-лабильные расстройства органического генеза (19,40 %).

В результате проведенных исследований установлено, что у подростков с нормальными значениями витамина  $B_2$  в 4 раза чаще встречалось отсутствие психических расстройств по сравнению с его низкими значениями (20,90 % и 5,30 % соответственно,  $p_φ < 0,05$ ). В то же время у больных, имеющих низкие показатели

содержания рибофлавина, почти в 2 раза чаще регистрировалась вегетативная дисфункция (52,60 % и 27,90 % соответственно;  $p_{\phi} < 0,03$ ), причем у мальчиков она встречалась в 2,7 раза чаще (44,40 % и 16,70 % соответственно;  $p_{\phi} < 0,06$ ). Также выявлено, что у подростков мужского пола в 2 раза чаще регистрировалось эмоционально-лабильное расстройство органического генеза (66,60 % и 33,30 % соответственно,  $p_{\phi} < 0,05$ ) относительно подростков с нормальным уровнем содержания витамина  $B_2$ .

Анализ гендерных особенностей показал, что у всех мальчиков с низкими показателями витамина  $B_2$  отмечалось наличие психических расстройств, в частности, у каждого пятого пациента регистрировались невротические расстройства. Тогда как при нормальных значениях рибофлавина у 20,00 % больных регистрировалось отсутствие нарушений со стороны нервно-психической сферы.

Установлено, что у девочек-подростков при низком уровне содержания витамина  $B_2$  только у 10,00 % отсутствовали психические нарушения. У мальчиков-подростков, имеющих низкие показатели содержания витамина  $B_2$ , в 6,6 раза чаще по сравнению с девочками регистрировались эмоционально-лабильные расстройства органического генеза (66,60 % и 10,00 % соответственно,  $p_{\phi} < 0,01$ ).

Также выявлено, что у подростков с низкими значениями витамина  $B_1$  регистрировалась выраженная тенденция к нарастанию частоты выявления невротических расстройств по отношению к пациентам с нормальными показателями уровня содержания тиамин (57,10 % и 27,90 % соответственно;  $p_{\phi} < 0,06$ ). Следует отметить, что более чем у половины больных этой группы (57,20 %;  $p_{\phi} < 0,05$ ) регистрировалось одновременное снижение уровня витамина  $B_2$ . При этом средние значения рибофлавина составили ( $0,13 \pm 0,03$ ) мкмоль/сутки по сравнению с ( $0,20 \pm 0,02$ ) мкмоль/сутки в группе с нормальным содержанием тиамин (а  $p_{\phi} < 0,03$ ). Указанный факт подтверждает

закономерность сочетания низкого уровня содержания витамина  $B_1$  у детей школьного возраста с дефицитом витамина  $B_2$ .

### Выводы

Таким образом, проведенный анализ позволил сделать некоторые выводы. У подростков с диффузным нетоксическим зобом доказана взаимосвязь функционального состояния щитовидной железы и расстройств психической деятельности с уровнем содержания витаминов группы В, в частности при низком содержании рибофлавина и/или тиамин у половины больных достоверно чаще выявлена минимальная тиреоидная недостаточность, вегетативная дисфункция и невротические расстройства. Отмечен синергизм действия изученных витаминов более чем у половины подростков с диффузным нетоксическим зобом, которые имеют психические нарушения.

Важно подчеркнуть, что у подростков с низкими показателями уровня витамина  $B_2$  в 4 раза реже встречались отсутствие нарушений со стороны психической деятельности. Наиболее выраженные психические расстройства выявлены при низких значениях рибофлавина и отмечались у мальчиков: у 67,00 % регистрировались эмоционально-лабильные расстройства органического генеза, у 45,00 % – вегетативная дисфункция, у 20,00 % встречались невротические расстройства.

Полученные результаты аргументированно подтверждают целесообразность своевременного назначения витаминов группы В при выборе лечебной тактики для подростков с диффузным нетоксическим зобом, имеющих психические расстройства различной степени выраженности. Это, в свою очередь, позволит улучшить качество жизни данной группы пациентов, предупредить прогрессирование заболевания щитовидной железы и формирование осложнений на этапах полового созревания.

### Литература

1. Mamenko M. Je. [et al.] Vplyv porushen' funkcional'noi' aktyvnosti gipofizarno-tyreoi'dnoi' systemy na nervovo-psyhichnyj rozvytok ta nevrologichnyj status ditej rann'ogo viku [ogljad] [The impact of infringements functional activity of the pituitary-thyroid system for neuro-psychological development and neurological status of infants

[Review]]. *Sovremennaya pediatriya*, 2015, no. 2(66), pp. 105-108. (In Ukr.)

2. Chan S., Kilby M. D. Thyroid hormone and central nervous system development. *Journal of Endocrinology*, 2000, vol. 165, pp. 1-8.

3. Pyatnitskiy N. Yu. Sravnitel'naya kharakteristika psikhicheskikh rasstroystv pri raznykh vidakh

endokrinopatii [Comparative characteristics of mental disorders in different types of endocrinopathies]. Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya, 2001, no. 4, pp. 10-13. (In Russ.)

4. Yasenyavskaya A. L., Ryabykina N. V. Vliyanie immobilizatsionnogo stressa i antioksidantov na tireoidnyuyu funktsiyu na raznykh etapakh ontogeneza [Effect of immobilization stress and antioxidants on thyroid function at different stages of ontogeny]. Estestvennye nauki, 2009, no. 4 (29), pp. 132-140. (In Russ.)

5. Brams E. O. Thyroid Disease. A case-based and practical guide for primary care. Totowa, Humana Press, 2005, 154 p.

6. Damulin I. V., Orazmuradov G. O. Nevrologicheskie narusheniya pri gipotireoze [Neurological disorders in hypothyroidism]. Zhurnal nevrologii i psixhiatrii, 2011, no. 3, pp. 82-86. (In Russ.)

7. Burtseva T. I. [et al.] Gigienicheskaya otsenka vitaminnoy obespechennosti shkol'nikov Orenburga [obzor] [Hygienic assessment of vitamin provision of schoolchildren in Orenburg [Review]]. Voprosy sovremennoy pediatrii, 2009, vol. 8, no. 2, pp. 44-48. (In Russ.)

8. Jindahra P. [et al.] Polyneuropathy from thiamin deficiency associated with thyrotoxicosis. J. Med. Assoc. Thai., 2005, no. 88(10), pp. 1438-1441.

9. Gromova O. A., Torshin I. Yu., Kosheleva N. G. Molekulyarnye sinergisty yoda: novye podkhody k effektivnoy profilaktike i terapii yod-defitsitnykh zabolovaniy u beremennykh [Molecular iodine synergists, new approaches to effective prevention and treatment of iodine deficiency diseases in pregnant women]. RMZh,

Mat' i ditya. Akusherstvo i ginekologiya, 2011, vol. 19, no. 1, pp. 51-59. (In Russ.)

10. Thomas S. R. [et al.] Crystal structure of iodotyrosine deiodinase, a novel flavoprotein responsible for iodide salvage in thyroid glands. J. Biol. Chem., 2009, no. 284 (29), pp. 19659-19667.

11. Costantini A., Pala M. I. Thiamine and Hashimoto's thyroiditis [A report of three cases]. J. Altern. Complement. Med., 2014, vol. 20, no. 3, pp. 208-211.

12. Spirichev V. B. Vitaminy i mineral'nye veshchestva v pitanii i podderzhanii zdorov'ya detey [Vitamins and minerals in nutrition and maintaining the health of children]. Moscow, 2007, 22 p. (In Russ.)

13. Aleksandrov A. A., Poryadina G. I., Kotova M. B., Ivanova E. I. Osobennosti pishchevogo povedeniya detey i podrostkov krupnykh gorodov (na primere shkol'nikov Moskvy i Murmanska) [Features eating behavior of children and adolescents of large cities (for example, students in Moscow and Murmansk)]. Voprosy pitaniya, 2014, vol. 83, no. 4, pp. 67-74. (In Russ.)

14. Jerohina O. I. Osoblyvosti fizychnogo, intelektual'nogo rozvytku ta psyhoemocijnogo stanu ditej, shho postijno meshkajut' v regioni legkoi' jodnoi' endemii' [Features of physical, intellectual and emotional state of children who are living in the endemic region of iodine light]. Sovremennaya pediatriya, 2008, no. 3, pp. 18-21. (In Ukr.)

15. Turchina S. I. Diffuznyy netoksicheskiy zob i polovoe sozrevanie [The diffuse nontoxic goiter and puberty]. Ukrai'ns'kyj zhurnal dytjachoi' endokrynologii, 2013, no. 1, pp. 23-28. (In Russ.)

### ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ ПРИ НИЗЬКОМУ РІВНІ ВІТАМІНІВ ГРУПИ В

Т. М. Матковська<sup>1,2</sup>, Ю. В. Волкова<sup>1</sup>, Д. А. Кашкалда<sup>1</sup>

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

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

**Анотація.** Доведено, що у підлітків з дифузним нетоксичним зобом відзначається чітка залежність функціонального стану щитовидної залози і психічного стану від вмісту вітамінів групи В. При низькому вмісті рибофлавіну і/або тіаміну у половини хворих достовірно частіше реєструється мінімальна тиреоїдна недостатність, вегетативна дисфункція і невротичні розлади. Найбільш виражені зміни функціонування психічної сфери зареєстровано при низьких значеннях рибофлавіну, і відзначалися вони у хлопчиків. Отримані результати вказують на доцільність включення вітамінів групи В у комплекс лікувально-профілактичних заходів підлітків з дифузним нетоксичним зобом, що мають психічні розлади різних регістрів.

**Ключові слова:** психічні розлади, дифузний нетоксичний зоб, підлітки, вітамін В<sub>1</sub>, вітамін В<sub>2</sub>.

### THE FEATURES OF MENTAL HEALTH STATUS IN ADOLESCENTS WITH DIFFUSE NONTOXIC GOITER AT LOW LEVELS OF VITAMIN B

T. N. Matkovska<sup>1,2</sup>, Yu. V. Volkova<sup>1</sup>, D. A. Kashkalda<sup>1</sup>

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

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

**Summary.** In adolescents with diffuse nontoxic goiter observed dependence of the functional state of the thyroid gland and nervous system of the content of B vitamins. Half of the patients with low riboflavin and/or thiamine content registered often minimal thyroid insufficiency, autonomic dysfunction and neurotic disorders. The most significant changes in the functional state of the mental healths at low riboflavin were recorded in boys. The results indicate the advisability of including in complex treatment and prevention of adolescents with diffuse nontoxic goiter and accompanying pathology of the nervous system of B vitamins.

**Key words:** mental disorders, diffuse nontoxic goiter, adolescents, vitamin B<sub>1</sub>, vitamin B<sub>2</sub>.

УДК:616.895.87:612.349.8-07-085.214.2



І. Р. Ромаш

## РАННЯ ДІАГНОСТИКА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ЩО ОТРИМУВАЛИ ТЕРАПІЮ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

І. Р. Ромаш

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

### Анотація.

Стаття присвячена проблемі інсулінорезистентності, яку на сьогодні вважають ключовим моментом метаболічного синдрому. Метою нашого дослідження було вивчення впливу терапії класичними та атипovими нейролептиками на показники інсулінорезистентності у пацієнтів із параноїдною шизофренією. Під час проведеного дослідження виявили, що прийом атипovих нейролептиків протягом тривалого періоду сприяє порушенню вуглеводного обміну, про що свідчить достовірне зростання рівня глюкози в крові, імунореактивного інсуліну, постпрандіальної глікемії, індексу НОМА-IR. Ці показники є інформативними для верифікації наявності порушень вуглеводного обміну, виявлення інсулінорезистентності та цукрового діабету II типу у хворих на параноїдну шизофренію, які тривало приймали нейролептики.

**Ключові слова:** інсулінорезистентність, параноїдна шизофренія, атипovі нейролептики.

### Вступ

Винахід та впровадження в клінічну практику нейролептиків стали революційним моментом у психіатрії, зокрема, у фармакотерапії шизофренії. Класичні (конвенційні) нейролептики виявилися малоефективними у корекції негативної симптоматики. Більше того, з часом було відзначено, що частина випадків резистентності обумовлена саме вираженістю негативних симптомів у хворих на шизофренію. Перед психофармакологією постало питання винаходу «нових» нейролептиків, які були б такими ж ефективними, але більш широкого спектру дії та з меншою кількістю побічних ефектів [1]. Хоча «нові» – атипovі – антипсихотичні препарати викликають меншу кількість неврологічних побічних ефектів, вони мають значний вплив на розвиток обмінних процесів. Впливаючи на секрецію гормонів β-клітинами підшлункової залози та розвитком вторинної метаболічної інсулінорезистентності (ІР) вони призводять до порушення вуглеводного обміну.

### Мета дослідження

Мета дослідження полягає у вивченні впливу терапії класичними та атипovими нейролептиками на показники ІР у пацієнтів із параноїдною шизофренією.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі Івано-Франківської обласної психо-неврологічної лікарні № 3. У вибірku хворих на шизофренію були включені пацієнти з діаг-

нозом «параноїдна шизофренія» за критеріями МКХ-10 (F20.0). Нами було обстежено 98 хворих з відповідним діагнозом, що був верифікований за критеріями МКХ-10. Середній вік пацієнтів становив  $38,70 \pm 2,30$  роки. В результаті проведених досліджень та комплексної оцінки отриманих даних у 14 (14,29%) пацієнтів виявили порушення толерантності до глюкози; у 9 пацієнтів (9,18%) – явний ЦД II типу; у 75 (76,53%) – порушення глікемії натще.

Усіх пацієнтів було розподілено на три групи. До першої (I) увійшло 25 хворих, які отримували галоперидол у дозі 1,40–6,00 мг/добу (середня доза –  $4,60 \pm 1,30$  мг/добу). Друга (II) група включала 30 пацієнтів, які отримували атипovий нейролептик рисперидон від 2,00–6,00 мг/добу (середня доза –  $3,70 \pm 1,80$  мг/добу). До третьої (III) групи увійшли 28 пацієнтів, які приймали кветипрон у добовій дозі 50,00–750,00 мг (середня доза –  $413,00 \pm 116,00$  мг/добу). Контрольну групу склали 15 хворих, які не приймали нейролептичної терапії протягом 6 місяців.

Методи обстеження включали загальноприйняте клінічне обстеження, визначення обводу талії (ОТ), індексу маси тіла (ІМТ). Абдомінальний тип ожиріння (АО) визначали згідно з критеріями Міжнародної Федерації Діабету – International Diabetes Federation (IDF), 2007 [2; 3].

Пацієнтам усіх досліджуваних груп проводилось визначення рівня базального інсуліну – імунореактивного інсуліну (ІРІ) імунферментним методом з використанням набору реактивів Accu-Bind ELISA Mi-



Показники вуглеводного обміну та інсулінорезистентності у пацієнтів із параноїдною шизофренією

Показники	I група (n = 25)	II група (n = 30)	III група (n = 28)	Контрольна група (n = 15)
Глікемія натще, ммоль/л	6,13±0,19	8,44±0,23*	7,76±0,27*	5,41±0,72
Постпрандіальна глікемія, ммоль/л	9,05±0,23*	11,01±0,15*	11,32±0,34*	7,21±0,11
ІРІ, мкМО/мл	25,05±0,54*	28,01±0,16*	26,04±0,73*	15,01±1,90
Індекс НОМА-ІР	6,82±0,55*	10,50±0,15*	8,98±0,27*	3,60±0,87
Індекс Саго	0,24±0,05*	0,30±0,01	0,29±0,03	0,36±0,03

Примітки:

\* – ( $p < 0,05$ ) – різниця, вірогідна відносно показників у пацієнтів контрольної групи.

crowells INSULIN виробництва США Mono-bind Inc. Визначення глюкози натще та постпрандіальної глікемії (ППГ) проводили ензиматичним глюкозооксидазним методом через 2 години після прийому їжі. Вуглеводний обмін оцінювали згідно з критеріями IDF, 2007, що подана робочою групою авторів у Адаптованій клінічній постанові до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при цукровому діабеті (ЦД) II типу (Наказ МОЗ України № 1118 від 21.12.2012 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ЦД II типу») [2–5].

Для визначення метаболічного синдрому (МС) також визначали такі показники: індекс ІР – НОМА-ІР (мала модель гомеостазу), індекс Саго. Індекс ІР НОМА-ІР розраховували за формулою:  $\text{НОМА-ІР} = \frac{\text{глюкоза плазми (ммоль/л)} \times \text{інсулін сироватки крові (мкМО/мл)}}{22,5}$ . Із підвищенням показників індексу НОМА-ІР знижується чутливість до інсуліну та, відповідно, зростає ІР. Значення індексу НОМА-ІР понад 2,77 оцінювали як ІР. З 1991 року для оцінки ІР використовують також індекс Саго. Індекс Саго = концентрація глюкози (ммоль/л) / концентрація інсуліну (мкМО/мл). У нормі індекс Саго перевищує 0,33 [6; 7].

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакета програмних пакетів Statistica 7.0 та програми «Біостатистика». Результати наведено у вигляді середнього арифметичного зі стандартною похибкою середнього ( $M \pm m$ ). Динаміку оцінено за показниками абсолютної та відносної (у відсотках) різниці середніх рівнів. Достовірність отриманих показників підтверджували шляхом розрахунку похибок для відносних величин, а вірогідність різ-

ниці даних у порівнюваних групах доводили на підставі розрахунку коефіцієнту  $t$  ( $t$  – критерій Стюдента). Різницю вважали вірогідною при  $p < 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

Усі показники вуглеводного обміну та індекси ІР у пацієнтів I, II та III груп порівнювали із показниками контрольної групи. Динаміка показників вуглеводного обміну в обстежених пацієнтів показана на (табл. 1).

При аналізі лабораторних даних нами встановлено, що у пацієнтів II групи після терапії рисперидоном достовірно був більшим рівень глюкози натще на 35,90% відносно групи контролю та становив  $8,44 \pm 0,23$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Застосування препарату кветирон у пацієнтів III групи призвело до достовірного зростання рівня глікемії натще, що порівняно з вихідним рівнем становила  $7,76 \pm 0,27$  ммоль/л, що на 30,28% вище вихідного рівня ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів I групи при застосуванні галоперидолу показник глюкози теж мав тенденцію до зростання на 11,74% порівняно з контрольною групою ( $p < 0,1$ ).

Нами також було оцінено ППГ. Цей показник дуже важливий у діагностиці вуглеводного обміну. Результати численних перспективних досліджень свідчать про пошкоджуючий ефект ППГ, який розвивається до виявлення метаболічних порушень. Останні епідеміологічні та клінічні дослідження продемонстрували, що екзогенно-індукована (у нашому випадку – як наслідок терапії нейролептиками) ППГ бере участь у розвитку та прогресуванні атеросклерозу і підвищує ризик серцево-судинних ускладнень [6].

Під час вивчення ППГ у досліджуваних пацієнтів нами було відзначено підвищення цього показника в усіх трьох групах.

Найвище зростання показника спричинив прийом кветирону – на 36,30%. Серед пацієнтів III групи середній показник ППГ становив  $11,32 \pm 0,34$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Нами також виявлено достовірне зростання ППГ на 34,51% на фоні лікування респеридоном. Серед досліджуваних II групи середній показник становив  $11,01 \pm 0,15$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Застосування препарату галоперидол у пацієнтів I групи призвело до зростання ППГ на 20,33%.

За даними Г.-М. Лакка та Д. Е. Лааксонен [8; 9], найпростішим у виконанні, але важливим у діагностичному значенні є метод визначення IPI. Цей показник найточніше характеризує IP в осіб з нормоглікемією. Його прогностичне значення дещо менше у визначенні IP в осіб із порушенням толерантності до глюкози (ПТГ) та ЦД. Також визначення IPI використовують для оцінки функціональної активності  $\beta$ -клітин підшлункової залози. За даними міжнародних досліджень, ключовим моментом формування МС є IP, яка ініціює патологічне коло симптомів, що призводять до появи важких серцево-судинних ускладнень. Зазвичай для оцінки IP використовуються індекс НОМА-IR та індекс Саго.

Під час вивчення IPI встановлено достовірне зростання цього показника в усіх трьох групах. Найвище зростання зумовила терапія атипичним нейролептиком респеридоном. Вона достовірно підвищила рівень IPI на 86,60% порівняно з контрольною групою та становила 28,01 мкМО/мл ( $p < 0,05$ ). У I та III групах цей показник збільшився на 66,88% та 73,48% відповідно ( $p < 0,05$ ).

Із отриманих даних випливає, що застосування препаратів із групи нейролептиків призводить до побічних явищ у вигляді порушення секреції та обміну інсуліну на гормональному рівні.

Для оцінки IP ми обчислювали індекс НОМА-IR та індекс Саго. Під час оцінки результатів нами встановлено достовірне зростання індексу НОМА-IR в усіх трьох групах. Аналіз даних встановив, що у пацієнтів II групи після довготривалої терапії респеридоном індекс НОМА-IR став достовірно вищий в 2,91 рази (191,00%) порівняно з групою контролю ( $p < 0,05$ ). Застосування кветирону у пацієнтів III групи достовірно підвищило індекс НОМА-IR в 2,49 рази (149,00%) ( $p < 0,05$ ). У I групі цей показник збільшився на 89,4% ( $p < 0,05$ ).

Під час обчислення індексу Саго ми відзначили достовірне зменшення цього показника на 33,00% у I групі та тенденцію до зниження у II (16,60%) та III (19,40%) групах порівняно з показником групи контролю.

#### Висновки

1. Визначення рівня IPI, глюкози крові натще, рівня ППГ та обчислення індексів НОМА-IR та Саго є інформативними для верифікації наявності порушень вуглеводного обміну, виявлення ЦД II типу та IP у хворих на параноїдну шизофренію, які приймали нейролептики.

2. Прийом атипичних нейролептиків протягом тривалого періоду сприяє порушенню вуглеводного обміну, про що свідчить достовірне зростання рівня глюкози в крові, IPI, ППГ та індексу НОМА-IR.

#### Література

1. Burchinskiy S. G. Problema vybora atipichnogo neyroleptika: kliniko-psikhofarmakologicheskie aspekty [The problem of selecting an atypical neuroleptic: clinical and psychopharmacological aspects]. *Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2012, vol. 20, issue 4 (73), pp. 79-83. (In Russ.)
2. Alberti K. G., Zimmet P. Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabet. Med.*, 2007, vol. 24 (5), pp. 451-463.
3. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome (article online), 2005. Available at: [http://www.idf.org/webdata/docs/metac\\_syndrome-def.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/metac_syndrome-def.pdf).
4. Standarts of Medical Care in Diabetes-2011, American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 2011, vol. 34, suppl. 1, pp. 11-61.
5. Nakaz MOZ Ukrainy № 1118 vid 21.12.2012. «Pro zatverdzhennja ta vprovadzhennja medyko-technologichnyh dokumentiv zi standartyzacij medychnoi dopomogy pry CD 2 typu» [MOH Ukraine number 1118 of 21. 12. 2012 «On approval and introduction of medical and technological documents for standardization of medical care in type 2 diabetes»]. (In Ukr.)
6. Pionova O. M. Postprandial'na glikemija ta apoprotei'nemija u hvoryh na arterial'nu gipertenziju z suputnim ozhyrinnjam [Postprandial glycemia and apoproteinemia in patients with hypertension with concomitant obesity]. *Aktual'nye problemy transportnoy meditsyny*, 2014, vol. 2 (36-II), pp. 75-80. (In Ukr.)
7. Vaceba T. S. Vzajemozvjazok mizh dyslipidemijeju ta insulinorezistentnistju u hvoryh na pervynnyj gipotyreoiz [The relationship between dyslipidemia and insulin resistance in patients with primary hypothyroidism]. *Klinichna ta eksperymental'na patologija*, 2013, vol. XII, no. 2(44), pp. 42-45. (In Ukr.)
8. Perceva T. O., Maljar K. Ju. Dynamika pokaznykiv insulinorezistentnosti zalezno vid vydu cukroznyzhuval'noi terapij u hvoryh iz vpershe vyjavlenym cukrovym diabetom 2-go typu [The evolution of insulin resistance, depending on the type of hypoglycemic therapies in patients with newly diagnosed diabetes mellitus type 2]. *Klinichna endokrynologija ta endokrynna hirurgija*, 2010, no. 1 (30), pp. 23-27. (In Ukr.)
9. Lakka H. M., Laaksonen D. E. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged man, *JAMA*, 2002, vol. 288, p. 2709-2716.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

И. Р. Ромаш

ДВНЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

**Аннотация.** Статья посвящена проблеме инсулинорезистентности, которую сегодня считают ключевым моментом метаболического синдрома. Целью нашего исследования было изучение влияния терапии классическими и атипичными нейролептиками на показатели инсулинорезистентности у пациентов с параноидной шизофренией. В ходе проведенного исследования выявлено, что прием атипичных нейролептиков в течение длительного периода способствует нарушению углеводного обмена, о чем свидетельствует достоверный рост уровня глюкозы в крови, иммунореактивного инсулина, постпрандиальной гликемии, индекса HOMA-IR. Эти показатели являются информативными для верификации наличия нарушений углеводного обмена, выявления инсулинорезистентности и сахарного диабета II типа у больных параноидной шизофренией, которые длительно принимали нейролептики.

**Ключевые слова:** инсулинорезистентность, параноидная шизофрения, атипичные нейролептики.

## EARLY DETECTION OF INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA RECEIVING ANTIPSYCHOTIC THERAPY

I. R. Romash

SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»

**Summary.** The article deals with the problem of insulin resistance, which is today considered a key aspect of the metabolic syndrome. The aim of our study was to investigate the effect of therapy classical and atypical neuroleptics on indicators of insulin resistance in patients with paranoid schizophrenia. During the study, we found, that taking atypical neuroleptics for a long period, promotes infringement of carbohydrate metabolism. This reflected significant growth of blood glucose, immunoreactive insulin, postprandial glycemia, index NОМА-IR that are informative for the verification of an abnormal carbohydrate metabolism, insulin resistance and detection of type II diabetes in patients with paranoid schizophrenia who protractedly taking antipsychotics.

**Key words:** insulin resistance, paranoid schizophrenia, atypical antipsychotics.

УДК 616.895-07:314.15:616-053



О. В. Самойлова

## ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

О. В. Самойлова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

### Анотація.

За допомогою шкали індексів посттравматичних стресових розладів встановлено основні клінічні прояви стресу у дітей із сімей вимушених переселенців. Виявлено важливі діагностичні закономірності клінічних проявів стресу залежно від переважального симптомокомплексу захворювання, а також визначено ступені тяжкості стресових розладів у обстежених дітей різних когортних груп. В досліджуваних групах дітей проаналізовано вираженість кожного з вивчених індексів клінічних синдромів за шкалою посттравматичного стресового розладу, що характеризували цілісну психопатологічну симптоматику у дітей із сімей вимушених переселенців.

### Ключові слова:

діти, вимушені переселенці, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психотравмуючий фактор, клінічні синдроми стресового розладу, шкала, індекси ПТСР.

### Вступ

Останні роки вітчизняної історії досить насичені доленосними, драматичними та екстремальними за силою та інтенсивністю подіями. Стрімко змінювались соціально-

економічні формації, руйнувались ідеологічні системи, відбувались техногенні та природні катастрофи, проводилися воєнні дії, які не закінчилися й до сьогодні. Ведуться бої в Донецькій і Луганській областях, продовжує

зростати кількість біженців з окупованих територій: АР Крим, Донецької та Луганської областей. Багато людей змушені покинути свої домівки і переїжджати в інші регіони країни.

Згідно з дослідженнями Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) більше 300 тисяч осіб в Україні стали вимушеними переселенцями. Вони втратили все, що мали: домівки, близьких, роботу, а також соціальний статус тощо. На сьогодні існує велика кількість жителів Донбасу, які мешкають поза зоною бойових дій, але перебувають у стані тривоги за себе, за своїх дітей, родичів та напружено очікують поганих новин. Усі ці негативні чинники значною мірою завдають психотравмуючу дію, яка може викликати тяжкі наслідки, прикладом яких є розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [1–6].

ПТСР – це тяжкий психічний стан, який виникає внаслідок одиничної або повторюваної психотравмуючої події (це можуть бути воєнні дії, природні або техногенні катастрофи, серйозні нещасні випадки, присутність під час чиєїсь насильницької смерті, роль жертви знущань або тероризму, сексуальне насильство або інший злочин) [7–9]. Чинником ПТСР є відстрочена або затяжна реакція організму (стрес) на короткочасну чи тривалу стресову подію або ситуацію, що має суб'єктивний характер загрози або катастрофи та може викликати загальний дистрес майже у кожної людини [10–16].

### Мета дослідження

Метою нашого дослідження стало вивчення основних клінічних проявів ПТСР у дітей із сімей переселенців, викликаних фактором вимушеної зміни свого місця мешкання.

### Матеріали та методи дослідження

У ході дослідження опрацьовані дані 305 дітей та підлітків 7–18 років із сімей вимушених переселенців та 60-ти осіб контрольної групи, які перебували в умовах звичайної сім'ї. Для з'ясування основних клінічних проявів у дітей-переселенців нами застосовано шкалу індексів ПТСР, яка використовується для об'єктивного вивчення діагностичних закономірностей клінічних проявів ПТСР залежно від переважаючого симптомокомплексу захворювання. За допомогою цієї шкали можна визначити ступінь тяжкості стресового розладу.

Опитувальник (ОП) шкали включає 16 питань. Аналізуються індекси 7 шкал відповідних клінічних синдромів: SOM (соматизація), ОС (обсесивно-компульсивний), DEP (депре-

сивний), ANX (тривожний), PНОВ (синдром фобічної тривоги), PAR (паранойяльний), PSY (психотизм). Наявність кожної реакції з ОП оцінюється в 1 бал, після чого всі бали сумують. Залежно від суми набраних балів виявляється ступінь прояву тяжкості захворювання: 7–9 балів – легкий ступінь, 10–11 – середній та 12 і більше балів – важкий ступінь захворювання. Постановка діагнозу ПТСР можлива за тривалості симптомокомплексу не менше 1 місяця (гострий ПТСР). Якщо ознаки захворювання зберігаються більше 6 місяців – ставиться діагноз хронічного ПТСР, а коли не проявляються протягом 6 місяців, а виникають пізніше – говорять про відстрочений ПТСР.

### Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з отриманими даними показник індексу шкали ПТСР обстежених дітей становить  $10,32 \pm 0,09$ , що відповідає середньому ступеню тяжкості захворювання (**табл. 1**).

У дослідженні доведено, що у хлопчиків досліджуваної групи показник індексу знаходиться на рівні  $10,39 \pm 0,13$ , порівняно з дівчатками ( $10,25 \pm 1,60$ ). Згідно з віковими особливостями індекс шкали ПТСР переважав у дітей 7–10 років –  $10,55 \pm 0,16$ , тоді як у дітей віком 15–18 років становив  $10,26 \pm 0,17$  та у дітей 11–14 років –  $10,12 \pm 0,13$ . При цьому, у міських дітей індекс ПТСР переважає (відповідно  $10,42 \pm 0,13$ ) над індексом сільських дітей ( $10,22 \pm 0,12$ ).

За даними дослідження встановлено, що у значної частини обстежених дітей (149 осіб, 48,85%) із сімей вимушених переселенців зареєстровано середній ступінь тяжкості ПТСР –  $10,47 \pm 0,04$ . Серед них у дівчаток індекс ПТСР дорівнював  $10,53 \pm 0,05$ , що дещо більше порівняно з хлопчиками –  $10,41 \pm 0,05$ . Враховуючи вік дітей, вищий рівень індексу ПТСР присутній у дітей 7–10 років ( $10,74 \pm 0,07$ ) порівняно з дітьми віком 11–14 років –  $10,51 \pm 0,06$  і, відповідно, 15–18 років ( $10,41 \pm 0,07$ ). Також серед дітей, що мешкають у сільських та міських умовах, індекс шкали ПТСР майже однаковий – відповідно  $10,48 \pm 0,05$  та  $10,46 \pm 0,05$ .

Окрім цього, нами виявлено, що в цілому 91 досліджена дитина (29,84%) мала легкий ступінь ПТСР з показником індексу шкали  $8,45 \pm 0,05$ . Залежно від віко-статевих особливостей та місця проживання дітей показники індексів шкали ПТСР майже однакові: у хлопчиків –  $8,50 \pm 0,08$ ; у дівчаток –  $8,40 \pm 0,06$ ; у дітей усіх вікових категорій –  $8,40 \pm 0,08$ ; у сільських та міських дітей  $10,48 \pm 0,05$  та  $10,46 \pm 0,05$  відповідно.

Показники індексів шкали ПТРС у дітей – вимушених переселенців та дітей контрольної групи (зі звичайних сімей) ( $X \pm m_p$ )

№ з/п	Групи дітей	СТУПІНЬ ХВОРОБИ							
		ЛЕГКИЙ		СЕРЕДНІЙ		ТЯЖКИЙ		У ЦІЛОМУ	
		Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$
<b>I ГРУПА (постраждалі)</b>									
1	хлопчики	36	8,50 ± 0,08	76	10,41 ± 0,05	30	12,67 ± 0,15	<b>142</b>	<b>10,39 ± 0,13</b>
2	дівчатка	55	8,40 ± 0,06	73	10,53 ± 0,05	35	12,51 ± 0,12	<b>163</b>	<b>10,25 ± 1,60</b>
3	діти 7–10 років	32	8,40 ± 0,08	51	10,74 ± 0,07	31	12,87 ± 0,15	<b>114</b>	<b>10,55 ± 0,16</b>
4	діти 11–14 років	36	8,40 ± 0,08	59	10,51 ± 0,06	18	12,22 ± 0,10	<b>113</b>	<b>10,12 ± 0,13</b>
5	діти 15–18 років	23	8,40 ± 0,08	39	10,41 ± 0,07	16	12,44 ± 0,18	<b>78</b>	<b>10,26 ± 0,17</b>
6	сільські діти	50	8,40 ± 0,07	73	10,48 ± 0,05	32	12,44 ± 0,11	<b>155</b>	<b>10,22 ± 0,12</b>
7	міські діти	41	8,50 ± 0,07	76	10,46 ± 0,05	33	12,73 ± 0,15	<b>150</b>	<b>10,42 ± 0,13</b>
<b>8</b>	<b>У ЦІЛОМУ</b>	<b>91</b>	<b>8,45 ± 0,05</b>	<b>149</b>	<b>10,47 ± 0,04</b>	<b>65</b>	<b>12,58 ± 0,09</b>	<b>305</b>	<b>10,32 ± 0,09</b>
№ з/п	Групи дітей	СТУПІНЬ ХВОРОБИ						У ЦІЛОМУ	
		ВІДСУТНІЙ		ЛЕГКИЙ		СЕРЕДНІЙ	ТЯЖКИЙ	У ЦІЛОМУ	
		Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$			Абс	$P \pm m_p$
<b>II ГРУПА (контрольна)</b>									
1	хлопчики	21	4,33 ± 0,25	9	7,44 ± 0,17	–	–	<b>30</b>	<b>5,2 ± 0,32</b>
2	дівчатка	24	4,45 ± 0,21	6	7,50 ± 0,22	–	–	<b>30</b>	<b>5,10 ± 0,28</b>
3	діти 7–10 років	16	4,81 ± 0,26	4	7,50 ± 0,28	–	–	<b>20</b>	<b>5,35 ± 0,32</b>
4	діти 11–14 років	14	4,00 ± 0,29	6	7,50 ± 0,22	–	–	<b>20</b>	<b>5,05 ± 0,42</b>
5	діти 15–18 років	15	4,33 ± 0,27	5	7,40 ± 0,24	–	–	<b>20</b>	<b>5,10 ± 0,36</b>
6	сільські діти	23	4,26 ± 0,22	7	7,57 ± 0,20	–	–	<b>30</b>	<b>5,03 ± 0,31</b>
7	міські діти	22	4,54 ± 0,23	8	7,37 ± 0,18	–	–	<b>30</b>	<b>5,30 ± 0,30</b>
<b>8</b>	<b>У ЦІЛОМУ</b>	<b>45</b>	<b>4,40 ± 0,16</b>	<b>15</b>	<b>7,46 ± 0,13</b>	–	–	<b>60</b>	<b>5,10 ± 0,21</b>

З тяжким ступенем прояву хвороби виявлено 65 дітей – вимушених переселенців (21,31%), показник шкали ПТРС у них становив  $12,58 \pm 0,09$ . У хлопчиків показник був дещо вищим –  $12,67 \pm 0,15$ , ніж у дівчат –  $12,51 \pm 0,12$ . У дітей 7–10 років індекс склав  $12,87 \pm 0,15$ ; 15–18 років –  $12,44 \pm 0,18$ , 11–14 років –  $12,22 \pm 0,10$ . Міські діти мали показник індексу шкали  $12,73 \pm 0,15$ , а сільські –  $12,44 \pm 0,11$ .

Досліджуючи групу дітей зі звичайних сімей, ми встановили, що в цілому показник

індексу шкали ПТРС склав  $5,10 \pm 0,21$ . Залежно від віко-статевих характеристик та місця проживання дослідженням виявлено, що індекс у дівчаток –  $5,10 \pm 0,28$ , а у хлопчиків –  $5,20 \pm 0,32$ ; у дітей 11–14 років –  $5,05 \pm 0,42$ ; 15–18 років –  $5,10 \pm 0,36$ ; 7–10 років –  $5,35 \pm 0,32$ . У міських дітей –  $5,30 \pm 0,30$  у порівнянні з сільськими –  $5,03 \pm 0,30$ .

Аналізуючи контрольну групу дітей, ми з'ясували, що 15 з них (25,00%) мали легкий ступінь прояву ПТРС з індексом  $7,46 \pm 0,13$ .

Показник дівчаток ( $7,50 \pm 0,22$ ) переважав над показником хлопчиків ( $7,44 \pm 0,17$ ). Індекс за віковими характеристиками в усіх категоріях був майже однаковим: діти 7–10 років та 11–14 років –  $7,50 \pm 0,22$ ; діти 15–18 років –  $7,40 \pm 0,24$ . У сільських дітей показник був дещо вищим ( $7,57 \pm 0,20$ ), ніж у міських ( $7,37 \pm 0,18$ ).

У 45 дітей – 45,00% (індекс –  $4,40 \pm 0,16$ ) зі звичайних сімей прояви стресового розладу були відсутні. Враховуючи стать, вік та місце проживання цієї групи, показники індексів були такими: дівчата –  $4,45 \pm 0,21$ ; хлопчики –  $4,33 \pm 0,25$ ; діти 11–14 років –  $4,00 \pm 0,22$ ; 7–10 років –  $4,81 \pm 0,26$ ; діти 15–18 років –  $4,33 \pm 0,27$ ; міські діти –  $4,54 \pm 0,23$ ; сільські –  $4,26 \pm 0,22$ .

Окрім цього, нами було проаналізовано вираженість кожного з індексів клінічних синдромів за шкалою ПТСР, які цілісно характеризували їх психопатологічну симптоматику (табл. 2). У цілому 305 дітей із групи вимушених переселенців за шкалою соматизації (SOM) мали індекс –  $0,93 \pm 0,01$ . Це підтверджувало прояви дистресу, які ви-

никали з відчуття тілесної дисфункції (скарги щодо кардіоваскулярної, респіраторної та інших систем організму; частий головний біль, загальний дискомфорт, соматичні еквіваленти тривожності). За віко-статевими особливостями та місцем проживання, показник SOM у хлопчиків був дещо вищим ( $0,94 \pm 0,01$ ), ніж у дівчат –  $0,92 \pm 0,01$ ; у дітей 11–14 років фіксувався найнижчий індекс шкали ПТСР –  $0,91 \pm 0,01$  порівняно з дітьми 7–10 років –  $0,94 \pm 0,01$  та 15–18 років –  $0,95 \pm 0,01$ ; а у міських та сільських дітей індекси були майже однакові – відповідно  $0,94 \pm 0,01$  та  $0,93 \pm 0,01$ .

За обсесивно-компульсивним індексом (OC) шкали ПТСР ( $0,96 \pm 0,01$ ) у обстежених дітей із сімей вимушених переселенців встановлено наявність нав'язливих повторюваних ідей та образів. Вони виникають мимоволі, мають нестерпний характер та нагадують пережиті стресові події, яким діти майже завжди безуспішно намагаються пручатися. Окрім цього, у дітей відзначалися компульсивні дії, які являють собою повторювані стереотипні вчинки. Часто обстежені

Таблиця 2

Вираженість індексів клінічних синдромів у дітей – вимушених переселенців порівняно з дітьми зі звичайних сімей ( $X \pm m_p$ )

№ з/п	Групи дітей	ІНДЕКСИ ШКАЛ КЛІНІЧНИХ СИНДРОМІВ								
		Абс	SOM (соматизація)	OC (обсесивно-компульсивний)	DEP (депресивний)	ANX (тривожний)	PHOB (фобічної тривоги)	PAR (паранойальний)	PSY (психотизму)	
										$X \pm m_p$
1	I група (постраждалі)	хлопчики	142	$0,94 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,07$	$1,02 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,43 \pm 0,01$	$0,60 \pm 0,01$	$0,60 \pm 0,01$
2		дівчатка	163	$0,92 \pm 0,01$	$0,95 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,44 \pm 0,01$	$0,94 \pm 0,27$	$0,58 \pm 0,01$
3		діти 7–10 років	114	$0,94 \pm 0,01$	$0,95 \pm 0,01$	$1,02 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,45 \pm 0,01$	$1,05 \pm 0,39$	$0,58 \pm 0,02$
4		діти 11–14 років	113	$0,91 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,43 \pm 0,01$	$0,64 \pm 0,01$	$0,60 \pm 0,01$
5		діти 15–18 років	78	$0,95 \pm 0,01$	$0,98 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,10 \pm 0,01$	$0,44 \pm 0,01$	$0,68 \pm 0,01$	$0,58 \pm 0,01$
6		сільські діти	155	$0,93 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$1,01 \pm 0,01$	$0,46 \pm 0,01$	$0,65 \pm 0,01$	$0,60 \pm 0,01$
7		міські діти	150	$0,94 \pm 0,01$	$0,95 \pm 0,01$	$1,02 \pm 0,01$	$1,00 \pm 0,01$	$0,42 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,30$	$0,57 \pm 0,01$
8		<b>У ЦІЛОМУ</b>	<b>305</b>	<b><math>0,93 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,96 \pm 0,01</math></b>	<b><math>1,01 \pm 0,01</math></b>	<b><math>1,00 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,45 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,80 \pm 0,14</math></b>	<b><math>0,59 \pm 0,01</math></b>
9	II група (контрольна)	хлопчики	30	$0,41 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,02$	$0,44 \pm 0,40$	$0,20 \pm 0,01$	$0,34 \pm 0,02$	$0,18 \pm 0,01$
10		дівчатка	30	$0,40 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,02$	$0,4 \pm 0,02$	$0,22 \pm 0,10$	$0,30 \pm 0,02$	$0,20 \pm 0,02$
11		діти 7–10 років	20	$0,43 \pm 0,03$	$0,52 \pm 0,40$	$0,46 \pm 0,02$	$0,43 \pm 0,02$	$0,22 \pm 0,02$	$0,32 \pm 0,02$	$0,25 \pm 0,03$
12		діти 11–14 років	20	$0,41 \pm 0,03$	$0,52 \pm 0,04$	$0,43 \pm 0,03$	$0,40 \pm 0,03$	$0,22 \pm 0,02$	$0,35 \pm 0,04$	$0,19 \pm 0,02$
13		діти 15–18 років	20	$0,38 \pm 0,04$	$0,49 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,03$	$0,39 \pm 0,02$	$0,19 \pm 0,02$	$0,32 \pm 0,03$	$0,18 \pm 0,02$
14		сільські діти	30	$0,41 \pm 0,03$	$0,52 \pm 0,03$	$0,45 \pm 0,03$	$0,37 \pm 0,02$	$0,19 \pm 0,01$	$0,35 \pm 0,03$	$0,21 \pm 0,02$
15		міські діти	30	$0,40 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,03$	$0,43 \pm 0,02$	$0,44 \pm 0,02$	$0,22 \pm 0,01$	$0,30 \pm 0,02$	$0,20 \pm 0,02$
16		<b>У ЦІЛОМУ</b>	<b>60</b>	<b><math>0,40 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,50 \pm 0,02</math></b>	<b><math>0,44 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,40 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,21 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,32 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,20 \pm 0,01</math></b>

діти-переселенці скаржилися на вегетативні симптоми тривоги з обтяжливими відчуттями в внутрішньої чи психічної напруги.

Згідно з віко-статевими характеристиками обсесивно-компульсивні індекси були практично однаковими, що у хлопчиків ( $0,96 \pm 0,07$ ), що у дівчат ( $0,95 \pm 0,01$ ). Залежно від віку найвищий показник мали діти 15–18 років ( $0,98 \pm 0,01$ ) порівняно з дітьми 7–10 ( $0,95 \pm 0,01$ ) та 11–14 років ( $0,96 \pm 0,01$ ). Вираженість цього індексу у міських та сільських дітей майже однакова:  $0,95 \pm 0,01$  й  $0,96 \pm 0,01$  відповідно.

Індекс депресивного розладу (DEP) у обстежених дітей у цілому склав  $1,01 \pm 0,01$ , що вказує на властивий їм симптомокомплекс відсутності інтересу до життя, брак мотивації і втрати життєвої енергії, почуття безнадійності, наявність думок про суїцид та інші когнітивні й соматичні кореляти депресії. Індекси шкали DEP майже однакові в усіх групах: хлопчики  $1,02 \pm 0,01$ ; дівчата  $1,01 \pm 0,01$ ; у дітей 7–10 років –  $1,02 \pm 0,01$ ; у групі дітей 11–14 та 15–18 років – по  $1,01 \pm 0,01$ ; у сільських дітей –  $1,01 \pm 0,01$  та міських –  $1,02 \pm 0,01$ .

За показниками індексу (ANX) шкали тривожного синдрому (в цілому у обстежених дітей він фіксувався на рівні  $1,00 \pm 0,01$ ), слід вказати на наявність у дітей проявів знервованості, внутрішньої напруги, нападів паніки, почуття небезпеки, побоювання і страху. За віко-статевими характеристиками індекси ANX були однаковими (у дівчат та хлопців – й у дітей різного віку –  $1,01 \pm 0,01$ ). Тривожний синдром дещо переважав у сільських дітей ( $1,01 \pm 0,01$ ) порівняно з міськими ( $1,00 \pm 0,01$ ).

За даними дослідження, виявлено, що в цілому індекс синдрому фобічної тривоги (РНОВ) відзначався на рівні  $0,45 \pm 0,01$ , який характеризував наявність у обстежених стійкої реакції страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації та події. У постраждалих хлопчиків показник цього індексу дорівнював  $0,43 \pm 0,01$ , а у дівчат –  $0,44 \pm 0,01$ . Майже однакові показники індексу РНОВ визначалися й у дітей усіх вікових груп: 7–10 років –  $0,45 \pm 0,01$ ; 15–18 років –  $0,44 \pm 0,01$ ; 11–14 років –  $0,43 \pm 0,01$ . Дещо більший індекс РНОВ отримали сільські діти, який становив  $0,46 \pm 0,01$ , що відрізняє їх від міських мешканців ( $0,42 \pm 0,01$ ).

Індекс шкали паранойяльного синдрому (PAR) досліджуваної групи дітей – вимушених переселенців у цілому мав значення  $0,80 \pm 0,14$ . Значно відрізнялися індекси PAR

хлопчиків ( $0,60 \pm 0,01$ ) порівняно з дівчатками ( $0,94 \pm 0,27$ ). Це пояснювало більшу ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, ілюзії у хлопчиків. У дітей 7–10 років індекс шкали був найвищим ( $1,05 \pm 0,39$ ), нижче у дітей 15–18 років ( $0,68 \pm 0,01$ ) та 11–14 років ( $0,64 \pm 0,01$ ). У міських дітей рівень шкали PAR мав позначку  $0,96 \pm 0,30$ , а у сільських –  $0,65 \pm 0,01$ .

Показник індексу психотизму (PSY) в цілому у постраждалих дітей мав значення  $0,59 \pm 0,01$ , що підтверджувало їх скритний, ізольований стиль життя. Встановлено, що у хлопців вираженість індексу була дещо вищою ( $0,60 \pm 0,01$ ), тоді як у дівчат індекс становив  $0,58 \pm 0,01$ . У всіх дітей різних вікових груп показник виявився майже ідентичним: 7–10 років –  $0,58 \pm 0,02$ ; 15–18 років –  $0,58 \pm 0,01$ ; 11–14 років –  $0,60 \pm 0,01$ . Серед дітей, які мешкали в сільських умовах, рівень індексу клінічного синдрому PSY значно перевищував ( $0,60 \pm 0,01$ ) його показники у міських дітей ( $0,57 \pm 0,01$ ).

Навпаки, індекси шкал клінічних синдромів у дітей контрольної групи (зі звичайних сімей) досить відрізнялися. Так, ступінь вираженості клінічного синдрому соматизації у дітей зі звичайних сімей контрольної групи в цілому мав позначку  $0,40 \pm 0,01$ : у дівчат цей показник складав  $0,40 \pm 0,02$ , а у хлопців –  $0,41 \pm 0,02$ ; у сільських дітей –  $0,41 \pm 0,03$ ; у міських –  $0,40 \pm 0,02$ . Найнижчий рівень шкали SOM був відзначений у дітей 15–18 років ( $0,38 \pm 0,04$ ), тоді як у дітей 11–14 років він сягав  $0,41 \pm 0,03$  і  $0,43 \pm 0,03$  – у дітей 7–10 років.

Однаковими були показники індексу обсесивно-компульсивного синдрому у дітей контрольної групи (як у хлопців, так і у дівчат) –  $0,51 \pm 0,03$ . У міських дітей цей індекс знаходився на рівні  $0,51 \pm 0,03$ , а у сільських –  $0,52 \pm 0,03$ . У дітей 7–10 і 11–14 років він виявився однаковим –  $0,52 \pm 0,04$ , а ось у дітей 15–18 років дещо нижчим –  $0,49 \pm 0,03$ . У цілому ж індекс ОС для контрольної групи знаходився на рівні  $0,50 \pm 0,02$ .

За показниками шкали DEP у дітей зі звичайних сімей дівчатка та хлопці були на однаковому рівні –  $0,44 \pm 0,02$ ; тоді як у дітей 7–10 років він був дещо вищим ( $0,46 \pm 0,02$ ) порівняно з дітьми 11–14 років ( $0,43 \pm 0,03$ ) та 15–18 років ( $0,44 \pm 0,03$ ). Міські та сільські діти також майже не відрізнялися між собою за шкалою DEP: відповідно  $0,43 \pm 0,02$  й  $0,45 \pm 0,02$ . У цілому ж вираженість індексу DEP у контрольній групі дітей становила  $0,44 \pm 0,01$ .

У цілому індекс шкали тривожного синдрому дітей контрольної групи становив  $0,40 \pm 0,01$ : у міських дітей він був більшим ( $0,44 \pm 0,02$ ) порівняно з сільськими ( $0,37 \pm 0,02$ ). Відрізнялися й показники індексу ANX за віковими характеристиками: діти 11–14 років –  $0,40 \pm 0,03$ ; діти 7–10 років –  $0,43 \pm 0,02$ ; діти 15–18 років –  $0,39 \pm 0,02$ . Хлопці та дівчата мали однаковий рівень цього індексу –  $0,44 \pm 0,02$ .

Виразність показника фобічної тривоги у дітей зі звичайних сімей в цілому відзначалася на рівні  $0,21 \pm 0,01$ : у хлопчиків –  $0,20 \pm 0,01$ , а у дівчат –  $0,22 \pm 0,10$ ; у дітей 7–14 років –  $0,22 \pm 0,02$  та менший у дітей 15–18 років –  $0,19 \pm 0,02$ . Міські діти мали показники індексу  $0,22 \pm 0,01$ ; тоді як сільські –  $0,19 \pm 0,01$ .

Показник параноїального синдрому у хлопців контрольної групи був дещо вищим ( $0,34 \pm 0,02$ ), ніж у дівчат ( $0,30 \pm 0,02$ ). Однакові рівні цього індексу відзначалися у дітей 7–10 та 15–18 років –  $0,32 \pm 0,03$ ; тоді як у дітей із групи 11–14 років вони були дещо вищими –  $0,35 \pm 0,04$ . Індекс шкали PAR у сільських дітей значно перевищував ( $0,35 \pm 0,03$ ) показник міських –  $0,30 \pm 0,02$ . У цілому індекс PAR мав значення  $0,32 \pm 0,01$ .

Індекс психотизму (PSY) в цілому для контрольної групи дорівнював  $0,20 \pm 0,01$  й був майже однаковим для міських та сільських дітей. Щодо ступеня вираженості психотизму у дітей з міста та села, він мав майже однакові показники –  $0,20 \pm 0,02$  й  $0,21 \pm 0,02$  відповідно. Дещо вищі показники індексу PSY відзначалися у дітей 7–10 років ( $0,25 \pm 0,03$ ) порівняно з дітьми 11–14 –  $0,19 \pm 0,02$  та 15–18 років –  $0,18 \pm 0,02$ . У дівчат індекс PSY був дещо вищим ( $0,20 \pm 0,02$ ) порівняно з хлопцями ( $0,18 \pm 0,01$ ).

## Висновки

1. Дослідженням встановлено, що у дітей – вимушених переселенців у цілому наявність середнього ступеня тяжкості ПТСР (індекс шкали ПТСР  $10,32 \pm 0,09$ ). При цьому констатовано перевагу проявів захворювання у хлопчиків ( $10,39 \pm 0,13$ ), осіб 7–10 років ( $10,55 \pm 0,16$ ) та мешканців міста, ( $10,42 \pm 0,13$ ).

2. Встановлено, що більшість обстежених мали середній ступінь тяжкості ПТСР (149 осіб, 48,85%: індекс ПТСР –  $10,47 \pm 0,04$ ). Окрім цього, відзначено, що значна частина обстежених (65 дітей – вимушених переселенців, 21,31%) мала тяжкий ступінь прояву хвороби (індекс шкали ПТСР –  $12,58 \pm 0,09$ ).

3. Дослідженням доведено наявність у обстежених осіб проявів дистресу. У дітей відзначаються частий головний біль, загальний дискомфорт, соматичні еквіваленти тривожності (індекс шкали SOM –  $0,93 \pm 0,01$ ). Наявні нестерпні нав'язливі, що виникають мимоволі, повторювані ідеї та образи щодо пережитих стресових подій та компульсивні дії з проявами тривоги та відчуттям психічної напруги (індекс ОС  $0,96 \pm 0,01$ ). Виявлено відсутність інтересу до життя з браком мотивації, втрату життєвої енергії та почуття безнадійності й наявності суїцидальних та інших когнітивних і соматичних корелятивів депресії (індекс DEP  $1,01 \pm 0,01$ ).

4. Також, згідно з показниками індексу шкали ПТСР, виявлено наявність у дітей досліджуваної групи проявів внутрішньої напруги, нападів паніки, небезпеки і остраху (індекс ANX  $1,00 \pm 0,01$ ) зі стійкою реакцією страху на певні ситуації та події (індекс PNOB  $0,45 \pm 0,01$ ), з проявами ворожості й підозрливості (індекс PAR  $0,80 \pm 0,14$ ) та скритною поведінковою реакцією й ізольованим стилем життя (індекс PSY  $0,59 \pm 0,01$ ).

## Література

1. Bundalo N. L., Kuritsyna A. A. Gendernye osobennosti proyavleniy agressivnosti i vrazhdebnosti pri posttravmaticheskom stressovom rasstroystve [Gender-specific manifestations of aggression and hostility in PTSD]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*, 2007, no. 1(42), pp. 47-50. (In Russ.)
2. Bundalo N. L., Rossiev D. A. Opredelenie klinicheskikh osobennostey khronicheskogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva metodami neyrosetevogo modelirovaniya i statisticheskogo analiza [Definition of the clinical features of chronic PTSD methods of neural network modeling and statistical analysis]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*, 2008, no. 1 (48), pp. 54-58. (In Russ.)
3. Bundalo N. L., Savitskaya E. N. Tipologicheskie osobennosti lichnosti (po Yungu) pri PTSR [Typological features of the person (according to Jung) in PTSD]. *Voprosy*

- psikiatrii, psikhosomaticheskoy meditsiny, narkologii i psikhoterapii v okhrane zdorov'ya: materialy mezhhregional'noy konferentsii Akademicheskoy zhurnal Zapadnoy Sibiri [Questions of psychiatry, psychosomatic medicine, narcology and psychotherapy in health: Materials of interregional conference Academic Journal of Western Siberia]. 2008, no. 3, p. 10. (In Russ.)
4. Bundalo N. L., Savitskaya E. N. Uroven' motivatsii dostizheniy pri PTSR [The level of achievement motivation for PTSD]. *Voprosy psikiatrii, psikhosomaticheskoy meditsiny, narkologii i psikhoterapii v okhrane zdorov'ya: materialy mezhhregional'noy konferentsii Akademicheskoy zhurnal Zapadnoy Sibiri* [Questions of psychiatry, psychosomatic medicine, narcology and psychotherapy in health: Materials of interregional conference Academic Journal of Western Siberia]. 2008, no. 3, p. 10. (In Russ.)



5. Cyhonja V. Pam'jatka pro posttravmatychnyj stresovij rozlad [Reminder on PTSD]. *Mystectvo likuvannya*, 2014, no. 7-8 (113-114), pp. 57-58. (In Ukr.)

6. Korchevskaya O. V., Zhukov L. A., Reshetnikova N. V. [et al.] Vliyanie vyrazhennosti psikhopatologicheskoy simptomatiki s pomoshch'yu neyronnykh setey [Influence of the severity of psychopathology using neural networks]. *Nepreryvnoe ekologicheskoe obrazovanie i ekologicheskie problemy: Materialy Vserossiyskoy nauchnoy-prakticheskoy konferentsii* [Continuous Ecological Education and Ecological problems: Materials Vserossiyskoy nauchnoy-prakticheskoy conference]. Krasnoyarsk, 2004, pp. 125-129. (In Russ.)

7. Bundalo N. L., Zhukov L. A., Korchevskaya O. V., Reshetnikova N. V. Vyyavlenie vzaimosvyazi klinicheskikh priznakov (simptomov) na primere kliniki posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva s pomoshch'yu neyronnykh setey s uchitelem [Identify the relationship of clinical signs (symptoms) on the example of clinical PTSD using neural networks with the teacher]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*, 2005, no. 1(34), pp. 53-61. (In Russ.)

8. Zaleskaya O. V., Kovalenko E. P., Khudyakova N. Yu. Sbornik materialov po profilaktike i psikhoterapii posttravmaticheskogo rasstroystva u detey [The collection of materials for the prevention and therapy of post-traumatic disorders in children]. Kiev, Publ. house of PADAP, 2014, 122 p. (In Russ.)

9. Profilaktika posttravmatichnih stresovih rozladiv: psihologichni aspekti [Metodichnij posibnik] [Uporjadniki D. D. Romanov's'ka, O. V. Ilashhuk] [Prevention of posttraumatic stress disorder: Psychological aspects [Methodical manual]] [Compiled D. D. Roma-

nov's'ka, O. V. Ilashhuk]]. Chernovtsy, Tehnodruk Publ., 2014, 133 p. (In Ukr.)

10. Pyatnitskaya E. V. Psikhologiya travmaticheskogo stressa: uchebnoe posobie [Psychology of traumatic stress: A Training Manual]. Balashov, Nikolaev Publ., 2007, 140 p. (In Russ.)

11. Tarabrina N. V., Lazebnaya E. O. Sindrom posttravmaticheskikh stressovykh narusheniy: sovremennoe sostoyanie i problemy [The syndrome of post-traumatic stress disorders: current status and problems]. *Psikhologicheskij zhurnal*, 1992, vol. 13, no. 2, pp. 14-29. (In Russ.)

12. Khuseyn A., Kholkomb V. Rukovodstvo po lecheniyu psikhologicheskoy travmy u detey i podrostkov [Guidelines for the treatment of psychological trauma in children and adolescents]. Humanitarian and Charity Center «Compassion», 1997, 32 p. (In Russ.)

13. Cherepanova E. M. Psikhologicheskij stress: pomogi sebe i rebenku [Kniga dlya shkol'nykh psikhologov, roditeley i uchiteley] [2-e izd.] [Psychological stress: help yourself and your child [book for school psychologists, parents and teachers] [2nd Edition]]. Moscow, Akademiya, 1997, 95 p. (In Russ.)

14. Bundalo N. L., Korolenko Ts. P. Clinical model of chronic post-traumatic stress disorder. *Medline.ru*, 2007, vol. 8, pp. 694-702.

15. Follette V. M., Polusny M. A., Bechtle A. E., Nangle A. E. Cumulative Trauma the Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault and Spouse Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, vol. 9, no. 1, pp. 25-37.

16. Frederick C. J. Children Traumatized by Catastrophic Situations. Post-traumatized stress disorders in children [eds. S. Eth, R.S. Pynoos]. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1985, pp. 73-99.

## ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ

А. В. Самойлова

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** С помощью шкалы индексов посттравматических стрессовых расстройств установлены основные клинические проявления стресса у детей из семей вынужденных переселенцев. Выявлены основные диагностические закономерности клинических проявлений стресса в зависимости от преобладающего симптомокомплекса заболевания и определены степени тяжести стрессовых расстройств у обследованных детей разных когортных групп. В исследуемых группах детей проанализировано выраженность каждого из изученных индексов клинических синдромов по шкале посттравматического стрессового расстройства, которые характеризовали целостную психопатологическую симптоматику у детей из семей вынужденных переселенцев.

**Ключевые слова:** дети, вынужденные переселенцы, посттравматическое стрессовое расстройство, психотравмирующий фактор, индексы, клинические синдромы стрессового расстройства, шкала, индексы посттравматического стрессового расстройства.

## DESCRIPTION CLINICAL MANIFESTATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN OF IMMIGRANTS

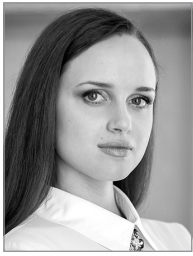
A. V. Samoilova

Kharkiv National University V. N. Karazina

**Summary.** With the scale of post-traumatic stress disorder indices established the main clinical manifestations of stress in children from internally displaced persons families. It revealed important diagnostic patterns of clinical manifestations of stress, depending on the predominant symptom of the disease and determine the severity of stress disorders in the examined children of different cohort groups. In the study groups of children analyzed the severity of each of the studied indices of clinical syndromes on a scale of post-traumatic stress disorder that characterized the integral psychopathology in children from internally displaced persons families.

**Keywords:** children, internally displaced persons, post-traumatic stress disorder, psychotraumatic factor, indices, clinical syndromes stress disorder, scale, indicis of posttraumatic stress disorder.

УДК 616.831-005



Ю. В. Северин

# НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ПАТОГНОМОНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АМИЛОИДНОЙ АНГИОПАТИИ

Ю. В. Северин

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

## Аннотация.

Статья посвящена исследованию проблемы церебральной амилоидной ангиопатии (ЦАА), представляющей собой хроническое прогрессирующее заболевание сосудов головного мозга, характеризующееся отложением  $\beta$ -амилоидного пептида на стенках артерий, артериол, капилляров и венул. В статье представлены современные данные об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, диагностике и лечении заболевания. Особое внимание уделено вопросу нейровизуализационной диагностики, позволяющей неинвазивным путем выявить наличие заболевания на ранней стадии. Выделены критерии лучевой диагностики ЦАА, имеющие важное значение не только для уточнения диагноза, но и для оценки течения и прогноза заболевания.

**Ключевые слова:** церебральная амилоидная ангиопатия,  $\beta$ -амилоидный пептид, внутримозговое кровоизлияние, когнитивные нарушения, нейровизуализационная диагностика.

## Введение

Церебральная амилоидная ангиопатия (ЦАА) – хроническое прогрессирующее заболевание сосудов головного мозга, которое характеризуется отложением  $\beta$ -амилоидного пептида в небольших по калибру артериях, артериолах, капиллярах и венулах. Это заболевание чаще встречается у людей пожилого возраста и может протекать как бессимптомно, так и манифестировать внутримозговыми кровоизлияниями (ВМК), быстро прогрессирующим нарушением когнитивных функций, эпилептическими припадками, острой энцефалопатией, рецидивирующей преходящей неврологической симптоматикой, приводя к тяжелой инвалидизации и смерти пациентов [1–3].

Учитывая широкую распространенность сосудистых заболеваний головного мозга, данная проблема чрезвычайно актуальна. ЦАА является одной из наиболее частых причин спонтанных внутримозговых кровоизлияний (ВМК) и когнитивных нарушений у пациентов старше 55 лет, однако остается прижизненно плохо диагностируемой и малоизвестной для большинства клиницистов [4].

Кроме того, с ЦАА связаны наиболее тяжелые исходы заболевания с коэффициентом смертности, приближающимся к 50 %.

## Цель и задачи исследования

В статье детально рассматривается ЦАА с целью углубления знаний в области диагностики заболевания, что позволит расширить возможности профилактических и лечебных мероприятий.

**Этиология и патогенез.** В основе ЦАА лежит нарушение процесса накопления и выведения через периваскулярные пространства растворимого и нерастворимого аморфного интенсивно-эозинофильного вещества ( $\beta$ -амилоидного пептида) с последующим его отложением в среднем и адвентициальном слоях мелких и средних артерий (реже, вен) коры головного мозга и мягкой мозговой оболочки [5; 6].

$\beta$ -амилоидный пептид при ЦАА представляет собой протеин, который образуется в результате расщепления трансмембранного белка – предшественника амилоида, с помощью ферментов  $\beta$ - и  $\gamma$ -секретазы. Кроме того, в его состав входят пресенилин-1 и -2,  $\alpha$ 1-антихимотрипсин, аполипопротеин E,  $\alpha$ 2-макроглобулин, убиквитин [7; 8].

В составе амилоидной бляшки при ЦАА имеется 40 фрагментов остатков аминокислот (в отличие от болезни Альцгеймера, белок которого состоит из 42 аминокислот в своей последовательности) [9].

$\beta$ -амилоид состоит из скрученных  $\beta$ -складчатых фибрилл в стенке сосуда. Это однородное интенсивно эозинофиль-

ное вещество, которое дает размытый вид при световой микроскопии. При поляризационной микроскопии препаратов, окрашенных конго красным, выявляют свойственные амилоиду светло-зеленое свечение и двойное лучепреломление. В ультрафиолетовом свете при использовании тиофлавина Т и S амилоид флуоресцирует [10–12].

Выделяют два основных типа ЦАА.

При первом типе ЦАА  $\beta$ -амилоид откладывается в корковых капиллярах, лептоменингеальных и корковых артериях, артериолах, реже – в венах и венулах. При втором типе ЦАА при иммуногистохимическом исследовании  $\beta$ -амилоид преимущественно обнаруживается в лептоменингеальных и корковых сосудах, но не в корковых капиллярах [13].

В результате отложения  $\beta$ -амилоида в сосудистой стенке происходит изменение ее архитектуры, развивается фибриноидный некроз, гиалиновая дегенерация сосудов с облитерацией их просвета, могут формироваться микроаневризмы [5]. Эндотелий остается интактным даже в тяжело пораженных ЦАА сосудах.

Также показано, что амилоид может образовываться в гладкомышечных клетках средней оболочки как реакция на повреждение стенки сосуда при атеросклерозе или гипертонической болезни. Окклюзия или нарушение перфузии амилоидной бляшки артерий коры и мягкой мозговой оболочки приводят к ишемическому повреждению серого (кортикальные микроинфаркты) и белого веществ (демиелинизация и глиоз) [14].

Спонтанный разрыв сосуда, пораженного амилоидом, приводит к ВМК с преимущественно периферической, субкортикальной локализацией. Причиной кровоизлияний могут быть и сформированные на фоне вторичного фибриноидного некроза микроаневризмы стенок сосудов [15]. Показана связь ЦАА с аллельным полиморфизмом гена ApoE. Аллели e4 и e2 гена ApoE являются факторами риска возникновения заболевания и коррелируют с тяжестью его течения [16]. E2 аллель также повышает риск ВМК у больных с ЦАА. E4 аллель ApoE связана с более ранним появлением кровоизлияний и значительно повышает риск сопутствующей болезни Альцгеймера [5].

Пациенты с лобарным ВМК и наличием e2 или e4 аллелей имеют больший риск его раннего рецидива [17]. Кроме того, ЦАА связана с полиморфизмом других генов, таких как пресенилин1,  $\alpha$ 1-анти-химотрипсин, неприлизин, рецепторы липопротеинов низкой плотности, ген ингибитора ангиотензинпревращающего фермента и CR1 [18].

Тяжесть течения ЦАА прямо пропорциональна возрасту. Более чем у 50% пациентов уже на пятом десятилетии жизни имеются признаки заболевания [19].

По данным аутопсии, ЦАА чаще выявляется у женщин, но частота возникновения ВМК при данном заболевании не имеет гендерных различий [11].

**Классификация.** Различают две формы ЦАА: спорадическую и наследственную.

В большинстве случаев ЦАА носит спорадический характер, встречается у пожилых людей и клинически проявляется рецидивирующими ВМК и деменцией.

Наследственные формы ЦАА обусловлены специфическими мутациями генов, являются достаточно редкими, передаются по аутосомно-доминантному типу, дебютируют в более молодом возрасте (30 лет), имеют более широкий спектр клинических проявлений, приводят к постепенной утрате интеллектуальных функций, инсультам и другим неврологическим нарушениям. Это так называемый исландский тип ЦАА. При этом типе ЦАА в сосудах откладывается аномальный микропротеин цистатин С, ингибитор цистеиновой протеазы. Диагноз ставят на основании пониженного уровня цистатина С в спинномозговой жидкости (СМЖ). Описаны редкие спорадические случаи ЦАА, обусловленные мутацией гена цистатина С [20; 21].

Другим типом наследственной ЦАА является голландский. Он характеризуется отложением на стенке артерий коры и оболочек мозга  $\beta$ -амилоида. Причиной заболевания считают точечную мутацию в гене, кодирующем белок-предшественник  $\beta$ -амилоида, в результате которой в  $\beta$ -амилоиде в 22-й позиции Glu оказывается замещенным Gln [21].

**Клинические проявления.** ЦАА часто протекает бессимптомно. Тем не менее, заболевание может проявляться в виде патогномичных признаков, наиболее частыми среди которых являются ВМК и деменция.

Среди всех нетравматических ВМК частота гематом вследствие ЦАА составляет от 5

до 20% [22]. Кровоизлияния при ЦАА отличаются тем, что в 25–40% случаев они склонны к рецидивам, причем локализация и сторона возникновения последующих кровоизлияний различны. Чаще поражаются лобная, теменная и затылочная доли [22; 23].

Наиболее распространенным симптомом начала заболевания является головная боль (60–70% больных) с характерной локализацией в зависимости от зоны нарушения кровообращения, рвота (у 30–40% больных) и судорожные припадки (у 16–36% больных). Приступы чаще всего парциальные, определяющиеся локализацией кровоизлияния. У половины пациентов может возникать эпилептический статус [20].

Симптомы внутричерепного кровоизлияния при ЦАА могут быть различны – от преходящей слабости в конечностях до комы – в зависимости от размера и места кровоизлияния. Клинически значимые по размеру кровоизлияния у подавляющего числа пациентов могут сопровождаться нарушением когнитивных функций, зрительного восприятия, нарушением абстрактного мышления, вербальной памяти, функции речи [20].

Острый психоорганический синдром при ЦАА обычно проявляется в виде нескольких эпизодов когнитивной дисфункции. У некоторых пациентов возможно быстрое ухудшение состояния до глубокой деменции в течение нескольких лет [24].

Амилоид может также вызывать вторичные воспалительные изменения и в стенке сосуда, и периваскулярно, что является основой для развития ЦАА-ассоциированного васкулита, клиническими проявлениями которого являются головная боль, судорожные припадки и подострое когнитивное снижение [25]. В задних отделах головного мозга изменения выражены больше, чем в передних [4].

Преходящие неврологические нарушения, возникающие при ЦАА, характеризуются абсансами, приступами распространяющихся позитивных сенсорных симптомов (парестезий), парциальными моторными эпилептиформными эпизодами (встряхивания конечностями), зрительными нарушениями (напоминающие ауру при мигрени, галлюцинации). Пароксизмы обычно длятся от нескольких минут до получаса и могут быть предвестниками крупных ВМК.

ЦАА может проявляться массивным поражением в виде амилоидомы с накопле-

нием амилоида в паренхиме головного мозга или вторичным отеком и глиозом вследствие васкулярного поражения.

Реже ЦАА может манифестировать в виде обратимой лейкоэнцефалопатии с быстрым прогрессированием симптомов после некоторого улучшения и сопровождаться ишемическим инсультом [26].

**Диагностика.** Специфических изменений лабораторных показателей при ЦАА не выявлено. У некоторых пациентов может наблюдаться повышение уровней общего и фосфорилированного т-протеина и снижение растворимого β-амилоида или ApoE в спинномозговой жидкости [27]. Другие лабораторные исследования следует выполнять для исключения других причин ВМК.

**Генетическое исследование** возможно при наличии в семейном анамнезе данных о ЦАА. Исследование ApoE не имеет чувствительности и специфичности при ЦАА и не может быть использовано в качестве скрининга заболевания, однако может быть полезным при прогнозировании риска его раннего рецидива.

**Данные электроэнцефалограммы (ЭЭГ),** как правило, не позволяют выявить очаг при фокальных припадках.

**Ангиографическое исследование** лишь в редких случаях выявляет наличие изменений и связано с васкулитами [28]. Специфичность и прогностическая ценность данного метода составляет менее 30%.

**Гистологическое исследование** необходимо для постановки окончательного диагноза. Патологические образцы могут быть получены из гематомы, биоптата коры или посмертных образцов. Чувствительность исследования составляет 53%, имеет отрицательный прогноз в 70% и сопряжено с использованием специальных методик и оснащения, которые, к сожалению, недоступны для большинства лечебных учреждений.

Для прижизненной диагностики ЦАА на сегодняшний день применяют **стандартные методы лучевой диагностики – спиральную компьютерную томографию (СКТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ)** [29; 30]. Из-за сложности клинической диагностики ЦАА на ранних этапах, как правило, пациенты попадают на СКТ или МРТ с клиникой острого нарушения мозгового кровообращения, зачастую, с повторным либо часто рецидивирующей

щим, что подтверждается при выполнении томографии.

С появлением высокопольных МР-томографов (с напряженностью магнитного поля 1,5 Т и выше) стало возможным выполнение исследования головного мозга в хорошем качестве и в оптимальном пространственном разрешении с применением таких импульсных последовательностей, как SWI и хорошо известной T2\*. Это позволяет диагностировать проявления ЦАА на ранних этапах, еще до появления геморрагических инфарктов [31; 32].

При проведении стандартного протокола МРТ сканирования, включающего T1-взвешенное изображение (ви), T2-ви, FLAIR и DWI импульсные последовательности, заподозрить у пациента наличие начальных проявлений ЦАА практически невозможно<sup>1</sup>.

**Примечания:**

T1 – импульсная последовательность с временем релаксации T1

T2 – импульсная последовательность с временем релаксации T2

T2\* – импульсная последовательность градиент-эхо

FLAIR – импульсная последовательность инверсия-восстановление с длинным временем T1

DWI – диффузно-взвешенная импульсная последовательность

Базовыми при диагностике ЦАА служат Бостонские критерии, разработанные С.Гринберг и соавторами в 2001 году и модифицированные в 2010 году (табл. 1) [33; 34]. Согласно этим критериям, диагноз «достоверная ЦАА» прижизненно не ставили. В клинической практике при формулировке диагноза могут фигурировать термины «вероятная» либо «возможная» ЦАА.

**Ниже приведены данные собственных наблюдений.**

**Пациент П., 66 лет**

Предъявлял жалобы на снижение памяти, внимания, частые головные боли, нарушение координации и ориентации во времени.

При проведении МРТ во FLAIR аксиальной проекции (рис. 1а) и T2-ви сагиттальной проекции (рис. 1б) были выявлены множественные изолированные и сливные очаги глиоза (как проявление лейкоэнцефалопатии), производящие гиперинтенсивный МР-сигнал, локализованные как субкортикально, так и в глубинных отделах белого вещества лобных, теменных и затылочных долей.

**Таблица 1**

**Модифицированные Бостонские критерии ЦАА (2001, 2010)**

<b>Достоверный диагноз ЦАА</b>	<b>По данным полного посмертного исследования:</b> – лобарные, корковые или корково-подкорковые кровоизлияния; – тяжелая ЦАА с васкулопатией; – отсутствие других заболеваний, лучше объясняющих клиническую картину
<b>Вероятный диагноз ЦАА с патоморфологическим подтверждением</b>	<b>Клинические данные и гистологические изменения в тканях (полученных при удалении гематомы или биопсии коры):</b> – лобарные, корковые или корково-подкорковые кровоизлияния; – умеренная степень ЦАА в образце; – отсутствие других заболеваний, лучше объясняющих клиническую картину
<b>Вероятная ЦАА</b>	<b>По клиническим данным, данным МРТ или КТ:</b> – множественные лобарные, корковые или корково-подкорковые кровоизлияния (допускаются мозжечковые кровоизлияния) или одиночное лобарное, корковое или корково-подкорковое кровоизлияние с фокальным или диссеминированным поверхностным сидерозом; – возраст 55 лет и старше; – отсутствие других заболеваний, лучше объясняющих кровоизлияния <sup>1</sup>
<b>Возможная ЦАА</b>	<b>По клиническим данным, данным МРТ или КТ:</b> – одиночное лобарное, корковое или корково-подкорковое кровоизлияние либо фокальный <sup>2</sup> или диссеминированный <sup>3</sup> поверхностный сидероз; – возраст 55 лет и старше; – отсутствие других заболеваний, лучше объясняющих кровоизлияние

**Примечания:**

<sup>1</sup> – другие возможные причины кровоизлияний: черепно-мозговая травма, геморрагическая трансформация ишемического инсульта, артериовенозная мальформация, кровоизлияние в опухоль, терапия варфарином при МНО>3, васкулит.

<sup>2</sup> – фокальный сидероз ограничен не более чем 3 бороздами.

<sup>3</sup> – диссеминированный сидероз распространяется не менее чем на 4 борозды.

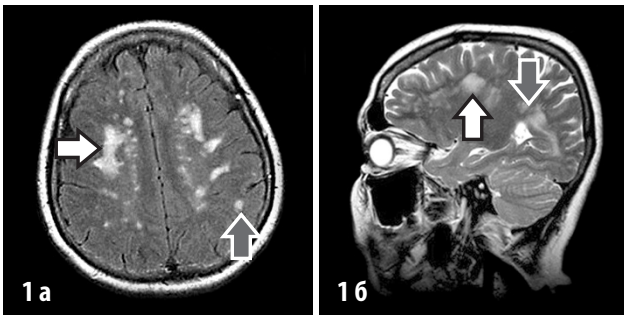


Рис. 1а. FLAIR аксиальная проекция

Рис. 1б. T2-ви сагиттальная проекция. Визуализируются множественные изолированные (серая стрелка) и сливные (белая стрелка) очаги глиоза (как проявление лейкоэнцефалопатии), производящие гиперинтенсивный МР-сигнал субкортикально и в глубинных отделах белого вещества лобных, теменных и затылочных долей

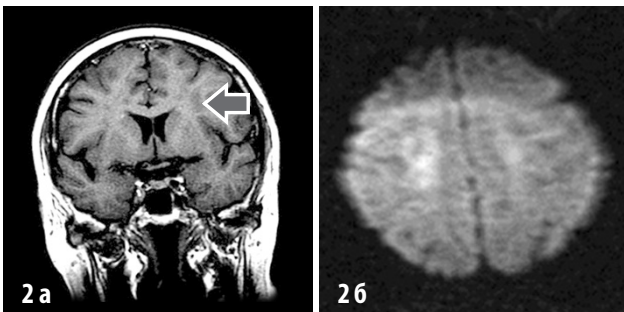


Рис. 2а. T1 фронтальная проекция. Отмечаются очаги изогипоинтенсивного МР-сигнала в белом веществе

Рис. 2б. DWI аксиальная проекция. Достоверных изменений не выявлено

На T1-ви фронтальной проекции (рис. 2а) отмечались очаги изогипоинтенсивного МР-сигнала в белом веществе.

На T2\* аксиальной проекции (рис. 3 а, б, в) визуализировались изолированные множественные мелкие резко гипоинтенсив-

ные очаги в юстокортикальных (граница серого и белого вещества) и субкортикальных отделах левой лобной и преимущественно левой теменной долей.

#### Пациент В., 64 года

Обратился с жалобами на неконтролируемые перепады цифр артериального давления, частые головные боли, прогрессирующее снижение памяти на протяжении последних 8 лет. В анамнезе жизни выявлено перенесенное нарушение мозгового кровообращения в левой затылочной доле. 3 дня назад возникло нарушение речи и памяти, левосторонняя гемиплегия, нарушение ориентации в пространстве и времени.

Было выполнено МРТ. На FLAIR аксиальной проекции обнаружены участки нарушения мозгового кровообращения с поражением кортикально-субкортикальных структур правой лобной доли, кортикально-субкортикальных структур правой затылочной доли. Характерное поражение в границах извилины, а не в границах бассейна кровообращения. Участок кистозно-глиозных изменений кортикально-субкортикальных структур левой затылочной доли с заместительным расширением заднего рога левого бокового желудочка (рис. 4 а, б, в).

На T2 сагиттальной проекции и DWI аксиальной проекции имелись участки нарушения мозгового кровообращения с поражением кортикально-субкортикальных структур правой лобной и правой затылочной доли, характерное поражение в границах извилины, а не в границах бассейна кровообращения (рис. 5 а, б, в).

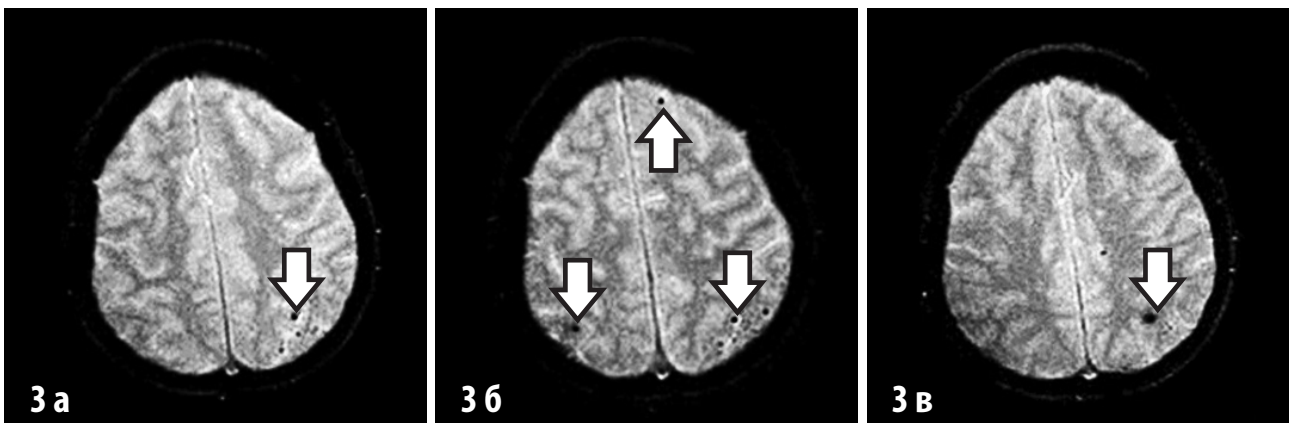


Рис. 3 а, б, в. T2\* аксиальная проекция. Визуализируются изолированные множественные мелкие резко гипоинтенсивные очаги в юстокортикальных (граница серого и белого вещества) и субкортикальных отделах левой лобной и преимущественно левой теменной долей

T2\* аксиальна проекція показала на-  
 личие ізолюваних багаточисельних  
 малих різко гіпоінтенсивних осередків в

юкстокортикальних і субкортикальних  
 відділах лобних, темених і затылочних  
 долей(рис. 6а, б, в).

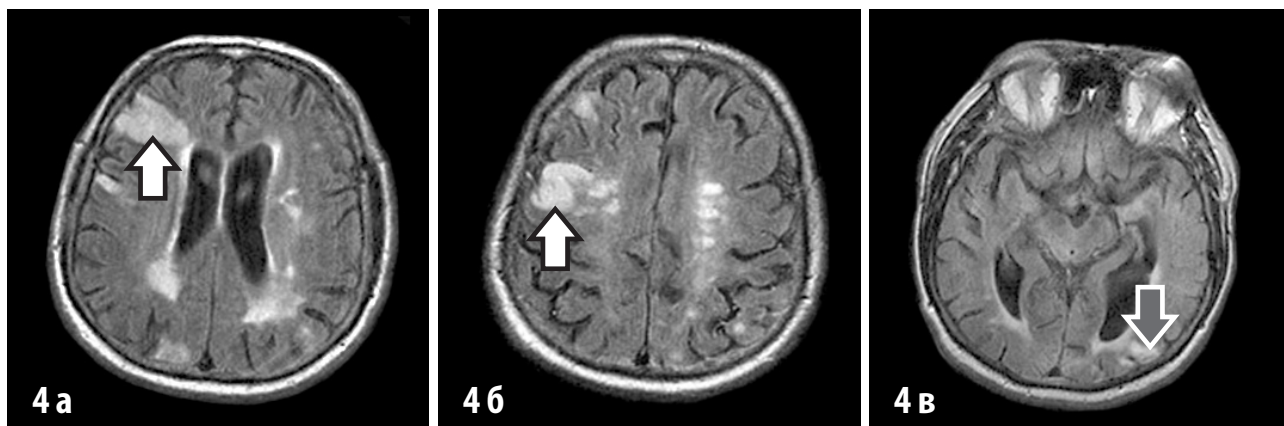


Рис. 4а, б, в. FLAIR аксиальна проекція. Участки порушення мозгового кровообігу з ураженням кортикально-субкортикальних структур правої лобної доли, кортикально-субкортикальних структур правої затылочної доли (білі стрілки). Характерне ураження в межах извилини, а не в межах басейна кровообігу. Участок кистозно-гліозних змін кортикально-субкортикальних структур лівої затылочної доли (сіра стрілка) з замінювальним розширенням заднього рога лівого бокового жовудочка

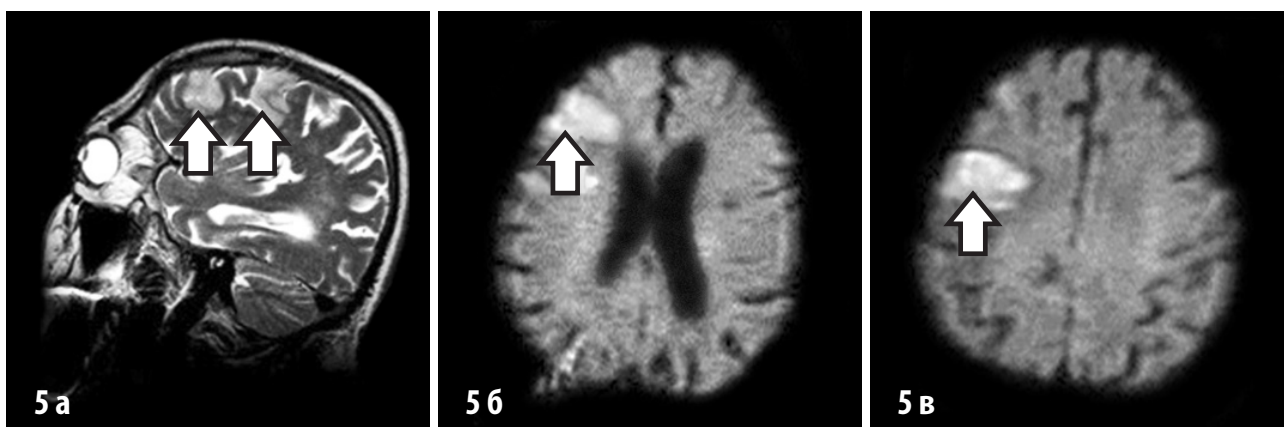


Рис. 5 а, б, в. T2 сагітальна проекція і DWI аксиальна проекція. Участки порушення мозгового кровообігу з ураженням кортикально-субкортикальних структур правої лобної доли (білі стрілки)

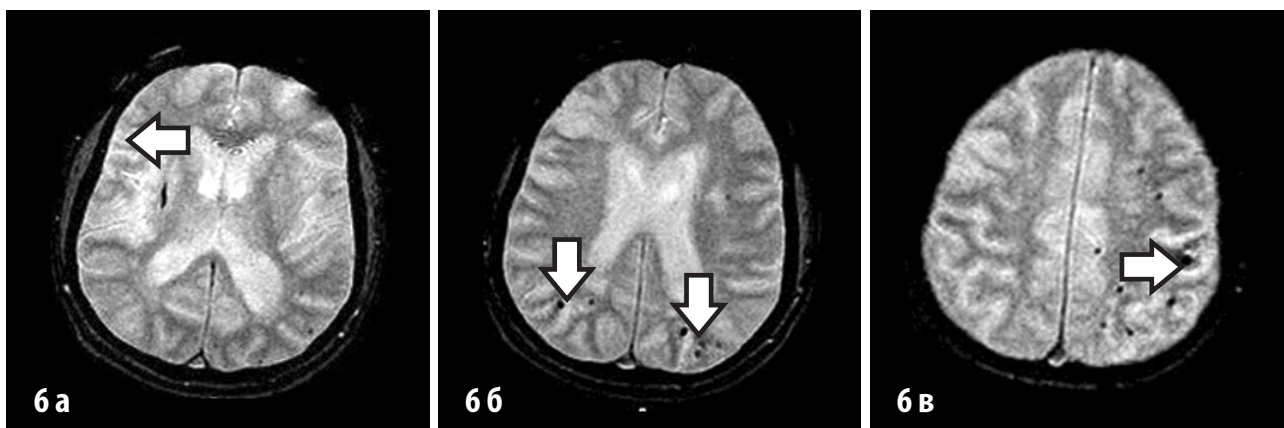


Рис. 6 а, б, в. T2\* аксиальна проекція. Визуалізуються ізолювані багаточисельні малих різко гіпоінтенсивні осередки різних розмірів в юкстокортикальних (межа сірого і білого речовини) і субкортикальних відділах лобних, темених і затылочних долей

Можно выделить следующие критерии лучевой диагностики ЦАА.

□ **Микрогеморрагии**

(начальная стадия):

- не визуализируемые при СКТ;
- мелкие очаги «выпадения» (резко гипоинтенсивный МР-сигнал) сигнала наилучшим образом визуализируется на T2\* (градиент-эхо), SWI;
- практически не видны в T1 и T2 последовательностях;
- преимущественная субкортикальная локализация (граница серого и белого вещества);
- нехарактерная локализация в области базальных ганглиев (в отличие от очагов гипертонической энцефалопатии с микрогеморрагиями).

□ **Геморрагические инфаркты:**

- наиболее характерная локализация в конвекситальных отделах (наиболее часто лобные доли);
- МР-характеристики типичны и соответствуют давности кровоизлияния.

□ **Кальцинаты:**

- могут визуализироваться в порядка 50 % случаев.

□ **Лейкоэнцефалопатия:**

- СКТ: диффузное снижение плотности от белого вещества в перивентрикулярных зонах;
- МРТ: диффузные очаги повышения МР-сигнала в T2-ви от белого вещества;
- сливные очаги и крупные зоны поражения могут имитировать глиальные объемные образования;
- реакция на лечение стероидами.

**Лечение.** В настоящее время ЦАА является неизлечимым, труднокурабельным заболеванием.

Мероприятия при ВМК идентичны стандартному ведению пациентов с ВМК. Особое внимание следует уделять назначению антикоагулянтов, нормализации внутричерепного давления и профилактике осложнений.

При выявлении васкулитов показано длительное лечение кортикостероидами и иммунодепрессантами [35]. Их назначение также показало свою эффективность при

синдроме подострого снижения когнитивных функций и фокальных пароксизмах.

Исследование PROGRESS (Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study), проведенное среди пациентов с ВМК в течение 3,9 лет показало, что прием периндоприла сопровождался снижением ВМК на 77%. Однако, общее количество наблюдений было небольшим (16 случаев) и поэтому для окончательных выводов необходимо проведение более крупных исследований [36].

Основной целью терапии ЦАА является профилактика прогрессирующих когнитивных нарушений.

При наличии показаний считается оправданным хирургическое удаление гематом, обусловленных ЦАА с целью улучшения нейропсихологического статуса пациента.

Целесообразен поиск новых средств, снижающих продукцию, отложение амилоида, нормализующих его клиренс и устраняющих токсическое действие.

В настоящее время проходят клинические испытания препарата, тормозящего прогрессирование ЦАА. Им является трамипросат – ионное соединение, которое связывает растворимый  $\beta$ -амилоид и прерывает амилоидный каскад.

**Выводы**

Таким образом, МРТ является единственным из неинвазивных методов диагностики, позволяющим определить наличие ЦАА на ранней стадии.

Кроме того, диагностика ЦАА прогностически важна для уточнения диагноза, оценки течения и прогноза развития нейродегенеративных заболеваний с когнитивными нарушениями. Сочетание изменений биомаркеров в спинномозговой жидкости и наличия корковых кровоизлияний может иметь наибольшую специфичность для выявления ЦАА при умеренных когнитивных нарушениях, что может позволить определить их прогноз.

Рекомендовано проведение МРТ с напряженностью магнитного поля не менее 1,5 Т с обязательным применением импульсных последовательностей T2 и/или SWI всем пациентам с жалобами на снижение когнитивных функций в возрасте старше 55 лет.



## Литература

1. Boyle P.A., Yu L., Nag S., Leurgans S. [et al.] Cerebral amyloid angiopathy and cognitive outcomes in community-based older persons. *Neurology*, 2015, vol. 85, no. 22, pp. 1930-6.
2. Reijmer Y. D., Fotiadis P., Martinez-Ramirez S. [et al.] Structural network alterations and neurological dysfunction in cerebral amyloid angiopathy. *Brain*, 2015, vol. 138, pt. 1, pp. 179-88.
3. Case N.F., Charlton A., Zwiers A., [et al.] Cerebral Amyloid Angiopathy Is Associated With Executive Dysfunction and Mild Cognitive Impairment. *Stroke*, 2016, STROKEAHA.116.012999 published online before print June 23 2016.
4. Fateeva V., Nemenova E., Vorobjova O. Cerebral'naja angiopatija kak prichina spontannuh recidivirujuschih krovoizlijanij v mozg. [Cerebral amyloid angiopathy as a cause of recurrent spontaneous hemorrhages into the brain]. *Vrach*, 2013, vol. 5, pp. 40-43 (In Russ.)
5. Kummer M. P., Heneka M. T. Truncated and modified amyloid-beta species. *Alzheimer's Research & Therapy*, 2014, vol. 6, pp. 28.
6. Musiek E. S., Holtzman D. M. Three dimensions of the amyloid hypothesis: time, space and 'wingmen'. *Nature Neuroscience*, 2015, vol. 18, pp. 800-806.
7. Levin O. S. Diagnostica i lechenie dementsii v klinicheskoj praktike [Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice]. *MEDpress-inform*, 3<sup>rd</sup> ed, 2012, pp. 256. (In Russ.)
8. Price D. L., Tanzi R. E., Borchelt D. R., Sisodia S. S. Alzheimer's disease: genetic studies and transgenic models. *Annu Rev Genet*, 1998, vol. 32, pp. 461-493.
9. Schellenberg G. D., Montine T. J. The genetics and neuropathology of Alzheimer's disease. *Acta Neuropathol*, 2012, vol. 124, no. 3, pp. 305-323.
10. Frontzek K., Lutz M. I., Aguzzi A., et al. Amyloid- $\beta$  pathology and cerebral amyloid angiopathy are frequent in iatrogenic Creutzfeldt-Jakob disease after dural grafting. *Swiss Med Wkly*, 2016, vol. 146: w14287. Published online 2016 January 26. doi: 10.4414/smw.2016.14287
11. Jucker M., Walker L. C. Neurodegeneration: Amyloid- $\beta$  pathology induced in humans. *Nature*, 2015, vol. 525, no. 7568, pp. 193-194.
12. Jaunmuktane Z., Mead S., Ellis M. [et al.] Evidence for human transmission of amyloid- $\beta$  pathology and cerebral amyloid angiopathy. *Nature*, 2015, vol. 525, no. 7568, pp. 247-250.
13. Makotrova T. A., Levin O., Arablinsky A. V. Cerebral'naja amiloidnaja angiopatija [Cerebral amyloid angiopathy]. *Journal of Neurology and Psychiatry im. S. S. Korsakova*, 2014, vol. 114, no Ap. to № 6 (Issue 2. Neurology and Psychiatry elderly), pp. 87-93.
14. Vinters H. V. Cerebral amyloid angiopathy: a critical review. *Stroke*, 1987, vol. 18, pp. 311-324.
15. Salvarani C., Hunder G. G., Morris J. M. [et al.] A $\beta$ -related angiitis: comparison with CAA without inflammation and primary CNS vasculitis. *Neurology*, 2013, vol. 81, pp. 1596-1603.
16. Greenberg S. M. Cerebral amyloid angiopathy: prospects for clinical diagnosis and treatment. *Neurology*, 1998, vol. 51, no. 3, pp. 690-694.
17. Liu C., Kanekiyo T., Xu H., Bu G. Apolipoprotein E and Alzheimer disease: risk, mechanisms, and therapy. *Nat. Rev. Neurol.*, 2013, vol. 9, pp. 106-118.
18. Biffi A., Shulman J. M., Jagiella J. M. [et al.] Genetic variation at CR1 increases risk of cerebral amyloid angiopathy. *Neurology*, 2012, vol. 78, pp. 334-341.
19. Kanekiyo T., Xu H., Bu G. Apolipoprotein E and Alzheimer disease: risk, mechanisms, and therapy. *Nat. Rev. Neurol.* 9, 106-118 (2013)
20. Yamada M. Cerebral amyloid angiopathy: emerging concepts. *J Stroke*, 2015, vol. 17, pp. 17-30.
21. Ghiso J., Frangione B. Cerebral amyloidosis, amyloid angiopathy, and their relationship to stroke and dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2001, vol. 3, pp. 65-73.
22. Biffi A., Greenberg S. Cerebral Amyloid Angiopathy: A Systematic Review. *The Journal of Clinical Neurology*, 2011, vol. 7, pp. 1-9
23. Greenberg S. Cerebral amyloid angiopathy: prospects for clinical diagnosis and treatment. *Neurology*, 1998, vol. 51, pp. 690-694.
24. Auriel E., Greenberg S. M. The Pathophysiology and Clinical Presentation of Cerebral Amyloid Angiopathy. *Curr Atheroscler Rep.*, 2012, vol. 4, pp. 343-350.
25. Kinnecom C. L., Wendell L.; Smith E. E. [et al.] Course of cerebral amyloid angiopathy-related inflammation. *Neurology*, 2007, vol. 68, no. 17, pp. 1411-1416.
26. Oh U., Gupta R., Krakauer J. W. [et al.] Reversible leukoencephalopathy associated with cerebral amyloid angiopathy. *Neurology*, 2004, vol. 62, no. 3, pp. 494-497.
27. Revesz T., Ghiso J., Lashley T. [et al.] Cerebral amyloid angiopathies: a pathologic, biochemical, and genetic view. *J Neuropathol Exp Neurol*, 2003, vol. 62, pp. 885-898.
28. Salvarani C., Brown R. D. Jr, Calamia K. T. 3rd [et al.] Angiography-negative primary central nervous system vasculitis: a syndrome involving small cerebral vessels. *Medicine (Baltimore)*, 2008, vol. 87, pp. 264-271.
29. Salvarani C., Morris J. M., Giannini C. [et al.] Imaging Findings of Cerebral Amyloid Angiopathy, A $\beta$ -Related Angiitis (ABRA), and Cerebral Amyloid Angiopathy-Related Inflammation: A Single-Institution 25-Year Experience. *Medicine*, 2016, vol. 95, issue 20, pp. e3613.
30. Martucci M., Sarria S., Toledo M. [et al.] Cerebral amyloid angiopathy-related inflammation: imaging findings and clinical outcome. *Neuroradiology*, 2014, vol. 56, pp. 283-289.
31. Auriel E., Charidimou A, Gurol M. E. [et al.] Validation of Clinico-radiological Criteria for the Diagnosis of Cerebral Amyloid Angiopathy-Related Inflammation., 2016, vol. 73, no. 2, pp. 197-202.

32. Raghavan P., Looby S., Bourne T. D., Wintermark M. Cerebral amyloid angiopathy-related inflammation: a potentially reversible cause of dementia with characteristic imaging findings. *J Neuroradiol*, 2016, vol. 43, no. 1, pp. 11-7.

33. Knudsen K. A., Rosand J., Karluk D., Greenberg S. M. Clinical diagnosis of cerebral amyloid angiopathy: validation of the Boston criteria. *Neurology*, 2001, vol. 56, pp. 537-539.

34. Charidimou A., Gang Q., Werring D. J. Sporadic cerebral amyloid angiopathy revisited: recent insights into pathophysiology and clinical

spectrum. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2012, vol. 83, pp. 124-137.

35. Kloppenborg R.P., Richard E., Sprengers M. E. [et al.] Steroid responsive encephalopathy in cerebral amyloid angiopathy: a case report and review of evidence for immunosuppressive treatment. *J. Neuroinflammation*, 2010, vol. 7, pp. 8.

36. Arima H., Tzourio C., Anderson C. [et al.] Effects of perindopril-based lowering of blood pressure on intracerebral hemorrhage related to amyloid angiopathy: the PROGRESS trial. *Stroke*, 2010, vol. 41, no. 2, pp. 394-396.

## НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ПАТОГНОМОНІЧНІ ПРОЯВИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АМІЛОЇДНОЇ АНГІОПАТІЇ

Ю. В. Северин

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Стаття присвячена дослідженню проблеми церебральної амілоїдної ангіопатії (ЦАА), що являє собою хронічне прогресуюче захворювання судин головного мозку, яке характеризується відкладенням  $\beta$ -амілоїдного пептиду в стінках артерій, артеріол, капілярів і венул. У статті наведені сучасні дані з етіології, патогенезу, клінічних проявів, діагностики та лікування захворювання. Особливу увагу приділено питанню нейровізуалізаційної діагностики, що дозволяє неінвазивним шляхом виявити наявність захворювання на ранній стадії. Виділено критерії променевої діагностики ЦАА, що мають важливе значення не тільки для уточнення діагнозу, але й для оцінки перебігу та прогнозу захворювання.

**Ключові слова:** церебральна амілоїдна ангіопатія,  $\beta$ -амілоїдний пептид, внутрішньомозковий крововилив, когнітивні порушення, нейровізуалізаційна діагностика.

## NEUROIMAGING PATHOGNOMONIC MANIFESTATIONS OF CEREBRAL AMYLOID ANGIOPATHY

Yu. Severyn

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The article concerns the problem of cerebral amyloid angiopathy (CAA), a chronic progressive disease of the brain vessels, characterized by the deposition of  $\beta$ -amyloid peptide in the walls of arteries, arterioles, capillaries and venules. The data on etiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment of the disease are given. Particular attention to the neuroimaging diagnostics, that allow to identify the disease at an early stage with a non-invasive method is paid. Radial diagnostic criteria of CAA, which are prognostically important for diagnosis, evaluation of the course and prognosis of the disease are obtained.

**Key words:** cerebral amyloid angiopathy,  $\beta$ -amyloid peptide, intracerebral hemorrhage, cognitive impairment, neuroimaging diagnostics.

УДК 616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851



К. В. Аймедов



В. В. Живилко

## ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ

К. В. Аймедов<sup>1</sup>, В. В. Живилко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет

<sup>2</sup>Клініка ОНМедУ Центру реконструктивної та відновної медицини, м. Одеса

### Анотація.

У статті наведено теоретичне обґрунтування проблеми допомоги жінкам, хворим на алопецію, а також зроблено аналіз вітчизняних та закордонних літературних джерел, розглянуто проблему сучасної психодерматології. Автором наведено аналіз дезадаптивних проявів у обстежених хворих на алопецію, які мали місце як на психоемоційному та особистісному рівнях, так і на рівні соціального функціонування. Наявність психоемоційної дезадаптації та її прояви (високий рівень невротизації, агресивності та ворожості, тривоги, депресії) розглянуто як похідні, обумовлені викривленням особистісних характеристик. Виявлені дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційного впливу та були враховані під час побудови програм психосоціального супроводу жінок з алопецією.

**Ключові слова:** алопеція, дезадаптивні характеристики, психоемоційний рівень, особистісний рівень, соціальне функціонування, якість життя.

### Вступ

Алопеція – патологічне випадіння волосся, яке призводить до їх порідіння або повного зникнення в певних областях голови чи тулуба. Алопеція (облисіння) розвивається внаслідок різних патологічних впливів на волосяний фолікул [1; 2]. Вона може бути зумовлена інтоксикацією різного генезу, іонізуючою радіацією, високочастотними хвилями, травматизацією, а також нейрогенними, гормональними, імунологічними та дистрофічними чинниками, інфекційними захворюваннями та гельмінтозами [3].

Алопеція розвивається як у чоловіків, так і у жінок. До групи ризику входять чоловіки старші за 50 років, поширеність облисіння в цьому віці досягає 50%. Жінки страждають на цю хворобу значно рідше. Алопеція може виникати не тільки через зовнішні або внутрішні фактори, а й через проблеми, пов'язані з психічним станом особистості [4].

Це захворювання не тільки порушує психологічний статус хворих, але й стає причиною соціальної дезадаптації, змушуючи пацієнтів уникати громадських заходів, замикатись у собі, призводить до виникнення конфліктів на роботі та в сім'ї [5; 6]. Поінформованість про основні психопатологічні стани хворих на різні види алопеції дозволяє на ранніх етапах виявляти і оцінювати можливі розлади у пацієнта та своєчасно проводити необхідну комплексну терапію, що покращує стан психічного здоров'я пацієнта і сприяє зменшенню термінів лікування захворювання [7]. Вищевказане зумовлює актуальність цього дослідження.

### Мета дослідження

Метою роботи є виявлення дезадаптивних характеристик, що дозволить розробити ефективну програму психокорекційного впливу та враховуватиметься при побудові програм психосоціального супроводу жінок з алопецією.

### Матеріали та методи дослідження

Протягом 2013–2016 років, на базі Центру реконструктивної та відновлювальної медицини клініки Одеського національного медичного університету МОЗ України було проведено комплексне обстеження жінок зі встановленим діагнозом «дифузна алопеція». З дотриманням принципів біоетики та деонтології було амбулаторно обстежено 233 особи жіночої статі віком від 22 до 45 років. З них 138 хворих жінок увійшли до основної групи дослідження (ОГ), а 79 умовно здорових склали групу порівняння (ГП). У дослідженні брали участь лише ті особи, які дали згоду та відповідали наведеним нижче критеріям включення:

- мали встановлений діагноз «дифузна алопеція» (L 40);
- входили до вікової групи 18–55 років (для досягнення однорідності в групах дослідження).

Критерії виключення з дослідження:

- пацієнтки мали інший виражений соматичний або психіатричний діагноз у стадії загострення;
- пацієнтки мали будь-який інший хронічний соматичний або психічний розлад в анамнезі;

– пацієнтки не відповідали віковому критерію дослідження.

Розподіл досліджених за віком наведено в **табл. 1**.

Таблиця 1

## Розподіл досліджених за віком\* (n, %)

Вік*	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)		p
	n	%	n	%	
18–24 (юнацький вік)	41	29,71	25	31,65	p>0,05
25–43 (молодий вік)	74	53,62	40	50,63	p>0,05
44–55 (середній вік)	23	16,67	14	17,72	p>0,05

Примітка:

\* – розподіл здійснено за віковою класифікацією ВООЗ від 2012 року

З **табл. 1** можна бачити, що основна кількість досліджених обох груп була юнацького та молодого віку (ОГ – 83,33%; ГП – 82,28%). Середній вік обстежених ОГ становив  $27,6 \pm 5,9$  років, ГП –  $29,1 \pm 6,2$  роки.

За статеву належністю 100,0% досліджених ОГ були жінками.

Розподіл досліджених за рівнем освіти наведено в **табл. 2**.

Таблиця 2

## Освітній рівень обстежених (n, %)

Освіта	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)		p
	n	%	n	%	
середня школа	11	7,97	5	6,33	p>0,05
молодший спеціаліст	15	10,87	8	10,13	p>0,05
бакалавр	16	11,59	11	13,91	p>0,05
спеціаліст	32	23,20	17	21,52	p>0,05
магістр	44	31,88	25	31,65	p>0,05
післядипломна освіта*	20	14,49	13	16,46	p>0,05

Примітка:

\* – дві вищі освіти або/та науковий ступінь

За даними **табл. 2**, більшість досліджених мали вищу освіту (ОГ – 81,16%; ГП – 83,54%); з них ступінь бакалавра отримали в ОГ – 11,59%, в ГП – 13,91%; післядипломну освіту мали в ОГ – 14,49%, в ГП – 16,46%.

Наступною соціально-демографічною характеристикою, яку ми вивчали в рамках дослідження, був сімейний стан обстежених. Дані **табл. 3** свідчать про те, що більшість жінок обох груп були або офіційно одружені, або перебували в цивільному шлюбі (ОГ – 66,67%; ГП – 64,56%) та мали дітей (ОГ – 63,04%; ГП – 59,49%).

Таблиця 3

## Сімейний стан обстежених жінок (n, %)

Родинний статус	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)		p
	n	%	n	%	
<b>Сімейний стан</b>					
неодружені	29	21,01	18	22,78	p>0,05
офіційно одружені	54	39,13	32	40,51	p>0,05
цивільний шлюб	38	27,54	19	24,05	p>0,05
розлучені	17	12,32	10	12,66	p>0,05
<b>Наявність дітей</b>					
мають дітей	87	63,04	47	59,49	p>0,05
не мають дітей	51	36,96	32	40,51	p>0,05

Тривалість захворювання в обстеженого контингенту (**табл. 4**) визначали в результаті проведення первинного клініко-психологічного інтерв'ю з хворим з власних слів пацієнта. Більшість пацієнтів відзначали, що страждають на алопецію менш ніж 3 роки (70,29%), 29,71% досліджених вказали, що тривалість захворювання становить більш ніж 3 роки.

Таблиця 4

## Тривалість захворювання на алопецію на момент обстеження (n, %)

Тривалість захворювання	ОГ (n = 138)	
	n	%
до 12 місяців	46	33,33
1–3 роки	51	36,96
3–5 років	27	19,57
більше 5 років	14	10,14

У процесі дослідження використано такий комплекс методів: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення); соціально-демографічний, клініко-психопатологічний (спостереження, структуроване інтерв'ю); психодіагностичний (психологічне тестування); статистичний.

Для вивчення стану психоемоційної сфери пацієнтів, які страждали на алопецію, використано такі психодіагностичні тестові методики:

госпітальна шкала тривоги та депресії (HARS/HADS), призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у хворих;

опитувальник Баса–Дарки;

експрес-діагностика К.Хека і Х.Хесса, призначена для діагностики ймовірності невроту у досліджуваних, за її допомогою було можливо розрізнити три форми невротів: неврастенію, істерію (істеричний неврот) і неврот нав'язливих станів;

особливості вивчались за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника;

□ наявність ірраціональних установок вивчалась за допомогою теста А. Еліса [7];

□ особливості самооцінки хворих на алопецію вивчали за допомогою методики «Особистісний диференціал».

Для дослідження психосоціальних особливостей також використовували низку тестів: методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (модифікація В. В. Бойко) [7], тест соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда.

Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник SF-36 (The Short Form-36) [7], який дозволив визначити загальний рівень благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я.

### Результати дослідження та їх обговорення

У результаті аналізу психоемоційного стану жінок з алопецією, а також виділення основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток на особистісному рівні та рівні соціального функціонування, нами зроблено висновок про наявність у них на момент обстеження ознак психосоціальної дезадаптації. На основі узагальнення отриманих даних виділено та структуровано дезадаптивні показники на психоемоційному, особистісному рівнях та рівні соціального функціонування (табл. 5).

За даними **табл. 5**, дезадаптивні прояви у обстежених хворих на алопецію мали місце

як на психоемоційному та особистісному рівнях, так і на рівні соціального функціонування.

□ На психоемоційному рівні найбільш значущими (такими, що мали найбільший негативний вплив на адаптивні механізми особистості) були високі показники за рівнями невротизації (85,51%) та ворожості (84,06%).

□ На особистісному рівні всі досліджені жінки мали ірраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також дезадаптивні когніції щодо своєї особистості, потенціалу та можливості активно впливати на власний стан та змінювати поточну ситуацію (100,00%).

□ На рівні соціального функціонування всі обстежені пацієнтки відзначали зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним ставленням до себе, хвороби та оточуючого середовища.

Ми розглядали наявність психоемоційної дезадаптації (високий рівень невротизації, агресивності та ворожості, тривоги, депресії) як похідну, обумовлену викривленням особистісних характеристик (зниження самооцінки, емоційна лабільність, невротичність, наявність ірраціональних настанов). Вони ж, у свою чергу, обумовили зрив адаптаційних механізмів, що підсилювалось впливом ризиків на рівні соціального функціонування (незадоволеністю відносинами з чоловіком, колегами та адміністрацією, зниженням за-

Таблиця 5

Розподіл основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток з алопецією, (%)

Рівень	Дезадаптивні показники	%	
Психоемоційний	– високий рівень невротизації	85,51	
	– високий рівень ворожості (сер. б. – 89,1)	84,06	
	– високий або середній рівень депресії	74,63	
	– підвищений рівень агресивності (сер. б. – 64,5)	71,01	
	– високий рівень тривоги	50,72	
Особистісний	– наявність ірраціональних настанов	100,00	
	– спонтанна агресивність	84,06	
	– реактивна агресивність	80,43	
	– зниження самооцінки	78,26	
	– емоційна лабільність	71,73	
	– невротичність	65,94	
	– роздратованість	60,14	
Соціального функціонування	» відносинами з чоловіком	85,51	
	» проведенням дозвілля	66,67	
	» своїм способом життя в цілому	65,22	
	– незадоволеність:	» взаєминами з адміністрацією на роботі	61,59
		» взаєминами з колегами по роботі	57,25
		» можливістю проводити відпустку	55,80
		» сферою медичного обслуговування	52,17
		» сферою послуг та побутового обслуговування	48,55
	– зниження соціально-психологічної адаптації	100,00	
	– зниження якості життя	100,00	

гальної соціально-психологічної адаптації та якості життя). Виявлені дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційного впливу та були враховані під час побудови програм психосоціального супроводу жінок з алопецією.

### Висновки

Алопеція (патологічне випадіння волосся) супроводжується викривленням особистісних характеристик пацієнтів та призводить не тільки до порушень психоемоційного стану хворих, але й стає причиною соціально-психологічної дезадаптації хворих. Дезадаптивні прояви у хворих на алопецію мають

місце як на психоемоційному та особистісному рівнях, так і на рівні соціального функціонування. Найбільш значущими на психоемоційному рівні є високі показники за рівнями невротизації та ворожості; на особистісному рівні – ірраціональні настанови щодо хвороби; на рівні соціального функціонування – відзначається зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя.

Наявність психоемоційної дезадаптації базувалась на викривленні особистісних особливостей, які обумовили зрив адаптаційних механізмів, що підсилювалось впливом ризиків на рівні соціального функціонування.

### Література

1. Terapija atopichnogo dermatytu ta psoriazu v intermitujuhomu rezhymi [Treatment of atopic dermatitis and psoriasis in intermittent mode]. Newsletter Ministry of Health of Ukraine. Kiev, Ukrmedpatentinform Publ., 2010, no. 260-2010. (In Ukr.)
2. Kaljuzhna L. D., Murzina E. O. Shhodennyj dogljad za suhoju shkiroju u hvoryh na hronichni dermatozy [Daily care for dry skin in patients with chronic dermatoses]. Newsletter Ministry of Health of Ukraine. Kiev, Ukrmedpatentinform Publ., 2008, no. 175. (In Ukr.)
3. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriteriyami) [pod red. Dzh. E. Kopera ; per. s angl. D. Poltavtsa] [Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (with glossary and research diagnostic criteria) [ed. G. E. Cooper; transl. from English by D. Poltavets]]. Kiev, Sfera Publ., 2000, 464 p. (In Russ.)
4. Kozhyna G. M., Korostij V. I., Myhajlov V. B., Tovazhnjans'ka O. L., Grygorova I. A., Rezunenko Ju. K., Parovyna G. V. Psyhodiagnostychni osoblyvosti kognityvnyh rozladiv sered hvoryh pracezdatnogo viku iz somatychnymy zahvorjuvannjamy [Psychodiagnostic features of cognitive impairment among people of working age with medical conditions]. Meditsinskaya psikhologiya, 2012, no. 4, pp. 68-74. (In Ukr.)
5. Maruta N. A., Yavdak I. A., Cherednyakova E. S. Lichnost' bol'nogo v formirovanii rezistentnosti nevroticheskikh rasstroystv [The identity of the patient in the development of resistance of neurotic disorders]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii', 2015, pp. 115-121. (In Russ.)
6. Pshuk N. G., Markova M. V., Kondratjuk A. I., Stukan L. V. Medychna psyhologija [navch. posib.] [Medical psychology [Training Manual]]. Vinnitsa, 2010, 135 p. (In Ukr.)
7. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika [Metodiki i testy] [Practical psychodiagnostics [Technique and the tests]]. Samara, Bakhrahk-M Publ., 2002, 672 p. (In Russ.)

### ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С АЛОПЕЦИЕЙ

К. В. Аймедов<sup>1</sup>, В. В. Живилко<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Клиника ОНМедУ Центра реконструктивной и восстановительной медицины, г. Одесса

**Аннотация.** В статье приведено теоретическое обоснование проблемы помощи женщинам, страдающим алопецией, а также сделан анализ отечественных и зарубежных литературных источников, рассмотрена проблема современной психодерматологии. Автором проведен анализ дезадаптивных проявлений у обследованных больных с алопецией, как на психоэмоциональном и личностном уровнях, так и на уровне социального функционирования. Наличие психоэмоциональной дезадаптации и ее проявления (высокий уровень невротизации, агрессивности и враждебности, тревоги, депрессии) рассмотрены как производные, обусловленные искажением личностных характеристик.

**Ключевые слова:** алопеция, дезадаптивные характеристики, психоэмоциональный уровень, личностный уровень, социальное функционирование, качество жизни.

### FEATURES OF FORMATION PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH ALOPECIA

C. V. Aymedov<sup>1</sup>, V. V. Zhyvytko<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>The clinic Odessa National Medical University of the Center of reconstructive and regenerative medicine, Odessa

**Summary.** In the presented article the author shows theoretical foundation of a problem of organizing help to women suffering from baldness. The author analyzes the original and foreign literature on the problem of modern psychodermatology. The article analyzes maladaptive manifestation of the surveyed patients with alopecia, which occurred as the psycho-emotional and personal level, and the level of social functioning. The author considers the availability of psycho-emotional maladjustment (high neuroticism, aggression and hostility, anxiety, depression) as derivatives caused by distortion of personal characteristics.

**Key words:** alopecia, maladaptive characteristics, psycho-emotional level, personal level, social functioning, quality of life.

УДК 616.89-008:616-055.1: 578.828.6



В. И. Вовк

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНОГО ТЕСТА «НЕСУЩЕСТВУЮЩЕЕ ЖИВОТНОЕ» В ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОМ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МУЖЧИН

В. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

### Аннотация.

Начальный этап работы с пациентом является чрезвычайно важным и влияющим на весь психодиагностический и терапевтический процесс. Для этого этапа нужны методы, позволяющие человеку не испытывать напряжение и помогающие быстрейшему установлению комплаенса. В работе приведены результаты обследования ВИЧ-инфицированных мужчин с применением клинко-психодиагностического метода и проективного теста «Несуществующее животное». Полученные результаты показывают синхронность этих двух методов и позволяют утверждать, что проективная методика может быть использована, особенно на начальных этапах работы с пациентами, в практической деятельности специалистов психиатрического и психологического профиля как дополнительный психодиагностический инструмент, а также как метод, способствующий достижению комплаентности.

**Ключевые слова:** психодиагностика, проективный тест, «Несуществующее животное», ВИЧ-инфицированные мужчины

### Введение

В работе специалистов любого направления, основывающемся на структуре взаимодействия «человек–человек», главной является задача расположения к себе собеседника уже на начальных этапах коммуницирования. У врачей, работающих главным образом с пациентами, начальный этап взаимодействия определяет всю дальнейшую успешность терапевтического процесса. Насколько тщательно будет собран анамнез, раскроет ли пациент все свои глубинные переживания, будет ли достигнут комплаенс, а также многие другие важные факторы зависят от того первого впечатления, которое производит врач на больного, и в том числе – от тех коммуникативных наработок, которые используются каждым специалистом в своей работе.

Существует ряд стигматизированных заболеваний, основной особенностью которых наряду с их социальной изоляцией является и внутренняя отгороженность пациентов. К ним относится, например, вся сфера психической патологии, пациенты с ВИЧ-позитивным статусом и т. д. Проблема ВИЧ-инфицирования на современном этапе развития общества не утратила своей актуальности. Кроме того, в нашей стране сохраняются ведущие мировые темпы распространения заболевания. Особенности путей инфицирования очерчивают основной круг пациентов. Ими становятся активные трудоспособные молодые люди, что объясняет особенный

интерес специалистов и социальную значимость этого заболевания. Безусловно, при работе с таким контингентом начальный этап установления доверительных отношений имеет особое значение [1–4].

### Цель и задачи исследования

Целью работы является изучение и сопоставление результатов психодиагностики, проведенной с помощью рисуночного невербального проективного теста «Несуществующее животное», а также с помощью клинко-психопатологического метода и психодиагностического личностного опросника Кеттелла (вариант С).

### Материалы и методы исследования

Было обследовано 23 ВИЧ-инфицированных пациента мужского пола на ранних стадиях ВИЧ-инфекции (I–II стадии). Большинство из них в возрасте 25–30 лет (43,48%). В возрастном диапазоне 31–35 лет – 39,13% обследуемых и 17,39% – в возрасте 19–24 года. Эти данные представлены в **табл. 1**.

Таблица 1

Распределение ВИЧ-инфицированных мужчин на ранних стадиях по возрасту

Возрастная группа	Мужчины (n = 23)	
	Абсолютное число	% ± m%
19–24	4	17,39±7,90
25–30	10	43,48±10,34
31–35	9	39,13±10,18

Следует отметить, что при необходимости получения психиатрической помощи все обследуемые предпочитали обращаться к специалисту психоневрологу, а не к психологу или психиатру. Пациенты утверждали, что у них «с психикой все нормально», они «не психи» и т. д., однако «с нервами у меня не все в порядке...». Само название «психоневролог» вызывало у пациентов больше доверия. Учитывая обнаруженную особенность, представлялось особенно важным с первых минут заинтересовать эту категорию пациентов обследованием и максимально удерживать их внимание, обнаруживая свою профессиональную компетентность.

Наряду с другими психодиагностическими методиками, нами использовался проективный рисуночный тест «Несуществующее животное». Считается, что проективные методики выявляют общую оценку личностных свойств и имеют особенную ценность для выявления скрытых, неосознаваемых личностью особенностей эмоциональной сферы, общего энергетического потенциала, жизненную позицию и так далее. Рисунок, полученный в результате проведения проективных невербальных тестов, является своеобразным автопортретом, на котором человек, сам того не осознавая, в деталях раскрывает все стороны своей личности, свое видение мира, отождествление себя с определенными живыми и неживыми предметами, определяет субъективное нахождение себя в этом мире [5–6].

Важным также является и то, что в подобных диагностических методиках практически исключена вероятность лжи или фальсифицирования, так как испытуемому не до конца понятно, каким именно образом может быть использован рисунок в диагностическом процессе. К тому же, в этот момент во взрослом человеке просыпается ребенок, любивший когда-то в детстве рисовать, что предполагает дополнительную ценность и уникальную информативность невербальных рисуночных тестов в целом. Необходимо отметить, что для людей, которые испытывают трудности в вербальном отображении своих чувств и мыслей, экспрессивное выражение своего бессознательного является очень ценной находкой [7–10].

«Несуществующее животное» – проективная методика исследования личности, предложенная М. З. Дукаревич. Майя Захаровна Дукаревич (14.05.1925–16.08.2001) – практический психолог, специалист по

проективным тестам. В 1970-х годах совместно с Ю.С.Савенко они перевели и адаптировали тест Роршаха и методику «Рисунок человека». Тогда же была разработана и методика «Рисунок несуществующего животного», однако впервые под фамилией автора эта методика была опубликована лишь в 1990-е годы.

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

Инструкция проведения данной методики в нашем случае была следующей. Пациенту предлагалось придумать и на чистом белом листе формата А4 нарисовать простым карандашом средней мягкости несуществующее животное, то есть такое животное, которое в мире не существует и которого никто еще не придумал. В качестве комментариев предлагалось дать ему имя, а также указать, где он живет и чем питается. Анализ проводился в соответствии с имеющимися научными литературными данными.

Уже на этапе проведения этого теста пациенту давалась интерпретация в описательных формах с учетом всех показателей: положение рисунка на листе; центральная смысловая часть фигуры (голова или заменяющая ее деталь); несущая, опорная часть фигуры; части, возвышающиеся над уровнем фигуры; хвосты; контур фигуры; общая энергия; оценка характера линии; степень агрессивности; творческие способности; название. Этот этап давал позитивный психотерапевтический эффект, располагая пациентов к врачу и тем самым заинтересовывая в дальнейшем обследовании. Далее использовалась таблица-каталог статистически значимых параметров рисунка и их психологических значений, составленная Г.Ф.Музыченко после коррекции Бонферрони собственных данных (2013) [6].

Таким образом, интерпретация полученных рисунков позволила выявить следующие данные. В 70 % случаев рисунок был крупным, что указывало на тревогу, страхи, напряжение, а также социопатичность. 26 % рисунков были маленькими, что могло свидетельствовать о депрессивных состояниях этих пациентов. Сильный нажим обнаруживался в 39 %, что также могло говорить о тревоге, напряжении, страхах. 43 % рисунков имели слабую линию, что выявляло интровертированность. Затемнение линии контура обнаруживалось в 56 % и также указывало на тревогу, страхи и напряжение. Контур в виде острых углов или игл, а также зубы или клыки



наблюдалось в 22 %, что могло свидетельствовать как об агрессии, так и о тревоге, страхах и напряжении. Положение головы чаще всего (56,5 %) встречалось «анфас». Помимо уже упомянутых тревоги, страхов и напряжения, это указывало также на инфантилизм и незрелость. Голова, обращенная влево, встречалась в 26 % рисунков, и обнаруживала интроверсию. Голова, обращенная вправо (17 % рисунков) указывала на тревожно-фобическую симптоматику. Подчеркнутые глаза (52 %) подтверждали наличие тревоги, страхов, общего напряжения. Крылья на рисунке свидетельствовали об интроверсии (26 % рисунков). В 30 % случаев хвост, нос или голова были опущены вниз, что обнаруживало депрессивные проявления. Инфантилизм, незрелость, а также демонстративность выявлялись наличием на рисунке подобия прически (39 %). Плотный закрытый рот наблюдался в 30 % случаев и мог свидетельствовать о нарушениях аппетита (в виде нервной анорексии). На этот же симптом указывал прорисованный нос (65 %).

Независимо от проективного теста был проведен клинико-психопатологический синдромологический анализ нарушений психической сферы обследованных пациентов. Было выделено 5 основных синдромов. По каждому синдрому подсчитывалась встречаемость, т. е. процентная доля пациентов с симптоматикой того или иного регистра. В большинстве случаев один и тот же испытуемый обнаруживал симптомы двух или более видов (табл. 2).

Таблица 2

#### Основные синдромы у мужчин на ранних стадиях ВИЧ-инфекции

Синдром	Мужчины (n = 23) % ± m%
Тревожно-депрессивный	45,00±10,37
Фобический	35,00±9,95
Ипохондрический	30,00±9,55
Астенический	50,00±10,43
Обсессивный	10,00±1,00

Как видно из табл. 2, **тревожно-депрессивный синдром** встречался у 45 % больных. Он обнаруживался в виде субдепрессии и проявлялся подавленностью, угнетенностью, пессимизмом по отношению к собственному состоянию и перспективам, безволием, угрюмостью, дис- и инсомниями, внутренним беспокойством,

невротическим напряжением, тревожным ожиданием социальной стигматизации, танатостремительными тенденциями – от суицидальных мыслей и высказываний до суицидальных попыток, обусловленных шоковой реакцией на установление диагноза ВИЧ-инфекции. Нередкими были также маскированные депрессии.

**Фобический синдром** встречался у 35 % мужчин на ранних стадиях ВИЧ. К фобической симптоматике относятся нозо-, социо- и танатофобические страхи, сопровождающиеся многочисленными сомато-вегетативными расстройствами: тахикардией, повышением артериального давления, гипергидрозом, стойким красным дермографизмом, перистальтикой и антиперистальтикой, поносом, рвотой, анорексией и т. п. Так же к этому синдрому относятся переживания навязчивого страха заразиться бытовым путем ВИЧ-инфекцией близких людей или членов семьи, страх мучительной смерти.

**Ипохондрический синдром** имел место у 30 % больных и включал в себя фиксированность на собственном самочувствии и состоянии, пристальное внимание к малейшим нарушениям здоровья, многочасовые исследования своего тела в поисках специфических высыпаний или подозрительных пятен, утрированную интерпретацию телесных ощущений, убежденность в наличии соматических «подтверждений и доказательств» ВИЧ-инфекции, редукцию прочих интересов и мотивов.

**Астенический синдром** встречался у 50 % больных. В эту группу были включены симптомы повышенной утомляемости, раздражительности, неустойчивости, болезненно обостренной сенситивности, гиперестезии, ослабление способности к продолжительному физическому и умственному напряжению.

**Обсессивный синдром** отмечался у 10 % пациентов и характеризовался навязчивыми мыслями, воспоминаниями, возникающими помимо воли больных и связанными с возможными ситуациями, которые привели к инфицированию, с «виновными в этом» людьми и т. д. Воспоминания сопровождались чувством стыда, гнева, злобы, раскаяния и доминировали в сознании больного, несмотря на усилия и старания не думать о произошедшем.

Также для изучения личностных особенностей ВИЧ-инфицированных мужчин был использован 16-факторный личностный

опросник Кеттелла, вариант С. Результаты представлены в **табл. 3**.

Как видно из **табл. 3**, пациенты на ранних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуются низкими значениями факторов А, С, Н и Q<sub>1</sub>, что свидетельствует о преобладании черт обособленности, отчужденности, эмоциональной неустойчивости, робости, ригидности, неготовности к переменам. Наиболее выражен фактор В (достаточный интеллект, абстрактность мышления), а также Е, L, Q<sub>2</sub> и Q<sub>4</sub> – черты настороженности, напряженности, тревожности, агрессивности, конфликтности, фрустрированности, доминантности, нежелания зависеть от микросоциального окружения.

### Выводы

Таким образом, комплексное психодиагностическое исследование с применением клинико-психопатологического метода, проективного теста «Несуществующее животное» и личностного опросника Кеттелла выявило тождественные результаты у всех обследованных ВИЧ-инфицированных мужчин. Можно утверждать, что методика «Несуществующее животное» может быть применима в практической деятельности специалистов психиатрического и психологического профиля как дополнительный психодиагностический инструмент, а также как метод, способствующий достижению комплаентности.

Таблица 3  
Средние значения личностных факторов у ВИЧ-инфицированных мужчин

Фактор		Ранние стадии ВИЧ (n = 23) m ± M
<b>A</b>	Шизотимия – аффектотимия	1,55 ± 0,14
<b>B</b>	Интеллект (конкретность–абстрактность)	6,65 ± 0,83
<b>C</b>	Эмоциональная устойчивость – неустойчивость	2,30 ± 0,24
<b>E</b>	Конформность – доминантность	5,65 ± 0,18
<b>F</b>	Озабоченность – беспечность	4,80 ± 0,24
<b>G</b>	Безответственность – ответственность	3,45 ± 0,18
<b>H</b>	Робость – смелость	2,45 ± 0,26
<b>I</b>	Суровость – мягкосердечность	3,30 ± 0,30
<b>L</b>	Доверчивость – подозрительность	6,05 ± 0,51
<b>M</b>	Практичность – мечтательность	3,40 ± 0,41
<b>N</b>	Простота – расчетливость	4,25 ± 0,32
<b>O</b>	Самоуверенность – склонность к чувству вины	4,30 ± 0,34
<b>Q<sub>1</sub></b>	Консерватизм – радикализм	1,90 ± 0,18
<b>Q<sub>2</sub></b>	Зависимость – самодостаточность	4,70 ± 0,16
<b>Q<sub>3</sub></b>	Низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	4,85 ± 0,26
<b>Q<sub>4</sub></b>	Расслабленность – напряженность	5,50 ± 0,33

### Литература

- Dukarevich M. Z., Savenko Yu. S. Vzaimootnoshenie nevroticheskoy i psikhoticheskoy trevogi po dannym proektivnykh metodik [The relationship of the neurotic and psychosomatic anxiety according to projective techniques]. *Voprosy patopsikhologii*. Moscow, 1970, pp. 212-216. (In Russ.)
- Efremova O. K. Psikhoterapevticheskaya pomoshch' i konsultirovanie bol'nykh VICH-infektsiy [Psychotherapeutic aid and counseling HIV patients]. *Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, 2000, no. 2 (7), pp. 275-278. (In Russ.)
- Konstantinova T. V. Kommunikativnoe vzaimodeystvie v diade «vrach–bol'noy» [Communicative interaction in a dyad "doctor-patient"]. *Vestnik SamGU. Estestvennonauchnaya seriya*, 2006, no. 6/2 (46), pp. 240-249. (In Russ.)
- Maruta N. O., Zavalko Ju. M. Kliniko-psyhopatologichni zakonomirnosti formuvannja dystymii' [Clinical and psychopathological patterns forming dysthymia]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'*, 2008, vol. 16, issue 1 (54), pp. 23-25. (In Ukr.)
- Muzychenko G. F. Proektivnaya metodika «Nesushchestvuyushchee zhivotnoe». *Rukovodstvo i rezul'taty psikhodiagnosticheskogo issledovaniya vzroslykh patsientov s razlichnymi rasstroystvami emotsional'no-lichnostnoy sfery* [Projective technique "nonexistent animal." The management and the results of psychodiagnostic studies of adult patients with various disorders of emotional-personal sphere]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2013, 556 p. (In Russ.)
- Frank L. Proektivnye metody izucheniya lichnosti [Projective methods for the study of personality]. *Proektivnaya psikhologiya*. Moscow, 2000, pp. 68-83. (In Russ.)
- Carvalho A. S., de Abreu P. B., Spode A., Correa J., Kapczinski F. An open trial of reboxetine in HIV-seropositive outpatients with major depressive disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 2003, vol. 64, no. 4, pp. 421.
- Evelyn J., Bromet E., Semyon F. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, vol. 40, no. 9, pp. 681-690.
- King V. L., Kidorf M. S., Stoller K. B., Brooner R. K. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J. Addict Dis.*, 2000, vol. 19, pp. 65-83.
- Vovk V. I. Psychoemotional state in HIV infected male patients at early and late stages of HIV disease. *Psyhiatrija, nevrologija ta medychna psyhologija*, 2014, vol. 1, no. 2, pp. 71-73.

**РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЕКТИВНИХ ТЕСТІВ «НЕІСНУЮЧА ТВАРИНА» У ПСИХОДІАГНОСТИЧНОМУ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЧОЛОВІКІВ**

В. І. Вовк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Початковий етап роботи з пацієнтом є надзвичайно важливим і впливає на весь психодіагностичний і терапевтичний процес. Для цього етапу необхідні методи, які дозволяють людині не відчувати напругу і допомагають якнайшвидшому встановленню комплайенса. У роботі наведено результати обстеження ВІЛ-інфікованих чоловіків із застосуванням клініко-психодіагностичного методу і проективного тесту «Неіснуюча тварина». Отримані результати вказують на синхронність цих двох методів і дозволяють стверджувати, що проективна методика може використовуватися, особливо на початкових етапах роботи з пацієнтами, у практичній діяльності спеціалістів психологічного профілю як додатковий психодіагностичний інструмент, а також як метод, що сприяє досягненню комплаєнтності.

**Ключові слова:** психодіагностика, проективний тест, «Неіснуюча тварина», ВІЛ-інфіковані чоловіки.

**RESULTS OF PROJECTIVE TESTS «NONEXISTENT ANIMAL» IN PSYCHO-DIAGNOSTIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESSES IN HIV-INFECTED MEN**

V. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The initial phase of the work with the patient is important and influences the psychodiagnostic and therapeutic process. For this stage we need methods that allow a person does not feel the tension and helps to quickly establishing of compliance. In this article, we have shown the results of a survey of HIV-infected men with clinical-psychodiagnostic method and the projective test Nonexistent animal. Our results show the synchronicity of these two methods, and suggest that projective technique can be used especially in the early stages of working with patients. This is important in the practice of psychiatric experts and psychological profile as an additional psychodiagnostic tool as well as a method of contributing to the achievement of compliance.

**Key words:** psychodiagnostic, projective test, Nonexistent animal, HIV-positive men

УДК 616.89-008.454-055.5/7:159.9



Д. А. Волощук

**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ В РЕЗУЛЬТАТІ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ**

Д. А. Волощук

Одеський національний медичний університет

**Анотація.**

Хвороба пацієнта з судинною деменцією є фактором, який негативно впливає на якість життя не тільки самого пацієнта, але і його родини. Саме тому на сучасному етапі близькі, які доглядають за невиліковними хворими, все частіше стають центральним об'єктом дослідження та аналізу. У статті представлено аналіз результатів впровадження в роботу авторського медико-психологічного комплексу супроводу родичів пацієнтів із судинною деменцією, розробленого психіатричною службою КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», а також проведено порівняння стану досліджуваних до та після терапії. Як результат проведених інтервенцій, у дослідженого контингенту було відзначено позитивні зміни показників соціального функціонування, підвищення якості життя.

**Ключові слова:** судинна деменція, родичі хворих, рівень соціального функціонування, показники якості життя, медико-соціальний супровід.

**Вступ**

Судинна деменція (СД) є досить поширеним розладом, який вражає, як правило, осіб похилого віку [1–3]. Поширеність деменції є досить високою: серед осіб у віці до 60 років вона становить 1–5%, у віці

80–89 років – до 20%, а у віці старше 90 років практично до 50% [4]. Чоловіки страждають на СД приблизно в 1,5 рази частіше, ніж жінки [5–7]. Відомо, що факт наявності СД у члена родини пов'язаний не лише з вираженою інвалідизацією і зниженням якості життя

самих пацієнтів, але й з погіршенням якості життя родичів або інших осіб, які доглядають за пацієнтами з СД [8]. В рамках сучасної науково-практичної парадигми щодо надання допомоги особам з психічними та поведінковими захворюваннями пацієнт розглядається в контексті біопсихосоціальної моделі, при цьому велика роль відводиться особливостям функціонування родини, членом якої є особа з СД [9]. Тому до комплексу терапевтичних заходів, поряд з терапевтичними інтервенціями, спрямованими на самого пацієнта, повинні включатись заходи супроводу родичів хворих на СД [10–13].

### Мета дослідження

Мета роботи полягала у вивченні та аналізі результатів впровадження в роботу авторського медико-психологічного комплексу супроводу родичів пацієнтів з СД, розробле-

ного психіатричною службою КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», а також проведення порівняння стану досліджуваних до та після терапії.

### Матеріали та методи дослідження

Дане дослідження тривало протягом 2014–2016 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», де було обстежено 128 хворих на СД та 235 їх родичів. Дослідження проводилось із дотриманням принципів медичної етики та деонтології. Дизайн дослідження представлено на **рис. 1**.

На першому етапі дослідження з урахуванням критеріїв включення-виключення було сформовано 2 групи пацієнтів з СД: Г1 (п) та Г2 (п). Розподіл здійснювався за рівнем розвитку когнітивних функцій хворих та ступенем їхньої загальної дисфункції, який

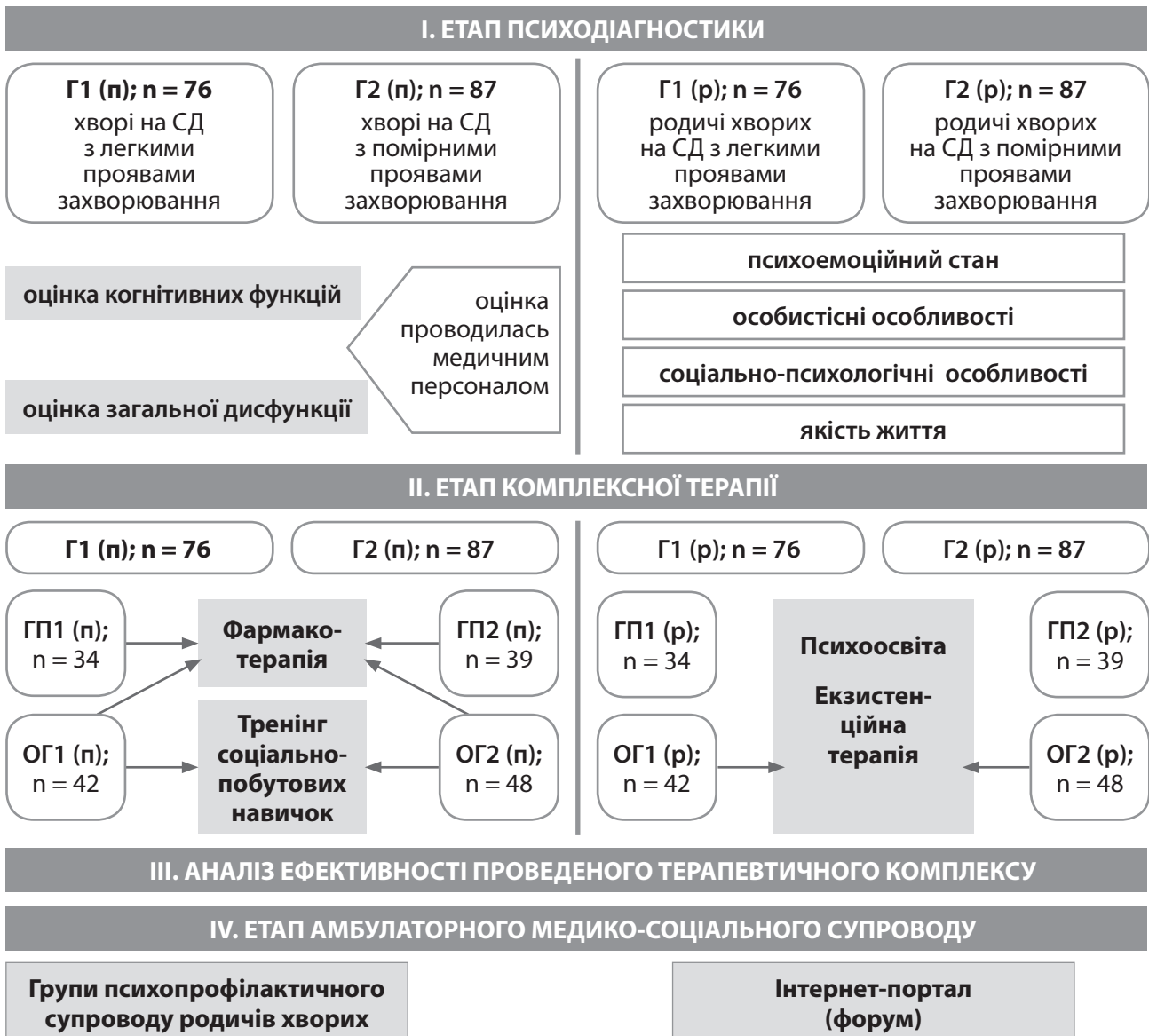


Рис. 1. Дизайн дослідження

визначався за даними клінічних спостережень, а також за допомогою психодіагностичних методик. Так, до Г1 (п) увійшли 76 осіб з легким ступенем когнітивних порушень, а до Г2 (п) – 87 осіб з помірним ступенем.

Згідно з умовами дослідження, кожного хворого на СД супроводжував один член родини, який був мотивований на участь у програмі та з яким укладався психотерапевтичний контракт. Таким чином, родичі пацієнтів обох груп аналогічно утворили Г1 (р) – 76 осіб, та Г2 (р) – 87 осіб. У групах родичів проводилась оцінка їхнього психоемоційного стану, особистісних особливостей та якості життя.

**На другому етапі** дослідження кожну з обстежених груп було розділено на 2 підгрупи (основну та порівняльну), в результаті чого утворились 4 групи пацієнтів з СД:

- 2 основних – ОГ1 (п) та ОГ2 (п);
- 2 групи порівняння – ГП1 (п) та ГП2 (п).

Відповідно до них було сформовано 4 групи родичів:

- 2 основних – ОГ1 (р) та ОГ2 (р);
- 2 групи порівняння – ГП1 (р) та ГП2 (р).

На підставі отриманих результатів нами було розроблено окремі терапевтичні комплекси для пацієнтів та їх родичів, які проводились виключно в основних групах дослідження. Комплекс для основних груп хворих на СД включав загальноприйнятту фармакотерапію та авторський «Тренінг соціально-побутових навичок». Для основних груп родичів було проведено низку психотерапевтичних заходів, які включали психоосвіту та екзистенційну терапію. У групах порівняння, до складу яких входили пацієнти з СД, проводили суто базові фармакотерапевтичні інтервенції; у групах порівняння, які утворили родичі пацієнтів, не проводилось жодних заходів.

**Третій етап** – аналіз ефективності проведеного комплексу – дозволив оцінити результативність авторського комплексу терапії шляхом порівняння основних груп та груп порівняння.

**На етапі амбулаторного медико-соціального супроводу** було впроваджено програму довготривалого супроводу родичів хворих на СД. Програма включала в себе ведення сформованих раніше психотерапевтичних груп родичів та створення інтернет-ресурсу для можливості консультування та надання психологічної допомоги учасникам дослідження.

Статистичну обробку отриманих даних та побудову діаграм виконували за допомо-

гою програм Excel та статистичного пакету Statistica 7.0. for Windows. У всіх випадках порівнянь визначалася ймовірність розходжень «р». Розходження враховувались як статистично значимі при  $p < 0,05$ .

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

У результаті психодіагностичного дослідження, проведеного до впровадження програми комплексного медико-соціального супроводу, було виявлено, що більшість родичів пацієнтів із СД мали порушення соціального функціонування, до того ж ці порушення були більш виражені в групі родичів пацієнтів з більш важкими формами СД ( $p \leq 0,05$ ) [4].

Відносно родичів хворих на СД було застосовано комплекс інтервенцій: психоосвітній підхід, робота у групах екзистенційного досвіду (ГЕД). Остання була спрямована на відновлення здатності родичів пацієнтів із СД до усвідомленості життя, можливості робити вибір та формулювати власні бажання без відчуття провини. Велика увага приділялася формуванню спроможності створювати нові та підтримувати існуючі соціальні зв'язки, почуття відповідальності, цілісного самоусвідомлення та здатності до розвитку.

З метою підтримки родичів пацієнтів із СД також використано електронний ресурс та відкрито тематичну сторінку у соціальній мережі Facebook, де було розміщено інформацію про координати лікувального закладу, загальні відомості про СД, основні види допомоги особам з СД, труднощі, з якими найчастіше зіштовхуються такі пацієнти та їх родичі, найважливіші поради тощо.

Одночасно з супроводом родичів, з самими пацієнтами із СД проводилась комплексна поетапна фармакотерапія та паралельно – система заходів психотерапевтичного супроводу. Вона включала тренінг соціальних навичок, метою якого було набуття навичок спілкування: учасників навчали долати труднощі спілкування з іншими людьми у найрізноманітніших ситуаціях (на вулиці, в транспорті, магазині, вдома); конструктивно вирішувати складні, конфліктні ситуації, самостійно приймати рішення і впевнено втілювати їх в життя в рамках соціально прийнятної поведінки. Приділялася увага й набуттю навичок самостійного життя, зокрема, соціально-побутових: приготування їжі та миття посуду, прання та прибирання тощо. Пацієнтів також навчали заповнювати квитанції для оплати комунальних послуг, користуватися послугами різних служб,

Таблиця 1

## Показники за індексом життєвого стилю у родичів пацієнтів з СД до та після терапії (середній бал)

Шкали	Період	Г1 (p) (n = 76)		Г2 (p) (n = 87)	
		ОГ1 (p) (n = 42)	ГП1 (p) (n = 34)	ОГ2 (p) (n = 48)	ГП2 (p) (n = 39)
Витіснення	до	40,9**	43,8	50,2**	52,6
	після	32,7	40,2	41,3	49,5
Регресія	до	15,9**	17,4	19,8	21,5
	після	9,8	16,4	14,6	20,3
Заміщення	до	9,7**	10,8	11,9	13,1
	після	7,6	10,3*	8,8	12,6*
Заперечення	до	46,2**	49,9	57,1**	61,5
	після	38,1	48,7*	44,0	59,2*
Проекція	до	48,8**	51,6	56,2**	59,4
	після	39,3	50,1*	47,5	58,0*
Компенсація	до	8,5**	8,0	10,2**	9,4
	після	6,3	7,7	7,5	9,2*
Реактивне утворення	до	8,0	7,6	9,9**	9,5
	після	6,1	7,3	7,6	9,2
Інтелектуалізація	до	54,9**	50,1	60,8**	58,3
	після	39,8	48,3	51,6	57,4

## Примітки:

\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1/ОГ2 з ГП2).\*\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні результатів до/після.

розповідали про реалізацію пільг, поведінку в екстремальних ситуаціях тощо.

Важливим аспектом діагностики індивідуально-психологічних особливостей родичів хворих на СД був аналіз змін показників якості їх життя до та після терапії (табл. 1).

До початку терапії переважною більшістю родичів хворих на СД використовувались захисні механізми поведінки, здебільшого інтелектуалізації, проекції, заперечення та витіснення. В результаті терапії в основних групах відзначалось зменшення інтенсивності використання всіх захисних механізмів, ця тенденція була достовірно більш виразною в

ОГ1 (p) та ОГ2 (p) відносно відповідних груп порівняння ( $p \leq 0,05$ ).

Важливим фактором, який впливає на якість життя пацієнта з СД та його родини, є наявність соціальної підтримки. В рамках проведеного дослідження родичам пацієнтів із СД було запропоновано визначити рівень та джерело соціальної підтримки, яку вони використовували. Результати за шкалою «соціальної підтримки», отримані до та після проведення терапевтичного комплексу, наведено в табл. 2.

На початку дослідження родичі пацієнтів усіх груп відзначали, що не отримують дос-

Таблиця 2

## Дані за шкалою соціальної підтримки, отримані в групах родичів пацієнтів із СД до та після терапії (середній бал)

Шкали	Період	Г1 (p) (n = 76)		Г2 (p) (n = 87)	
		ОГ1 (p) (n = 42)	ГП1 (p) (n = 34)	ОГ2 (p) (n = 48)	ГП2 (p) (n = 39)
Соціальна підтримка сім'ї	до	1,9	1,8	1,4	1,5
	після	3,1*/**	2,1	2,2*/**	1,7
Соціальна підтримка друзів	до	1,3	1,4	1,0	1,0
	після	2,2**	1,6	1,6	1,2
Соціальна підтримка від «значимих інших»	до	0,9	0,8	0,6	0,7
	після	1,8**	1,0	1,2**	0,8

## Примітки:

\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1/ОГ2 з ГП2).\*\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні результатів до/після.

татньо підтримки від інших осіб. Після проведення заходів терапії, зокрема психотерапії, родичі хворих на СД, які входили до складу основних груп, навчилися використовувати соціальну підтримку та отримувати її з різних джерел (сім'я, друзі, значимі інші). Найзначніші позитивні зміни відбулися щодо фактору «соціальна підтримка сім'ї» в ОГ1 (р), в якій після терапії цей показник підвищився на 1,2 бали (різниця між даними до та після терапії є достовірною ( $p \leq 0,05$ )). Показники за факторами «соціальна підтримка друзів» та «соціальна підтримка від "значимих інших"» підвищились в ОГ1 (р) кожний на 0,9 балів. В ОГ2 також відбулися зміни, які полягали в підвищенні показників за факторами «соціальна підтримка сім'ї» (на 0,8 балів), «соціальна підтримка друзів» (на 0,6 балів) та «соціальна підтримка від "значимих інших"» (на 0,5 бали). В ГП1 (р) та ГП2 (р) відбулось незначне підвищення показників за всіма факторами шкали соціальної підтримки, яке не мало достовірної різниці між даними до та після терапії.

Важливим критерієм ефективності терапевтичних програм є покращення якості життя клієнтів. Тому в рамках дослідження

з метою перевірки ефективності авторської програми ми вивчали дані щодо якості життя родичів пацієнтів з СД до та після терапії (табл. 3).

При порівнянні даних, отриманих за допомогою психодіагностичних методики до та після терапії в ОГ1(р), виявлено значне достовірне підвищення за всіма критеріями, які є складовими якості життя: фізичне благополуччя – на 2,7 бали, психологічне емоційне благополуччя – на 2,1 бали, самообслуговування та незалежність і діях – на 1,9 бали, працездатність – на 2,0 бали, міжособистісна взаємодія – на 1,7 бали, соціоемоційна підтримка – на 2,2 бали, громадська та службова підтримка – на 1,7 бали, самореалізація – на 2,3 бали, духовна реалізація – на 2,2 бали, загальне сприйняття якості життя – на 2,1 бали. В ОГ2 (р) підвищення показників якості життя також відбулося за всіма критеріями шкали: фізичне благополуччя – на 1,0 бали, психологічне емоційне благополуччя – на 1,4 бали, самообслуговування та незалежність в діях – на 1,5 бали, працездатність – на 1, бали, міжособистісна взаємодія – на 1,1 бали, соціоемоційна підтримка – на 1,6 бали, громадська та службова підтримка – на 1,6 бали, самореалі-

Таблиця 3

Показники якості життя родичів пацієнтів з СД до та після терапії (середній бал)

Шкали	Період	Г1 (р) (n = 76)		Г2 (р) (n=87)	
		ОГ1 (р) (n = 42)	ГП1 (р) (n = 34)	ОГ2 (р) (n = 48)	ГП2 (р) (n = 39)
Фізичне благополуччя	до	5,1	5,3	4,0	3,9
	після	7,8*/**	5,8	5,9*/**	4,1
Психологічне / емоційне благополуччя	до	4,4	4,5	3,7	3,8
	після	6,5*/**	4,8	5,1**	4,0
Самообслуговування та незалежність у діях	до	4,8	4,8	4,2	4,0
	після	6,7*/**	5,1	5,7*/**	4,1
Працездатність	до	4,9	5,0	4,4	4,3
	після	6,9*/**	5,4	5,5*/**	4,4
Міжособистісна взаємодія	до	4,8	4,9	3,6	3,8
	після	6,5*/**	5,2	4,7*/**	3,9
Соціоемоційна підтримка	до	4,0	4,2	2,8	2,9
	після	6,2*/**	4,5	4,4*/**	3,3
Громадська та службова підтримка	до	3,7	3,6	2,6	2,5
	після	5,4*/**	3,9	4,2*/**	2,7
Самореалізація	до	2,9	3,1	2,0	2,1
	після	5,2*/**	3,5	4,1*/**	2,2
Духовна реалізація	до	2,8	2,9	2,2	2,3
	після	5,0*/**	3,3	4,0*/**	2,5
Загальне сприйняття якості життя	до	3,6	3,4	2,8	2,9
	після	5,7*/**	3,8	4,4*/**	3,1

Примітки:

\* – різниця достовірною ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1/ОГ2 з ГП2)

\*\* – різниця достовірною ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні результатів до/після.

зація – на 2,1 бали, духовна реалізація – на 1,8 бали, загальне сприйняття якості життя – на 1,6 бали. В ГП1(р) та ГП2(р) зміни, що відбулися, не мали статистичної достовірності при порівнянні з основними групами та даними до та після терапії ( $p > 0,05$ ).

### Висновки

1. Більшість родичів пацієнтів із СД мали порушення соціального функціонування, при цьому такі порушення були виразнішими в групі родичів пацієнтів з більш важкими формами СД ( $p \leq 0,05$ ).

2. Відносно родичів пацієнтів із СД було застосовано комплекс інтервенцій: проводилися психоосвітні заходи, була організова-

на робота у групах екзистенційного досвіду, а також створено інтернет-портал для обміну досвідом та он-лайн консультування.

3. У результаті впровадження авторського комплексного медико-соціального супроводу було виявлено позитивні зміни в групах родичів хворих на СД: відбувалося формування адаптивних копінг-стратегій, з'являлося вміння використовувати ресурс соціальної підтримки та відзначалося покращення основних показників якості життя в цілому. Різниця з групами, в яких комплексний супровід не застосовувався, була достовірною ( $p \leq 0,05$ ), що свідчить про ефективність авторської програми.

### Література

- Burkin M. M., Terevnikov V. A. Dementsii pozdnego vozrasta [uchebnoe posobie] [Dementia late age [Tutorial]]. Petrozavodsk, 2004, pp. 65-73. (In Russ.)
- Vayngaren-Kremers V. P., Goryunov S. V. Nekotorye aspekty organizatsii psixiatricheskoy pomoshchi v Niderlandakh [Some aspects of the organization of mental health care in the Netherlands]. Zhurnal nevrologii i psixiatrii, 2012, vol. 12, pp. 69-75. (In Russ.)
- Verbitskaya S. V., Parfenov V. A. Klinicheskiy opyt primeneniya memantina pri postinsul'noy dementsii [Clinical experience of memantine with post-stroke dementia]. Nevrologicheskiy zhurnal, 2008, no. 4, pp. 5-8. (In Russ.)
- Voloshchuk D. A. Projavy kliniko-psychologichnoi' dezadaptatsii' u rodychiv hvoryh na sudynnu demenciju [Clinical manifestations of psychological maladjustment in relatives of patients with vascular dementia]. Sciences of Europe, 2016, no. 1, pp. 41-45. (In Ukr.)
- Gurovich I. Ya., Shmukler A. B., Storozhakova Ya. A. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psixiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moscow, 2004, 492 p. (In Russ.)
- Dzheymys F. Sosudistye zabolovaniya golovnogo mozga [Vascular diseases of the brain]. 2007, pp. 288-304. (In Russ.)
- Karmannoe rukovodstvo k MKB-10: Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glosariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriteriyami) [pod red. Dzh. E. Kuperi; per. s angl. D. Poltavtsa] [Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (with glossary and research diagnostic criteria) [ed. G. E. Cooper; transl. from English by D. Poltavets]]. Kiev, Sfera Publ., 2000, 464 p. (In Russ.)
- Kostyuchenko S. Rukovodstvo po lecheniyu bolezni Al'tsgeymera i drugikh sosudstvykh dementsiy [Sickness Treatment Guide Alzheimer's and other vascular dementia]. NeyroNews, 2015, no. 3, pp. 29-40. (In Russ.)
- Levin O. S. Diagnostika i lechenie dementsii v klinicheskoy praktike [Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2011, 256 p. (In Russ.)
- Spirina I. D., Vitenko I. S., Naprasenko A. K. Meditsinskaya psikhologiya [uchebnik] [Medical psychology [Tutorial]]. Dnepropetrovsk, Promin' Publ., 2014, 456 p. (In Russ.)
- Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [uchebnoe posobie] [Practical psychodiagnosics. Procedures and tests [Tutorial]]. Samara, Bakhrakh-M Publ., 2002, 672 p. (In Russ.)
- Cumming J. L., Mackell J., Kaufer D., Cumming J. L. Behavioral effects of current Alzheimers disease treatments. Alzheimers dementia, 2008, no. 1, pp. 49-60.
- Demaerschalk B. M., Wingerchuk D. M. Treatment of vascular dementia and vascular cognitive impairment. Neurologist, 2007, no. 13, pp. 37-41.

### ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Д. А. Волощук

Одесский национальный медицинский университет

**Аннотация.** Болезнь пациента с сосудистой деменцией является фактором, который оказывает отрицательное влияние на качество жизни не только самого пациента, но и на качество жизни его семьи, поэтому родственники, ухаживающие за неизлечимыми больными, все чаще становятся центральным объектом исследования и анализа на современном этапе. В этой статье автором представлен анализ результатов внедрения

### THE DYNAMICS OF SOCIAL FUNCTIONING IN RELATIVES OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA BY THE IMPLEMENTATION OF THE COMPLEX HEALTH AND SOCIAL SUPPORT

D. A. Voloshchuk

Odessa National Medical University

**Summary.** The disease of patient with vascular dementia is a factor that has a negative impact on quality of life not only the patient but also the quality of life of his family. Many different symptoms can be diagnosed in family members of terminally ill patients. These relatives increasingly become the central object of research and analysis in modern time. We observed these persons with clinicopathological and psychodiagnostic methods. In this article the author



в работу психиатрической службы КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья» авторского медико-психологического комплекса сопровождения родственников пациентов, страдающих сосудистой деменцией, приведены результаты до и после терапии. В результате проведенных интервенций у исследованного контингента были отмечены положительные изменения показателей социального функционирования, повышение качества жизни.

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, родственники больных, уровень социального функционирования, показатели качества жизни, медико-социальное сопровождение.

shows the results of implementing the work of psychiatric services MI «Odessa Regional Medical Center of Mental Health», author complex medical and psychological support for relatives of patients suffering from vascular dementia. We analyze the results before and after therapy. As a result of intervention in the studied contingent was noticed the positive changes of social functioning, quality of life.

**Key words:** vascular dementia, relatives of patients, the level of social functioning, quality of life, medical and social support.

УДК: 376.3.042.1.018.1-057.874-056.29



Ю. О. Гончар

## ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В РАМКАХ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

Ю. О. Гончар

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

### Анотація.

Під час дослідження за допомогою психодіагностичного та статистичного інструментарію дано оцінку особливостей емоційного стану 168 матерів дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП), затримкою психічного розвитку (ЗПР) та розладами спектру аутизму (РСА). Встановлено, що спільними особливостями емоційного стану матерів дітей з психофізичними порушеннями на початку були тривожність, втомленість, відчуття безпорадності та невпевненість у власних здібностях. Після участі в психокорекційній програмі із залученням іпотерапії в матерів дітей з ДЦП спостерігалися енергійність та відчуття піднесеності; у матерів дітей із ЗПР – спокій та впевненість; у матерів дітей з РСА – спокій та енергійність. Після участі в психокорекційній програмі із залученням дельфінотерапії матері дітей з ДЦП характеризувалися спокоєм, енергійністю, впевненістю; матерям дітей із ЗПР стали властиві піднесеність, спокій та енергійність; у матерів дітей з РСА значно зросли впевненість, піднесеність та спокій.

**Ключові слова:** емоційний стан, психокорекція, матері, діти з психофізичними порушеннями.

### Вступ

Якщо сприймати систему «мати–дитина» як діаду та розуміти їх відносини з позиції взаємного впливу, то, розглядаючи емоції дитини з тим чи іншим діагнозом, важливо вивчати й особливості емоційного реагування її матері. Наявність у дитини відхилень у розвитку суттєво впливає на емоційний стан матері та її ставлення до дитини: воно може характеризуватися певною дисгармонійністю, що виражається як несвідоме емоційне відкидання дитини, так і гіперопіка та надвисокий контроль на усвідомлюваному і поведінковому рівнях [1–3]. Дитяча патологія – значний психотравмуючий чинник для матері дитини з таким діагнозом. Ці жінки

достатньо нестійкі до впливу труднощів, що виникають, не захищені від сприйняття їх суспільством через призму «стигми» дитини. У матерів, що більше двох років виховують дитину з психофізичними вадами, спостерігається наявність хронічного стресу. На відміну від матерів здорових дітей, матері дітей з психофізичними порушеннями характеризуються невірноваженістю емоційного реагування, тривожністю, чутливістю до впливу середовища, емоційною нестійкістю. Часто їм притаманні ознаки вираженої невротизації, високий рівень внутрішньої емоційної напруженості, що призводить до зниження рівня соціально-психологічної адаптивності та загальної стресостійкості [1; 4; 5].

За О. В. Красновою, вчені-практики ставлять перед психологом такі завдання щодо побудови програм психокорекції та консультування матерів дітей з психофізичними порушеннями: зняття напруженості в контакті з дитиною і соціумом; формування продуктивних форм взаємовідносин з дитиною в сім'ї та в соціумі; корекція позиції матері, що виключає наявність проблем у її дитини; обговорення проблем конкретної сім'ї як проблем, що існують у багатьох таких сім'ях, а також в сім'ях, що виховують здорових дітей; корекція позиції матері, що характеризується гіперболізацією проблем дитини, впевненістю в безперспективності її розвитку; корекція позиції матері, що мінімізує проблеми дитини, очікує на диво, яке б зробило дитину цілком здоровою [6].

Психологічне консультування матерів взагалі має бути спрямоване на зменшення тривоги, страхів та інших важких почуттів, а також на надання підтримки в рішенні існуючих проблем та допомоги в набутті коригуючого емоційного досвіду.

Коригуючий емоційний досвід включає переживання й аналіз свого емоційного досвіду і емоційну підтримку. Конструктивна переробка змісту зворотнього зв'язку та становлення адекватного саморозуміння передбачають прийняття нової інформації про себе, яка часто не узгоджується з власними уявленнями. Емоційна підтримка означає для людини прийняття її психологом, визнання її людської цінності та значущості, унікальності її внутрішнього світу, готовність розуміти її, виходячи з її відносин, установок і цінностей.

Низька самооцінка та емоційно несприятливе ставлення до себе перешкоджають сприйняттю нової інформації, загострюючи дію захисних механізмів; більш позитивна самооцінка, навпаки, знижує рівень психологічної загрози, зменшує опір, робить людину більш відкритою для нової інформації і досвіду [6–8]. Це означає, що самооцінка і ставлення до себе відіграють надзвичайно важливу роль у становленні адекватного саморозуміння і можуть як сприяти, так і перешкоджати цьому процесу. Емоційна підтримка стабілізує стан, позитивно впливає на самооцінку, підвищує ступінь самоповаги і сприяє утворенню коригуючого емоційного впливу на такий важливий елемент системи відносин, яким є ставлення до себе, практично завжди неадекватне у структурі відносин невротичної особистості [1; 2].

### Мета дослідження

Дослідити особливості емоційного стану матерів, що виховують дітей з психофізичними вадами, в контексті психокорекційної роботи.

### Матеріали та методи дослідження

До складу вибірки увійшло 168 матерів, 42 з яких виховують дітей із дитячим церебральним паралічем, 43 – дітей із затримкою психічного розвитку, 42 – із розладами спектру аутизму і 41 матір, що має здорову дитину. Для оцінки особливостей емоційного стану цих жінок було використано опитувальник «Самооцінка емоційних станів» за А. Уессманом та Д. Ріксом (в перспективі: до та після психокорекційного впливу). Опитувальник складається з п'ятих показників: «спокій–тривожність», «енергійність–втомлюваність», «піднесеність–пригніченість», «впевненість–безпомічність» та загальний показник емоційного стану [9].

Статистичну обробку результатів дослідження було проведено з використанням кореляційного аналізу та критерію Стьюдента з урахуванням статистичної значущості [10].

### Результати дослідження та їх обговорення

Нами було досліджено емоційний стан матерів дітей з психофізичними вадами на різних етапах психокорекційного курсу: до та після. Було виділено дві групи: матері, що брали участь у психокорекційній програмі з включенням дельфінотерапії, та матері, що брали участь у психокорекційній програмі з включенням іпотерапії [11; 12].

Корекційна частина програми складалася з двох етапів: орієнтувального та реконструктивного [2; 13].

До орієнтувального етапу для матерів входило спостереження за заняттями дитини на спеціально відведеному майданчику. Матері отримували інформаційну, емоційну та психологічну підтримку, супровід психолога.

Реконструктивний етап для дельфінотерапії передбачав роботу матерів на спеціально відведеному майданчику. Матері окремо спостерігали за заняттями дітей з інформаційним, емоційним та психологічним супроводом психолога, фотографували та знімали відео, збираючи власний банк матеріального забезпечення для подальшої самостійної роботи з дитиною вдома (сумісні спогади та перегляд кадрів покликані закріплювати та стабілізувати досягнуті результати психокорекційної роботи).

На реконструктивному етапі іпотерапії з психологічним супроводом фахівця матері спостерігали за взаємодією дитини з конем. Вони також мали можливість проводити фото- та відеозйомку з метою створення власного банку матеріального забезпечення для подальшої самостійної роботи з дитиною вдома (рис. 1).



Рис. 1. Модель психокорекції  
 1 – Т. Вісковатова, О. Мамічева, 2013 [2].  
 2 – І. Мамайчук, 2008 [13].

Емоційний стан матерів, діти яких мали ДЦП, характеризувався знервованістю, дратівливістю, тривожністю й неспокоєм; пригніченістю та безпорадністю з легкою втомою. Серед них спостерігалися підвищена тривожність (у 85,8%), пригніченість (у 83,3%), почуття виразної безпорадності (у 81,0%), значна втомлюваність (у 57,1%). У цих матерів, порівняно з матерями здорових дітей, достовірно знижувалися спокій (на 16,9%), енергійність (на 16,9%), емоційний підйом (на 23,3%), впевненість (на 26,2%) і загальний показник емоційного стану (на 21,0%) (рис. 2).

Емоційний стан матерів, що мали дітей із ЗПР, характеризувався нервозністю, дратів-

ливістю, тривожністю, втомленістю, відсутністю енергії; пригніченістю й безпорадністю. Вони відрізнялися підвищеним рівнем тривожності (у 90,7%), втомлюваності, пригніченості, виразної безпорадності (до 76,7% випадків). Порівняно з матерями здорових дітей, у них помітно знижувалися спокій (на 28,3%), енергійність (на 30,5%), піднесеність (на 28,3%), впевненість (на 22,9%) і загальний показник емоційного стану (на 27,0%) (рис. 2).

Емоційний стан матерів, що виховували дітей з РСА, характеризувався пригніченістю, заклопотаністю, невизначеними страхами, легкою втомою та відсутністю енергії, обмеженням умінь та здібностей. Домінували почуття виразної безпорадності (у 81,0%), підвищеної тривожності (у 76,2%), пригніченості (у 47,6%), значної втомлюваності (у 45,2%). Порівняно з матерями здорових дітей, у матерів, діти яких мали РСА, статистично значимо зменшувалися спокій (на 16,9%), енергійність (на 11,8%), піднесеність (на 11,7%), впевненість (на 22,9%) та загальний показник емоційного стану (на 16,3%) (рис. 2).

Емоційний стан матерів здорових дітей характеризувався компетентністю, добрим самопочуттям, бадьорістю, що проявлялось у відчутті спокою (в 6,6%), енергійності (в 10,5%), піднесеності (в 3,9%) й впевненості (в 14,5% випадків) (рис. 2).

У матерів дітей із ДЦП, що брали участь у психокорекційній програмі з включенням іпотерапії, достовірно зросли енергійність (на 32,1%,  $p < 0,01$ ), піднесеність (на 29,3%,  $p < 0,02$ ), впевненість (на 28,3%,  $p < 0,02$ ), загальний показник емоційного стану (на 28,6%,  $p < 0,02$ ) (рис. 3).

У матерів дітей із ДЦП, що брали участь у психокорекційному комплексі з використанням дельфінотерапії, статистично значимо зросли спокій (на 100,0%,  $p < 0,00001$ ),

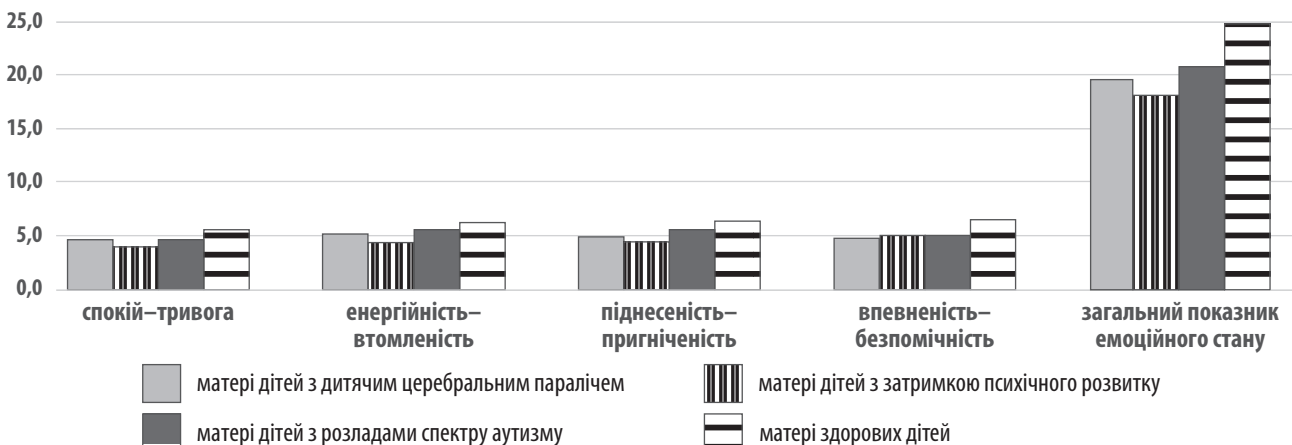


Рис. 2. Показники емоційного стану матерів дітей із психофізичними порушеннями

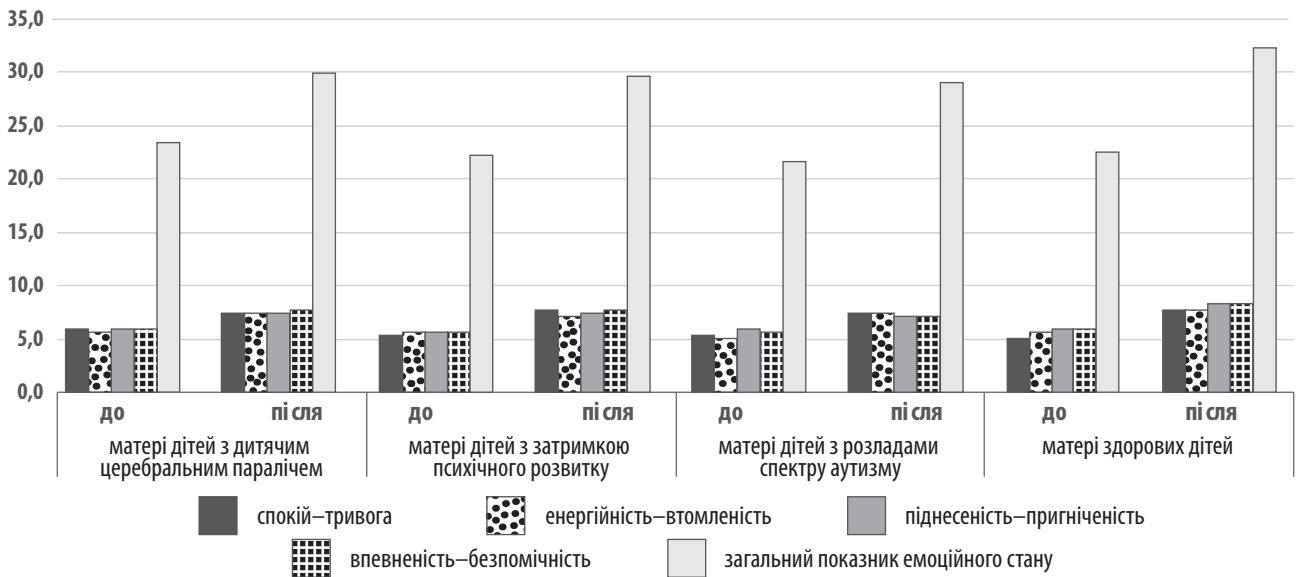


Рис. 3. Показники емоційного стану матерів дітей із психофізичними порушеннями у контексті психокорекційної роботи з включенням іпотерапії

енергійність (на 66,0%,  $p < 0,00001$ ), піднесеність (на 88,1%,  $p < 0,00001$ ), впевненість (на 90,2%,  $p < 0,00001$ ) та загальний показник емоційного стану (на 85,2%,  $p < 0,00001$ ) (рис. 4).

У матерів дітей із ЗПР, що пройшли курс психокорекції з включенням іпотерапії, достовірно зросли спокій (на 48,1%,  $p < 0,0002$ ), енергійність (на 25,0%,  $p < 0,007$ ), піднесеність (на 32,1%,  $p < 0,001$ ), впевненість (на 33,3%,  $p < 0,0002$ ) та загальний емоційний стан (на 34,4%,  $p < 0,0001$ ) (рис. 3).

Емоційний стан матерів дітей із ЗПР, які пройшли курс психокорекції з включенням дельфінотерапії, також покращився: достовірно зросли спокій (на 132,4%,  $p < 0,00001$ ), енергійність (на 110,8%,  $p < 0,00001$ ), піднесеність (на 100,0%,  $p < 0,00001$ ), впевненість (на

93,2%,  $p < 0,00001$ ), загальний показник емоційного стану (на 109,7%,  $p < 0,00001$ ) (рис. 4).

Змінився й емоційний стан матерів дітей з РСА, що брали участь у психокорекційному комплексі з використанням іпотерапії. Достовірно зросли спокій (на 42,3%,  $p < 0,00001$ ), енергійність (на 45,1%,  $p < 0,00001$ ), піднесеність (на 24,1%,  $p < 0,001$ ), впевненість (на 28,6%,  $p < 0,0002$ ) і загальний показник емоційного стану (на 34,6%,  $p < 0,000001$ ) (рис. 3).

У матерів дітей з РСА, що пройшли курс психокорекції з включенням дельфінотерапії, достовірно зросли спокій (на 90,5%,  $p < 0,00001$ ), енергійність (на 61,5%,  $p < 0,00001$ ), піднесеність (на 68,6%,  $p < 0,00001$ ), впевненість (на 88,6%,  $p < 0,00001$ ), загальний показник емоційного стану (на 75,7%,  $p < 0,00001$ ) (рис. 4).

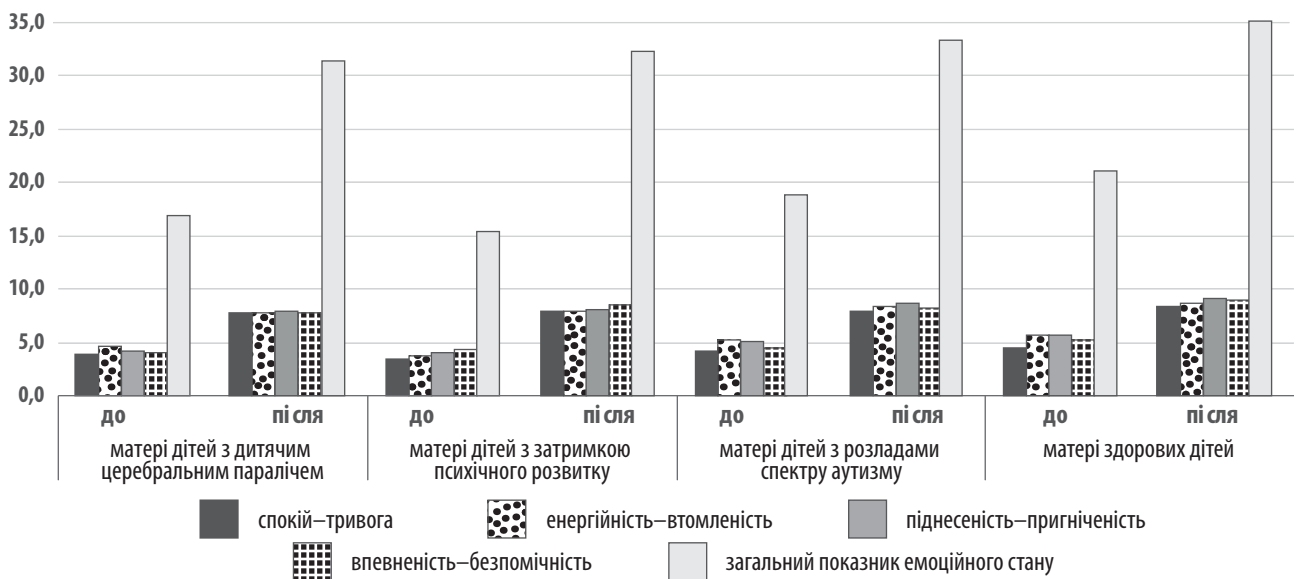


Рис. 4. Показники емоційного стану матерів дітей із психофізичними порушеннями у контексті психокорекційної роботи з включенням дельфінотерапії

У матерів здорових дітей, які пройшли курс психокорекції з включенням іпотерапії, достовірно підвищились спокій (на 56,0%,  $p < 0,000001$ ), енергійність (на 37,5%,  $p < 0,0002$ ), піднесеність (на 40,0%,  $p < 0,00001$ ), впевненість (на 44,8%,  $p < 0,000001$ ) і загальний показник емоційного стану (на 44,2%,  $p < 0,00001$ ) (рис. 3).

У матерів здорових дітей, які пройшли курс психокорекції з включенням дельфінотерапії, достовірно зросли: спокій (на 86,7%,  $p < 0,00001$ ), енергійність (на 52,6%,  $p < 0,00001$ ), піднесеність (на 62,5%,  $p < 0,00001$ ), впевненість (на 67,9%,  $p < 0,00001$ ) і загальний показник емоційного стану (на 66,4%,  $p < 0,00001$ ) (рис. 4).

### Висновки

У нашому дослідженні ми виявили, що у матерів дітей із психофізичними вадами (ДЦП, ЗПР, РСА) під час проходження психокорекційної програми з включенням анімалотерапії спостерігаються покращення емоційного стану за показниками енергійності, піднесеності, впевненості та спокою.

Емоційний стан матерів, діти яких мали ДЦП, змінювався зі схильності до дратівливості, тривожності й неспокою на більшу енергійність та відчуття піднесеності у випадку включення іпотерапії та на спокій, енергійність, впевненість, – у випадку включення дельфінотерапії.

Емоційний стан матерів, що мали дітей з ЗПР, змінювався з відчуття втомленості, відсутності енергії, пригніченості на спокій та

впевненість після занять із використанням іпотерапії та на спокій, енергійність, піднесеність після занять з використанням дельфінотерапії.

Емоційний стан матерів, що виховували дітей з РСА, спочатку характеризувався заклопотаністю, невизначеністю, відчуттям обмеження вмінь та здібностей та домінуванням почуття виразної безпорадності. Після проходження психокорекційної програми у контексті занять з іпотерапії з'явилися спокій та енергійність, а після участі у психокорекційній програмі у контексті занять з дельфінотерапії значно зросли впевненість, піднесеність та спокій.

Емоційний стан матерів здорових дітей не відрізнявся особливо негативними переживаннями, а після проходження курсу з включенням анімалотерапії такі показники, як енергійність та впевненість ще більше закріпилися. Для всіх матерів було характерним підвищення загального показника емоційного стану.

Аналіз результатів, які ми отримали, показав, що матері дітей з різними психофізичними вадами потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги. Стан стресу, викликаний станом здоров'я дитини, у більшості випадків не знаходить свого позитивного виходу, а відчуття втомленості, пригніченості, безпомічності накопичуються та входять в емоційний патерн особистості, а також призводять до невротизації і посилення індивідуально-психологічних особливостей.

### Література

1. Kocherova O. Y., Fil'kina O. M., Dolotova N. V., Malyshkina A. I., Antysheva E. N. Psikhologicheskie osobennosti materey, vospityvayushchikh detey invalidov [Psychological characteristics of mothers, bringing up children with disabilities]. Vestnik RAMN, 2014, no. 5-6, pp. 95-101. (In Russ.)
2. Viskovatova T. P., Mamicheva O. V. Organizacija psihologo-pedagogichnoi' korekcii' pry vidhylenjah u psyhofizychnomu rozvytku ditej [Organization of psycho-pedagogical correction with deviations in psychophysical development of children]. Visnyk instytutu rozvytku dytyny [Nac. ped. un-t im. M. P. Dragomanova]. Kiev, Publish house of NPU Dragomanov, 2013, no. 26, pp. 125-131. (In Ukr.)
3. Dushka A. L. Korrektsionnaya rabota s roditeleyami detey s psikhofizicheskimi narusheniyami [Correctional work with parents of children with mental and physical impairments]. Autizm, 2013. Available at: <http://autism.com.ua/library/D0%BE8Fdetails.html>. (In Russ.)
4. Davies P. T., Martin M. J., Cicchetti D. Delineating the Sequelae of Destructive and Constructive Interparental Conflict for Children Within an Evolutionary Framework. *Developmental Psychology*, 2012, vol. 48, no. 4, pp. 939-955.
5. Fernandez-Alcantara M., Garcia-Caro M. P., Laynez-Rubio C., Perez-Marfil M. N., Marth-Garcia C., Benatez-Feliponi A. [et al.] Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability Health Journal*, 2015, no. 8(1), pp. 93-101.
6. Vvedenie v psikhologiyu invalidnosti: uchebnik [sost. O.V. Krasnova] [Introduction to the psychology of disability: the textbook [compil. O.V. Krasnov]]. Moscow, MPSI, Voronezh, MODEK, 2011, 336 p. (In Russ.)
7. Dykens E. M., Fisher M. H., Taylor J. L., Lambert W., Miodrag N. Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. *Pediatrics*, 2014, no. 134(2), pp. 454-463.
8. Breitenbach E., Stumpf E., Fersen L., Ebert H. Dolphin-Assisted Therapy: Changes in Interaction and Communication between Children with Severe Disabilities and Their Caregivers. *Anthrozoos*, 2009, vol. 22, no. 3, pp. 277-289.

9. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika [metodiki i testy] [Practical psychodiagnos-tics [methods and tests]]. Moscow, Bakhrakh-M Publ., 2011, 664 p. (In Russ.)

10. Yermolaev O. Y. Matematicheskaya statistika dlya psikhologov [Mathematical statistics for psycho-logists]. Moscow, Flinta Publ., 2003, 336 p. (In Russ.)

11. Chuprykov A. P., Dzjub O. M., Mishyjev V. D. [et al.] Provedennja del'finoterapii' u ditej ta pidlit-kiv [informacijnyj lyst № 33-2010 pro novovvedennja v systemi ohorony zdorov'ja] [Dolphin assisted ther-apy for children and adolescents [number 33-2010 Newsletter on innovation in health care]]. Kiev, The Ministry of Health of Ukraine, 2009, 6 p. (In Ukr)

12. Pokanevych V. V., Chuprykov A. P., Olijnyk V. I., Burago G. S. [et al.] Ipoterapija jak netradycijnyj metod kompleksnogo ta reabilitacijnogo likuvannja [informacijnyj lyst № 306-2011 pro novovvedennja v systemi ohorony zdorov'ja] [Hippotherapy as an un-conventional method of complex treatment and reha-bilitation [informatsiynyj letter number 306-2011 on innovation in health care]]. Kiev, The Ministry of Health of Ukraine, 2011, 6 p. (In Ukr)

13. Mamaychuk I. I. Psikhologicheskaya po-moshch' detyam s problemami v razvitii [Psychological care for children with developmental problems]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2008, 224 p. (In Russ.)

### ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАМКАХ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Ю. А. Гончар

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»

**Аннотация.** В данном исследовании, при помощи психодиагностического и статистического инструментария, дана оценка особенностей эмоционального состояния 168 матерей детей с детским церебральным параличом (ДЦП), задержкой психического развития (ЗПР) и расстройствами спектра аутизма (РСА). Установлено, что общими особенностями эмоционального состояния матерей детей с психофизическими нарушениями вначале были тревожность, усталость, ощущение беспомощности и неуверенности в собственных способностях. После участия в психокоррекционной программе с использованием иппотерапии у матерей детей с ДЦП наблюдались энергичность и ощущение приподнятости; у матерей детей с ЗПР – спокойствие и уверенность; у матерей детей с РСА – спокойствие и энергичность. После участия в психокоррекционной программе с привлечением дельфинотерапии, матери детей с ДЦП характеризовались спокойствием, энергичностью, уверенностью; матерям детей с ЗПР стали свойственны приподнятость, спокойствие и энергичность; у матерей детей с РСА значительно возросли уверенность, приподнятость и спокойствие.

**Ключевые слова:** эмоциональное состояние, психокоррекция, матери, дети с психофизическими нарушениями.

### PECULIARITIES OF THE EMOTIONAL STATE OF MOTHERS, BRINGING UP CHILDREN WITH PSYCHOPHYSICAL IMPAIRMENTS IN THE FRAMEWORK OF PSYCHOCORRECTION

Yu. O. Gonchar

State Institution «Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Public Health of Ukraine»

**Summary.** The aim of the study was to examine the features of the emotional state of mothers raising children with psychophysical impairments in the context of psychocorrectional work. With the help of psychodiagnostical and statistical tools there were assessed the features of the emotional state of 168 mothers of children with cerebral palsy (CP), mental development retardations (MDR) and autism spectrum disorders (SAR). It was found that common features of the emotional state of mothers, raising children with psychophysical impairments, in the beginning were anxiety, fatigue, feelings of helplessness and uncertainty in their own abilities. After participating in the psychocorrectional program with the involvement of hippotherapy, mothers of children with CP showed energy and feeling of elation, mothers of children with MDR – calmness and confidence, mothers of children with SAR – calmness and vigor. After participating in the psychocorrectional program with the involvement of dolphin assisted therapy, mothers of children with CP were characterized by calmness, vigor, confidence; mothers of children with MDR were characterized by elation, and also calmness and vigor, mothers of children with SAR showed the increase of confidence and elation.

**Key words:** emotional state, psychological correction, mothers, children with psychophysical impairments.

УДК 159.923.2:616.89-008.441.3



О. С. Кочарян



М. О. Антонович

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ

О. С. Кочарян, М. О. Антонович

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

### Анотація.

У роботі розглянуто основні психологічні напрямки вивчення наркозалежності. Представлено теоретичні аспекти вивчення особливостей психічного функціонування, властивих особам, які страждають на наркотичну залежність, з позицій «Я-концепції». Серед них відзначаються неадекватна самооцінка, низька когнітивна диференційованість «образу Я», дефіцитарність структур внутрішнього досвіду, схильність до невиправданого ризику, знижена здатність до рефлексії, труднощі регулювання свого емоційного стану. Низька когнітивна диференційованість викликає труднощі усвідомлення свого життєвого досвіду, його рефлексії. У свою чергу, це призводить до неможливості опертися на нього в кризових життєвих ситуаціях. Отримані дані свідчать про несформованість, дефіцитарність структур «Я» і розмитість його меж, що вказує на залученість структур самосвідомості в патологічний процес формування наркотичної залежності.

**Ключові слова:** наркозалежність, «Я-концепція», самосвідомість.

У середині ХХ століття різко зросла увага західної наукової спільноти до проблематики людського «Я» і його унікальності. Ці проблеми посіли центральне місце в так званому гуманістичному (або феноменологічному) напрямку психології. Основоположними в ньому стали роботи А. Маслоу (1954), А. Комбса (1957), К. Роджерса (1956, 1959) і деяких інших американських психологів і педагогів. «Я» зазвичай досліджується за допомогою понять Ego, Self, «персона», «концепція-Я», «Я-концепція», що кожного разу наповнює саму проблему феномена «Я» новим сенсом [1].

Аналіз контексту різноманітних досліджень феномена «Я-концепція» дозволяє цілком однозначно зробити висновок про те, що в людині «Я-концепція» не є фіксованою сутністю, тобто це не психічна інстанція, хоча текстуально про це ніде не йдеться. «Я-концепція» – поняття, що визначає хоч і цілком конкретну сукупність уявлень людини про саму себе, але все-таки просто уявлення, що пов'язані з самооцінкою [2–5].

Але, незважаючи на це, як показали дослідження Р. Бернса, «Я-концепція» дивним чином визначає міру і якість представленості людини у світі [6]. Безпосередньо самі уявлення людини про саму себе не можуть стати об'єктом пізнання. В ході дослідження до них можна підібратися тільки через їх екстеріорізацію, наприклад, за допомогою рухів, використовуваних суб'єктом символів, малюнків, мелодій, а також слів самого но-

сія «Я-концепції», які (на його думку, на його погляд, за його відчуттями) відображають його уявлення про себе. Тому, ми вважаємо, що важливими є тільки ті позиції дослідників «Я-концепції», які узгоджуються з точкою зору щодо «Я-концепції» як сукупності уявлень людини про саму себе, пов'язаних з його ж самооцінкою, і які здатні вербалізуватися у вигляді зовнішнього аналізу тільки у відповідь на питання «хто ти?» [6; 7].

Феномен «Я-концепції» традиційно досліджується з позиції гуманістичного підходу. Особливе значення «Я-концепція» як психічна реальність набуває в рамках проблеми індивідуально-особистісного в людині через вивчення його поглядів на себе. Будучи суб'єктом пізнання себе і ставлення до себе, через своє «Я» людина об'єктивізує свою самість – єдиність, неповторність та складність свого психічного світу [7; 8] – і тим самим впливає на предмет дослідження.

У різноаспектних, багатопланових дослідженнях феномена «Я-концепції», що належить в основному до нормального розвитку особистості, розкрито загальні закономірності та сформульовано універсальні закони зародження, функціонування, формування та розвитку «Я-концепції». Крім численних досліджень феномена самосвідомості, в яких в основному розглядаються особистості з нормальним розвитком, існують дослідження феномену «Я-концепції» у випадках патології, зокрема, при наркоманії.

Наркоманія є однією з найгостріших проблем сьогоденного суспільства. У сучасній Україні проблема наркоманії набула катастрофічних розмірів. Дані про кількість осіб, що вживають наркотики, а також перебувають на лікуванні в наркодиспансерах України, не тільки дуже неоднозначні, але часто суперечать один одному [9–11].

Концентрація уваги саме на медико-фізіологічному аспекті наркоманії обумовила основний підхід до вивчення цієї проблеми, який редукував проблему наркоманії до фізіологічної залежності. Проблема вживання наркотичних речовин слід розглядати не тільки як проблему фізіологічну, але і як проблему особистості, залежної від наркотиків у конкретній соціальній ситуації.

Аналіз літератури показує, що різні психологічні напрямки мають відмінну від інших точку зору на проблему наркозалежності.

Прихильники **біхевіорального підходу** вказують на безперервний вплив на людину її соціального оточення. Позитивні зв'язки наркозалежного з суспільством обмежуються контактами з членами групи. З точки зору психологічної структури наркозалежний належить до типу особистості, яка погано переносить біль та емоційний стрес. Якщо у такої людини відсутні близькі контакти з людьми, схожими на нього, то він втрачає почуття впевненості в собі.

Внаслідок «збитковості» соціального розвитку наркозалежний намагається уникати будь-якої форми відповідальності, стає відлюдькуватим і недовірливим щодо тих, кого він вважає частиною загрозливого світу. Тому об'єднання наркозалежних у групи є однією з соціальних потреб, властивою наркоманії. У цій групі відсутня ієрархія, всі її члени мають рівні права і практично жодних обов'язків один перед одним. Після того як наркозалежний опинився у такій групі, йому важко звідти вирватися, бо там пропонується все те, чого в реальному світі він не може отримати. Залишивши цю середу, він виявляється нібито в іншому світі, де стикається з нерозумінням, осудом, відчуженістю, агресивністю не тільки своєї сім'ї, а й суспільства в цілому. Соціум відштовхує наркозалежних, хоча саме він значною мірою є відповідальним за виникнення цієї хвороби [12].

Е. Сазерленд [12] висловив припущення, що порушення в поведінці можуть формуватися під впливом інших людей і залежать від частоти контактів з ними. Однак

деякі дослідження вказують, що існують підлітки, які знаходяться в несприятливих матеріальних, сімейних умовах, у них є постійний контакт з наркозалежними, але вони залишаються стійкими до наркотичної контамінації [12].

Необхідно також відзначити високу ефективність поведінки наркозалежних, спрямовану на придбання і вживання наркотику. Для них не стають перешкодою ні закон і міліція, ні контроль з боку суспільства та сім'ї, ні відсутність грошей та котів, ні багато іншого, що могло б стати непереборною перешкодою для людини, яка не є наркозалежною. Цей складний ланцюг поведінкових актів і подій завжди завершується позитивним підкріпленням з яскраво пережитим тілесним компонентом. Відмова від наркотику означає відмову від надефективної поведінки на користь дій у неструктурованому ворожому середовищі, до того ж з низькою ймовірністю успіху [13].

Таким чином, наркозалежність можна розглядати як високоадаптивний спосіб поведінки, відмова від якого є неадаптованим кроком, пов'язаним із ризиком невизначеності та з відповідальністю за себе. При цьому відмова від вживання психоактивних речовин не гарантує людині ані щастя, ані легкості буття, а їх вживання гарантує наркозалежному «зникнення» світу з його проблемами.

У межах когнітивного підходу в поясненні причин і наслідків наркозалежності найбільшого поширення набула **концепція локусу контролю**. Так, на думку М. Раттер [14], одні люди приписують свій поведінковий сценарій внутрішнім факторам, інші пояснюють його зовнішніми обставинами. Наркозалежні пов'язують свої дії з зовнішніми обставинами. Вони переконані в тому, що вживають наркотичні речовини з вини інших людей або через випадок. Тому однією з причин, чому вони не можуть припинити вживання наркотиків, є відсутність внутрішнього контролю. Такий підхід допомагає розкрити складність взаємодій між людиною і ситуаціями, що виникають. Але прихильники цього підходу також не дають чіткої відповіді на питання про те, чому один схильний вбачати причину своєї поведінки в самому собі, а інший – в оточуючих [14].

Крім того, деякі дослідження показують, що питання про характер локусу контролю у наркозалежних не може бути вирішене так однозначно і категорично.



Більш надійними і достовірними можна вважати дані, що стосуються специфіки когнітивних процесів у наркозалежних. Так, наприклад, виявлено, що при опійній наркоманії спостерігається деградація уяви, вихолощення процесів мислення, розширення периферичного зорового сприйняття, зниження адекватності в розумінні невербальної поведінки інших людей [15].

**Психоаналітичні дослідження** наркозалежності зводяться в основному до пояснення виникнення залежності як до дефектів у психосексуальному розвитку, що формують оральну незадоволеність, яка в подальшому призводить до оральної фіксації. Іншим поясненням наркозалежності в рамках психоаналітичного підходу є фіксація на анальній стадії або на анальній та оральній стадіях розвитку одночасно. Виходячи з таких пояснень, залежність розглядається як регресія, яку можна зупинити шляхом її усунення.

В зв'язку з тим, що сформована залежність ніколи не може бути задоволена повністю, і якщо фрустрована особистість реагує вороже, замикається в собі, це призводить до психічної руйнації. Для таких людей наркотики є засобом, що звільняє їх від фрустрації шляхом досягнення ейфорії. Суспільний осуд, що супроводжує вживання наркотиків, тільки підсилює ворожість і водночас призводить до посилення почуття провини. Зв'язок наркозалежного з реальним світом руйнується, а захист від несприятливих впливів стає неефективним. «Запрограмовані» виключно на придбання та вживання наркотику, вони не цінують відносини між людьми і цікавляться лише власним задоволенням від дії цих препаратів. Неповноцінні зв'язки з іншими людьми є наслідком неповноцінного «Я» наркомана, для якого лібідо є «розмитим еротичним поняттям» [16].

З точки зору **трансактного аналізу**, в теорії Е. Берна [17] ми не знаходимо чіткого визначення та розуміння сутності наркозалежності. Відповідно до його теорії нормальний розвиток особистості відбувається, коли найважливіші аспекти «Батька», «Дорослого» і «Дитини» узгоджуються один з одним. Це люди з хорошими кордонами «Я», у яких можуть бути серйозні внутрішні конфлікти, але які в той же час здатні збалансувати «Батька», «Дорослого» чи «Дитину» так, щоб «дозволити» кожному з них виконувати свої функції. У зв'язку з цим багато дослідників висловлюють припущення,

що у наркозалежних домінує один его-стан, швидше за все, це «Дитина» або один его-стан заражений іншим.

Наркозалежність також можна розглядати як гру, в якій кожен учасник (це можуть бути члени сім'ї, оточуючі, організації-«рятувальники») посідає певну позицію. Гра – це, по суті, штучність поведінки, неможливість досягнення спонтанності. Коли відсутня щирість, йде програвання сформованих і звичних ситуацій. У грі кожен може отримувати певну вигоду, але її учасники в таких умовах не можуть розвиватися, змінюватися, а значить, не мають можливості вирішувати певну проблему, робити те, що могло б привести до одужання. Такі взаємовідносини фіксують психічну залежність від наркотиків [17; 18].

З позицій **системного підходу** наркозалежність можна визначити як системний комплекс, що включає елементи, різні за своєю природою, рівнем і динамікою [19]. Якщо розглянути наркозалежність з точки зору системної сімейної психотерапії, то це сімейне захворювання, сімейна проблема. Наркозалежний «залучає» у хворобу всіх близьких йому людей, у яких згодом формується співзалежність. Вона, в свою чергу, перешкоджає адекватному сприйняттю дійсності, спотворює характер внутрішньосімейної взаємодії та, таким чином, фіксує психічну залежність.

Якщо дорослий член родини (батько або мати) залежний від психоактивних речовин, то це згубно відбивається на дитині ще до того, як вона сама безпосередньо почне їх вживати. Дитина, що росте в такій родині, є елементом дисфункціональної системи і відчуває вплив усього комплексу факторів, які призводять до формування залежності. Виростаючи, вона переносить свій досвід у доросле життя і, швидше за все, стане сама хімічно залежною або пов'яже своє життя з хімічно залежною людиною [20; 21].

Основною причиною значної вразливості наркозалежних є нестійкість «Я-концепції» [22]. Зміни особистості у наркозалежних проявляються в зниженні морально-етичних якостей і загостренні преморбідних рис характеру. П. Д. Шабанов та О. Ю. Штакельберг [23] відзначають, що при розгляді «образу Я» у хворих на наркоманію слід враховувати вплив внутрішньої картини хвороби (представленість хвороби в самосвідомості, суб'єктивне ставлення до неї хворого) на процес зміни особистості під час перебігу хвороби. Особистісні зміни відбуваються як

наслідок хронічної інтоксикації та психологічної дезадаптації індивіда, а також через порушення соціального функціонування хворого на наркоманію, на яке суспільство реагує репресіями. Намагаючись зберегти свої уявлення про світ і самого себе, наркозалежний будує систему психологічного захисту [23]. При цьому власний досвід спотворюється, а структура особистості стає більш ригідною.

Дослідження «образу Я» хворих на опійну наркоманію виявило у хворих такі риси «образу Я», як невіра в себе, схильність вдаватися до психологічного захисту, почуття провини, низька самооцінка. Це дослідження також показало недостатність самоконтролю, пасивність відносно себе, залежність від зовнішніх обставин. Ці прояви пов'язані з неадекватністю «образу Я» на його емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях і є індикатором нездатності людини гармонійно функціонувати у соціальному оточенні [23].

У дослідженнях О.М.Ланда розглядалися деякі найбільш загальні порушення особистісного функціонування, особливості самооцінки хворих на опійну наркоманію. Виявилися відсутність або зниження критичності до свого захворювання і власної особистості. Критичність пов'язана з особливостями мотиваційної сфери, самооцінкою, ціннісними орієнтаціями та ін. [24]. Некритичність в оцінці своєї особистості – це порушення розуміння хворим свого місця в житті, неадекватність уявлення про себе.

У дорослої людини уявлення про себе, або «Я-концепція», є досить стійким утворенням, що регулює діяльність, визначає ставлення до оточуючих людей [6]. Самооцінка хворих у дослідженні А.Н.Ланда мала лабільний характер і різко змінювалася залежно від стану хворого. Під час виходу зі стану гострої абстиненції хворі схильні виставляти собі найвищі бали щодо здоров'я, характеру, волі, заперечувати свою залежність від наркотиків, оцінюючи себе за цими ж показниками в стані абстиненції дуже низько, на відміну від здорових осіб, оскільки ті виставляють середні бали (методика Дембо–Рубінштейна).

В.С.Бітенським отримані інші дані. У своїй книзі «Наркоманія у підлітків» він зазначає, що під час дослідження самооцінки за шкалою Дембо–Рубінштейна хворі на наркоманію ніколи не ставлять свою позначку у верхній половині вертикалі. Вони локалізують

позначку або в середині вертикалі, або в нижній точці. А.Н.Ланда (1989) зазначає, що, за даними П.Суткера (1974), самоопис хворих героїновою наркоманією був вкрай мінливим, залежав від їх стану, місцезнаходження, установки на лікування. Рівень домагань у хворих опійною наркоманією був дуже високий [24]. Особливо це властиво хворим молодого віку. Вони ставлять перед собою малоздійсненні, нереальні цілі, наприклад, вступ до престижного вузу при вкрай низькому рівні знань.

Часто високий рівень домагань пов'язаний із тим особливим становищем, яке наркозалежні посідають серед певної частини молоді. Тільки мало хто усвідомлює окремі порушення пізнавальних функцій і зниження енергетичного потенціалу. Можливо, це пов'язано з тим, вважає автор, що в результаті системного вживання наркотиків, що створює загальний позитивний фон для сприйняття навколишнього (в тому числі – й для самосприйняття), у хворих складається стійка позитивна установка відносно себе і своїх можливостей. Хворі часто та з задоволенням розповідають про те, які вони бувають доброзичливі під дією наркотиків. Таким чином, у наркозалежних недостатньо диференційоване уявлення про власну особистість, свої можливості, перспективи, тому їх «Я-концепція» не може повною мірою виконувати свої регулюючі та контролюючі функції [24].

У людей, які страждають на наркотичну залежність, недостатньо розвинена «Я-концепція», знижена здатність до рефлексії, їм властива неадекватна самооцінка. Найбільш яскраво порушення самосвідомості виявляються у сфері саморегуляції і самоконтролю. Порушення самоконтролю проявляються у цих пацієнтів як у схильності до негайного реагування на свої переживання, так і в неможливості контролювати власну поведінку. Відзначається, що хворим властиві некритичне ставлення до свого стану, бідність мотиваційної сфери і труднощі самозвіту [25]. Схильність до зовнішніх впливів та відсутність конкретних інтересів свідчать про несформованість структур «Я», нечіткість його кордонів. Було встановлено, що дифузність кордонів «Я» призводить до того, що індивід не здатен орієнтуватися і спиратися на власні уявлення та відчуття і змушений діяти згідно з обставинами. Очевидним є зв'язок проблем когнітивного стилю, полезалежності–полenezалежності,

недостатньої рефлексії і структурування суб'єктивного досвіду та рівня самосвідомості особистості [26–28].

Таким чином, наведені літературні дані вказують на цілу низку особливостей психічного функціонування, властивих особам, які страждають на наркотичну залежність. Серед них відзначаються неадекватна самооцінка, низька когнітивна диференційованість «образу Я», дефіцитарність структур внутрішнього досвіду, схильність до невиправданого ризику, знижена здатність до рефлексії, труднощі регулювання свого емоційного стану. Низька когнітивна ди-

ференційованість викликає труднощі усвідомлення свого життєвого досвіду, його рефлексії. У свою чергу, це призводить до неможливості опертися на нього в кризових життєвих ситуаціях. Можна припустити, що всі перераховані психологічні характеристики наркозалежних не існують ізольовано одна від одної, а поєднані спільними факторами. Неадекватна самооцінка, когнітивна недиференційованість, схильність до зовнішніх впливів указують на залученість структур самосвідомості в патологічний процес формування наркотичної залежності.

### Література

1. Kh'ell L., Zigler D. Teorii lichnosti [Theories of personality]. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 608 p. (In Russ.)
2. Agapov B. C. Stanovlenie Ya-kontseptsii lichnosti [teoriya i praktika] [Becoming self-concept of personality [Theory and Practice]]. Moscow, Publ. house of MPSI, Voronezh, Publ. hose of MODEK, 1999, 224 p. (In Russ.)
3. Ivashchenko A. V., Agapov B. C., Baryshnikova I. V. Problemy Ya-kontseptsii lichnosti v otechestvennoy psikhologii [Problems of self-concept of the individual in the national psychology]. Mir psikhologii, 2002, no. 2 (30), pp. 17-30. (In Russ.)
4. Kon I. S. Kategoriya «Ya» v psikhologii [Category «I» in psychology]. Psikhologicheskii zhurnal, 1981, no. 3, pp. 25-36. (In Russ.)
5. Meyli R. Razlichnye aspekty «Ya» [Various aspects of the «I»]. Eksperimental'naya psikhologiya [red. sost. P. Fress, Zh. Piazhe, per. s frants., predisl. i obshch. red. A. N. Leont'eva] [Experimental psychology] [Compiled and compiled by P. Fraise, Jean Piaget, trans. with France., preface and general ed. A. N. Leont'ev]. Moscow, Progress Publ., 1975, issue 5, pp. 261-265. (In Russ.)
6. Berns R. Razvitie Ya-kontseptsii i vospitanie [Per. s angl., obshch. red. i vstup., st. V. Ya. Polinovskogo] [The development of self-concept and training [Trans. from English., and the total revision vstupupitel'naya article V. Ya. Polinsky]]. Moscow, Progress Publ., 1986, 420 p. (In Russ.)
7. Berns R. Chto takoe Ya-kontseptsiya [What is the self-concept]. Psikhologiya samosoznaniya [Khrestomatiya] [Red. D. Ya. Raygorodskiy] [Psychology of consciousness [Chrestomathy] [Ed. D. Ya. Raygorodskiy]]. Samara, Bakhrakh-M Publ., 2003, pp. 333-393. (In Russ.)
8. Bodalev A. A., Stolin V. V. Obshchaya psikhodiagnostika [The total psychodiagnostics]. St. Petersburg, 2000, 440 p. (In Russ.)
9. Bulgakov S. I., Linskiy I. V., Goloshchapov V. V. Sopotavitel'nyy analiz dannykh Ministerstva vnutrennikh del i Ministerstva zdravookhraneniya o masshtabakh upotrebleniya narkotikov v Ukraine v 2003 godu [Comparative analysis of the data of the Ministry of Internal Affairs and the Ministry of Health about the extent of drug use in Ukraine in 2003]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii', 2004, vol. 12, issue 2, pp. 78-81. (In Russ.)
10. Roshyna I. O. Narkomanija: stan i problemy borot'by z neju (suchasna paradygma) [Drug addiction: state and problems of combating it (modern paradigm)]. Visnyk kryminal'nogo sudochynstva, 2015, no. 2, pp. 175-180. (In Ukr.)
11. Nacional'nyj zvit za 2015 rik shhodo narkotychnoi' sytuacii' (za danymy 2014 roku) [National Report for 2015 on drug situation (as of 2014)]. Available at: <http://www.ummcda.org.ua/index.php/49-natsionalnij-zvit-za-2015-rik-shhodo-narkotichnoji-situatsiji-za-danimi-2014-roku>. (In Ukr.)
12. Pyatnitskaya I. N. Narkomanii [Addictions]. Leningrad, Medicine Publ., 1994, 544 p. (In Russ.)
13. Seddon T. Drugs, Crime & Social Exclusion: Social context and social theory in British Drugs [Crime research]. British Journal of Criminology, 2006, vol. 46, no. 4, p. 703.
14. Petrovskiy V. A. Psikhologiya neadaptivnoy aktivnosti [Psychology maladaptive activity]. Rossiyskiy otkrytyy universitet [Russian Open University]. Moscow, 1992, 224 p. (In Russ.)
15. Urakov I. G. Narkomaniya: mify i real'nost' [Addiction: Myths and Reality]. St. Petersburg, Eurasia Publ., 1990, 61 p. (In Russ.)
16. Freyd A. Psikhologiya «Ya» i zashchitnye mekhanizmy [Per. s angl.] [Psychology of «I» and the defense mechanisms [Trans. from English]]. Moscow, Pedagogika-press Publ., 1993, 144 p. (In Russ.)
17. Bern E. Igray, v kotorye igrayut lyudi. Psikhologiya chelovecheskikh vzaimootnosheniy; Lyudi, kotorye igrayut v igry. Psikhologiya chelovecheskoy sud'by [Per. s angl.] [Obshch. red. M. S. Matskovskogo] [Games People Play. Psychology of human relationships; People who play games. The psychology of human destiny [Trans. from English.] [General ed. M. S. Matskovskiy]]. St. Petersburg, Lenizdat Publ., 1992, 400 p. (In Russ.)
18. Bern E. Transaktsionnyy analiz i psikhoterapiya [Transactional analysis and psychotherapy]. St. Petersburg, Bratstvo Publ., 1992, 224 p. (In Russ.)
19. Clark M. Conceptualising Addiction: How Useful is the Construct? International Journal of Humanities and Social Science, 2011, vol. 1, no. 13, pp. 55-64. (In Russ.)
20. Berezin S. V., Lisetskiy K. S. Narkomaniya glazami semeynogo psikhologa [Addiction eyes family psychologist]. St. Petersburg, Rech', 2005, 240 p. (In Russ.)

21. Lander L., Howsare J., Byrne M. The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Soc. Work. Public Health*, 2013, vol. 28 (0), pp. 194-205.

22. Samuels D. J., Samuels M. Low Self-Concept as a Cause of Drug Abuse. *Journal of drug education*, 2012, vol. 4, pp. 421-438.

23. Shabanov P. D., Shtakel'berg O. Yu. Narkomanii: patopsikhologiya, klinika, reabilitatsiya [Addiction: pathopsychology, clinic, rehabilitation]. St. Petersburg, 2001, 367 p. (In Russ.)

24. Landa A. N. Nekotorye voprosy izucheniya lichnosti i poznavatel'nykh funktsiy u bol'nykh narkomaniey opiatami [Some of the study of personality and cognitive functions in patients with opiate addiction]. *Nekotorye problemy narkomanii i toksikomaniy* [Pod red. G. V. Morozova] [Some problems of substance abuse [Ed. G. V. Morozov]]. Moscow, 1989, pp. 103-110. (In Russ.)

25. Radionova M. S., Vyal'tseva I. M. Osobennosti «Ya-kontseptsii» u narkozavisimykh [Features of «self-concept» addicts]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie*, 2004, no. 1, pp. 28-41. (In Russ.)

26. Rakhimova A. F. Osobennosti struktury Ya-kontseptsii narkozavisimykh, proshedshikh reabilitatsiyu: Avtoref. dis. kand. psikhol. nauk [Features of the structure of self-concept drug addicts rehabilitated: Kand. psychol. science. Autoabstract diss.]. Kazan, 2003, 19 p. (In Russ.)

27. Schroeder D., Laflin M., Weis D. Is there a relationship between self-esteem and drug use? Methodological and statistical limitations of the research. *Journal of Drug*, 1993, vol. 23, pp. 645-664.

28. Ikechukwu U. [et al.] The Role of Self-Esteem in the Diminution of Substance Abuse among Adolescents. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 2013, vol. 5, no. 2, pp. 140-149.

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

А. С. Кочарян, М. А. Антонович

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** В работе рассмотрены основные психологические направления изучения наркозависимости. Представлены теоретические аспекты изучения особенностей психического функционирования, присущих лицам, страдающим наркотической зависимостью с позиций «Я-концепции». Среди них отмечают неадекватная самооценка, низкая когнитивная дифференцированность «образа Я», дефицитарность структур внутреннего опыта, склонность к неоправданному риску, сниженная способность к рефлексии, трудности регулирования своего эмоционального состояния. Низкая когнитивная дифференцированность вызывает трудности осознания своего жизненного опыта, его рефлексии. В свою очередь, это приводит к невозможности опереться на него в критических жизненных ситуациях. Полученные данные свидетельствуют о несформированности, дефицитарности структур «Я», размытости его границ, что указывает на вовлеченность структур самосознания в патологический процесс формирования наркотической зависимости.

**Ключевые слова:** наркозависимость, «Я-концепция», самосознание.

### THEORETICAL ASPECTS OF STUDYING PSYCHOLOGICAL FEATURES OF DRUG ADDICTION

O. S. Kocharyan, M. O. Antonovych

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The paper discusses the basic psychological directions of drug addiction's study. The theoretical aspects of the study of mental functioning of the identities of persons suffering from drug addiction from the standpoint of self-concept. Among them observed inadequate self-esteem, low cognitive differentiation of self-image, deficits structures of the inner experience, the tendency to not justify the risk, reduced capacity for reflection, regulatory difficulties of emotional state. Low cognitive differentiation produce difficulty understanding of life experience, of reflection. Eventually, it is make impossible to rely on it in critical situations. The findings suggest that unformed, defitsitarnist structures of self, blurring its boundaries, indicating the involvement of consciousness structures in the pathological process of the formation of drug addiction.

**Key words:** drug addiction, self-concept, consciousness.

УДК 613.86:616.1-057.87



В. И. Пономарёв



Т. А. Алиева



М. В. Рыженко



К. Н. Емец

## НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

В. И. Пономарёв, Т. А. Алиева, М. В. Рыженко, К. Н. Емец  
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

### Аннотация.

Повышенная психоэмоциональная стрессогенность – определяющий фактор роста и развития сердечно-сосудистых заболеваний. С одной стороны, это обусловлено тем, что период обучения совпадает с одним из кризисных периодов в жизни, когда происходит завершение становления личности. С другой, образовательный процесс предъявляет повышенные требования к механизмам психической адаптации и социального функционирования. Целью исследования является разработка системы психологической коррекции социального функционирования у лиц с врожденными пороками сердца и соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы на основании изучения состояния психической сферы. Рассмотрены принципы и приёмы психологической коррекции для студентов, имеющих нарушения социального функционирования. Полученные данные свидетельствуют о достаточной эффективности разработанной системы психокоррекции.

**Ключевые слова:** социальное функционирование, заболевания сердечно-сосудистой системы, психологическая коррекция.

### Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) до сих пор продолжают оставаться одной из важнейших медико-социальных проблем, что объясняется их частотой и последствиями, которые приводят к инвалидизации и даже к летальному исходу. Проблема здоровья лиц молодого возраста названа одним из приоритетных направлений деятельности ВОЗ в XXI веке [1]. Негативные тенденции ухудшения здоровья молодежи обусловлены влиянием медико-социальных, психологических и других факторов.

В последние годы в Украине, как и во всем мире, наблюдается постоянная тенденция к росту заболеваний сердечно-сосудистой системы. Определяющим фактором такой ситуации является повышенная психоэмоциональная стрессогенность окружающей среды. Несмотря на теоретическую и практическую значимость изучения психоэмоциональных и индивидуально-типологических нарушений при ССЗ и соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД), в данный мо-

мент отсутствует дифференцированная система медико-психологической коррекции студентов с врожденными пороками сердца (ВПС) и СВД.

### Цель и задачи исследования

Целью исследования является разработка системы психологической коррекции социального функционирования у лиц с ВПС и СВД сердечно-сосудистой системы на основании изучения состояния психической сферы.

### Материалы и методы исследования

Для реализации цели и задач исследования было проведено комплексное психодиагностическое обследование студентов вузов г. Харьков и пациентов, которые находились на стационарном и амбулаторном лечении в КЗОЗ ХОКБ – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф. Из них 78 студентов-инвалидов с ВПС (47 человек группы вмешательства I и 31 человек – группы контроля I) и 75 студентов с СВД (45 человек группы вмешательства II и 30 человек – группы контроля II).

**Результаты исследования и их обсуждение**

По результатам предварительного обследования, студенты с заболеваниями ВПС и СВД имели жалобы на соматическое или психическое состояние. В группе студентов с особыми потребностями, которые имеют ВПС, были жалобы на переутомление ( $93,58 \pm 2,77\%$ ), неудовлетворительное самочувствие ( $92,30 \pm 3,01\%$ ), не стабильный график нагрузок и отдыха ( $89,74 \pm 3,43\%$ ). В группе студентов с СВД жалобы отражали недовольство соматическим состоянием ( $98,67 \pm 1,31\%$ ), отмечались частые головные боли ( $97,33 \pm 1,86\%$ ), общее не притязание ( $96,00 \pm 2,26\%$ ), пониженное настроение ( $94,67 \pm 2,59\%$ ), неудовлетворенность взаимоотношениями в коллективе ( $85,33 \pm 4,08\%$ ) и в семье ( $84,00 \pm 4,23\%$ ), отставание в учебе ( $81,33 \pm 4,49\%$ ). В процессе исследования различий личности были проанализированы индивидуально-типологические и психосоциальные характеристики всех лиц с ССЗ основной, контрольной и сравнительной групп [2].

Результаты изучения индивидуально-психологических и психосоциальных особенностей позволили установить, что в целом для обследованных с ВПС характерен смешанный тип отношения к болезни с доминированием интерпсихической направленности (анозогнозический тип – в  $92,3 \pm 3,01\%$ , средний балл  $89,71 \pm 2,04$ ; сенситивный – в  $82,05 \pm 4,03\%$ , средний балл  $94,35 \pm 1,86$  и эгоцентричный – в  $89,74 \pm 3,43\%$ , средний балл  $87,23 \pm 1,72$ ). Ведущими чертами личности являются:

- высокая реактивная тревога в  $46,81 \pm 7,27\%$  в группе вмешательства I (средний балл  $48,37 \pm 1,36$ ) и в  $45,16 \pm 8,93\%$  в группе контроля I (средний балл  $47,91 \pm 1,29$ );
- невротичность ( $7,82 \pm 0,94$ );
- эмоциональная лабильность ( $8,41 \pm 1,07$ );
- низкий уровень открытости ( $2,01 \pm 1,18$ ).

Особенность преодоления стресс-ситуаций состоит в доминирующих деструктивных механизмах защиты: проекция ( $11,27 \pm 1,26$ ), компенсация ( $9,08 \pm 1,32$ ), рационализация ( $8,12 \pm 1,38$ ) и вытеснения ( $6,91 \pm 1,09$ ).

Субъективная оценка качества жизни находится на низком уровне, пациенты с ВПС более всего не удовлетворены физическим состоянием: снижены показатели физического функционирования (PF –  $34,71 \pm 2,52$ ) и общего состояния здоровья (GH –  $36,27 \pm 2,17$ ).

Изучение состояния эмоциональной сферы выявило определенные особенности в обследованных группах. Показатели уровня депрессии у студентов с ВПС, которые имеют инвалидизацию, достоверно низ-

кие:  $55,32 \pm 7,25\%$  в группе вмешательства I и  $61,30 \pm 8,74\%$  в группе контроля I [3].

Исследование индивидуально-психологических и психосоциальных особенностей студентов с СВД с использованием опросника тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина показало доминирование реактивной тревоги и личностной тревожности. У студентов-инвалидов с СВД группы вмешательства II и контрольной группы II преобладал высокий уровень реактивной тревоги ( $86,67 \pm 5,05\%$  и  $93,33 \pm 4,54\%$  соответственно при  $r_f < 0,01$ ) и личностной тревожности, который имел достоверно высокий уровень в  $68,89 \pm 6,89\%$  в группе вмешательства II и в  $66,67 \pm 8,60\%$  в группе контроля II (при  $r_f < 0,01$ ) [4].

В результате проведенных по методу А. Бека исследований выяснено, что у обследованных студентов с СВД имело место повышение показателей депрессии:

- в группе вмешательства II умеренный уровень в  $62,22 \pm 7,22\%$  (средний балл  $25,38 \pm 2,15$ ), легкий – в  $31,11 \pm 6,89\%$  (средний балл  $18,65 \pm 2,46$ ) и отсутствие депрессии только в  $6,67 \pm 3,37\%$  (средний балл  $2,04$ );

- в группе контроля II умеренный уровень в  $63,33 \pm 8,79\%$  (средний балл  $27,64 \pm 1,67$ ), легкий – в  $23,33 \pm 7,20\%$  (средний балл  $17,85 \pm 1,56$ ) и отсутствие депрессии только в  $13,34 \pm 6,20\%$  (средний балл  $4,78 \pm 1,64$ ).

При исследовании индивидуально-типологических особенностей значительные пики регистрировались по шкалам «спонтанная агрессия» ( $10,12 \pm 1,67$ ), «депрессивность» ( $10,34 \pm 2,18$ ), «раздражительность» ( $9,27 \pm 1,63$ ), а минимальные значения были получены по шкале «равновесие» ( $2,54 \pm 1,15$ ). По данным методики, такое сочетание шкал свидетельствует об эмоциональной нестабильности состояния со склонностью к аффективному реагированию, которое сопровождается депрессивной симптоматикой и отсутствием защиты к воздействию стресс-факторов. Ведущими типами механизмов психологической защиты были следующие (среднее значение в баллах): «регрессия» ( $9,12 \pm 1,12$ ), «отрицание» ( $9,01 \pm 1,64$ ) и «проекция» ( $8,21 \pm 2,31$ ) [5].

Исследование качества жизни студентов с СВД показало, что у них снижен как физический компонент здоровья (физическое функционирование –  $28,34 \pm 2,67$ ; ролевое функционирование, опосредованное физическим состоянием –  $31,69 \pm 2,06$ ), так и психологический компонент здоровья (психическое здоровье –  $23,64 \pm 1,98$ ; ролевое функционирование, опосредованное эмо-

ціональним состоянием –  $26,49 \pm 1,72$  и жизненная активность –  $32,74 \pm 2,19$  [6].

По результатам проведенного комплексного психодиагностического исследования и всестороннего анализа полученных данных была доказана ведущая роль психосоциальных факторов при ВПС и личностного радикала при СВД, которые тесно связаны с тяжестью психосоматических симптомов и уровнем социальной адаптации.

Базовая психокоррекционная программа включала психообразовательную программу, групповые и индивидуальные сессии и реализовывалась поэтапно. Психокоррекционные мероприятия в группе студентов-инвалидов с ВПС были направлены на формирование социальных навыков деятельности, в частности, на умение распределять время между нагрузками и отдыхом, адаптивно к эмоциональному состоянию реагировать на стрессовые ситуации, самоконтроль своего эмоционального состояния. В группе студентов с СВД психокоррекция была направлена на отработку индивидуально-поведенческих характеристик [7].

По результатам динамического психодиагностического исследования до и после психокоррекции у лиц с ВПС и СВД выявлена положительная динамика по выделенным параметрам. После реализации психокоррекционной программы у пациентов с осо-

быми потребностями с ВПС в  $82,97 \pm 5,48\%$ , а у лиц с СВД в  $82,22 \pm 5,69\%$  наблюдался положительный результат, достоверных различий не получено [8].

### Выводы

Оценка эффективности внедренной дифференцированной системы психокоррекции включала в себя уровень реактивной тревоги, состояние шкалы «адаптивность», уровень мотивационной направленности на успех и уровень качества жизни [9]. Главным показателем эффективности в группе студентов с ВПС была стабилизация социально-психологических показателей (уровень качества жизни и социальная адаптация), тогда как в группе студентов с СВД – это стабилизация психоэмоционального состояния и корректировки паттернов индивидуально-психологического поведения (уровень тревоги, мотивационная направленность на успех, тип отношения к болезни). В зависимости от полученных маркеров информативности, с помощью которых были определены критерии ранней диагностики социального функционирования в группах исследования, была сформирована дифференцированная программа психокоррекции. Полученные данные свидетельствуют о достаточной эффективности разработанной дифференцированной системы психокоррекции [10].

### Література

1. Mykhaylov B., Fedak B., Kudinova O. Somatoform disorders integrative psychotherapy model. The journal of the European Psychiatric Association. 20<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry, 2012, 3-6 March, Prague, Czech Republic., p. 7-11.
2. Grishanov L. K., Tsurkan V. D. Sotsiologicheskie problemy adaptatsii studentov mladshikh kursov [Sociological problems of adaptation junior students]. Psikhologo-pedagogicheskie aspekty adaptatsii studentov k uchebному protsessu v vuze. Chisinau, 2009, pp. 29-41. (In Russ.)
3. Moroz S. M., Ipatov A. V., Mikhaylov B. V. Osnovnye printsipy psikhologicheskoy reabilitatsii invalidov s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami [Basic principles of psychosocial rehabilitation of people with chronic medical conditions]. Ukrain's'kyj medychnyj al'manah, 2009, no. 5, pp. 42-47. (In Russ.)
4. Laufkotter R., Eichhammer P., Hajak G. Adult attention defi-cit/hyperactivity disorder. MMW Fortschr Med., 2004, Aug 19, pp. 146 (33-34), pp. 31-34.
5. Zelezinskaya G. A., Koren'ko P. N., Kravchenok M. A., Sallum A. I. Kachestvo zhizni studentov-medikov i klinicheskikh ordinatorov [The quality of life of medical students and clinical residents]. Klinicheskaya meditsina, 2005, no. 8, pp. 29-31. (In Russ.)
6. Krishtal' V. V. Psikhosomaticheskaya patologiya: genez i podkhody k korrektsii [Psychosomatic pathology: the genesis of and approaches to the correction]. Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal, 2007, vol. 7, no. 1, pp. 37-40. (In Russ.)
7. Markova M. V., Babych V. V., Stepanova N. M. Psychosocial'nyj stres ta negatyvnyj vplyv makro- j mikro-

- cial'nyh chynnykiv jak skladova rozvytku hvorob systemy krovoobigu [Psychosocial stress and negative impact of macro- and micro-factors as a component of cardiovascular diseases]. Zbirnyk naukovykh prac' spivrobotnykiv NMA-PO im. P. L. Shupyka, 2008, no. 4, pp. 336-348. (In Ukr.)
8. Mikhaylov B. V. Problema otsenki effektivnosti i kachestva okazaniya psikhoterapevticheskoy pomoshchi [The problem of estimation of efficiency and quality of the provision of psychotherapeutic care]. Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii', 2010, vol. 18, issue 3 (64), pp. 137-138. (In Russ.)
9. Pidkorytov V. S., Sjerikov O. I., D'jachenko L. I. [et al.] Faktory, shho v najbil'shomu stupeni vplyvajut' na pokaznyky vrahovanoi' zahvorjuvanosti ta poshyrenosti psyhichnyh rozladiv sered naselennja Ukrainy (Pershe povidomlennja) [Factors in the greatest degree affect the performance into account incidence and prevalence of mental disorders among the population of Ukraine (The first report)]. Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii', 2009, vol. 17, issue 2(59), pp. 51-57. (In Ukr.)
10. Shevchenko N. F. Jakist' zhyttja v umovah hronichnoi' hvoroby: medychni j psyhologichni aspekty [The quality of life in chronic illness: medical and psychological aspects]. Materialy II vseukrain's'kogo psyhologichnogo kongresu, prysvjachenogo 110 richnyci vid dnja narodzhennja G. S. Kostjuka (19-20 kvitnja 2010 roku) [Materials psychological II Ukrainian Congress dedicated to 110 anniversary of the birth of GS Kostiuk (19-20 April 2010)], Kyiv, SE "Information-analytical agency" Publ., 2010, pp. 347-350. (In Ukr.)

## ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У СТУДЕНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ І ПРИНЦИПИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

В. І. Пономарьов, Т. А. Алієва, М. В. Риженко, К. М. Ємець

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Підвищена психоемоційна стресогенність є визначальним чинником зростання і розвитку серцево-судинних захворювань. У статті розглянуті принципи і прийоми психологічної корекції для студентів, які мають порушення соціального функціонування. З одного боку, це обумовлено тим, що період навчання збігається з одним із кризових періодів у житті, коли відбувається завершення становлення особистості. З іншого, освітній процес висуває підвищені вимоги до механізмів психічної адаптації і соціального функціонування. Розглянуто принципи і прийоми психологічної корекції для студентів, які мають порушення соціального функціонування. Отримані дані свідчать про достатню ефективність розробленої системи психокорекції.

**Ключові слова:** соціальне функціонування, захворювання серцево-судинної системи, психологічна корекція.

## SOCIAL DISFUNCTION OF STUDENTS WITH DISEASES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM AND PRINCIPLES OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION

V. I. Ponomaryov, T. A. Alieva, M. V. Ryzhenko, K. N. Yemets

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** This article discusses the principles of psychological correction in patients with diseases of the cardiovascular system, with social functioning disorders. Increased psycho-emotional stressors is a determining factor in the growth and development of cardiovascular disease. The problems of social functioning of students traditionally are of interest to psychiatrists, psychologists and educators. On the one hand, this is due to the fact that the study period coincides with one of the crisis periods in life, which is the completion of personality. On the other, the educational process has high requirements for the mechanisms of mental adaptation and social functioning.

**Key words:** social functioning, diseases of cardiovascular system, psychological correction.

УДК 364-787.522:614.253.4



M. V. Ryzhenko

## WILLINGNESS TO SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN CONDITIONS OF PROFESSIONAL ACTIVITY OF FUTURE HEALTH CARE PROFESSIONALS

M. V. Ryzhenko

V. N. Karazin Kharkiv National University

### Summary.

The article covers the basics of socio-psychological adaptation of future health care professionals. An aspect of the problem of socio-psychological adaptation is one of the most urgent at the current state, because the past and recent decades are characterized by the occurrence of various natural disasters, technological disasters and social cataclysms, which greatly undermine the adaptation process and lead to maladaptation. A necessary component of addressing these issues, formation and development of professional identity of future health care professional is adaptive behavior. In addition, the annual increase in social demand for training foreign experts in higher medical institutions of our country which is stipulated by its entry into the international educational system and promotion of Ukrainian educational services abroad, requires adapting to the professionally – oriented university environment and students from other countries. The study showed that the majority of medical graduates have a low level of adaptation. It means that future health care professionals should be encouraged to their future professional activities [1].

### Key words:

socio-psychological adaptation, graduate, professional activity, future health care professional.

### Introduction

Ukraine entered the third millennium as an independent state. But today our society is experiencing a period of unstable economic and political situation. That is why people

have no strong confidence in the future. So, people must constantly adapt to complex and changing conditions of life. In our opinion, the problem of student's adaptation for future careers is very important in today's world [2].



Before graduate becomes an important socio-psychological problem, with regard to his adaptation: how and in what conditions can a health care professional achieve his potential? Because young people have not yet embarked on the path to a stable work, their future professional activity depends on many factors, including family support, education and economic situation in the region. The fate of future health care professional today depends on how all these factors will arise, and then the state must show that it supports a social position of future health professionals [3].

Analysis of recent researches and publications proves that the problem of socio-psychological adaptation of the individual is extensively covered in the works of scientists [4].

### The purpose of the article

The revealing of the basis of socio-psychological adaptation in conditions of the future professional activities of medical students.

Today Ukraine faces the problem of employment. Graduates are the people who face the choice of their future life. One of the main factors of social adaptation for most graduates is a financial component (salaries, benefits) as the main choice for the future of the health care professional is a chosen activity. We should also pay attention to the psychological component of social adaptation, which is of significance for the future health care professional (many people prefer their profession to be less profitable in material terms, but interesting and important).

The main problem of socio-psychological adaptation of future health care professionals is the employment in another profession. Sometimes, people who have received medical education, change the direction of professional activities. This may take place due to various factors: low wages, fear of the responsibility for the lives of others and so on. It suggests, that future health care professionals need support from family, friends, teachers and state [5].

Often happens, that even graduates with good knowledge do not have some simple skills. For example, professional communication skills are very important for future health care professionals. A big problem for graduates is a job search techniques. It is well-known, that today the government does not provide jobs to all graduates, and the main method to search for a job is to appeal to friends, relatives and acquaintances.

Thus, we can conclude that the overall problem of youth employment is the lack of a developed labour market [5].

So, the situation on the labour market is characterized by the fact that future health care professionals are experiencing problems in the field of employment which they received.

To achieve the purposes of the study 45 students of the 4<sup>th</sup> year of study of V.N.Karazin Kharkiv National University (4 men and 41 women) were involved. Age: 19–22 years.

### Methods used during research

Methods of diagnostics of socio-psychological adaptation of K. Rogers and R. Diamond, test of situational anxiety (Spielberg–Hanin), the technique of diagnostics of personality on motivation to success (T. Elers), the method of mathematical processing and Methods of diagnosis of personality motivation to avoid failures (T. Elers) [6].

### Results and discussion

#### The diagnostic results of adaptation of medical students, %

Scale	High	Middle	Low
Adaptation	84	11	5
Self-perception	76	22	2
Acceptance of others	0	13	87
Emotional comfort	67	18	15
Internality	29	33	38
Desire to dominate	13	49	38
Escapism	4	60	36

84% of students revealed a low level of adaptation, the average score of this group was 54 at the rate of 68–136. While 11% of students level of adaptation is in the normal range. The average score of this group is 73. And only 5% have a high level of adaptation, the average score – 148.

These figures indicate unwillingness to future professional activities.

76% of students have a high level of self-perception. The average score of this group is 51 at the rate of 22–42. And 22% of students showed a middle level of self-perception. And just 2% showed a low level of self-perception. The average score in this group is 14.

As a conclusion, we can say that the level of students' self-perception is high, and it can have a positive influence on future health care professionals' socio-psychological adaptation.

All students have a high level of acceptance of others. 87 % of students have a high level of acceptance of others, and 13 % of students have a middle level.

A high level of acceptance of others shows a good result of the educational work of the University. The obtained data is a positive factor in the process of adaptation. Such factors as acceptance of others can help to feel comfortable in the team.

67 % of students showed a low level of emotional comfort. Middle score in this group is 34 (normal is 14–28), 18 % of students have a normal result, their score is 21. And just 15 % of men and women showed a high level, their score is 32.

Such low rates of emotional comfort show inner conflict within a personality.

Analyzing the data in terms of internality, we have noticed that for 38 % of students the events that happen in their lives are related to their behavior. Middle level in this group is 64 (normal is 26–52). 29 % of students are tend to external control, middle score in this group is 43 (normal is 18–36). And 33 % of students tend to external and internal control.

This indicator shows that people with high score of internality blame themselves for all failures. On the other hand, students who showed a low level of internality, tend to see the causes of failures in external conditions. Both of these factors can have a negative effect on socio-psychological adaptation of future health care professionals [7].

38 % of students have a high level of the desire to dominate. Middle score in this group is 15 (normal is 6–12). 68 % of students have a middle level, their score is 9. And just 13 % of students have low score – 4.

The desire to dominate can be a good motivation for positive adaptation for future health care professionals in their professional activities.

60 % of students showed a middle level of escapism. Normal score is 10–20. This group has score 14. 36 % of students showed score 32, it means, that these people are confused because of their problems. And just 4 % showed a low level of escapism, their score is 8.

A high level of escapism can cause problems. As a conclusion to this method we can say

that a majority of students have a low level of socio-psychological adaptation. This suggests that society is not paying enough attention to youth issues.

#### The level of self-esteem of future health care professionals

The level of self-esteem	%
High	79
Adequate	18
Low	3

From these results we can see, that the majority of students has a high level of self-esteem. 79 % of students have a high level because of neurological type, 18 % of students have an adequate level of self-esteem, and just 3 % of students showed a low level.

□ **Test of situational anxiety (Spielberg–Hanin):** 72 % showed a high level of situational anxiety, 21 % – a middle level, and 7 % – a low level.

Data analysis showed that the level of anxiety of most students is above normal. It means, that today these people think about their future professional activities.

□ **Results of the technique of diagnostics of self motivation to success (T. Elers).** 29 % of students showed a high level of motivation to success, 18 % showed a middle level. There are no students with a low level on motivation to success.

High and middle levels of motivation to success can have positive influence on socio-psychological adaptation of future health care professionals. But on the other hand, such high level can provoke conflict situations in the team.

□ **Results of the Methods of diagnosis of self motivation to avoid failures (T. Elers).** Data analysis showed, that general figure of personality motivation to avoid failures is high. 25 % of students have high a level, 34 % – high, 28 % – middle, and only 13 % showed a low level of personality motivation to avoid failures.

These figures can have positive and negative influence on socio-psychological adaptation on future health care professionals. Such personality can be more attentive, discreet, non-conflict. But such personality can also be fearful and indecisive.

Using the method of mathematical analysis of the correlation relationship between the indicators we got: adaptation-self-perception; adaptation-anxiety; adaptation-motivation to success [1].

### Conclusions

The recommendations, that can help future health care professionals in their professional activities were developed basing on these results:

It is necessary to improve the system

of professional orientation of students; to provide them opportunities for a more informed choice of their future profession.

Educational institutions and government agencies must cooperate more effectively in the forecasting of the situation on the labour market and planning of the quantity and structure of production of future professionals.

Society must support future health care professionals, because their profession is one of the most important.

### References

1. Fetiskin N. P., Kozlov V. V., Manuylov G. M. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malyykh grupp [Socio-psychological diagnosis of personality development and small groups]. Moscow, Publ. house of Institute of Psychotherapy, 2002, 490 p. (In Russ.)
2. Vakarchuk I. Vyshha osvita Ukraїny - jevropejs'kyj vymir: stan, problemy, perspektyvy [Higher education Ukraine-European dimension: the state, problems and prospects]. Vyshha shkola, 2008, no. 3, pp. 3-18. (In Ukr.)
3. Dzvinchuk D. Derzhavne upravlinnja osvitoju v Ukraїni: tendencii i zakonodavstvo [State Department

of Education in Ukraine: trends and legislation]. Kiev, Nichlava Publ., 2003, 136 p. (In Ukr.)

4. Lukina T. O. Informacijne zabezpechennja systemy derzhavnogo upravlinnja osvitoju Ukraїny [Information support of public administration education Ukraine]. Visnyk NADU, 2004, no. 1, pp. 393-399. (In Ukr.)

5. Malikov N. V. Adaptatsiya: problemy, gipotezy, eksperimenty [Monografiya] [Adaptation: the problem, hypotheses, experiments [Monograph]]. Zaporozhie, Prosvita Publ., 2001, 359 p. (In Russ.)

6. Moroz O. G. Profesijna adaptacija molodogo vchytelja [navch. posib.] [Professional adaptation of young teachers [Tutorial]]. Kiev, Publ. house of KDPI, 1980, 94 p. (In Ukr.)

### ПІДГОТОВКА ДО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ СПЕЦІАЛІСТІВ В ОБЛАСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

М. В. Риженко

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** У статті розкрито основи соціально-психологічної адаптації майбутніх медичних працівників. В умовах стрімких трансформаційних соціальних змін система охорони здоров'я України потребує конкурентоздатного випускника вищого медичного навчального закладу, готового до розв'язання складних професійних завдань. Просування українських освітніх послуг за межі нашої країни сприяло щорічному збільшенню соціального замовлення на підготовку іноземних фахівців у вищих медичних закладах України. Це викликало необхідність організації процесу адаптації до навчального професійно орієнтованого середовища вузу й студентів з інших країн. Більшість випускників-медиків мають низький рівень адаптації. Це означає, що майбутніх лікарів слід заохочувати до їх професійної діяльності.

**Ключові слова:** соціально-психологічна адаптація, студент-випускник, професійна діяльність, майбутній лікар.

### ПОДГОТОВКА К СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧЕСЬКОЇ АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ПРОФЕСІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ БУДУЩИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В ОБЛАСТІ ЗДРАВООХРАНЕННЯ

М. В. Рыженко

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** В статье раскрыты основы социально-психологической адаптации будущих медицинских работников. В условиях стремительных трансформационных социальных изменений система здравоохранения Украины нуждается в конкурентоспособных выпускниках высшего медицинского учебного заведения, готовых к решению сложных профессиональных задач. Продвижение украинских образовательных услуг за пределы нашей страны способствовало ежегодному увеличению социального заказа на подготовку иностранных специалистов в высших учебных медицинских заведениях Украины. Это вызвало необходимость организации процесса адаптации к учебной профессионально ориентированной среде вуза и студентов из других стран. Большинство выпускников-медиков имеют низкий уровень адаптации. Это значит, что будущих врачей необходимо поощрять к их профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** социально-психологическая адаптация, студент-выпускник, профессиональная деятельность, будущий врач.

УДК 616.89-008.48::616-055.2



М. В. Савіна

## ФІТНЕС-АДДИКЦІЯ У ЖІНОК: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ФЕНОМЕНУ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТУ

М. В. Савіна

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

### Анотація.

В роботі проаналізовано феномен фітнес-аддикції, наведено основні наукові погляди на його патогенез і клінічні прояви. Представлено авторську методику виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом) для непрофесіоналів (SPORT-UDIT), наведено результати її апробації. Отримані результати свідчили, про надійність нового психодіагностичного інструменту та точність у визначенні виразності клінічних проявів досліджуваного патологічного феномену. Переважна більшість жінок продемонструвала захоплення аддиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності у межах поведінкових та/або фізіологічних аддикцій. Зроблено висновок про існування фітнес-аддикції як патологічного феномену, який концептуалізовано як прояв фізіологічного типу аддиктивної поведінки.

### Ключові слова:

аддиктивна поведінка, жінки, фітнес-аддикція, тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом) для непрофесіоналів SPORT-UDIT.

### Вступ

В останні десятиліття в науковій літературі з'явилися публікації, присвячені так званій «аддикції вправ» [1] або фітнес-аддикції. За свідомством А.Ю.Єгорова і А.Сцабо [1], які здійснили ґрунтовний аналіз цього феномену, дефініція «аддикція вправ» вперше була використана П. Бекленд [2], коли він досліджував ефект депривації фізичного навантаження на патерни сну. Вчений зіткнувся з великими труднощами при наборі спортсменів-аддиктів (тих, хто тренувався 5–6 днів на тиждень), які були б готові відмовитися від своїх тренувань на один місяць. Фактично, вони відмовлялися від участі в експерименті навіть тоді, коли їм пропонували грошову винагороду. Йому вдалося набрати спортсменів, які тренувалися лише 3–4 рази на тиждень. Протягом місяця депривації спортсмени, які погодилися на участь у дослідженні, повідомляли про зниження психологічного благополуччя, яке виражалося в підвищеній тривозі, нічних пробудженнях і сексуальній напрузі. Узагальнюючи отримані результати, П. Бекленд виявив, що:

1) спортсмени, що тренувалися 5–6 разів на тиждень, відмовилися перервати свою програму тренувань на місяць;

2) спортсмени, які тренувалися 3–4 рази на тиждень, під час депривації проявили явні симптоми відміни.

Надалі концепція «аддикції вправ» була популяризована і розроблялася М.Сакс і Д.Паргман [3], які запропонували термін «аддикція бігу» (running addiction). Автори описали своєрідний синдром відміни, який

розвивається при депривації бігу: тривога, напруга, дратівливість, посмикування м'язів тощо. Ще раніше В.Морган [4] наводив багато прикладів, коли бігуни продовжували тренування, незважаючи навіть на травми, які передбачали скорочення або перерву в заняттях.

Є.Ейдман і С.Вуллард [5] як критерій для визначення «аддикції вправ» розглядали різні симптоми відміни, які виникали у спортсменів при неможливості тренуватися протягом 24–36 годин. Ці симптоми включали занепокоєння, нетерплячість, почуття провини, напругу і дискомфорт, а також апатію, повільність, втрату апетиту, безсоння та головні болі. Посилаючись на більш ранні дослідження, автори писали про те, що важливим фактором у прогнозі симптомів відміни була тривалість депривації фізичного навантаження, яку зазнає спортсмен. Тривале утримання від тренувань викликало яскраво виражені симптоми: було показано, що бігуни проявляли ознаки важких порушень настрою і зниження самооцінки після того, як їх було усунуто від тренувань на два тижні. В іншій вибірці спортсменів після тижня позбавлення тренувань спостерігалися емоційні розлади, проблеми зі сном і сумніви в тому, що вони здатні впоратися з життєвими труднощами.

Крім того, Є. Ейдман і С. Вуллард намагалися перевірити, чи може один день депривації тренувань викликати у спортсменів-аддиктів симптоми відміни – такі, як мінущі зміни настрою і серцевого ритму в стані спокою. Їх експерименти показали, що всі спортсме-

ни, яким довелося пропустити всього одне заплановане тренування, проявляли більш високий рівень напруги, депресії, злості, стомлення і сум'яття, підвищення серцевого ритму, а також значний занепад сил.

Як підсумовує А. Сцабо зі співавт. [6; 7], при спортивній аддикції найбільш часто зустрічаються такі симптоми відміни: почуття провини, депресія, збудливість, занепокоєння, напруга, стрес, тривога та ідеаторна малорухливість.

Стандартного та загальноновизнаного визначення спортивної аддикції не існує. Її опис включає поведінкові (наприклад, частота тренувань), психологічні (патологічна прихильність) і фізіологічні (толерантність) чинники.

Найбільше визнання одержало визначення, запропоноване Д. Велє [8–10], який запропонував набір критеріїв для діагностики цього виду залежності, заснований на критеріях DSM-IV для хімічної залежності, які включають і біомедичні (толерантність, симптоми відміни), і психосоціальні (порушення соціального й професійного функціонування) ракурси. Ґрунтуючись на визначенні Д. Велє, фітнес-аддикція описується як багатовимірний малоадаптивний патерн тренувань, що призводить до клінічно значимого погіршення або нездужання, що виявляється у вигляді трьох і більше з наведених нижче ознак:

- толерантність** – потреба в зростаючій кількості тренувань для досягнення бажаного ефекту або ослаблення ефекту колишнього обсягу тренувань;
- симптоми відміни** (тривога, втома), для усунення яких потрібен звичний (або навіть більший) обсяг фізичного навантаження;
- ефекти наміру** – коли людина виконує більш інтенсивне або тривале фізичне навантаження, ніж те, на який мала намір;
- втрата контролю** – наполегливе бажання або невдалі спроби знизити обсяг тренувань або взяти їх під контроль;
- час** – величезна кількість часу витрачається на діяльність, необхідну для отримання фізичного навантаження;
- конфлікт** – скорочення важливої діяльності, спрямованої на спілкування, роботу або відпочинок, тому що вона перешкоджає запланованому обсягу тренувань;
- тривалість** – тренування тривають, незважаючи на знання про існування фізичних або психологічних проблем, які були викликані цими тренуваннями або посилені ними.

Пізніше Г. Хаусенблас і Д. Доунс [11] визначили спортивну аддикцію як тягу до фізичної

активності у вільний час, яка виражається в неконтрольованих, надмірних заняттях спортом і проявляється фізіологічними (толерантність/скасування) і/або психологічними (тривога, депресія) симптомами.

В огляді, присвяченому спортивній аддикції, М. Мьорфі [12] вказує на три психофізіологічних пояснення її виникнення: термогенічна, катехоламінова і ендорфінова гіпотеза.

1. **Термогенічна гіпотеза** припускає, що вправи збільшують температуру тіла, яка знижує тонус м'язів і знижує соматичну тривогу.

2. **Катехоламінова гіпотеза** припускає, що фізичне навантаження призводить до вироблення катехоламінів, які значною мірою включені в контроль за увагою, настроєм, рухами, а також за реакціями ендокринної та серцево-судинної систем. Катехоламіни контролюють реакції на стрес (дофамін, адреналін, норадреналін). Крім того, вважається, що високий рівень катехоламінів пов'язаний зі станами ейфорії і підвищеним настроєм. Д. Адамс і Р. Кіркбі [13] припустили, що спортивна аддикція є результатом викликаного вправами вивільненням катехоламінів, що призводить до гіперактивації симпатичної нервової системи. Більше того, зростаюча під час вправ стимуляція дофамінергічних мозкових структур, а також їх залученість у формування всіх поведінкових і хімічних залежностей сприяють закріпленню аддикції. На користь цього свідчить і стан ангедонії, який розвивається у спортсменів, особливо тих, що займаються екстремальними видами спорту, при обмеженні занять [14]. Відомо, що прояви ангедонії безпосередньо пов'язані зі зменшенням рівня дофамінових рецепторів [15].

3. **Третя гіпотеза – ендорфінова** – є найбільш відомою, визнаною і емпірично дослідженою. Ця теорія припускає, що фізичні вправи сприяють виробленню ендогенних морфінів (ендорфінів), що призводить до посилення підвищеного настрою. Але, не зважаючи на загальну прихильність ендорфіновій теорії, існує вкрай мало переконливих даних, які вказували б на точний механізм цього ефекту. На користь ендорфінової гіпотези виникнення спортивної аддикції побічно свідчать дані Є. Пірс зі співавт. [16], які виявили істотне збільшення плазматичного бета-ендорфіну в жінок після 45-хвилинного заняття аеробікою.

Говорячи про особливості спортивної аддикції, Д. Велє [8–10] виділяє дві її форми: первинну і вторинну, яка виникає на основі харчової аддикції (eating disorder). При пер-

винній аддикції сама фізична активність є об'єктом залежності. При вторинній аддикції нездоланна мотивація до фізичної активності пов'язана з необхідністю зменшити вагу або змінити власну фігуру.

Група дослідників на чолі з Д. Бамбер [17; 18] виділила два критерії, які були визначені як порушення функціонування і симптоми відміни, які виявляються або у вигляді ворожої реакції на припинення тренувань, або в нездатності контролювати обсяг навантажень.

Критерій порушення функціонування може проявлятися в чотирьох сферах:

- психічній;
- соціальної чи професійній;
- фізичній;
- поведінковій.

Характерною особливістю життя людей, які страждають на фітнес-аддикцію, стає спотворення нормального розпорядку і укладу. Вся діяльність таких людей замикається на постійних тренуваннях, їм не вистачає сил і енергії на спілкування з близькими та інші справи (соціальна сфера), вони продовжують тренуватися, незважаючи на травми і заборони лікаря (фізична сфера). Крім того, їхні тренування відрізняються жорсткою стереотипністю і повинні повторюватися в чітко запланованому порядку і обсязі (поведінкова сфера). Порушене функціонування в психічній сфері проявляється в нездатності сконцентруватися на будь-якій діяльності через постійні думки про тренування.

Крім бігу, в сучасній літературі є описи клінічних випадків виникнення спортивної аддикції під час занять різними видами спорту: східними єдиноборствами, важкою і легкою атлетикою, бодібілдингом тощо [12; 19–21].

Визначено, що у спортивних аддиктів існує підвищений ризик розвитку хімічної залежності [22–24]. Французький психіатр і спортивний лікар Дж.Сезнек [25] зазначає, що професійний спорт сприяє розвитку хімічної залежності, й тому спортсмени потребують превентивної допомоги. Пізніше ним і доктором Е.Волле [26] було проаналізовано два випадки, коли відомі в минулому спортсмени ставали хімічними аддиктами. Автори вважають, що інтенсивні заняття спортом являли собою спортивну аддикцію, яка згодом перейшла в замісну аддикцію (*l'addiction de remplacement*) у вигляді споживання ПАР. Цьому передують неминуча в кінці кар'єри втрата статусу, яку атлет не в змозі прийняти, знижена самооцінка, депресія. Причому, чим вище був рівень спортсмена,

тим він більш вразливий і має більше шансів стати хімічним аддиктом.

Тим часом, деякі дослідники ставлять під сумнів існування спортивної аддикції як первинного і самостійного виду залежності [18]. Автори вказують на частий спільний прояв тяги до надмірних тренувань і різних аддикцій до їжі. На підставі цього вони роблять припущення про те, що так звана «аддикція вправ» може бути лише вираженням харчової аддикції, яка лежить в його основі.

А. Йейтс зі співавт. [27] обстежив 99 бігунів, 36 велосипедистів і 55 веслярів на предмет виявлення у них розладів харчової поведінки та інших психіатричних симптомів. Дослідники виявили, що у веслярів, особливо жіночої статі, частіше, ніж у інших, бувають напади тривоги/паніки. Крім того, 12% бігунів, 14% велосипедистів і 18% веслярів мали розлад харчової поведінки.

З психологічних особливостей спортивних аддиктів привертають увагу емоційна холодність, черствість, схильність до перфекціонізму [8]. Є.Ейдман і С.Вуллард [5] відзначають такі показники, як підвищений нейротизм, психотизм, гіпоманію та імпульсивність, а також низький рівень екстраверсії. Разом з тим, С.Мазерс і М.Уолкер [28] не виявлено відмінностей за показниками екстраверсії між спортивними аддиктами і особами, які займаються спортом без ознак залежності. Д.Дрегер зі співавт. [29] підсумовував поведінкові та особистісні особливості спортивного аддикта. Поведінковими особливостями визначені:

- злість, тривожність або відчуття провини після пропуску тренування;
- продовження тренування незважаючи на травми або хвороби;
- не скорочення тренувань після поради лікаря;
- фокусування на зниженні ваги, форми тіла;
- збільшення обсягу вправ після пропущеного тренування;
- ведення докладних записів навантажень;
- дотримання жорсткої дієти;
- дотримання суворого порядку в тренуваннях з мінімумом варіацій;
- структурування соціальної активності відповідно до порядку тренувань.

Особистісні особливості:

- орієнтація на успіх;
- аддиктивність;
- компульсивність;
- незалежність;
- нарцисичність;

- невротичність;
- обесивність;
- прагнення до перфекціонізму;
- наполегливість.

Спортивна аддикція виявлена і в осіб, що займаються спортом для здоров'я (фітнес-аддикція) [30]. У роботі Е.К'елсас зі співавт.[31] було показано, що у жінок існує пряма залежність між кількістю годин на тиждень, які вони приділяти спорту, і ризиком розвитку залежності. Проте, найчастіше дослідженню на предмет виникнення фітнес-аддикції підлягали біг (50%), загальна фізичне навантаження (27,7%) і важка атлетика (7,8%) [11].

Виявлено також зв'язок між надмірними тренуваннями і нервовою анорексією. Так, в одному дослідженні у 48% жінок, які страждали на нервову анорексію, було виявлено ознаки фітнес-аддикції. При цьому відзначалася позитивна кореляція між ступенем вираженості анорексії і залежністю [32]. В іншому дослідженні було показано, що 25% жінок, які пробігали більше 30 миль на тиждень, мали високий ризик анорексії [33].

С.Девіс [34] вказує, що численні дослідження виявили чіткий зв'язок між «спортивним запоєм» і занепокоєнням з приводу своєї фігури у жінок. Очевидно також, що компульсивна спортивна активність виступає як регулятор настрою.

За свідоцтвом М.Лежуайє зі співавт.[35], після обстеження 300 відвідувачів фітнес-центрів у 125 (42%) осіб були виявлені ознаки фітнес-аддикції. Крім того, в групі спортивних аддиктів, порівняно з неаддиктами, достовірно частіше зустрічалися компульсивний шопінг (63% проти 38%) і ознаки булімії (70% проти 47%), а також виявлено достовірно вищий індекс іпохондрії.

В іншому дослідженні було показано, що у жінок існує пряма залежність між кількістю годин на тиждень, які вони приділяти відвідуванню фітнес-клубу, і ризиком розвитку залежності [30].

Фітнес-аддикція частіше зустрічається серед осіб молодого і середнього віку, які ведуть активний спосіб життя. Як показали дослідження серед студентів американських коледжів, де прийнято займатися спортом, фітнес-аддикція була виявлена у 21,8% серед студентів, що тренувалися 360 хвилин і більше на тиждень [36]. Разом з тим, М. Гриффіт зі співавт.[37] повідомляє, що в його дослідженні серед 200 осіб, що займаються спортом непрофесійно, виявлено лише 3% спортивних аддиктів.

Для діагностики та виміру фітнес-аддикції, рекомендується використовувати скринінгову шкалу «аддикції вправ» (EAI – Exercise Addiction Inventory) [37], створену для суб'єктивної оцінки випробуванням шести компонентів аддикції. В літературі також зустрічається інформація про існування опитувальника аддикції вправ (EDQ – Exercise Dependence Questionnaire), шкали пристрасті до тренувань (CES – Commitment to Exercise Scale) тощо [1].

Exercise Addiction Inventory, запропонована М.Д.Гриффіт, А.Сцабо, А.Террі [37], складається з шести оціночних тверджень, які респонденту пропонується оцінити за 5-бальною шкалою: 1 – повністю не згоден, 2 – не згоден, 3 – сумніваюся, 4 – погоджуюся, 5 – повністю згоден.

#### **Твердження, що потребують оцінки:**

- тренування – це найважливіше в моєму житті;
- у мене виникають конфлікти з близькими через кількість моїх тренувань;
- використовую тренування, щоб покращити настрій;
- кількість тренувань останнім часом збільшується;
- якщо я змушений пропустити тренування, то відчуваю смуток і дратівливість;
- якщо я намагаюся скоротити звичайний обсяг тренувань, а потім відновлюю колишній, то потім знову намагаюся скоротити їх обсяг, як я робив раніше.

За результатом використання шкали, якщо набрали 24 і більше балів, можна говорити про дуже високу ймовірність фітнес-аддикції.

Проблема фітнес-аддикції, хоча й не дуже розповсюджена, все ж таки актуальна й для України. За даними різних джерел, в Україні лише 9–11% населення користуються фітнес-послугами, в той час як в Європі ця кількість досягає 25%, а в США – 40% [38]. Із загальної кількості відвідувачів фітнес-центрів 1,8% роблять це кожен день, а 9,3% – кілька разів на тиждень [39]. Основними відвідувачами фітнес-залів є люди 27–45 років з вищою освітою і середнім або вище середнього доходом, причому 60% відвідувачів складають жінки [40].

#### **Мета дослідження**

Враховуючи встановлену тенденцію наявності фітнес-аддикції серед жителів країн з більш високим рівнем розвитку фітнес-індустрії, а також оптимістичні прогнози фахівців щодо розвитку цього виду бізнесу

в нашій країні в найближчі роки, ми вважаємо, що вивчення цієї проблеми актуальне для вітчизняного наукового простору.

Зважаючи на відсутність на сьогодні єдиного визнаного методологічно обґрунтованого інструменту ідентифікації і виміру фітнес-аддикції як патологічного стану, нами розроблено психодіагностичний інструментарій, що здатен відповісти на зазначені питання.

Отже, метою цієї роботи була розробка та апробація психодіагностичного інструменту, спрямованого на визначення фітнес-аддикції в осіб, що не займаються спортом професійно.

### Матеріали та методи дослідження

Керуючись створеною групою вітчизняних дослідників під керівництвом І. В. Лінського батареї AUDIT-подібних тестів [41, 42], узявши їх за прототип, нами створено тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю фітнесом у непрофесійних спортсменів.

Під фітнес-аддикцією ми мали на увазі патологічне заняття спортом у непрофесійних спортсменів. У свою чергу, *під патологічним заняттям* малося на увазі таке, яке супроводжується наведеними нижче ознаками:

– систематичність, пов'язана з антисоціальною: фітнес стає перешкодою для повноцінного особистого, сімейного або соціального життя (перевага тренування над сімейними святами або приховування від рідних, що пріоритетності фітнесу перед будь-яким іншим відпочинком);

– синдром відміни після пропущеного тренування: головний та м'язовий біль, безсоння, відсутність апетиту тощо.

**До групи ризику фітнес-аддикції** (спортивний трудовізм) можна віднести таких осіб:

людина молодого або середнього віку, яка веде активний спосіб життя;

жінки в стані стресу, перфекціоністки (чий девіз – бути завжди на першому місці);

замкнуті та самотні (не обов'язково холості або незаміжні) індивіди, яким не вистачає спілкування і самовираження;

ті, хто «лікують» особисті проблеми, сімейну невлаштованість або розлучення, застій у кар'єрі тощо.

**До ознак фітнес-аддикції** нами віднесено:

1) бажання залишатися в залі довше передбаченого для тренування часу;

2) відкладання домашніх справ заради відвідування спортивного залу;

3) почуття провини через пропущений візит у фітнес-клуб;

4) звичка під час емоційних навантажень заспокоювання себе думками про тренування;

5) презирство до людей, що не мають ідеальної фігури;

6) нездатність відмовитися від занять через погане самопочуття;

7) почуття туги і тривоги в ті дні, коли тренувань немає.

**До загальної характеристики** осіб з фітнес-аддикцією можна віднести:

1) визначення спорту як сенсу життя (під час дослідження);

2) готовність проведення дня та ночі в гонці за підтягнутим тілом;

3) нехтування побутовими справами;

4) дратівливість при найменшому згадуванні про надзвичайну захопленість фізичними вправами, спроби наводити аргументи на користь необізнаності інших з приводу здорового способу життя.

**До симптомів фітнес-аддикції** належать:

1) схильність до тренувань поодиночі, ізолювано від інших;

2) постійне виконання одного і того ж набору вправ;

3) тренування в залі як мінімум дві-три години, продовження заняття вдома;

4) заняття незалежно від погодних умов 7 днів на тиждень;

5) зацикленість на втраті ваги або спаленні калорій;

6) тренування навіть у разі хвороби або поранення.

7) продовження заняття, незважаючи на болісні відчуття;

8) пропуски роботи, навчання, уникання соціальні активності заради тренування.

Тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом), SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів представлено в **табл. 1**.

Для апробації запропонованої методики нами на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології було обстежено 321 жінку з ознаками аддиктивної поведінки різних видів та вираженості, які звернулися за медико-психологічною допомогою з приводу проблем залежності та/або порушення сімейних відносин (досліджувана група, ДГ), та 50 умовно психічно здорових жінок без проблем аддиктивного характеру (група порівняння, ГП).



Таблиця 1

**Тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом),  
SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів**

Для кожного питання виберіть, будь ласка, **тільки один варіант відповіді**.

Бал відповідного варіанту відповіді вкажіть цифрою в **останній комірці кожного рядка**.

Запитання	Варіант відповіді та відповідний бал					Бал, відповіді
	0 балів	1 бал	2 бала	3 бала	4 бала	
1. Ви надаєте перевагу тренуванню над сімейними святами або приховуєте тренування від рідних?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
2. Після пропущеного тренування у вас болить голова, а тіло ниє?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
3. Як часто у вас від хронічних перевантажень є відчуття безсоння, відсутність апетиту?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
4. Як часто ви «лікуєте» особисті проблеми (сімейну невлаштованість, розлучення, застій у кар'єрі тощо) тренуванням?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
<b>Найбільший з балів у відповідях на питання 1–4</b>						
5. Як часто ви відчуваєте бажання залишатися в залі довше відведеного на тренування часу?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
6. Як часто ви відкладаєте домашні справи заради відвідування спортивного залу?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
7. Як часто у вас виникає почуття провини через пропущене тренуванням?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
8. Як часто ви під час емоційних навантажень заспокоюєте себе думками про тренування?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
9. Чи відчуваєте презирство що до людей, які не мають ідеальну фігуру?	Ні	Трохи	Істотно	Сильно	Дуже сильно	
10. Як часто ви не в змозі відмовитися від занять через погане самопочуття?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
11. Як часто у вас виникає почуття туги і тривоги в ті дні, коли тренувань немає?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
<b>Найбільший з балів у відповідях на питання 5–11</b>						
12. Чи є спорт сенсом вашого життя?	Ні	Трохи	Істотно	Сильно	Дуже сильно	
13. Ви занадто захоплені фізичними вправами?	Ні	Трохи	Істотно	Сильно	Дуже сильно	
<b>Найбільший з балів у відповідях на питання 12–13</b>						
14. Ви прихильник тренувань поодиночі, ізольовано від інших?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
15. Ви завжди виконує один і той же набір вправ?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
<b>Найбільший з балів у відповідях на питання 14–15</b>						
16. Ви виділяє на тренування в залі як мінімум дві години та окремо проводить тренування вдома?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
17. Ви займається незалежно від погодних умов 7 днів на тиждень?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
18. Втрата ваги або спалення калорій є обов'язковим для вашого тренування?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
19. Ви тренується навіть у разі хвороби або незважаючи на болісні відчуття?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
20. Ви пропускає роботу, заняття, соціальні активності заради тренування?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
<b>Найбільший з балів у відповідях на питання 16–20</b>						
<b>Сума БАЛІВ</b> сума балів ЛІШЕ з осередків, відокремлених жирними лініями						

Дослідження проходило в декілька етапів.

Спочатку здійснювали загальний аналіз аддиктивного статусу респонденток, який робили з використанням тесту AUDIT Т. Бабур [43] та батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [41; 42]: TOBACCO-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням тютюну), STIMULANTS-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням психостимуляторів), Cannabis-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням канабіноїдів), Sedative-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням седативно-снодійних засобів), OPIATES-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів), Psychodelics-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням галюциногенів), Solvents-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням летючих органічних розчинників), INTERNET-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із надмірним захопленням Інтернетом, окрім ігор), COMP-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю іграми з телеприставками або комп'ютерними іграми), GAMBLING-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю азартними іграми), SHOPPING-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю шопінгом), READING-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю читанням, крім навчальної або професійної літератури), TV-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю переглядом телепередач), WORKING (EDU)-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю роботою), SEX-UDIT (для виявлення сексуального дискомфорту/залежності), FOOD-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням їжі), Coffee (Tea)-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням кави/чаю).

Потім здійснювали вивчення наявності й вираженості фітнес-аддикції в обох обстежених груп.

На наступному етапі отримані дані підлягали аналізу з метою вивчення цього феномену та його ролі у структурі аддиктивного статусу респонденток, а також для встановлення надійності й валідності запропонованої методики.

Обробку даних здійснювали методами математичної статистики на ПЕВМ за допомогою програми Excel з пакету Microsoft Office 2003 [44; 45].

### Результати дослідження та їх обговорення

Отримані результати свідчили, що переважна більшість жінок ОГ продемонструвала захоплення аддиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності у межах поведінкових та/або фізіологічних аддикцій, на відміну від хімічних [46].

Досвід вживання більшої частини об'єктів хімічної аддикції на її невисокому рівні був притаманний усім обстеженим ДГ (вживання летючих розчинників, опіоїдів, галюциногенів не виявлено). Виключення становив тютюн, залежність від якого діагностовано у 22,1%, небезпечний рівень його вживання – у 38,9%, шкідливий рівень – 23,4%. Вживання алкоголю виявлено на небезпечному рівні – у 10,9%, а шкідливому – у 23,4%; усі інші – 65,7% – мали безпечні показники вживання алкоголю.

Фізіологічна аддикція була представлена їжею у вигляді захоплення аддиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності (13,7%), небезпечного рівня – у 37,1% та шкідливого – 34,0%. Вживання кави/чаю на рівні залежності було притаманне 12,3%, небезпечного рівня – 34,4%, шкідливого – 36,1%. Така фізіологічна аддикція, як секс була виявлена у вигляді небезпечного рівня – у 19,0%, шкідливого рівня – у 41,3%.

Поведінкова аддикція реалізувалась через роботу (15,6% залежних осіб, у 35,8% – небезпечне, 34,6% – ризиковане «вживання»), шопінг (24,5% залежних, у 25,7% – небезпечний, а у 39,7% – шкідливий рівень), телебачення (8,9% залежних, 28,8% небезпечне, а 33,5% – шкідливе «вживання»), Інтернет (10,6% осіб із залежністю, по 23,8% – з небезпечним та шкідливим рівнями «вживання»), читання (5,0% залежних, 14,0% – з небезпечним, 23,8% – зі шкідливим рівнем «вживання»).

На основі аналізу й узагальнення результатів вивчення аддиктивного статусу жінки ДГ були розділені нами залежно від типу аддиктивної поведінки:

– ДГ1 – жінки з хімічною аддикцією (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снодійних препаратів) – 33,3% (107 осіб);

– ДГ2 – жінки з поведінковою аддикцією (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми) – 34,6% (111 осіб);

– ДГ3 – жінки з фізіологічною аддикцією (надмірне захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою) – 32,1% (103 особи).

Таблиця 2

Розподіл жінок ДГ і ГП за наявністю та вираженістю фітнес-аддикції у %  $\pm$  m та за середнім балом

Група	Відносно безпечне вживання (0–7 балів)			Вживання зі шкідливими наслідками (7–15 балів)			Небезпечне вживання (15–19 балів)			Залежний стан (20 і більше балів)		
	N	%	С. б.	N	%	С. б.	N	%	С. б.	N	%	С. б.
ДГ	104	32,4	4,5	114	35,5	12,1	71	22,1	18,6	32	10,0	23,0
ГП	39	78,0	2,0	8	16,0	9,8	3	6,0	16,1	–	–	–

Серед жінок ГП проявів аддикції на рівні залежної поведінки не виявлено за жодним аддиктивним об'єктом. Встановлено випадки небезпечного вживання або вживання зі шкідливими наслідками, які не мали клінічних ознак, та у більшості були обумовлені соціокультурними чинниками, або – як у випадку з седативно-снодійними препаратами та психостимуляторами – необхідністю їх медичного застосування.

Результати розподілу досліджених жінок ОГ за наявністю та вираженістю фітнес-аддикції у %  $\pm$  m, представлено у **табл. 2**.

Серед жінок ДГ відносно безпечне захоплення спортом виявлено у 32,4% (сер. б. – 4,5), захоплення зі шкідливими наслідками у 35,5% (середній бал – 12,1), небезпечне захоплення у 22,1% (середній бал – 18,6), залежний стан у 10% (середній бал – 23,0). Серед обстежених ГП відносно безпечне захоплення спортом виявлено у 78,0% (середній бал – 2,0), захоплення зі шкідливими наслідками у 16,0% (середній бал – 9,8), небезпечне захоплення у 6,0% (середній бал – 16,1), залежний стан – не виявлено.

Ретельне клініко-анамнестичне й клініко-психологічне дослідження підтвердили діагностовану за розробленою SPORT-UDIT наявність фітнес-аддикції вираженого (10%) та небезпечного рівня (22,1%) у 103 жінок ДГ.

Для них характерною виявилась більшість із перерахованих нами ознак, віднесених до діагностичних критеріїв фітнес-аддикції: прагнення займатися в залі кожен день, не зважаючи на настанови лікарів, бажання залишатися в залі довше відведеного для тренування часу, відкладання домашніх справ заради відвідування спортивного залу, відчуття провини через пропуск спортивного заняття, спроби нормалізації психічного стану під час психоемоційних навантажень думками про майбутнє тренування, презирство до людей, що не займаються фітнесом, нездатність відмовитися від занять через погане самопочуття або іншу важливу причину, почуття туги і тривоги в день без тренування.

Паралельне дослідження цього контингенту жінок за допомогою Exercise Addiction Inventory (в перекладі [34]) виявило ось що: показник від 25 до 30 балів виявлено у 27 осіб (8,4% загальної кількості обстежених), від 21 до 24 балів – у 83 (25,9%) жінок. У всіх жінок з амплітудою показників 25–30 балів та 5 осіб з результатом 22–24 бали за розробленою SPORT-UDIT діагностовано стан залежності (більше 20 балів), у 71 респондентки з результатом 21–24 бали – стан небезпечного вживання фітнесу як об'єкта залежності.

Таким чином, враховуючи відносну схожість результатів застосування визнаної скринінгової шкали та розробленої методики, можна стверджувати, з одного боку, про надійність нового психодіагностичного інструменту, а з іншого – про його більшу точність у визначенні вираженості клінічних проявів досліджуваного патологічного феномену.

Подальший аналіз показав, що зазначені жінки також мали проблеми різного ступеня вираженості із захопленням їжею, сексом або вживанням кави/чаю, тобто демонстрували наявність фізіологічного типу аддиктивної поведінки.

### Висновки

Таким чином, керуючись отриманими даними, можна зробити такі висновки. Фітнес-аддикція існує як патологічний феномен аддиктивної поведінки. Створено надійний валідний психодіагностичний інструмент визначення наявності та вираженості фітнес-аддикції.

Враховуючи попередні дані про поєднаність у жінок з симптомами фітнес-аддикції ознак інших фізіологічних аддикцій, однозначної відповіді про патогенетичну первинність й самостійність феномену фітнес-аддикції або її існування в структурі фізіологічної аддикції наразі дати неможливо, однак ми схильні концептуалізувати цей феномен як прояв фізіологічного виду аддиктивної поведінки. У подальших дослідженнях ми маємо намір навести доказову базу для підтвердження нашої гіпотези.

## Література

1. Egorov A. Y., Szabo A. The exercise paradox: An interactional model for a clearer conceptualization of exercise addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 2013, vol. 2, no. 4, pp. 199-208.
2. Baekeland P. Exercise deprivation. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1970, vol. 22, pp. 365-369.
3. Sachs M., Pargman D. Running addiction. (*Running as Therapy: An Integrated Approach* [eds. M. I. Sachs, G. W. Bulfone]. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1984, pp. 231-25.
4. Morgan W. P. Negative addiction in runners. *The Physician and Sports Medicine*, 1979, vol. 7, pp. 57-77.
5. Aidman E. V., Woollard S. The influence of self-reported exercise addiction on acute emotional and physiological responses to brief exercise deprivation. *Psychology of Sport and Exercise*, 2003, vol. 4, no. 3, pp. 225-236.
6. Szabo A. Studying the psychological impact of exercise deprivation: Are experimental studies hopeless? *Journal of Sport Behavior*, 1998, vol. 21, pp. 139-147.
7. Szabo A., Frenkl R., Caputo A. Relationship between addiction to running, commitment, and deprivation from running: A study on the internet. *European Yearbook of Sport Psychology*, 1997, vol. 1, pp. 130-147.
8. Veale D. Does primary exercise dependence really exist? Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise [eds. J. Annett, B. Cripps, H. Steinberg]. *British Psychological Society*, Leicester, UK, 1995, pp. 1-5.
9. Veale D. Exercise Dependence. *British Journal of Addiction*, 1987, vol. 82, pp. 735-740.
10. Veale D. Psychological aspects of staleness and exercise dependence. *International Journal of Sports Medicine*, 1991, vol. 12, pp. S19-S22.
11. Hausenblas H. A., Downs D. S. Exercise dependence: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 2002, vol. 3, no. 2, pp. 89-123.
12. Murphy M. H. Sport and drugs and runner's high (Psychophysiology). *Psychology of Sport* [eds. J. Kremer, D. Scully]. London, Taylor & Francis, 1993.
13. Adams J., Kirkby R. J. Excessive exercise as an addiction: A review. *Addiction Research and Theory*, 2002, vol. 10, no. 5, pp. 415-437.
14. Franken I. H. A., Zijlstra C., Muris P. Are nonpharmacological induced rewards related to anhedonia? A study among skydivers. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2006, vol. 30, no. 2, pp. 297-300.
15. Volkow N. D., Fowler J. S., Wang G. J. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J. Clin. Invest*, 2003, vol. 111, pp. 1444-1451.
16. Pierce E. F. [et al.] Beta-endorphin response to endurance exercise: relationship to exercise dependence. *Percept Mot Skills*, 1993 Dec, vol. 77, no. 3, pt. 1, pp. 767-70.
17. Bamber D. J., Cockerill I. M., Rodgers S., Carroll D. Its exercise or nothing [A qualitative analysis of exercise dependence]. *Br. J. Sports Med.*, 2000, vol. 34, pp. 423-430.
18. Bamber D. J., Cockerill I. M., Rodgers S., Carroll D. Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br. J. Sports Med.*, 2003, vol. 37, pp. 393-400.
19. Griffiths M. D. Exercise addiction: a case study. *Addiction Research*, 1997, vol. 5, no. 2, pp. 161-168.
20. Griffiths M. D. Workaholism is still a useful construct. *Addiction Research and Theory*, 2005, vol. 13, no. 2, pp. 97-100.
21. Hurst R., Hale B., Smith D., Collins D. Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 2000, vol. 34, no. 6, pp. 431-435.
22. Bell J. A., Doege T. C. Athletes use and abuse of drugs. *Phys. Sport Med.*, 1987, vol. 15, pp. 99-108.
23. Carrier C. La pratique sportive intensive en tant que conduite addictive. *Nervure*, 1993, vol. VI, pp. 51-58.
24. Furst D. M., Germone K. Negative addiction in male and female runners and exercisers. *Percept. Mot. Skills*, 1993 Aug., vol. 77. - N 1P. - 192-194.
25. Seznec J. C. Toxicomanie et cyclisme professionnel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2002, vol. 160, no. 1, pp. 72-76.
26. Volle É., Seznec J.-C. Larrêt du sport intensif: révélation addictions? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2006, vol. 164, no. 9, pp. 775-779.
27. Yates A., Edman J. D., Crago M., Crowell D. Eating disorder symptoms in runners, cyclists and paddlers. (rapid communication). *Addictive Behaviors*, 2003, vol. 28, no. 8, pp. 1473-1480.
28. Mathers S., Walker M. B. Extraversion and exercise addiction. *Journal of Psychology*, 1999, vol. 133, no. 1, pp. 125-128.
29. Draeger J., A. Yates, D. Crowell The Obligatory Exerciser. Assessing an Over commitment to Exercise. *The Physician and Sports medicine*, 2005, vol. 33, no. 6. Available at: [www.physsportsmed.com/issues/2005/0605/toc0605.htm](http://www.physsportsmed.com/issues/2005/0605/toc0605.htm).
30. Egorov A. Yu., Fel'sendorff O. V. Sportivnaya addiktsiya [Obzor literatury] [Sport addiction [Review of the literature]]. *Ural'skiy zhurnal psikiatrii, narkologii i psikhoterapii* (Ekaterinburg), 2013, issue 1, pp. 44-57. (In Russ.)
31. Kjelsas E., Augestad L. B., Gotestam K. G. Exercise dependence in physically active women. *Eur. J. Psychiatry*, 2003, vol. 17, no. 3, pp. 145-155.
32. Klein D. A. [et al.] Exercise "addiction" in anorexia nervosa: Model development and pilot data. *CNS Spectrums*, 2004, vol. 9, no. 7, pp. 531-537.
33. Estok P. J., Rudy B. Physical, psychosocial, menstrual changes/risks, and addiction in the female marathon and nonmarathon runner. *Health Care for Women International*, 1996, vol. 7, pp. 187-202.
34. Davis C. Exercise abuse. *International Journal of Sport Psychology*, 2000, vol. 31, no. 2, pp. 278-289.
35. Lejoyeux M. [et al.] Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. *Compr Psychiatry*, 2008, vol. 49, no. 4, pp. 353-358.
36. Garman J. F., Hayduk D. M., Crider D. A., Hodel M. M. Occurrence of exercise dependence in a college-aged population. *J. Am. Coll. Health*, 2004, vol. 52, no. 5, pp. 221-228.
37. Griffiths M. D., Szabo A., Terry A. The Exercise Addiction Inventory: A quick and easy screening tool for

health practitioners. *British Journal of Sports Medicine*, 2005, vol. 39, no. 6, pp. 30.

38. Obzor rynku fitness-uslug Ukrainy [Overview of the Ukrainian market of fitness services]. Available at: <http://www.marketing-ua.com/articles.php?articleId=4388>.

39. Razvitie fitnes-industrii Ukrainy [tendentsii i perspektivy] [Development of the fitness industry of Ukraine [Trends and Prospects]]. Available at: <http://nbr.com.ua/news-anons/856-razvitie-fitnes-industrii-tendentsii-i-perspektivy>. (In Russ.)

40. Analiz rynku fitnes-poslug Ukraïny [Analysis of market fitness services Ukraine]. Available at: <http://mybiblioteka.su/tom2/8-73174.html>. (In Ukr.). Linskiy I.V., Minko A. I., Artemchuk A. F. [et al.] Metod kompleksnoy otsenki addiktivnogo statusa individa i populyatsii s pomoshch'yu sistemy AUDIT-podobnykh testov [The method of integrated assessment addictive status of the individual and the population using the AUDIT-like system tests]. *Visnyk psyhiatrii ta psyhofarmakoterapii*, 2009, no. 2 (16), pp. 56-70. (In Russ.)

41. Linskiy I. V., Minko A. I., Artemchuk A. F. [et al.] Addiktivnyy status i metod ego kompleksnoy otsenki pri pomoshchi sistemy AUDIT-podobnykh testov [Addictive status and method of its comprehensive assessment

using the AUDIT-like system tests]. *Psikhicheskoe zdorov'e*, 2010, no. 6(49), pp. 33-45. (In Russ.)

42. Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., de la Fuente J. R., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 1993, vol. 88, pp. 791-804.

43. Gubler E. V. Vychislitel'nye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh protsessov [Computational methods of analysis and detection of pathological processes]. Moscow, Medicine Publ., 1978, 294 p. (In Russ.)

44. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kiev, Morion Publ., 2000, 320 p. (In Russ.)

45. Savina M. V. Porivnjal'nyy analiz addyktivnogo statusu podruzhzhya v rodyah z riznym stanom zdorov'ja sim'i ta zaleznoi' povedinky u zhinok [Comparative analysis addictive status spouses in families with different family and health as dependent behavior in women]. *Medychna psykologija*, 2016, vol. 11, no. 1, pp. 30-43. (In Ukr.)

### ФИТНЕС-АДДИКЦИЯ У ЖЕНЩИН: КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ФЕНОМЕНА И ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА

М. В. Савина

Харьковский национальный университет имени  
В. Н. Каразина

**Аннотация.** В работе проанализирован феномен фитнес-аддикции, приведены основные научные взгляды на его патогенез и клинические проявления. Представлена авторская методика выявления расстройств, связанных с увлеченностью спортом (фитнесом) для непрофессионалов (SPORT-UDIT), приведены результаты ее апробации. Полученные результаты свидетельствовали о надежности и точности нового психодиагностического инструмента в определении выраженности клинических проявлений исследуемого патологического феномена. Подавляющее большинство женщин продемонстрировали увлечение аддиктивным объектом, выраженным до уровня зависимости в пределах поведенческих и / или физиологических аддикций. Сделан вывод о существовании фитнес-аддикции как патологического феномена, который концептуализован как проявление физиологического типа аддиктивного поведения.

**Ключевые слова:** аддиктивное поведение, женщины, фитнес-аддикция, тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью спортом (фитнесом) для непрофессионалов SPORT-UDIT.

### FITNESS ADDICTION IN WOMEN: THE CONCEPTUALIZATION OF THE PHENOMENON AND FOUNDATION OF PSYCHODIAGNOSTIC TOOL

M. V. Savina

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The paper analyzes the basic scientific views on its pathogenesis and clinical features of the fitness addiction phenomenon. Presented by the author's method of detection of disorders associated with enthusiasm for sports (fitness) for non-professionals (SPORT-UDIT), the results of testing. Received results indicated by the reliability and accuracy of the new psycho-diagnostic tool in determining the severity of the clinical manifestations of the studied pathological phenomenon. The overwhelming majority of women have demonstrated addictive fascination entity expressed according to the level in the range of behavioral and / or physiological addiction. The conclusion about the existence fitness addiction as a pathological phenomenon, which is conceptualized as a manifestation of a physiological type of addictive behavior.

**Key words:** addictive behavior, women, the test to detect disorders, associated with capture for sports (fitness) for non-professionals SPORT-UDIT.

УДК: 616.89–008.48:004.77–042.72:316.77–028.51



В. В. Чугунов



А. Д. Городокин



В. Л. Щербина



А. С. Скрипник

## ПАТОКОНАТИВНЫЕ КОММУНИКАТИВНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У УЧАСТНИКОВ АНОНИМНЫХ ИНТЕРНЕТ-СООБЩЕСТВ

В. В. Чугунов<sup>1</sup>, А. Д. Городокин<sup>1</sup>, В. Л. Щербина<sup>2</sup>, А. С. Скрипник<sup>1</sup><sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет<sup>2</sup>Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко

### Аннотация.

С целью сравнительного анализа и формирования типологии патологических интернет-специфических коммуникативных паттернов у лиц с персонологически-детерминированными формами интернет-зависимости и участников анонимных интернет-сообществ было обследовано 80 респондентов, страдающих интернет-зависимостью (согласно результатам опросника Internet-UDIT), среди которых 40 членов анонимного интернет-сообщества, идентифицирующих себя как «хикикомори» (NEET) и декларирующих социальную аутоизоляцию. Выявлены патоконативные коммуникативные стереотипы (формально-коммуникативный, компульсивный, аутистический, утилитарно-коммуникативный, альтернативно-мотивационный, креативно-нарциссический, рекреационный), а также даны их денотации и ракурсные характеристики.

**Ключевые слова:** интернет-зависимость, хикикомори, NEET, патоконативные коммуникативные стереотипы.

### Введение

Современное состояние аддиктологической клиники характеризуется динамическим расширением, прежде всего, за счет включения в сферу ее клинической компетенции так называемых нехимических аддикций [1–9]. Помимо их классических форм, лудомании и дигестивной аддикции, все большую представленность как реально-популяционную, так и в дискурсивном пространстве приобретают аддикции, ассоциированные с ранее социально индифферентными формами реализации измененных поведенческих актов: избыточным приобретением материальных благ (shopping), чрезмерным стремлением к выполнению физических упражнений, патологической увлеченностью видеоиграми, просмотром порнографических материалов (замещающих нормальную реализацию сексуальности), запойным чтением и пр. [4; 5; 9]. По всей видимости, данный процесс является клинико-социальной рефлексией психоэкологической трансформации информационной среды, а именно: смещения акцентов дидактических стратегий с культивацией феномена

«информационного голода»; экспансии маркетинговых стратегий, эксплуатирующих позитивные эмоционально-насыщенные паттерны психического реагирования и пр. [3; 6].

В этом ряду особое значение имеет вовлечение индивида в среду интернет-сообществ, обладающих собственными коммуникативными и поведенческими нормативами и стилистикой, что создает обширное поле интроспективных, этологических и психосоциальных аспектов функционирования их адептов и требует клинико-психологического и социально-психологического анализа [3]. Таким образом, компаративный анализ патоконативных (мотивационно-волевых) паттернов лиц, страдающих коммуникативной патологией, ассоциированной с интернет-аддикциями в контексте различных интернет-сред, является актуальной и приоритетной задачей аддиктологической клиники [7].

### Цель и задачи исследования

Целью исследования является проведение клинико-психологического и аддиктологического анализа патоконативных коммуникативных стереотипов интернет-зависимости у

участников анонимных интернет-сообществ и выявление на основании этого анализа характера эксплуатации интернета, персонологических особенностей, ситуационно-средовых сеттингов и хронологических стереотипов с последующим созданием типологии.

### Материалы и методы исследования

Исследование проведено в двух параллельных группах, контингент которых представлен 80 респондентами, страдающими интернет-зависимостью согласно результатам опросника Internet-UDIT [4]:

– основная группа (ОГ): 40 членов анонимного интернет-сообщества, идентифицирующих себя как «хикикомори» (NEET) и декларирующих социальную аутоизоляцию (исследование проведено посредством интернет-анкетирования). Средний возраст респондентов данной группы составил  $22,60 \pm 0,4$  года;

– группа сравнения (ГС): 40 студентов Запорожского государственного медицинского университета, не являющихся членами анонимных интернет-сообществ (исследование проведено посредством добровольного личного консультирования). Средний возраст респондентов данной группы составил  $21,07 \pm 0,41$  год.

В ходе исследования были использованы следующие методы:

– **клинико-анамнестический** – для анализа психоонтогенетических факторов формирования аддиктивной патологии;

– **психодиагностический** – для верификации наличия аддиктивной патологии (по данным Internet-UDIT и анализа конативных паттернов ее психопатогенеза в ходе структурированного психодиагностического интервью);

– **клинико-статистический** – для выявления и анализа коррелятов патоконативных коммуникативных стереотипов.

### Результаты исследования и их обсуждение

Клинико-анамнестический вектор анализа психоонтогенетических характеристик контингента исследования позволил выявить наличие в ОГ следующих коррелятов социальных дисфункций:

□ **коммуникативная аутоизоляция в реальности** (отсутствие коммуникации семейного контекста, тенденция к минимизации социальных контактов, склонность к предпочтению дистанционных форм коммуникации в случае необходимости таковой) – 33 (82,5 %) респондента ОГ;

□ **социально-поведенческая аутоизоляция** (активное избегание ситуаций пре-

бывания в коллективе, минимизация коллективных видов работ, приоритет отдается дистанционным формам обучения и заработка: программирование, дизайн программного обеспечения, удаленное администрирование; проявления анксиозно-фобических феноменов, ассоциированных с необходимостью интеграции в коллектив) – 27 (67,50 %) респондентов ОГ;

□ **оппозиционный эгоцентризм** (категорическое неприятие среднепопуляционных стереотипов поведения, антагонистическое отношение к нормативным формам коллективной деятельности, приоритет индивидуального развития, несистематизированное повышение уровня образованности вне контекста утилитарности приобретенных знаний) – 25 (62,5 %) респондентов ОГ.

На следующем этапе в ходе ракурсно-структурированного психодиагностического интервью были выделены следующие патоконативные стереотипы интернет-аддикции.

#### 1. Формально-коммуникативный:

□ эксплуатация интернет-соединения: носит характер инструмента коммуникации; приоритет отдается интернет-сообществам, центрированным на процессе трансперсональной коммуникации с сохранением персональной идентификации (социальные сети);

□ персонологические особенности: личностные характеристики с превалированием общительности и уверенности в себе;

□ ситуационно-средовой сеттинг: коммуникативная predisпозиция в виде достаточного круга активных социальных контактов с последующей их одномоментной утратой (переезд в другой город, чрезмерная трудовая занятость и пр.);

□ хронологический стереотип эксплуатации: непрерывная, преимущественно в периоды высокой активности сообществ (вечерние и ночные часы, дневное время выходных дней).

#### Перечень идентифицирующих утверждений для данного типа:

– я использую интернет для знакомства с людьми, с которыми не собираюсь видеться в реальной жизни;

– я посещаю преимущественно интернет-ресурсы, подразумевающие удаленное общение с лицами, которые проживают далеко от меня;

– для меня возможность личной встречи с интернет-собеседником не является принципиальной либо является неприемлемой;

– я предпочитаю использовать псевдоним для общения либо указываю ложные данные о себе;

– я стараюсь использовать интернет в периоды максимальной активности интернет-сообщества (по вечерам будних дней, в дневное время на выходных).

## 2. Компульсивный:

эксплуатация интернет-соединения: во внеурочное время носит характер ритуального действия, приоритет отдается сообществам с односторонним коммуникативным преимуществом и специализированным сервисам обмена информацией (электронная почта);

персонологические особенности: наличие высокой работоспособности, ответственности и педантичности;

ситуационно-средовой сеттинг: характер трудовой деятельности, ассоциированный с активным обменом специализированными сообщениями (работа в сфере интернет-маркетинга, коммерческое посредничество, координационно-организаторская деятельность);

хронологический стереотип эксплуатации: короткими сессиями на протяжении суток с сохранением привычного стереотипа очередности посещения интернет-ресурсов.

### Перечень идентифицирующих утверждений для данного типа:

– мне нужно иметь возможность доступа в интернет постоянно;

– мне дискомфортно, если нет возможности подключиться к интернету;

– я посещаю интернет для того, чтобы проверить электронную почту или иные сервисы доставки сообщений;

– я посещаю одни и те же интернет ресурсы регулярно, часто в одинаковой последовательности;

– у меня нет необходимости длительных интернет-сессий;

– при длительном отсутствии возможности подключения к интернету я думаю о накопившихся сообщениях, адресованных мне;

– для меня является привычкой посещать электронную почту или иные сервисы доставки сообщений.

## 3. Аутистический:

эксплуатация интернет-соединения: направлена на реализацию односторонней увлеченности, приоритет отдается специализированным информационным ресурсам;

персонологические особенности: характеризуются стремлением к самосовершенствованию и познавательной деятельности;

ситуационно-средовой сеттинг: импартитное соотношение высокой активности в процессе школьного обучения и низкого уровня социальной коммуникации в учебном коллективе;

хронологический стереотип эксплуатации: длительные непрерывные сессии в индивидуально удобные периоды времени.

### Перечень идентифицирующих утверждений для данного типа:

– я использую интернет для самообразования;

– я провожу длительное время в интернете, читая специализированные материалы, не относящиеся к моей сфере деятельности, специальности или рутинной практике;

– я посещаю преимущественно интернет-энциклопедии или специализированные информационные ресурсы;

– мне безразлично, какой уровень активности интернет-сообщества во время моих интернет-сессий.

## 4. Утилитарно-коммуникативный:

эксплуатация интернет-соединения: использование в качестве инструмента прагматической коммуникации, направленной на реализацию знакомства с последующим реальным общением, приоритет отдается тематическим сообществам и социальным сетям;

персонологические особенности: проявляются в инициативности, коммуникабельности и высокой работоспособности;

ситуационно-средовой сеттинг: коммуникативная predisпозиция в виде широкого круга социальных контактов с последующей их постепенной утратой;

хронологический стереотип эксплуатации: непрерывная, преимущественно в периоды высокой активности коммуникации внутри сообщества (вечерние и ночные часы, а также выходные дни).

### Перечень идентифицирующих утверждений для данного типа:

– я использую интернет для общения со знакомыми людьми;

– мне принципиально важно иметь возможность или перспективу личного общения с интернет-собеседником;

– я предпочитаю общаться с интернет-собеседниками из моего населенного пункта;

– я использую в социальных сетях свои реальные данные.

## 5. Альтернативно-мотивационный:

эксплуатация интернет-соединения: направлена на альтернативную реализацию



мотиваций (виртуальный секс, порноскопия etc.); приоритет отдается анонимным (либо с использованием псевдонимов – nickname, login) тематическим сообществам, порнографическим сайтам и анонимным видеочатам;

□ персонологические особенности: характеризуются замкнутостью и снижением коммуникативной способности;

□ ситуационно-средовой сеттинг: коммуникативная predisпозиция в виде трудностей в формировании социальных контактов, наличия затрудняющих их объективных факторов: специфические личностные характеристики, сопряженные с коммуникативными затруднениями, проживание в условиях изоляции, патологические формы внутрисемейных отношений (гиперопека) и пр.;

□ хронологический стереотип эксплуатации: непрерывная, преимущественно в периоды высокой активности сообщества в вечерние и ночные часы, а также в утреннее время.

#### **Перечень идентифицирующих утверждений для данного типа:**

– я использую интернет для аутоэротического отправления сексуальных потребностей;

– анонимность в интернет-общении является для меня принципиальной;

– я отдаю предпочтение интернет-ресурсам, в контенте которых присутствует обнаженная натура или ее описания;

– я занимался(лась) или периодически занимаюсь виртуальным сексом;

– я могу обходиться без реальных половых отношений, компенсируя их эксплуатацией порнографического контента.

#### **6. Креативно-нарциссический:**

□ эксплуатация интернет-соединения: используется для публикации собственной продукции (тексты, фотография); приоритет отдается сообществам с односторонним коммуникативным преимуществом, подразумевающим возможность оценки и обсуждения публикуемых материалов;

□ персонологические особенности: личностные характеристики с превалированием демонстративных и нарциссических черт;

□ ситуационно-средовой сеттинг: коммуникативная predisпозиция в виде ограниченного количества социальных контактов с лицами, проявляющими интерес к творческой продукции респондентов;

□ хронологический стереотип эксплуатации: использование интернет-соединения происходит короткими сессиями на протяжении суток с посещением определенного интернет-ресурса.

#### **Перечень идентифицирующих утверждений для данного типа:**

– я использую интернет для публикации продуктов собственного творчества;

– для меня является принципиальной возможность оценки моих публикаций другими пользователями;

– я хочу получать только положительные отзывы о тех материалах, которые я публикую;

– отрицательные отзывы либо комментарии искренне огорчают меня;

– я делаю selfie для того, чтобы опубликовать фотографии в интернете;

– мне нравится делиться событиями своей жизни или размышлениями с широким кругом пользователей.

#### **7. Рекреационный:**

□ эксплуатация интернет-соединения: носит характер аранжировки физического, умственного или морального отдыха; приоритет отдается посещению развлекательных интернет-ресурсов, без какого-либо стереотипа (Internet surfing);

□ персонологические особенности: часто наблюдается снижение стрессоустойчивости и энергичности;

□ ситуационно-средовой сеттинг: высокие нагрузки, возникающие в процессе учебной/трудовой деятельности, сопряженной с тяжелым физическим или интеллектуальным трудом (предпочтение такого рода рекреации перед активными формами отдыха отдается в силу ограничения социальной коммуникации, связанной с объективным дефицитом времени и физических ресурсов, а также возможности «переключения» фокуса внимания с достижением sui generis диспропорции (рассредоточения), ассоциированной с намеренной перегрузкой массивом малозначимой информации);

□ хронологический стереотип эксплуатации: непрерывные сессии в вечерние либо соответствующие отдыху часы.

#### **Перечень идентифицирующих утверждений для данного типа:**

– я использую интернет для того, чтобы снять напряжение после рабочего дня;

– я посещаю широкий круг разнообразных интернет-ресурсов с развлекательным контентом;

– я отдаю предпочтение юмористическим сайтам, видеохостингам и мини-играм;

– во время интернет-сессии я отвлекаюсь от своих реальных проблем или неприятных мыслей;

Таблиця 1

## Распределение респондентов в ОГ и ГС по конативным стереотипам

Группа Конативный стереотип	ОГ (N = 40)		p – критерий ( $\chi^2$ )	ГС (N = 40)	
	N	%		N	%
формально-коммуникативный	3	7,5 %	~ 0,003	14	35,0 %
компульсивный	4	10,0 %	~ 0,040	–	–
аутистический	13	32,5 %	~ 0,066	6	15,0 %
утилитарно-коммуникативный	–	–	~ 0,006	7	17,5 %
альтернативно-мотивационный	15	37,5 %	< 0,001	1	2,5 %
креативно-нарциссический	2	5,0 %	~ 0,235	5	20,0 %
рекреационный	3	7,5 %	~ 0,176	7	17,5 %

– я не подстраиваюсь под периоды высокой активности интернет-сообщества для проведения интернет-сессий.

Данные распределения респондентов в ОГ и ГС по типам нормальных и патологических конативных стереотипов представлены в **табл. 1**.

Таким образом, мы можем констатировать достоверное ( $p < 0,01$ ) преобладание формально-коммуникативного конативного стереотипа в ГС по сравнению с ОГ. Это объясняется высокой коммуникативной активностью студентов медицинского университета в контексте учебного процесса в сопряжении с предшествующей сменой места проживания или резким повышением занятости в связи с необходимостью обучения по сравнению с чрезвычайно низким уровнем коммуникаций в реальности у участников анонимных интернет-сообществ вследствие социальной аутоизоляции, дистанцированной работы, отсутствия ротации микросоциального окружения.

Компульсивный конативный стереотип имеет более широкую представленность в ОГ, нежели в ГС. Это можно объяснить большей частотой встречаемости основного предиктора его формирования – активного обмена информацией в контексте формального общения, что реализуется в рамках специфических видов деятельности в ОГ, исключаемых высокой занятостью в контингенте ГС.

Аутистический конативный стереотип представлен паритетно в ОГ и ГС, что можно объяснить формальным сходством мотивации к получению специфической информации в обеих группах. При этом, респонденты ГС реализуют односторонний интерес к узкотематическим вопросам, легитимизированный в контексте социальной роли. Респонденты ОГ аргументируют аналогичный конативный стерео-

тип приоритетом саморазвития, что, по всей видимости, имеет некоторую аналогию с феноменом метафизической интоксикации в структуре специфических персонологических характеристик.

Утилитарно-коммуникативный конативный стереотип достоверно ( $p < 0,01$ ) преобладает в ГС, это можно объяснить высокой социальной активностью респондентов данной группы при стремлении к расширению ареала ее реализации, инструментом чего выступает интернет-коммуникация. Респонденты ОГ, в свою очередь, избегают таких коммуникативных паттернов вследствие аутоизоляции.

Альтернативно-мотивационный конативный стереотип достоверно ( $p < 0,001$ ) более широко представлен в ОГ. Это объясняется смещением объекта реализации инстинктивного поведения в структуре социальной аутоизоляции, в контексте которой нормативная реализация репродуктивной функции замещается дистанцированными формами (виртуальные сексуальные контакты, порноскопия). В ГС низкий показатель представленности данного стереотипа отчасти объясняется воздействием факторов социальной селекции контингента, где высокий уровень коммуникации является необходимым для успешного обучения.

Креативно-нарциссический конативный стереотип представлен паритетно в ОГ и ГС. Тем не менее, в ходе структурированного психодиагностического интервью было установлено, что в ОГ доминирует текстовый (blog) характер публикуемой продукции, а в ГС – публикация фотоматериалов (selfie). Это, по всей видимости, объясняется независимым уровнем популяционной представленности специфических личностных характеристик, коррелирующих с формированием интернет-зависимости в рамках данного конативного стереотипа.

**Выводы**

В ходе исследования проведен анализ и сделана систематизация нормальных и патологических конативных стереотипов интернет-зависимости в группах лиц с индивидуальными формами зависимости от интернета и участников анонимных интернет-сообществ. Выявлены такие нормальные и патологические конативные стереотипы: формально-коммуникативный, компульсивный, аутистический, утилитарно-комму-

никативный, альтернативно-мотивационный, креативно-нарциссический; даны их контентные характеристики и определены хронологические параметры. Установлен характер представленности конативных стереотипов в обследованных группах, выявлены достоверные ( $p < 0,01$ ) различия в представленности формально-коммуникативного ( $ОГ < ГС$ ), утилитарно-коммуникативного ( $ОГ < ГС$ ) и альтернативно-мотивационного ( $ОГ > ГС$ ) конативных стереотипов.

**Литература**

1. Chugunov V. V., Kurilo V. A., Danilevska N. V., Grigoryan A. Z. The method of combination of electroconvulsive therapy and postictally hypnotherapy of treatment of patients with therapeutically resistant depression. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, no. 6(6), pp. 51–58. ISSN 2391-306. Available at: <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.3410038-1>.
2. Ajmedov K. V. Farmakokorekcija zverhcinnoi' idiatornoj' simptomatky v osib, shho strazhdajut' na Internet-zalezhnist' [Farmakokorekcija zverhtsinnoy idiatornoj' symptoms in patients suffering from Internet addiction]. *Naukova-praktychna konferencija «Suchasni aspekty medycyny i farmacii' pivdnja Ukraïny»*, prysvjachena 110-richchja z dnja stanovlennja farmacevtychnoi' nauky osvity na pivdnja Ukraïny, 2013, 6-7 December, pp. 168-170. (In Ukr.)
3. Bitenskiy B. C., Ajmedov K. V., Pakhmurnyy V. A. Kliniko-psikhopatologicheskie aspekty transformatsii addiktivnogo povedeniya v usloviyakh «informatsionnogo vzryva» [Clinical and psychopathological aspects of the transformation of addictive behavior in the «information explosion»]. *Visnyk psyhiatrii' ta psyhofarmakoterapii'*, 2006, no. 1(9), pp. 161-167. (In Russ.)
4. Linskiy I. V., Minko A. I., Artemchuk A. F. [et al.] Metod kompleksnoy otsenki addiktivnogo statusa individa i populyatsii s pomoshch'yu sistemy AUDIT-podobnykh testov [The method of integrated assessment addictive status of the individual and the population using the AUDIT-like system tests]. *Visnyk psyhiatrii' ta psyhofarmakoterapii'*, 2009, no. 2, pp. 56-70. (In Russ.)
5. Lins'kyj I. V., Minko O. I. Zalezhnist' vid psyhoaktyvnyh rehovyn v Ukraïni: metodologija vyvchenja, tendencii' rozvytku [Dependence on psychoactive substances in Ukraine: the methodology of the study, trends]. *Visnyk psyhiatrii' ta psyhofarmakoterapii'*, 2003, no. 2, pp. 6-8. (In Ukr.)
6. Chaban O. S., Haustova O. O., Zhabenko O. Ju. Sytuacijna sociokul'turna tryvoga: suchasni provokacii' ta i'h psyhosomatychni rozv'jazannja [Situational anxiety socio-cultural, modern and provocation of psychosomatic solution]. *NeuroNews*, 2010, no. 4, pp. 1-15. (In Ukr.)
7. Chugunov V. V. Klinika i distsiplinarnaya separatsiya narkologi [Clinic and disciplinary separation of drug treatment]. *Kliniko-distciplinarnaya istoriya psikhoterapii'*, 2nd ed, Kiev, Zdorov'e Publ., Kharkiv, Oko Publ., 2008, 768 p. (In Russ.)
8. Chugunov V. V., Grigoryan A. Z., Gorodokin A. D. Osobennosti vnutrennego otnosheniya k bolezni sredi kontingenta patsientov, stradayushchikh affektivnymi rastroystvami v strukture addiktzii [Features of the internal attitude to the disease among the cohort of patients suffering from affective disorders in the structure of addiction]. *Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal*, 2014, no. 6 (87), pp. 61-65. (In Russ.)
9. Yur'eva L. N., Bol'bot T. Yu. Komp'yuternaya zavisimost': formirovanie, diagnostika, korrektsiya i profilaktika [monografiya] [Computer addiction: building, diagnostics, correction and prevention [monograph]]. *Dnepropetrovsk, Porogi Publ.*, 2006, 196 p. (In Russ.)

**ПАТОКОНАТИВНІ КОМУНІКАТИВНІ СТЕРЕОТИПИ  
ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ  
В УЧАСНИКІВ АНОНІМНИХ ІНТЕРНЕТ-СПІЛЬНОТ**

В. В. Чугунов<sup>1</sup>, А. Д. Городокін<sup>1</sup>,  
В. Л. Щербина<sup>2</sup>, А. С. Скрипник<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Запорізький державний медичний університет

<sup>2</sup> Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка

**Анотація.** З метою порівняльного аналізу і формування типології патологічних інтернет-специфічних комунікативних патернів у осіб з персонологічно-детермінованими формами інтернет-залежності та учасників анонімних інтернет-спільнот було обстежено 80 респондентів, що страждають на інтернет-залежність згідно з результатами опитувальника Internet-UDIT, серед яких 40 членів анонімної інтернет-спільноти, які ідентифікують себе як «хікікоморі» (NEET), що декларують соціальну аутоізоляцію. Виявлено патоконативні комунікативні

**ПАТРОСОНАТИВ КОМУНІКАТИВНІ СТЕРЕОТИПИ  
ОФ ІНТЕРНЕТ АДДІКЦІОН ІН МЕМБЕРС  
ОФ АНОНОУС ОНЛАЙН КОМУНІТАС**

V. V. Chugunov<sup>1</sup>, A. D. Gorodokin<sup>1</sup>,  
V. L. Shcherbina<sup>2</sup>, A. S. Skripnik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zaporozhye State Medical University

<sup>2</sup>Taras Shevchenko National University of Kyiv

**Summary.** In order to perform comparative analysis and to develop typology of pathological internet-specific patterns of communication in individuals with personologic-determined forms of internet-addiction and the participants of anonymous online communities, 80 respondents suffering from Internet-addiction according to the results of questionnaire Internet-UDIT were surveyed, among them 40 members of anonymous internet community, identifying themselves as Hikikomory (NEET), which declare social autoisolation. Such pathoconative communicative stereotypes were revealed: formally-communicative,

стереотипи (формально-комунікативний, компульсивний, аутистичний, утилітарно-комунікативний, альтернативно-мотиваційний, креативно-нарцисичний, рекреаційний) і подано їх денотації та ракурсні характеристики.

**Ключові слова:** інтернет-залежність, хікікоморі, NEET, патоконативні комунікативні стереотипи.

compulsive, autistic, utilitary-communicative, alternatively-motivational, creatively-narcissistic and recreational, their specific characteristics and denotation were described.

**Key words:** Internet addiction, hikikomori, NEET, pathoconative communicative stereotypes.

УДК 616.89 – 008.47 – 053.2 – 009.2



Л. Ф. Шестопалова



В. А. Кожевнікова



О. О. Бородавко



М. С. Гордієвич

## ДИНАМІКА РОЗВИТКУ НЕВЕРБАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА МНЕСТИЧНИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ В ХОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗА СИСТЕМОЮ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В. І. КОЗЯВКІНА

Л. Ф. Шестопалова<sup>1</sup>, В. А. Кожевнікова<sup>1</sup>,  
О. О. Бородавко<sup>1</sup>, М. С. Гордієвич<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

<sup>2</sup>ТзОВ «Міжнародна клініка відновного лікування», м. Трускавець

### Анотація.

У статті виявлено динаміку розвитку невербального інтелекту та мнестичних функцій у дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності в процесі реабілітації за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В.І.Козявкіна. Показано, що в результаті проходження реабілітаційної програми за цією системою у дітей відзначалось значне зниження вираженості основних симптомів синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (недостатності уваги, гіперактивності/імпульсивності та поведінкових порушень), а також мало місце підвищення рівня інтелектуального розвитку, покращення мнестичних функцій, емоційного стану та соціально-психологічної адаптації в цілому. Доведено, що система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В.І.Козявкіна є сучасною реабілітаційною технологією, застосування якої має високу ефективність при реабілітації дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності.

**Ключові слова:** діти, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, дизонтогенез, інтелектуальний розвиток, психічні функції, реабілітація.

### Вступ

Покращення здоров'я дітей із порушеннями розвитку, в тому числі психічного, є однією з найбільш значущих не лише медичних, але й соціальних проблем. Безумовно, особливе місце серед розладів дитячого віку посідає синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). У багатьох дослідженнях зазначається, що первинним дефіцитом при СДУГ є порушення активуючих систем лобних відділів головного мозку, що проявляється у недостатності управляючих функцій. Це зумовлює як дефекти регуляції психічних

процесів, так і порушення соціального аспекту саморегуляції [1–13]. Порушення уваги при СДУГ характеризуються виснажливостю, нестійкістю, вибірковістю, недостатністю об'єму, а також дефектами концентрації, переключення та розподілу залежно від переважання лабільності чи ригідності тощо. З дефектами уваги значною мірою пов'язані порушення мнестичних функцій. Вважається, що для дітей зі СДУГ більшою мірою характерні порушення вербальної пам'яті (більше 80% випадків) [14; 15]. Однак також зустрічаються дефекти зорового запам'ято-

ування (близько 50%), недостатня сформованість зорово-моторної координації, труднощі при оперативному переводі візуальної інформації в рухово-графічний аналог [16].

Характерною рисою розумової діяльності гіперактивних дітей є циклічність. Вони можуть працювати продуктивно 5–15 хвилин, а потім 3–7 хвилин мозок відпочиває, накопичує енергію для наступного циклу. Рівень розумової працездатності знижується, хоча гіперактивність часто зберігається протягом усього дня [3–13; 16; 17]. На сьогодні доведено, що виражені неврологічні порушення у дітей зі СДУГ зустрічаються досить рідко. Однак практично в усіх мають місце легкі неврологічні стигми, дифузна органічна симптоматика, порушення у вигляді асиметрії рефлексів, змішаної латеральності, легкої недостатності зору або слуху, цефалгії тощо [1; 2].

Також у дітей зі СДУГ часто виникають особистісні та емоційні проблеми. Для багатьох з них характерним є підвищення базисного рівня тривоги і надмірного реагування як на фізіологічні, так і на психологічні навантаження [17–19]. У цілому у дітей зі СДУГ відзначається досить низький рівень соціально-психологічної адаптації.

Таким чином, особливого значення набуває проблема створення сучасних і високоєфективних методів лікування та реабілітації цих контингентів хворих. Такі методи повинні сприяти максимальній медичній, соціальній і психологічній адаптації хворих та їх сімей. Можна констатувати, що одним з найбільш значущих медико-соціальних викликів сучасності є необхідність створення системи міждисциплінарної медико-психосоціальної допомоги дітям зі СДУГ.

В Україні проф. В. І. Козявкіним була розроблена сучасна і високоєфективна система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) [20]. Вона заснована на полімодальному підході, що передбачає застосування різнобічних методів впливу на пацієнта, дія яких доповнює одна одну. Основний комплекс лікувальних заходів містить біомеханічну корекцію хребта, мобілізацію суглобів кінцівок, рефлексотерапію, мобілізуючу гімнастику, спеціальну систему масажу, ритмічну гімнастику, апітерапію та механотерапію [20]. Основою СІНР є оригінальна методика полісегментарної біомеханічної корекції хребта, створена проф. В. І. Козявкіним, спрямована на усунення функціональних блоkad хребцево-рухових сегментів та відновлення нормальної рухливості суглобів

хребта, що дає можливість зменшити прояви дизрегуляції нервової системи на різних рівнях чутливих та рухових систем [20].

Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації складається з двох підсистем: підсистеми інтенсивної корекції та підсистеми стабілізації і потенціювання ефекту. Інтенсивна корекція проводиться в умовах реабілітаційного центру і триває протягом двох тижнів. У період стабілізації й потенціювання ефекту лікування здійснюється відповідно до отриманих рекомендацій у домашніх умовах від 1–3 до 6–12 місяців, після чого проводиться повторний курс інтенсивної корекції. Перерва між курсами встановлюється лікарем індивідуально для кожної дитини [20].

СІНР було розроблено для реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч. На сьогодні вже переконливо доведено її ефективність при цій патології [20; 21]. В результаті комплексних досліджень було показано, що використання цього методу позитивно впливає не лише на рухову сферу хворих, але й на такі когнітивні функції, як пам'ять, увага, мислення, інтелект, мова, а також на емоційно-особистісну сферу. Найвища ефективність була відзначена у хворих із церебрастенічною і неврозоподібною симптоматикою, а також з невираженими формами розумової відсталості [21].

Разом з тим, різнобічність та комплексність лікувального впливу цієї системи дозволяє застосовувати її при різних неврологічних та психічних розладах дитячого віку, й особливо при лікуванні СДУГ. Однак, на сьогодні практично не існує досліджень, в яких було б висвітлено специфіку та ефективність застосування цієї системи у дітей зі СДУГ.

#### **Мета дослідження**

Під час роботи поставлено за мету дослідити особливості динаміки розвитку невербального інтелекту та мнестичних функцій у дітей зі СДУГ у ході реабілітації за допомогою СІНР.

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

Було обстежено 34 дитини зі змішаним типом СДУГ: 29 (78,4%) хлопчиків та 8 (21,6%) дівчат віком від 5 до 12 років (середній вік –  $7,7 \pm 2,3$  років). 17 (45,9%) цих пацієнтів пройшли один курс лікування; 11 (29,7%) – два курси; 3 (8,1%) – три курси; 5 (13,5%) – шість та 1 (2,7%) – сім курсів. Також у дослідженні взяли участь 34 батьки цих дітей.

У дослідженні застосовувались методи спостереження, психодіагностичний та ма-

тематико-статистичний. У межах психодіагностичного методу використовувались тест Равена (дитячий варіант) [22]; методика для діагностики вербальної пам'яті (за О. Р. Лурія) [15; 19] та опитувальник Вандербільта [13]. Математико-статистична обробка даних здійснювалась за методом встановлення вірогідності відмінностей за критеріями ф-Фішера та Т-Вілкоксона. Обчислювання отриманих даних проводилось за допомогою пакету програм SPSS 15.0 for Windows.

Усі діти зі СДУГ проходили реабілітацію за СІНР. Вони отримували базовий набір процедур: біомеханічну корекцію хребта за методом проф. В. І. Козявкіна, лікувальну фізкультуру, воско-парафінові аплікації, спеціальну систему масажу та рефлексотерапію. Також обов'язковим компонентом реабілітації цих дітей були методи соціальної інтеграції. В рамках реабілітаційних курсів для дітей організовувались групові олімпіади, театральні вечори, конкурси малюнку та ін.

На початку реабілітації та після її завершення здійснювалось комплексне обстеження, в ході якого визначались особливості динаміки психічного та неврологічного стану кожної дитини. Також проводилось психодіагностичне дослідження, спрямоване на визначення рівня інтелектуального розвитку, мнестичних функцій та емоційного стану дітей в ході реабілітації за СІНР.

### Результати дослідження та їх обговорення

За даними дослідження (табл. 1), у переважній більшості (61,5%) дітей зі СДУГ діагностувалось відносно зниження інтелекту.

Таблиця 1

#### Результати дослідження невербального інтелекту у дітей зі СДУГ в ході реабілітації за СІНР (у відсотках)

Рівень невербального інтелекту	Діти зі СДУГ, n = 26	
	до курсу реабілітації	після курсу реабілітації
I зона (висока норма)	3,8	3,8
II зона (хороша норма)	–	26,9
III зона (середня норма)	30,8	26,9
IV зона (зона відносного зниження інтелекту)	61,5	42,3 <sup>1</sup>
V зона (розумовий дефект)	3,8	–

#### Примітка:

Достовірність відмінностей за критерієм ф-Фішера між показниками у дітей в ході проходження реабілітації за СІНР:

<sup>1</sup> – p < 0,05.

Такі результати можуть відображати не стільки дійсний рівень їхнього інтелектуального розвитку, скільки наявні порушення довільно-регуляторних функцій та поведінки, що значно ускладнює виконання тесту Равена у формально необхідному режимі. Інтелект на рівні середньо-ї норми мав місце у 30,8% дітей; на рівні високої норми – у 3,8% пацієнтів.

У результаті проведеної реабілітації за СІНР у пацієнтів помічено значна позитивну динаміку інтелектуального розвитку. Так, у середньому рівень їх інтелекту підвищився з 39,8±20,3 до 49,4±21,9 балів (p < 0,01), збільшилась відсоткова частка дітей, інтелект яких відповідає хорошій нормі (26,9%) та зменшилось кількість пацієнтів із відносним зниженням інтелекту (61,5 та 42,3%, p < 0,05).

У 60,0% дітей мала місце недостатність мнестичних функцій того чи іншого ступеня вираженості. При цьому, домінували легкі порушення вербальної пам'яті (40,0%) у вигляді недостатності її об'єму та міцності довільного запам'ятовування. Помірні порушення відзначались у 16,0% дітей, виражені – у 4,0%. Після проходження курсу реабілітації за СІНР у всіх дітей відзначалось значне покращення мнестичних функцій. Кількість порушень у них зменшилась з 60,0 до 20,0% (p < 0,01).

Також вивчались особливості сприйняття батьками різних проявів СДУГ у дітей та їх динаміка в результаті реабілітації за СІНР (табл. 2).

Таблиця 2

#### Результати дослідження особливостей сприйняття батьками різних проявів СДУГ у дітей в ході реабілітації за СІНР (за допомогою опитувальника Вандербільта), у балах

Шкала	Батьки дітей зі СДУГ, n = 37	
	до курсу реабілітації	після курсу реабілітації
Дефіцит уваги	19,3 ± 3,7	16,9 ± 3,4 <sup>1</sup>
Гіперактивність	20,4 ± 4,4	17,1 ± 4,3 <sup>1</sup>
Імпульсивність	18,6 ± 5,3	16,5 ± 4,8 <sup>1</sup>
Опозиційна поведінка	16,3 ± 5,8	14,1 ± 5,3 <sup>1</sup>
Проблемна поведінка	9,1 ± 4,7	8,2 ± 4,5 <sup>1</sup>
Тривожно-депресивна симптоматика	6,5 ± 4,5	4,9 ± 3,7 <sup>1</sup>
Соціальна дезадаптація	27,3 ± 8,9	25,9 ± 9,1 <sup>1</sup>

#### Примітка:

Достовірність відмінностей за критерієм Т-Вілкоксона між показниками у дітей у ході проходження реабілітації за СІНР:

<sup>1</sup> – p < 0,01.

За даними самозвіту батьків за опитувальником Вандербільта, у обстежених дітей значною мірою були виражені дефіцит уваги ( $19,3 \pm 3,7$  балів), гіперактивність ( $20,4 \pm 4,4$  балів), імпульсивність ( $18,6 \pm 5,3$  балів), опозиційна поведінка ( $16,3 \pm 5,8$  балів) та соціальна дезадаптація ( $27,3 \pm 8,9$  балів). У результаті проходження реабілітації за СІНР батьки в цілому відзначили значне покращення стану своїх дітей за всіма шкалами опитувальника. Так, на їх думку, у дітей зменшились прояви недостатності уваги ( $19,3 \pm 3,7$  та  $16,9 \pm 3,4$  балів,  $p < 0,01$ ), гіперактивності ( $20,4 \pm 4,4$  та  $17,1 \pm 4,3$  балів,  $p < 0,01$ ), імпульсивності ( $18,6 \pm 5,3$  та  $16,5 \pm 4,8$  балів,  $p < 0,01$ ), реакції протесту ( $16,3 \pm 5,8$  та  $14,1 \pm 5,3$  балів,  $p < 0,01$ ), інших поведінкових проблем ( $9,1 \pm 4,7$  та  $8,2 \pm 4,5$  балів,  $p < 0,01$ ), тривожно-депресивних переживань ( $6,5 \pm 4,5$  та  $4,9 \pm 3,7$  балів,

$p < 0,01$ ), соціальної дезадаптації в цілому ( $27,3 \pm 8,9$  та  $25,9 \pm 9,1$  балів,  $p < 0,01$ ).

### Висновки

Результати дослідження переконливо свідчать про те, що після проходження реабілітаційної програми за СІНР у дітей зі СДУГ відзначалось достовірне зниження вираженості основних симптомів цього синдрому, а саме: дефіциту уваги, гіперактивності/імпульсивності та поведінкових порушень. Також у них відзначалось покращення емоційного стану та мнестичних функцій, підвищення рівня інтелектуального розвитку та соціально-психологічної адаптації в цілому. Отже, зважаючи на все вищезазначене, можна констатувати, що система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації проф. В. І. Козявкіна є сучасною реабілітаційною технологією, застосування якої має високу ефективність при реабілітації дітей зі СДУГ.

### Література

1. Fesenko E. V., Fesenko Yu. A. Sindrom defitsita vnimaniya i giperaktivnosti u detey [Attention deficit hyperactivity disorder in children]. St. Petersburg, Nauka i Tekhnika Publ., 2010, 384 p. (In Russ.)
2. Giperaktivnost' i defitsit vnimaniya v detskom vozraste [Hyperactivity and attention deficit in children]. Moscow, 2005, 256 p. (In Russ.)
3. Mikadze Yu. V. Neyropsikhologiya detskogo vozrasta [uchebnoe posobie] [Childhood Neuropsychology [Tutorial]]. St. Petersburg, Piter Publ., 2014, 288 p. (In Russ.)
4. Simernitskaya E. G. Neyropsikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya shkol'noy neuspevaemosti [Neuropsychological diagnosis and correction of school failure]. Neyropsikhologiya segodnya [ed. E. D. Khomskaaya], Moscow, 1997, 35 p. (In Russ.)
5. Tsvetkova L. S., Tsvetkov A. V. Neyropsikhologicheskoe konsul'tirovanie v praktike psikhologa obrazovaniya [Neuropsychological counseling practice in Educational Psychology]. Moscow, Sport i kul'tura Publ., 2012, 126 p. (In Russ.)
6. Glzman Zh. M., Potanina A. Yu., Soboleva A. E. Neyropsikhologicheskaya diagnostika v do-shkol'nom vozraste [Neuropsychological diagnosis in preschool age]. 2<sup>nd</sup> ed., St. Petersburg, Piter Publ., 2008, 80 p. (In Russ.)
7. Sergeant J. The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 2000, no. 24 (1), pp. 7-12.
8. Chutko L. S., Surushkina S. Yu. Klinicheskaya geterogennost' sindroma defitsita vnimaniya [Clinical heterogeneity of attention deficit disorder]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova*, 2008, no. 8, pp. 23-131. (In Russ.)
9. Barkley R. A., Benton C. ADHD in the Classroom. Strategies for Teachers. NY, Guilford, 1994, 343 p.
10. Barkley R. A. Developmental course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2008, no. 6, pp. 186-207.
11. Smith A., Taylor E., Rogers J. W. Evidence for a pure time perception deficit in children with ADHD. *In Process Citation. J. Child Psychol. Psychiatry*, 2002, no. 3(4), pp. 529-542.
12. Kratochvil C. J., Heiligenstein J. H., Dittmann R. Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: a prospective, randomized, open-label trial. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2002, vol. 41, no. 7, pp. 776-784.
13. Romanchuk O. I. Sindrom defitsita vnimaniya i giperaktivnosti u detey [Attention deficit hyperactivity disorder in children]. Moscow, Genezis Publ., 2010, 336 p. (In Russ.)
14. Kovalev V. V. Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zbolevaniy u detey i podrostkov [Semiotics and the diagnosis of mental disorders in children and adolescents]. Moscow, Medicine Publ., 2009, 288 p. (In Russ.)
15. Tsvetkova L. S., Tsvetkov A. V. Neyropsikhologicheskoe konsul'tirovanie v praktike psikhologa obrazovaniya [Neuropsychological counseling practice in Educational Psychology]. Moscow, Sport i kul'tura Publ., 2012, 126 p. (In Russ.)
16. Shestopalova L. F. Minimal'naya mozgovaya disfunktsiya: kliniko-psikhologicheskie aspekty [Minimal brain dysfunction: clinical and psychological aspects]. *Ukrains'kiy visnik psikhonevrologii*, 2000, vol. 8, issue 2(24), pp. 84-87. (In Russ.)
17. Monina G. B., Lyutova-Roberts E. K., Chutko L. S. Giperaktivnye deti. Psikhologo-pedagogicheskaya korrektsiya [Hyperactive children. Psycho-pedagogical correction]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2007, 186 p. (In Russ.)
18. Pidkorytov V. S., D'jachenko L. I., Kutikov O. Je. [et al.] Stan psyhichnogo zdorov'ja dytjachogo naselennja Ukraïny ta organizacija psyhiatrychnoi' dopomogy i' dopomogy [The mental health of the child population in Ukraine and organization of mental health care]. *Zhurnal psikiatrii i meditsynskoy psikhologii*, 2012, no. 3 (30), pp. 5-15. (In Ukr.)
19. Semenovich A. V. Neyropsikhologicheskaya korrektsiya v detskom vozraste. Metod zameshcha-

yushchego ontogeneza [Uchebnoe posobie] [Neuropsychological correction in childhood. The method replaces ontogeny [Tutorial]]. Moscow, Genezis Publ., 2007, 474 p. (In Russ.)

20. Kozjavkin V. I. Systema intensyvnoi' nejrofiziologichnoi' rehabilitacii' za metodom Kozjavkina [Intensive Neurophysiological Rehabilitation method Kozyavkin]. Lviv-Truskavets, Malti-M Publ., 1999, 280 p. (In Ukr.)

21. Kozjavkin V. I., Shestopalova L. F., Pidkorytov V. S. Dytjachi cerebral'ni paralichi. Medyko-psychologichni problemy [Cerebral palsy. Medical and psychological problems]. Lviv, Publ. house of Ukrainian RPC technology, 1999, 144 p. (In Ukr.)

22. Raven Dzh. K., Stayl I., Raven M. Tsvetnye progressivnye matritsy: klassicheskaya forma [Coloured Progressive Matrices: the classical form]. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2004, 72 p. (In Russ.)

**ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ НЕВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ В ХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО СИСТЕМЕ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В. И. КОЗЯВКИНА**

Л. Ф. Шестопалова<sup>1</sup>, В. А. Кожевникова<sup>1</sup>,  
О. А. Бородавко<sup>1</sup>, М. С. Гордиевич<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Институт неврологии, психиатрии  
и наркологии НАМН Украины», Харьков

<sup>2</sup> ТзОВ «Международная клиника  
восстановительного лечения», Трускавец

**Аннотация.** В статье выявлена динамика развития невербального интеллекта и мнестических функций у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в процессе реабилитации по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации В.И.Козьявкина. Показано, что в результате прохождения реабилитационной программы по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации у детей отмечалось значительное снижение выраженности основных симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности (недостаточности внимания, гиперактивности/импульсивности, поведенческих нарушений), а также имело место повышение уровня интеллектуального развития, улучшение мнестических функций, эмоционального состояния и социально-психологической адаптации в целом. Доказано, что система интенсивной нейрофизиологической реабилитации В.И.Козьявкина является современной реабилитационной технологией, применение которой имеет высокую эффективность при реабилитации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

**Ключевые слова:** дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности, дизонтогенез, интеллектуальное развитие, психические функции, реабилитация.

**DYNAMICS OF DEVELOPMENT OF NON-VERBAL INTELLIGENCE AND MEMORY FUNCTIONS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT SYNDROME AND HYPERAKTYVNOSTY IN THE COURSE OF REHABILITATION ON THE INTENSIVE NEUROPHYSIOLOGICAL REHABILITATION SYSTEM OF V. I. KOZYAVKIN**

L. F. Shestopalova<sup>1</sup>, V. A. Kozhevnikova<sup>1</sup>,  
O. O. Borodavko<sup>1</sup>, M. S. Gordievich<sup>2</sup>

<sup>1</sup> State institution «Institute of Neurology, Psychiatry  
and Narcology of the NAMS of Ukraine», Kharkov

<sup>2</sup> LLC «International Clinic of Rehabilitation», Truskavets

**Summary.** In this article been detected dynamics of development of non-verbal intelligence and memory functions in children with attention deficit syndrome and hyperaktyvnosty in the process on the Intensive Neurophysiological Rehabilitation System of V. I. Kozyavkin. It is shown that as a result of the passage of rehabilitation in the system of intensive neurophysiological rehabilitation programs for children there was a significant reduction in the severity of the main symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (lack of attention, hyperactivity/impulsivity, behavioral disorders), and there has been a increase in the level of intellectual development, improvement mnemonic functions, emotional status and psychosocial adaptation in general. It is proved that the system of the Intensive Neurophysiological Rehabilitation System of V. I. Kozyavkin is a modern rehabilitation technology, use of which is highly effective in the rehabilitation of children with attention deficit hyperactivity disorder.

**Key words:** children, attention deficit hyperactivity disorder, dizontogeneza, intellectual development, mental functions, rehabilitation.



УДК 616.89-008.488



Т. Б. Волошин

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОБОТОТЕХНИКИ В СИСТЕМЕ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АУТИЗМОМ

Т. Б. Волошин

Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец

### Аннотация.

В лечении аутизма хорошо зарекомендовали себя такие интерактивные технологии, как компьютерная игротерапия, виртуальная реальность, роботосистемы. Целью работы было создание собственной робототерапии, изучение возможностей и эффективности ее использования у детей с аутизмом. Сконструирован робот «Кинетрон», разработано программное обеспечение и логистика его использования по определенным сценариям. Во время занятий улучшаются концентрация внимания ребенка, кооперация и двигательные характеристики, поощряется социальное взаимодействие, уменьшаются проявления агрессивности, деструктивности. По данным анкетирования родителей детей с аутизмом, которые прошли курс реабилитации, средняя оценка составила  $9,2 \pm 3,6$  балла (1 – не понравилась робототерапия, 10 – очень понравилась). Это является однозначно положительным показателем возможности использования робототерапии в комплексной реабилитации детей с аутизмом.

**Ключевые слова:** детский аутизм, робот, СИНР.

### Введение

Расстройства аутистического спектра – это нарушения социального поведения. Их характерной особенностью является уменьшение интереса к коммуникации, наблюдаются расстройства речи, изменение стереотипов поведения, ритуалов, ригидных интересов [1].

Разнообразная клиника аутизма не позволяет выработать единую технику лечения, которая одинаково хорошо работала бы на всей популяции. В плане коммуникации, например, дети могут вообще не отвечать на вопросы или отвечают тихо, непонятными звуками; бывают задержки в ответах на вопросы или неправильные ответы; возникают сложности в правильном построении предложения или в переходе от одной темы к другой [2–4]. В решении подобных проблем хорошо зарекомендовали себя интерактивные технологии, которые уже используются в лечении аутизма, в частности, компьютерная игротерапия [5], виртуальная реальность (VR) [6; 7], роботосистемы [2; 5].

Сам термин «робот» произошел от чешского слова *robot* (работа) и впервые был использован К. Чапеком в произведении *Rossum's Universal Robots* (Прага, 1920). И еще в середине прошлого века в одном из рассказов цикла «Я, робот» А. Азимов предсказал, что в 2008 году появятся роботы, предназначенные исключительно для того, чтобы быть товарищем своему хозяину. Такие роботы появились раньше, чем предполагал великий фантаст, не в начале XXI, а в конце

XX века. Ведущими мировыми организациями в этой области являются Массачусетский технологический институт (Массачусетс, США) – пионер в робототерапии (с 1987), Национальный институт науки и передовых технологий (г. Цукуба, Япония), Федеральная политехническая школа Цюриха (г. Цюрих, Швейцария) и др.

«Робототехническая терапия может способствовать снижению повреждений и облегчить нейрон-психомоторное развитие подростков, – говорит доктор Хермано Иго Кребс [8], главный научный сотрудник и один из руководителей проекта Массачусетского технологического института. – Мы начали с инсульта, потому что это «большой слон в комнате», а затем стали работать и в других областях, таких как церебральный паралич, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона и заболевания спинного мозга». Сотрудники института, в том числе доктор Х. Кребс и профессор машиностроения Н. Хоган, являются пионерами в этой области и применяют робототерапию с конца 1980-х годов [9].

Много сделано в плане развития социальных роботов и интеракции человек-робот и для лечения аутизма [10]. Первый опыт использования роботов как социальных медиаторов у детей с аутизмом был проведен И. Верри в 2001 году и заключался в исследовании пары детей и одного автономного робота, с которым можно было играть [11]. Результаты этой работы показали, что гуманоидный робот *Robota* может потенци-

ировать интеракцию детей с аутизмом как между собой, так и с инструктором [12]. При этом роль робота заключается не в замене человека, а в потенцировании контакта человек–человек [13].

Интересную работу в области социального взаимодействия с роботами детей-аутистов ведет Университет Хартфордшира. Идея исследования заключается в изучении тактильного взаимодействия робота и ребенка. В проекте участвует человекоподобный робот-ребенок Kaspar (Kinesics and Synchronization in Personal Assistant Robotics), разработанный в Adaptive Systems Research Group Hertfordshire, который может использоваться для научных исследований, для игр и взаимодействия с детьми [14]. Внешне Kaspar похож на ребенка 3–4 лет и может имитировать поведение детей, удивляться и улыбаться. Он имеет 8 подвижных суставов в голове и шее и 6 в руках и ногах. Основа робота представляет собой алюминиевый каркас, кожа изготовлена из мягкого силикона. Наделенный искусственным интеллектом, этот робот оснащен двумя глазами-вебкамерами с независимой фокусировкой, что позволяет следить за обстановкой и присматривать за ребенком.

В настоящее время Kaspar используется доктором Б.Робинс для поощрения навыков социального взаимодействия у детей с аутизмом, а доктор Д. Полани разрабатывает новые датчики для автоматизированной кожи, что обеспечит обратную осязательную связь робота. Это необходимо для того, чтобы Kaspar мог чувствовать и отвечать на различные стили игры детей, помогая им развивать правильное игровое взаимодействие с роботом и другими людьми (например, не слишком активное или агрессивное) [15]. В научном исследовании по изучению эффективности робототерапии с Kaspar сейчас участвуют более 300 детей с аутизмом [11].

Команда из университета информатики Англии (University's School of Computer Science) под руководством профессора К.Даутенхан уже 3 года работает в проекте Roboskin, который предусматривает разработку роботов с искусственной кожей и встраиваемыми тактильными сенсорами [16]. Изучается применение подобного робота и в терапии детей с аутизмом. «Дети, страдающие аутизмом, зачастую испытывают трудности с прикосновениями, – рассказывает профессор К.Даутенхан. – Прикосновение – очень важная часть социального развития и коммуникации, поэ-

тому мы используем особую кожу, осязательные датчики которой позволят роботу определять различные виды контакта с тем, чтобы поощрять или препятствовать действиям ребенка» [17].

Ю робот создан компанией Robofold Ltd. и задуман как помощник в работе терапевта, который может запрограммировать определенные упражнения для выполнения пациентом с помощью близких. В основном это касается эмоциональных навыков и речи, потому что именно в этой области возникают особые трудности у больных аутизмом [18].

Робот Ursus создан в Laboratory of Robotics and Artificial Vision of the University of Extremadura в Севилье (Испания). Похожий на плюшевую игрушку, Ursus может двигать руками, головой и ртом и используется для улучшения реабилитации тонкой моторики [19]. Робот улавливает внимание ребенка и улучшает его интеллект путем тренировки по сценарию, который соответствует поведению конкретного ребенка. Для этого используются мини веб-камера и технологии виртуальной реальности.

«Робот очень прост и всегда один и тот же. Вот что важно для детей с аутизмом, – говорит исследователь Я.Сосик [20]. – Его глаза всегда на том же месте. Рот всегда на том же месте. Люди делают много комплексных действий, за которыми сложно уследить детям. Когда мы говорим – мы жестикулируем. Сегодня на нас красная футболка, а на следующий день синяя. Робот является одним постоянным стимулом, и дети не должны думать о противоречивой информации, поступающей извне. Они могут сосредоточиться на сути».

Реабилитационные роботы могут также тренировать равновесие, вставание и ходьбу [21]. Они используются для тренировки движений в голеностопе при пирамидной недостаточности и парализациях [22]. Это важно, поскольку у многих из пациентов с аутизмом имеются признаки расстройств моторной сферы, в частности, задержка этапов двигательного развития, исполнительная дисфункция, моторная неуклюжесть, трудности в выполнении билатеральных движений, гиперактивность, двигательные стереотипии рук [23].

Робот может помочь адаптировать ребенка к окружающей среде и расширить существующие для него лимиты [24]. Также он имеет двойное преимущество, поскольку может выполнять повторяемые движения бесконечно, не ассоциируясь у ребен-

ка с учителем, а являясь другом в «детском мире». Дети привыкают к разным формам роботов через телевидение и игрушки, относятся к ним так, как не могут относиться к людям. Это позволяет создать уровень доверия, достаточный для сотрудничества между роботом и ребенком. Робот – не самостоятельный учитель, а друг и компаньон (как для пациента, так и для терапевта) и выполняет роль учебного агента [25].

#### Цель и задачи исследования

Целью работы являются создание собственной терапии с использованием робототехники, изучение возможностей и эффективности ее практического использования у детей с аутизмом в комплексной программе реабилитации по методу проф. В. И. Козьявкина (СИНР).

Человекоподобный робот «Кинетрон», сконструированный с использованием коммерчески доступного Humanoid Robot Kit, был запрограммирован сотрудниками Международной клиники восстановительного лечения (г. Трускавец) и реабилитационного центра «Элита» (г. Львов) и сделал первые шаги в 2013 году [26]. Высота робота 40 см, вес – 1,7 кг.

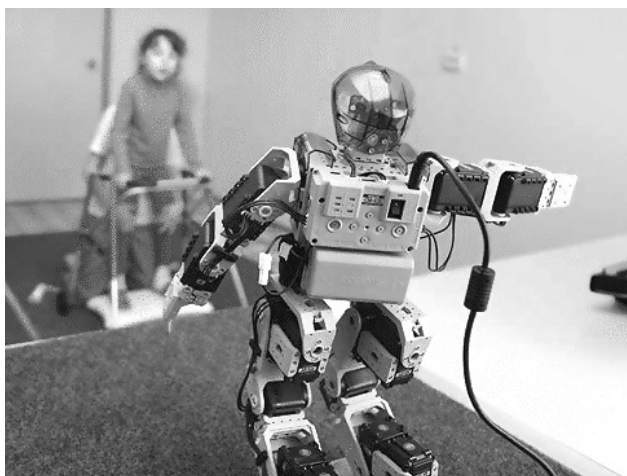


Рис. 1. Занятия с реабилитационным роботом «Кинетрон»

Для того, чтобы заинтересовать детей с аутизмом, использовали похожего на человека робота, который действует как тренер, мотивируя и поощряя ребенка [27]. Разработано программное обеспечение и логистика использования по нескольким сценариям: социальный робот, двигательная реабилитация, мотивация. Выбор вида движений зависит от преобладающей у ребенка-аутиста клинической симптоматики, а сценарии могут использоваться как по отдельности, так и в комбинации. Движения робота выполняются

18 сервомоторами (по 6 в каждой ноге и по 3 в каждой руке), которые управляются микроконтроллером. Эти сервомоторы выполняют необходимые движения с определенной силой и скоростью, имеют обратную связь, сигнализирующую о положении робота. Для организации комплексных движений (ходьба в разных направлениях, движения туловища, жестикуляция руками) использовалось программное обеспечение RoboPlus [28].

#### Материалы и методы исследования

Проведено изучение влияния робототерапии на детей с аутизмом. Критериями включения в выборку при первичной рандомизации были:

- возраст ребенка (от 5 до 15 лет);
- соответствие критериям диагноза «детский аутизм» по МКБ-10;
- наличие признаков аутизма по результатам исследования с помощью тестов Childhood Autism Rating Scale (CARS) для детей от 5 лет или Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) для детей от 6 лет;
- прохождение ребенком курса лечения по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации (СИНР) в Международной клинике восстановительного лечения или в реабилитационном центре «Элита».

Количество детей, которые принимали участие в занятиях с использованием робототерапии и согласились участвовать в исследовании, составило 27 человек, из них 15 мальчиков (56%) и 12 девочек (44%). Большинство детей – 23 (85%) – в возрасте от 5 до 9 лет включительно, 4 ребенка (15%) – в возрасте от 10 до 15 лет. Занятия проводились на протяжении 11 дней ежедневно в течение  $30 \pm 5$  минут. Робототерапия была интегрирована в реабилитационный комплекс по СИНР.

Для проведения исследования разработаны 9 сценариев поведения робота: 3 для начала занятия, 3 – чтобы поощрять пациента в середине тренировки и 3 – для финальной части. Например, один из сценариев таков. Начинается музыка, робот встает, выходит к пациенту, машет рукой и говорит: «Привет, я реабилитационный робот «Кинетрон». А как зовут тебя?» После ответа ребенка, он говорит: «Приятно познакомиться» и приветственно кланяется. Робот предлагает ребенку с аутизмом вместе проводить занятия, говорит, что будет внимательно смотреть, и садится на корточки. Во время занятий инструктор запускает определенный сценарий поведения робота, нажимая на кнопку пульта дистанционного управления.

### Результаты исследования и их обсуждение

После окончания курса реабилитации в Международной клинике восстановительного лечения и в реабилитационном центре «Элита» интересовались мнением пациентов с аутизмом и их родителей о робототерапии. Всем детям понравились занятия с реабилитационным роботом и они хотели бы, чтобы «Кинетрон» присутствовал и на других лечебных процедурах. А взрослые отмечали, что у ребят появилась дополнительная мотивация к выполнению как двигательных, так и когнитивных заданий, а также увеличилась выносливость.

Достижению таких результатов способствуют следующие факторы. С одной стороны, роботы притягивают детей в связи с их высокоструктурированными движениями, развитой функцией коммуникации, что может быть использовано для создания высокоэффективной учебной среды [29; 30]. С другой стороны, известно, что для ребенка с аутизмом недостаточность невербальной коммуникации связана с дефицитом внимания в связи со слабой концентрацией и ротацией головы [31]. Дети чувствуют себя неловко, глядя в глаза человека, но не испытывают трудностей с фиксацией взгляда на глазах робота – именно поэтому интеракция с роботом проходит лучше [32]. Важно, что робот работает по принципу обратной связи и может увеличивать или уменьшать сложность тренировочной сессии, используя учебные алгоритмы [33; 34].

Согласно данным анкетирования родителей, выраженное улучшение концентрации внимания после прохождения одного курса реабилитации по СИНР (методу проф. В. И. Козьякина) отмечается в среднем у  $25 \pm 5\%$  детей с аутизмом. У ребят, которые,

кроме СИНР, дополнительно занимались робототерапией на протяжении всего курса реабилитации, этот показатель составил  $35 \pm 6\%$ , то есть имеет место положительная динамика.

Проведено письменное анонимное анкетирование родителей, ребенок которых проходил занятия с реабилитационным роботом. Анкетирование проводилось по 10-балльной шкале, где 1 балл – «очень не понравилось», а 10 баллов – «очень понравилось». Средняя оценка составила  $9,2 \pm 3,6$  балла, что является однозначно положительным показателем возможности использования робототехники в комплексной реабилитации детей с аутизмом и другими расстройствами аутистического спектра.

### Выводы

Робототерапия, которая сейчас развивается очень динамично, является сравнительно новым, почти не изученным, но перспективным направлением в комплексной программе реабилитации детей с аутизмом. Во время занятий происходит улучшение концентрации внимания ребенка, улучшаются кооперация и двигательные характеристики, поощряется социальное взаимодействие, уменьшаются проявления агрессивности, деструктивности. Робот может потенцировать кооперацию детей с аутизмом как между собой, так и с инструктором или педагогом. Роль его заключается не в замене человека, а в потенцировании контакта человек–человек. Практический опыт применения робототерапии в Международной клинике восстановительного лечения и в реабилитационном центре «Элита» свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения и интеграции элементов робототерапии в комплекс реабилитационных мероприятий для детей с аутизмом.

### Литература

1. International Journal of Emerging Science and Engineering (IJESE). ISSN: 2319–6378. 2013, June, vol. 1, issue 8.
2. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IVTR. Spectrum disorders, J. Autism Dev. Disord, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, 4th ed., vol. 37, pp. 589-600.
3. Rahman M. M., Ferdous S. M., Ahmed S. I. Increasing Intelligibility in the Speech of the Autistic Children by an Interactive Computer Game. Multimedia (ISM), 2010, Dec., pp. 13-15.
4. Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact. Nervous Child [ed. V. H. Winston]. 1943, pp. 217-250.
5. Conn K., Liu Ch., Sarkar N., Stone W., Warren Z. Affect-sensitive Assistive Intervention Technologies for Children with Autism: an Individual-specific Approach. Proceedings of the 17th IEEE International Symposium on Robot and Human Interactive Communication, Technische University of Munich, Germany, Munich, 2010.
6. Strickland D., Marcus L., Hogan K., Mesibov G., McAllister D. Using virtual reality as a learning aid for autistic children. Proceedings of the Autism France Third International Conference on Computers and Autism, 1995, p. 119-132.
7. Strickland D. A virtual reality application with autistic children. PRESENCE: Teleoperators and Virtual Environment, 1996, vol. 5, no. 3, pp. 319-329.
8. Robototechnics. Available at: <http://meche.mit.edu> (accessed 15.04.2016).

9. Робототехническая терапия – перспективное направление в лечении ДЦП. [Электронный ресурс]: <http://dokmed.ru/news/robototekhnicheskaja-terapija>. Дата доступа: 02.09.2016 г.
10. Center for Disease Control and Prevention, CDC. Autism Information Center, DD, NCBDDD, CDC, Atlanta, 2007, April 25.
11. Werry I., Dautenhahn K. Human-Robot Interaction as a Model for Autism Therapy: An Experimental Study with Children with Autism. *Modeling Biology: Structures, Behaviors, Evolution* [eds. M. Laubichler, G. B. Müller]. Vienna Series in Theoretical Biology, MIT Press, 2007, pp. 283-299.
12. Billard A., Robins B., Dautenhahn K., Nadel J. Building Robota, a Mini-Humanoid Robot for the Rehabilitation of Children with Autism. *RESNA Assistive Technology Journal*, 2006, vol. 19, issue 1.
13. Robins B., Ferrari E., Dautenhahn K., Kronrief G., Prazak B., Gerderblom G.-J., Caprino F., Laudanna E., Marti P. Human-centred design methods: Developing Scenarios for Robot Assisted Play Informed by User Panels and Field Trials. *International Journal of Human-Computer Studies IJHCS*, 2010, no. 68, pp. 873-898.
14. Autistic kids respond to Kaspar the robot. Available at: <http://www.dailyherald.com/article/20110313/entlife/703139996/> (date of access: 15.04.2016).
15. Dautenhahn K., Woods S., Kaouri C., Walters M. L., Koay K. L., Werry I. What is a Robot Companion - Friend, Assistant or Butler? *Proc. IROS 2005, IEEE IRS/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems*. Canada, Edmonton, Alberta, 2005, August 2-6, pp. 1488-1493.
16. Dautenhahn K. Roles and Functions of Robots in Human Society - Implications from Research in Autism Therapy. *Robotica*, 2003, no. 21 (4), pp. 443-452.
17. Robototerapiya okazyvaet psikhologicheskuyu podderzhku detyam, stradayushchim autizmom. Available at: <http://novostiandalusii.com/robototerapia-okazyvaet-podderzhku-deti-am-stradaiushim-autizmom/> (accessed 15.04.2016).
18. Conn K. Affect sensitive computing in autism. *Affective Computing and interaction*, 2011, p. 19.
19. Warren Z. Affect-sensitive Assistive Intervention Technologies for Children with Autism: an Individual-specific Approach. *Proceedings of the 17th IEEE International Symposium on Robot and Human Interactive Communication*, Technische University of Munich, Germany, Munich, 2008, August 1-3.
20. Ispol'zovanie robotov v diagnostike autizma [Using robots in the diagnosis of autism]. Available at: <http://autism-help.ru/roboty-diagnostika/> (accessed 15.04.2016). (In Russ.)
21. Carrera I.; Moreno H.; Saltarén R.; Pérez C., Puglisi L., Garcia C. ROAD: domestic assistant and rehabilitation robot. *Medical & Biological Engineering & Computing*, 2011, no. 49(10), pp. 1201-1211. Available at: 10.1007/s11517-011-0805-4.
22. Michmizos K., Rossi S., Castelli E., Cappa P., Krebs H.I. Robot-Aided Neurorehabilitation: A Pediatric Robot for Ankle Rehabilitation, *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 2015, vol. 23, issue 6. Available at: 10.1109/TNSRE.2015.2410773.
23. Kozjavkin V. I., Voloshyn T. B. Vykorystannja systemy intensyvnoi' nejrofiziologichnoi' rehabilitacii' v kompleksnomu likuvanni ditej z autyzmom. Suchasnyj stan fizychnoi' ta rehabilitacijnoi' medycyny v Ukraïni [materialy XIV naukovo-praktychnoi' konferencii'], Kiev, 2014, December 11-13, p. 59.
24. Kim E. S., Berkovits L. D., Bernier E. P., Leyzberg D., Shic F., Paul R., Scassellati B. Social robots as embedded reinforcers of social behavior in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013, May, no. 43(5), pp. 1038-1049. Available at: 10.1007/s10803-012-1645-2.
25. Cooper M., Keating D., Harwin W., Dautenhahn K. Robots in the Classroom - Tools for Accessible Education. To be published in the AAATE proceedings Nov 99), 1999.
26. Kachmar O. O., Kozjavkin V. I. Zastosuvannja ljudynopodibnogo robota v rehabilitacii' ditej iz cerebral'nymy paralichamy. *Social'na pediatrija ta reabilitologija*, 2014, no. 7, pp. 11-13.
27. Kozjavkin V., Kachmar O., Ablikova I. First experiences with using humanoid social robots in the rehabilitation of motor disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology Special Issue: Abstracts of the European Academy of Childhood Disability 26th Annual Meeting, 3-5 July 2014, Vienna, Austria, 2014, July, vol. 56, issue supplements 4, p. 40.*
28. Kozjavkin V., Kachmar O., Ablikova I. Humanoid social robots in the rehabilitation of children with cerebral palsy *Pervasive Health '14 Proceedings of the 8th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare*. Germany, Oldenburg, 2014, May 20-23, pp. 430-431.
29. Dautenhahn K. 2002. Design spaces and niche spaces of believable social robots. In *Proceedings of IEEE Intl. Workshop Robot and Human Interactive Communication (RO-MAN 2002)*; 2002 Sep 25-27; Berlin, Germany. p. 192-197.
30. Robins B., Dautenhahn K., Boekhorst R., Billard A. Robotic assistants in therapy and education of children with autism: Can a small humanoid robot help encourage social interaction skills, *Special issue of Universal Access in the Information Society*, 2005, vol. 4, no. 2, pp. 105-120.
31. Leekama S. R., Hunnisett E., Moore C. Targets and cues: Gaze following in children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1998, vol. 39, pp. 951-962.
32. Werry I., Dautenhahn K., Ogden B., Harwin W. Can social interaction skills be taught by a social agent? The role of a robotic mediator in autism therapy, in *CT '01: Proceedings of the 4th International Conference on Cognitive Technology*. UK, London, Springer-Verlag, 2001, pp. 57-74.
33. De Silva P. R. S., Tadano K., Saito A., Lambacher S. G., Higashitani M. The development of an assistive robot for improving the joint attention of autistic children. *International Conference on Intelligent Robots and Systems - IROS - IROS*, 2009, pp. 3561-3567.
34. Norjasween A., Akhtar F. Emergence of Socially Assistive Robotics in Rehabilitation for Children with CP. A review. *International Journal of Advanced Robotic Systems*, 2016, p. 78.

## ВИКОРИСТАННЯ РОБОТОТЕХНІКИ В СИСТЕМІ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АУТИЗМОМ

Т. Б. Волошин

Міжнародна клініка відновного лікування, м. Трускавець

**Анотація.** В лікуванні аутизму добре зарекомендували себе такі інтерактивні технології як комп'ютерна ігротерапія, віртуальна реальність, роботосистеми. Метою роботи було створення власної робототерапії, вивчення можливостей та ефективності її використання у дітей з аутизмом. Сконструйований робот «Кінетрон», розроблено програмне забезпечення та логістика використання за певними сценаріями. Під час занять покращуються концентрація уваги дитини, кооперація та рухові характеристики, заохочується соціальна взаємодія, зменшуються прояви агресивності, деструктивності. За даними анкетування батьків дітей з аутизмом, які пройшли курс реабілітації, середня оцінка склала  $9,2 \pm 3,6$  бали (1 – не сподобалася робототерапія, 10 – дуже сподобалася). Це є однозначно позитивним показником можливості використання робототерапії в комплексній реабілітації дітей з аутизмом.

**Ключові слова:** дитячий аутизм, робот, СІНР.

## THE USE OF ROBOTICS IN THE SYSTEM OF INTENSIVE NEUROPHYSIOLOGICAL REHABILITATION FOR PATIENTS WITH AUTISM

T. Voloshyn

International clinic of rehabilitation, Truskavets

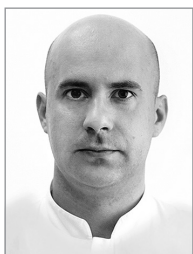
**Summary.** In the treatment of autism interactive technologies are widely used, namely computer-based rehabilitation, augmented reality, robotics. The aim of our research is creation of modern robot therapy, studying its opportunities and the effectiveness for children suffering from autism. We created robot "Kinetron", software and the logistics of use were developed according to 3 scenarios: social robot, movement training and motivation. During this treatment we detected improved attention of the child, cooperation and movement characteristics, encouraged social interaction, reduced aggressive and destructive tendencies. According to the survey of parents of children with autism average score was  $9.2 \pm 3.6$  points (1 – did not like robot, 10 – liked a lot), which is unambiguously positive indicator of potential use of robots in complex rehabilitation of children with autism.

**Key words:** childhood autism, robot, INRS.

УДК 616.89-008.488



В. І. Козьявкін



Т. Б. Волошин



О. О. Качмар

## ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

В. І. Козьявкін, Т. Б. Волошин, О. О. Качмар

Міжнародна клініка відновного лікування, м. Трускавець

### Анотація.

Кількість дітей із моторною дискоординацією та диспраксією при розладах аутичного спектру сягає 85 %. Ефективність їх реабілітації залежить від пластичності нервової системи, яку стимулюють багаторазове повторення необхідних рухів, інтенсивність тренувань та позитивна мотивація. Недосконалість механічних тренажерів полягає у монотонності та відсутності мотивації до регулярних та тривалих занять. У Міжнародній клініці відновного лікування (МКВЛ) та Реабілітаційному центрі «Еліта» поєднали корисний, але нудний процес тренування із захоплюючими комп'ютерними іграми, яких створено вже понад 20. Важливим етапом зворотнього контролю та можливості безперервних занять є створення Інтернет-системи домашнього ігрового тренування. Інформація про перебіг ігрових сесій, їх тривалість та результати доступні на веб-сторінці. Інструктор здійснює дистанційний контроль, корегує програму та дає рекомендації.

**Ключові слова:** аутизм, система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР), комп'ютерні ігри, інтернет-система домашнього ігрового тренування.

### Вступ

Виключна різноманітність спектру порушень та їх тяжкості дозволяє обґрунтовано вважати навчання і виховання дітей з аутизмом найбільш складним розділом корекцій-

ної педагогіки. Хоча більшість досліджень у сфері аутизму присвячені порушенням соціальної взаємодії, проте проблемам у спілкуванні та інтеракції можуть сприяти обмеження моторних навичок.

Розвиток рухових можливостей критично важливий, оскільки діти з аутизмом часто «приховують» свою нездатність до простих фізичних занять. Якщо дитина відмовляється грати з однолітками, причиною часто є не проблеми соціальних навичок, а невпевненість у своїй фізичній здатності грати в такі ігри. В переважній більшості випадків спостерігаються поєднані порушення тонкої моторики і великих моторних функцій. Кількість дітей із моторною дискоординацією та диспраксією при розладах аутичного спектру становить, за даними різних досліджень, до 85% [1]. Формування правильних рухів, покращення концентрації уваги та соціальної інтеракції є важливими завданнями реабілітації дітей з аутизмом.

Відновлення рухових функцій залежить від пластичності нервової системи, яку стимулює багаторазове повторення необхідних рухів, інтенсивність тренувань та позитивна мотивація. Традиційно механічні тренажери, які застосовуються для покращення рухових характеристик, не завжди приносять бажаний ефект. Недосконалість їх полягає у монотонності та відсутності у дитини мотиваційного компонента до проведення тривалих та регулярних занять.

У Міжнародній клініці відновного лікування (МКВЛ) та реабілітаційному центрі «Еліта» поєднали корисний, але доволі нудний процес тренування дитини з цікавими та захоплюючими комп'ютерними іграми [2]. На сьогодні створено більше 20-ти комп'ютерних ігор для пацієнтів із порушеннями психомоторної сфери, доступних безкоштовно для пацієнтів на сайтах [www.game.reha.lviv.ua](http://www.game.reha.lviv.ua) і [www.rehagame.com](http://www.rehagame.com).

Руки руки, тулуба чи ноги пацієнта з аутизмом збігаються з переміщенням персонажа комп'ютерної гри, або зображення пацієнта проектується на екран, і вже сама дитина стає учасником гри. Для дозування навантаження, яке повинен долати пацієнт під час гри, інструктор обирає відповідний рівень швидкості та складності.

Перші комерційно успішні комп'ютерні ігри були розроблені в 1970-ті роки як розвага [3]. Майже одночасно з цим медики та психологи стали використовувати комп'ютерні та відеоігри як частину терапії [4] і почали розробляти психотерапевтичні ігри (EGP) [5]. За останніми оцінками поширеності, в комп'ютерні та відеоігри грають від 59% [6] до 63% [7] усіх дітей. Це забезпечує безліч нових можливостей для реабілітаційного процесу.

Огляд літератури вказує на те, що комп'ютерні ігри вже успішно використовуються для поліпшення дієти та фізичної активності у дітей, для лікування хіміотерапія-залежної нудоти, передопераційної тривоги, у фітнесі, ЛФК та для когнітивної реабілітації [8; 9].

Побічні ефекти комп'ютерних ігор дуже рідкісні, вони включають одиничні випадки епілепсії і розтягу м'язів [10]. Комп'ютерна ігротерапія використовується з доведеною ефективністю в дітей [11] та дорослих, включаючи людей похилого віку [12], в реабілітації та для довгострокового порівняння параметрів покращення [13; 14], для підвищення рівня загальної фізичної підготовленості [15], зменшення больового синдрому [14], поліпшення когнітивної функції після черепно-мозкових травм [16], інсультів, хвороби Хантінгтона [17], при розсіяному склерозі [18].

Низка пілотних досліджень [10; 12; 15; 16] вказує на покращення після використання комп'ютерної ігротерапії психосоціального функціонування, зменшення ознак дистресу [19], позитивну динаміку емоційній сфері [20], показників упевненості в собі [21], соціалізації [21; 22], якості життя [21].

Недавні дослідження та огляди виявили чотири основні компоненти сприятливого впливу комп'ютерних ігор: когнітивний, мотиваційний, емоційний і соціальний [23; 24]. Під час комп'ютерного тренування спостерігаються збільшення швидкості та підвищення концентрації уваги; покращення навчання, запам'ятовування, виконавчих функцій, креативності; з'являються навички вирішення проблем. Мотиваційні переваги включають поліпшення працьовитості та наполегливості. Емоційні переваги полягають у покращенні настрою та адаптивному регулюванні стратегії управління негативними емоціями, такими як гнів, тривога і депресивність. І.Гранік та співавт. [23] відзначили такі соціальні позитивні зміни, як розширення співробітництва, підтримка, взаємодопомога, а також покращення поведінки та громадської активності.

У недавньому дослідженні, яке було проведено в межах індивідуальної поведінкової терапії, пацієнтів із аутизмом навчали маніпулювати ігровим контролером на PlayStation 2 у грі «Герой-гітарист» (Guitar Hero). Точність виконання завдань значно зросла після тренінгу та склала 70% [25].

Поведінка, соціалізація, вміння робити компліменти одноліткам, коментувати гру значно покращувались після проведення гру-

пових занять комп'ютерними іграми на Nintendo Wii [26]. Заняття проходили протягом 10 тижнів у групі з 10 дітей віком 7–11 років, дев'ятьом з яких діагностовано аутизм.

Дослідження щодо застосування комп'ютерних ігор показує, що кількість ігрового часу і тривалість ігрових сесій пов'язані з імовірністю виникнення соціально-емоційних та освітніх проблем, у той час як гра з дітьми та соціальне заохочення є захисними факторами [27; 28]. Батькам (інструкторам) слід грати зі своїми дітьми і контролювати їх гру за тривалістю та змістом, заохочувати їх, щоб грати з однолітками, причому бажано особисто, а не онлайн [29].

Більшість систем для віртуальної реабілітації та тренування рухів доволі складні, дорогі та можуть застосовуватися лише в умовах реабілітаційних центрів. З іншого боку, існує низка недорогих, комерційно доступних ігрових систем, які мають високий потенціал для тренування рухів. Ці ігри розраховані на здорових дітей і є занадто складними для неврологічних хворих.

#### **Мета дослідження**

Метою дослідження є аналіз сучасного стану застосування та ефективності комп'ютерної ігрової терапії в галузі реабілітації дітей з руховими порушеннями та порушеннями психомовної сфери, а також здійснення імплементації в систему інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації спеціалізованих комп'ютерних ігор на кистьовому маніпуляторі, танцювальному коврику, платформах Nintendo Wii та Xbox Kinect, адаптованих до можливостей та потреб пацієнтів з аутизмом.

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

На сьогодні розроблено та апробовано низку програм та ігор [13], що застосовуються в комп'ютерній ігровій терапії, яка, в свою чергу, є важливою складовою методу проф. В. І. Козявкіна. Реабілітація пацієнтів з аутизмом за допомогою ігрових пристроїв використовується як у клініці, так і в домашніх умовах.

Загальний алгоритм створених ігор побудований таким чином, що постійно спонукає пацієнта до збільшення об'єму рухів, підвищення їх швидкості та точності, покращення концентрації уваги. У процесі гри завдання поступово ускладнюються і потребують щораз досконалішого руху. Цікавий ігровий сюжет стимулює пацієнта з аутизмом до правильного виконання вправи, збільшення швидкості та амплітуди рухів, розвитку швидкості реакцій та окорухової координації. Використовуються також логічні ігри, де

рухова активність поєднується з обиранням правильного предмету, картинки. Для посилення емоційного впливу застосовуються елементи віртуальної реальності, робототерапії. Процес комп'ютерного тренування постійно контролюється інструктором.

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

Першим з пристроїв цієї серії є кистьовий маніпулятор, який призначений для вдосконалення рухів кисті. Залежно від положення ручки пристрою можна тренувати або згинання-розгинання кисті, або пронацію-супінацію передпліччя. Під час занять рука пацієнта фіксується на підлокітнику, який регулюється за висотою. Регулятором опору встановлюють необхідне навантаження, причому на перших тренуваннях рухи здійснюються з невеликим опором, який потім поступово збільшується (**рис. 1**).

Для кистьового маніпулятора розроблено дві спеціалізовані гри: «Бджілка» та «Козаки». Гра «Бджілка» призначена для тренування поворотів кисті вліво-вправо, тобто пронації-супінації. Ця гра про пригоди бджілки, яка на зеленій галявинці збирає мед з квіток. Переміщенням бджілки по ігровому полю дитина керує рухами своєї кисті. Коли бджілка доторкнеться до барвінку чи ромашки, у відерце потрапляє крапелька меду. Набравши повний глечик, дитина переходить на наступний ігровий рівень. На різних ігрових рівнях треба ухилятися від мухоморів, уникати джмеля та втікати від дощу. Для тренування руху згинання-розгинання кисті розроблено гру «Козаки». Згинаючи і розгинаючи кисть (й тим самим керуючи своїм кораблем), гравець повинен, оминаючи скелясті острови, розправитися з ворожим флотом. На наступному ігровому рівні гравцю доводиться скакати вершником по полю, де він має перемогти своїх супротивників.

Кожна дитина має власні рухові можливості та обмеження, тому перед першим тренуванням необхідно настроїти параметри гри: показати, в якому діапазоні гравець може здійснювати необхідні рухи. Надалі інформація про початкові параметри гри разом із даними про результативність кожної ігрової сесії зберігається в базі даних, і згодом може бути використана для аналізу результативності тренувань.

Застосування кистьового маніпулятора в комплексній реабілітації пацієнтів із аутизмом сприяє покращенню функції хапання, збільшенню об'єму активних рухів та розвитку сили кисті.





Рис. 1. Кистьовий маніпулятор

Left Leg	RESULTS			Right Leg
	Back		Next	
0.88	0.88	0.88	0.98	0.98
0.89	0.89	0.89	0.75	0.75
0.86	0.86	0.86	1.11	1.11
1	0.8	0.8	0.88	0.88
1.79	0.88	0.88	0.88	0.9
1.04	0.73	0.73	0.75	0.75
1.42	0.88	0.88	0.88	0.88
0.88	0.73	0.73	0.96	0.96
0.73	0.73	0.73	1.03	1.03
0.75	0.75	0.75	1.16	1.16

Рис. 2а. Степ-тест на танцювальному килимку

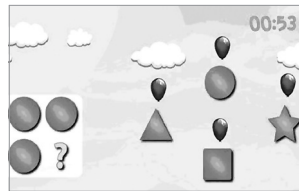


Рис. 2б. Логічні ігри на танцювальному килимку

Танцювальний килимок, Xbox Kinect, Nintendo Wii є недорогими, комерційно доступними. Вони забезпечують більшу різноманітність фізичних операцій і навантаження порівняно з іграми зі звичайними контролерами [30].

Комп'ютерна ігротерапія Nintendo входить до складу комплексу лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) і викликає захоплення в дітей різного віку. Використовується платформа Nintendo Wii та пульт керування Wi Remote. Гра справляє передусім великий емоційний вплив: ставши на ігрову платформу, дитина перестає почувати себе хворою. Спортсмени, члени команди, мають реальний шанс виграти головний приз – перемогти свою недугу і всі труднощі життя не тільки зараз, у грі, але й у майбутньому, дорослому житті.

Основними завданнями цього напрямку роботи є допомога у формуванні та вдосконаленні функціональних положень пацієнтів, у покращенні рівноваги і контролю виконуваних дій. Застосування комп'ютерної ігрової реабілітації дає змогу збільшити мотивацію до виконання необхідних рухів та фізичних вправ. Для кожного пацієнта індивідуально підбирають ігрові завдання, вихідні положення та темп при виконанні рухової дії. Індивідуалізація процесу здійснюється з урахуванням вихідного стану кожної дитини.

Танцювальний килимок (Dance Mat) – це ігровий контролер у вигляді килимка, розділеного на 9 секторів із сенсором дотику в кожному з них, і складається з платформи з дев'ятьма різноспрямованими стрілками (рис. 2а). Для керування грою необхідно наступати ногою на відповідний сектор. Завдяки створеній програмі «Степ-тест» [31; 32] на Dance Mat можна вимірювати швидкість ре-

акції та рівень концентрації уваги: у грі необхідно якомога швидше наступати на сектор килимка, що висвітлюється на екрані.

Заняття на Dance Mat мають на меті не лише покращення рухових характеристик, а й впливають на когнітивні здібності. Завдяки створеним логічним іграм дітям необхідно обрати певну фігуру чи предмет та натиснути відповідну стрілку (рис. 2б). Килимок можна вільно придбати в інтернет-магазинах комп'ютерних ігор.

Для тренування точності та швидкості рухів рукою розроблено ігри, які керуються за допомогою сенсора Kinect. Це новітній ігровий контролер, який відслідковує рухи тіла та кінцівок шляхом аналізу відеозйомки пацієнта. Контролер розроблений компанією Microsoft і використовується в ігрових приставках Xbox 360. Розроблені нами ігри «Володар м'ячів», «Світ тварин», «Транспорт-1», «Транспорт-2», «Яблуневий сад» керуються рухами руки. Передбачається, що перед початком тренувань проводять індивідуальне калібрування діапазону рухів відповідно до об'єму рухів рукою та налаштування складності гри.

Водночас програмне забезпечення має і діагностичне значення. Під час гри вимірюють та виводять на монітор деякі важливі параметри: швидкість виконання, результативність гри. За допомогою створеної в МКВЛ програми «Стабілометрія» на Wii-платформі можна кількісно визначити зміщення центру маси тіла та середнє квадратичне відхилення при стоянні протягом 15 секунд (вимірювання рівноваги). Ці дані зберігаються, потім вони можуть бути використані для аналізу досягнень пацієнта у процесі лікування. За статистикою, у  $89 \pm 9\%$  пацієнтів з аутизмом уже після першого курсу реабілітації в МКВЛ спостерігається позитивна динаміка цих показників.

Важливим етапом зворотного контролю та можливості безперервних занять є створення інтернет-системи домашнього ігрового тренування [33–35].

Інструктор готує для пацієнта домашню тренувальну програму, в якій визначає певні ігри, тренувальні положення, частоту і тривалість занять. Оптимальна тривалість заняття – 30 хвилин щодня. Вдома пацієнт сам або з допомогою батьків налаштовує комп'ютер для домашніх тренувань згідно з детальними інструкціями, наведеними на веб-сторінці. Пацієнт входить під своїм паролем до системи тренувань (<http://game.reha.lviv.ua>), оби-

рає рекомендовані ігри і починає заняття. Інформація про перебіг ігрових сесій, їх тривалість та результати зберігаються у системі й відображаються на веб-сторінці у вигляді графіків. Інструктор здійснює дистанційний контроль за процесом тренування, корегує домашню програму та дає рекомендації пацієнту. Розроблена система домашньої ігрової реабілітації рухових порушень є новим інструментом проведення відновного лікування в домашніх умовах.

### Висновки

Для зацікавлення пацієнта з аутизмом у правильному виконанні вправ, збільшенні швидкості, частоти та амплітуди рухів, у МКВЛ розроблено серію ігрових реабілітаційних ігор та пристроїв, які поєднують механічний тренажер із цікавою комп'ютерною грою. Розроблені ігри завдяки своїй мальовничості, цікавій анімації та сюжету, забезпе-

чують ефективно проведення тренувальної ігрової сесії та стимулюють розвиток психомоторних можливостей дитини з аутизмом. Розроблена інтернет-система домашнього ігрового тренування дозволяє проводити постійний дистанційний контроль та аналіз ігрових сесій за тривалістю та результатами. Таке поєднання дає змогу інтегрувати всі необхідні фактори для успішного навчання: дає змогу обрати правильні рухи, подає зворотну інформацію про успішність виконання та суттєво підкріплює мотивацію до занять, яка є однією із запорук успішної реабілітації.

Перспективи подальших досліджень полягають у розвитку нових реабілітаційних ігор для тренування когнітивних здібностей, мови, логіки, соціалізації, а також у проведенні апробації та оцінці ефективності застосування цього методу – як окремо, так і в комплексній реабілітації дітей з аутизмом.

### Література

1. Miyahara M., Tsujii M., Hori M. Brief report: motor incoordination in children with Asperger syndrome and learning disabilities. *J. Autism Devl. Disorders*, 1997, no. 27, pp. 595-603.
2. Kachmar O., Kozyavkin V. Rehabilitation computer stepping games for patients with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Special issue: Abstracts of the European Academy of Childhood Disability 27th Annual Meeting, 2015, vol. 57, issue Supplement s4, pp. 46.
3. Salonijs-Pasternak D. F., Gelfond H. S. The next level of research on electronic play: potential benefits and contextual influences for children and adolescents. *Human Technology*, 2005, no. 1(1), pp. 5-22.
4. Allen D. H. The use of computer fantasy games in child therapy. *Using computers in clinical practice [psychotherapy and mental health applications]* [ed. M. D. Schwartz], New York, The Hawthorne Press, Inc., 1984, pp. 329-334.
5. Clark B., Schoech D. A computer-assisted therapeutic game for adolescents: initial development and comments. *Using computers in clinical practice [psychotherapy and mental health applications]* [ed. M. D. Schwartz], New York, The Hawthorne Press, Inc., 1984, pp. 335-353.
6. Entertainment Software Association Industry Facts. Retrieved from 2014. Available at: <http://www.theesa.com/facts/index.asp>.
7. NPD Group More Americans play video games than go out to movies. Retrieved from 2009. Available at: [https://www.npd.com/wps/portal/npd/us/news/press-releases/pr\\_090520/](https://www.npd.com/wps/portal/npd/us/news/press-releases/pr_090520/).
8. Baranowski T., Buday R., Thompson D. I., Baranowski J. Playing for real: video games and stories for health-related behavior change. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, no. 34(1), pp. 74-82. Available at: [10.1016/j.amepre](http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.027). (accessed 09.027.2007).
9. Kato P. M. Video games in health care [closing the gap]. *Review of General Psychology*, 2010, no. 14(2), pp. 113-123. Available at [10.1037/a0019441](http://dx.doi.org/10.1037/a0019441).
10. Parisod H., Pakarinen A., Kauhanen L., Aromaa M., Leppanen V., Liukkonen T. [et al.] Promoting children's health with digital games [A review of reviews]. *Games for Health Journal: Research, Development, and Clinical Applications*, 2014, no. 3(3), pp. 145-153. Available at: [10.1089/g4h.2013.0086](http://dx.doi.org/10.1089/g4h.2013.0086).
11. Tatla S. K., Radomski A., Cheung J., Maron M., Jarus T. Wii-habilitation as balance therapy for children with acquired brain injury. *Developmental Neurorehabilitation*, 2014, no. 17(1), pp. 1-15. Available at: [10.3109/17518423.2012.740508](http://dx.doi.org/10.3109/17518423.2012.740508).
12. Szturm T., Betker A. L., Moussavi A. D., Goodman V. Effects of an interactive computer game exercise regimen on balance impairment in frail community-dwelling older adults [A randomized clinical trial. *Physical Therapy*], 2011, no. 91(10), pp. 1449-1462. Available at: [10.2522/ptj.20090205](http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20090205).
13. Kozijavkin V., Kachmar O. Rehabilitation with the ease of the game. *Cerebral Palsy Magazine*, 2004, pp.31-34.
14. Hsu J. K., Thibodeau R., Wong S. J., Zukivsky D., Cecile S., Walton D. M. A «Wii» bit of fun: the effects of adding Nintendo Wii bowling to a standard exercise regimen for residents of long-term care with upper extremity dysfunction. *Psychotherapy Theory and Practice*, 2011, no. 27(3), pp. 185-193. Available at: [10.3109/09593985.2010.483267](http://dx.doi.org/10.3109/09593985.2010.483267).
15. Douris P. C., McDonald B., Vespi F., Kelley N. C., Herman L. Comparison between Nintendo Wii Fit aerobics and traditional aerobic exercise in sedentary young adults. *Journal of Strength and Conditioning*, 2012, no. 26(4), pp. 1052-1057. Available at: [10.1519/JSC.0b013e31822e5967](http://dx.doi.org/10.1519/JSC.0b013e31822e5967).
16. Cuthbert J. P., Staniszewski K., Hays K., Gerber D., Natale A., O'Dell D. Virtual reality-based therapy for the treatment of balance deficits in patients receiving inpatient rehabilitation for traumatic brain injury. *Brain Injury*, 2014, no. 28(2), pp. 181-188. Available at: [10.3109/02699052.2013.860475](http://dx.doi.org/10.3109/02699052.2013.860475).
17. Kloos A. D., Fritz N. E., Kostyk S. A., Young G. S., Kegelmeyer D. A. Video game play (Dance Dance Revolution) as a potential exercise therapy in Huntington's disease [A controlled clinical trial. *Clinical Rehabilitation*], 2013, no. 27(11), pp. 972-982. Available at: [10.1177/0269215513487235](http://dx.doi.org/10.1177/0269215513487235).
18. Stuijbergen A. K., Becker H., Perez F., Morison J., Kullberg V., Todd A. A randomized controlled trial of a cog-

nitive rehabilitation intervention for persons with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 2010, no. 26(10), pp. 882-893. Available at: 10.1177/0269215511434997.

19. Bessell A., Clarke A., Harcourt D., Moss T. P., Rumsey N. Incorporating user perspectives in the design of an online intervention tool for people with visible differences: face IT. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2010, no. 38, pp. 577-596. Available at: 10.1017/S1352465810000305.

20. Brown J. L., Vanable P. A., Carey M. P., Elin L. The development of a computer-administered cognitive-behavioral intervention to promote stress management among HIV+ women. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2010, no. 24(4), pp. 265-280. Available at: 10.1891/0889-8391.24.4.265.

21. Lii W. H. C., Chung J. O. K., Ho K. Y. The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalized with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, no. 20, pp. 2135-2143. Available at: 10.1111/j.1365-2702.2011.03733.x.

22. Janssen J., Verschuren O., Levac D., Ermers J., Ketelaar M. Structured game-related group therapy for an adolescent with acquired brain injury [A case report]. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*, 2012, no. 5, pp. 125-132.

23. Granic I., Lobel A., Engels R. C. M. E. The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 2014, no. 69(1), pp. 66-78. Available at: 10.1037/a0034857.

24. Bisoglio J., Michaels T. I., Mervis J. E., Ashinoff B. K. Cognitive enhancement through action video game training [Great expectations require greater evidence]. *Frontiers in Psychology*, 2014, no. 5(136), pp. 1-9.

25. Blum-Dimaya A., Reeve S. A., Reeve K. F., Hoch H. Teaching children with autism to play a video game using activity schedules and game-embedded simultaneous video modeling. *Education and Treatment of Children*, 2010, no. 33(3), pp. 351-370. Available at: 10.1353/etc.0.0103.

26. Ferguson B. R., Gillis J. M., Sevlever M. A brief group intervention using video games to teach sportsmanship skills to children with autism spectrum disorders. *Child and Family Behavior Therapy*, 2014, no. 35(4), pp. 293-306. Available at: 10.1080/07317107.2013.846648.

27. Coyne S. M., Padilla-Walker L. M., Stockdale L., Day R. D. Game on Girls: Associations between co-playing video games and adolescent behavioral and family outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 2011, no. 49(2), pp. 160-165. Available at: 10.1016/j.jadohealth.

2010.11.249.

28. Engelhardt C. R., Mazurek M. O., Sohl K. Media use and sleep among boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics*, 2013, no. 132(6), pp. 1081-1089. Available at: 10.1542/peds.2013-2066.

29. Elson M., Ferguson C. J. Twenty-five years of research on violence in digital games and aggression [Empirical evidence, perspectives, and a debate gone astray]. *European Psychologist*, 2014, no. 19(1), pp. 33-46. Available at: 10.1027/1016-9040/a000147.

30. Griffiths M. D. The therapeutic use of video-games in childhood and adolescence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2003, no. 8, pp. 547-554. Available at: 10.1177/13591045030084012.

31. Kozyavkin V. I., Kachmar O. A., Voloshin T. B., Ablikova I. V. Rehabilitation igroterapiya computer using a dance mat]. III ezhegodnaya mezhdistsiplinarnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem «Detskiy tserebral'nyy paralich i drugie narusheniya dvizheniya u detey» [Sbornik tezisev, 31 oktyabrya – 1 noyabrya, 2013] [III the annual interdisciplinary scientific and practical conference with international participation "Cerebral Palsy and other movement disorders in children" [A collection of abstracts, October 31 - November 1, 2013]]. Moscow, 2013, p. 49. (In Russ.)

32. Kozjavkin V. I., Kachmar O. O., Ablikova I. V., Kachmar B. O. Reabilitacijna komp'juterna igroterapija iz vykorystannjam tancjuval'nogo kylymka [Play therapy Rehabilitation computer using a dance mat]. *Social'na pediatrija ta reabilitologija*, 2013, no. 2(5), pp. 20-25. (In Ukr.)

33. Kozyavkin V. I., Kachmar O. A., Ablikova I. V., Voloshin T. B. Internet sistema domashney igrovoy trenirovki dvigatel'nykh narusheniy [Internet gaming system home workout movement disorders]. *Chetvertyj Baltijskiy Kongress po detskoj nevrologii. Sbornik tezisev, 3-4 iyulya 2013* [Fourth Baltic Congress on Pediatric Neurology. Abstracts, 3-4 July 2013]. St. Petersburg, 2013, p. 145. (In Russ.)

34. Kozyavkin V., Kachmar O., Melnychuk V., Kachmar B. Web-based Home Rehabilitation Gaming System for Balance Training. *Journal of Accessibility and Design for All (CC) JACCES*, 2014, special issue: 104-116. ISSN: 2013-7087.

35. Kozjavkin V. I., Kachmar O. O., Ablikova I. V., Markelov V. E., Kachmar B. O. Internet-sistema domashn'ogo igrovogo trenuvannja ruhovyh porushen' [Internet gaming system home workout movement disorders]. *Social'na pediatrija i reabilitologija*, 2012, no. 1, pp. 24-29. (In Ukr.)

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

В. И. Козьявкин, Т. Б. Волошин, О. А. Качмар

Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец

**Аннотация.** Количество детей с моторной дискоординацией и диспраксией при расстройствах аутистического спектра достигает 85%. Эффективность реабилитации зависит от пластичности нервной системы, которую стимулируют многократные повторения необходимых движений, интенсивность тренировок и позитивная мотивация. Несовершенство механических тренажеров состоит в монотонности и отсутствии мотивации к регулярным и длительным занятиям. В Международной клинике восстановительного лечения (МКВЛ) и реабилитационном центре

## IMPLEMENTATION OF COMPUTER GAME TECHNOLOGIES IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISM

V. I. Kozyavkin, T. B. Voloshyn, O. O. Kachmar

International Clinic of Rehabilitation, Truskavets

**Summary.** Up to 85 % of children with autism spectrum disorders suffer motor discoordination and dyspraxia. The formation of the correct movements, improved concentration and social interaction are important tasks of rehabilitation of children with autism. The effectiveness of rehabilitation depends on the plasticity of the nervous system, which is stimulated by repetition of specific movements, the intensity of training and positive motivation. The imperfection of mechanical equipment is the monotony and lack of motivation for regular and sustained training. In the International clinic of rehabilitation (ICR)

«Элита» соединили полезные, но скучные тренировки с захватывающими компьютерными играми, которых создано уже более 20. Важный этап обратной связи и возможности непрерывных занятий – создание Интернет-системы домашних игровых тренировок. Информация о ходе игровых сессий, их длительности и результатах доступны на веб-странице. Инструктор осуществляет дистанционный контроль, корректирует программу и дает рекомендации.

**Ключевые слова:** аутизм, система интенсивной нейрофизиологической реабилитации (СИНР), компьютерные игры, Интернет-система домашних игровых тренировок.

and the rehabilitation center «Elita» useful but boring training was combined with exciting computer games. For patients with impairments in psychomotor sphere more than 20 specialized computer games were developed. It is important to form the effective feedback and the possibility of continuous employment – creation of an Internet system home trainings. Information on the game sessions, their duration and the results are available on the web page. Instructor provides control adjusts the program and make recommendations.

**Key words:** autism, INRS, computer games, home web-based rehabilitation.

УДК 616.899-053.2: 616.8-085.851



B. V. Mykhaylov



M. E. Vodka



I. D. Vashkite



T. A. Aliieva

## APPLICATION OF ANIMAL-ASSISTED THERAPY IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

B. V. Mykhaylov<sup>1</sup>, M. E. Vodka<sup>2</sup>, I. D. Vashkite<sup>1</sup>, T. A. Aliieva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

<sup>2</sup>International Charity Fund «Alexander Feldman Fund»

### Summary.

The diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) has steadily increased in recent years. Families of children with autism often pursue different interventions in the hope of ameliorating particular aspects associated with ASD. Animal assisted intervention (AAI), which has been defined as the use of an animal to provide therapeutic benefit based on a positive relationship between the client and the animal, is a therapeutic measure for children with autism spectrum disorder (ASD). Used on the basis of the Centre's psychosocial rehabilitation of children and adolescents, Feldman Ecopark animal-assisted therapy for children with autism spectrum disorder provides a number of perspectives to the child's benefit: the psychological aspect; the social aspect and the technical aspect. The article describes new combinations of disability treatment called Equine Assisted Therapy and Canistherapy in Ukraine. The results of this study indicate that combined EAT and Canistherapy may have a wide range of therapeutic benefits for children with ASD; such program is a unique form of therapy as it can influence so many areas of physical and psychological functioning.

### Key words:

autism spectrum disorder, animal-assisted therapy, equine-assisted therapy, canistherapy.

### Introduction

The diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) has steadily increased in recent years, with estimates indicating that one in every 88 children is on the spectrum. Evidence compiled by the World Health Organization [1] has

suggested that by 2020 "childhood neuro-psychiatric disorders will rise by over 50% internationally to become one of the five most common causes of morbidity, mortality, and disability among children" [1]. This statistic is particularly disturbing when added to the reality

that most of the treatments and services children and adolescents typically receive have not been evaluated to determine their efficacy across developmental periods, and that even when clinical trials have included children and adolescents, the treatments have rarely been studied for their effectiveness in the diverse populations and treatment settings that exist in this country.

ASD is characterized by deficits in social communication and restricted, repetitive behaviors [2]. Most experts agree that with early behavioral intervention, children can make exceptional gains in functioning [3]. However, the etiology of ASD remains unknown.

Perhaps influenced by this, there are a multitude of intervention choices available for children with ASD. In a survey conducted by Green and colleagues, over 100 different interventions for ASD were identified. Unfortunately, not all available interventions have demonstrated empirical evidence of effectiveness, but continue to be used [4– 7].

Families of children with autism often pursue these interventions in the hope of ameliorating particular aspects associated with ASD. Unfortunately, the implementation of interventions lacking empirical support often result in families of children with autism wasting precious time, money, and resources.

The international charity fund «Alexander Feldman's Foundation» in the territory of Feldman Ecopark creates the Center of psychosocial rehabilitation for children and adolescents with psychological, emotional and behavioral disorders (further – the Center). Priority task is restoration of bio-psycho-social harmony of the person in conditions of the modern urbanistic deformed habitat. The feature of the Center is that developed in common Department of Psychotherapy of the Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education (KMAPE) and National League of Psychotherapy, Psychosomatic and Medical Psychology of Ukraine (NLPU) the Program of rehabilitation in children and adolescents considers their age features, interests and requirements. To each age group special approach is applied that, certainly, makes the process of rehabilitation – most interesting and informative for all family members besides its undoubted medical influence.

**The main objectives of the Center are:**

1. To provide psychosocial correction of violations of the emotional, personal and behavioral sphere in children with psychological disorders.
2. To optimize mental health and living standards for the purpose of increase of social adaptation of children in a family, collective and society.

3. To form effective skills of social interaction.

4. To prevent early boundary disorders of mental development in children of preschool and school age.

5. To organize a psychoeducational program for «Child – parental relationship» within social and psychological trainings and seminars.

6. To get students acquainted with the concept of work with children with the above mentioned disorders to students.

7. Development and deployment system of social and psychological trainings for parents with use of elements of an animal-assisted therapy.

8. To coordinate and develop the methodical guide to work with children who have disorders of psychological development, emotional and behavioral disorders.

9. To carry out advisory works for teachers (making training at home), practical psychologists of average educational institutions and parents (or persons who replace them) concerning development, training and education of the child.

**The basic principles of work of the Center offer:**

- complex psychocorrective assistance to children and family as a whole;–
- long duration of carrying out program and subsequent maintenance of a family as social unit (opportunity to participate in young naturalist programs which include: carrying out competitive creative competitions, volunteer actions, scientific activity on the basis of work with animals; carrying out the closed parent groups as feedback which are directed on maintaining results of correction and psychoprevention of new difficulties in family and social relationship);
- the principle of a multimodality (simultaneous and versatile approach to the solution of psychological problems in advised families such experts as psychotherapist, psychologist in practice, the neuropathologist, the logopedist, the speech pathologist is carried out);
- all system of rendering medico-psychological correction for children and families is based on an ecosystem with primary use in animal-assisted therapy work.

Animal assisted intervention (AAI) is an alternative intervention that has developed into a diverse field with practitioners in occupational, speech, behavioral, and cognitive therapies, treating individuals with a range of medical issues and developmental disabilities [8–10].

AAI is an umbrella term that includes animal-assisted therapy (AAT) and animal-assisted activities (AAA). AAT is an intervention in which the animal is an essential part of reaching a specified goal. On the other hand, AAA refers to activ-

ities in which animals are involved for potential benefit, but specific goals are not identified and the activities do not have to be conducted by trained personnel. Given the broad scope of the terms, the practice and implementation of AAI is not standardized and difficult to evaluate [11].

The human-animal interaction theory suggests that the relationship between humans and animals results in positive physical and psychological benefits. Specifically, this theory postulates that humans view animals as sources of non-judgmental social interaction [12; 13]. There may be other mechanisms at work, such as the animal serving as a mediator or translational object for social needs [13]. Families of children with ASD may select AAI as an intervention so that their child can be in close proximity to and interact with trained, therapeutic animals, yet evidence supporting the efficacy of these programs is limited [14]. AAI have become increasingly popular for individuals with developmental disabilities, giving rise to programs with dogs, horses, dolphins, and more, both nationally and internationally [14–19]. These programs focus on a variety of goals and are utilized throughout varying disciplines [20]. As an intervention gains popularity, it is imperative that evidence supporting its therapeutic benefits, or lack thereof, be identified so that families and practitioners can make informed decisions regarding intervention selection. The purpose of the review is to describe the characteristics of interventions involving animals as well as evaluate the results on symptoms associated with ASD. With AAI being promoted as an ASD intervention, it is imperative that the effectiveness to improve symptoms specific to ASD is known [21; 22].

### **The purpose of the article**

In the Center, we have studied 27 patients with ASD (diagnoses of autism, Asperger's Disorder, or Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified were included.). The ages of participants ranged from 4 to 8 years old. Of the 27 participants, 16 participants were male (59,3%) and 11 were female (40,7%). Among the participants, 13 (48,1%) were diagnosed with autism, 3 (11,1%) with Asperger syndrome, and 2 (7,5%) with PDD-NOS. An additional 9 participants (33,3%) were having ASD. In addition to ASD diagnoses, 10 participants (37,1%) were having an additional diagnosis. This most frequently included a hyperactivity disorder.

### **Methods used during research**

Each child took a three-month rehabilitation course – half course in the form of equine-assisted therapy and half course as Canistherapy.

The Dependent variables were Social Skills, Behavior and Communication. Participants were not blind to treatment purposes; several participants simultaneously received treatments such as speech-language therapy, physical therapy, and psychomotor rehabilitation during the study. During Canistherapy participant simultaneously received special education course.

The measurement of the effectiveness of the study was included: parent interview, direct observation of social contacts, researcher-created questionnaire and Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS).

AAT is not a style of therapy like cognitive-behavioral or rational-emotive therapy, as a therapist can incorporate the animal into whatever professional style of therapy the therapist already enacts. The presence of the animal can facilitate a trust-building bond between the therapist and client. The animal relieves some tension and anxiety of therapy and interacting with the animal can be entertaining and fun. Through this interaction animals can help clients focus on difficult issues by aiding in the client's ability to get in touch with the associated feelings. Sharing these feelings with or about the animal can initiate the emotional sharing process with the therapist. For the client, the animal is seen as a friend and ally, thus presenting a safe atmosphere for sharing. The animal offers nurturance through a presentation of unconditional acceptance.

**Peculiarities of equine-assisted therapy.** «Equine-assisted therapy» can be described as treatment with the help of a horse, today it is used within the realms of psychotherapy, speech or physical therapy. EAT sessions were held four times a week for 1,5 months with a total number of 24 sessions for each patient. Each session overall lasted about 30 min and included a first phase on the ground (5 min of hand walking the horse) followed by 20 min of horseback riding, and a final phase on the ground (closure, 5 min). A first Phase was aimed at teaching children basic safety rules and improving their knowledge of the horses (i. e. its morphology, behavior). In the second phase, children were encouraged to follow instructions given by the therapist and to interact with the horse in both verbal and nonverbal way. Horse riding activities were introduced from the first session and comprised riding activities with vaulting girth (5–6th sessions). These activities were planned so that children could learn basic riding elements such as position, mounting, dismounting, walk, trot etc. Riding lessons included instructions on how to walk the horse,

hold the reins, and guide the horse around objects. At the end of each riding session a further phase on the ground was planned (closure, 5 min) during which children were dismounted and were encouraged to feed the horses and communicate with them (saying "Thanks" and "Goodbye"); activities included also a brief phase of socialization with the team.

**Peculiarities of Canistherapy.** Experts define canistherapy as supportive therapy by a dog, therapy with the help of a dog's presence, or therapy using the love of a dog. Any positive effect that a dog has on a man can be considered canistherapy. The participants in canistherapy are the dog owner, the breeder, the handler, the client, the client's family, the interdisciplinary team (specialist physicians, psychologists, psychiatrists, special educators and social workers), the institution in which canistherapy is implemented and the dog-therapist. The dog and the dog handler are called the canistherapeutic team. The contact with the dog has benefits for a child from a number of perspectives:

1) the psychological aspect – the client gets a friend who ignores his handicap (in the case of handicapped clients), shows limitless love and devotion, reduces or even eliminates the feeling of loneliness, and provides some physical stimulation by caressing etc.;

2) the social aspect – the client accompanied by a dog encourages sympathy, he makes contacts with people easier, the dog as a protector increases the client's feeling of safety;

3) the technical aspect – the dog can help the client (e. g. a wheelchair person) be more independent, it can allow him longer walks, it can pull the wheelchair with the help of a special harness, and can carry articles in bags on its back etc.

The feature of this therapy in the Center was not the mere presence of the dog that made the difference, but rather therapist-orchestrated child–dog interactions and child-therapist interactions. The types of child-dog activities started with simple ones and gradually increased to more complex tasks over several sessions. Example activities were modeling and verbally encouraging approaching and exploring the dog through touching, holding, and petting activities; engaging the child to pet and touch the dog identifying body parts; feeding; ball-throwing; bubble-blowing; and grooming. Additionally, having a dog present, elicited a better attitude and increased frequency and duration of on task behaviors. The addition of a therapy dog becomes a useful agent to help a child engage in a therapeutic activity. If cre-

atively planned, some goals may be achieved while a child interacts with a therapy dog.

The presence of a dog has brought about a greater use of language, social interactions, and decreased problematic behaviors in children with autism.

A repeated measure analysis of variance of animal-assisted interventions with 27 children with ASD demonstrated significant improvements in behaviors with fewer autistic behaviors (for example, hand posturing, humming and clicking noises, spinning objects, repetitive jumping and roaming) and more socially appropriate ones (for example, joining the therapist in games, initiating activities by giving the therapist balloons to blow up or balls to throw, reaching up for hugs, and frequently imitating the therapist's actions).

### Results and discussion

After carrying out AAT program the following results were received:

**Positive «+»** the marker of Social Skills, Behavior and Communication demonstrated stabilization of family relationship, positive educational progress and normalization of interpersonal relationship with peers.

**Neutral «+ \-»** the marker of social adaptation testified to stabilization of family relationship, the average level of educational progress and possible instability in interpersonal relationship with peers.

**Negative «-»** a marker of social adaptation testified to stabilization of family relationships, low level of educational progress and unstable positive interpersonal relationships with peers.

The results received after carrying out medico-psychological correction at a primary stage of work of the Center showed the efficiency of 74,5% in children with hyperkinetic disorders, of 86,0% in children with disorders of social functioning, of 50,0% in children with specific disorders of development of school skills and of 48,1% in children with specific disorders of motivation.

### Conclusions

The results of this study indicate that combined EAT and Canistherapy may have a wide range of therapeutic benefits for children with ASD; such program is a unique form of therapy as it can influence so many areas of physical and psychological functioning. The fact that the children gain experiences that are usually out of their reach is an essential therapeutic benefit of such AAI. The positive influence on the quality of life for both children and parents is an important finding. Another important aspect of this program seen in this study is that it successfully motivates children with ASD to actively participate in the therapy.

## References

1. National Information Mental Health. Autism spectrum disorder (statistics). Retrieved January, 2001, no. 18.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Autism spectrum disorder: Facts about ASD, 2014.
4. Davis T. N., O'Reilly M., Kang S., Lang R., Rispoli M., Sigafos J., Mulloy A. Chelation treatment for autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2013, no. 7, pp. 49-55.
5. Green V. A., Pituch K. A., Itchon J., Choi A., O'Reilly M., Sigafos J. Internet survey of treatments used by parents of children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 2006, no. 27, pp. 70-84.
6. Heflin L. J., Simpson R. L. Interventions for children and youth with autism: Prudent choices in a world of exaggerated claims and empty promises. Part I: Intervention and treatment option review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 1998, no. 13, pp. 194-211.
7. Mulloy A., Lang R., O'Reilly M., Sigafos J., Lacioni G., Rispoli M. Gluten-free and casein-free diets in the treatment of autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2010, no. 4, 328-339.
8. Sams M. J., Fortney E. V., Willenbring S. Occupational therapy incorporating animals for children with autism: A pilot investigation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2006, no. 60, 268-274.
9. Silva K., Correia R., Lima M., Magalhaes A., De Sousa L. Can dogs prime autistic children for therapy? Evidence from a single case study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2011, no. 17, pp. 655-659.
10. Solomon O. What a dog can do: Children with autism and therapy dogs in social interaction. *Ethos*, 2010, no. 38, pp. 143-166.
11. Palley L. S., O'Rourke P. P., Niemi S. M. Mainstreaming animal-assisted therapy. *ILAR Journal*, 2010, no. 51, pp. 199-207.
12. Esposito L., McCardle P., Maholmes P., McCune S., Griffin J. A. Introduction. Animals in our lives: Human-animal interaction in family, community, and therapeutic settings [eds. P. McCardle, S. McCune, J. A. Griffin, L. Esposito, & L. S. Freund]. Baltimore, MD, Brookes Publishing Co., 2011, pp. 1-5.
13. Kruger K. A., Serpell A. Animal-assisted interventions in mental health. *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* [ed. A. H. Fine] 3rd ed., San Diego, CA: Academic Press, 2010, pp. 33-48.
14. Breitenbach E., Stumpf E., Fersen L. V., Ebert H. Dolphin-assisted therapy: Changes in interaction and communication between children with severe disabilities and their caregivers. *Anthrozoos*, 2009, no. 22, pp. 277-289.
15. Bass M. M., Duchowny C. A., Labre M. M. The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2009, no. 39, pp. 1261-1267.
16. Burrows K. E., Adams C. L., Millman S. T. Factors affecting behavior and welfare of service dogs for children with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Animal Welfare Science*, 2008, no. 11, pp. 42-62.
17. Dingman A. Hoof prints: Equine therapy for autistic children. *Encounter*, 2008, no. 21(4), pp. 11-13.
18. Memishevikj H., Hodzhikj S. The effects of equine-assisted therapy in improving the psychosocial functioning of children with autism. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 2010, no. 11, pp. 57-67.
19. Pawlik-Popielarska B. M. The impact of kynotherapy in handicapped children. *Acta Neuropsychologica*, 2010, no. 8, pp. 26-37.
20. Maurer M., Delfour F., Wolff M., Adrien J. Dogs, cats and horses: Their different representations in the minds of typical and clinical populations of children. *Anthrozoos*, 2010, no. 2, 383-395.
21. Bush C. T. Excerpts From the Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2001, no. 14(2), pp. 94-95.
22. Martin F., Farnum J. Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *Western Journal of Nursing Research*, 2002, no. 24, pp. 657-670.

### ПРИМЕНЕНИЕ АНИМАЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Б. В. Михайлов<sup>1</sup>, М. Е. Водка<sup>2</sup>, И. Д. Вашките<sup>1</sup>, Т. А. Алиева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последиplomного образования, кафедра психотерапии

<sup>2</sup>Международный благотворительный фонд «Фонд Александра Фельдмана»

**Аннотация.** В последние годы значительно возросло количество детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Семьи детей с аутизмом часто проводят различные вмешательства в надежде облегчить состояние детей с расстройствами аутистического спектра. Психосоциальная реабилитация с помощью животных определяется как использование животного для обеспечения терапевтического эффекта, основанного на положительной связи между клиентом и животным, что служит альтернативным вариантом терапии детей с РАС. Используемая на базе Центра психосоциальной реабилитации детей и подростков «Фельдман Экопарк» анималотерапия для детей

### ЗАСТОСУВАННЯ АНИМАЛОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Б. В. Михайлов<sup>1</sup>, М. Е. Водка<sup>2</sup>, І. Д. Вашките<sup>1</sup>, Т. А. Алієва<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії

<sup>2</sup>Міжнародний благодійний фонд «Фонд Олександра Фельдмана»

**Анотація.** В останні роки значно зросла кількість дітей з розладами аутистичного спектру. Сім'ї дітей з аутизмом часто проводять різні втручання в надії полегшити стан дітей з розладами аутистичного спектру. Психосоціальна реабілітація за допомогою тварин визначається як використання тварини для забезпечення терапевтичного ефекту, заснованого на позитивному зв'язку між клієнтом і твариною, що служить альтернативним варіантом терапії дітей з розладом аутистичного спектру. Використовувана на базі Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман Екопарк» анималотерапія для дітей з розладами



с РАС обеспечивает ряд перспектив для благополучия ребенка: психологический, социальный и технический аспекты. В статье описано сочетание новых для Украины методов реабилитации детей с аутизмом: иппотерапия и канистерапия. Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что комбинирование иппотерапии и канистерапии значительно расширяет спектр терапевтических преимуществ для детей с РАС. Такая программа является уникальной формой терапии, так как может повлиять на различные области физического и психологического функционирования детей.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, анималотерапия, иппотерапия, канистерапия.

аутистичного спектру забезпечує ряд перспектив для благополуччя дитини: психологічний, соціальний і технічний аспекти. У статті описано поєднання нових для України методів реабілітації дітей з аутизмом: іппотерапія і канистерапія. Результати цього дослідження свідчать про те, що комбінування іпотерапії та канистерапії може мати широкий спектр терапевтичних переваг для дітей з розладами аутистичного спектру. Така програма є унікальною формою терапії, так як може вплинути на різні галузі фізичного і психологічного функціонування дітей.

**Ключові слова:** розлади аутистичного спектру, анималотерапія, іпотерапія, канистерапія.

УДК 616.891.6-092: 616.8-085.851



B. V. Mykhaylov



A. I. Serdiuk



M. E. Vodka



T. A. Aliieva



I. D. Vashkite

## THE USE OF EQUINE ASSISTED PSYCHOTHERAPY AMONG THE DEMOBILIZED MEMBERS OF THE ANTITERRORIST OPERATION WITH PTSD, LOCATED ON REHABILITATION IN SANATORIUM CONDITIONS

B. V. Mykhaylov<sup>1</sup>, A. I. Serdiuk<sup>2</sup>, M. E. Vodka<sup>3</sup>,  
T. A. Aliieva<sup>1</sup>, I. D. Vashkite<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

<sup>2</sup> Clinical sanatorium «Berezovskije Vody Resort»

<sup>3</sup> International Charity Fund «Alexander Feldman Fund»

**Summary.** Attention is paid to historical background various mental disorders and behavior of psychogenic origin, particularly to post-traumatic stress disorder. The paper approaches problems of definition, etiology and pathogenesis, primary diagnosis of PTSD among the demobilized members of the antiterrorist operation in sanatorium rehabilitation. The emphasis is placed on the basic groups (clusters) of neurotic, pathological personality and psychopathological symptoms of this group of patients. Attention is paid to medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation in sanatorium conditions, especially to new and innovative approaches to the problem and new forms of intervention including EAP at the premises of Feldman Ecopark Center of psychosocial rehabilitation for children and adolescents.

**Key words:** Post-traumatic stress disorder, maladaptation, demobilized members of the antiterrorist operation, the program of medico-psychological rehabilitation, sanatorium resort conditions, Equine Assisted psychotherapy.

### Introduction

Global civilization processes that occur in the late twentieth century and at the beginning of the third millennium are controversial. Significant role in these processes is played by urbanization factors. In addition, social progress accompanied by increased social tensions

and, consequently, the level of conflict. This negative social potential has accumulated due to catastrophic events – social upheaval, wars and anthropogenic disasters [1–3].

Today, when military operations and forced migration still take place in Ukraine, every day there appear new groups of people exposed

to stress factors. These are risk groups exposed to mental and behavioral disorders of psychogenic origin.

The most common of them is the post-traumatic stress disorder (PTSD). Modern ideas about PTSD as a diagnostic classification unit developed in 70–80 years of the latest century, but the disorders that develop as a result of a catastrophe (unlike conventional psychogenic states) have been described and diagnosed before [4]. Many works on this problem appear after major military conflicts. Thus, important studies were conducted after the First World War (1914–1918). E. Kraepelin (1916) described traumatic neurosis and indicated for the first time that permanent disorders may increase with time after severe traumata intensified with time [5; 6]. Subsequently, the impact of posttraumatic stress on combatants' subsequent mental state is deeper than the study of the Vietnam War has indicated. Because the symptoms described postvietnamese syndrome did not meet any of the general entities that M. Horowitz (Horowitz, 1980) proposed to distinguish as a separate syndrome, they were defined as post-traumatic stress disorder.

Systematic studies of stresses, caused by natural and industrial disasters date from the 50–60-ies. The prevalence of PTSD in the population depends on the frequency of traumatic events [5; 6].

### **The purpose of the article**

Comprehensive psychosocial rehabilitation of 375 combatants was exercised during the joined program of Feldman Ecopark Center of psychosocial rehabilitation for children and adolescents (further – the Center), Department of Psychotherapy of the Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education (KMAPE) and clinical sanatorium «Berezovskije Vody Resort» during years 2015–2016.

The study of those suffering from PTSD has revealed that during their childhood the testees experienced psychotrauma more often than the testees who do not suffer from the aforementioned disorder, and were deprived of coordinated support from their parents. There are also higher rates of divorce among the parents of those suffering from PTSD.

The study also showed that the testees experienced childhood sexual abuse (or forcing entry into sexual relations with someone from the immediate environment of the child) correlated with higher levels of both depressive and anxiety symptoms later in adulthood [7–9].

Premorbid personality characteristics of patients with posttraumatic stress disorder are heterogeneous. Although people in natural conditions that provoke anxiety are especially likely to develop post-traumatic stress disorder, these disorders often arise in obsessive, dependent and even schizoid personality type. However, it would be logical to expect that those individuals assessed via the questionnaire with higher level of neuroticism (or «big anxiety») are more likely to develop symptoms of posttraumatic stress disorder than those of phlegmatic temperament.

The risk of post-traumatic stress disorder increased significantly in those constantly exposed to harmful negative social factors, such as intractable interpersonal problems or adverse conditions [10; 11].

It should be noted that all of the testees had problems in microcommunity such as, for example, conflicts in the parents' or children's family, divorce, conflicts with friends, colleagues etc.

In the etiology of posttraumatic stress disorder there are three groups of factors that play the leading role.

#### **I. Hereditary-organic.**

Constitutional and typological features of the central nervous system and features of the accentuated personality should be referred to this group.

#### **II. Psychoemotional or psychogenic.**

These are acute or chronic factors of external action mediated through mental health, which had both cognitive and emotional significance, and consequently caused psychological diseases.

#### **III. Psychoorganic.**

Different premorbid organic (traumata, infections, toxic poisoning, hypoxemia etc.) compromising of the integration cerebral systems of suprasegmental level, primarily of limbic-reticular complex.

For men, the most common factors involved military events car accidents, local man-made disasters and emergencies.

From a clinical point of view, post-traumatic stress disorder are related to personal and reactive states developing as a result of a previous emergency, which was of the pathogenic-psychogenic nature for the individual (e.g. the situation represented a direct threat to the biologically or socially valuable human existence, ownership of or relatives, family, friends catastrophic situation of global or individual nature – such as natural disasters, war or man-made disasters, etc.).

That is why medical and psychological rehabilitation should be a mandatory part of com-

plex rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation, which led to its active and gradually rebuild the mandatory involvement of the comprehensive rehabilitation of persons affected by participation in the anti-terrorist operation [12; 13; 14].

The rehabilitation program was implemented in three stages.

1. **The initial stage** (setting therapeutic contact compliance) – 2–3 days. Carrying out doctor structured diagnostic interviews, psycho-diagnostic sessions – by expert psychologists; assigning individual therapy and rehabilitation programs in multidisciplinary discussion; coordinating individual treatment and rehabilitation program with the patient; starting individual treatment and rehabilitation program.
2. **Main (rehabilitation) stage** – 14–18 days. Carrying out individual psychotherapy, group psychotherapy, relaxation techniques with the assimilation of elements of autogenous training (constantly), physiotherapy, exercise therapy, aromatherapy, reflexology and other non-drug methods of influence (constantly), drug therapy (if indicated).
3. **Supporting (completing) stage** – 2–3 days. Carrying out individual psychotherapy, relaxation techniques with the assimilation of elements of autogenous training (constantly), completion of all other medical measures.

#### **Methods used during research**

Basically psychocorrection of the experienced trauma was carried out by experts at the premises of clinical sanatorium «Berezovskije Vody Resort», supporting and resting stage – at the premises of the Center through Equine Assisted psychotherapy (EAP). One of the main aspects of the rehabilitation of the combatants is to restore their social functioning in peacetime. Psychocorrectional important aspect is the establishment of human interaction with nature.

Animal-assisted therapy provides a holistic and experiential approach to healing in which the relationship between the combatant and the registered therapy animal is the agent of change. Equine assisted psychotherapy is an emerging form of therapeutic intervention in which horses are used as tools for combatants to gain self-understanding and emotional growth. EAP is a type of animal assisted therapy, a field of mental health that recognizes the bond between animals and humans and the potential for emotional healing that can occur when a relationship is formed between the two species. EAP has been applied to address a

wide range of mental health and basic human development issues including mood disorders, attention deficit disorders, relationship and communication issues, behavioral disorders, substance abuse and chemical dependency, eating disorders, childhood abuse issues, and post-traumatic stress disorder. The purpose of animal assisted therapy is to provide interventions that would not be possible with only a human provider. Animals interact with humans in a variety of therapeutic forms, but the basis of the interaction is lessening of human stress and increase in mutual trust [15].

These activities are most often performed on the ground (rather than riding), and include such things as grooming, feeding, haltering, and leading the horse. During the process of working with the horse, the therapist and combatant engage in talk therapy, processing feelings, behaviors, and patterns. The ultimate goal for the client is to build skills such as personal responsibility, assertiveness, non-verbal communication, self-confidence, and self-control. EAP focuses on living in the now. The movement of a horse and the physical environment of nature helped calm the patient. Individual sessions are structured so that all parties are equally involved. EAP supports using the ground work technique that gives the patient opportunities to make solutions with the horse. In EAP, a patient must remain in control and pay attention to details. By letting the individual ride in a saddle, the horse allows the individual to acquire and display dominance, an important aspect, but not the driving goal of EAP. These activities help build assertiveness, responsibility, and confidence.

Horses provide an additional aspect of the therapeutic process that many other animals cannot. They are prey animals and, therefore, they do not trust easily, demand respect to provide respect, and due to their size are not easily bullied or manipulated. Horses also live by a set of rules that is based on the family system. They are herd animals and their survival depends upon communication and their relationship with the other herd members. Horses read subtle changes in human body language, emotion, positive and negative energy, and basic intentions of others. Equine assisted psychotherapy utilizes the horse's responsive nature as a therapy tool and part of the therapy team's options for treatment. They are naturally curious, have individual personalities, and mirror human behavior.

The structure of EAP provides a unique atmosphere for the client to work through personal

challenges. EAP provides clients with in-the-moment experiences to learn how to manage current situations and future challenges with a focus on personal strengths and resources. Therapy sessions are generally on the ground as opposed to in the saddle. EAP supports the approach that «ground work» provides the client with opportunities to generate solutions as the horse is a component of the process rather than the primary focus. This approach also allows for greater transparency of issues related to communication and relationship between the horse and veteran. An EAP practitioner and a horse handler are part of the team, but the basis of therapy occurs between horse and veteran. Observing, debriefing, and processing are the main roles of the practitioner while the horse handler assures safety and assists the practitioner to interpret the body language of the horse.

In this experiential based therapy it is by interacting with the horse that the combatant gains greater insight into themselves through experiencing natural consequences, successes, and mistakes. There is something to be learned at every step of the process even including the combatant's selection of the horse. A typical EAP session involves the combatant receiving a task to complete with a horse while they are in an enclosed space such as an arena and are free to move around. This facilitates safety and freer interaction as horses, being prey animals, have a basic instinct for flight rather than fight. The lack of restraint on the horse creates a challenge that requires most humans to approach the created situation from a new angle. The horse handler sees to the safety of horse and combatant, and the practitioner observes but does not intervene during this portion of the interaction, which generally lasts about one hour. There are various rules related to the equine activities, which often include no touching or bribing the horse. Typical coping mechanisms such as bullying or manipulating are not effective and new solutions and forms of communication must be developed to create successful outcomes.

Insight is often developed through feelings and emotions generated through working with the horses; these interactions often mirror experiences that clients acquire in society and can be useful during therapy.

A common therapeutic activity is to have a horse move through an obstacle course to a desired endpoint. The objective does not have to be met to reach a successful outcome. The manner in which the individual or group functions is a significant piece of any EAP activity

and focus for discussion with the practitioner. Debriefing a therapeutic activity provides structure for discussing feelings related to the exercise and issues or concerns that may have arisen during the process, and is conducted immediately post equine intervention. Practitioners facilitate the therapeutic process by allowing and encouraging questions and by asking questions that are specifically related to the activity and the needs of the combatant involved. During this process connections are often made between interaction with the horses and daily life outside of the arena. Combatants are encouraged to examine their interactions with the horses and reflect upon their feelings related to the horses' responses and the effectiveness of the overall activity. Through this perspective, they are then provided the opportunity to explore solutions and new approaches with the ultimate goal being the development of new skills that may be applied to everyday life. Issues and concerns are also commonly revealed during the equine intervention that may later be explored in greater depth during a session that is arranged between combatant and practitioner. Metaphorical learning is a core concept of EAP; combatants are given simple tasks to complete with a horse which are later debriefed with the practitioner. It is in relating these metaphors to personal situations that the practitioner may assist combatants in acknowledging and approaching their challenges and working toward positive change. As EAP is experiential in its nature, it is the process of interacting with the horses that aid the combatants in gaining insight into themselves. The actual activities and the completion or lack of completion of the stated goals are far less important than the process and the exploration of results.

A basic EAP activity is the seemingly simple act of placing a halter on a horse. The horses are free in an arena, and the first step in the process is to select a horse. All of the horses have unique personalities and therefore provide unique challenges to the combatant. The obstacles and challenges faced in the arena with the horse often mirror those that are presented in daily life for a combatant with PTSD. The metaphors reveal themselves in how the combatant perceives and approaches the challenge, and are later discussed during the debriefing process and in therapy. The practitioner and experienced horse handler observe each piece of the process including: how the combatant approaches the horse, how the combatant reacts if the horse does not cooperate, if the combatant chooses a different horse

if presented with resistance from an initially selected horse, how the team works together in case of a group activity, if an individual takes over in a team, if the combatant gives up, if anger or another strong emotion is involved, and more. It is also of note if the combatant did or did not accomplish the task and what their reaction was to this, but only for the purpose of therapy and insight and not in relation to deeming the task a success or failure.

### Results and discussion

It has been hypothesized that the basis for PTSD symptoms is chronic hyperstimulation of the Autonomic Nervous System which leads to a classic fight or flight response and subsequently many of the previously mentioned symptoms experienced by a combatant suffering from the condition. Being prey animals, horses experience this state most all of their existence and depend on it for survival, but as they are herd animals, they must also manage to learn effective communication and develop the means to cohabitate in their community or they will be isolated from the group, which leaves them highly vulnerable to a variety of threats. This similarity between the combatant and the horse is a basic metaphor of the therapy. Horses are of great assistance in helping combatants with PTSD observe community structured interaction, and are considered by many practitioners to be more of a partner than a tool in this therapy with trust being a major component. Additional areas of benefit are

anxiety reduction, decreased isolation, communication, perspective, impulse modification, social skills, assertiveness, self-concept, boundaries, confidence, self-efficacy, creative freedom, and social skills. It is not only the combatant's responses and reactions that are of value in this form of therapy. The horse is an integral part of the process in which they provide valuable feedback not only in the response that the combatant perceives, but also in their responses to the combatant due to their innate ability to read emotion and intent of others. This feedback comes in the form of ear movements, allowed proximity to the client, and general body posturing that relays significant feedback to the horse professional, who then passes this information onto the practitioner for integration into therapy.

### Conclusions

PTSD is a growing concern among combat veterans. It is the responsibility of the practitioner to aid the combatant in managing PTSD in a manner that helps them adapt to current living situations. It is not known which treatment approach is most effective, and likely there is not one generic approach that is right for all combatants. It is known that medications alone have not been consistently successful and even combined with classic psychotherapy results have been marginal. We recognize the need for new and innovative approaches to the problem and try to turn to new forms of intervention including EAP.

### References

1. Briggs C. A., Reneson S. Counseling addicted veterans: What to know and how to help. 2010. Available at: [http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article\\_88.pdf](http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_88.pdf).
2. Lanius R. A., Vermetten E., Loewenstein R. J., Brand B., Schmahl C., Bremner J. D., Spiegel D. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 2010, vol. 167, pp. 640-647. Available at: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168.
3. Perlman L. M., Altieri M. J., Brown S. R., Cohen J. L., Brennan J. A., Mainka J. B. A multidimensional wellness group therapy program for veterans with comorbid psychiatric and medical conditions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2010, no. 41, pp. 120-127.
4. Litvintsev S. V., Snedkov E. V., Reznik A. M. Boevaya psikhicheskaya travma [Rukovodstvo dlya vrachey] [Combat stress reaction [A guide for physicians]]. Moscow, Medicine Publ., 2005, 432 p. (In Russ.)
5. Korostij V. I., Polishhuk V. T., Zavorotnij V. I. Psihofarmakoterapija v kompleksnomu likuvanni ta rehabilitacii post-travmatichnogo stresovogo rozladu [Psychopharmatherapy in treatment and rehabilitation of post-traumatic stress disorder]. *Mizhnarodnij nevrologichnij zhurnal [International Neurology Journal]*, 2015, no.6(76), pp.59-71. (In Ukr.)
6. Jonah D. E., Cusack K., Fomeris C. A., Forneris C. A., Wilkins T. M., Sonis J., Middleton J. C., Feltner C., Meredith D., Cavanaugh J., Brownley K. A., Olmsted K. R., Greenblat A., Weil A., Gaynes B. N. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Comparative Effectiveness Reviews*, 2013, vol.92.
7. Malkina-Pykh I. G. Psikhologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyakh [Spravochnik prakticheskogo psikhologa [Psychological help in crisis situations] Handbook of Practical Psychology]. Moscow, Eksmo Publ., 2005, 960 p. (In Russ.)
8. Mykhaylov B. V., Zinchenko O. M. [et al.] Ekstrena mediko-psihologichna dopomoga osobam z gostrimi rozladami psihiki i povedinki psihogennogo pohodzhennja : metodichni rekomendacii [Emergency medical and psychological assistance to people with severe mental disorders and behavior psychogenic origin: guidelines]. MOZ Ukraini, HMAPO MOZ Ukraini, Oblasna klinichna likarnja – Centr ekstrenoi medichnoi dopomogi ta medicini katastrof m. Harkova [Ministry of Health of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine KhMAPE, Regional Hospital - Center for emergency medical care and disaster medicine m. Kharkiv]. Kharkiv, 2014, 18 p. (In Ukr.)

9. Posttraumatichni stresovi rozladi [Navchal'nij posibnik] [Pid zagal'noju redakcieju professora B. V. Mihajlova] [Post-traumatic stress disorder [Tutorial] [Under the general editorship of Professor V. V. Mikhailov]]. 2<sup>nd</sup> ed., revised and updated, Kharkiv, Publ. house of KhMAPE, 2014, 285 p. (In Ukr.)

10. Mykhaylov B. V. Mediko-psihologichna rehabilitacija uchasnikiv ATO v sanatorno-kurortnij merezhi [Klinichna nastanova] [Medical and psychological rehabilitation of participants ATO in sanatorium network [Clinical guidelines]]. Kiev-Kharkiv, 2015, 72 p. (In Ukr.)

11. Mykhaylov B. V., Zinchenko O. M. [et al.] Mediko-psihologichnij suprovid osib z gostrimi rozladami psihiki i povedinki psihogenogo pohodzhennja [metodichni rekomendacii] [Medical and psychological support for people with severe mental disorders and behavior psychogenic origin [Guidelines]]. MOZ Ukraïni, HMAPO MOZ Ukraïni, Oblasna klinichna likarnja – Centr ekstrenoi medichnoi dopomogi ta medicini katastrof m. Harkova. Kharkiv, 2014, 30 p. (In Ukr.)

12. Dereli E. Examining the permanence of the effect of a social skills training program for the acquisition

of social problem-solving skills. *Social Behavior and Personality*, 2009, no. 37, pp. 1419-1428.

13. Nakaz Ministerstva ohoroni zdorov'ja Ukraini vid 23.02.2016 №121 «Unifikovanij klinichnij protokol pervinnoji, vtorinnoji (specializovanoi) ta tretinnoi (visokospecializovanoi) medichnoi dopomogi. Reakcija na vazhkij stres ta rozladi adaptacii. Posttraumatichnij stresovij rozlad» [Order of the Ministry of Health of Ukraine of 23.02.2016 №121 «Unified clinical protocols of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care. Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder»]. 2016. (In Ukr.)

14. Siropjatov O.G., Napreenko O.K., Dzeruzhins'ka N. O. [et al.] Likuvannja ta rehabilitacija kombatantiv – mirotvorciv iz posttraumatichnim stresovim rozladom [Treatment and rehabilitation of combatants – peacekeepers from post-traumatic stress disorder]. Kiev, O. T. Rostunov's Publ., 2012, 76 p. (In Ukr.)

15. Chandler C. Animal assisted therapy in counseling. New York, Routledge, 2005.

### ПРИМЕНЕНИЕ ИППОТЕРАПИИ У ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ УЧАСТНИКОВ АТО С ПТСР, НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

Б. В. Михайлов<sup>1</sup>, А. И. Сердюк<sup>2</sup>, М. Е. Водка<sup>3</sup>,  
Т. А. Алиева<sup>1</sup>, И. Д. Вашките<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия  
последипломного образования, кафедра психотерапии

<sup>2</sup>Клинический санаторий «Березовские минеральные воды»

<sup>3</sup>Международный благотворительный фонд  
«Фонд Александра Фельдмана»

**Аннотация.** Уделяется внимание историческому экскурсу в вопрос возникновения различных расстройств психики и поведения психогенного происхождения, в частности, посттравматического стрессового расстройства. Рассматриваются определение, этиология и патогенез, первичная диагностика посттравматического стрессового расстройства у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях. Выделены основные группы (кластеры) невротических, патоперсоналогических и психопатологических проявлений у данного контингента больных. Уделено внимание медико-психологической реабилитации демобилизованных участников АТО в санаторно-курортных условиях, особенно новаторским подходам к проблеме и к новым формам вмешательства, включая иппотерапию, на базе Центра психосоциальной реабилитации детей и подростков «Фельдман Экопарк».

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, дезадаптация, демобилизованные участники АТО, программа медико-психологической реабилитации, санаторно-курортные условия, иппотерапия.

### ЗАСТОСУВАННЯ ІПОТЕРАПІЇ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АТО З ПТСР, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

Б. В. Михайлов<sup>1</sup>, О. І. Сердюк<sup>2</sup>, М. Є. Водка<sup>3</sup>,  
Т. А. Алієва<sup>1</sup>, І. Д. Вашкіте<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти,  
кафедра психотерапії

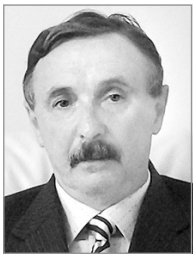
<sup>2</sup>Клінічний санаторій «Березівські мінеральні води»

<sup>3</sup>Міжнародний благодійний фонд  
«Фонд Олександра Фельдмана»

**Анотація.** Приділяється увага історичному екскурсу в питання виникнення різних розладів психіки та поведінки психогенного походження, зокрема, посттравматичного стрессового розладу. Розглядаються визначення, етіологія і патогенез, первинна діагностика посттравматичного стрессового розладу у демобілізованих учасників АТО, що знаходяться на реабілітації в санаторно-курортних умовах. Виділено основні групи (кластери) невротичних, патоперсоналогічних і психопатологічних проявів у цього контингенту хворих. Приділено увагу медико-психологічній реабілітації демобілізованих учасників АТО в санаторно-курортних умовах, особливо новаторським підходам до проблеми і до нових форм втручання, включаючи іпотерапію, на базі Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман Екопарк».

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, дезадаптація, демобілізовані учасники АТО, програма медико-психологічної реабілітації, санаторно-курортні умови, іпотерапія.

УДК 61(092)



В. С. Андрух



В. Н. Андрух



М. В. Слободян

## АНТОНІЙ КЕМПІНСКІ (ENTONI, IGNACI-TADEUSZ KĘPIŃSKI): МЕДИЧНА І НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ ВІДОМОГО ПОЛЬСЬКОГО ПСИХІАТРА

В. С. Андрух, В. Н. Андрух, М. В. Слободян  
Долинська центральна районна лікарня,  
Івано-Франківська область

### Анотація.

Стаття присвячена складному життєвому шляху, медичній, гуманітарній та науковій діяльності відомого польського психіатра-практика, психолога, філософа та вченого Антонія Кемпінскі. У його наукових роботах досліджується широке коло проблем, які стосуються не тільки психопатології, нейрофізіології, нейрофармакології, а й філософії, етнографії, психології, соціології. А. Кемпінскі прославився у світовій науці роботами з теорії інформаційного метаболізму і психіатричної аксіології. Особливо активно вчений працював в останні роки життя, коли був уже невиліковно хворий. Але його думки та ідеї переживають десятиліття і в сучасному науковому світі знаходять послідовників. Польща високо цінує праці самовідданого лікаря-психіатра і відомого вченого. Нагадаємо і українському психіатричному співтовариству про цю геніальну особистість – уродженця нашої чудової країни.

**Ключові слова:** життєвий шлях, медична і наукова діяльність, психіатрія, Антоній Кемпінскі.

*«Самим важливим лікарством в медицині є лікар».*

*Психіатр М. Балінт, Англія  
(З книги «Психопатологія неврозів»  
Антонія Кемпінскі).*

*«У пошуках щастя є суттєвим перестати його шукати... Вирішальним при цьому являється не «є», але власне «я», так як від його конструкції залежить внутрішній і зовнішній порядок».*

*(Антоній Кемпінскі).*

Відомий польський психіатр, учений, гуманіст, філософ Антоній Кемпінскі народився 16 листопада 1918 року в м. Долина Станіславського воєводства (тепер Івано-Франківська обл.). У 1928–1936 рр. навчався в національній гімназії ім. Бартоломія Новодворського, що у м. Кракові (Польща). Після закінчення навчання за зразкову поведінку, високу успішність та добрі якості характеру він одержав перстень з гербом Новодворського – Nalecz. До нього таку нагороду одержали лише двоє учнів. Медичну освіту А. Кемпінскі почав здобувати в Ягелонському університеті, але у 1939 р. навчання було перервано, бо розпочалася Друга світова війна.

Молодий А. Кемпінскі добровольцем вступив до Війська Польського. Його бойовий шлях був недовгим: уже в 1940 р. він потрапив у полон і пройшов угорські, французькі, іспанські концентраційні табори, пізнавши на собі всі їх незгоди і поневіряння. Пам'ять про нелюдські умови безпосереднього перебування у цих таборах з часом визначила його наукові інтереси: він почав вивчати питання впливу воєн, полону та перебування у концентраційних таборах на психіку людей.

Власний жажливий досвід став у нагоді й під час розробки програми лікування та реабілітації колишніх в'язнів концентраційного табору «Освенцим». У реалізації цієї програми він брав безпосередню участь.

Тільки у червні 1943 року, після звільнення з іспанського концентраційного табору Miranda de Ebro, А. Кемпінскі вирушив до Великобританії, де закінчив медичний факультет Единбурзького університету та 29 листопада 1946 року одержав диплом доктора медицини. У липні 1947 року він повернувся до Польщі та взявся до роботи у неврологічно-психіатричній клініці медичного колегіуму – UI, а потім працював у психіатричній клініці університету медичних наук ім. М. Коперника у Кракові. Тут А. Кемпінскі самовідданою працею реалізовував модель ідеального лікаря: за найкращий метод лікування вважав партнерські розмови з хворими, а видужання кожного з них було для нього найвищою нагородою [1; 2].

А. Кемпінскі, один із піонерів психотерапії у Польщі, був мудрою і глибоко порядною людиною, тонко відчував біль оточуючих, завжди був готовий допомогти і словом, і ділом, уміло підбирав «ключ» до кожного пацієнта та співробітника. У його діяльності органічно поєднувалися цікавість до наукових досліджень, викладацька та клінічна робота. Пацієнти ж відзначали його велику відповідальність за них, сумлінність, чесність і порядність [3; 4].

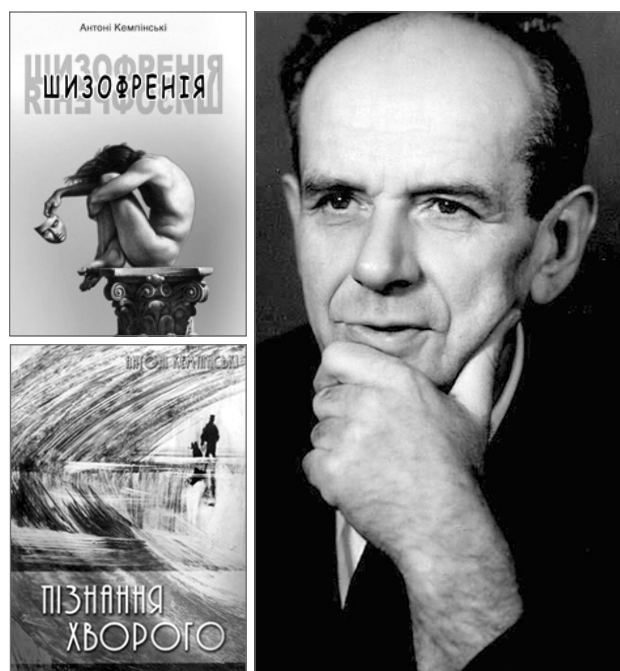
У 1949 р. А. Кемпінскі захистив докторську дисертацію за темою *Zamącenie po wstrząsie elektrycznym* («Наслідки після електротрав-

ми»). У 1958 р. він, стипендіат від Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення Польщі, проходив подальше стажування у Психіатричному інституті Модслей у Лондоні, де під керівництвом професора О. Льюїса вивчав принципи англосакської психіатрії.

У листопаді 1963 року у Краківській медичній академії вчений отримав звання доцента, а у березні 1972 року Державна Рада присвоїла йому звання професора. А.Кемпінські також очолив кафедру та психіатричну клініку. Його лекції були дуже популярними серед студентів та молодих лікарів у Краківському та Ягелонському університетах. Він першим у Польщі запровадив у своїй клініці терапевтичні засади «відкритих дверей», що ґрунтувалися на принципах гуманістичного ставлення і поваги до психічно хворих. Пропагуючи ці засади, А.Кемпінські власним прикладом віддавався хворим безмежно, був правдивим самаритянином наших часів.

У своїх наукових роботах, що дуже скоро одержали світове визнання, вчений охоплював широке коло проблем, які стосувалися не тільки психопатології, нейрофізіології, нейрофармакології, але і філософії, етнографії, психології, соціології. Він був справжнім ученим-енциклопедистом, глибокі знання і широта наукових зацікавлень якого дозволяли використовувати у своїх роботах інформацію з різних наукових джерел. Його статті та книги відрізняються вдалим підбором аргументів і прикладів, оригінальністю та проникливістю описання ситуацій і феноменів, прозорістю стилю та силою переконання. Наукові роботи автора написані блискучою афористичною мовою, не перевантажені науковими термінами, а ідеї настільки актуальні, що не віриться, що вони написані 25–30 років тому. Прикладом цього може бути збірник есе «Екзистенціальна психіатрія», присвячений пограничним проблемам філософії, психопатології, соціології і психології, аналізу механізмів виникнення та розвитку патологічних форм людської поведінки.

А.Кемпінські написав приблизно 140 наукових праць, опублікував 9 книг, багато з них декілька разів перевидавалися, але більшість була видана лише після смерті автора [4–6]: Schizophrenia («Шизофренія»), 1972; Psychopatologia nerwic («Психопатологія неврозів»), 1973; Melancholia («Меланхолія», 1974); Psychopatia («Психопатія»), 1977; Lek («Страх») 1987; Podstawowe zagadnienia wspolczesnej psychiatrii («Основи сучасної психіатрії»), 1976; Poznanie chorego («Пізнання хворого»), 2002; Rytm zycia («Ритм життя»),



Антоній Кемпінські та деякі видання його наукових робіт

2001; Psychopatia, psychopatologia zycia seksualnego («Психопатія, психопатологія сексуального життя»), 1988. На цьому науковому доробку вчилися, вчать і ще довго будуть вчитися молоді психіатри.

У всьому світі А.Кемпінські не менш відомий ще й як автор концепції психіатричної аксіології та теорії інформаційного метаболізму. Аксіологія (від грец. αξια – цінність) – учення про природу духовних, моральних, естетичних та інших цінностей, а також їх зв'язку між собою, із соціальними, культурними чинниками та особистістю людини. Автор у своїх наукових працях розвивав цю ідею, що у майбутньому стало підґрунтям для розвитку науки, відомої сьогодні як соціоніка.

Термін «інформаційний метаболізм» теж народився з ідеї, висловленої і розробленої А.Кемпінські. Суть її полягає в тому, що взаємодія людини з навколишнім світом (природою, іншими людьми тощо) і ті образи, які в результаті цієї взаємодії виникають у свідомості людини, мають інформаційний характер. Як життя тіла ґрунтується на речовинному та енергетичному метаболізмі (тобто на фізичному обміні з навколишнім світом речовинами та енергією, а також будові на цій основі самого тіла), так життя психіки людини ґрунтується на інформаційному обміні. Розуміння інформаційного метаболізму є ключем до пізнання механізмів взаємодії людини з навколишнім світом, тому що дає єдину «мову» для дослідження та моделювання різноманітних процесів у всьому циклі



«навколишній світ – людина – навколишній світ». Інформаційний метаболізм – це той фундамент, на якому стоїть наука соціоніка, так само, як фізична наука ґрунтується на вивченні матерії, біологія – на вивченні «живої речовини» (за В. І. Вернадським) тощо.

Ще одним серйозним науковим доробком професора стало його співавторство у підготовці та виданні 31-го тому «Огляду медичного. Освенцим», яке двічі було номіноване на Нобелівську премію Миру та визнане найважливішим джерелом знань про медичні аспекти Голокосту. У виключно цінних роботах цього циклу (Anus mundi, «Кошмар», «Освенцимські рефлексії», «Психопатологія влади», «До психопатології надлюдини», «Рамна», «КЛ-синдром», «Голокост і пам'ять», «Медичні та психологічні ефекти концентраційних таборів» тощо) представлено наукові дослідження психічних розладів у людей після перебування у концентраційних таборах і показано, яким чином там пригнічувався рефлекс свободи у людини та її перетворення у «автомат». На відміну від багатьох психологів, науковець вважав, що більшість фашистів, які реалізовували програму знищення «неповноцінних» (на їх думку) народів, не були садистами або психічно хворими людьми. Вони були продуктом усієї тоталітарної системи третього рейху, яка перетворювала людей на вузько запрограмованих зомбі, здатних не замислюючись реалізувати маячні ідеї свого вождя.

Становлять інтерес й інші актуальні для нашого часу роботи (Dulce et decorum, No more Hiroshima, «Страх» тощо), присвячені психологічній проблемі героїки і героїзму у їх історичній динаміці. В низці праць, присвячених психотерапії та психології («Психічні травми», «Психотерапія», «За і проти екзистенціальної психіатрії» і др.), А.Кемпінські проводить глибокий аналіз підходів до вирішення різних проблем людської психіки. Сам автор глибоко переконаний, що донедавна панування картезіанського розділення психіки і соми не відповідає дійсності й гальмує розвиток психології і психопатології. Використання цього принципу призвело до того, що людина розглядалася як сума клітин і різних біохімічних показників, а не як цілісна система – надскладна, самоорганізуюча, самонавчальна.

Вчений був глибоко віруючою людиною, але свої релігійні почуття трактував як щось особисте, інтимне. Цю тему він розвинув у есе «Комплекс господа Бога», в якому представлено феноменологічний аналіз цього варіанту гострого психозу і його патологічні механізми [7].

Не можна не згадати детальніше і монографію вченого «Пізнання хворого», цікаву і корисну для фахівців-медиків різного профілю. Кожен її рядок сповнений глибоким змістом основних засад лікарської професії: вміння налагодити належний контакт із хворим, зрозуміти його проблеми і, отже, по-справжньому бути поруч у його хворобі та лікуванні. Автор наголошує, що діагностика захворювання повинна перетворюватися на творчий процес, у якому формуються не тільки бачення патології, а й цілісний і об'ємний образ хворої людини у її розвитку з можливістю пошуку різноманітних засобів впливу на патологію. До речі, у 2004 р. видавництвом «Мс-Львів» під науковою редакцією Н.І.Долішньої видано перший україномовний переклад цього безцінного твору вченого. Другим подібним виданням стала «Шизофренія», що вийшла у цьому ж видавництві теж у 2004 році. Дуже важливо, що написана прекрасною і зрозумілою мовою, книга має такий же якісний переклад (Х.Р.Богут, Н.С.Бреславська, Р.Ю.Богут, О.Л.Лизак). Це дослідження присвячене висвітленню проблем людей, які відрізняються незвичністю думок, вчинків і стосунків, а тому нерідко відкидаються суспільством. У цілому ж у роботі стверджуються гуманістичні принципи психіатрії, вона вчить, як діагностувати і лікувати це захворювання.

Слід відзначити, що особливо активно у царині науки А.Кемпінські працював у останні роки свого життя, коли був уже невиліковно хворий і терпів сильні болі. Захворювання безжально знищувало кістковий мозок, кістки і нерви та прикувало його до ліжка, а кожний рух завдавав величезних страждань. Та думки і ідеї, викладені професором на папері саме тоді, не тільки пережили десятиліття, а й знайшли своїх послідовників. Перевірені часом, ці ідеї й сьогодні не втратили своєї актуальності та залишаються конкретними і змістовними рекомендаціями щодо поліпшення лікувально-діагностичного процесу як у медицині в цілому, так, зокрема, й у психіатрії [8].

За заслуги перед Вітчизною та зразкову діяльність у сфері охорони здоров'я А.Кемпінські був нагороджений Лицарським Хрестом польського Відродження, Золотим Хрестом «За заслуги» та медаллю «За зразкову роботу в галузі охорони здоров'я».

Помер А.Кемпінські 8 червня 1972 року на 54-му році життя у м. Краків і був похований на Сальвадорському цвинтарі. Поховальну церемонію здійснив Митрополит Краківський Кароль Войтила – майбутній Папа Римський. Іменем вченого названо психіатричну лікар-

ню в м. Ярослав та одну із вулиць у м. Краків. Будинок, у якому жив науковець з родиною, був перетворений на гуртожиток для психічно хворих. Медична громадськість Польщі не забуває свого вчителя та лікаря. Його ім'я по праву посідає почесне місце в пантеоні найвидатніших постатей Польщі. Кафедра психіатрії Краківського університету організувала два симпозиуми – у 10-ті та 15-ті роковини від дня смерті вченого. Є багато досліджень його наукової діяльності, рецензій на його роботи. Цим повідомленням і ми хочемо згадати видатного уродженця нашого чудового краю, який до останніх днів свого життя зберіг яс-

ність розуму і надзвичайну енергію та в умовах наближення смерті написав: «Без смерті життя втратило б свій сенс та своє динамічне напруження, стало б безформною, чотиривимірною плазмою. Усвідомлення смерті пов'язане з людською екзистенцією. Людина вмирає, але залишає після себе слово, специфічні для неї жести, емоційний клімат неустворений, а також його якби символи, що були свого часу кинуті в оточуючий світ і в цьому світі існують у той час, як тіло перестало функціонувати [...] І цей знак, кинутий світу, стає безсмертним...» [9] – пер. В. С. Андрух, В. Н. Андрух, М. В. Слободян.)

### Література

1. Andruh V. S., Andruh V. N., Slobodjan M. V. Antoni Kempinski – lekar, naukovec' i vchytel' [Anthony Kempinski - a doctor, scientist and teacher]. Arhiv psyhiatrii, 2012, vol. 18, no. 3 (70), pp. 102-104. (In Ukr.)
2. Veselovs'kyj D. Antoni Kempinski - samarjanyn suchasnosti [Anthony Kempinski - modern Samaritan]. Z istorii' Dolyny (zbirnyk krajeznavchych statej), 2012, issue 5. (In Ukr.)
3. Jakubik A., Masłowski J. Antoni Kępiński - człowiek i dzieło [Antoni Kępiński - the man and his work], PZWL, Warsaw, 1981, p. 25. (In Pol.)
4. Murawsk K. Wybrane zagadnienia rozwoju wewnętrznego człowieka w pracach C. G. Junga i A. Kępińskiego [Selected issues of internal development of man in the work of CG Jung and A. Kępiński]. Ossolineum Wrocław, 1983. (In Pol.)
5. Kulesa A., Ryn Zdzisław Kępiński A. Wiara, nadzieja i miłość idą zawsze razem [Faith, hope and love always go together]. Przegląd Lekarski, 1988, issue 45, no. 3, pp. 352-355. (In Pol.)
6. Pytel M. Odbiór prac Antoniego Kępińskiego przez studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego w 25 lat po jego śmierci [praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. Z. Ryna]. [Reception of works by Antoni Kępiński Jagiellonian University students 25 years after his death [thesis written under the guidance of prof. Z. Ryn]]. Cracow, Collegium Medicum UJ, 1998. (In Pol.)
7. Jakubik A. Antoni Kępiński - homo religiosus [Antoni Kępiński - homo religiosus]. Więź, 1973, issue 26, no. 4, pp. 51-63. (In Pol.)
8. Szymusik A. Antoni Kępiński jako autorytet [Antoni Kępiński as an authority]. Przegląd Lekarski, 1983, issue 45, no. 3, p. 320. (In Pol.)
9. Tischner J. Filozofia wypróbowanej nadziei [The proven philosophy of hope]. Znak, 1974, issue 26, no. 237, p. 331-345. (In Pol.)

### АНТОНІЙ КЕМПІНСЬКИЙ (ENTONI, IGNACI-TADEUSZ KĘPIŃSKI): МЕДИЦИНСКАЯ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИЗВЕСТНОГО ПОЛЬСЬКОГО ПСИХИАТРА

В. С. Андрух, В. Н. Андрух, М. В. Слободян

Долинська ЦРБ, Івано-Франківська обл.

**Аннотация.** Стаття посвящена сложному жизненному пути, медицинской, гуманитарной и научной деятельности известного польского психиатра-практика, психолога, философа и ученого Антония Кемпински. Ученый охватывал широкий круг проблем, относящихся не только к психопатологии, нейрофизиологии, нейрофармакологии, но и к философии, этнографии, психологии, социологии. А. Кемпински прославился не только в польском, но и в мировом научном мире своими работами по теории информационного метаболизма и психиатрической аксиологии. Особо активно ученый работал в последние годы своей жизни когда был неизлечимо больной. Но его мысли и идеи переживают десятилетия и в современном научном мире находят последователей. Польша высоко ценит труды самоотверженного врача-психиатра и известного ученого. Напомним и украинскому психиатрическому сообществу об этой гениальной личности – уроженце нашей чудесной страны.

**Ключевые слова:** жизненный путь, врачебная и научная деятельность, психиатрия, Антоний Кемпински.

### ANTHONY KEMPINSKI (ENTONI, IGNACY-TADEUSZ KĘPIŃSKI): MEDICAL AND SCIENTIFIC ACTIVITIES OF FAMOUS POLISH PSYCHIATRIST

V. S. Androukh, V. N. Androukh, M. V. Slobodyan

Dolyna CDH, Ivano-Frankivsk region

**Summary.** This article is devoted to the life path, medical, humanitarian, and scientific activity of a famous polish psychiatrist, philosopher, and scientist Anthony Kempinski. In his scientific works a wide range of problems is researched, which are related not only to psychopathology, neurophysiology, neuropharmacology but also to philosophy, ethnography, psychology, and sociology. Anthony Kempinski is famous in a world's science for works in a theory of information metabolism and psychiatric axiology. During last years of life, the scientist was working particularly active, when he was already terminally ill. But his thoughts and ideas go through decades and find their followers even in a modern scientific world. Poland highly appreciates works of self-devoted psychiatrist and famous scientist. Let's recall Ukrainian psychiatric community about this brilliant individual – the son of our beautiful country.

**Key words:** life path, medical and scientific activities, psychiatry, Antony Kempinski.

УДК 616.8:929Дзерж(477.54)



О. И. Вовк

## К 135-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЛАДИСЛАВА ЭДМУНДОВИЧА ДЗЕРЖИНСКОГО – ВЫДАЮЩЕГОСЯ НЕВРОЛОГА, ПРОФЕССОРА, ПРИВАТ-ДОЦЕНТА ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

О. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

### Аннотация.

Статья продолжает цикл публикаций, посвященных истории развития психиатрии, неврологии, наркологии и медицинской психологии в Харьковском университете. В работе рассмотрены основные вехи биографии выдающегося врача-невролога, профессора, приват-доцента Харьковского университета, одного из корифеев отечественной и польской неврологии Владислава Эдмундовича Дзержинского (1881–1942). Раскрыты малоизвестные страницы харьковского периода его жизни. Сделаны выводы о вкладе В. Э. Дзержинского в развитие европейской медицинской науки и практики.

**Ключевые слова:** В. Э. Дзержинский, биография, неврология, Харьковский университет.

### Введение

На протяжении нескольких последних лет, в связи с открытием и успешным функционированием кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии в структуре Харьковского классического университета, возрос интерес к истории развития наук о нервной и психической деятельности человека в стенах этого старейшего в восточной Украине высшего учебного заведения.

Авторы большинства современных публикаций уделяли первоочередное внимание вкладу университетских ученых в развитие психиатрии [1 и др.]. Вместе с тем, с Харьковским университетом связаны имена не только крупнейших психиатров своего времени (П. А. Бутковского, П. И. Ковалевского и др.), но и выдающихся неврологов. В этом ряду прежде всего стоит упомянуть Владислава Эдмундовича Дзержинского (1881–1942) – младшего брата одного из основателей советских органов госбезопасности Феликса Дзержинского. Несмотря на «громкую» фамилию и ощутимый вклад в развитие неврологии Российской империи, СССР и Польши, этот врач и ученый пока еще недостаточно известен в Украине, а его биография изобилует «белыми пятнами».

Возможно, это обусловлено тем, что расцвет жизни В. Э. Дзержинского (25–40 лет) пришелся на «эпоху катастроф»: он стал свидетелем трех русских революций, русско-японской, Первой мировой, гражданской и советско-польской войн, послевоенной разрухи; жизненный путь этого человека оборвался в годы Второй мировой войны. Политическая и социально-экономическая нестабильность вынуждали его неоднократно менять место жительства, в связи с чем документы, которые

могли бы пролить свет на детали биографии этого невролога, рассеяны по разным городам и странам, а многие были утрачены в годы военного лихолетья. Кроме этого, стоит учесть также и тот факт, что на протяжении долгих лет личность В. Э. Дзержинского в нашей стране находилась в тени старшего брата.

### Цель и задачи исследования

Жизни и деятельности В. Э. Дзержинского посвящено несколько статей польских [2–5] и украинских [6; 7] авторов. Однако харьковский период жизни врача и ученого практически не освещен в специальной литературе. Его имя также не упоминается в большинстве обобщающих монографий о Харьковском университете [8 и др.] и истории медицины на Харьковщине [9; 10 и др.]. Цель статьи – ознакомление медицинской общественности с основными вехами биографии В. Э. Дзержинского, и особенно – исследование его научных и профессиональных связей с Харьковом и Харьковским университетом.

### Результаты исследования и их обсуждение

Владислав Эдмундович Дзержинский родился в марте (по другим сведениям – в мае [11]) 1881 года в имении Оземблово Виленской губернии (теперь поселок Дзержиново Минской области, Беларусь). В семье кроме него было еще девять детей: Алдона (1870–1966), Ядвига (1871–1949), Станислав (1872–1917), Казимир (1875–1943), Феликс (1877–1926), Ванда (1878–1892) и Игнатий (1879–1953); еще два ребенка умерли в младенческом возрасте [4].

Отец семейства – вышедший в отставку преподаватель физики и математики Эдмунд-Руфин Дзержинский (1829–1882) – через год после рождения Владислава скон-

чался от туберкулеза. Поэтому все хлопоты по поддержанию хозяйства и воспитанию детей взяла на себя мать, Елена Дзержинская (1850–1896) – дочь профессора Петербургского железнодорожного института Игнатия Янушевского (1804–1875), одного из основоположников транспортной науки и техники в Российской империи. Эта женщина знала несколько европейских языков, увлекалась музыкой и литературой, организовывала в своем доме вечера польской поэзии [12].

С 1892 года Владислав Дзержинский обучался в гимназии города Вильно (современный Вильнюс), впоследствии продолжил образование в Первой Петербургской гимназии. В 1901–1906 годах был студентом медицинского факультета Московского университета. В студенческие годы он женился на Софии Форс-Новицкой, а в 1906 году в семье родилась дочь, тоже София<sup>1</sup>. После окончания университета В. Э. Дзержинский несколько лет работал в клинике нервных болезней при Московском университете, где его наставником был видный врач и общественный деятель, один из создателей отечественной школы невропатологов В. К. Рот (1848–1916). В 1911 году Дзержинский защитил диссертацию по теме «Над-, фило- и гистогенез надпочечников» на соискание ученой степени доктора медицины. В 1911–1912 годах он, помимо научной работы и лечебной практики, занимался также редактированием московской «Психиатрической газеты» [4].

В 1913 году В. Э. Дзержинский переехал в Харьков. Вначале вместе с семьей он поселился в доме № 19 по улице Куликовской (с 1923 по 2015 годы она носила имя Ю. Д. Мельникова), а впоследствии переехал на квартиру, располагавшуюся в доме № 3 по улице Садовой (в 1961–2015 годах носила имя В. Я. Чубаря) [17; 18]. Владислав Эдмундович поступил на службу в Харьковскую губернскую земскую больницу (Сабурову дачу; сегодня – областная психиатрическая больница № 3) на должность ординатора-психиатра [18], а вскоре вошел в состав больничного правления<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> София Владиславовна Дзержинская (1906–1984) в 1923 году окончила Харьковский рабфак, а в 1926 году – Харьковский институт народного хозяйства [11].

<sup>2</sup> С конца 1906 года в Харьковской губернской земской больнице была введена коллегиальная форма управления. Больницу возглавляло правление, в состав которого входили старший врач, четыре избранных коллективом врача-ординатора, а в некоторые годы также по одному представителю от среднего и младшего медицинского персонала. Наиболее значимые вопросы рассматривались на общей конференции врачей. Считается, что сложившаяся на Сабуровой даче система управления жизнедеятельностью больницы была хоть и достаточно громоздкой, но вместе с тем – наиболее эффективной и демократичной среди всех лечебных заведений Российской империи [9]. По состоянию на 1914 год в состав правления Харьковской губернской земской больницы входили старший врач П. Р. Ферхмин, ординаторы А. С. Аладов, В. М. Гаккебуш, Н. А. Ершов и Н. И. Рахминов. Врачи В. Э. Дзержинский и Ф. Ф. Добрыслов были запасными членами правления [18].

К началу XX века Харьковская губернская земская больница представляла собой передовое и наибольшее в Российской империи лечебное заведение. Здесь предоставлялась помощь людям, страдающим не только от соматических, но и психических заболеваний. С 1880-х годов психиатрическая помощь здесь стала профилирующей, а, начиная с 1895 года, регулярно поднимался вопрос о преобразовании Сабуровой дачи в специализированную психоневрологическую лечебницу. Окончательное перепрофилирование больницы было завершено в 1914 году [9 и др.].

Врачебный штат Харьковской губернской земской больницы был укомплектован специалистами высокой квалификации, многие из которых впоследствии ярко проявили себя в качестве ученых и организаторов науки. Например, одновременно с В. Э. Дзержинским на Сабуровой даче работали психиатр В. М. Гаккебуш (впоследствии – доктор медицинских наук, профессор, организатор и директор Киевского психоневрологического института [сегодня – Институт нейрохирургии имени академика А. П. Ромоданова НАМН Украины]) и психоневролог А. И. Гейманович (в будущем – доктор медицинских наук, профессор, организатор и директор Украинского научно-исследовательского психоневрологического института в Харькове [сегодня – Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины]). Многие врачи больницы совмещали практическую работу с научной и преподавательской деятельностью в Харьковском университете. Среди них были хирург, приват-доцент Е. К. Истомин; патологоанатом, доктор медицины, профессор, впоследствии – академик АН УССР Н. Ф. Мельников-Разведенков и другие [18].

Библиотека Харьковской губернской земской больницы пополнялась многими российскими и зарубежными журналами и газетами (среди них – «Медицинское обозрение», «Практическая медицина», «Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова», «Вопросы неврологии и психиатрии», *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* и др.) [18], материалы которых позволяли практикующим врачам быть в курсе новостей научного мира. Кроме того, богатые фонды Харьковской городской публичной библиотеки и библиотеки Харьковского университета давали специалистам возможность при необходимости знакомиться с научными трудами обобщающего характера.

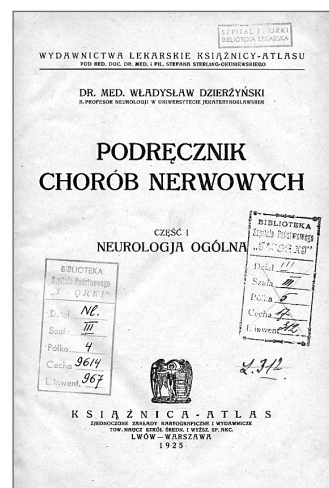


Владислав Дзержинский во время службы в армии (1931-1934 гг.)



Здание по ул. Куликовской, 19 в Харькове, в котором жил Владислав Дзержинский (современный вид).

Титульная страница первого тома учебника по неврологии, написанного Владиславом Дзержинским (1925 г.).



Таким образом, в Харькове врач В.Э.Дзержинский имел возможность не только заниматься лечением больных, но и вести исследовательскую работу. На протяжении 1913–1914 годов он подготовил и опубликовал ряд научных статей, среди которых – «Показания к хирургическому вмешательству при акромегалии», «Преждевременные сращения черепных швов», «Отношение эпилепсии к расстройству функции желез с внутренней секрецией» и др. [18]. В 1913 году ему удалось описать семейственно-наследственное заболевание, которое характеризуется преждевременным синостозом швов черепа, уменьшением его размеров, утолщением и склерозом костей черепа с сохранением нормального роста туловища и конечностей. Данное заболевание в литературе известно как «болезнь Дзержинского». Помимо этого, ученый описал наследственное явление ночной миоклонии в сочетании с атаксией, которое получило название «синдром Дзержинского» [19].

Летом 1914 года В.Э.Дзержинский был командирован в психиатрическую колонию в Сватовой Лучке, которая входила в структуру Харьковской губернской земской больницы. Еще в начале XX века стало очевидным, что, несмотря на узкую специализацию, внушительный коечный фонд (по состоянию на 1912 год он насчитывал 1180 койко-мест) и солидный штат сотрудников, губернская больница была переполнена. Поэтому местные власти приняли решение о строительстве автономной лечебницы в местности, наиболее удаленной от губернского центра. В 1909 году в нескольких верстах от слободы Сватова Лучка Купянского уезда (сегодня – город Сватово Луганской области) началось строительство колонии, которая должна была взять на себя обслуживание жителей Старобельского, Изюмского и Купянского уездов [20]. В июне 1914 года в Сватовскую

колонию была доставлена первая партия из 80 больных мужчин, что считается отправной точкой в истории современной Сватовской областной психиатрической больницы. Эту группу сопровождал В. Э. Дзержинский, который успел проработать в Сватовой Лучке около двух месяцев [21].

Начавшаяся в июле 1914 года Первая мировая война круто изменила жизненный уклад целых стран и миллионов людей. Всего в мире за 4 года войны под ружье было поставлено более 73 миллионов человек. В Российской империи по мобилизации призвали около 40 % трудоспособных мужчин. Одной из наиболее востребованных на фронте была профессия медика. Поэтому уже в середине – второй половине 1914 года в армию были призваны тринадцать врачей Сабуровой дачи, в том числе и В. Э. Дзержинский [18]. Известно, что в годы Первой мировой войны он работал врачом госпиталя в Пензе, а также пребывал на фронте в Карпатах [4].

В конце 1915 года В. Э. Дзержинский вернулся в Харьков и в декабре того же года был зачислен на должность приват-доцента медицинского факультета Харьковского университета по кафедре систематического и клинического учения о нервных и душевных болезнях [22]. Условия военного времени наложили свой отпечаток на работу медицинских факультетов университетов в Российской империи. Многие сотрудники (прежде всего те, кто трудились в университетских клиниках) несли военную службу. Также в действующую армию в качестве зауряд-врачей II разряда призывались студенты-медики IV и V курсов, получившие зачетные свидетельства. В этих обстоятельствах особую ценность приобретал военный опыт В.Э.Дзержинского, который он передавал новому поколению врачей.

В период работы в Харьковском университете В.Э.Дзержинском довелось тру-

дяться на одной кафедре с видными представителями отечественной неврологии и психиатрии. С 1894 по 1919 год кафедру возглавлял профессор Я.А.Анфимов – автор свыше 60 научных трудов, председатель Общества научной медицины и гигиены при Харьковском университете, впоследствии – профессор и заведующий кафедрой Тбилисского университета, член Ученого совета Народного комиссариата здравоохранения Грузии. В 1915 году на харьковской кафедре преподавали С.Н.Давиденков (в дальнейшем – основоположник клинической нейрорегенетики, организатор первых в мире медико-генетических консультаций, академик АМН СССР), Б.Ш.Грейденберг (член Немецкого общества неврологов, одним из первых описавший гемибаллизм и связавший это явление с повреждением субталамуса) и другие достойные специалисты [22].

В 1919 году В.Э.Дзержинский переехал в Екатеринослав (в 1926 году был переименован в Днепропетровск). Исследователи предполагают, что переезд мог быть связан с семейными обстоятельствами (развод с женой). Близость этого города к Харькову, наличие в нем основанного в 1918 году университета, в котором работали многие известные в научных кругах врачи из Москвы и Харькова, вероятно, были в числе факторов, определивших выбор Владислава Эдмундовича.

В Екатеринославе начал раскрываться талант В.Э.Дзержинского как организатора и общественного деятеля. Здесь он стал первым заведующим кафедрой нервных и душевных болезней на медицинском факультете местного университета, читал курсы лекций по оперативной хирургии и патологической анатомии, нервным и душевным болезням. В 1920 году, когда медицинский факультет Екатеринославского университета был выделен в самостоятельную медицинскую академию (в 1921 году она была преобразована в медицинский институт), В. Э. Дзержинский продолжил свою деятельность в новообразованном высшем учебном заведении [6].

В 1919 году В.Э.Дзержинский стал одним из основателей клиники нервных болезней в структуре Екатеринославского университета, а также инициировал создание гистопатологической лаборатории. В 1921 году профессор вошел в состав бюро Комитета содействия ученым Екатеринославской губернии (регионального отделения Всеукраинского комитета содействия ученым), а также был председателем научного комитета при губернском отделении профессионального образования [6].

В 1921 году решением Совнаркома УССР учреждалась система научно-исследовательских кафедр, которые могли быть организованы как в структуре учебных или научных заведений, так и отдельно. Предполагалось, что кафедры должны были быть укомплектованы наиболее выдающимися учеными в той или иной области. Задача этих подразделений состояла не в подготовке специалистов для разных отраслей народного хозяйства, а в проведении научных изысканий. В. Э. Дзержинскому было предложено возглавить научно-исследовательскую кафедру психоневрологии, создаваемую в структуре Екатеринославской медицинской академии. В связи с этим он подготовил в Научный комитет Наркомпроса докладную записку, в которой подробно изложил свое видение структуры, штата, научных задач кафедры. В частности, в качестве перспективного направления ученый называл проблему изучения инфекционного энцефалита, которая в 20-х годах прошлого века была еще малоисследованной [6].

В начале 1922 года коллегия Главпрофобразования Украины утвердила научно-исследовательскую кафедру психоневрологии в Екатеринославе. Однако В.Э.Дзержинский не успел развернуть ее деятельность, так как выехал на постоянное место жительства в Польшу. Существует несколько версий того, почему он принял такое решение. С одной стороны, причиной могли послужить семейные обстоятельства. В Екатеринославе В.Э.Дзержинский женился на Екатерине Аверьяновой<sup>3</sup> – вдове расстрелянного большевиками заместителя прокурора Екатеринославского окружного суда [7]. Это давало В.Э.Дзержинскому основания опасаться за жизнь супруги и свою судьбу. С другой стороны, он мог не видеть для себя дальнейших профессиональных перспектив в Советской Украине [4]. На наш взгляд, среди причин эмиграции ученого можно назвать также окончание советско-польской войны. Это вооруженное противостояние завершилось в 1921 году подписанием Рижского мирного договора, согласно которому некоторые украинские и белорусские территории (в том числе и семейная усадьба Дзержинских в Оземблово) отошли к Польше.

После переезда на историческую родину В.Э.Дзержинский был зачислен в резерв медицинской службы Войска Польского. Вскоре он был призван на военную службу, которую проходил в окружном госпитале №10 в Перемышле, и получил звание под-

<sup>3</sup> В этом браке у В. Э. Дзержинского родилась дочь Вера (ум. 1972), работавшая в Польше врачом-педиатром [4].

полковника. Здесь же он начал работать над написанием учебника по неврологии. Можно предполагать, что во время написания книги большим подспорьем для автора стал преподавательский опыт, полученный в университетах Харькова и Екатеринослава. Первый том учебника («Общая неврология») вышел в 1925 году, а второй («Частная неврология») – в 1927 году. До того времени в Польше не существовало ни одного учебного пособия в этой области медицинского знания. Студенты-медики и практикующие врачи вынуждены были штудировать специальную литературу, большая часть которой издавалась на иностранных языках. Поэтому появление подобного обобщающего издания стало прорывом для польской медицины. Автор предисловия ко второму тому, профессор Львовского и Варшавского университетов К. Оржеховский писал, что, хотя личность Владислава Дзержинского еще мало известна в польском научном сообществе, в его лице национальная медицина получила выдающегося специалиста [4].

В 1928 году В. Э. Дзержинский был награжден Золотым Крестом Заслуги. Эта государственная награда вручалась лицам, которые в период возрождения Польского государства принесли значительную пользу республике и ее гражданам (как правило, это были представители науки, культуры, спорта, а также общественные деятели). В том же году он вместе с семьей переехал в Краков, где поступил на работу в военный госпиталь, и одновременно начал частную практику в собственном медицинском кабинете.

Уже через год семья Дзержинских переехала в Лодзь. Здесь Владислав Эдмундович работал старшим ординатором неврологического отделения окружного госпиталя № 4. Эта больница, построенная в Лодзи в 1930 году, считалась одной из самых крупных и современных лечебниц межвоенной Польши. Помимо работы в госпитале, знаменитый невролог осматривал больных в частном кабинете. Он запомнился жителям Лодзи тем, что не брал с малоимущих денег за прием. Также В. Э. Дзержинский продолжал активно заниматься общественной деятельностью: в 1933 году вошел в состав Временного совета Польского неврологического общества, в 1936 году основал и возглавил его Лодзинское отделение, а в 1937 году был избран членом правления Общества [4].

В первое время после начала Второй мировой войны В. Э. Дзержинский продолжал заниматься частной практикой и не привлекал к себе пристального внимания. Однако в февра-

ле 1942 года он был арестован гестапо. Среди причин ареста историки называют, во-первых, связь врача с антифашистским подпольем. На протяжении долгого времени даже считалось, что В. Э. Дзержинский был первым руководителем службы здравоохранения Лодзинского округа Армии Крайовой (польской военной организации, подпольно действовавшей в годы Второй мировой войны). Однако документальных подтверждений этой версии нет.

Следует учитывать тот факт, что к началу войны, в 1939 году, В. Э. Дзержинскому было уже 58 лет; кроме того, он был слишком известен и в медицинских кругах, и среди простого населения Лодзи. Вероятнее всего, он действительно был связан с Армией Крайовой (есть сведения, что его знали под псевдонимом «Владысь»), хоть и не входил в число ее руководителей. Другая причина могла крыться в родственных связях невролога с Ф. Э. Дзержинским – одним из ярких символов Советского государства. В условиях развернувшегося военного противостояния Германии и СССР арест брата «железного Феликса» имел очевидную идеологическую подоплеку [4].

Немногие выжившие узники Лодзинской тюрьмы впоследствии вспоминали, что В. Э. Дзержинский в заключении держался с достоинством, не поддавался унынию и в меру своих сил помогал сокамерникам. 20 марта 1942 года он вместе с девятью своими соотечественниками был расстрелян на центральной площади города Згеж (считается, что это была самая массовая публичная казнь в Польше в годы Второй мировой войны). В. Э. Дзержинский похоронен в братской могиле жертв расстрела недалеко от польской деревни Люцмеж-Лас [4].

### **Выводы**

Как видим, В. Э. Дзержинский сделал значительный вклад в развитие европейской неврологии XX века. Он жил, учился и работал во многих городах современных Беларуси, Литвы, России, Украины и Польши. Можно с уверенностью сказать, что харьковский период стал одним из решающих в жизни ученого. В Харькове он имел возможность научно обобщить многие свои эмпирические наблюдения, а преподавательский опыт, полученный на медицинском факультете Харьковского университета, помог ему во время написания первого в Польше обобщающего пособия по неврологии. Безусловно, поиск биографической информации о В. Э. Дзержинском будет продолжаться. На наш взгляд, этот выдающийся невролог достоин того, чтобы наши современники знали и отдавали должное его вкладу в медицинскую теорию и практику.

## Литература

1. Kudelko S. M. Oчерк istorii razvitiya psichiarii 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), pp. 89-93. (In Russ.)
2. Radomska M. Udział Władysława Dzierżyńskiego w rozwoju neurologii polskiej [Participation of Vladislav Dzerzhinsky in the development of Polish neurology]. *Archiwum Historii Medycyny* [Archives of the History of Medicine], 1970, vol. 33 (3-4), pp. 446-449. (In Pol.)
3. Zrodlak W. Brat «krwawego» Feliksa. Władysław Dzierżyński (1881-1942) [Brother of «bloody» Felix. Vladislav Dzerzhinsky (1881-1942)]. *Kronica Miasta Łodzi* [Chronicle of the City of Lodz], 2007, vol. 1, pp. 201-212. (In Pol.)
4. Zrodlak W. Prof. dr. med. Władysław Dzierżyński (1881-1942). *Medycyna Nowożytna* [Modern Medicine], 2011, vol. 17, issue 1, pp. 227-237. (In Pol.)
5. Kowalski J., Radwan L., Kolesnikova E. Lekarze polskiego pochodzenia na Ukrainie (XVIII-XX w.) [Doctors of Polish origin in Ukraine (XVIII-XX centuries)]. *Pneumologia i Alergologia Polska* [Polish Pneumology and Allergology], 2015, vol. 83, issue 1, pp. 88-92. (In Pol.)
6. Savchuk V. S. Uchenyy-psychiatr Vladyslav Edmundovych Dzerzhyn's'kyi i yoho diyal'nist' v Ukrayini [Scientists and psychiatrist Vladislav E. Dzerzhinsky and his activity in Ukraine]. *Istorychnyy arkhiv. Naukovi studiyi* [Historical archives. Scientific studies], 2009, vol. 3, pp. 123-127. (In Ukr.)
7. Savchuk V. S. Likar-nevroloh Vladyslav Edmundovych Dzerzhyn's'kyi: povertayuchys' do nadrukovanoho [Neurologist Vladislav E. Dzerzhinsky: returning to the printed]. III Mizhnarodna naukova internet-konferentsiya "Istorychni, ekonomichni, sotsial'no-filosof's'ki ta osvichni aspekty rozvytku okhorony zdorov'ya" [2-9 lystop. 2015 r.] [III International Scientific Internet Conference "Historical, economic, social, philosophical and educational aspects of health care" [2-9 November, 2015]], Kharkiv, 2015, pp. 44-46. (In Ukr.)
8. Bakirov V. S. Harkiv's'kyj nacional'nyj universytet im. V. N. Karazina za 200 rokiv [V. N. Karazin Kharkiv National University on 200 years]. Kharkiv, 2004, 750 p. (In Ukr.)
9. Robak I. Yu. Orhanizatsiya okhorony zdorov'ya v Kharkovi za impers'koyi doby (pochatok XVIII st. - 1916 r.) [Health Organization in Kharkiv in imperial era (beginning of the XVIII century - 1916)]. Kharkiv, 2007, 346 p. (In Ukr.)
10. Smirnova S. N. Oчерки istorii Saburovoy dachi [Essays on the history of Saburova dacha]. Kharkiv, 2007, 292 p. (In Russ.)
11. Zenkovich N. A. Samyie sekretnyie rodstvenniki. Entsiklopediya biografiiy [The most secret family. Encyclopedia of biographies]. Moscow, 2005, 512 p. (In Russ.)
12. Ratkovskiy I. S. Kornii "Zheleznoho Feliksa": k voprosu o proishozhdenii F. E. Dzerzhinskogo [Origins of the «Iron Felix»: revisiting the question of the ancestry of Felix E. Dzerzhinsky]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta kul'turyi i iskusstv* [Bulletin of St. Petersburg State University of Culture and Arts], 2015, vol. 3 (24), pp. 13-21. (In Russ.)
13. Har'kovskiy kalendar na 1915 god [Kharkiv Calendar for 1915]. Kharkiv, 1915, VI, 86, 90, 122, 26, 144, 21, 19 p. (In Russ.)
14. Spravochnaya kniga "Ves' Har'kov na 1915 god" [Reference book "All Kharkiv for 1915"]. Kharkiv, 1915, 291 col. (In Russ.)
15. Spravochnaya kniga "Ves' Har'kov na 1916 god" [Reference book "All Kharkiv for 1916"]. Kharkiv, 1916, 276 col. (In Russ.)
16. Spravochnaya kniga "Ves' Har'kov na 1917 god" [Reference book "All Kharkiv for 1917"]. Kharkiv, 1917, 366 col. (In Russ.)
17. Har'kovskiy kalendar na 1914 god [Kharkiv Calendar for 1914]. Kharkiv, 1914, 84, 85, 116, 131, 40 p. (In Russ.)
18. Meditsinskiy otchet po Har'kovskoy gubernskoy zemskoy bol'nitse i svyazannym s ney uchrezhdeniyam za 1914 god [Medical Report about Kharkiv Zemsky hospital and related institutions for 1914]. Kharkiv, 1916, part II, vol. 115, issue 6, 19 p. (In Russ.)
19. Gorbach I. N., Gurlenya A. M. Slovar' eponimov v nevropatologii [Dictionary of eponyms in neuropathology]. Minsk, 1992, 208 p. (In Russ.)
20. Zelenskiy N. M. 150 let Saburovoy dachi [150 years of Saburova dacha]. Kyiv, Kharkiv, 1946, 160 p. (In Russ.)
21. Vintonyak D. M., Vintonyak N. M., Itchenko E. A. [et al.]. Svatovskaya oblastnaya psichiatricheskaya bol'nitsa. Vekovoy rubezh [Svatovo Regional Psychiatric Hospital. Centenary]. Available at: <http://mspu.org.ua/pulicistika/11150-dzerzhinskiy-ve-u-istokov-organizatsii-spezializirovannoy-medicinskoj-pomoschi-na-luganschine.html>. (In Russ.)
22. Spisok sluzhaschih pri imperatorskom Har'kovskom universitete [Employee list of the Imperial Kharkiv University]. *Zapiski imperatorskogo Har'kovskogo universiteta* [Notes of the Imperial Kharkiv University], 1916, vol. 2-3, pp. 1-24. (In Russ.)

**ДО 135-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ  
ВЛАДИСЛАВА ЕДМУНДОВИЧА ДЗЕРЖИНСЬКОГО –  
ВИДАТНОГО НЕВРОЛОГА, ПРОФЕСОРА,  
ПРИВАТ-ДОЦЕНТА ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

О. І. Вовк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Анотація.** Пропонована стаття продовжує цикл публікацій, присвячених історії розвитку психіатрії, неврології, наркології та медичної психології у Харківському університеті. В ній висвітлено основні віхи біографії видатного лікаря-невролога, професора, приват-доцента Харківського університету, одного з корифеїв вітчизняної і польської неврології Владислава Едмундовича Держинського (1881–1942). Розкрито маловідомі сторінки «харківського» періоду його життя. Зроблено висновки щодо внеску В. Е. Держинського у розвиток європейської медичної науки і практики.

**Ключові слова:** В. Е. Держинський, біографія, неврологія, Харківський університет.

**TO THE 135TH ANNIVERSARY  
OF VLADISLAV DZERZHINSKY –  
THE FAMOUS NEUROLOGIST, PROFESSOR,  
DOCENT OF KHARKIV UNIVERSITY**

O. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The present paper continues the series of publications that are dedicated to the history of psychiatry, narcology, neurology and medical psychology in Kharkiv University. Major life events of the famous neurologist, professor, docent of Kharkiv University, one of the giants of Ukrainian and Polish neurology Vladislav E. Dzerzhinsky (1881–1942) were described in this article. Little-known aspects of "Kharkiv" period of his life were investigated. Conclusions about the contribution of V. E. Dzerzhinsky to the development of European medical science and practice were drawn.

**Key words:** V. E. Dzerzhinsky, biography, neurology, Kharkiv University.



## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

до міжнародного науково-практичного журналу  
«Психіатрія, неврологія та медична психологія»

В міжнародному науково-практичному журналі «Психіатрія, неврологія та медична психологія» публікуються проблемні статті, результати оригінальних і експериментальних досліджень, статті оглядового, дискусійного та історичного характеру, короткі повідомлення, лекції, рецензії, випадки із практики, матеріали інформаційного характеру, роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою та інші матеріали, присвячені актуальним проблемам клінічної та судової психіатрії, наркології, неврології, медичної психології, а також психотерапії, фармакотерапії та ін.

До розгляду редакційною колегією журналу приймаються статті, які відповідають тематиці журналу й нижченаведеним вимогам.

Роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

Стаття надсилається до редакції в двох примірниках, один екземпляр повинен бути підписаний 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.

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 800 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).

В експериментальних статтях і результатах оригінальних досліджень, позначаються наступні розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), мета дослідження, матеріали та методи дослідження, результати дослідження та їх обговорення, висновки, література.

В коротких повідомленнях данні розділи не наводяться.

Обсяг оригінальних статей не повинен перевищувати 12 сторінок, лекцій та оглядів – 20, коротких повідомлень – 5, рецензій – 3 сторінок.

Текст слід набирати в текстовому редакторі Microsoft Word шрифтом Times New Roman, кегль 14 пунктів через 1,5 інтервали; формат А4, ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого – 1 см. Текст 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. Всі 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.

Ілюстрації – файли у форматі JPEG або TIF, 300 dpi (для кольорових ілюстрацій) і 600 dpi (для чорно-білих). Графічний матеріал може бути також виконаним у програмах Excel, MS Graph і поданим у окремих файлах відповідних форматів, а також у форматах TIF, CDR або EPS.

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 дані, які повністю наводяться в тексті. Рисунки не повинні дублювати таблиці.

У статтях усі фізичні величини та одиниці слід наводити за Міжнародною системою SI, терміни – згідно з міжнародною номенклатурою.

Список літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 і повинен містити роботи за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються у список тільки у випадку необхідності.

У рукопису посилання на літературу подають у квадратних дужках. Література у списку розміщується згідно з порядком посилань на неї у тексті статті. В список не включаються неопубліковані роботи. За правильність наведених у списку літератури даних несуть відповідальність автори. В бібліографічному описі вказуються прізвище та ініціали автора (авторів), назва роботи, видавництво, місто і рік видання, том, випуск, сторінки.

В оригинальных работах цитуются не больше 15 джерел, а в научных обзорах – до 30.

Редакция оставляет за собой право рецензирования, редакционной правки статей, а также відхилення праць, які не відповідають вимогам редакції до публікацій; рукописи авторам не повертаються.

Статті і інші матеріали слід направляти за

адресою: 61022, Україна, м. Харків, майдан Свободи, 6, кімн. 605, кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Додаткову інформацію можна одержати на сайті журналу: <http://www.psychiatry-neurology.org> або по тел.: 057-705-11-71

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

в международном научно-практическом журнале  
«Психиатрия, неврология и медицинская психология»

В международном научно-практическом журнале «Психиатрия, неврология и медицинская психология» публикуются проблемные статьи, результаты оригинальных и экспериментальных исследований, статьи обзорного, дискуссионного и исторического характера, краткие сообщения, лекции, рецензии, случаи из практики, материалы информационного характера, работы по вопросам преподавания нейронаук, организации и управления психоневрологической службой и другие материалы, посвященные актуальным проблемам клинической и судебной психиатрии, наркологии, неврологии, медицинской психологии, а также психотерапии, фармакотерапии и др.

Редакционная коллегия журнала принимает к рассмотрению статьи, которые соответствуют тематике журнала и нижеприведенным требованиям:

Работы, которые не публиковались и не подавались к печати ранее.

Оригинал работы подается в редакцию на украинском, русском или английском языках.

Статья присылается в редакцию в двух экземплярах, один экземпляр должен быть подписан всеми авторами или одним из них, который берет на себя ответственность и ставит подпись с припиской «согласовано со всеми соавторами». Работа сопровождается официальным направлением, завизированным подписью руководителя и печатью учреждения, где выполнена работа, а для отечественных авторов также экспертным заключением, позволяющим открытую публикацию, и заключением комиссии по биоэтике учреждения, где выполнена работа. Статьи диссертантов должны иметь визу научного руководителя. К статьям, выполненным по личной инициативе автора, должно прилагаться письмо с просьбой о публикации. К статье на отдельном листе прилагаются сведения об авторах, которые включают ученое звание, научную степень, фамилию, имя и отчество (полностью), место работы и должность, которую занимает автор, адрес для переписки, номера контактных телефонов и факсов, e-mail.

Материал статьи излагается по следующей схеме:

а) индекс УДК (статьи без УДК не рассматриваются);

б) название статьи;

в) инициалы и фамилия автора (авторов);

г) полное название учреждения, где выполнена работа;

д) три резюме – на украинском, русском и английском языках, объемом не менее 800 печатных знаков каждое. Каждое резюме обязательно должно сопровождаться инициалами и фамилией автора (авторов), названием статьи, официальным названием учреждения и ключевыми словами на соответствующем языке (от 3 до 10) (если авторы работают в разных организациях, необходимо привести все названия и адреса, надстрочными арабскими цифрами обозначается соответствие учреждений, где работают авторы).

В экспериментальных статьях и результатах оригинальных исследований обозначаются следующие разделы: введение (с обоснованием актуальности), цель и задачи исследования, материалы и методы исследования, результаты исследования и их обсуждения, выводы, литература.

В кратких сообщениях данные разделы не приводятся.

Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, лекций и обзоров – 20, кратких сообщений – 5, рецензий – 3 страниц.

Текст набирается в текстовом редакторе Microsoft Word шрифтом Times New Roman, кегль 14 пунктов через 1,5 интервала; формат А4, ширина полей: левого, верхнего и нижнего по 2 см, правого – 1 см. Текст сохраняется в файлах форматов Word 6.0/95 for Windows или RTF (Rich Text Format). Страница текста должна содержать не более 32 строк по 64 знака в строке. Все аббревиатуры при первом упоминании должны быть раскрыты, кроме общепринятых сокращений.

Электронный вариант отправляется на электронный носитель или по электронной почте (e-mail: [journal@psychiatry-neurology.org](mailto:journal@psychiatry-neurology.org)). Имя файла создается по фамилии первого автора (иванов.doc, ivanov.doc). Иллюстрации – отдельными файлами в графическом редакторе.

Иллюстрации – файлы в формате JPEG или TIFF 300 dpi (для цветных иллюстраций) и 600 dpi (для черно-белых). Графический материал может быть

также выполнен в программах Excel, MS Graph и подан в отдельных файлах соответствующих форматов, а также в форматах TIF, CDR или EPS.

Таблицы должны быть компактными, иметь названия, соответствующие содержанию. На все рисунки и таблицы в тексте должны быть ссылки. Иллюстрации и таблицы нумеруются арабскими цифрами, если их количество более одной, и приводятся в тексте после абзаца, в котором есть упоминания о них. Таблицы не должны дублировать цифровые данные, которые полностью приводятся в тексте. Рисунки не должны дублировать таблицы.

В статьях все физические величины и единицы следует приводить по Международной системе SI, термины – согласно международной номенклатуре.

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 раз-

мещается 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 800 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 3, № 1 (5)**

(Укр., рос. та англ. мовами)

Відповідальна за випуск І. Б. Савостьянова

Підписано до друку 28.09.16 р. Формат 60x84/8.  
Папір крейдяний. Друк офсетний.  
Гарнітура Myriad.  
Ум. друк. арк. 17,4. Обл.-вид. арк. 20,3.  
Наклад 500 пр. Зам. № . Ціна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна.  
Майдан Свободи, 6, кімн. 605, м. Харків, 61022, Україна.

