

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
№ 2 (6)
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, № 2 (6)

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. Смутьсон – 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 № 17 от 26.12.2016).

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. 17 from 26.12.2016).

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. Горбачевского, 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 № 17 от 26.12.2016).

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 ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНАЧЕННЯ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРУ У ХВОРИХ НА КАТАТОНІЧНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ**
К. В. Аймедов
- ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА У БОЛЬНЫХ КАТАТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ
К. В. Аймедов
- DETERMINATION OF VALUES OF GENDER FACTOR IN PATIENTS WITH CATATONIC SCHIZOPHRENIA
С. V. Aymedov
- 14 ПОРУШЕННЯ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ**
К. В. Аймедов, В. В. Баскіна
- НАРУШЕНИЕ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА
К. В. Аймедов, В. В. Баскина
- VIOLATION OF WOMEN FAMILY FUNCTIONING AFTER SUFFERING A PSYCHOTIC EPISODE
С. V. Aymedov, V. V. Baskina
- 20 ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ІЗ СИМПТОМАМИ ДЕПРЕСІЇ**
Х. С. Живаго
- ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ
К. С. Живаго
- FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS
Kh. S. Zhyvago
- 25 НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ І КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ**
В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник,
С. О. Український, Ю. С. Бучок, С. С. Кирилюк
- НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ
В. С. Подкорытов, О. И. Серикова, О. В. Скрынник, С. А. Украинский,
Ю. С. Бучок, С. С. Кирилюк
- NEUROPLASTICITY AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH BIPOLAR DEPRESSION
V. S. Pidkorytov, O. I. Serikova, O. V. Skrynnyk, S. A. Ukrayinskyy,
Y. S. Buchok, S. S. Kyryluik

- 35 ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПО МКБ-10 В СРАВНИТЕЛЬНОМ СОПОСТАВЛЕНИИ С ВОЗБУДИМОЙ И НЕУСТОЙЧИВОЙ ПСИХОПАТИЯМИ ПРЕЖНИХ СИСТЕМАТИК: ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ПРОФИЛАКТИКА**
В. Ф. Простомолотов
ЕМОЦІЙНО НЕСТІЙКИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ЗА МКХ-10 В ПОРІВНЯЛЬНОМУ ЗІСТАВЛЕННІ ЗІ ЗБУДЛИВОЮ І ХИТЛИВОЮ ПСИХОПАТІЄЮ МИНУЛИХ СИСТЕМАТИК: ДІАГНОСТИКА, ТЕРАПІЯ, ПРОФІЛАКТИКА
В. Ф. Простомолотов
EMOTIONALLY UNSTABLE PERSONALITY DISORDER ACCORDING TO ICD-10 RELATIVELY COMPARED TO EXCITABLE AND UNSTABLE PSYCHOPATH OF PREVIOUS SYSTEMATICS: DIAGNOSTICS, THERAPY, PREVENTION
V. F. Prostromolotov
- 44 PECULIARITIES OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS SUFFERING FROM TUBERCULOSIS**
А. А. Суворова-Григорович, V. V. Antsupova
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
Г. О. Суворова-Григорович, В. В. Анцупова
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
А. А. Суворова-Григорович, В. В. Анцупова
- 48 НЕВРОТИЗАЦІЯ ТА ПАТОЛОГІЧНА ТРИВОГА ЯК ПРОЯВИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДРУЖИН І МАТЕРІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ**
К. В. Шкода
НЕВРОТИЗАЦІЯ І ПАТОЛОГІЧЕСЬКА ТРЕВОГА ЯК ПРОЯВЛЕННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЖЕН І МАТЕРЕЙ БОЛЬНИХ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЄЮ С ДЛИТЕЛЬНОЮ ТЕРМІНОМ ЗАБОЛЕВАННЯ
К. В. Шкода
NEUROTICISM AND PATHOLOGICAL ANXIETY AS MANIFESTATION OF MALADJUSTMENT OF WIVES AND MOTHERS OF PATIENTS WITH LONG COURSE OF PARANOID SCHISOPHRENIA
K. V. Shkoda

НАРКОЛОГІЯ

- 57 ПРИЧИНИ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ КООПЕРАТИВНО-КОНКУРЕНТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ**
Л. М. Маркозова
ПРИЧИНЫ І ЗАКОНОМЕРНОСТІ КООПЕРАТИВНО-КОНКУРЕНТНОГО ВЗАЙМОДЕЙСТВИЯ СОСТОЯНИЙ ЗАВИСИМОСТІ РАЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ
Л. М. Маркозова
CAUSES AND PATTERNS OF COOPERATIVE AND COMPETITIVE INTERACTION IN STATES OF DEPENDANCY OF DIFFERENT ORIGIN
L. M. Markozova

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

- 61 К ВОПРОСУ О ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ**
Е. В. Боднарь
ДО ПИТАННЯ ПРО ВАРИАБЕЛЬНІСТЬ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ.
О. В. Боднар
REFERRING TO THE MATTER OF VARIABILITY OF TRAITS ACCENTUATION OF WOMEN HAVING PREGNANCY PATHOLOGIES
O. V. Bodnar
- 69 КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ У ВОЛОНТЕРІВ, ДІЯЛЬНІСТЬ ЯКИХ ПОВ'ЯЗАНА ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ВІЙСЬКОВИХ У ЗОНІ АТО**
С. Ю. Глаголич
КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ВОЛОНТЕРОВ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОТОРЫХ СВЯЗАНА С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ВОЕННЫХ В ЗОНЕ АТО
С. Ю. Глаголич
CLINICAL AND SOCIAL FEATURES OF MALADAPTIVE STATES AMONG VOLUNTEERS, WHOSE WORK IS RELATED TO THE SUPPORT OF MILITARY MEN IN ATO ZONE
S. Y. Glagolych
- 77 СОПОСТАВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ ОТЛИЧНО И ПОСРЕДСТВЕННО УСПЕВАЮЩИХ СТУДЕНТОВ**
А. Х. Кобросли, В. Ф. Простомолотов
ЗІСТАВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОФІЛІВ УСПІШНО ТА ПОСЕРЕДНЬО ВСТИГАЮЧИХ СТУДЕНТІВ
А. Х. Коброслі, В. Ф. Простомолотов
OMPARISON OF THE PSYCHOLOGICAL PROFILES OF STUDENTS WITH EXCELLENT AND MEDIOCRE ACADEMIC ACHIEVEMENTS
A. H. Kobrosli, V. F. Prostomolotov
- 85 МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ В ГЕНЕЗІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СПІВРОБІТНИКІВ МВС УКРАЇНИ – УЧАСНИКІВ АТО**
П. В. Козыра
МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ГЕНЕЗЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СОТРУДНИКОВ МВД УКРАИНЫ – УЧАСТНИКОВ АТО
П. В. Козыра
SYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS IN GENESIS OF PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT OF UKRAINE MIA OFFICERS – ATO PARTICIPANTS
P. V. Kozyra

- 93** **СКОЛІОТИЧНА ХВОРОБА У ДІТЕЙ ЯК ОДНА З ПРИЧИН ТРИВОЖНОСТІ**
С. І. Коломієць
СКОЛІОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ТРЕВОЖНОСТИ
С. И. Коломиец
SCOLIOSIS IN CHILDREN AS ONE OF THE CAUSES OF ANXIETY
S. I. Kolomiets
- 98** **КЛІНІЧНА ВАРІАТИВНІСТЬ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВІЙНИ**
А. Р. Марков
КЛИНИЧЕСКАЯ ВАРИАТИВНОСТЬ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ВОЙНЫ
А. Р. Марков
CLINICAL VARIABILITY OF CIVILIANS MALADAPTIVE STATES IN THE INFORMATION-PSYCHOLOGICAL WAR
A. R. Markov
- 106** **ПРОФЕСІЙНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У СТРУКТУРІ ПОРУШЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЧЛЕНІВ РОДИНИ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ СПІЛЬНИМ БІЗНЕСОМ**
А. С. Маркова
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ ЗАНИМАЮТСЯ СОВМЕСТНЫМ БИЗНЕСОМ
А. С. Маркова
PROFESSIONAL DISADAPTATION IN THE STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL HEALTH DISORDERS OF THE FAMILY MEMBERS WHO ARE INVOLVED IN JOINT BUSINESS
A. S. Markova
- 112** **ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ТАНИНГ**
В. В. Пономарёва
ПАТОЛОГИЧНИЙ ТАНИНГ
В. В. Пономарёва
PATHOLOGY TANNING
V. V. Ponomaryova
- 118** **РОЛЬ СІМ'Ї В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**
Н. О. Рябоконт
РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Н. А. Рябоконт
THE ROLE OF FAMILY IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS
N. O. Ryabokon

ТЕРАПІЯ

- 125** **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ
В СИСТЕМЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
- Б. В. Михайлов, Я. С. Живилова
- ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ У СИСТЕМІ
ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ
З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ
- Б. В. Михайлов, Я. С. Живілова
- DIFFERENTIATED USE OF ANTIDEPRESSANTS IN THE RECOVERY THERAPY
SYSTEM OF PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS
WITH DEPRESSIVE DISORDERS
- B. V. Mykhaylov, J. S. Jivilova
- 132** **РОЛЬ ПСИХОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ**
- К. О. Стаханов
- РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ
ДЕПРЕССИИ
- К. О. Стаханов
- IMPORTANCE OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT
OF POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION
- K. O. Stakhanov

ІСТОРІЯ

- 138** **З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ СВІТОВОЇ ПСИХІАТРІЇ: ХРОНОЛОГІЧНА ТАБЛИЦЯ**
- О. І. Вовк
- ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ МИРОВОЙ ПСИХИАТРИИ: ХРОНОЛОГИЧЕСКАЯ
ТАБЛИЦА
- О. И. Вовк
- FROM THE HISTORY OF WORLD PSYCHIATRY: CHRONOLOGICAL TABLE
- O. I. Vovk
- 146** **ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ**
- 148** **ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ**
- 150** **SUBMISSION GUIDELINES**



К. В. Аймедов

УДК 616.895.87-008.454-02:316.6.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНАЧЕННЯ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРУ У ХВОРИХ НА КАТАТОНІЧНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

К. В. Аймедов

Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна

Анотація.

Гендерний фактор у перебігу кататонічної шизофренії є малодослідженим. Тож метою роботи було дослідження його впливу на особливості розвитку кататонічної форми шизофренії та її лікування. Репрезентативну вибірку склав 21 хворий із зазначеним діагнозом; цих пацієнтів було розподілено на 2 групи за статевою ознакою: до першої увійшли 11 чоловіків, до другої – 10 жінок. Під час роботи використовувався катamnестичний метод, також було здійснено аналіз позитивних та негативних симптомів у хворих, оцінку ступеня вираженості кататонічного синдрому та визначення особливостей його лікування. Встановлено основні відмінності перебігу захворювання в досліджених групах. Для жінок виявилися характерними афективні прояви та більша вираженість кататонічного синдрому. Група чоловіків відрізнялася тривалішим перебігом кататонічних проявів та превалюванням галюційно-маревної симптоматики та емоційного сплюснення. Лікування пацієнтів обох груп здійснювалось за допомогою антипсихотичної медикаментозної та електросудомної терапії.

Ключові слова: кататонічна шизофренія, гендерні відмінності, кататонічний синдром.

Вступ

Захворюваність на шизофренію серед населення всіх економічно розвинених країн світу має тенденцію до неухильного і постійного зростання, що робить цю проблему надзвичайно актуальною. Вплив фактору статі й до сьогодні залишається відносно мало дослідженим аспектом у клінічній психіатрії, хоча статеві відмінності захворювань є однією з головних біологічних, медичних та соціальних проблем [1; 2].

Кататонія є важливим феноменом як у психіатрії, так і у загальній медицині [3]. Вважають, що кататонічний синдром недостатньо розпізнається і діагностується. Введення антипсихотичних препаратів у практику психіатра зменшило частоту виникнення цього стану, однак, він і зараз розвивається у хворих досить часто, а його поширеність недооцінюється [4]. На сьогоднішній день кататонічна форма шизофренії є найменш дослідженою серед інших форм, а в літературі відсутня інформація про особливості перебігу захворювання в чоловіків та жінок [5].

Мета дослідження

Визначення значення гендерного фактору в хворих, які страждають на кататонічну форму шизофренії.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 21 хворого віком 24–32 роки з встановленим за МКХ-10 діагнозом «кататонічна форма шизофренії» (F20.2). Дослідження проводилось на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» у 2006–2016 рр. Усі пацієнти були розподілені на дві групи: до першої (Г1) увійшли 11 чоловіків, до другої (Г2) – 10 жінок. Усі хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні не менше 3-х місяців та отримували адекватну медичну терапію.

Середній вік хворих у Г1 склав $26,72 \pm 1,10$ року, в групі Г2 – $26,80 \pm 1,30$ роки. Серед пацієнтів Г1 у 7 чоловіків (63,64%) хвороба дебютувала у віці до 30 років, після 30 – у 4 (36,36%). Схожі тенденції спостерігалися й у групі жінок: у 6 (60,00%) пацієнок хвороба розпочалася до 30 років, а у 4 (40,00%) – після 30.

Дослідження включало катamnестичний метод, оцінку позитивних та негативних симптомів у хворих, ступеня вираженості кататонічного синдрому та особливостей лікування. Статистична обробка даних виконувалася за допомогою програми Statistica for Windows 7.0 та критеріїв Стьюдента, U-критерію Манна-Уїтні.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час аналізу анамнезу хворих обох груп особливу увагу звертали на тривалість захворювання пацієнтів на момент надходження до стаціонару, на перебіг хвороби та причини госпіталізації до медичного закладу. Розподіл досліджених за тривалістю захворювання представлено на **рис. 1**.

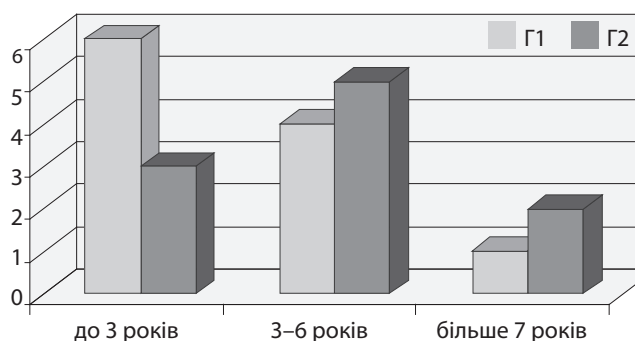


Рис. 1. Розподіл хворих на кататонічну форму шизофренії за тривалістю захворювання

Як можна побачити на **рис. 1**, більшість чоловіків страждали на хворобу менше 3 років (56,55%), а в групі жінок 70,00% хворіли 3 і більше років. Серед чоловіків у 9 хворих (81,82%) мав місце нападopodobно-прогресивний перебіг, а у 2 пацієнтів (18,18%) – безперервний перебіг. У всіх жінок (100,00%) мав місце нападopodobно-прогресивний перебіг.

Причиною надходження хворих до стаціонару обстежених Г1 у 7 випадках (63,63%) був галюцинаторно-маревний синдром, тоді як у Г2 – лише у 3 випадках (30,00%). Афективно-маревний синдром був визначений у 3 випадках (27,27%) групи чоловіків та у 6 (60,00%) – пацієнток з Г2. Також 1 хворий (9,09%) з Г1 потрапив до стаціонару через маревний синдром, а саме кататонічний синдром був приводом для госпіталізації 1 пацієнтки (10,00%) з Г1.

Для всіх пацієнтів Г1 та Г2 був характерним кататонічний синдром, на підставі якого хворим було виставлено діагноз «кататонічна форма шизофренії» (F20.2). Для оцінки ступеня вираженості цього стану використовувалися такі критерії:

- спостереження у хворого явищ застигання в незручних позах, ехोलалії, ехопраксії, ехомімії – 1 бал;

- виражена ригідність м'язів (особливо кінцівок), явища негативізму, мутизму або наявність явищ кататонічного збудження у вигляді імпульсивних хаотичних рухів, а також симптоми з попереднього пункту – 2 бали;

- знаходження хворого протягом тривалого часу в типових позах («поза ембріона»,

«симптом капюшону», «симптом повітряної подушки»), зміна свідомості за типом онейроїду або епізоди кататонічного збудження у вигляді хаотичних, безглузких нецілеспрямованих рухів з агресією, лютим опором та нанесенням собі й оточуючим важких пошкоджень, а також симптоми з попередніх двох пунктів – 3 бали.

Для кожного хворого з обох груп нами були розроблені графіки, на яких щодня відмічали вираженість кататонічного синдрому в балах. На **рис. 2** – усереднені показники для кожної з груп за перший місяць лікування у стаціонарі. Аналіз результатів, представлених на **рис. 2**, наочно демонструє, що перебіг та вираженість кататонічного синдрому у хворих з Г1 та Г2 відрізняються. Для Г1 характерний більш поступовий початок розвитку кататонічних проявів та менша їх вираженість порівняно з групою жінок ($p \leq 0,05$). У той же час у пацієнтів Г1 наявність кататонічного синдрому триваліша, ніж у жінок.

У 3 хворих (27,27%) групи чоловіків спостерігалися явища кататонічного ступору у вигляді тривалого знаходження у «позі ембріону», позитивного симптому «повітряної подушки» та зміни свідомості за типом онейроїду. Лише в одного пацієнта з Г1 (9,09%) відзначалися явища кататонічного збудження, коли хворий імпульсивно намагався завдати самоушкоджень, чинив опір медичному персоналу, проявляв агресію до інших пацієнтів. У більшості хворих Г1 були виявлені помірні прояви кататонічного синдрому: негативізм (63,64%), мутизм (36,36%), застигання у незручних позах (90,90%), які, як правило, до вечора ставали менш вираженими або цілком зникали.

У групі жінок кататонічний синдром найчастіше проявлявся у вигляді кататонічного збудження (ехолалії (40,00%), ехопраксії (50,00%), ехомімії (20,00%); відзна-

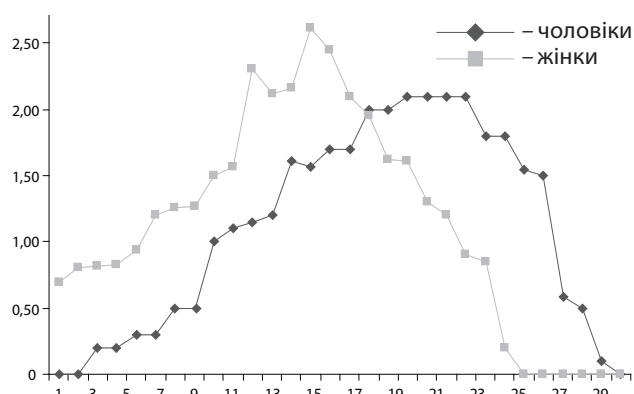


Рис. 2. Залежність вираженості кататонічного синдрому від тривалості знаходження у стаціонарі

чалися наявність імпульсивних хаотичних рухів (40,00%) та прояви кататонічної агресії з метою самоушкодження (30,00%). Також у Г2 були виражені прояви ступору у вигляді застигання у незручних позах (40,00%), ригідності м'язів (30,00%) та онейроїдних епізодів зміни свідомості (30,00%). Слід зазначити, що у жінок явища кататонічного синдрому були виражені сильніше, однак були менш тривалими, ніж у групі чоловіків.

У зв'язку з важким станом 27,27% чоловіків та 30,00% жінок були неспроможні самостійно приймати їжу, тож годування проводилося медичним персоналом стаціонару за допомогою інтраназального зонду. До 5 чоловіків (45,45%) та 4 жінок (40,00%) було застосовано парентеральне (внутрішньовенне) годування.

Медикаментозна терапія хворих на кататонічну форму шизофренії ускладнювалася формуванням резистентності не лише до типових, а й до атипичних нейролептиків. Лише у 2 пацієнтів (18,18%) Г1 та 3 пацієнток (30,00%) Г2 комбінована терапія нейролептиками та протисудомними препаратами у низьких дозах мала позитивну відповідь. В інших випадках у зв'язку з неефективністю медикаментозної терапії пацієнтам обох груп були призначені сеанси електросудомної терапії (ЕСТ) з використанням міорелаксантів. Після 3–4 сеансів ЕСТ у 72,73% чоловіків та 70,00% жінок спостерігалось поліпшення стану, хворі починали приймати їжу, що дозволяло знизити обсяг парентерального харчування, а в 27,27% випадків у Г1 та 30,00% випадків у Г2 – відмовитися від зондового. В обох групах було проведено 7 сеансів ЕСТ, що дозволило повністю позбутися проявів кататонічного синдрому.

При нівелюванні проявів кататонічного синдрому в хворих обох груп спостерігалися інші психопатологічні синдроми, характерні для ендogenous процесу. В 6 пацієнтів (54,55%) Г1 спостерігався галюцинаторно-маревний синдром з маревними ідеями переслідування, відношення та величі, а також наявність псевдогалюцинацій у вигляді «голосів у голові». У 3 з них відмічався синдром Кандинського–Клерамбо. У 5 хворих (45,45%) провідним був маревний синдром. Емоційні реакції пацієнтів Г1 були сплосченими, нестій-

кими, маловиразними, вольові функції – зниженими, але повного формування апатико-абулічного дефекту не відзначалося.

У Г2 більш характерними були прояви афективно-маревного синдрому (70,00%). Емоційні реакції жінок були парадоксальними, неадекватними подразникам, відзначались манерність, безглуздість у поведінці. Маревні ідеї, як і в Г1, стосувались тем відносин, величі, переслідування та були характерними для всіх жінок групи. Галюцинаторна продукція з вторинними маревними ідеями була відзначена у 50,00% пацієнток Г2. У 2 хворих (20,00%) спостерігався синдром Кандинського–Клерамбо.

Терапія названих вище синдромів проводилася за допомогою комбінованої терапії атипичних та типових нейролептиків, а також нормотимиків. В обох групах застосування атипичних нейролептиків, порівняно з типовими, достовірно показали кращі результати на виході з психотичного стану: спостерігалися повне редукування психопатологічної продукції, стабілізація емоційного фону; пацієнти були активнішими, але критика до перенесеного епізоду була зниженою ($p \leq 0,05$).

Висновки

Отже, аналізуючи отримані результати, можна зробити такі висновки:

- кататонічна форма шизофренії зустрічається в основному після 3 та більше років тривалості ендogenous процесу в хворого;

- вираженість кататонічного синдрому більша в жінок, але тривалість кататонічних проявів у них достовірно менша, ніж у чоловіків;

- у клінічній картині захворювання, окрім кататонічного синдрому, в чоловіків преважує галюцинаторно-маревна продукція та емоційна сплосченість, а в жінок, навпаки, переважають афективні порушення;

- лікування кататонічного синдрому в обох групах було ускладнено резистентністю до антипсихотичної медикаментозної терапії, однак доведена ефективність ЕСТ, яка була однаковою і не залежала від статі;

- лікування психопатологічних синдромів, які супроводжували основне захворювання, нейролептиками атипової дії було достовірно ефективнішим, ніж типовими.

Література

1. Волов В.В. Психодинамика влечений, организация личности и гендерные различия при параноидной шизофрении: дис.на соискание ученой степени канд.психол.наук: 19.00.01, 19.00.04/В.В.Волов.–Казань, 2005.–176с.
2. Березанцев А.Ю. Гендер, комплаенс и качество жизни больных шизофренией : аналитический

обзор / А.Ю.Березанцев, О.И.Митрофанова // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 1.

3. Радионова С.И. Эффективность комбинированной терапии больных фебрильной шизофренией с применением нового иммуноактивного препарата полиоксидония / С.И.Радионова //

Український медичний альманах. – 2007. – Т. 10, № 2. – С. 140–144.

4. Радионова С. И. Современные подходы к лечению тяжелых форм шизофрении / С. И. Радионова, Г. С. Рачкаускас // Украинський медичний альманах. – 2007. – Т. 10, № 3. – С. 116–122.

5. Wong E. Rating catatonia in patient with chronic schizophrenia: Rasch analysis of the Bush-Francis Catatonia Rating Scale / E.Wong, G.S.Ungvari, S.K.Leung, W.K.Tang // Int J Methods Psychiatric Res. – 2007, № 16. – P. 161–170.

References

1. Volov V. V. Psikhodinamika vlecheniy, organizatsiya lichnosti i gendernye razlichiya pri paranoidnoy shizofrenii: dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk: 19.00.01, 19.00.04 [Psychodynamics drives, the organization of the individual and gender differences with paranoid schizophrenia: a thesis for the degree of candidate of psychological sciences: 19.00.01, 19.00.04]. Kazan, 2005, 176 p. (In Russ.)

2. Berezantsev A.Yu., Mitrofanova O.I. Gender, komplens i kachestvo zhizni bol'nykh shizofreniy: Analiticheskiy obzor [Gender, compliance and quality of life of patients with schizophrenia: Analytical Review]. Rossiyskiy psikiatricheskij zhurnal [Russian Journal of Psychiatry], 2009, no.1. (In Russ.)

3. Radionova S. I. Effektivnost' kombinirovannoy terapii bol'nykh febril'noy shizofreniy s primeneniem

novogo immunoaktivnogo preparata polioksidoniya [The effectiveness of the combination therapy of febrile patients with schizophrenia using a new medication immunoreactive polyoxidonium]. Ukrai'ns'kyj medychnyj al'manah [Ukrainian medichny Almanac], 2007, vol.10, no.2, pp.140-144. (In Russ.)

4. Radionova S. I., Rachkauskas G. S. Sovremennye podkhody k lecheniyu tyazhelykh form shizofrenii [Modern approaches to the treatment of severe forms of schizophrenia]. Ukrai'ns'kyj medychnyj al'manah [Ukrainian medichny Almanac], 2007, vol. 10, no. 3, pp. 116-122. (In Russ.)

5. Wong E., Ungvari G. S., Leung S. K., Tang W. K. Rating catatonia in patient with chronic schizophrenia: Rasch analysis of the Bush-Francis Catatonia Rating Scale. Int. J. Methods Psychiatric Res., 2007, no. 16, pp. 161-170.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА У БОЛЬНЫХ КАТАТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

К. В. Аймедов

Одесский национальный медицинский университет
МЗ Украины, г. Одесса, Украина

Аннотация. Гендерный фактор в течении кататонической шизофрении является малоисследованным. Поэтому целью работы было изучение его влияния на особенности развития кататонической формы шизофрении и ее лечения. Репрезентативная выборка насчитывала 21-го больного с выставленным диагнозом; эти пациенты были разделены на 2 группы по половому признаку: в первую вошли 11 мужчин, во вторую – 10 женщин. Во время работы использовался катанестический метод, также были проведены анализ позитивных и негативных симптомов у больных, оценка степени выраженности кататонического синдрома и определение особенностей его лечения. Установлены основные различия течения заболевания в исследуемых группах. Для женщин оказались характерными аффективные проявления и большая выраженность кататонического синдрома. Группа мужчин отличалась длительным течением кататонических проявлений, превалированием галлюцинаторно-бредовой симптоматики и эмоционального уплощения. Лечение пациентов обеих групп осуществлялось с помощью антипсихотической медикаментозной и электросудорожной терапии.

Ключевые слова: кататоническая шизофрения, гендерные различия, кататонический синдром.

DETERMINATION OF VALUES OF GENDER FACTOR IN PATIENTS WITH CATATONIC SCHIZOPHRENIA

C. V. Aymedov

Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine,
Odessa, Ukraine

Summary. The gender factor within catatonic schizophrenia is poorly studied. That is why the aim of studying is to determine the significance of gender in patients with catatonic schizophrenia. The representative group included 21 patients with a defined diagnosis, who were divided into 2 groups according to gender: 11 men entered the first group, the second group included 10 women. During studying there was used a katamnestic method, and also evaluation of positive and negative symptoms of patients, severity of the catatonic syndrome and its treatment. The work identified the major differences in the course of the disease in the studied groups. Women are characterized with a greater manifestation of catatonic symptoms and affective symptoms. A group of men is characterized with a prolonged course of symptoms and the prevalence of catatonic hallucinatory-delusional symptoms and emotional flattening. Treatment of patients in both groups was carried out with the help of antipsychotic medication and electroconvulsive therapy.

Key words: catatonic schizophrenia, gender differences, catatonic syndrome.

Аймедов Костянтин Володимирович – д.мед.н., професор, Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Аймедов Константин Владимирович – д.м.н., професор, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, м. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Constantin V. Aymedov – MD, professor, Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.



К. В. Аймедов

В. В. Баскіна

УДК 616.89-053.26:314.6:159.9

ПОРУШЕННЯ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ

К. В. Аймедов¹, В. В. Баскіна²

¹Одеський національний медичний університет МОЗ України,
м. Одеса, Україна

²КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я»,
м. Одеса, Україна

Анотація.

Сучасними авторами вважається, що маніфест психічного захворювання впливає на всі аспекти життя сім'ї та являє собою важкий психоемоційний стрес, пов'язаний з початком захворювання, втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, з труднощами догляду за пацієнтом та зі збільшенням фінансового навантаження, а також зі зменшенням соціальної активності й самостигматизацією. У статті авторами представлено результати дослідження, метою якого було виявлення порушень у родинному функціонуванні жінок, які перенесли первинний психотичний епізод (з 2010 по 2016 рік авторами було обстежено 219 таких пацієнток та їхніх чоловіків). Дослідження включало оцінку якості життя пацієнток, діагностику сімейних стосунків, визначення рівня задоволеності шлюбом та ставлення до батьківської ролі. Проведене дослідження показало, що в обстежуваних жінок спостерігаються загальне зниження якості життя, незадоволеність своїми стосунками у шлюбі, роллю у житті сім'ї та власною несамостійністю. В жінок, які мають дітей, відзначалося порушення емоційного контакту з дитиною.

Ключові слова: первинний психотичний епізод, порушення сімейного функціонування, психічні розлади у жінок.

Вступ

Сучасні автори вважають, що маніфест психічного захворювання впливає на всі аспекти життя сім'ї та являє собою важкий психоемоційний стрес. Він пов'язаний з початком захворювання, втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, а також із труднощами догляду за пацієнтом і додатковим фінансовим навантаженням; зі зменшенням соціальної активності й самостигматизацією [1]. Значення психосоціального впливу сім'ї на перебіг захворювання та соціальну адаптацію хворих після перенесеного психотичного епізоду є безперечним [2; 3]. Під час перших епізодів психічних розладів вплив травматичної події обумовлений не тільки фактом початку хвороби, але й перетворенням усієї системи внутрішньосімейної взаємодії у відповідь на соціальні втрати та зміну поведінки близького в продромальний період і під час маніфестації хвороби [4; 5].

Мета дослідження

Мета дослідження полягала у виявленні порушень сімейного функціонування жінок, які перенесли первинний психотичний епізод.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 219 заміжніх жінок з діагнозом «гострий поліморфний

психотичний розлад без симптомів шизофренії» (F 23.0), встановленим за МКХ-10 вперше. Середній вік жінок склав $32,50 \pm 1,20$ роки. Пацієнтки були розподілені на дві групи за критерієм наявності власних дітей у сім'ї. У першу групу дослідження (ГД1, жін.) увійшла 101 жінка (всі не мали дітей), у другу групу (ГД2, жін.) – 118 жінок, які мали одну дитину або більше. Також у процесі дослідження було обстежено групу чоловіків (219 осіб), одружених з пацієнтками. З них було утворено відповідні групи: ГД1, чол. (до її складу увійшов 101 чоловік) та ГД2, чол. – 118 чоловіків. Дослідження проводилось протягом 2010–2016 рр. на базі КУ «Одеський обласний центр психічного здоров'я».

Діагностика сімейних стосунків проводилася за допомогою тестів-опитувальників В. Століна, Т. Романової, Г. Бутенко «Задоволеність шлюбом»; батьківського ставлення Варги–Століна та методики PARI (Parental Attitude Research Instrument). Дослідження якості життя вивчалось за допомогою методики Й.Е.Меззіч, Н.Цоген, М.Руіперез, Й.Ліу, Г.Іоон, 1999 р. [6].

Статистична обробка отриманих даних виконувалася за допомогою програм Excel та статистичного пакету Statistica 7.0. for Windows; також використовувалися

t-критерій Стьюдента, U-критерій Манна-Уїтні, ϕ -критерій Фішера. В усіх випадках порівнянь була визначена ймовірність розходжень «р». Розходження враховувалися як статистично значимі при $p \leq 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотна роль належить внутрішньо-сімейним факторам. Так, неправильне сприйняття захворювання родичами (насамперед, чоловіком) може призводити до негативних паттернів їхньої поведінки відносно хворого. Не менш шкідлива й відсутність розуміння родиною тієї обставини, що порушення поведінки близької людини пов'язана саме з хворобою – це призводить до подовження періоду «нелікованого психозу», а після виписки зі стаціонару – до передчасного припинення рекомендованої медикamentозної терапії (а іноді й до дисциплінарних заходів до хворого), що сприяє виникненню чергового рецидиву [7].

При цьому треба мати на увазі, що внутрішньо-сімейні чинники можуть надавати двоякого впливу. Він може бути негативним у разі неправильного сприйняття хвороби пацієнтом та його родичами, і в такому випадку сприятиме черговому рецидиву. Але може мати й сануючу дію – завдяки формуванню соціальної підтримки, тобто форми допомоги в подоланні вимог, що пред'являється оточенням особистості, – і це позитивно позначається на адаптації пацієнта [8–10].

Тому на першому етапі дослідження ми приділили увагу оцінці якості життя жінок, які перенесли психотичний епізод, та їхніх чоловіків. Дані щодо розподілу кількості досліджених за окремими шкалами показника якості життя у жінок з первинним психотичним епізодом та їхніх чоловіків наведено у табл. 1–2.

Жінки (табл. 1) груп дослідження ГД1 (жінки) та ГД2 (жінки) відзначали зменшення загального показника якості життя. Найбільше зниження стосувалося шкал «психологічне/емоційне благополуччя» (ГД1, жін. – 3,10 бали; ГД2, жін. – 3,30 бали), «самореалізація» (ГД1, жін. – 3,50 бали; ГД2, жін. – 3,40 бали), «духовна реалізація» (ГД1, жін. – 3,60 бали; ГД2, жін. – 3,60 бали), «громадська та службова підтримка» (ГД1, жін. – 3,90 бали; ГД2, жін. – 3,70 бали).

Оцінка якості життя проводилась також у групах чоловіків (табл. 2). Показники за

окремими шкалами – складовими якості життя – в групах чоловіків також були зниженими, проте дещо вищими порівняно з жінками. Найменші значення зареєстровано за показниками «загального сприйняття якості життя» (ГД1, чол. – 4,10 бали; ГД2, чол. – 4,00 бали), «духовної реалізації» (ГД1, чол. – 4,30 бали; ГД2, чол. – 4,10 бали), «пси-

Таблиця 1

Розподіл досліджених жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, за рівнем якості життя (M_e), бали

Шкали	ГД 1, жін. (n=101)	ГД 2, жін. (n=118)
Фізичне благополуччя	4,30	4,10
Психологічне/емоційне благополуччя	3,10	3,30
Самообслуговування та незалежність у діях	5,20	5,00
Працездатність	5,10	5,30
Міжособистісна взаємодія	4,60	4,40
Соціоемоційна підтримка	3,80	4,00
Громадська та службова підтримка	3,90	3,70
Самореалізація	3,50	3,40
Духовна реалізація	3,60	3,80
Загальне сприйняття якості життя	3,40	3,50

Таблиця 2

Розподіл досліджених чоловіків жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, за рівнем якості життя (M_e), бали

Шкали	ГД 1, чол. (n=101)	ГД 2, чол. (n=118)
Фізичне благополуччя	4,60	4,70
Психологічне/емоційне благополуччя	4,00	4,10
Самообслуговування та незалежність у діях	5,50	5,40
Працездатність	5,40	5,60
Міжособистісна взаємодія	4,80	4,70
Соціоемоційна підтримка	4,30	4,20
Громадська та службова підтримка	4,40	4,50
Самореалізація	4,20	4,30
Духовна реалізація	4,30	4,10
Загальне сприйняття якості життя	4,10	4,00

хологічного/емоційного благополуччя» (ГД1, чол. – 4,00 бали; ГД2, чол. – 4,10 бали), «соціоемоційної підтримки» (ГД1, чол. – 4,30 бали; ГД2, чол. – 4,20 бали).

Таким чином, як жінки після первинного психотичного епізоду, так і їхні чоловіки відзначали зниження загального показника якості життя, при цьому найнижчі дані в осіб обох статей – за шкалами «психологічне/емоційне благополуччя», «самореалізація», «духовна реалізація». Специфічним для групи жінок було зниження якості життя за шкалою «громадська та службова підтримка». Характерним виключно для груп чоловіків було зниження показників за шкалою «соціо-емоційна підтримка».

Наступним етапом було вивчення рівня задоволеності шлюбом у досліджених жінок (табл. 3). За даними табл. 3, більшість жінок з первинним психотичним епізодом оцінювали власні подружні стосунки як не-благополучні (ГД1, жін. – 54,45%, ГД2, жін. – 50,85%). Приблизно третина жінок в кожній із груп характеризували стосунки в шлюбі як «перехідні» (ГД1, жін. – 30,69%, ГД2, жін. – 33,05%). Лише 14,86% жінок ГД1, жін. та 16,10% ГД2, жін. оцінювали свій шлюб як «скоріше благополучний».

Схожі тенденції спостерігалися в групах чоловіків (табл. 4). У ГД1, чол. – 47,52% досліджених характеризували свій шлюб як не-благополучний; в ГД2, чол. аналогічну оцінку власному шлюбу надали 42,38% опитаних. Кількість обстежених чоловіків та жінок, які оцінили взаємини в шлюбі як «перехідні», була майже однаковою і складала в ГД1, чол. 32,67% та 35,59% – в ГД2, чол.

Надалі вивчали установки жінок з первинним психотичним епізодом щодо різних сторін сімейного життя (табл. 5).

В обстежених жінок спостерігалися певні тенденції щодо ставлення до ролі в сім'ї: в обох групах найвищі показники відзначалися за факторами «незадоволеність роллю господині дому» (ГД1, жін. – 15,10 бали, ГД2, жін. – 15,60 бали), «сімейні конфлікти» (ГД1, жін. – 14,50 бали, ГД2, жін. – 13,90 бали), «залежність і несамостійність матері» (ГД1, жін. – 14,80 бали, ГД2, жін. – 15,20 бали), «надмірний авторитет батьків» (ГД1, жін. – 14,90 бали, ГД2, жін. – 14,30 бали).

Сімейний фактор має дуже важливий вплив в контексті організації допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими захворюваннями, тому одним із завдань організації комплексної допомоги жінкам з первинним психотичним епізодом на подальших етапах дослідження стала гармонізація подружніх стосунків у родинах пацієнток та підвищення якості життя сім'ї.

Аналіз даних досліджених ГД2, жінок, які мали власних дітей, щодо ставлення матері до дитини дозволив зробити чіткий висновок: у сім'ях жінок, які страждали на первинний психотичний епізод, мали місце порушення емоційного контакту з дитиною. Середнє значення у групі за показником «оптимальний емоційний контакт з дитиною» склало 10,10 бали (найменші показники стосувались підфакторів «вербалізація» (7,80 бали) та «партнерські відносини» (8,10 бали)), а найвище значення було в пацієнток ГД2, жінок за показником «надмірна емоційна дистанція з ди-

Таблиця 3

Розподіл досліджених жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, за рівнем задоволеності шлюбом (n, %)

Рівень	ГД1, жін. (n=101)	ГД2, жін. (n=118)
Абсолютно неблагополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00
Неблагополучний	9/8,91±2,83	12/10,17±2,78
Скоріше неблагополучний	46/45,54±4,96	48/40,68±4,52
Перехідний	31/30,69±4,59	39/33,05±4,33
Скоріше благополучний	15/14,86±3,54	19/16,10±3,38
Благополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00
Абсолютно благополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00

Таблиця 4

Розподіл досліджених чоловіків жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, за рівнем задоволеності шлюбом (n, %)

Рівень	ГД1, чол. (n=101)	ГД2, чол. (n=118)
Абсолютно неблагополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00
Неблагополучний	12/11,88±3,12	15/12,71±3,07
Скоріше неблагополучний	36/35,64±4,77	35/29,67±4,21
Перехідний	33/32,67±4,67	42/35,59±4,41
Скоріше благополучний	18/17,83±3,81	23/19,49±3,65
Благополучний	2/1,98±1,39	3/2,54±1,45
Абсолютно благополучний	0/0,00±0,00	0/0,00±0,00

тиною» – 15,00 балів (найвищий показник стосувався підфактору «дратівливість» – 16,80 бали).

У ГД2, жінок спостерігались амбівалентні тенденції щодо групи підфакторів, які свідчили про надмірну концентрацію на дитині. Так, високі бали було набрано, з одного

Таблиця 5

**Установки досліджених жінок
щодо сімейного життя (M_e), бали**

Показники	ГД1, жін. (n=101)	ГД2, жін. (n=118)
СТАВЛЕННЯ ДО РОЛІ В СІМ'І		
Залежність від сім'ї	9,60	9,10
Відчуття самопожертви	12,20	13,00
Сімейні конфлікти	14,50	13,90
Надмірний авторитет батьків	14,90	14,30
Незадоволеність роллю господині дому	15,10	15,60
Байдужість чоловіка, його невключеність у родинні справи	12,80	13,60
Домінування матері	9,00	9,40
Залежність і несамостійність матері	14,80	15,20
СТАВЛЕННЯ МАТЕРІ ДО ДИТИНИ		
Оптимальний емоційний контакт		
Вербалізація	–	7,80
Партнерські стосунки	–	8,10
Розвиток активності дитини	–	11,60
Стосунки між матір'ю та дитиною	–	12,50
Надмірна емоційна дистанція з дитиною		
Суворість, надмірна строгість	–	14,20
Дратівливість	–	16,80
Ухилення від контакта з дитиною	–	14,70
Надмірна концентрація на дитині		
Надмірна турбота, встановлення стосунків залежності	–	10,10
Подолання опору та пригнічення волі	–	13,60
Створення безпеки, побоювання образити	–	16,70
Виключення внутрішньо-сімейних впливів	–	15,20
Пригнічення агресивності	–	10,80
Пригнічення сексуальності	–	12,90
Надмірне втручання в світ дитини	–	15,50
Жага прискорити розвиток дитини	–	12,70

боку, за підфакторами «створення безпеки, побоювання образити» (16,70 бали) та «виключення внутрішньо-сімейних впливів» (15,20 бали), з іншого боку – за підфактором «надмірне втручання в світ дитини» (15,50 бали). Таким чином, можна зазначити, що в обстежених жінок спостерігалися намагання відсторонитись від виховання та розвитку власної дитини та зменшити участь інших членів сім'ї в цьому процесі, й в той же час з боку матері відзначалися авторитаризм, надмірний контроль та пригнічення волі дитини.

Наступним етапом роботи було вивчення типів ставлення батьків до дитини у сім'ях, де дружина перенесла первинний психотичний епізод (табл. 6).

Таблиця 6

**Типи батьківського ставлення
до дитини (M_e), бали**

Шкали	ГД2, жін. (n=118)	ГД2, чол. (n=118)
Відторгнення	10,30	13,80*
Кооперація	3,20	4,90*
Симбіоз	2,90	4,60*
Контроль	3,40	5,00*
Інфантилізація	7,20	6,30

Примітка:

* – різниця між групами є достовірною ($p \leq 0,05$).

Низькі бали за шкалою кооперації (ГД2, жін. – 3,20 бали, ГД2, чол. – 4,90 бали) ($p \leq 0,05$) відображали відсутність інтересу до того, що цікавить дитину, а також свідчили про низьку оцінку здібностей дитини, придушення її самостійності та ініціативи. Зниження показників за шкалою симбіозу в групі жінок (ГД2, жін. – 2,90 бали), свідчило про те, що мати встановлювала значну психологічну дистанцію між собою і дитиною, мало про неї піклувалася. Показник за цією шкалою у групі чоловіків був дещо вищим (ГД2, чол. – 4,60 бали), що говорило про тісніший зв'язок між батьком та дитиною порівняно з материнсько-дитячими стосунками ($p \leq 0,05$).

У групі жінок, які мали дітей, було отримано низькі бали за шкалою контролю (ГД2, жін. – 3,40 бали), що свідчило про практично повну відсутність контролю за дитиною з боку матері. Водночас відповідний показник у групі чоловіків досягав середнього значення з тенденцією до підвищення (ГД2, чол. – 5,00 балів), що виявляло схильність

батька до авторитарності у стосунках з дитиною ($p \leq 0,05$).

Високі бали, отримані в ГД2, жінок та ГД2, чоловіків за шкалою інфантілізації свідчили про те, що дорослі вважали дитину маленьким невдахою, а інтереси, захоплення, думки і почуття дитини здавалися батькам несерйозними та ігнорувалися.

Висновки

Проведене дослідження показало, що у жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, відзначається зниження загального показника якості життя. Це проявляється у відсутності психологічного та емоційного благополуччя, у недостатній само- та духовній реалізації, у дефіциті підтримки з боку близьких. Більшість жінок

не задоволена своїми стосунками у шлюбі, роллю у житті сім'ї та власною несамостійністю. У жінок, які мають дітей, відзначалося порушення емоційного контакту з дитиною.

У чоловіків жінок, які перенесли психотичний епізод, також спостерігалось зниження загального показника якості життя, але для них типовою була нестача емоційної підтримки з боку дружини та оточуючих. Більша частина чоловіків, як і жінки, вважали свій шлюб неблагополучним; у стосунках з дітьми проявляли авторитарність, вважали дитину невдахою та практично не цікавилися її життям.

Отже, результати дослідження свідчать про необхідність психологічної допомоги жінкам, які перенесли первинний психотичний епізод, та їх сім'ям.

Література

1. Жариков Н. М. Влияние социальных факторов на распространенность шизофрении и ее течение / Н. М. Жариков, Е. Д. Соколова // Журн. невропатол. и психиатр, им. С. С. Корсакова. – 1989. – № 5. – С. 63–66.
2. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. – № 2. – С. 7–14.
3. Лемак М. В. Методичне видання психологу для роботи. Діагностичні методики / М. В. Лемак, В. Ю. Петрище. – Ужгород: Видавництво Олександрії Гаркуші, 2011. – 213 с.
4. Кьюперс Л. Шизофрения. Работа с семьями: практическое руководство. /Л. Кьюперс, Дж. Лефф, Д. Лэм; пер. с англ. – Амстердам-Киев, 1996. – 128 с.
5. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / [под ред. Е. Г. Силяева]. – М.: Академия, 2002. – 312 с.

6. Психологические тесты / [сост. С. Касьянов]. – М.: Эксмо, 2006. – 608 с.
7. Друсс И. Эффективность психосоциальной реабилитации / И. Друсс // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 100–104.
8. Аширбеков Б. М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями / Б. М. Аширбеков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2008. – Т. XIV. – № 1. – С. 37–53.
9. Addington J. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia and other diagnoses / J. Addington, D. Addington, L. Gasbarre // Schizophr Res. – 2001 – Vol. 48(2–3) – P. 367–368.
10. Askey R. Family work in first-onset psychosis: a literature review / R. Askey, C. Gamble, R. Gray // J. Psychiatric Mental Health Nursing. – 2007. – Vol. 14, № 4. – P. 356–365.

References

1. Zharikov N. M., Sokolova E. D. Vliyanie sotsial'nykh faktorov na rasprostranennost' shizofrenii i ee techenie [The impact of social factors on the prevalence of schizophrenia and its course]. Zhurnal neuropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [Journal of Neuropathology and Psychiatry of S. S. Korsakov], 1989, no. 5, pp. 63–66. (In Russ.)
2. Gurovich I. Ya., Lyubov E. B., Storozhakova Ya. A. Vyzdorovlenie pri shizofrenii. Kontseptsiya «Recovery» [Recovery in schizophrenia. «Recovery» Concept]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya [Social and clinical psychiatry], 2008, vol. 18, no. 2, pp. 7–14. (In Russ.)
3. Lemak M. V., Petryshhe V. Ju. Metodichne vydannja psyhologu dlja roboty. Diagnostychni metodyky [Methodical publication psychologist to work. Diagnostic techniques]. Uzhgorod, Publish. House of Alexandra Harkusha, 2011, 213 p. (In Ukr.)
4. K'yupers L., Leff Dzh., Lem D. Shizofreniya. Rabota s sem'yami: Prakticheskoe rukovodstvo [per. s angl.] [Schizophrenia. Working with families: A Practical Guide [translated from English.]]. Amsterdam, Kiev, 1996, 128 p. (In Russ.)
5. Psikhologiya semeynykh otnosheniy s osnovami semeynogo konsul'tirovaniya [pod red. E. G. Si-

- lyayeva] [Psychology of family relations with the basics of family counseling [ed. EG Silyayeva]]. Moscow, Academy Publ., 2002, 312p. (In Russ.)
6. Psikhologicheskie testy [sost. S. Kas'yanov] [Psychological tests [comp. S. Kasyanov]]. Moscow, Eksmo Publ., 2006, 608 p. (In Russ.)
7. Dрусс I. Effektivnost' psikhosotsial'noy reabilitatsii [Efficacy of psychosocial rehabilitation]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya [Social and clinical psychiatry], 2005, no. 1, pp. 100–104. (In Russ.)
8. Ashirbekov B. M. Sotsial'noe funktsionirovanie i kachestvo zhizni bol'nykh s postshizofrenicheskimi depressiyami [Social functioning and quality of life Patients with post-schizophrenic depression]. Voprosy mental'noy meditsiny i ekologii [Questions of mental medicine and ecology], 2008, vol. 14, no. 1, pp. 37–53. (In Russ.)
9. Addington J., Addington D., Gasbarre L. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia and other diagnoses. Schizophr Res., 2001, vol. 48(2–3), pp. 367–368.
10. Askey R., Gamble C., Gray R. Family work in first-onset psychosis: a literature review. J. Psychiatric Mental Health Nursing, 2007, vol. 14, no. 4, pp. 356–365.

НАРУШЕНИЕ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

К. В. Аймедов¹, В. В. Баскина²

¹Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, м. Одесса, Украина

²КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья», м. Одесса, Украина

Аннотация. Современные авторы считают, что манифест психического заболевания влияет на все аспекты жизни семьи и представляет собой тяжелый психоэмоциональный стресс, связанный с началом заболевания, потерей кратковременных и долговременных планов на будущее, с трудностями ухода за пациентом и возрастанием финансовой нагрузки, а также с уменьшением социальной активности и самостигматизацией. В статье авторами представлены результаты исследования, целью которого было выявление нарушений в семейном функционировании женщин, перенесших первичный психотический эпизод (с 2010 по 2016 год было обследовано 219 таких пациенток и их мужья). Исследование включало в себя оценку качества жизни пациенток, диагностику семейных отношений, определение уровня удовлетворенности браком и отношения к родительской роли. Проведенное исследование показало, что у женщин, перенесших первичный психотический эпизод, наблюдаются общее снижение качества жизни, недовольство своими отношениями в браке, ролью в жизни семьи и своей несамостоятельностью. У женщин, имеющих детей, отмечалось нарушение эмоционального контакта с ребенком.

Ключевые слова: первичный психотический эпизод, нарушения семейного функционирования, психические расстройства у женщин.

VIOLATION OF WOMEN FAMILY FUNCTIONING AFTER SUFFERING A PSYCHOTIC EPISODE

C. V. Aymedov¹, V. V. Baskina²

¹Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine

²Public Institution "Odessa Regional Medical Center for Mental Health", Odessa, Ukraine

Summary. Modern authors considered that manifest mental illness affects all aspects of family life and is a heavy psycho-emotional stress associated with the onset of disease, loss of short-term and long-term plans for the future challenges of patient care, financial stress, a decrease in social activity. In the present article, the authors present the results of the research whose purpose was to detect disturbances in the functioning of a family of women who have had a primary psychotic episode. Between 2010 and 2016, we examined 219 women who underwent first psychotic episode, and their husbands. The first group included 101 women who have no children, and the second group consisted of 118 women who have a child. The studying included an assessment of the quality of life of patients, diagnosis of family relationships, the level of satisfaction with marriage and definitions related to the parental role. The studying showed that women who have had a primary psychotic episode, have got general decline in the quality of life, dissatisfaction with their relationship in marriage, role in family life and its lack of independence. Women with children have got violations of emotional contact with the child.

Key words: primary psychotic episode, violation of family functioning, mental disorders in women.

Аймедов Костянтин Володимирович – д.мед.н., професор, Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Аймедов Константин Владимирович – д.м.н., професор, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Constantin V. Aymedov – MD, professor, Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Баскіна Вікторія Вікторівна – КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», завідувач відділенням, м. Одеса, Україна; e-mail: v_baskina@mail.ua.

Баскина Виктория Викторовна – КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья», заведующая отделением, г. Одесса, Украина; e-mail: v_baskina@mail.ua.

Viktoriia Baskina – Public Institution "Odessa Regional Medical Center for Mental Health", Head of Department, Odessa, Ukraine; e-mail: v_baskina@mail.ua.



Х. С. Живаго

УДК 616.895.87-06-092+616.895.4-06-092

ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ІЗ СИМПТОМАМИ ДЕПРЕСІЇ

Х. С. Живаго

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Анотація.

Поширеність депресивної симптоматики серед хворих на параноїдну шизофренію (7,00–75,00%) зумовлює інтерес до вивчення соціальних наслідків цієї психічної патології, а аналіз взаємовпливу якості життя та депресивної симптоматики у цієї категорії пацієнтів набуває особливої значимості. Під час дослідження виявлено, що депресивна симптоматика сприяє зниженню якості життя хворих на параноїдну шизофренію практично в усіх сферах життя. Через прояви ДС страждають, в першу чергу, психічний стан і загальне самопочуття. Але не менше шкоди завдають звуження кола спілкування, обмежена фізична працездатність і у зв'язку з цим – відсутність або часті зміни місця роботи, що погіршує матеріальний статок і відчуття власного благополуччя хворих. Напротивагу цьому, зниження рівня депресії нівелює ці прояви та сприяє підвищенню якості життя. Саме тому вбачається вкрай необхідною розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії з симптомами депресії, який буде враховувати виявлені особливості.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, депресивна симптоматика, якість життя, функціонування.

Вступ

Останнім часом все більше уваги приділяється соціальним наслідкам психічної патології, питанням соціальної дезадаптації та суттєвому погіршенню якості життя (ЯЖ) пацієнтів та їх родичів [1; 2].

Визначення поняття «якість життя» (ЯЖ) достатньо різноманітні. За даними ВООЗ, якість життя – це характеристика фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування людини. Вона виходить із суб'єктивного сприйняття й відчуття людиною свого місця в житті, залежить від соціальних стандартів, культурних особливостей і системи цінностей особистості та тісно взаємопов'язана з її цілями, бажаннями й турботами [3].

На ЯЖ впливають не лише клініко-психопатологічні особливості захворювання, умови надання спеціалізованої допомоги та тривалість захворювання. Тією чи іншою мірою показники ЯЖ пацієнтів із шизофренією обумовлюють рівень освіти, сімейний статус, умови проживання й інші соціальні та культурні фактори [4; 5]. Екзацербация захворювання, особливо із частими госпіталізаціями та тривалим перебігом, призводить до труднощів у навчанні, підтримці та збереженні професійного рівня, ауто- та гетероагресивних тенденцій, руйнування стосунків із оточуючими, до соціального відчуження, а іноді навіть інвалідизації [6–8]. Й у міру збільшення тривалості, прогресивності та безперер-

вності шизофренічного процесу в пацієнтів спостерігається ступінчасте погіршення суб'єктивної оцінки ЯЖ практично в усіх сферах життєдіяльності [6; 9].

У структурі інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів 36,50% – хворі на шизофренію, шизотипові та маячні розлади (дані 2010 року) [10]. А надзвичайна поширеність депресивної симптоматики серед пацієнтів з параноїдною шизофренією (7,00–75,00%) зумовлює необхідність досліджень особливостей соціального функціонування та ЯЖ даного контингенту хворих з подальшою розробкою та впровадженням методів їх підвищення [11].

Мета дослідження

Дослідження у цьому напрямі показали, що на фоні частого рецидивування, зниження соціального функціонування та втрати фінансової незалежності хворим із депресією при шизофренії протягом перших років захворювання властива низька оцінка ЯЖ та схильність до вживання психоактивних речовин «для полегшення свого стану» [2; 4; 9; 12]. Визначення рівня ЯЖ психічно хворих є одним з ключових показників оцінки якості надання психіатричної допомоги, рівня медико-соціальної реабілітації, визначення потреб психічно хворих. Саме тому метою роботи стало дослідження ЯЖ та її взаємовпливу із депресивною симптоматикою у хворих на параноїдну форму шизофренії.

Матеріали та методи дослідження

На основі добровільної інформаційної угоди обстежено 129 хворих на параноїдну шизофренію. З них 82 пацієнти із депресивною симптоматикою склали дослідну групу та 47 хворих без симптомів депресії склали групу порівняння. У дослідженні використано такі методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, а також патопсихологічні та математичної статистики.

Дослідна група (82 хворих) складалась з 35 (42,68%) чоловіків та 47 (57,32%) жінок; група порівняння (47 хворих) – з 34 (72,34%) чоловіків та 13 (27,66%) жінок. Середній вік пацієнтів у дослідній групі становив $30,30 \pm 5,90$ років, у групі порівняння – $27,57 \pm 5,90$ років (різниця між групами за віком клінічно не значима). Середній вік дебюту захворювання в дослідній групі склав $26,10 \pm 5,52$ років, у групі порівняння – $24,50 \pm 4,77$ р.

У дослідженні було використано такі шкали: PANSS, CDSS, HDRS, HARS, PSP, опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих та опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я, спеціальний модуль (ВОЗКЖ-СМ).

Сумарний показник PANSS на момент залучення у дослідження становив у дослідній групі $113,26 \pm 7,06$ балів, в групі порівняння – $110,74 \pm 7,13$ балів ($p=0,118$). Сумарний показник за шкалою CDSS у дослідній групі становив $14,63 \pm 3,81$ балів, у групі порівняння – $3,10 \pm 1,38$ бали ($p<0,0001$). За шкалою HDRS у дослідній групі середній бал склав $13,82 \pm 3,64$, у групі порівняння – $3,72 \pm 1,78$ ($p<0,0001$). Сумарний показник за шкалою HARS ($p<0,0001$) становив у дослідній групі $19,56 \pm 8,00$ балів, у групі порівняння – $12,10 \pm 6,97$ балів. У хворих дослідної групи превалювала ДС середнього (52,43%) та легкого (41,46%) ступенів. За шкалою PSP рівень соціального функціонування в дослідній групі становив $45,93 \pm 13,46$ бали, в групі порівняння – $57,68 \pm 11,59$ балів ($p<0,0001$).

Статистичну обробку отриманих даних здійснено за допомогою пакету програм зі статистичної обробки даних SPSS Statistics for Macintosh (версія 22.0.0.0) із застосуванням непараметричних критеріїв:

■ пороговим значенням достовірності було прийнято інтервал значень $p<0,05$ (вірогідність міжгрупової різниці становить 95,00% та вище). У випадку застосування

множинних порівнянь використовувалась поправка Бонферроні;

■ для оцінки достовірності відмінностей середніх значень між групами використовувалась критерії Манна–Уїтні (U) при порівнянні між групами та критерій Вілкоксона (W) при порівнянні показників у динаміці.

■ для оцінки достовірності відмінностей частотних характеристик груп використовувались критерій χ^2 та точний критерій Фішера.

Для проведення обчислень була створена база даних значень на основі результатів, отриманих під час первинного та повторних обстежень хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідній групі загальний бал за опитувальником ВОЗКЖ-СМ (табл. 1) характеризував низький рівень ЯЖ, у групі порівняння – середній рівень ($p=0,0004$).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за рівнем якості життя за опитувальником ВОЗКЖ-СМ

Показник	Дослідна група (n = 82)		Група порівняння (n = 47)	
	Абс.	%	Абс.	%
Загальний бал	132,78±43,26		171,15±44,28	
Низький рівень	48	58,53	11	23,40
Середній рівень	27	32,92	26	55,31
Високий рівень	7	8,53	10	21,27
Оцінка p (χ^2)	$\chi^2=15,390$; $p=0,0004$			

Примітки:

n – кількість хворих;

χ^2 – критерій узгодження Пірсона;

p – показник вірогідності похибки, розрахований за методом χ^2 Пірсона.

При аналізі результатів варто звернути увагу на такі параметри: «позитивні емоції», «пізнавальні функції», «негативні емоції», «здатність до виконання повсякденних справ», «працевдатність», «особисті відносини», «практична соціальна підтримка», «можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання», «емоційна неадекватність», «самоконтроль та відволікання від неприємних переживань», «самопоміага та психопрофілактика». За цими ознаками ЯЖ у хворих із депресивною симптоматикою (ДС) визначено нижчі показники, ніж у хворих без симптомів депресії, що є статистично значимим ($p<0,0001$ та $p<0,05$).

Кореляційний аналіз показав обернено пропорційний зв'язок між загальним балом за опитувальником ВОЗКЖ-СМ та всіма фак-

торами шкали PANSS, із яких статистичної значимості набули загальний бал, позитивний та негативний фактори та фактор тривоги та депресії (табл. 2).

Таблиця 2

Результати кореляційного аналізу між показниками опитувальника ВОЗКЖ-СМ та балами за шкалою PANSS

Шкала	ВОЗКЖ-СМ (загальний бал)	
	дослідна група (n = 82)	група порівняння (n = 47)
PANSS (загальний бал)	-0,38*	-0,41*
PANSS (+)	-0,23*	-0,38*
PANSS (-)	-0,45*	-0,53*
Дезорганізації	-0,09	-0,20
Агресії та збудження	-0,20	-0,41*
Тривоги та депресії	-0,56*	-0,11

Примітка:

* – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

Кореляційний аналіз показав статистично значущий ($p < 0,05$) обернено пропорційний зв'язок між загальним балом за опитувальником ВОЗКЖ-СМ та депресією за шкалами CDSS та HDRS. Загальний бал за шкалою тривоги HARS не набув статистичної значущості в дослідній групі, проте в групі порівняння виявлено статистично значимий обернено пропорційний зв'язок із загальним балом ВОЗКЖ-СМ (табл. 3).

Таблиця 3

Кореляційний аналіз між показниками опитувальника ВОЗКЖ-СМ, показниками шкали HARS та рівнем депресії за шкалами CDSS, HDRS у дослідній групі та групі порівняння

Шкала	ВОЗКЖ-СМ (загальний бал)	
	дослідна група (n = 82)	група порівняння (n = 47)
CDSS, загальний бал	-0,61*	-0,01
HDRS, загальний бал	-0,58*	-0,21
HDRS, депресія легкого ступеню	-0,24*	-
HDRS, депресія середнього ступеня	-0,43*	-
HDRS, депресія тяжкого ступеня	-0,51*	-

Примітки:

n – кількість хворих;

* – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

Проведений кореляційний аналіз показав, що найбільш виразну обернено пропорційну залежність показники за шкалами PANSS, CDSS, HDRS та HARS мають із низьким рівнем якості життя ($p < 0,05$) (табл. 4).

Таблиця 4

Кореляційний аналіз між рівнем депресії за шкалами PANSS, CDSS та HDRS, рівнем тривоги за шкалою HARS та рівнем якості життя за опитувальником ВОЗКЖ-СМ

Показник	Дослідна група (n=82)		
	Низький рівень ЯЖ	Середній рівень ЯЖ	Високий рівень ЯЖ
Шкала PANSS (тривоги та депресії)	-0,52*	-0,37*	-0,01
Шкала тривоги HARS (загальний бал)	-0,29*	-0,19	-0,01
Шкала депресії CDSS (загальний бал)	-0,52*	-0,33*	-0,21
Шкала депресії HDRS (загальний бал)	-0,61*	-0,45*	-0,22*

Примітки:

n – кількість хворих;

* – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

Для якісної суб'єктивної оцінки ЯЖ використовувався опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих. За цим опитувальником виявлено, що статистично значущими ($p < 0,05$) є незадоволеність хворих із ДС, порівняно з пацієнтами без депресії, такими сферами життя, як фізичне самопочуття, наявна робота і частота змін місця роботи, фізична працездатність і денна активність, а також матеріальне становище, широта кола спілкування, стан здоров'я в цілому й психічний зокрема. Окрім цього, у пацієнтів дослідної групи статистично значуще нижчим ($p < 0,0001$), ніж у групі порівняння, був суб'єктивний рівень відчуття благополуччя.

У ході обстеження не виявлено міжгрупової статистично значущої різниці ($p > 0,05$) між показниками задоволеності отриманою освітою та наявною професією, за якими в обох групах виявлено задовільний рівень. Також не відзначено статистично значущої різниці за показниками задоволеності інтелектуальною продуктивністю, побутовими умовами проживання, якістю харчування, одягу, сімейним способом життя, положен-

ням у родині, взаєминами з рідними та характером спілкування з оточуючими – в обох групах дані були низькими.

Під час дослідження вивчено якість життя пацієнтів за такими аспектами:

- медичний (вплив захворювання та лікування на життєдіяльність пацієнта);

- психологічний (ступінь адаптації до хвороби, суб'єктивна оцінка стану здоров'я, зокрема психічного);

- соціально-економічний (обмеження професійних можливостей, зниження працездатності, економічні втрати, пов'язані з лікуванням).

Отримані результати дозволили виявити у хворих із ДС при параноїдній шизофренії низку важливих особливостей, які суттєво знижують рівень якості їхнього життя. Щоб зменши-

ти прояви захворювання, необхідні розробка та впровадження заходів медико-соціальної реабілітації для цієї категорії пацієнтів.

Висновки

1. На тлі депресивної симптоматики істотно істотно знижується рівень якості життя хворих на параноїдну шизофренію практично в усіх сферах життя.

2. Зменшення рівня депресії у пацієнтів з параноїдною шизофренією сприятиме підвищенню якості їхнього життя.

3. Розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії з симптомами депресії, який враховуватиме виявлені особливості, сприятиме підвищенню соціального функціонування та якості життя цього контингенту пацієнтів.

Література

1. Марута Н. А. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.] // Сб. науч. трудов под общ. ред. Н. А. Маруты. – Х. : РИФ, 2004. – С. 40–46.
2. Пшук Н. Г. Динаміка оцінки ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію [Електронний ресурс] / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – Х. : Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. – 2012. – Т. 20, вип. 3. – С. 215. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_3_346.
3. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами : информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2010. – № 220. – 12 с.
4. Юрьева Л. Н. Профилактика суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами в контексте доказательной медицины / Л. Н. Юрьева, Ю. Н. Шевченко // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, №3 (2). – С. 238–239.
5. Cichocki Ł. Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia [Electronic Resource] / Ł. Cichocki, A. Cechnicki, J. Franczyk-Glita [et al.] // Comprehensive Psychiatry. – 2015. – Vol. 56. – P. 133 – 140. – Way of access : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14002739>.
6. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения : автореф. дисс. На соискание ученой степени д-ра мед. наук / Г. Я. Пилягина. – К., 2004. – 26 с.
7. Ревенок О. А. Вплив біологічних та соціально-демографічних факторів на формування агресивної поведінки жінок, які скоїли злочин проти життя та здоров'я особи / О. А. Ревенок, Н. Ю. Васильєва // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19. – №2. – С. 100–104.
8. Urizar A. Quality of life and family functioning in schizophrenia patients / A. Urizar, S. Giráldez // Psicothema. – 2008. – Vol. 20. – № 4. – P. 577 – 582.
9. Гурович И. Я. Социальное функционирование и качество жизни психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8. – №2. – С. 35
10. Пинчук И. Я. Распространённость психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук // Журн. АМН України. – 2010. – Т. 16. – № 1. – С. 168–176.
11. Koreen R. C. Depression in first episode schizophrenia / R. C. Koreen [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150. – P. 1643–1648.
12. Ventura J. Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia / J. Ventura, K. L. Subotnic, L. H. Guzik [et al.] // Schizophr. Res. – 2011. – Vol. 132. – № 1. – P. 18 – 23.

References

1. Maruta N. A., Pan'ko T. V., Yavdak I. A. [et al.] Kriteriy kachestva zhizni v psixiatricheskoy praktike [The criterion of the quality of life in psychiatric practice]. Sb. nauch. trudov [pod obshch. red. N. A. Maruty] [Coll. scientific works [edited by N. A. Maruta]. Kharkov, RIF Publ., 2004, pp. 40–46. (In Russ.)
2. Pshuk N. G., Markova M. V., Pshuk Je. Ja. Dynamika ocinky resursu sim'i, de prozhyvaje hvoryj na paranoi'dnu shyzofreniju [The dynamics of family resource estimation, where a patient with paranoid schizophrenia]. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology]. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2012, vol. 20, issue 3, pp. 215. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_3_346. (In Ukr.)
3. Psikhicheskoe zdorov'e: usilenie bor'by s psikhicheskimi rasstroystvami: Informatsionnyy byulleten'Vse-mirnoy organizatsii zdavookhraneniya [Mental health: strengthening the fight against mental disorders: Information Bulletin of the World Health Organization], 2010, no. 220, 12 p. (In Russ.)
4. Yur'eva L. N., Shevchenko Yu. N. Profilaktika suitsidal'nogo povedeniya u patsientov s depresivnymi rasstroystvami v kontekste dokazatel'noy meditsyny [Prevention of suicidal behavior in patients with depressive rasstroystvami in the context of medicine dokazatel'noy]. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2012, vol. 20, no. 3 (2), pp. 238–239. (In Russ.)

5. Cichocki Ł., Cechnicki A., Franczyk-Glita J. [et al.] Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 2015, vol. 56, pp. 133-140. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14002739>.

6. Pilyagina G. Ya. Autoagressivnoe povedenie: patogeneticheskie mekhanizmy i kliniko-tipologicheskie aspekty diagnostiki i lecheniya: avtoref. diss. ... d-ra med. nauk [Auto-aggressive behavior: pathogenetic mechanisms and clinical-typological aspects of diagnosis and treatment. Abstract of diss. ... Dr. of Medical Sciences]. Kiev, 2004, 26 p. (In Russ.)

7. Revenok O. A., Vasyl'jeva N. Ju. Vplyv biologichnyh ta social'no-demografichnyh faktoriv na formuvannja agresyvnoi' povedinky zhynok, jaki skoi'ly zlochyn proty zhyttja ta zdorov'ja osoby [The impact of biological and socio-demographic factors on the formation of aggressive behavior of women who have committed

crimes against life and health]. *Arhiv psyhiatrii* [Archives of psychiatry], 2013, vol. 19, no. 2, pp. 100-104. (In Ukr.)

8. Urizar A., Giráldez S. Quality of life and family functioning in schizophrenia patients. *Psicothema*, 2008, vol. 20, no. 4, pp. 577-582.

9. Gurovich I. Ya., Shmukler A. B. Sotsial'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni psikhicheski bol'nykh [Social functioning and quality of life of mental patients], 1998, vol. 8, no. 2, p. 35. (In Russ.)

10. Pinchuk I. Ya. Rasprostranennost' psikhicheskikh rassstroystv v Ukraine [The prevalence of mental disorders in Ukraine]. *Zhurn. AMN Ukraini* [Journal of Medical Sciences of Ukraine], 2010, vol. 16, no. 1, pp. 168-176. (In Russ.)

11. Koreen R. C. [et al.] Depression in first episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 1993, vol. 150, pp. 1643-1648.

12. Ventura J., Subotnic K. L., Guzik L. H. [et al.] Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia. *Schizop. Res.*, 2011, vol. 132, no. 1, pp. 18-23.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ

К. С. Живаго

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

Аннотация. Распространенность депрессивной симптоматики среди больных параноидной шизофренией (7,00–75,00%) обуславливает интерес к изучению социальных последствий этой психической патологии, а анализ взаимовлияния качества жизни (КЖ) и депрессивной симптоматики (ДС) у этой категории пациентов приобретает особую значимость. В ходе исследования выявлено, что ДС способствует снижению КЖ больных параноидной шизофренией практически во всех сферах жизни. Из-за проявлений ДС в первую очередь страдают психическое состояние и общее самочувствие. Но меньше вреда наносят сужение круга общения, ограниченная физическая работоспособность и в связи с этим – отсутствие или частые смены места работы, что ухудшает материальное положение и ощущение собственного благополучия больных. Напротив, снижение уровня депрессии нивелирует эти проявления и способствует повышению КЖ. Именно поэтому представляется крайне необходимой разработка комплекса мер медико-социальной реабилитации больных параноидной формой шизофрении с симптомами депрессии, который будет учитывать выявленные особенности.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, депрессивная симптоматика, качество жизни, функционирование.

FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

Kh. S. Zhyvago

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Summary. The prevalence of depressive symptoms among patients with paranoid schizophrenia (7–75%) leads to interest in studying the social impact of mental pathology and also that there is a need to study the mutual influence quality of life (QoL) and depressive symptoms (DS) in this category of patients is of particular importance. During the study it was found that DS reduced the QOL of patients with paranoid schizophrenia in almost all spheres of life. A DS displays that first of all there are declines of the mental condition and overall health. The least amount of influence was on such indicators as narrowing of the circle of contacts, limitation of physical capacity, and therefore – the absence or frequent job changes, worsening financial condition and a sense of well-being of patients. On contrary, lower level of depression eliminates these manifestations and improves QOL. Therefore it is essential to develop a set of measures for medical and social rehabilitation of patients with paranoid form of schizophrenia with symptoms of depression, which will take into account the identified features.

Key words: paranoid schizophrenia, depressive symptoms, quality of life and functioning.

Живаго Христина Сергіївна – аспірантка, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; email: kristinazhyvago@gmail.com.

Живаго Кристина Сергеевна – аспірантка, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; email: kristinazhyvago@gmail.com.

Khrystyna Zhyvago – postgraduate student, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; email: kristinazhyvago@gmail.com.



В. С. Підкоритов

О. І. Серікова

О. В. Скринник



С. О. Український

Ю. С. Бучок

С. С. Кирилюк

УДК: 616.895.4-008.46-092-08

НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ І КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

В. С. Підкоритов¹, О. І. Серікова¹, О. В. Скринник¹,
С. О. Український¹, Ю. С. Бучок², С. С. Кирилюк³

¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків, Україна

²Ужгородський національний університет
МОН України, Ужгород, Україна

³Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Анотація.

Патогенез афективних розладів має складний багаторівневий характер. Дослідженнями останніх років доведено, що в депресивній фазі біполярного афективного розладу (БАР) мають місце порушення нейрональної пластичності та макроморфологічні зміни в ділянках головного мозку, які відповідають за когнітивні функції. Тобто існує тісний зв'язок між морфо-функціональними змінами в зазначених зонах і виникненням у хворих на БАР когнітивних розладів, таких як порушення пам'яті, уваги та інше. Таким чином, покращуючи нейропластичність, ми можемо опосередковано впливати на депресивну симптоматику. Перспективним у цьому плані є поєднане застосування антидепресантів й препаратів, здатних безпосередньо покращувати метаболічні процеси у мозку. Під час дослідження вивчався такий підхід до лікування хворих на депресивний епізод БАР. Доведено, що застосування фармпрепаратів, що впливають на нейропластичність мозку, значно підвищує ефективність лікування та розширює арсенал терапевтичних можливостей лікаря.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, депресивний епізод, нейропластичність, когнітивні функції, лікування.

Вступ

За даними ВООЗ, на початку ХХІ сторіччя питома вага депресивних та тривожних розладів становить приблизно 40,00% у загальній структурі психічної патології, зареєстрованої у світі. При цьому менше ніж за 100 років кількість депресивних хворих, що лікувалися стаціонарно, збільшилася з 8,00% у 1914 році до 34,00% у 2010 році. У той же час, серед пацієнтів, що отримують будь-яку медичну допомогу амбулаторно, депресії можна виявити у 40,00–50,00% випадків (WHO, 2001) [1].

В Україні за останнє десятиріччя також має місце значне збільшення захворюваності населення на депресивні розлади. Так, тільки за даними офіційної статистики, за період з 1973 по 2010 рік кількість зареєстрованих випадків депресивних розладів у перерахунку на загальну кількість населення зростає з 2,27% до 3,80%. Збільшення показників розповсюдженості депресій серед населен-

ня України пояснюється не тільки абсолютним підвищенням захворюваності на неї, але і недостатньою ефективністю лікування таких хворих [2].

Патогенез депресивних розладів має складний багаторівневий характер. В ньому беруть участь практично всі структури головного мозку: кора, лімбіко-ретікулярний комплекс, центральні відділи вегетативної нервової системи, гіпоталамо-гіпофізарна система, яка регулює роботу периферійних ендокринних залоз. Розвиток клінічних проявів депресії триває під впливом різних патогенетичних факторів та супроводжується виникненням в організмі, насамперед в головному мозку, різних патологічних змін [3].

До останнього часу в основу пояснень щодо патогенезу афективних розладів була покладена так звана «моноамінова гіпотеза», яку сформулював Дж. Аксельрод ще в 70-ті роки минулого століття. Згідно з нею в

головному мозку хворих на депресивні або маніакальні розлади спостерігаються функціональні порушення діяльності деяких нейроендокринних систем, зокрема серотонінової та норадреналінової. Вони у більшості випадків мають тимчасовий характер і зникають по мірі одужання хворого. Відповідно до цієї гіпотези призначення антидепресантів є патогенетичним лікуванням і повинно призвести до швидкого одужання. Однак, відомо, що не менше 30–40,00% депресивних хворих є резистентними до фармакотерапії антидепресантами. У значній частини таких пацієнтів захворювання має довготривалий характер і супроводжується суттєвою соціальною дезадаптацією, що призводить у низці випадків до суїцидальної поведінки та інвалідизації.

Слід відзначити, що клінічна картина депресивних розладів не вичерпується проявами погіршення настрою, а зазвичай включає у себе й інші порушення: діссомнію, зниження апетиту і схуднення, аменорею, больові відчуття, різного роду соматичні дисфункції. Крім того, у більшості хворих на депресію присутні такі прояви, як погіршення пам'яті, уваги, працездатності, мислення тощо. Тобто мають місце порушення когнітивних функцій.

Моноамінова гіпотеза патогенезу афективних розладів не в змозі повною мірою пояснити подібні патологічні явища. Тим більше, що останні досягнення в області нейронаук показали: при афективних розладах, які раніше традиційно вважалися «функціональними», мають місце не тільки нейроендокринні порушення, а й виражені зміни самої нервової тканини мозку, причому, не тільки ультраструктурні, а й макроморфологічні. Тобто спостерігається порушення нейрональної пластичності.

Термін «нейропластичність» був запропонований польським нейрофізіологом Єжи Конорськи (J. Konorski, 1948). Концепція нейропластичності зайняла місце попередньої догми про незмінну кількість нейронів у мозку дорослої людини, які не можуть бути компенсовані після загибелі [4]. Сучасне поняття нейропластичності означає «здатність нервової тканини до адаптивних змін, які стосуються її структури й функції» [5]. Вважається, що саме нейропластичність лежить в основі ключових аспектів розвитку людини та її навчання, особливостей пам'яті й можливостей психічного відновлення після пошкодження мозку.

До нейропластичних процесів, передусім, відносять так звану синаптичну пластичність, зростання й ремоделювання нервових клітин, а також нейрогенез [6].

Найбільш вивченими на сьогодні є механізми саме синаптичної пластичності, що включають:

- зміну кількості та функціональної активності синапсів;
- зміну протяжності та конфігурації їх активних зон;
- збільшення кількості відростків в нейронах;
- формування нових синапсів шляхом утворення й розгалуження нейронних відростків;
- довгострокове потенціювання (long-term potentiation, LTP) – тривале посилення передачі сигналу між двома нейронами після синхронної стимуляції та довгострокове інгібування (long-term depression, LTD) для регуляції ефективності синаптичної передачі;
- зміну порогу збудливості потенціал-залежних каналів пре- і постсинаптичної мембрани.

Іншим добре вивченим феноменом нейропластичності є нейрогенез – утворення нових нейронів з нейрональних стоволових клітин у дорослому мозку, переважно в структурах гіпокампальної формації та неокортексі [7].

Поряд з цим важлива роль в механізмах нейропластичності належить чинникам росту, зокрема мозковому нейротрофічному чиннику (brain-derived neurotrophic factor – BDNF), який підтримує рівень довгострокового потенціювання (LTP) в нейронах гіпокампу. Він бере участь у процесах розгалуження аксонів і росту дендритів глутаматергічних нейронів, сприяє збільшенню щільності глутаматергічних синапсів у неокортикальних та гіпокампальних структурах [8; 9]. Крім того, BDNF контролює розвиток й виживання холінергічних та ГАМК-ергічних нейронів переднього мозку, які відіграють важливу роль у процесах навчання і пам'яті. BDNF також експресує серотонінові 5-HT_{1A}-рецептори, стимуляція яких порушує емоційну пам'ять людини [10].

У хворих на депресію та біполярний розлад виявлено значне зменшення рівня BDNF, що було безпосередньо зафіксовано в префронтальній корі та гіпокампі головного мозку осіб, які вчинили суїцид [11]. Саме зі зниженням BDNF разом із порушенням ме-

таболізму фосфоліпідів, Р-субстанції та інших нейрокінінів пов'язують розвиток структурних змін у головному мозку в пацієнтів з депресивними розладами [12–14].

Доведено, що під впливом стресу відбувається зниження експресії BDNF в гіпокампі [15]. При цьому порушується процес нейрогенеза, що обумовлює зменшення його розмірів й щільності розташування клітин у зубчастій звивині [16].

У дослідженні Ф. Фухс і колег (2002) були виявлені й інші морфологічні зміни у головному мозку пацієнтів з депресією – зниження об'єму лобової кори, яке більшою мірою стосувалося орбітофронтальної і префронтальної зон та супроводжувалося зменшенням щільності й розміру нейронів, а також гліальних клітин [17].

Певні зміни у них відбуваються і з боку амігдали. У хворих під час перших депресивних епізодів спочатку спостерігається гіпертрофія мигдалеподібного тіла, яка є транзиторною. Надалі, на стадії активнішого перебігу захворювання, вона змінюється гіпотрофією [18].

Серед інших морфологічних змін головного мозку у хворих на депресії були виявлені різноманітні розростання білої речовини (лейкоареоз) [19; 20]. Зокрема, це спостерігалось в таких зонах мозку, як лобно-потилична, верхній подовжений і нижній подовжений пучки та зовнішня капсула. Топографічно ці зони знаходяться під структурами мозку, які пов'язані з когнітивним та емоційним функціонуванням. Було відзначено, що існує певний взаємозв'язок між збільшенням у деяких структурах мозку білої речовини і порушенням у людини виконавчих функцій, пам'яті та швидкості протікання психічних процесів [21].

Отже, дослідженнями останніх років доведено, що при депресіях мають місце різноманітні порушення нейрональної пластичності та макроморфологічні зміни в ділянках головного мозку, які відповідають за складні когнітивні й виконавчі функції. Це дозволяє припустити наявність тісного зв'язку між морфо-функціональними порушеннями в зазначених зонах і виникненням когнітивних розладів.

Слід зауважити, що, незважаючи на численні дослідження особливостей когнітивних розладів у хворих на депресії, до сьогодні не існує єдиного погляду на нейропсихологічний профіль, який характеризує таких осіб. Запропоновані три ос-

новні гіпотези щодо когнітивних порушень при афективних розладах. Перша з них, так звана «дифузна», передбачає, що пацієнти з депресією страждають від глобального або дифузного когнітивного зниження. Другою є гіпотеза так званого «специфічного» когнітивного зниження. Вона припускає, що депресивний розлад пов'язаний із вираженим зниженням функціонування окремих когнітивних параметрів, переважно оперативної пам'яті. Згідно з третьою гіпотезою пацієнти з депресією відчувають когнітивний дефіцит під час виконання нових завдань, які вимагають додаткових когнітивних зусиль, тоді як під час виконання автоматичних завдань когнітивного зниження у них не виявляється. Автоматичне когнітивне функціонування потребує лише звичної реакції людини у відповідь на стимул, тоді як завдання, які вимагають когнітивної напруги, включають додатково ще і функції уваги й когнітивні здібності в цілому [22].

У дослідженні А. Мартинес-Аран і колег (2009) показано, що в гострий період БАР (під час депресивної або гіпоманіакальної фази захворювання) на перший план клініко-психологічної картини виступають такі когнітивні порушення, як погіршення короткочасної і довготривалої вербальної пам'яті, а також довготривалого зорового запам'ятовування. Пацієнти в депресивній фазі захворювання виявили дефіцит зорової короткочасної пам'яті та плавності мови [23]. Також спостерігалось зниження швидкості психічних процесів (під час депресивної фази) та зниження швидкості реакції (під час маніакальної фази) [24]. У будь-якій фазі захворювання помічені порушення певного спектра психічних функцій (плавність мови, когнітивна гнучкість й адаптивне гальмування) і деякі порушення уваги (стійкості та вибірковості) [25].

Таким чином, згідно з результатами великої кількості досліджень нейропластичність відіграє суттєву роль у патогенезі афективних порушень у хворих на БАР, зокрема в тих, що знаходяться в депресивній фазі. Значний відсоток депресій, резистентних до проведеної терапії, змушує продовжити пошук більш ефективних фармакологічних методів лікування.

Вважається, що деякі антидепресанти (тіанептин, сертралін, вортіоксетин) покращують нейропластичність. Вони блокують або роблять оборотним стрес-індуко-

ване зниження експресії нейротрофічного чинника в лімбічній системі та інших структурах мозку, залучених у патофізіологію депресії. Крім того, ці препарати здатні моделювати у хворих на депресії глутаматергічну трансмісію, завдяки чому знижується рівень глутамату, що сприяє відновленню нейрогенезу, збільшенню кількості функціонуючих синапсів та призводить до збільшення об'єму гіпокампа, зростання довжини й розгалуженості дендритів [26–28]. Однак, у значній частині випадків (30–40,00 %) використання монотерапії антидепресантами не здатне повною мірою впоратися з таким завданням.

Перспективним у цьому плані є поєднане застосування антидепресантів й препаратів, які в змозі безпосередньо покращувати метаболізм у відділах мозку, що відповідають за емоційний стан та формування депресивної симптоматики [29]. Сьогодні проводяться клінічні дослідження можливості застосування при депресіях деяких стимуляторів рецепторів головного мозку (нікотинових, ГАМК-ергічних та інших). Проте жоден з таких препаратів поки що не пройшов реєстрацію як стимулятор поліпшення когнітивного функціонування у хворих на афективні розлади [30; 31].

Водночас відомо, що позитивно впливати на нейропластичність можуть деякі вже зареєстровані психостимулюючі та ноотропні фармпрепарати. Причому, на користь їх використання при ендогенних депресіях, резистентних до антидепресантів, вказується навіть в інструкціях із застосування. Передусім, це церебролізін та церегін.

Мета дослідження

Вивчення нових підходів до лікування хворих на афективні розлади, зокрема до корекції когнітивних порушень під час депресивної фази БАР, стало метою нашого дослідження. Завданням дослідження було виявлення клініко-психопатологічних особливостей, структури когнітивних порушень у хворих на біполярну депресію, а також їх динаміки при різних схемах лікування.

Дослідження було здійснене в рамках науково-дослідної роботи «Визначення клініко-патогенетичних механізмів перебігу біполярного афективного розладу, спираючись на клініко-психопатологічні, патопсихологічні, нейрофізіологічні та біохімічні чинники», що виконується у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України».

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено на підставі вивчення когнітивних функцій у 56 пацієнтів з легким та помірним депресивним епізодом БАР (F 31.3 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду – МКХ-10), що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» з 2006 по 2015 роки. Серед обстежених було 26 чоловіків та 30 жінок. Середній вік становив $43,30 \pm 4,46$ (M \pm δ) років. Середній вік манифестації захворювання був $21,80 \pm 2,57$ років, а тривалість хвороби – $18,65 \pm 5,36$ років.

Слід відзначити, що до стаціонарного лікування всі хворі протягом 2–2,5 місяців безуспішно лікувалися різними фармпрепаратами (антидепресантами, транквілізаторами, антипсихотиками та іншими) в амбулаторних умовах. Усі пацієнти отримували терапію згідно з клінічним протоколом про надання медичної допомоги хворим на біполярні депресії за фахом «Психіатрія» (Наказ № 59 від 05.02.2007 МОЗ України). Загальний комплекс фармакотерапії включав нормотиміки (ламотриджин або вальпроати) і антидепресанти (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) – циталопрам, пароксетин).

Пацієнти були поділені на дві групи – по 28 хворих у кожній. Обидві групи були порівнянні за всіма соціо-демографічними показниками та характером депресивних розладів. Перша група (I група) отримувала тільки нормотимік та антидепресант. Друга група (II група), окрім цих препаратів, додатково отримувала церебропротектор церегін в добовій дозі 5 мг кожного дня або через день. Курс включав 7–10 ін'єкцій. Після завершення стаціонарного лікування хворі отримували підтримуючу терапію в амбулаторних умовах протягом 4–6 місяців.

Для розв'язання завдання був використаний клініко-психопатологічний метод дослідження, шкала депресії Гамільтона (HDRS); для оцінки стану когнітивних функцій застосовувалися Mini-Mental State Examination (MMSE), метод запам'ятовування десяти слів, Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), субтест «Запам'ятовування цифр». Статистична обробка даних відбувалась за допомогою методів визначення вірогідності відмінностей (за U-критерієм Манна–Уїтні). Для встановлення взаємозв'язків між різними явищами, що спостерігалися в процесі дослідження,

ми використовували кореляційний аналіз (визначався непараметричний коефіцієнт кореляції Спірмена – rs). Розрахунки статистичних показників проводили за допомогою Excel для Windows.

Усі обстежені разом зі скаргами, які характерні для депресії (пригнічений настрій, порушення сну та апетиту), вказували на «погану пам'ять», «неможливість сконцентруватися», «значну втомлюваність» при розумовій праці, «загальмованість». Вони тривожилися з приводу забудькуватості, яка заважала у роботі, навчанні або повсякденних справах. Пацієнти ставали повільними, будь-яка мнестична, інтелектуальна й рухова активність вимагала у них більше ніж зазвичай часу, швидше розвивалася втома. У деяких випадках труднощі концентрації уваги та зниження розумової працездатності відчувалися ними практично постійно.

Результати дослідження та їх обговорення

Для виключення значного когнітивного зниження на початку лікування був проведений тест MMSE. Також хворі обох груп

були обстежені за допомогою HDRS, тесту на запам'ятовування «10 слів» та WAIS (субтест «Запам'ятовування цифр»). Усі тести проводилися тричі – на початку лікування, через два тижні та напередодні виписки зі стаціонару (через 1 місяць від початку лікування). Результати наведено у **табл.**

Результати дослідження, проведеного у I групі через два тижні від початку лікування, показали загальне покращення стану пацієнтів. Однак зміни показників були статистично недостовірні. Так, HDRS з $25,70 \pm 7,34$ знизився до $21,96 \pm 4,83$ балів ($p > 0,01$).

Одним з результатів місяця лікування пацієнтів I групи стало значне зниження загального показника за HDRS з $25,70 \pm 7,34$ до $16,42 \pm 5,25$ балів ($p < 0,001$). Щодо тесту «10 слів», то показники на початку госпіталізації були в межах норми і змінилися після лікування на краще, але ці зміни мали статистично недостовірний характер. Безпосереднє відтворення покращилося з $7,70 \pm 0,42$ на $8,00 \pm 0,44$ слів ($p > 0,01$), відстрочене відтворення – з $6,43 \pm 1,21$ на $7,85 \pm 0,95$ слів ($p > 0,01$).

Таблиця

Результати обстеження

Групи	НАЗВА ТЕСТУ		РЕЗУЛЬТАТИ ТЕСТІВ		
			На початку лікування	Через 2 тижні лікування	Через місяць лікування
I ГРУПА	HDRS		$25,70 \pm 7,34$	$21,96 \pm 4,83$	$16,42 \pm 5,25$
	Тест «10 слів»	безпосереднє відтворення	$7,70 \pm 0,42$	$7,51 \pm 0,53$	$8,00 \pm 0,44$
		відстрочене відтворення	$6,43 \pm 1,21$	$6,97 \pm 0,21$	$7,85 \pm 0,95$
	WAIS, субтест «Запам'ятовування цифр»	пряма лічба	$5,60 \pm 0,34$	$4,95 \pm 0,92$	$6,15 \pm 0,25$
		зворотня лічба	$2,95 \pm 0,45$	$3,05 \pm 0,35$	$5,04 \pm 0,15$
		загальний бал	$7,64 \pm 1,13$	$8,01 \pm 1,25$	$11,42 \pm 0,87$
II ГРУПА	HDRS		$27,87 \pm 5,42$	$19,70 \pm 3,46$	$11,22 \pm 0,25$
	Тест «10 слів»	безпосереднє відтворення	$7,47 \pm 0,64$	$8,44 \pm 0,64$	$8,25 \pm 0,78$
		відстрочене відтворення	$5,89 \pm 1,01$	$7,42 \pm 0,68$	$8,01 \pm 0,75$
	WAIS, субтест «Запам'ятовування цифр»	пряма лічба	$5,85 \pm 0,25$	$5,86 \pm 0,94$	$6,04 \pm 0,66$
		зворотня лічба	$2,08 \pm 0,42$	$5,02 \pm 0,78$	$6,08 \pm 0,22$
		загальний бал	$7,93 \pm 0,67$	$10,88 \pm 1,22$	$12,14 \pm 0,88$

Загальні результати субтесту «Запам'ятовування цифр» WAIS стали достовірно кращими. Якщо до лікування вони були нижче за норму $7,64 \pm 1,13$ балів, то наприкінці прийшли до норми – $11,42 \pm 0,87$ балів ($p=0,0001$). Така динаміка пояснювалась значним поліпшенням показників зворотної лічби – з $2,95 \pm 0,45$ балів до $5,04 \pm 0,15$ балів ($p=0,0001$). Бали з прямої лічби не зазнали суттєвих змін за час лікування – з $5,60 \pm 0,34$ до $6,15 \pm 0,25$ балів ($p>0,01$).

У той же час у II групі після двох тижнів лікування депресивна симптоматика зменшилася достовірно з $27,87 \pm 5,42$ до $19,70 \pm 3,46$ балів ($p<0,01$). За місяць терапії показник HDRS знизився ще більше – до $11,22 \pm 0,25$ балів ($p<0,001$). Тест на запам'ятовування 10 слів пацієнти цієї групи через місяць після лікування виконали також краще, але зміни були статистично недостовірними: безпосереднє відтворення з $7,47 \pm 0,64$ до $8,25 \pm 0,78$ балів, відстрочене – з $5,89 \pm 1,01$ до $8,01 \pm 0,75$ балів ($p>0,01$).

Результати цих хворих за субтестом «Запам'ятовування цифр» WAIS теж зазнали змін на краще. Загальний бал значно покращився з $7,93 \pm 0,67$ балів до $12,12 \pm 0,88$ балів ($p<0,001$). Показники прямої лічби були в межах норми – $5,85 \pm 0,25$ балів до та $6,04 \pm 0,66$ балів після лікування. А тест зворотної лічби на початку госпіталізації був менший за норму – $2,08 \pm 0,42$ балів – та достовірно підвищився до $6,08 \pm 0,22$ балів ($p<0,001$).

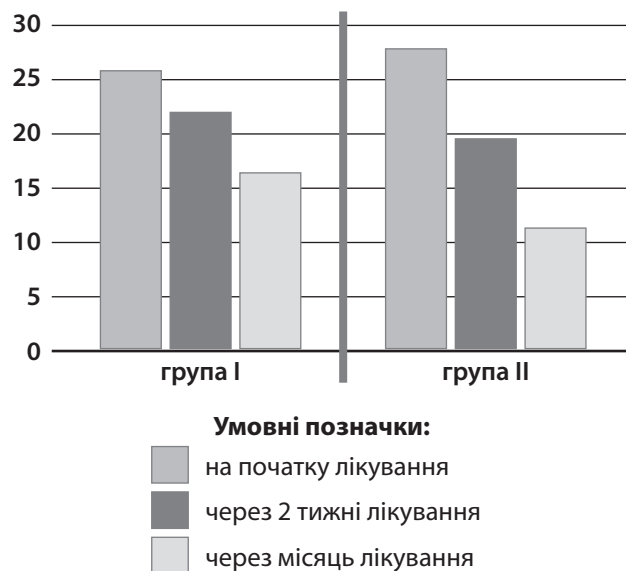


Рис. 1. Динаміка за показниками HDRS в обох групах

Таким чином, при порівнянні динаміки показників HDRS у процесі лікування в обох групах були знайдені деякі відмінності. На другому тижні від початку роботи з пацієнтами депресивна симптоматика в I групі знизилася на 3,74 бали, тоді як в II групі – на 8,17 балів ($p<0,01$) (рис. 1). Така різниця, можливо, пояснюється тим, що в I групі застосовувалися лише нормотиміки та антидепресанти. Відомо, що останні починають помітно впливати на депресивну симптоматику в середньому лише через два тижні від початку застосування. В II групі до згаданих засобів додався нейропротектор церегін, який, краще

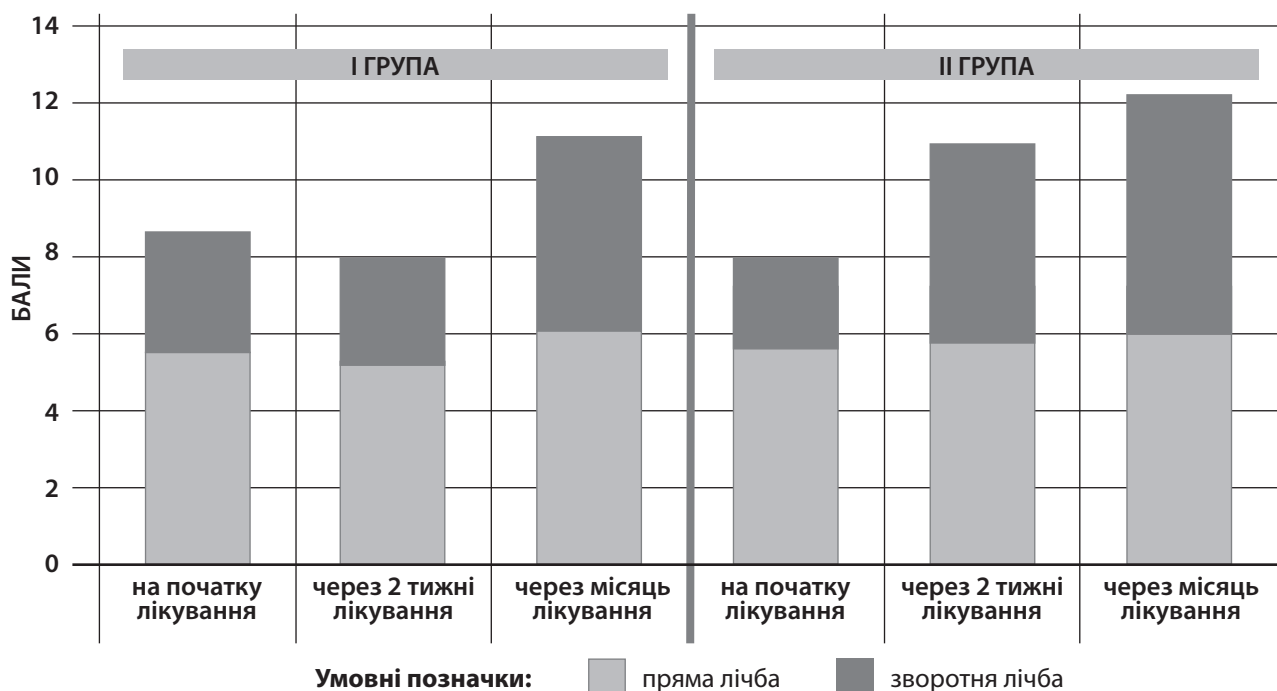


Рис. 2. Динаміка за показниками субтесту «Запам'ятовування цифр» WAIS в обох групах

стимулював когнітивні процеси та поліпшував показники HDRS. Це відбувалося, перш за все, за рахунок пунктів 7 («працеспроможність та активність») та 8 («загальмованість») HDRS. У цих хворих за час лікування також суттєвіше знижувався і показник за пунктом 13 HDRS – «соматичні симптоми (важкість у кінцівках, почуття втрати енергії та сил)». Через місяць лікування депресивна симптоматика у групі II була менш вираженою: HDRS $11,22 \pm 0,25$ бали порівняно з групою I – HDRS $16,42 \pm 5,20$ бали (рис. 1).

Зміни в тесті на запам'ятовування «10 слів» були схожими в обох групах та статистично не достовірними. І якщо кінцевий результат субтесту «Запам'ятовування цифр» WAIS був практично однаковий – $11,42 \pm 0,87$ балів у I групі та $12,14 \pm 0,88$ балів у групі II; то динаміка була зовсім різною (рис. 2). У I групі за два тижні лікування показник практично не змінився (на 0,10 балів) і значно покращився тільки після місяця активної терапії (на 3,78 балів). Тоді як у II групі значне поліпшення загального балу спостерігалося вже за два тижні – на 2,94 балів. Такі зміни були обумовлені позитивним впливом церегіну на нейропластичність (рис. 2).

Також був проведений кореляційний аналіз залежності між вираженістю депресивної симптоматики та когнітивними порушеннями. Встановлено помірний негативний зв'язок загального балу за шкалою HDRS із результатами субтесту «Запам'ятовування цифр» WAIS ($r_s = -0,51$).

Таким чином, під час дослідження у хворих на біполярну депресію були виявлені значні погіршення показників короткострокової вербальної пам'яті та інші прояви когнітивних порушень, які залежали від вираженості депресивної симптоматики. У процесі лікування разом з поступовим покращенням настрою мало місце і поліпшення когнітивних функцій. Причому, покращення наступало значно раніше та було більш вираженим у групі пацієнтів, що разом з антидепресантами і тимостабілізаторами отримували нейропротектори.

Висновки

1. Для хворих на депресивний епізод БАР засоби, що покращують показники нейропластичності, разом з антидепресантами також можуть бути патогенетичною терапією.

2. Успішне застосування препаратів, що здатні покращувати метаболічні процеси головного мозку, у фармакорезистентних хворих вказує на можливу участь у патогенезі депресивної фази БАР фактора нейропластичності.

3. Клінічним маркером стану функцій нейропластичності мозку у хворих на депресивну фазу БАР (зокрема, в області префронтальної кори) можуть слугувати когнітивні показники.

4. Застосування фармпрепаратів (антидепресантів, церебропротекторів), які впливають на нейропластичність мозку, значно підвищує ефективність лікування хворих на депресивну фазу БАР та розширює арсенал терапевтичних можливостей лікаря

Література

1. The World health report : 2001: Mental health : new understanding, new hope. – 2001. – 178 p.
2. Хобзей М. К. Состояние психического здоровья населения и перспективы развития психиатрической помощи в Украине / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута, О. М. Инченко, О. О. Петриченко, Л. И. Дьяченко // Психическое здоровье. – 2013. – Т.11, № 7 (86). – С. 66–76.
3. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Х. : Торнадо, 2003. – С.20.
4. Stahnisch F. W. Concept of neuronal plasticity: the ambiguity lives on / F. W. Stahnisch, R. Nitsch, Santiago Ramon y Cajal's // Trends Neurosci. – 2002. – Vol. 25, № 11. – P. 589–591.
5. Zilles K. Neuronal plasticity as an adaptive property of the central nervous system / K. Zilles // An. Anat. – 1992. – Vol. 174, № 5. – P. 383–391.
6. Pittenger C. Disorders of memory and plasticity in psychiatric disease / C. Pittenger // Dialogues Clin. Neurosci. – 2013. – Vol. 15, № 4. – P. 455–463.
7. Spalding K. L. Dynamics of hippocampal neurogenesis in adult humans / K. L. Spalding, O. Bergmann, K. Alkass et al. // Cell. – 2013. – Vol. 153, № 6. – P. 1219–1227.
8. Sairanen M. Brain-derived neurotrophic factor and antidepressant drugs have different but coordinated effects on neuronal turnover, proliferation, and survival in the adult dentate gyrus / M. Sairanen, G. Lucas, P. Ernfors et al. // J. Neurosci. – 2005. – Vol. 25, № 5. – P. 1089–1094.
9. Martinez A. TrkB and TrkC signaling are required for maturation and synaptogenesis of hippocampal connections / A. Martinez, S. Alcantara, V. Borrell [et al.] // J. Neurosci. – 1998. – Vol. 18, № 18. – P. 7336–7350.
10. Doron R. A novel herbal treatment reduces depressive-like behaviors and increases BDNF levels in the brain of stressed mice / R. Doron, D. Lotan, N. Einat [et al.] // Life Sci. – 2014. – Vol. 94, N 2. – P. 151–157.
11. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor: role in depression and suicide / Y. Dwivedi // Neuropsychiatr. Dis. Treat. – 2009. – Vol. 5. – P. 433–449.
12. Bondy B. Pathophysiology of depression / B. Bondy // Dialogues in clinical neuroscience. – 2002. – Vol. 4, № 1 – P. 7–20.

13. Shakesby A. C. Overcoming the effects of stress on synaptic plasticity in the intact hippocampus: rapid actions of serotonergic and antidepressant agents. A. C. Shakesby [et al.] // *J. Neurosci.* – 2002. – Vol. 22. – P. 638–44.

14. Wayne D. C. Neuroplasticity in mood disorders / D. C. Wayne // *Dialogues in clinical neuroscience. Neuroplasticity.* – 2004. – № 6. – P. 199–216.

15. Vaidya V. A. Role of 5-HT_{2A} receptors in the down regulation of BDNF by stress / V. A. Vaidya, R. Z. Terwilliger, R. S. Duman *Neurosci Lett.* – 1999. – Vol. 287. – P. 1–4.

16. Fuchs E. Mini-review: in vivo neurogenesis in the adult brain, regulation and functional implications / E. Fuchs, E. Gould // *Eur J Neurosci.* – 2000. – Vol. 12. – P. 2211–2214.

17. Fuchs T. The challenge of neuroscience: Psychiatry and phenomenology today / T. Fuchs // *Psychopathology.* – Vol. 35. – P. 319–326.

18. Гусев Е. И. Роль процессов нейропластичности в развитии депрессивных расстройств / Е. И. Гусев, А. Н. Боголепова // *Трудный пациент.* – 2010. – Т. 8, № 10. – С. 3–7.

19. Steffens D. C. Subcortical white matter lesions and functional impairment in geriatric depression / D. C. Steffens, H. B. Bosworth, J. M. Provenzale, J. R. MacFall // *Depress Anxiety.* – 2002. – Vol. 15. – P. 23–28.

20. Taylor W. D. Greater MRI lesion volumes in elderly depressed subjects than in control subjects / W. D. Taylor, J. R. MacFall, M. E. Payne, D. R. McQuoid, D. C. Steffens, J. M. Provenzale, K. R. Krishnan // *Psychiatry Res.* – 2005. – Vol. 139. – P. 1–7.

21. Manto M. Modulation of excitability as an early change leading to structural adaptation in the motor cortex / M. Manto, N. Oulad ben Taib, A. R. Luft // *J. Neurosci. Res.* – 2006. – Vol. 83, № 2. – P. 177–180.

22. Янушко М. Г. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода / М. Г. Янушко, М. В. Иванов, А. В. Сорокина // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 90–95

23. Martinez-Aran A. Treatment nonadherence and neurocognitive impairment in bipolar disorder /

A. Martinez-Aran, J. Scott, F. Colom // *J. of Clin. Psych.* – 2009. – Vol. 70 (7). – P. 1017–1023.

24. Malhi G. S. Bipolar disorder: it's all in your mind? The neuropsychological profile of a biological disorder / G. S. Malhi, B. Ivanovski, V. Szekeres // *Can. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 49. – P. 813–817.

25. Ершов Б. Б. Современные исследования когнитивного дефицита при аффективных расстройствах: нейропсихологический подход / Б. Б. Ершов, А. В. Тагильцева, М. В. Петров // *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология».* – 2015. – Т. 8, № 3. – С. 65–76.

26. Schmidt H. D. Future antidepressant targets: neurotrophic factors and related signaling cascades drug / H. D. Schmidt, M. Banasr, R. S. Duman // *Discov Today Ther Strateg.* – 2008. – Vol. 5, № 3. – P. 151–156.

27. Warner-Schmidt J. L. Hippocampal neurogenesis: opposing effects of stress and antidepressant treatment / J. L. Warner-Schmidt, R. S. Duman // *Hippocampus.* – 2006. – Vol. 16, № 3. – P. 239–249.

28. AD'Sa C. Antidepressants and neuroplasticity / C. AD'Sa, R. S. Duman // *Bipolar Disord.* – 2002. – Vol. 4. – P. 183–94.

29. Пуговкина О. Д. Когнитивное функционирование и его динамика у больных терапевтически резистентными депрессиями при электросудорожной терапии и транскраниальной магнитной стимуляции / О. Д. Пуговкина // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 29–34.

30. Hansson A. C. Dissociation of antidepressant-like activity of escitalopram and nortriptyline on behaviour and hippocampal BDNF expression in female rats / A. C. Hansson, R. Rimondini, M. Heilig // *J. Psychopharmacol.* – 2011. – Vol. 25, № 10. – P. 1378–1387.

31. Imamura K. Cytokine production of activated microglia and decrease in neurotrophic factors of neurons in the hippocampus of Lewy body disease brains / K. Imamura, N. Hishikawa, K. Ono et al. // *Acta Neuropathol.* – 2005. – Vol. 109, № 2. – P. 141–150.

References

1. The World health report–2001. Mental health : new understanding, new hope, 2001, 178 p.

2. Khobzey M. K., Voloshin P. V., Maruta N. O., Inchenko O. M., Petrichenko O. O., D'yachenko L. I. Sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya i perspektivy razvitiya psikhiatricheskoy pomoshchi v Ukraine [Status of mental health and mental health care development prospects in Ukraine]. *Psikhicheskoe zdorov'e [Mental health]*, 2013, vol. 11, no. 7(86), pp. 66–76. (In Russ.)

3. Podkorytov V. S., Chayka Yu. Yu. Depressii. Sovremennaya terapiya: rukovodstvo dlya vrachey [Depression. Modern therapy: a guide for physicians]. *Kharkiv, Tornado Publ.*, 2003, p. 20. (In Russ.)

4. Stahnisch F. W., Nitsch R., Cajal's S. R. Concept of neuronal plasticity: the ambiguity lives on. *Trends in Neurosciences*, 2002, vol. 25, no. 11, pp. 589–591.

5. Zilles K. Neuronal plasticity as an adaptive property of the central nervous system. *Annals of Anatomy*, 1992, vol. 174, no. 5, pp. 383–391.

6. Pittenger C. Disorders of memory and plasticity in psychiatric disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2013, vol. 15, no. 4, pp. 455–463.

7. Spalding K. L., Bergmann O., Alkass K. [et al.] Dynamics of hippocampal neurogenesis in adult humans. *Cell*, 2013, vol. 153, no. 6, pp. 1219–1227.

8. Sairanen M., Lucas G., Ernfors P. [et al.] Brain-derived neurotrophic factor and antidepressant drugs have different but coordinated effects on neuronal turnover, proliferation, and survival in the adult dentate gyrus. *Journal of Neuroscience*, 2005, vol. 25, no. 5, pp. 1089–1094.

9. Martinez A., Alcantara S., Borrell V. [et al.] TrkB and TrkC signaling are required for maturation and synaptogenesis of hippocampal connections. *Journal of Neuroscience*, 1998, vol. 18, no. 18, pp. 7336–7350.

10. Doron R., Lotan D., Einat N. [et al.] A novel herbal treatment reduces depressive-like behaviors and increases BDNF levels in the brain of stressed mice. *Life Science Journal*, 2014, vol. 94, no. 2, pp. 151–157.

11. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor: role in depression and suicide. / *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2009, vol. 5, pp. 433–449.

12. Bondy B. Pathophysiology of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2002, vol. 4, no. 1, pp. 7–20.

13. Shakesby A. C. [et al.] Overcoming the effects of stress on synaptic plasticity in the intact hippocampus: rapid actions of serotonergic and antidepressant agents. *Journal of Neuroscience*, 2002, vol. 22, pp. 3638–3644.
14. Wayne D. C. Neuroplasticity in mood disorders. *Dialogues in clinical neuroscience. Neuroplasticity*, 2004, no. 6, pp. 199–216.
15. Vaidya V. A., Terwilliger R. Z., Duman R. S. Role of 5-HT_{2A} receptors in the down regulation of BDNF by stress. *Neuroscience Letters*, 1999, vol. 287, pp. 1–4.
16. Fuchs E., Gould E. Mini-review: in vivo neurogenesis in the adult brain, regulation and functional implications. *European Journal of Neuroscience*, 2000, vol. 12, pp. 2211–2214.
17. Fuchs T. The challenge of neuroscience: Psychiatry and phenomenology today. *Psychopathology*, vol. 35, pp. 319–326.
18. Gusev E. I., Bogolepova A. N. Rol' protsessov neyroplastichnosti v razvitii depressivnykh rasstroystv [The role of neuroplasticity processes in the development of depressive disorders]. *Trudnyy patsient [Difficult patient]*, 2010, vol. 8, no. 10, pp. 3–7. (In Russ.)
19. Steffens D. C., Bosworth H. B., Provenzale J. M., MacFall J. R. Subcortical white matter lesions and functional impairment in geriatric depression. *Depression and Anxiety*, 2002, vol. 15, pp. 23–28.
20. Taylor W. D., MacFall J. R., Payne M. E., McQuoid D. R., Steffens D. C., Provenzale J. M., Krishnan K. R. Greater MRI lesion volumes in elderly depressed subjects than in control subjects. *Psychiatric Research*, 2005, vol. 139, pp. 1–7.
21. Manto M., Oulad ben Taib N., Luft A. R. Modulation of excitability as an early change leading to structural adaptation in the motor cortex. *Journal of Neuroscience Research*, 2006, vol. 83, no. 2, pp. 177–180.
22. Yanushko M. G., Ivanov M. V., Sorokina A. V. Kognitivnye narusheniya pri endogennykh psikhozakh: sovremennye predstavleniya v svete dimensional'nogo podkhoda [Cognitive disorders in endogenous psychoses: modern concepts in the light of the approach dimensional'nogo]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhіatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2014, vol. 24, no. 1, pp. 90–95. (In Russ.)
23. Martinez-Aran A., Scott J., Colom F. Treatment nonadherence and neurocognitive impairment in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2009, vol. 70(7), pp. 1017–1023.
24. Malhi G. S., Ivanovski B., Szekeres V. Bipolar disorder: it's all in your mind? The neuropsychological profile of a biological disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 49, pp. 813–817.
25. Ershov B. B., Tagil'tseva A. V., Petrov M. V. Sovremennye issledovaniya kognitivnogo defitsita pri affektivnykh rasstroystvakh: neyropsikhologicheskiiy podkhod [Modern studies of cognitive deficits in affective disorders: neuropsychological approach]. *Vestnik YuUrGU. Seriya "Psikhologiya" [Bulletin of South Ural State University. "Psychology" series]*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 65–76. (In Russ.)
26. Schmidt H. D., Banasr M., Duman R. S. Future antidepressant targets: neurotrophic factors and related signaling cascades drug. *Drug Discovery Today*, 2008, vol. 5, no. 3, pp. 151–156.
27. Warner-Schmidt J. L., Duman R. S. Hippocampal neurogenesis: opposing effects of stress and antidepressant treatment. *Hippocampus*, 2006, vol. 16, no. 3, pp. 239–249.
28. AD'Sa C., Duman R. S. Antidepressants and neuroplasticity. *Bipolar Disorders* 2002, vol. 4, pp. 183–94.
29. Pugovkina O. D. Kognitivnoe funktsionirovanie i ego dinamika u bol'nykh terapevticheskimi rezistentnymi depressiyami pri elektrosudorozhnoy terapii i transkraniyal'noy magnitnoy stimulyatsii [Cognitive functioning and its dynamics in patients with treatment-resistant depression with electroconvulsive therapy and transcranial magnetic stimulation]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhіatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2009, vol. 19, no. 1, pp. 29–34. (In Russ.)
30. Hansson A. C., Rimondini R., Heilig M. Dissociation of antidepressant-like activity of escitalopram and nortriptyline on behaviour and hippocampal BDNF expression in female rats. *Journal of Psychopharmacology*, 2011, vol. 25, no. 10, pp. 1378–1387.
31. Imamura K., Hishikawa N., Ono K. [et al.] Cytokine production of activated microglia and decrease in neurotrophic factors of neurons in the hippocampus of Lewy body disease brains. *Acta Neuropathologica*, 2005, vol. 109, no. 2, pp. 141–150.

НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

В. С. Подкорытов¹, О. И. Серикова¹, О. В. Скрынник¹,
С. А. Украинский¹, Ю. С. Бучок², С. С. Кирилюк³

¹ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина

²Ужгородский национальный университет МОН Украины, г. Ужгород, Украина

³Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Аннотация. Патогенез аффективных расстройств имеет сложный многоуровневый характер. В исследованиях последних лет доказано, что в депрессивной фазе биполярного аффективного расстройства (БАР) наблюдаются нарушения нейрональной пластичности и макроморфологические изменения в отделах головного мозга, которые отвечают за когнитив-

NEUROPLASTICITY AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH BIPOLAR DEPRESSION

V. S. Pidkorytov¹, O. I. Serikova¹, O. V. Skrynyuk¹,
S. A. Ukrayinskyi¹, Y. S. Buchok², S. S. Kyryluik³

¹State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

²State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University of Ministry of Education and Science of Ukraine", Uzhhorod, Ukraine

³Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Summary. The pathogenesis of affective disorders has a complex multi-level character. In recent studies it was proved that in the depressive phase of bipolar affective disorder (BAD) there are observed violations of neuronal plasticity and macromorphological changes in brain regions that are responsible for cognitive functions. So, there

ные функции. То есть существует тесная связь между морфо-функциональными нарушениями в отмеченных зонах и возникновением у больных БАР когнитивных расстройств, таких как нарушение памяти, внимания и другое. Таким образом, улучшая нейропластичность, мы можем опосредствовано влиять на депрессивную симптоматику. Перспективным в этом плане является совместное назначение антидепрессантов и препаратов, способных непосредственно улучшать метаболические процессы в мозге. Во время исследования изучался этот подход к лечению больных депрессивным эпизодом БАР. Доказано, что применение фармпрепаратов, которые влияют на нейропластичность мозга больных депрессивной фазой БАР, значительно повышает эффективность лечения и расширяет арсенал терапевтических возможностей врача.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, нейропластичность, когнитивные функции, лечение.

is a close connection between the morphological and functional disorders in the marked areas and consequences of cognitive disorders in patients with BAD, such as impaired memory, attention and other things. Thus, improving neuroplasticity, we can indirectly affect depressive symptoms. The joint prescription of antidepressants and drugs that can directly improve metabolic processes in brain is promising in this respect. During the research we studied the approach to treatment of patients with depressive episode of BAR. It is proved that the use of pharmaceuticals which affect the brain's neuroplasticity in patients with depressive phase of BAD significantly increases the efficiency of treatment and enlarges doctor's therapeutic arsenal.

Key words: bipolar affective disorder, depressive episode, neuroplasticity, cognitive function, treatment.

Підкоритов Валерій Семенович – д.мед.н., професор, керівник відділу, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: pid-vs@ukr.net.

Подкорытов Валерий Семенович – д.мед.н., профессор, руководитель отдела, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: pid-vs@ukr.net.

Valerii Pidkorytov – Doctor of Sciences in Medicine, Professor, Head of Department, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: pid-vs@ukr.net.

Серікова Ольга Іванівна – к.мед.н., провідний науковий співробітник, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: olserikova@yahoo.com.

Серикова Ольга Ивановна – к.мед.н., ведущий научный сотрудник, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: olserikova@yahoo.com.

Olga Syerikova – PhD in Medicine, Leading Scientific Researcher, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: olserikova@yahoo.com.

Скринник Ольга Вячеславівна – к.мед.н., старший науковий співробітник, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: olskrynnik@yahoo.com.

Скрынник Ольга Вячеславовна – к.мед.н., старший научный сотрудник, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: olskrynnik@yahoo.com.

Olga Skrynyuk – PhD in Medicine, Senior Scientific Researcher, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: olskrynnik@yahoo.com.

Український Сергій Олексійович – к.мед.н., старший науковий співробітник, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: ukrayinskyu@ukr.net

Украинский Сергей Алексеевич – к.мед.н., старший научный сотрудник, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: ukrayinskyu@ukr.net.

Sergiy Ukrayinskyu – PhD in Medicine, Senior Scientific Researcher, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: ukrayinskyu@ukr.net.

Бучок Юрій Степанович – к.мед.н., доцент, Ужгородський національний університет МОН України, м. Ужгород, Україна; e-mail: bouchok@rambler.ru.

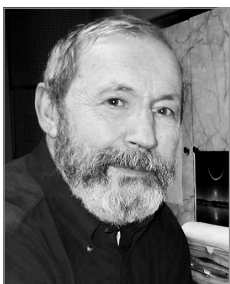
Бучок Юрий Степанович – к.мед.н., доцент, Ужгородский национальный университет МОН Украины, г. Ужгород, Украина; e-mail: bouchok@rambler.ru.

Yurii Buchok – PhD in Medicine, Associate Professor, State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University of Ministry of Education and Science of Ukraine", Uzhhorod, Ukraine; e-mail: bouchok@rambler.ru.

Кирилюк Сергій Сергійович – к.мед.н., в.о.доцента, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: dr_kyrylyuk@ukr.net.

Кирилюк Сергей Сергеевич – к.мед.н., и.о.доцента, Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина; e-mail: dr_kyrylyuk@ukr.net.

Sergii Kyryluik – PhD in Psychiatry, Associate Professor, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: dr_kyrylyuk@ukr.net



В. Ф. Простомолотов

УДК 616.895.8-085

ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПО МКБ-10 В СРАВНИТЕЛЬНОМ СОПОСТАВЛЕНИИ С ВОЗБУДИМОЙ И НЕУСТОЙЧИВОЙ ПСИХОПАТИЯМИ ПРЕЖНИХ СИСТЕМАТИК: ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ПРОФИЛАКТИКА

В. Ф. Простомолотов

Институт инновационного и последипломного образования
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова, г. Одесса, Украина

Аннотация.

В статье подвергаются клиническому и критическому анализу критерии МКБ-10 относительно эмоционально неустойчивого расстройства личности (F60.3). Отмечена неточность, размытость самого определения этого расстройства личности (РЛ), поскольку эмоциональная неустойчивость является одним из облигатных проявлений всех типов РЛ вообще, а не только какого-то одного; к тому же известно, что эмоциональная неустойчивость клинически проявляется по-разному, что обусловлено разным патогенезом. Безосновательно проигнорированы достижения предшествующих поколений выдающихся психиатров мира, описавших личности возбудимого/эпилептоидного типа. Вместе с шизоидным и аффективным кругом патологических и непатологических/акцентуированных характеров это создает большой общий круг конституциональных психопатий/РЛ и предрасположений. При этом необходимо учесть не только то, что все они биполярны, но и возможность смешения в различных соотношениях представленных характерологических радикалов. По мнению автора, прежнее определение «РЛ возбудимого (эпилептоидного) типа» точнее и логичнее, что (благодаря родственной с болезнями нервной системы терминологии) сближает неврологию с психиатрией, а не разделяет. Пограничный тип (F60.31) следует вывести из рамок обсуждаемого типа в отдельный, как и было прежде.

Ключевые слова: эмоционально неустойчивое, расстройство личности, возбудимая, эпилептоидная, неустойчивая психопатия.

Согласно МКБ-10, для диагностики эмоционально неустойчивого РЛ (F60,30) импульсивного или пограничного типа, кроме общих критериев, необходимы еще и частные [1]. Для выявления импульсивного типа (F60,30) необходимо наличие минимум трех из нижеследующих критериев, при этом облигатен из них – второй:

- 1) выраженная тенденция действовать неожиданно и не принимая в расчет последствия;
- 2) выраженная тенденция к конфликтному поведению (особенно, когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;
- 3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций;
- 4) трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;
- 5) нестабильное и капризное настроение.

Для диагностики пограничного типа (F60.31), кроме трех из перечисленных пяти симптомов, для F60.30 должны быть отмечены дополнительно еще два из нижеследующих:

- 1) расстройство и неопределенность образа «Я», целеполагания и внутренних предпочтений, включая сексуальные;
- 2) склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;
- 3) чрезмерные усилия избегать уединения;
- 4) периодические угрозы и акты самоповреждения;
- 5) хроническое чувство пустоты.

Сразу необходимо заметить, что, начиная с первых систематик расстройств личности/психопатий и заканчивая МКБ-9, под понятием «эмоционально неустойчивое» неизменно подразумевалось колебание аффекта в контексте внедренного Э. Кречмером [2] циклоидного типа характера, включающего гипотимные, гипертимные и эмотивно-лабильные варианты. Но для всех этих личностей типичны мягкость, закругление аффекта и поведения, что глубоко внедрилось в клиническое мышление психиатров нескольких поколений, а не взрывчатость и конфликтность, что является уже чертой возбудимых/эпилептоидных личностей

Что касается собственно термина «неустойчивое расстройство личности», то в МКБ-9 [3] в подразделе «Другие расстройства личности» им обозначали расстройство личности неустойчивого типа (код 301.81) представители которого ярко описаны ранее классиками психиатрии. Э. Крепелин (1915) называл их «безудержными (неустойчивыми)», а К. Шнейдер (1923) – «безвольными». П. Б. Ганнушкин [4] в 1933 г. клинически описал группу неустойчивых психопатов, а А. Е. Личко [5] в классическом монографическом труде, посвященном психопатиям и акцентуациям характера у подростков, завершил описание их статики и динамики. Это слабовольные, слабохарактерные субъекты, «люди среды», что обнаруживается в детстве и особенно – в подростковом возрасте. Их безволие проявляется не только тогда, когда дело касается исполнения обязанностей и долга (учеба, труд, служба), но и в развлечениях они словно плывут по течению, подчиняясь компании или лидеру группы. В зависимости от окружения (позитивного или негативного) и будет формироваться поведение неустойчивых личностей.

С начала учебы у людей с неустойчивым РЛ, несмотря на неплохие способности, отсутствует желание учиться, и, всегда готовые увильнуть от занятий, они нуждаются в непрерывном и строгом контроле. В то же время представители этого типа обнаруживают тягу к развлечениям и безделью. Как точно подметил А. Е. Личко, «все дурное словно липнет к ним». Ленивые, неорганизованные люди, они нуждаются в руководстве, опеке, но поскольку таковые не всегда бывают достаточными, неустойчивые личности «плывут по течению» и часто примыкают к дурным компаниям, рано спиваются, становятся наркоманами или патологически азартными игроками.

Признаки неустойчивого РЛ максимального проявления обычно достигают в юношеском возрасте, затем, по наблюдениям многих психиатров и статистиков, их становится все меньше и меньше. Очевидно, динамика этого РЛ такова, что присоединение хронического алкоголизма и наркомании, деформируя личностный рисунок, маскирует значительную часть случаев под ту или иную зависимость. Судьба Федора Протасова из повести Л. Н. Толстого «Живой труп» показательна в этом отношении.

Как отмечает А. Б. Смулевич [6], у пограничного типа эмоционально неустойчивого РЛ на постсоветском пространстве прямых аналогов нет (полагаем, и в других регионах мира его тоже нет, ибо это весьма специфиче-

ское РЛ, включающее нарушения не только воли, но и других сфер психики), хотя по некоторым личностным параметрам его можно сопоставить с неустойчивым типом психопатий. Пограничный тип РЛ перекрывается другими личностными аномалиями, более всего истерическими, дистимическими, диссоциальными. Но во многих случаях, подчеркивает А. Б. Смулевич, возникает необходимость в дифференциации его от шизотипического РЛ, шизофрении, тревожно-фобических и аффективных расстройств (и это, заметим, прямо указывает на недостаточность и незавершенность его изучения и выделения в качестве второго типа в рамках эмоционально неустойчивого РЛ последней классификации).

Краткое перечисление и нумерация критериев эмоционально неустойчивого РЛ обоих типов по МКБ-10 (как, впрочем, и всего в последней систематике) предполагает возможность (и даже целесообразность) их анкетирования и компьютерной обработки выявленных особенностей личности. Это может быть сделано уже на доврачебном этапе психиатрического освидетельствования пациента, включающего к тому же рекомендации терапевтического и профилактического характера. И это (благое дело), формализуя, упрощая и облегчая диагностический процесс, одновременно способствует и постепенному вырождению искусства врачевания в психиатрии.

Словно предвидя подобное пренебрежение к выявлению нюансов клинических проявлений в психиатрии, один из ведущих психиатров 60-80-х годов минувшего века академик А. В. Снежневский предупреждал, к чему это способно привести и на развитие чего следует обратить особое внимание [7]. Он писал: «Клинический метод исследования принято трактовать как субъективный, описательный, феноменологический. Но при этом забывается следующее.

1). С возникновением кибернетики функциональный метод исследования в отрыве от субстрата получил научное обоснование.

2). Пользуясь почти одним клиническим методом, психиатры прошлого создали психиатрию как самостоятельную научную медицинскую дисциплину.

3). Решающий для будущего психиатрии прогресс биологических исследований субстрата психических болезней с целью раскрытия их этиологии и патогенеза *находится в полной зависимости от дальнейшего развития клинического метода*» [7] (В. П. – курсив наш).

К принципиальным неточностям МКБ-10, по нашему мнению, можно отнести то обстоятельство, что для всех типов расстройств личности/психопатий (а не только какого-то одного) эмоциональная неустойчивость как раз и является одним из наиболее облигатных признаков, благодаря чему эта группа пограничных психических расстройств отличается от всех других.

Но эмоциональная неустойчивость проявляется клинически и обуславливается патогенетически всегда по-разному. В одних случаях наблюдаются колебания между положительными и отрицательными полюсами аффекта типа «гипертимия–гипотимия» или нестойкостью настроения, на что обратил внимание вначале Э. Кречмер, а затем П. Б. Ганнушкин и др. Так происходит, например, у гипертимных, гипотимных, аффективно лабильных и циклоидных личностей, не доходящих до уровня циклотимической гипомании или субдепрессии. В других случаях эмоциональная неустойчивость проявляется качественно по-иному, что обусловлено патогенетически возбуждением других областей головного мозга – вспышками, пароксизмами раздражительно злобного настроения, дисфориями, часто сопровождающимися актами агрессии. В-третьих случаях эмоциональная неустойчивость проявляется дефицитностью внутренних побудительных мотивов и в основном провоцируется на фоне волевой слабости внешними стимулами (негативными – чаще, позитивными – реже) со стороны их окружения. Существуют и другие случаи проявления эмоциональной неустойчивости.

Психиатры прошлого века учитывали разнородность эмоциональной неустойчивости у различных пациентов, не только проявляемую по-иному клинически с особенностями динамики, но и, главное, обусловленную иными патогенетическими механизмами коморбидности с разнородными психопатологическими комплексами, и развели их по разным группам психопатий. Целесообразность подобного разделения, казалось бы, очевидна, но в последней международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра в разделе, посвященном РЛ, в основу систематики не положен клинко-патогенетический принцип.

Наряду с эмоциональными, РЛ проявляются и другими нарушениями, что дало основание ряду авторов систематизировать их по принципу преобладания симптомов. Б. В. Шостакович [8] в докторской диссертации

в 1971 г. предложил делить расстройства личности/психопатии на 3 большие группы:

1) с преимущественными нарушениями в сфере мышления (шизоидные и паранойяльные личности);

2) преимущественно с эмоциональными расстройствами (возбудимые, эпилептоидные, истерические личности);

3) преимущественно с нарушениями воли (неустойчивые, астенические, психастенические личности).

Предложенная система относительна и в чем-то противоречива. Например, нарушения мышления в 1-й группе вторичны, а в 3-й – первична астения; также игнорируется преобладание смешанных форм РЛ, состоящих из нескольких личностных радикалов; есть и другие моменты, вызывающие несогласие. Однако в практическом отношении эта система может представлять интерес и даже была заимствована американской DSM-IV (1994), хотя и без ссылок на первоисточник.

Прежде, чем приступить к описанию импульсивного типа в рамках эмоционально неустойчивого РЛ, по МКБ-10 соответствующего проявлению типичных черт возбудимого типа характера у акцентуированных или патологических личностей прежней, 9-й, систематики (на что указывают многие авторы), необходимо вполне четко определиться со следующим: двух одинаковых – как копии – людей (даже среди однойцовых близнецов) не существует по причинам биологического или психологического свойства. Сюда следует отнести и генетическое смешение конституций, и неповторимость жизненного сценария каждого человека хотя бы только в связи с законом субъективного восприятия индивидуумом непрерывно меняющегося объективного мира. Не говоря уже о других многочисленных факторах (биологического и психологического свойства), так или иначе – положительно или отрицательно – влияющих на реакции, поведение, развитие индивидуума.

Классики пограничной психиатрии предшествующих поколений свершили великое дело – сумели вычленив из массы клинических проявлений у наблюдаемых ими пациентов наиболее типичные и значимые и объединили их в рамках той или иной психопатии [2; 4] или акцентуации характера [5; 9]. При этом все они – но более всего, на наш взгляд, К. Леонгард [9] – указывали на то, что нередко наблюдается смешение черт характера, приносящее новое в клинику и динамику. Но в то же время следует признать, что только в

последние десятилетия клинические наблюдения все настойчивее стали указывать на то, что типичными, преобладающими становятся уже не однотипные, а смешанные, мозаичные клинические картины, включающие обычно 2–3 характерологических радикала. Это, конечно, представляет определенные трудности и при систематизации расстройств личности, и при коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств, но зато отражает клиническую реальность. Однако приходится признать, что те же клинические наблюдения указывают на прямую и видимую связь между определением РЛ/психопатии и доминирующим характерологическим радикалом [10].

Основными чертами патологических и акцентуированных характеров импульсивного/возбудимого типа являются:

1) напряженность в области аффективной сферы, проявляющаяся в раздражительности, вплоть до взрывов безудержной ярости, и в приступах расстройства настроения – дисфориях, когда к аффекту грызущих душу тоскливости, тревоги и страха примешиваются все нарастающие гнев и злоба;

2) напряженность и безудержность в области инстинктивной сферы и влечений, вплоть до их аномалии (сексуальные извращения, патологическая страсть к игре в карты, дромомания и т. п.);

3) вязкость, инертность, тяжеловестность, проявляющиеся во всем облике: в походке, манерах, речи, эмоциях, мышлении, привычках.

До 1982 года, когда была принята предшествующая МКБ-9, синонимами «возбудимого РЛ» были «эксплозивная (взрывчатая)» и особенно – «эпилептоидная» психопатия. Последнее определение, на наш взгляд, если исходить из клинических и патогенетических аргументов, является наиболее логичным. С середины 20-х годов прошлого века, особенно после работ Ф. Минковской [11] и П. Б. Ганнушкина [4], по 90-е годы классики психиатрии именно так и называли этот тип психопатии/РЛ. К. Леонгард [9] в классическом монографическом труде, посвященном акцентуированным личностям, именуется людей такого типа возбудимыми личностями, а при нарастании той же симптоматики – эпилептоидными психопатами. Однако в конце второго десятилетия XXI века ВОЗ при выборе термина «расстройство личности», очевидно, больше считается уже с обстоятельствами морального, а не клинко-патогенетического свойства, т. к.:

– в МКБ-10 эпилепсия окончательно переведена из раздела «Психические и поведенческие расстройства» в раздел «Болезни нервной системы»;

– среди многих форм эпилепсии, особенно с проявлениями локального поражения головного мозга, эмоционально-поведенческие расстройства описываемого в статье типа личности не выражены или отсутствуют.

В то же время стоит отметить следующее. Еще классики указывали на общие психопатологические особенности пациентов с так называемой большой эпилепсией (протекающей по типу *grand mal*) и с одним из типов психопатии, называемой по терминологии 30–90-х годов прошлого века эпилептоидной [4; 11] (протекающей с эмоционально аффективными разрядами/пароксизмами в сопровождении поведенческих нарушений) и особенно обращали внимание на схожесть проявлений их характеров. Полагаем, об этом и сейчас необходимо знать и помнить.

П. Б. Ганнушкин в 1925 году в статье «Об эпилепсии и эпилептоиде» [4] писал, что «эпилептоидную психопатию, эпилептоидную конституцию характеризуют – уже от рождения – следующие основные качества: во-первых, крайняя раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости; во-вторых, приступы расстройства настроения (с характером тоски, страха, гнева), приступы или кратковременные, или более длительные, развивающиеся или спонтанно безо всякого внешнего повода, или в связи с тем или другим психическим шоком; наконец, в-третьих, определенно выраженные моральные дефекты (В. П. – в т. ч. половые извращения). Психопатов эпилептоидного типа мы склонны сблизать с психопатами возбудимыми, с психопатами импульсивными».

Внешне эти люди обычно крепкого и даже атлетического (в т. ч. атлетоидно-диспластического) телосложения с крупными и волевыми чертами лица, часто угрюмые и напряженные. Они склонны к гипертонии и язвенной болезни.

Импульсивный (возбудимый, эпилептоидный) тип характера нередко выявляется уже в детском саду или в младших классах школы, когда ребенок обнаруживает в своем поведении угрюмое и злобное упрямство, агрессивность, стремление всех подчинить себе, драчливость, злопамятность, расторможенность влечений, садистские наклонности (может причинять боль родителям, товарищам или истязать животных).

Подобно аффективному и шизоидному расстройству личности, импульсивный (возбудимый, эпилептоидный) тип также биполярен. На одном конце этой оси доминируют феномены возбудимости, импульсивности, взрывчатости (эксплозивности), высокой скорости ответной реакции на раздражитель. А на другом – вязкость мышления, тяжеловестность движений и речи, накопление аффекта, дисфории (что, заметим, не исключает молниеносной реакции, как у медведя). По аналогии с аффективными и шизоидными типами у импульсивных личностей полярные черты всегда в той или иной пропорции существуют одновременно.

Стремление к лидерству, к власти над другими проходит через всю жизнь импульсивных личностей и реализуется через перманентную борьбу со всеми, кто, по их мнению, против их самостоятельности, справедливости и порядка. В зависимости от других особенностей личности и жизненных обстоятельств эта власть может быть распространена на всю страну, на какой-то отдаленный захудалый районишко, наконец, на совсем узкий круг – сотрудников, членов семьи или сокамерников.

На этом пути стремления к власти интерес представляет – будь то чеховский унтер Пришибеев или реальный исторический всесильный диктатор – рассмотрение существенных черт в характере импульсивных (возбудимых) личностей. Люди активные, односторонне и напряженно деятельные, они обнаруживают болезненную страсть к порядку – в этом проявляется их торпидное, вязкое мышление, отсутствие способности, в отличие от циклоидов, быстро переключаться, схватывать новое. Это люди предубежденных, закостенелых, навсегда усвоенных догм и учений, твердых правил. Все это не мешает, однако, многим из них проявлять характерные для эпилептоидов ханжество и лицемерие, что, очевидно, компенсирует недостаточную живость ума и способность быстро соображать, дает возможность долго взвешивать и вынашивать свои мысли и планы, маскировать их. Эгоцентризм и нежелание считаться с мнениями и интересами других сочетается у них с подозрительностью и мелочной придирчивостью, застреваемостью и склонностью к сверхценным идеям.

Импульсивные (возбудимые, эпилептоидные) личности обладают крепкой, но злой памятью, всегда все помнят, не прощают обид и унижений, к которым относят и вре-

менные компромиссы. Мечь, которую они долго вынашивают, страшна и своей неотвратимостью, и формой реализации. В зависимости от уровня интеллекта, культуры и других качеств, а также от обстоятельств, она принимает форму или прямой физической расправы, или уничтожение врага (оппонентов, противников у них не бывает) как личности, как деятеля науки, литературы, искусства и т. п. Особое наслаждение испытывают они от мольбы и жалких униженных воплей о прощении и пощаде со стороны бывшего обидчика, ставшего жертвой.

Весьма показательны в этом отношении воспоминания очевидца происходящего – высокого чина НКВД Александра Орлова, рассказавшего о таком эпизоде. Начальник кремлевской охраны Паукер, в то время приближенный Сталина, на банкете в честь годовщины органов госбезопасности стал в лицах, передавая интонации, изображать как униженно вел себя Зиновьев¹, когда охранники тащили его из камеры на расстрел, как он становился на колени и молил о пощаде. «Сталин смеялся так неистово, что согнулся, хватаясь за живот». А затем, когда Паукер, уже намеренно картавя, повторил показ, «Сталин не мог больше выдержать, и, захлебываясь смехом, начал делать Паукеру знаки руками прекратить представление». В дополнение к портрету партийного вождя – в молодости импульсивный (эпилептоидный) И. Джугашвили увлекался групповым кулачным боем.

Импульсивные личности упрямы и проявляют чрезвычайное упорство в достижении цели. Речь их обычно тяжеловестна, с характерными повторами. Это безудержные, склонные к импульсивным поступкам люди, не знающие меры ни в чем – ни в жестокости, ни в любовной страсти (например, купец Рогожин в романе Достоевского «Идиот»). Среди них, любителей острых ощущений, часто встречаются авантюристы разного толка, азартные игроки, истинные алкоголики-дипсоманы, лица с половыми извращениями. Они подозрительны и ревнивы, не позволяют своим женам и дочерям модничать, из-за мелочи устраивают в семьях устрашающие скандалы с грубой бранью и рукоприкладством. И вообще, они любят всем делать замечания, наводить порядок дома, на работе, в очереди, в автобусе, часто в стиле известных чеховских

¹ А. Орлов. Тайна сталинских преступлений // Огонек. – 1989. – № 52. – С. 13.
Г. Зиновьев – Член Политбюро РКП(б), соратник В. И. Ленина с дореволюционных лет.

персонажей – уже упомянутого унтера Пришибеева и ханжески лицемерного полицейского надзирателя Очумелова.

В социальном отношении условно можно выделить два подтипа импульсивного (возбудимого, эпилептоидного) расстройства личности.

Асоциальный импульсивный подтип личности отличается интеллектуальной ограниченностью, грубостью и мощью яростных разрядов, особенно в состоянии алкогольного опьянения. Подобные личности часто преступают закон. Именно этот подтип, по мнению ведущих психиатров, выделен МКБ-10 в качестве диссоциального расстройства личности (F60.2). При этом РЛ крайне низкий порог фрустрации, поэтому аффективные разряды возникают по малейшему поводу и часто сопровождаются насильственными действиями. Своей вины такие люди обычно не испытывают, обнаруживают неспособность, вопреки нормальному интеллекту, извлечь урок из частых конфликтов и наказаний; более того – затаивают злобу на виновников, по их мнению, тех конфликтов. В своей среде они – «романтики с большой дороги», проявляют достаточно высокую общительность.

Гиперсоциальные импульсивные личности обладают несравненно большей гибкостью характера. Они значительно лучше, чем представители асоциального подтипа (и даже представители других типов характера), приспособляются в жизни. Их умение угодить начальству, способность изображать любезность и предупредительность, самокритичность до самоуничтожения, а также исполнительность и большое служебное рвение позволяют достигать больших высот в карьере. Очевидно, формированию этого подтипа способствуют, наряду с развитым интеллектом, воспитание и влияние окружающей среды, а также, по нашему мнению, смягчающий их эмоциональные реакции другой дополнительный характерологический радикал, например, циклоидный. Службисты, по своей природе представители гиперсоциального импульсивного типа, с успехом реализуют присущую им страсть к порядку в армии и органах правопорядка, где требуются смелость и воля.

Среди гиперсоциальных импульсивных (возбудимых, эпилептоидных) личностей на одном полюсе расположены слащаво угодливые, ханжески лицемерные мелкие чиновники; сверхчистоплотные, не терпящие ни одной пылинки в помещении и на одежде до-

мохозяйки; добросовестные рядовые службисты в армии и органах правопорядка, честно исполняющие свой долг, а на другом – стремящиеся к справедливости и самоусовершенствованию одаренные личности. Среди них встречаются известные выдающиеся государственные деятели, полководцы, спортсмены, а также высоко нравственные религиозные деятели, просветители и писатели.

Вышеизложенное проиллюстрируем наблюдаемым лично клиническим случаем. Поскольку ранее он был нами подробно описан [10], осветим только наиболее принципиальные подробности дела. Старшина милиции был обследован в рамках военно-врачебной экспертизы, куда был направлен в связи с подозрением на рукоприкладство – в этом его упрекали в письме, направленном в МВД, родители парней, устроивших коллективную драку в одном из неблагополучных районов города.

В то время старшине было 28 лет, рост – 193 см, вес – 120 кг, телосложение – атлетическое, женат, один ребенок. По службе характеризовался как дисциплинированный, исполнительный, смелый; в быту – примерный семьянин. И в прошлом, во время срочной службы в армии, также получал одни благодарности. При обследовании, несколько волнуясь, обстоятельно рассказал о себе, о службе, о произошедшем. Говорил, что мечтает поступить в вуз МВД и далее служить в уголовном розыске. Активно участвовал в ряде опасных задержаний, идя на которые намеренно засовывал кобуру с пистолетом под ремень, чтобы нечаянно им не воспользоваться (по нашим многолетним наблюдениям, этот случай уникален – как правило, с этой же целью милиционеры, наоборот, клали пистолет на предохранителе во внутренний карман). Уверен, что его силы достаточно для задержания любого нарушителя.

Сожалеет о произошедшем, но, по его словам, у него не было иного выбора. Неделю назад рано утром, сдав пистолет, он возвращался с ночного дежурства домой и случайно столкнулся группой из 10–12 яростно дерущихся парней. Согласно Уставу, он обязан и во внеслужебное время навести законный порядок, что он и попытался сделать, «по-хорошему» разнимая дерущихся и призывая их успокоиться. Но парни вдруг объединились, и с криками оскорбления в адрес милиционера («Мусор! Мусор!») все вместе набросились на него. Получая со всех сторон удары, старшина расшвирился. Помнит только нача-

ло, как, защищаясь, стал наносить ответные удары. Дальнейшие свои действия помнит, как в тумане. Пришел в себя, когда уже некого было бить, т. к. парни лежали на земле – кто в бессознательном состоянии, кто корчился от боли, – а 2-3 отбежали метров на 20.

В статусе обращает внимание последовательная и тяжеловесная речь с характерными повторами. Любит порядок во всем. Склонен к накоплению аффекта и сверхценным идеям. Ревнив. При хорошем отношении к нему по-детски доверчив. Попросил не комиссовать его из милиции, т. к. службу любит. Командир подразделения и сослуживцы охарактеризовали подэкспертного как хорошего товарища – честного, добросовестного, надежного. Были также отмечены упорство и изредка – вспыльчивость.

Заключение. Личность обследуемого характеризуется акцентуацией по возбудимому (эпилептоидному) типу с позитивными социальными установками. Годен к службе в органах МВД.

В динамике импульсивного типа эмоционально неустойчивого/эпилептоидного РЛ декомпенсация наиболее часто проявляется в виде взрывчатых реакций (реже – в форме спонтанных, но чаще все-таки психогенно спровоцированных), колебаний настроения по типу дисфории, продолжающихся обычно несколько часов или дней. Однако на службе эти личности в большинстве случаев могут сдерживать себя, что, впрочем, во многом зависит от того, с кем он имеет дело – со старшим по должности или с младшим. Поэтому не являются редкостью громогласные разносы, которые они устраивают своим подчиненным, слышимые, несмотря на обитую дверь, в приемной и даже в коридоре. Разряжаются они чаще всего на домашних: жене, детям, кошке. В ряде случаев данного РЛ к 40 годам наблюдается урежение импульсивных, взрывчатых реакций, развивается состояние компенсации. В случае присоединения алкоголизма, повторных черепно-мозговых травм, социальных конфликтов взрывчатые реакции у импульсивных личностей становятся брутальными, что неминуемо приводит к нарушению закона.

Авторитарность импульсивных (возбудимых) личностей, а также подозрительность и застреваемость лежат в основе образования у них сверхценных идей (кверулянтных, ревности, борьбы за справедливость и др.) и паранойяльного развития.

В случаях декомпенсации возможна амбулаторная и даже стационарная терапия: антиконвульсанты и седативные препараты широкого спектра в умеренных и даже больших терапевтических дозах, транквилизаторы типа диазепама в/м по 2–4 мл 0,5% раствора х 1–2 раза в день при купировании острого состояния; ноотропы седативного действия; дегидротационная терапия (включая в/в раствор сернокислой магнезии по 5–10 мл на физрастворе); электросон, бальнеотерапия, психотерапия.

Профилактике обострений способствуют исключение алкоголя, курения, следование принципам здорового образа жизни, плавание, теннис, силовые единоборства, рубка дров, овладение упражнениями медитации и аутотренинга под наблюдением опытного психиатра-психотерапевта, групповые занятия в рамках познавательного-поведенческой реконструктивной психотерапии.

Для динамики пограничного типа эмоционально неустойчивого РЛ характерен неровный жизненный путь, представляющий кривую с неожиданными крутыми поворотами в учебе, работе, семейном и в социальном статусе в целом. Это во многом объясняется рядом факторов: высокой внушаемостью этих пациентов, слабостью у них воли и самоидентификации, склонностью к развлечениям и зависимостям разного рода. Среди психогений типичны истерические аффективные реакции, конверсионные расстройства, суицидальный шантаж, реактивные депрессии невротического регистра. Будучи слабавольными, представители пограничного типа эмоционально неустойчивого РЛ, с одной стороны, нуждаются в руководстве, но, с другой стороны, совершенно не терпят однообразного понукания. Поэтому при проведении групповых психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий целесообразно включать их в группы с авторитетными и импозантными ведущими и лидерами групп, практиковать регулярную смену тем обсуждения и разыгрывания интересных ролевых ситуаций и особенно – направленных на тренировку воли и коррекцию поведения.

В рамках динамики пограничного типа эмоционально неустойчивого РЛ, по МКБ-10, могут наблюдаться периоды эмоционального подъема с повышенной активностью, которые сменяются стертым дистимическими фазами с пестрой клинической картиной, требующей, что важно, дифференциации от эндогенных психических заболеваний.

Выводы

В ближайшие годы МКБ-10 сменит МКБ-11. Хотелось бы, чтобы в ней были учтены и исправлены недочеты классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра в разделе, посвященном расстройствам личности. Ранее [12] мы подвергли критике плохо сопоставимые расхождения в МКБ-10 диагностических критериев шизоидного РЛ с тем, как описал этот тип сам автор-создатель, Э. Кречмер, внедривший этот тип личности, патологический и непатологический, в психиатрию и медицинскую психологию.

С эмоционально неустойчивым РЛ, считаем, ситуация не менее сложная². Здесь также безосновательно проигнорированы достижения предшествующих поколений выдающихся психиатров мира, описавших личности возбудимого/эпилептоидного типа. Вместе с шизоидным и аффективным кругом

² Родственная терминология с эпилепсией, переведенной в раздел «Болезни нервной системы», по нашему мнению, не является основанием для полного исключения ее (терминологии) в разделе «Психические и поведенческие расстройства». Более того, родственность терминологии в неврологии и психиатрии указывает на общность материального основания – головного мозга – обеих дисциплин, что не разъединяет, а сближает две важные области медицины: психиатрию и неврологию.

патологических и непатологических/акцентуированных характеров это создает большой общий круг конституциональных психопатий/РЛ и предрасположений. При этом необходимо учесть не только то, что все они биполярны, но и возможность смешения в различных соотношениях представленных характерологических радикалов. Клиническая реальность указывает также на возможность отягощения в 12–15% всех указанных случаев органическими поражениями головного мозга (самыми разнообразными по локализации и по клинике), а также развитием на основе указанных конституций истерического/демонстративного, тревожно-обсессивного/ананкастного и паранойяльного типов характера.

Все это, а также особенности воспитания, образования, состояние физического здоровья, половой конституции, финансового положения, имеющих или отсутствующих способностей и многое другое придает неповторимые оттенки описанным характерам и определяет их многообразие, что психиатр/клинический психолог должен учитывать при диагностике, терапии и профилактике.

Литература

1. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (исследовательские диагностические критерии) / ВОЗ. – Женева – СПб., 1996. – 208 с.
2. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер; пер. с нем. – М., 2000. – 208 с.
3. Психические расстройства (раздел V «Международной статистической классификации болезней, травм, и причин смерти 9-го пересмотра», адаптированный для использования в СССР). – М., 1982. – 81 с.
4. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. – М.: Медицина, 1964. – 292 с.
5. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации у подростков / А. Е. Личко. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
6. Смулевич А. Б. Эмоционально неустойчивое расстройство личности / А. Б. Смулевич // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 575–578.
7. Снежневский А. В. Психический диагноз / А. В. Снежневский // Справочник по психиатрии. – М.: Медицина, 1974. – С. 3.

8. Шостакович Б. В. Клинические варианты расстройств личности (психопатические расстройства) / Б. В. Шостакович // Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с. – С. 189–216.
9. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. – К.: Вища школа, 1981. – 392 с.
10. Простомолотов В. Ф. Пограничные психические расстройства / В. Ф. Простомолотов. – Одесса: Апрель, 2016. – 456 с.
11. Minkowska F. Recherches genealogiques et problemes touchant aux caracteres (en particulier a celui de l'epileptoide) / F. Minkowska // Ann. Med.-psychol. – 1923. – Vol. 81, № 2. – P. 133–170.
12. Простомолотов В. Ф. Шизоидное расстройство личности по МКБ-10 и шизоидная психопатия Кречмера: сравнительное клиническое сопоставление и особенности биологической и психической терапии / В. Ф. Простомолотов // Журн. «Психиатрия, неврология и медицинская психология». – X., 2014. – Т. 1, № 1. – С. 25–33.

References

1. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii) [ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders (Research Diagnostic Criteria)]. WHO, Geneva-St. Petersburg, 1996, 208 p. (In Russ.)
2. Krechmer E. Stroenie tela i kharakter [per. s nem.]. [Body structure and character [Trans. from German]]. Moscow, 2000, 208 p. (In Russ.)
3. Psikhicheskie rasstroystva (razdel V «Mezhdunarodnoy statisticheskoy klassifikatsii bolezney, travm i prichin smerti 9-go peresmotra», adaptirovannyy dlya

1. ispol'zovaniya v SSSR) [Mental Disorders (section V "of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of death, 9th revision", adapted for use in the USSR)]. Moscow, 1982, 81 p. (In Russ.)
4. Gannushkin P. B. Izbrannyye trudy [The selected works]. Moscow, Medicine Publ., 1964, 292 p. (In Russ.)
5. Lichko A. E. Psikhopatii i aktsentuatsii u podrostkov [2-e izd., dop. i pererab.] [Psychopathy and the accentuation in adolescents [2nd ed., Revised and supplemented]]. Leningrad, Medicine Publ., 1983, 256 p. (In Russ.)

6. Smulevich A. B. Emotsional'no neustoychivoe rasstroystvo lichnosti [Emotionally unstable personality disorder]. Rukovodstvo po psikhiiatrii, [pod red. A. S. Tiganova] [Psychiatry Manual [Ed. A. S. Tiganov]]. Moscow, Medicine Publ., 1999, vol. 2, pp. 575-578, 784 p. (In Russ.)

7. Snezhnevskiy A. V. Psikhiatricheskii diagnoz [Psychiatric diagnosis]. Spravochnik po psikhiiatrii [Handbook of Psychiatry]. Moscow, Medicine Publ., 1974, p. 3. (In Russ.)

8. Shostakovich B. V. Klinicheskie varianty rasstroystv lichnosti (psikhopaticheskie rasstroystva) [Clinical types of personality disorders (psychotic disorders)], 2000, 496 p. (In Russ.)

9. Leongard K. Aktsentuirovannye lichnosti [Per. s nem.] [Accentuated personality [Trans. from German]]. Kiev, Vishcha school Publ., 1981, 392 p. (In Russ.)

10. Prostomolotov V. F. Pogranichnaya psikhiiatriya [Border psychiatry]. Odessa, April Publ., 2016, 456 p. (In Russ.)

11. Minkowska F. Recherches genealogiques et problemes touchant aux caracteres (en particulier a celui de l'epileptoide). Ann. Med.-psychol., 1923, t. 81, no. 2, p. 133-170. (In Frence)

12. Prostomolotov V. F. Shizoidnoy rasstroystvo lichnosti po MKB-10 i shizoidnaya psikhopatiya Krechmena: sravnitel'noe klinicheskoe sopostavlenie i osobennosti biologicheskoy i psikhicheskoy psikhoterapii [Schizoid personality disorder according to ICD-10, and schizoid personality disorder Krechmena: a comparative clinical comparison and features of biological and psychological therapy]. Psikhiiatriya, nevrologiya i meditsinskaya psikhologiya [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology], 2014, no. 1, pp. 25-33. (In Russ.)

ЕМОЦІЙНО НЕСТІЙКИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ЗА МКХ-10 В ПОРІВНЯЛЬНОМУ ЗІСТАВЛЕННІ ЗІ ЗБУДЛИВОЮ І ХИТЛИВОЮ ПСИХОПАТІЄЮ МИНУЛИХ СИСТЕМАТИК: ДІАГНОСТИКА, ТЕРАПІЯ, ПРОФІЛАКТИКА

В. Ф. Простомолотов

Інститут інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна

Анотація. У статті піддаються клінічному і критичному аналізу критерії МКХ-10 щодо емоційно нестійкого розладу особистості (F60.3). Відзначено неточність, розмитість самого визначення цього розладу особистості (РЛ), оскільки емоційна нестійкість є одним з облігатних проявів усіх типів РЛ взагалі, а не тільки якогось одного; до того ж відомо, що емоційна нестійкість клінічно проявляється по-різному, що обумовлено різним патогенезом. Безпідставно проігноровані досягнення попередніх поколінь видатних психіатрів світу, які описали особистості збудливого/епілептоїдного типу. Разом з шизоїдним і афективним колом патологічних і непатологічних/акцентуєваних характеристик це створює великий загальне коло конституційних психопатій/РЛ і нахилів. При цьому необхідно враховувати не тільки те, що всі вони біполярні, але і можливість змішування в різних співвідношеннях представлених характерологічних радикалів. На думку автора, колишне визначення «РЛ збудливого (епілептоїдного) типу» точніше і логічніше, що (завдяки спорідненості з хворобами нервової системи термінології) зближує неврологію з психіатрією, а не розділяє. Прикордонний тип (F60.31) слід вивести з рамок обговорюваного типу в окремий, як і було раніше.

Ключові слова: емоційно нестійкий, розлад особистості, збудлива, епілептоїдна, нестійка психопатія.

EMOTIONALLY UNSTABLE PERSONALITY DISORDER ACCORDING TO ICD-10 RELATIVELY COMPARED TO EXCITABLE AND UNSTABLE PSYCHOPATH OF PREVIOUS SYSTEMATICS: DIAGNOSTICS, THERAPY, PREVENTION

V. F. Prostomolotov

Institute of Innovative and Postgraduate Education of Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine

Summary. The article exposed the clinical and critical analysis of the criteria of ICD-10 relative to an emotionally unstable personality disorder (F60.3). Inaccuracies and blurring of the definition of personality disorder (RL) have been outlined, as emotional instability is one of the manifestations of all types of personality disorders in general, and not just any one; moreover it is known that emotional instability manifests clinically in many ways, which is caused by different pathogenesis. The achievements of previous generations of prominent psychiatrists of the world which described excitable personality/epileptic type were wrongly disregarded. However, schizoid and affective range of pathological and non-pathological/accented characters creates a great overall range of constitutional psychopathy/RL and predispositions. Thus it is necessary to consider not only the fact that they are bipolar, but also the possibility of mixing various ratios of characteristic represented radicals. According to the author, the former definition of "personality disorder of excitable (epileptic) type" (thanks to the terminology related to nervous system diseases) brings neurology to psychiatry more precisely and logically. Border type (F60.31) should be removed from the scope of the type discussed into a separate group, as it was before.

Key words: emotionally unstable personality disorder, anxiety, epileptic, unstable personality disorder.

Простомолотов Валерій Федорович – д.мед.н., професор, Інститут інноваційного і последипломного образования Одесского национального университета имени И. И. Мечникова, г. Одесса, Украина; e-mail: stomolot@mail.ru.

Простомолотов Валерій Федорович – д.мед.н., професор, Інститут інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна; e-mail: stomolot@mail.ru.

Valerii Prostomolotov – MD, PhD, Professor, Institute of Innovative and Postgraduate Education of Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine; e-mail: stomolot@mail.ru.



A. A. Suvorova-Grigorovich



V. V. Antsupova

УДК: 616.214-085:616.895.8

PECULIARITIES OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS SUFFERING FROM TUBERCULOSIS

A. A. Suvorova-Grigorovich¹, V. V. Antsupova²

¹V. N. Karazin Kharkiv National University

²Bukovinian State Medical University

Summary.

We examined 117 children aged 3-15, suffering from various forms of tuberculosis. One or another psychiatric pathology was diagnosed in 98,0% of children. The correlation between types of mental disorders and forms of tuberculosis was found. We also discovered close relationship between the severity of mental disorders and the severity of TB in children and adolescence. Early manifestation of secondary forms of tuberculosis in children with mental health problems at the age of 6–10 years was noted. The highest level of tuberculosis activity was observed in adolescents with behavioral problems; 1.5 times less frequently in patients with neurotic-like disorders; significantly less ($p \leq 0,001$) – in the other groups. Active form of tuberculosis is 1,5 times more likely to have occurred in children and teenagers in poor families. Features of psychiatric pathology can be used in predicting the clinical course of tuberculosis.

Key words:

children, mental disorder, prognosis, tuberculosis.

Introduction

Recently, a lot of scientific papers viewed mental health problems in various infectious diseases. This is related to the fact that mental disorders make the main disease heavier and prevent adequate treatment. Mental function affects the clinical presentation of many diseases due to the enormous role of mental functions in maintaining homeostasis [1–6].

Tuberculosis is the most common infection in the world. According to the WHO, 8,7 million TB cases were registered in 2011 and 1,4 million deaths from it among those who did not have HIV, and another 430,000 deaths from HIV-associated TB [7; 8].

It is not possible to determine the true tuberculosis incidence, because some groups (homeless, illegal immigrants, alcoholics, drug addicts, etc.) are not examined. At the end of XX century the epidemiological situation of TB in USSR was sharply deteriorated as a result of the economic and environmental problems. In many regions of the former Soviet Union Tuberculosis reached epidemic proportions [9–12].

Late identification of tuberculosis cases on the background of changed mental state and, as a result, inappropriate behavior of the patient, is noted. Tuberculosis often occurs under the "mask" of various diseases, so TB patient does not feel sick. The majority of tuberculosis cases, especially its uncomplicated form, were revealed by routine investigations: in adults – fluorography, in children -X-ray after tuberculin test [13–15].

In Ukraine, the incidence of tuberculosis (IT) of children and adolescents also remains high. In Luhansk region, IT in children during the last seven years (2005–2011) also did not reduce. The lowest level was recorded in 2009 (IT – 12,5 per 100 thousand child population), the highest in 2006 (16,3 per 100 thousand child population). IT of adolescents was the highest in 2009 (50,8 per 100 thousand teenage population), and the lowest in 2011 (24,4), the average was 42,4, which is 1,3 times higher than the national figure (31,4). Incidence rate of Pulmonary tuberculosis (IPT) in children was the highest in 2011 (14,3 per 100 thousand child population); and the lowest in 2005 (9,7), in average – 11,7. In adolescents, in 2006 was recorded the highest rate (50,5); in 2011 the lowest – (21,4). The main form of tuberculosis in children was hilar lymphadenopathy, the highest and the lowest in 7 years: 35,0–66,7 per 100 thousand children, respectively. In adolescents this is the infiltrative form. The highest rate was in 2011 (71,4), and the lowest – in 2006 (55,8 per 100 thousand adolescents) [16; 17].

Mental disorders can be the reason or complication of organic disorders (psychosomatic diseases and somatopsychic). All mental disorders are divided into non-psychotic (asthenia, vegetative disorders, dyssomnia, appetite disorders, anxiety), psychotic (hallucinatory-delusional syndrome) and organic (consisting of irreversible deterioration of intelligence and its prerequisites).

The purpose of the article

Studying features of tuberculosis in children and adolescents with mental disorders symptoms.

Methods used during research

117 children, aged 3 to 15, suffering from various forms of tuberculosis were studied. Age groups are formed as follows:

- Group 1 – children from 3 to 5 years, 12 (10,3%);
- Group 2 – from 6 to 9 years, 40 (34,2%);
- Group 3 – from 10 to 12 years, 36 (31,0%);
- Group 4 – 13 to 15 years, 14 (12,0%);
- Group 5 – adolescents older 15 years, 15 (12,8%).

Mental disorders were diagnosed according to ICD-10. Diagnosis was exhibited clinically. Psychodiagnostic methods were used for verification. In diagnostics of tuberculosis modern diagnostic criteria according to the protocol were also used.

Results and discussion

Tuberculosis was represented by the following clinical variants: infected with tuberculosis (IT) 43 children (36,8%); 23 patients (26,2%) had a tuberculin test (TT); in 28 patients (23,9%) – Tuberculosis of intrathoracic lymph nodes (TILN), primary tuberculosis complex (PTC) in 2 children (1,7%), acute miliary tuberculosis in 1 (0,9%). Secondary forms of tuberculosis are presented in: infiltrative form (IF) – 13 (11,1%) and focal tuberculosis (FT) in 7 patients (6,0%).

In the first group:

- IT – 5 (41,7%);
- TILN – 4 (33,3%);
- TT – 2 (16,7%);
- in one case – an acute miliary tuberculosis (8,3%).

In the second group it was noted:

- IT – 18 (45,0%);
- TILN – 10 (25,0%);
- TT – 9 (22,5%);
- in two cases – FT (5%);
- in one – IF (2,5%).

In the third group:

- IT 16 (44,4%);
- TT – 10 (27,8%);
- TILN – 6 (16,7%);
- IF detected in 3 patients (8,3%);
- PTC in 1 (2,8%).

In the fourth group:

- TILN – 6 (42,9%);
- IT – 3 (21,4%);

- IF – 3 (21,4%);
- FT detected in 2 children (14,3%).

In the fifth group often diagnosed

- IF – 6 (40%);
- IT – 2 (13,3%);
- FT – 2 (13,3%);
- TILN – 2 (13,3%);
- PTC in one patient (6,8%).

Thus, in the first three groups, IT is significantly noted more than other clinical variants; in the older groups – TILN (in Group 4), and IF – in 5 group. It should be noted that the secondary TB – infiltrative and focal were reported in younger children in the Groups (Groups 2 and 3) – 3 (7,5%) and 3 (8,3%), respectively.

As result of study these form of mental disorders were detected:

- disorders of behavior and emotions are diagnosed in most children – 53 (45,3%);
- neurosis-like disorders – 16 patients (13,7%);
- neurotic (Childhood Fears and Anxieties) – 35 (30,0%);
- cognitive deficits – in 12 patients (10,3%);
- We had two children with psychiatric disorders (1,7%).

In different types of mental disorders the following clinical forms of tuberculosis were detected:

- in patients with the syndrome of hyperactivity often noted IT – 28 people (52,8%); and 2 times less TT – in 15 patients (28,3%); TILN – 9 patients (17,0%); FT in 1 child (1,9%);
- in patients with neurotic disorders there were detected 2 patients with TILN (12,5%), 6 with TT (37,5%), and IT – 8 (50,0%);
- in patients with Pseudoneurotic disorders there were often detected TILN – 16 (45,7%); 2 times less – IF 8 (22,9%); and more rarely IT – 6 (17,1%);
- in patients with cognitive deficits observed – FT (5,7%); TT – 1 (2,9%); PTC – 1 (2,9%) patients;
- in teenagers with disorders of behavior and emotions generally marked the secondary TB: IF in 8 patients (66,7%), FT – 3 (25,0%); TILN 1 patient (8,3%).

All the children without mental disorders were diagnosed with TT (100%).

Patients with more severe manifestations of mental disorders had more severe tuberculosis, and detected secondary forms.

46 children and teenagers with tuberculosis (39,3%) were from poor families, 21 (46,8%)

– with social problems; and 25 (53,2%) – from low-income families. The active form of tuberculosis was detected in 47 patients (40,2%) – IF, FT, TILN. The proportion of active TB among children from families with social problems was 57,1%; among the poor – 36,0%.

Conclusions

■ Tight relationship between the severity of mental disorders and the severity of TB in children was found.

■ There was noted early manifestation of secondary forms of tuberculosis in children

with mental disorders from the 2 and 3 age groups.

■ Active form of tuberculosis is 1.5 times more likely to occur in children and teenagers in poor families.

■ The highest level of tuberculosis was observed in teenagers with behavior disorders; 1,5 times less frequently in patients with neurotic disorders; significantly less ($p \leq 0,001$) – in the other groups.

■ Features psychic sphere can be used in predicting of tuberculosis.

Literature

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакология. – 2002. – № 1. – С. 4–7.

2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад.–М. : ГЭОТАР-Медицина, 1999. – 376 с.

3. Великанова Л. П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы / Л. П. Великанова, Ю. С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. – Ч. 1. – № 4. – С. 25–27.

4. Шмуклер А. Б. Сочетание психической и соматической патологии: клинко-организационный аспект (обзор) / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. – № 2. – С. 122–137.

5. Global Tuberculosis Control //WHO Report. Geneva. – 2002–2012. –P.175.

6. Raviglione M. The TB epidemic from 2002 to 2012 //Tuberculosis. –2012.– V.83, № 1. – P. 4–14.

7. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2010 [Electronic Resource] / WHO. –Way of access: <http://www.stoptb.iqipserver.com/default.asp2010>.

8. Global tuberculosis report: WHO report 2012 [Electronic Resource] / WHO. – Way of access: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf.

9. Материалы I Национального конгресса по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе» // Здравоохранение.– 2004.– № 2.– С. 10.

10. Зубова Е. Ю. Оценка эпидемической ситуации по туберкулезу легких у психических больных Волгоградской области / Е. Ю. Зубова // Туберкулез в России. Год 2007: материалы VIII Российского съезда фтизиатров. – М. : Идея, 2007. – С.549.

Карачунский М. А. Туберкулез в наши дни. В кн.: Якутский НИИ туберкулеза. Проблемы туберкулеза в Якутии: эпидемиология, организация и лечение / М. А. Карачунский // Сборник трудов, Якутск, 2003. – т. II (XXY). – С. 210–217.

11. Реализация стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез»: справочник для национальных программ борьбы с туберкулезом [Электронный ресурс] / ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 2009. – 210 с. – Режим доступа : www.who.int/tb/en.

12. Закон України від 22.03.2012 р. № 4565 «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз». – К., 2012.

13. Фещенко Ю. І. Організація протитуберкульозної допомоги населенню / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К. : Здоров'я, 2012. – 656 с.

14. Жамборов Х.Х. Пособие по фтизиатрии / Х. Х. Жамборов. – Нальчик : Эль-Фа, 1999. –368 с.

15. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006–2010 рр. / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Укр. пульмонол. журн. – 2011. – № 4. – С. 5–10.

16. Туберкульоз в Україні : аналітично-статистичний довідник за 2003–2013 роки / МОЗ України. – К., 2014. – 125 с.

References

1. Aleksandrovskij Ju. A. Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva prisomaticheskijh zabojevanijah [Borderline mental disorders in somatic diseases]. Psihiatrija i psihofarmakologija [Psychiatry and psychopharmacology], 2002, no. 1, pp. 4-7. (In Russ.)

2. Brojtigam V., Kristian P., Rad M. Psihosomaticheskaja medicina [Psychosomatic Medicine]. Moscow, GEOTAR Medicine Publ., 1999, 376 p. (In Russ.)

3. Velikanova L. P., Shevchenko Ju. S. Psihosomaticheskie rasstrojstva: sovremennoe sostojanie problem [Psychosomatic disorders: state of the art]. Social'najai klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry], 2005, vol. 1, no. 4, pp. 25-27. (In Russ.)

4. Shmukler A. B. Sochetanie psichicheskoi i somaticheskoi patologii: kliniko-organizacionnyj aspekt (obzor) [The combination of mental and somatic pathology: clinical and organizational aspect (review)]. Social'najai klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry], 1992, no. 2, pp. 122-137. (In Russ.)

5. Global Tuberculosis Control. WHO Report. Geneva, 2002-2012, p.175.

6. Raviglione M. The TB epidemic from 2002 to 2012. Tuberculosis, 2012, vol.83, no 1, pp. 4-14.

7. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing [WHO report 2010]. WHO. Available at:<http://www.stoptb.iqipserver.com/default.asp2010>.

8. Global tuberculosis report [WHO report 2012]. WHO. Available at: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf.

9. Materialy I Nacional'nogo kongressa po social'noj psihiatrii "Psichicheskoe zdorov'e i bezopasnost' v obshhestve" [Proceedings of the I National Congress of Social Psychiatry "Mental Health and safety in the society"]. Zdravoohranenie [Healthprotection]. 2004, no. 2, p. 10. (In Russ.)

10. Zubova E. Ju. Ocenka jepidemicheskoi situacii po tuberkulezu legkihu psichicheskijh bol'nyh Volgogradskoj oblasti [Evaluation of the epidemiological situation of

tuberculosis in the lungs of patients with mental Volgograd region]. Tuberkulez v Rossii. God 2007: materialy VIII Rossijskogo s'ezda ftiziatrov [Tuberculosis in Russia. Year 2007: Proceedings of VIII Congress of Russian TB doctors]. Moscow, Idea Publ., 2007, p. 549. (In Russ.)

11. Karachunskij M. A. Tuberkulez v nashidni. V kn.: Jakutskij NII tuberkuleza. Problemy tuberkuleza v Jakutii: jepidemiologija, organizacija i lechenie [Tuberculosis today. Proc.: Yakut Research Institute of Tuberculosis. Problems in Yakutia tuberculosis: epidemiology, organization and management]. Collected works, vol. II (XXY), Yakutsk, 2003, pp. 210–217. (In Russ.)

12. Realizacija strategii VOZ "Ostanovit' tuberkuloz": spravocnik dlja nacional'nyh program bor'by s tuberkulozom [The implementation of the WHO strategy "Stop TB": A guide for national TB control programs]. Geneva, WHO, 2009, 210 p. (In Russ.)

13. Zakon Ukraїni vid 22.03.2012 r. № 4565 «Pro

vnesennja zmin do Zakonu Ukraїni «Pro borot'bu iz zahvorjuvannjam na tuberkuloz» [Law of Ukraine of 22.03.2012 p. Number 4565 "On Amendments to the Law of Ukraine" On struggle against TB"]. Kiev, 2012. (In Ukr.)

14. Feshhenko Ju. I., Mel'nyk V. M. Organizacija pro-tytuberkuloznoї dopomogy naseleennju [Organization of TB care]. Kiev, 2012, 656 p. (In Ukr.)

15. Zhamborov Kh. Kh. Posobie po ftiziatrii [Manual for Phthisiology]. Nalchik, El-Fa Publ., 1999, 368 p. (In Russ.)

16. Feshhenko Ju. I. [et al.] Ocinka kontrolju za tuberkulozom v Ukraїni za period 2006–2010 rr. [Evaluation of Tuberculosis Control in Ukraine for the period 2006–2010]. Ukr. pul'monol. zhurn. [Ukrainian Journal pulmonological], 2011, no. 4, pp. 5–10. (In Ukr.)

17. Tuberkuloz v Ukraїni: analitychno-statystychnyj dovidnyk za 2003–2013 roky [Tuberculosis in Ukraine: analytical and statistical directory for the years 2003–2013]. MOZ Ukraїny [Ministry of Health of Ukraine]. Kiev, 2014, 125 p. (In Ukr.)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Г. О. Суворова-Григорович¹, В. В. Анцупова²

¹Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

²Буковинський державний медичний університет

Анотація. Нами обстежено 117 дітей у віці від 3 до 15 років, які страждають на різні форми туберкульозу. У 98,0% дітей виявлено певну патологію психічної сфери. Проведено кореляцію між видами психічних розладів і формами туберкульозу. Встановлено тісний взаємозв'язок між особливостями психічних розладів і тяжкістю перебігу туберкульозу в дітей та підлітків. Відзначено ранній прояв вторинних форм туберкульозу в дітей з психічними розладами у віці 6–10 років. Найвищий ступінь активності туберкульозу відзначено у підлітків з порушеними формами поведінки; в 1,5 рази рідше – у пацієнтів з неврозоподібними розладами; в інших груп зареєстровано найменшу активність туберкульозу ($p \leq 0,001$). Активні форми туберкульозу у 1,5 рази частіше виявляються у дітей та підлітків із малозабезпечених сімей. Особливості патології психічної сфери можна використовувати у прогнозуванні перебігу туберкульозу.

Ключові слова: діти, психічні розлади, прогноз, туберкульоз.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А. А. Суворова-Григорович¹, В. В. Анцупова²

¹Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

²Буковинский государственный медицинский университет

Аннотация. Нами обследованы 117 детей в возрасте от 3 до 15 лет, страдающих различными формами туберкулеза. У 98,0% детей выявлена та или иная патология психической сферы. Проведена корреляция между видами психических расстройств и формами туберкулеза. Выявлена тесная взаимосвязь между выраженностью психических расстройств и тяжестью течения туберкулеза у детей и подростков. Отмечено раннее проявление вторичных форм туберкулеза у детей с психическими расстройствами в возрасте 6–10 лет. Самая высокая степень активности туберкулеза отмечена у подростков с нарушенными формами поведения; в 1,5 раза реже – у пациентов с неврозоподобными расстройствами; в других группах активность туберкулеза минимальна ($p \leq 0,001$). Активные формы туберкулеза в 1,5 раза чаще встречаются у детей и подростков из малообеспеченных семей. Особенности патологии психической сферы можно использовать в прогнозировании течения туберкулеза.

Ключевые слова: дети, психические расстройства, прогноз, туберкулез.

Суворова-Григорович Анна Александровна – к.мед.н., доцент, Харьковський національний університет імені В. Н. Каразіна, г. Харків, Україна; e-mail: grigorovichaa@ukr.net.

Суворова-Григорович Ганна Олександрівна – к.мед.н., доцент, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: grigorovichaa@ukr.net.

Anna Suvorova-Grigovich – PhD in Medicine, Associated Professor, V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: grigorovichaa@ukr.net.

Анцупова Вита Вячеславовна – к.мед.н., асистент кафедри, Буковинський державний медичний університет, г. Чернівці, Україна; e-mail: vitaantsupova@ukr.net.

Анцупова Вита Вячеславівна – к.мед.н., асистент кафедри, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна; e-mail: vitaantsupova@ukr.net.

Vita Antsupova – PhD in Medicine, Assistant Professor, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine; e-mail: vitaantsupova@ukr.net.



К. В. Шкода

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

НЕВРОТИЗАЦІЯ ТА ПАТОЛОГІЧНА ТРИВОГА ЯК ПРОЯВИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДРУЖИН І МАТЕРІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

К. В. Шкода

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Анотація.

Рівень невротизації і патологічної тривоги належить до провідних характеристик психоемоційного стану дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) з тривалими термінами захворювання. Вивчення цього показника сприяє встановленню їхніх патогномонічних особливостей і подальшої розробки мішеней психокорекції. З цією метою клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 чоловіків, хворих на ПШ, та їхніх матерів або дружин. Встановлено високі рівні невротизації, що свідчить про значну глибину патоперсоналогічних трансформацій і вимагає диференційованого підходу до корекцій означених змін. На основі отриманих даних розроблено комплекс заходів психологічної корекції таких розладів визначеної групи обстежених. Під час дослідження в них також виявлено складний неоднозначний характер змін у психоемоційній сфері, що зумовлює необхідність ґрунтовного дослідження психопатологічних та патоперсоналогічних трансформацій цієї категорії осіб.

Ключові слова:

мати хворого на параноїдну шизофренію, дружина хворого на параноїдну шизофренію, тривога, невротизація.

Вступ

У зв'язку з високим рівнем розвитку психіатрії, зокрема психофармакотерапії, все більшої актуальності набувають питання надання допомоги хворим у позалікарняних умовах, де важлива роль належить сімейному оточенню.

З огляду на це, останніми роками наукове й клінічне поле психіатрії все більше уваги приділяє вивченню ролі сім'ї як провідного чинника підтримки фізичного та психічного здоров'я індивіда, профілактики виникнення та лікування психічних захворювань. Визнається, що вирішення більшості клінічних проблем неминуче зачіпає сімейний контекст. Саме родина, а не працівники системи охорони здоров'я, забезпечують щоденну турботу про потреби психічно хворої людини і необхідний для одужання режим. Тому сім'я, поряд із самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців (лікар-психіатр, лікар-психолог, соціальний працівник тощо), розглядається зараз як один із активних учасників терапевтичного процесу [1].

Важливість впливу сім'ї та стану сімейних стосунків на розвиток і перебіг шизофренії у хворого сьогодні не викликає сумніву [2; 3]. Близькі виявляють особисте

підкування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку психічно хворому родичу – при тому, що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру емоційних зв'язків. Ці перетворення звичайних характеристик колишніх взаємовідносин можуть бути відносно короткостроковими (під час гострого приступу психічного розладу) чи тривалими (у разі хронічного захворювання). Відомо, що коли приходить важкий недуг, порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку взаємовідносин сім'ї пацієнта мають важливе значення.

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів через упередження членів сім'ї, їх стигму, амбівалентність, неправильне відношення. Без своєчасного втручання здатність сім'ї адаптуватися до вимог хвороби близької людини знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так й інших членів родини [4–6].

Саме тому вивчення сімейного гомеостазу є необхідним задля адекватного планування заходів психосоціальної реабілітації в комплексному лікуванні пацієнта.

Мета дослідження

Метою цієї роботи було вивчення рівня невротизації та патологічної тривоги як провідних характеристик психоемоційного стану дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання. Ці показники важливі для встановлення їх патогномонічних особливостей як мішеней психокореції.

Матеріали та методи дослідження

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 по 2016 р. клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 хворих на параноїдну шизофренію чоловіків та їх найближчих родичів – матерів або дружин. Давність захворювання складала $12,70 \pm 3,40$ років. Підгрупу 1 склали пацієнти, що проживали в батьківській сім'ї, та їх матері (166 родин), підгрупу 2 – психічно хворі, що мали власні сім'ї, та їх дружини (154 родини).

Рівень невротизації визначали за допомогою опитувальника «Рівень невротизації і психопатизації», створеного у Науково-дослідному психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева (1999). Методика достовірно диференціює групи психічно здорових осіб та хворих на невротичні розлади [7]. В опитувальник входять 45 тверджень, на які необхідно дати відповідь «так» або «ні». 35 пунктів належать до основної шкали опитувальника, інші оцінюють рівень щирості суб'єкта. Кожен з пунктів основної шкали має власну значимість у встановленні тієї чи іншої ознаки. Методика може бути використана для оцінки рівня невротизації в клінічних та експериментально-психологічних дослідженнях, а також для уточнення і змістовної кваліфікації динаміки стану пацієнтів у процесі фармакологічної та психотерапії. Застосування методики дає можливість виявити також дохворобливі (преневротичні) емоційно-особистісні зміни. Результати оцінки за методикою наводяться у балах і у жінок можуть варіюватися в межах від 103 до +133 балів.

Вираженість психопатологічної тривоги встановлювали з використанням шкали тривоги М. Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) – клінічної рейтингової шкали, призначеної для вимірювання виразності тривожних розладів [8; 9]. Шкала створена на основі ретельного емпіричного аналізу клінічних даних і характеризується високою валідністю та інформативністю.

Вона складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою – від 0 (відсутність ознаки) до 4 (наявність ознаки у дуже важкому ступені). 13 пунктів належать до проявів тривоги в повсякденному житті, 14-й – до проявів тривоги під час огляду. Варіанти відповідей стандартизовані, кожен пункт може внести однакову кількість балів у значення шкали, що значно спрощує її розуміння і процедуру підрахунку. Шкала призначена для заповнення фахівцем на підставі даних клінічного обстеження, що проводиться методом напівструктурованого клінічного інтерв'ю. Значення у 17 балів і менше інтерпретується як відсутність тривоги, 18–24 бали – середня виразність тривожного розладу, 25 балів і вище – тяжкий тривожний розлад.

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення рівня невротизації як прояву патоперсонологічних трансформацій, притаманних дружинам і матерям хворих на параноїдну шизофренію, дало нам підстави для припущення щодо формування у них розладів психіки непсихотичного (невротичного) регістру.

Ознаки невротизації включають характерні прояви невротичних розладів, такі як швидка втомлюваність, порушення сну, іпохондричні фіксації, знижений настрій, підвищена дратівливість, збудливість у поєднанні зі швидкою виснажуваністю, наявність страхів, тривоги, невпевненості у собі.

Дослідження особливостей проявів невротизації у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію дало можливість виявити низку важливих закономірностей. Узагальнення даних щодо розподілу досліджених груп за рівнями невротизації наведено у табл. 1 та на рис. 1.

Таблиця 1

Особливості рівнів невротизації у дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання

Рівні невротизації	Дружини		Матері		p
	абс.	%	абс.	%	
Низький	7	4,40	3	2,00	>0,05
Знижений	14	8,40	9	5,80	>0,05
Невизначений	17	10,20	11	7,10	>0,05
Підвищений	59	35,50	36	23,40	<0,05
Високий	52	31,30	66	42,90	<0,05
Дуже високий	17	10,20	29	18,80	<0,05

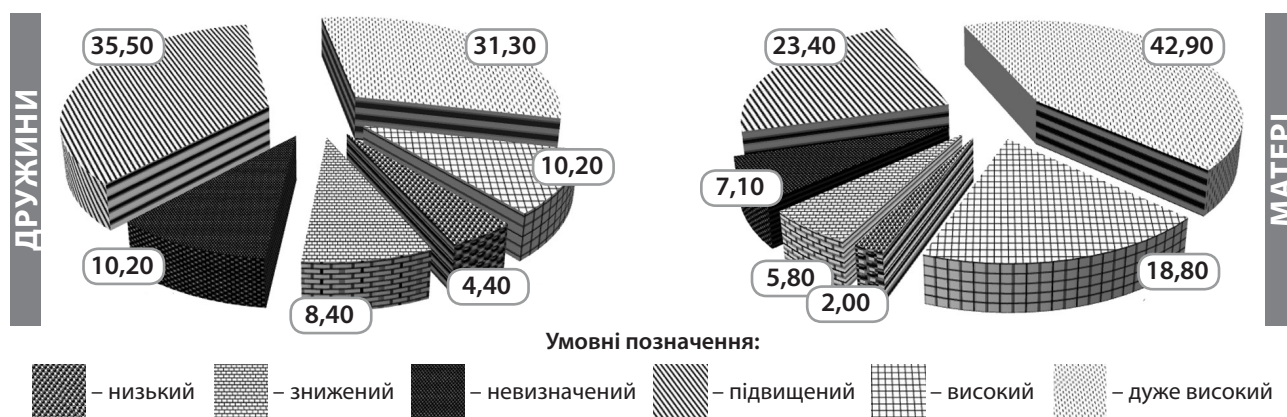


Рис. 1. Структура рівнів невротизації у дружин і матерів чоловіків хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання

Як видно з табл. 1 та рис. 1, поширеність низьких та помірних рівнів невротизації у дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію є приблизно однаковою.

Низький рівень невротизації виявлено у 4,40% дружин і у 2,00% матерів хворих, розбіжності статистично не значущі ($p > 0,05$). Низький рівень невротизації передбачає високу емоційну стійкість, позитивний фон основних переживань (спокій, оптимізм, впевненість). Ці характеристики сприяють швидкій та ефективній адаптації, формують почуття власної гідності, соціальну сміливість, незалежність, легкість у спілкуванні, й як наслідок – високу стійкість до психоемоційних стресів, легкість подолання проблем, реалізацію конструктивних форм поведінки.

Знижений рівень невротизації виявлено у дещо більшої кількості обстежених – у 8,40% дружин і у 5,80% матерів; розбіжності статистично не значущі ($p > 0,05$). Такий показник передбачає переважно позитивно стабільний фон настрою, достатній рівень адаптації, готовність до активної протидії проблемам і стресам, прагнення до конструктивного розв'язання психотравмуючих ситуацій.

Невизначений (межовий) рівень невротизації діагностовано у 10,20% дружин і у 7,10% матерів хворих на параноїдну шизофренію, розбіжності статистично не значущі ($p > 0,05$). Це свідчить про нестабільність захисних психологічних механізмів, відсутність чіткого патерну реагування на психотравмуючі ситуації, варіабельність пристосувальних механізмів та реакцій.

У цілому привертає увагу незначна поширеність серед дослідженого контингенту низьких та помірних рівнів невротизації, що є несприятливим фактором, бо свідчить про

глибокі патоперсонологічні трансформації у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання. Натомість, поширеність високих рівнів невротизації серед дослідженого контингенту є вельми значною.

Підвищений рівень невротизації виявлено у 35,50% дружин хворих (у них цей рівень має найбільшу питому вагу і спостерігається значно частіше, ніж у матерів – 23,40%, $p < 0,05$). Підвищений рівень невротизації передбачає підвищену емоційну збудливість, наявність негативних переживань: тривоги, неспокою, страху, напруженості, розгубленості, дратівливості. Таке значення показника невротизації тісно корелює з психологічними механізмами уникання проблеми і зазвичай передбачає прагнення індивіда до конформізму, відволікання від проблеми, пошук емоційної підтримки, задоволення афіліативної потреби. Підвищений рівень невротизації зазвичай супроводжується зниженням працездатності, погіршенням здатності до концентрації та утримання уваги, а також соматовегетативною симптоматикою (серцево-судинні, гастроінтестинальні порушення психогенного характеру) та порушеннями сну.

У матерів хворих значно більшою виявилася поширеність високого та дуже високого рівнів невротизації. Так, якщо у дружин високий рівень невротизації виявлено у 31,30%, то у матерів – у 42,90% обстежених ($p < 0,05$); це найпоширеніший рівень невротизації у матерів хворих на параноїдну шизофренію.

Високий рівень невротизації характеризується вираженою емоційною збудливістю у поєднанні зі швидкою та глибокою виснаженістю, чіткими ознаками астенизації, стабільно зниженим фоном настрою,

вираженою тривожністю, почуттям власної неповноцінності, значним поширенням нав'язливостей (зазвичай за типом нав'язливих думок та нав'язливих страхів), а також значною виразністю соматовегетативних порушень з формуванням клінічно оформлених варіантів перебігу.

Дуже високий рівень невротизації у матерів хворих на параноїдну шизофренію виявлено у 18,80% обстежених, у дружин – у 10,20% ($p < 0,05$). Це передбачає явища гли-

бокої астенізації у поєднанні з надмірною збудливістю і дратівливістю, депресивним фоном настрою, вираженими порушеннями сну, соматовегетативними порушеннями, значним зниженням працездатності.

Дослідження кількісних характеристик тривоги з використанням шкали тривоги HARS дозволило встановити низку важливих закономірностей (табл. 2, рис. 2, 3).

■ **Показник виразності тривожного настрою** (стурбованість, очікування найгіршого розвитку подій, тривожні побоювання) був значно більшим у дружин хворих: $1,72 \pm 1,08$ балів проти $1,20 \pm 1,04$ балів у матерів хворих ($p < 0,01$); в обох групах показник відповідає помірному рівню, а у дружин хворих – наближається до підвищеного. Аналогічно у дружин хворих більшими були ознаки напруження (відчуття напруги, неспокою, тремтіння, здригання, нездатність розслабитися): відповідно $1,90 \pm 1,01$ балів (показник помірний, близький до підвищеного) проти $0,89 \pm 0,88$ балів (показник низький, близький до підвищеного) ($p < 0,01$), а також страху (предметне відчуття неспокою, асоційоване з конкретними об'єктами або явищами): відповідно $1,84 \pm 1,05$ балів (показник помірний, близький до підвищеного) проти $0,79 \pm 0,89$ балів (показник низький, близький до підвищеного) ($p < 0,01$).

■ **Виразність інсомнії** (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості та слабкості після пробудження, кошмарні сновидіння) у дослідженого контингенту відповідає підвищеному рівню; показник інсомнії є дещо вищим у дружин хворих ($2,30 \pm 1,40$ балів проти $2,13 \pm 1,48$ балів у матерів, $p > 0,05$), однак розбіжності є статистично не значущими.

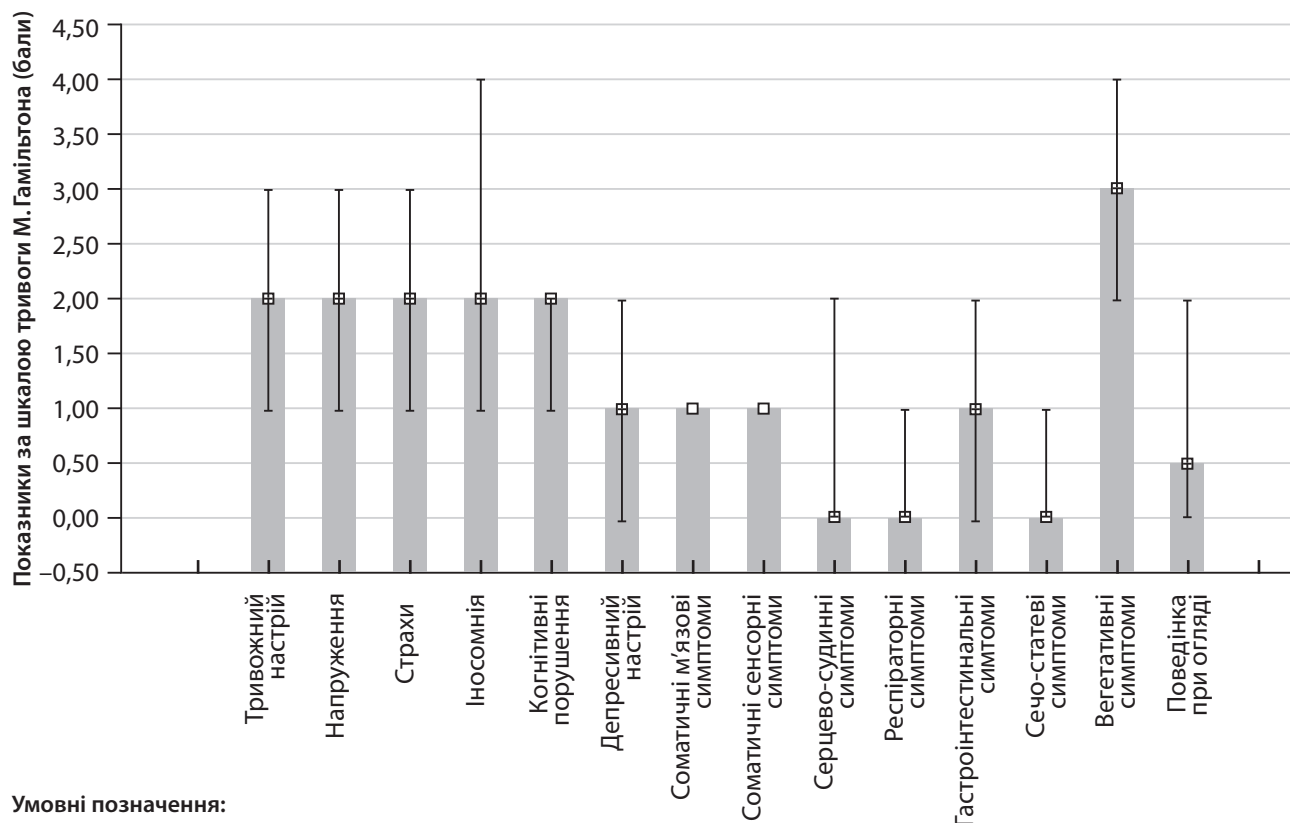
■ **Когнітивні порушення** (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті) більше виражені у матерів хворих на шизофренію: $1,98 \pm 1,24$ балів (помірний рівень, близький до підвищеного) проти $1,58 \pm 1,01$ балів (помірний рівень) у дружин ($p < 0,01$). У матерів також більшими є ознаки депресивного настрою (гіпотимія, ангедонія, пригніченість): $2,40 \pm 0,90$ балів (підвищений рівень) проти $1,47 \pm 1,08$ балів (помірний рівень) ($p < 0,01$).

■ **Виразність соматичних м'язових симптомів** (біль у м'язах, підвищений тонус м'язів, скреготіння зубами, посмикування у м'язах, судоми) дещо більше виражені

Таблиця 2

Показники за шкалою тривоги М. Гамільтона у дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання (у балах)

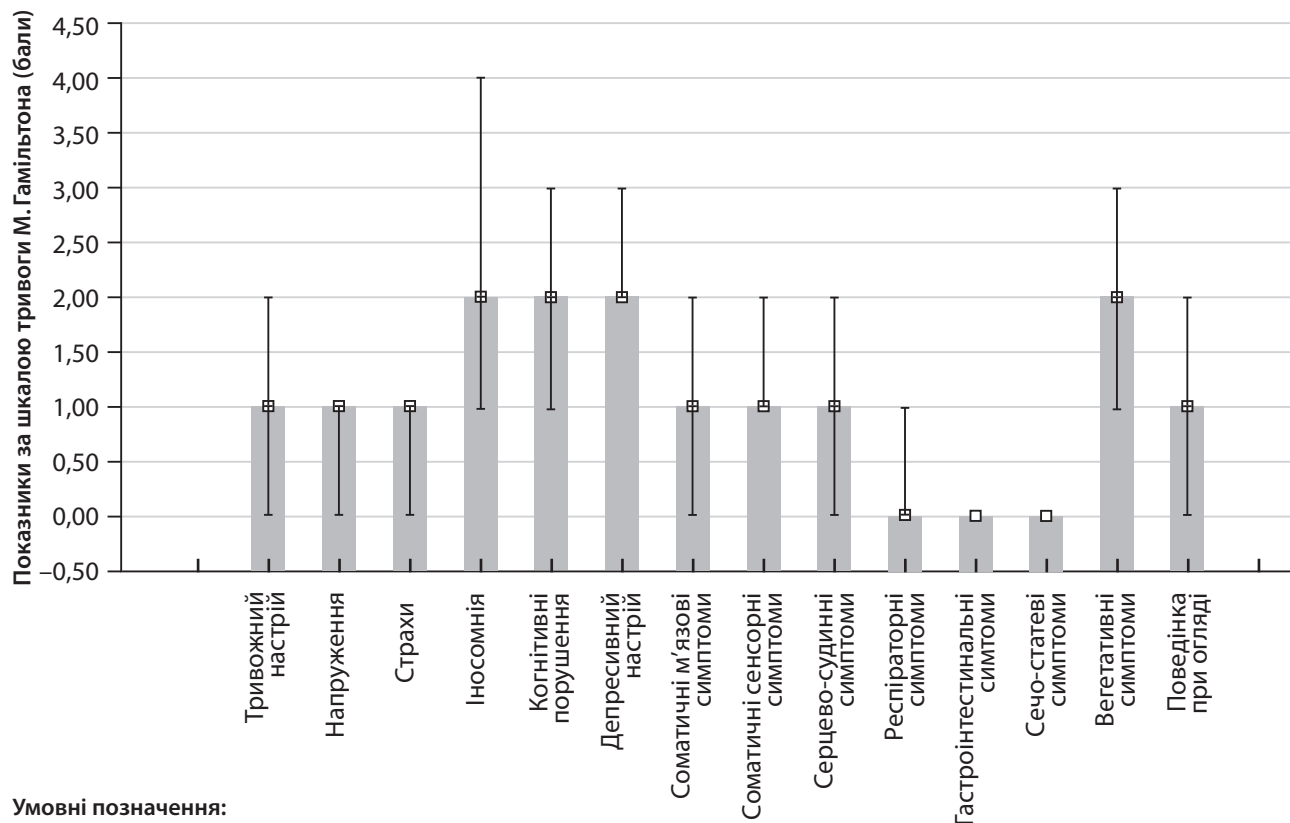
Назва симптому (шкали)	Показник за шкалами, $M \pm m$ (бали)		P
	дружини	матері	
Тривожний настрій	$1,72 \pm 1,08$	$1,20 \pm 1,04$	$< 0,01$
Напруження	$1,90 \pm 1,01$	$0,89 \pm 0,88$	$< 0,01$
Страх	$1,84 \pm 1,05$	$0,79 \pm 0,89$	$< 0,01$
Інсомнія	$2,30 \pm 1,40$	$2,13 \pm 1,48$	$> 0,05$
Когнітивні порушення	$1,58 \pm 1,01$	$1,98 \pm 1,24$	$< 0,01$
Депресивний настрій	$1,47 \pm 1,08$	$2,40 \pm 0,90$	$< 0,01$
Соматичні м'язові симптоми	$0,98 \pm 0,73$	$1,14 \pm 0,93$	$> 0,05$
Соматичні сенсорні симптоми	$1,02 \pm 0,73$	$1,22 \pm 0,89$	$< 0,05$
Серцево-судинні симптоми	$0,75 \pm 0,92$	$1,10 \pm 0,92$	$< 0,01$
Респіраторні симптоми	$0,42 \pm 0,66$	$0,50 \pm 0,75$	$> 0,05$
Гастроінтестинальні симптоми	$1,11 \pm 0,91$	$0,31 \pm 0,71$	$< 0,01$
Сечостатеві симптоми	$0,60 \pm 0,69$	$0,36 \pm 0,30$	$< 0,05$
Вегетативні симптоми	$2,64 \pm 1,29$	$1,94 \pm 1,32$	$< 0,01$
Поведінка при огляді	$0,88 \pm 1,00$	$0,83 \pm 0,92$	$> 0,05$
Загальний показник за шкалою М. Гамільтона	$19,22 \pm 6,99$	$16,50 \pm 7,05$	$< 0,05$
Психічна тривога	$10,81 \pm 5,49$	$9,40 \pm 4,58$	$< 0,05$
Соматична тривога	$8,41 \pm 3,55$	$7,10 \pm 3,64$	$< 0,05$



Умовні позначення:

□ – медіана; I – інтерквартильний діапазон

Рис. 2. Показники за шкалою тривоги М.Гамільтона у дружин хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання



Умовні позначення:

□ – медіана; I – інтерквартильний діапазон

Рис. 3. Показники за шкалою тривоги М.Гамільтона у матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

у матерів хворих: $1,14 \pm 0,93$ балів (помірний рівень) проти $0,98 \pm 0,73$ балів (близький до помірною рівня) у дружин, однак, розбіжності є статистично не значущими ($p > 0,05$). Більш виразними є розбіжності у проявах соматичних сенсорних симптомів (відчуття припливів жару чи холоду, слабкості, поколювання у різних частинах тіла, дзвону у вухах, нечіткості зору): у матерів хворих на шизофренію показник склав $1,22 \pm 0,89$ балів, у дружин – $1,02 \pm 0,73$ балів ($p < 0,05$) (в обох групах рівень показника помірний). Відрізняються також і показники серцево-судинної симптоматики (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація у судинах): у матерів – $1,10 \pm 0,92$ балів (помірний рівень), у дружин – $0,75 \pm 0,92$ балів (низький рівень) ($p < 0,01$).

■ **Респіраторна симптоматика** (відчуття тиску і стискання у грудях, задишка, часті зітхання) відповідає низькому рівню: у дружин хворих – $0,42 \pm 0,66$ балів, у матерів – $0,50 \pm 0,75$ балів, розбіжності статистично не значущі ($p > 0,05$).

■ **Гастроінтестинальні симптоми** (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювота, урчання в животі, діарея, закрепи, зниження маси тіла) суттєво більше виражені у дружин хворих на параноїдну шизофренію: $1,11 \pm 0,91$ балів (помірний рівень) проти $0,31 \pm 0,71$ балів (низький рівень) у матерів ($p < 0,01$). Аналогічні закономірності виявлені для сечостатевої симптоматики (часте сечовиділення, сильні позиви на сечовиділення, аменорея, менорагія, ригідність, втрата або зменшення лібідо): у дружин показник склав $0,60 \pm 0,69$ балів, у матерів – $0,36 \pm 0,30$ балів ($p < 0,05$) (в обох групах рівень показника низький).

■ **Вегетативна симптоматика** (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі з відчуттям напруги) більшою мірою виражена у дружин хворих: $2,64 \pm 1,29$ балів (підвищений рівень) проти $1,94 \pm 1,32$ балів (помірний, близький до підвищеного рівень) у матерів хворих; розбіжності статистично значущі ($p < 0,01$).

● **Показник за шкалою оцінки поведінки під час бесіди** (непосидючість, неспокійна жестикуляція чи хода, тремор, нахмурювання обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини, блідість обличчя, розширення зіниць, екзофтальм, зригування, пожвавлені

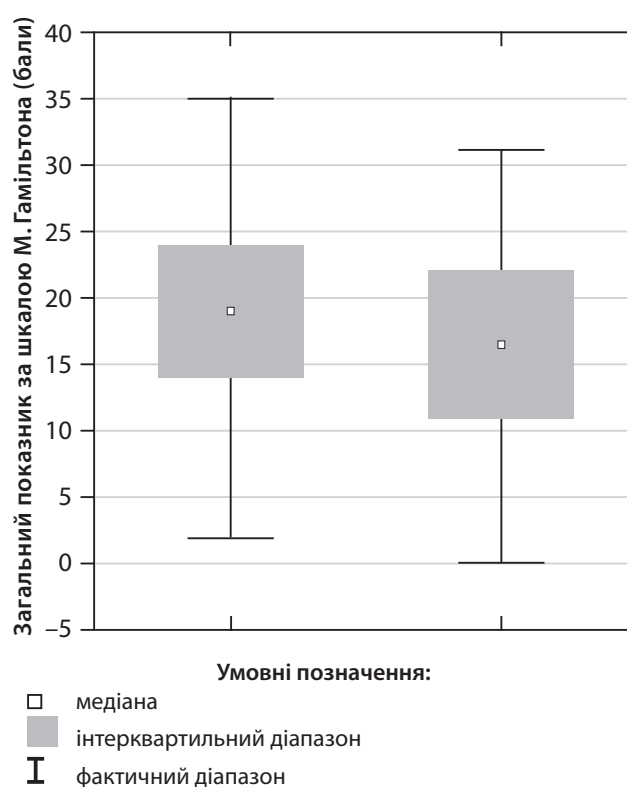


Рис. 4. Кількісні показники за інтегральною шкалою тривоги М. Гамільтона у дружин і матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

сухожилльні рефлекс) у досліджених групах виражені не значно: у матерів хворих показник склав $0,88 \pm 1,00$ балів, у дружин – $0,83 \pm 0,92$ балів ($p > 0,05$).

Інтегральний показник тривоги за шкалою М. Гамільтона у дружин хворих на параноїдну шизофренію склав $19,22 \pm 6,99$ балів (медіана значення 19,0 балів, інтерквартильний діапазон – 14,00–24,00 балів), що значно більше, ніж у матерів хворих: інтегральний показник у них склав $16,50 \pm 7,05$ балів (медіана 17,00 бали, інтерквартильний діапазон – 11,00–22,00 балів). Розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,05$) (рис. 4). У дружин хворих рівень виразності тривоги відповідає помірному, у матерів – низькому, наближеному до помірною.

У дружин хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання значно більшими є показники психічної тривоги: середнє значення показника у цій групі склало $10,81 \pm 5,49$ балів (медіана значення 11,00 балів, інтерквартильний діапазон – 7,00–16,00 балів) проти $9,40 \pm 4,58$ балів (медіана значення 10,00 балів, інтерквартильний діапазон – 6,00–13,0 балів) у дружин хворих; розбіжності статистично значущі ($p < 0,05$) (рис. 5).

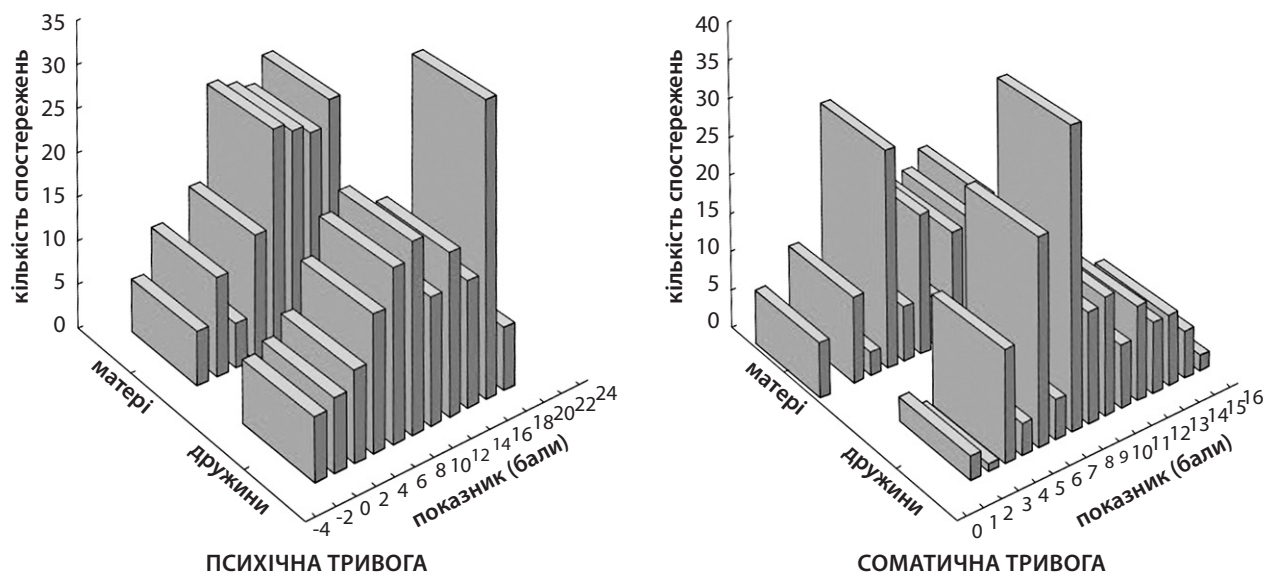


Рис. 5. Біваріативна 3-D діаграма розподілу значень показників за шкалами адинамічної (ліворуч) та ажитованої (праворуч) тривоги у дружин та матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

Інтегральний показник виразності соматичної тривоги у дружин хворих на шизофренію виявився також вищим, ніж у матерів: $8,41 \pm 3,55$ балів (медіана значення 8,00 балів, інтерквартильний діапазон – 6,00–14,00 балів) проти $7,10 \pm 3,64$ балів (медіана значення 7,00 балів, інтерквартильний діапазон – 4,00–10,00 балів) ($p < 0,05$).

Цікаво, що інтегральний показник виразності соматичної тривоги за шкалою тривоги М. Гамільтона виявився більшим у дружин, ніж у матерів, тоді як за окремою субшкалою соматичної тривоги шкали депресії, яка виявляє соматизовані еквіваленти афективних реакцій, спостерігалася зворотна картина. Це свідчить про складний неоднозначний характер змін у психоемоційній сфері дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання і зумовлює необхідність ґрунтовного дослідження психопатологічних та патоперсоналогічних трансформацій цієї категорії осіб.

Висновки

1. В результаті дослідження встановлено, що **дружинам і матерям хворих на параноїдну шизофренію притаманні високі рівні невротизації**, що свідчить про значну глибину патоперсоналогічних трансформацій і вимагає диференційованого підходу до корекцій цих змін.

2. Під час дослідження проявів тривоги з використанням шкали тривоги М.Гамільтона у матерів хворих на параноїдну шизоф-

ренію порівняно з дружинами було виявлено більшу виразність таких ознак:

- когнітивних порушень (показник у дружин склав $1,58 \pm 1,01$ балів, у матерів – $1,98 \pm 1,24$ балів, $p < 0,01$);
- депресивного настрою (відповідно $1,47 \pm 1,08$ балів та $2,40 \pm 0,90$ балів, $p < 0,01$);
- соматичних м'язових симптомів (відповідно $0,98 \pm 0,73$ балів та $1,14 \pm 0,93$ балів, $p > 0,05$);
- соматичних сенсорних симптомів (відповідно $1,02 \pm 0,73$ балів та $1,22 \pm 0,89$ балів, $p < 0,05$);
- серцево-судинної симптоматики (відповідно $0,75 \pm 0,92$ балів та $1,10 \pm 0,92$ балів, $p < 0,01$);
- респіраторної симптоматики (відповідно $0,42 \pm 0,66$ балів та $0,50 \pm 0,75$ балів, $p > 0,05$).

У дружин хворих на параноїдну шизофренію більш вираженими виявилися ознаки:

- тривожного настрою (відповідно $1,72 \pm 1,08$ балів та $1,20 \pm 1,04$ балів, $p < 0,01$);
- напруження (відповідно $1,90 \pm 1,01$ балів та $0,89 \pm 0,88$ балів, $p < 0,01$);
- страху (відповідно $1,84 \pm 1,05$ балів та $0,79 \pm 0,89$ балів, $p < 0,01$);
- інсомнії (відповідно $2,30 \pm 1,40$ балів та $2,13 \pm 1,48$ балів, $p > 0,05$);
- гастроінтестинальної симптоматики (відповідно $1,11 \pm 0,91$ балів та $0,31 \pm 0,71$ балів, $p < 0,01$);
- сечостатевої симптоматики (відповідно $0,60 \pm 0,69$ балів та $0,36 \pm 0,30$ балів, $p < 0,05$);

– вегетативної симптоматики (2,64±1,29 балів та 1,94±1,32 балів, $p<0,01$).

3. Загальний показник тривоги за шкалою М. Гамільтона виявився значно вищим у дружин хворих: 19,22±6,99 балів проти 16,50±7,05 балів ($p<0,05$). У цій же групі були вищими показники психічної тривоги: 10,81±5,49 балів проти 9,40±4,58 балів

у матерів ($p<0,05$) та соматичної тривоги: 8,41±3,55 балів проти 7,10±3,64 балів ($p<0,05$).

4. Отримані дані були покладені нами в основу при розробці комплексу заходів психологічної корекції розладів психоемоційної сфери дружин і матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання.

Література

1. Косенко К. А. Психосоціальна реабілітація жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.01.16 / К. А. Косенко; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Х., 2015. – 24 с.

2. Жизнь с шизофренией. Что делать?: краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук. – Х., 2011. – 25 с.

3. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / О. Ю. Плевачук; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Х., 2011. – 18 с.

4. Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 13, вип. 3 (64). – С. 133–134.

5. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // Психічне здоров'я. – 2012. – № 2 (35). – С. 63–69.

6. Маркова М. В. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості / М. В. Маркова, К. А. Косенко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 69–73.

7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 1998. – С. 73–82.

8. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // British Journal of Medical Psychology. – 1959. – № 32. – P. 50–55.

9. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Х.: Торнадо, 2003. – 349 с.

References

1. Kosenko K. A. Psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction. Abstract dis. for a degree candidate medical sciences 14.01.16 [Psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction. Abstract dis. for a degree candidate medical sciences 14.01.16]. Instytut nevrologii, psyhiatrii ta narkologii' NAMN Ukraïny [Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine]. Kharkiv, 2015, 24 p. (In Ukr.)

2. Maruta N. A., Kozhina A. M., Korostiy V. I., Gaychuk L. M. Zhizn' s shizofreniey. Chto delat'?: kratkoe rukovodstvo dlya patsientov, stradayushchikh shizofreniey i ikh rodstvennikov [Living with schizophrenia. What to do?: quick guide for patients with schizophrenia and their relatives]. Kharkiv, 2011, 25 p. (In Russ.)

3. Plevachuk O. Ju. Vzajemov'jazok perebigu shizofrenii' z psihologichnyimi osoblyvostjamy mikroseredovyssha pacijenta. Avtoref. dys. na zdobuttja naukovoogo stupenja kand. med. n.: 14.01.16 [Relationship with the schizophrenia patient's psychological characteristics microenvironment: Abstract dis. for the degree of candidate of medical sciences: 14.01.16]. Instytut nevrologii, psyhiatrii ta narkologii' NAMN Ukraïny [Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine], Kharkiv, 2011, 18 p. (In Ukr.)

4. Markova M. V., Dihtjar V. O. Osoblyvosti simejnoi' vzajemodii' ta adaptacii' v rodyni u pacijentiv, hvoryh na shizofreniju, z tochky zoru psyhoterapevtychnogo potencialu sim'i' [Features family interaction and family

adjustment in patients with schizophrenia in terms of potential psychotherapeutic family]. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2010, vol. 13, issue 3(64), pp. 133-134. (In Ukr.)

5. Markova M. V., Gorshkova K. A. Simejna psyhoterapija jak bazovij psyhoterapevtychnyj resurs v kompleksnomu likuvanni hvoryh na paranoi'dnu shizofreniju [Family psychotherapy as a basic resource in the psychotherapeutic treatment of patients with paranoid schizophrenia]. Psyhichne zdorov'ja [Mental health], 2012, no. 2(35), pp. 63-69. (In Ukr.)

6. Markova M. V., Kosenko K. A. Psyhoterapija v kompleksnomu likuvanni zhinok, hvoryh na paranoi'dnu shizofreniju, pry riznyh modeljah rodynnoi' vzajemodii': obgruntuvannja, zagal'ni pidhody, specyfichni osoblyvosti [Psychotherapy in the treatment of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction: studies, general approaches, specific features]. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2014, vol. 22, issue 3(80), pp. 69-73. (In Ukr.)

7. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Procedures and tests]. Samara, Bakhrah-M Publ., 1998, pp. 73-82. (In Russ.)

8. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology, 1959, no. 32, pp. 50-55.

9. Podkorytov V. S., Chayka Yu. Yu. Depressii. Sovremennaya terapiya [Depression. Modern therapy]. Kharkiv, Tornado Publ., 2003, 349 p. (In Russ.)

**НЕВРОТИЗАЦІЯ І ПАТОЛОГІЧЕСЬКА ТРЕВОГА
КАК ПРОЯВЛЕННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЖЕН І МАТЕРЕЙ
БОЛЬНИХ ПАРАНОЙДНОЇ ШИЗОФРЕНІЄЙ
С ДЛИТЕЛЬНИМ СРОКОМ ЗАБОЛЕВАННЯ**

К. В. Шкода

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Аннотация. Уровень невротизации и патологической тревоги принадлежат к ведущим характеристикам психоэмоционального состояния жен и матерей больных параноидной шизофренией (ПШ) с длительными сроками заболевания. Изучение этого показателя способствует установлению их патогномических особенностей и дальнейшей разработке мишеней психокоррекции. С этой целью клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами было обследовано 320 мужчин, больных ПШ, и их матерей или жен. Установлены высокие уровни невротизации, что свидетельствует о значительной глубине патоперсоналогических трансформаций и требует дифференцированного подхода к коррекции отмеченных изменений. На основе полученных данных разработан комплекс мероприятий психологической коррекции таких расстройств выбранной группы обследованных. Во время исследования у них также выявлен сложный неоднозначный характер изменений в психоэмоциональной сфере, что предопределяет необходимость основательного исследования психопатологических и патоперсоналогических трансформаций этой категории пациентов.

Ключевые слова: мать больного параноидной шизофренией, жена больного параноидной шизофренией, тревога, невротизация.

**NEUROTICISM AND PATHOLOGICAL ANXIETY
AS MANIFESTATION OF MALADJUSTMENT
OF WIVES AND MOTHERS OF PATIENTS
WITH LONG COURSE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA**

K. V. Shkoda

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Summary. The level of neuroticism and pathological anxiety are the leading characteristics of the emotional state of wives and mothers of patients suffering from paranoid schizophrenia (PS) with a long term of illness. The study of these parameters facilitates finding their pathognomonic features and further development of the target correction. To this aim, psychopathological and psychodiagnostic methods of 320 men with PS, and their mothers and wives were examined. High rates of neuroticism were found that indicated a considerable depth of pathopersonologic transformation and requires a differentiated approach to the correction of these changes. Based on the data complex of psychological measures for correction in defined group of respondents was developed. During the study, also an ambiguous nature of changes in the psychoemotional sphere was found, which necessitates a thorough investigation of psychopathological and pathopersonological transformation in this category of persons.

Key words: a mother of a patient with paranoid schizophrenia, a wife of a patient with paranoid schizophrenia, anxiety, neuroticism.

Шкода Костянтин Володимирович – здобувач, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru.

Шкода Константин Владимирович – соискатель, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru.

Konstantin Shkoda – postgraduate student, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru.



Л. М. Маркозова

УДК 615.21.7:616-056.8-06-037

ПРИЧИНИ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ КООПЕРАТИВНО-КОНКУРЕНТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Л. М. Маркозова

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна

Анотація.

Проведено аналіз динаміки показників поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин в Україні за період 1990–2014 років. У результаті роботи встановлено динамічний характер взаємовідносин між епідеміями залежності від алкоголю та наркотичних речовин за цей час – від вираженої кооперації до явної конкуренції. Також відзначені чітко виражені регіональні відмінності, які виявлено за допомогою кореляційного аналізу показників захворюваності та розповсюдженості станів залежності від алкоголю та наркотичних речовин за окремими адміністративно-територіальними одиницями України. Виявлено асиметричну взаємодію між соціально-демографічними показниками та процесами, які лежать в основі розвитку епідемій залежності різного походження, а також феномен «насичення» – рівень, при досягненні якого починається зниження показників поширеності алкоголізму та нарко-токсикоманій.

Ключові слова:

захворюваність, поширеність, стани залежності різного походження, взаємодія, психоактивні речовини, алкоголь

Вступ

За даними ООН та епідеміологічних досліджень, у світі відбувається неухильне підвищення рівня наркотизму [1; 2]. В країнах, що знаходяться на певному етапі розвитку, спостерігається й неухильне підвищення рівня алкоголізації населення, починаючи з підліткового віку [3]. В усіх країнах чітко простежується збільшення споживання наркотиків, особливо помітний цей процес та його перебіг серед молоді та підлітків.

Під час проведення співробітниками відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України» моніторингових досліджень було виявлено, що різні види залежності безпосередньо пов'язані, між ними спостерігаються конкурентні або кооперативні зв'язки [3; 4]. Цілком доречно сподіватися виявити подібне й на популяційному рівні.

Будь-яка політика, спрямована на протидію подальшому поширенню станів залежності від психоактивних речовин (ПАР), може бути успішною лише за умови її ґрунтування на науковій основі. Рівень розповсюдженості означеної залежності вимагає найшвидшого проведення ретельних епідеміологічних досліджень і утворення ефективних програм профілактики, а також розробки науково-обґрунтованих методів прогнозування та оцінки результатів

запроваджених профілактичних заходів [5]. Ця робота має проводитися на основі об'єднання зусиль зацікавлених державних, наукових, медичних, правоохоронних, педагогічних, спортивних закладів, громадських формувань.

Мета дослідження

Визначення причин та закономірностей кооперативно-конкурентної взаємодії станів залежності різного походження з метою розробки методів математичного моделювання агоністично-антагоністичної взаємодії станів залежності.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалами дослідження були багаторічні дані офіційної статистики МОЗ України щодо поширення станів залежності в регіонах країни. У роботі використано аналітичний та статистичний методи. Математичні моделі розроблялися з використанням кореляційного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті роботи встановлено, що перші два місця у рейтингу захворюваності на психічні та поведінкові розлади (ППР) залишаються за гострими та хронічними розладами внаслідок уживання ПАР. Сукупна частка таких розладів становить 64,79% усіх нових випадків психопатології, зареєстрованих у країні протягом 2014 року (рис.).

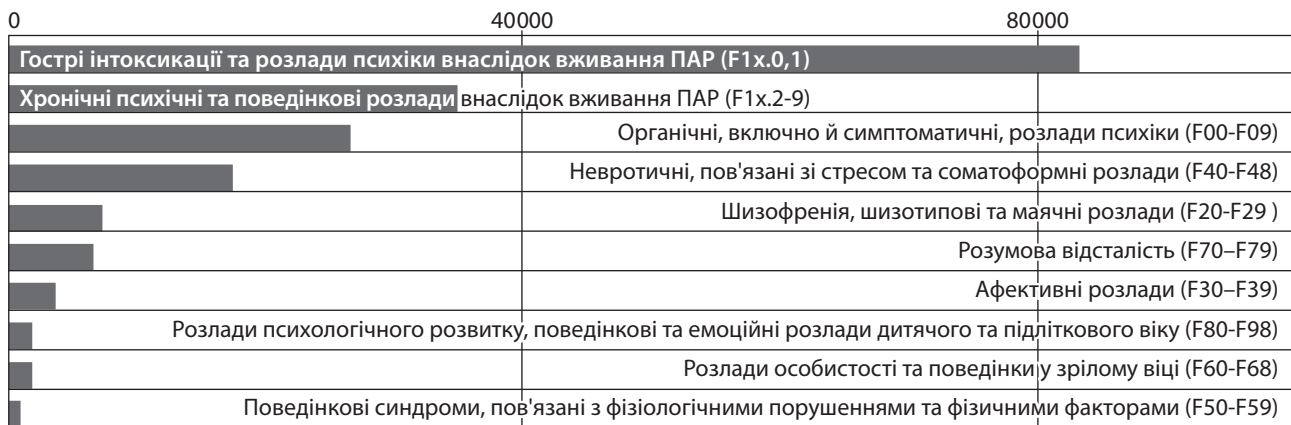


Рис. Структура захворюваності на ППР в Україні в 2014 р.

Динаміка поширеності станів залежності від алкоголю характеризується повільним спаданням відносно максимального значення (1990 р.). Темпи зменшення розповсюдженості алкогольної залежності (АЗ) в Україні помітно прискорюються з 2009 року. У 2014 р. відбулося подальше зниження показника поширеності станів АЗ – на 29,83% відносно максимального рівня цього показника і на 12,08% порівняно з 2013 роком.

Динаміка поширеності залежності від інших ПАР принципово відрізняється від аналогічного показника АЗ. Так, у 1991–2003 рр. відбувалося зростання показника (в 4,14 рази), а з 2011 р. почалося деяке його зменшення, і ця тенденція зберігалася й у 2014 р. (на 17,00% порівняно з 2013 р.).

У 2014 р. відносно 2010 р. було виявлено зниження показника захворюваності на розлади внаслідок АЗ та залежності від наркотичних речовин (НР) на 80,64% та 56,00% відповідно. Таке синхронне зменшення всіх показників статистики може пояснюватися природним спадом епідемії станів залежності, а також специфікою роботи наркологічної служби (перш за все через небажання хворого ставати на диспансерний облік). Але одна з основних причин полягає в тому, що з 2014 р. внаслідок іноземної агресії Україна втратила частину територій, що не могло не позначитися на даних офіційної статистики. За 2014 р. відомості щодо АР Крим та м. Севастополь відсутні, а з Луганської та Донецької областей охоплюють не все населення цих територій, що, в свою чергу, впливає на загальну картину статистики по Україні.

Для подальшої оцінки динаміки взаємодії між розповсюдженням станів залежності від алкоголю та інших ПАР для територій, за якими відомості відсутні або неповні, було проведено апроксимацію. На основі змін показників у 2013–2014 рр. в інших регіонах країни було обчислено коефіцієнт – усеред-

нене співвідношення даних статистики за цей час для всіх адміністративно-територіальних одиниць України. Потім шляхом множення даних за 2013 р. на цей коефіцієнт було реконструйовано умовні дані щодо поширеності та захворюваності на стани залежності від алкоголю та інших ПАР для АР Крим, м. Севастополь, а також Луганської та Донецької областей. Таким чином було реконструйовано статистичні дані щодо поширеності та захворюваності на ППР внаслідок вживання ПАР для території, тимчасово непідконтрольної Україні. Це допомогло уникнути спотворення даних про взаємодію між процесами, які було досліджено протягом 1990–2014 рр., і надало можливість використання цих даних надалі без суттєвої втрати інформативності.

Співвідношення показників поширеності алкоголізму у 2013–2014 рр. в більшості областей України дорівнювало одиниці. Що ж стосується наркоманій, показники співвідношення коливалися в межах 0,90–1,07 одиниць залежно від регіонів країни. Коефіцієнт розрахунку становив 1,01 та 0,99 одиниць відповідно.

Співвідношення показників захворюваності на алкоголізм у 2013–2014 рр. зареєстровано у межах 0,98–1,06 одиниць, а наркоманії – знов помітно відрізнялося в різних областях. Для Сумської, наприклад, воно становило 0,54, що свідчить про зростання рівня захворюваності на нарко-токсикоманії у цьому регіоні майже в 2 рази. У Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Житомирській областях у 2014 р. спостерігалось зростання цього показника на 20,00–30,00%. А в таких областях, як Тернопільська та Івано-Франківська зменшилися в 2,14 та 1,5 рази відповідно.

В межах дослідження було проведено кореляційний аналіз показників захворюваності та поширеності станів залежності від алкоголю та НР з метою з'ясування характеру їх взаємодії. За динамікою взаємин між

цими процесами можна помітити, що з 1990 до 2000 р. кореляційна залежність між показниками мала позитивний характер. Така картина може свідчити про «кооперативний» вид взаємодії, тобто поєднане зростання або зменшення. Протягом 2001–2004 рр. кореляція між цими проявами втрачає достовірність, а на рубежі 2005–2006 рр. набуває негативної спрямованості і протягом 2009–2013 рр. має виражений негативний характер. Це свідчить про очевидну конкуренцію між даними проявами залежності на популяційному рівні. Така тенденція різко підсилюється протягом останніх чотирьох років.

За даними кореляційного аналізу було проведено розподіл адміністративно-територіальних одиниць України на дві групи:

- **групу А**, де кореляція між поширеністю ППР внаслідок уживання алкоголю та інших ПАР була позитивною;
- **групу Б**, в якій кореляція між цими показниками мала негативний характер.

До групи А були включені регіони сходу та півночі України; до групи Б увійшли переважно регіони західної України, а також деякі області центру та півдня країни. Так, у групі А відбувалося поступове зниження поширеності ППР як внаслідок вживання алкоголю, так і внаслідок уживання інших ПАР. В групі Б відзначалося підвищення цих показників до 2009 р., після чого протягом трьох років – їх зниження, як і в групі А, а у 2013–2014 рр. й певна стабілізація.

Цікаво, що у високоурбанізованих східних і південних областях країни спостерігається негативна кореляція зазначених показників. Алкоголізм і наркоманія, досягнувши певного «рівня насичення», ніби конкурують між собою за споживачів. На відміну від цього, у західних областях зростання епідемії наркоманій супроводжується підвищенням рівня епідемії алкоголізму. Таким чином, можна стверджувати, що взаємодія між основними складовими частинами станів залежності

(від алкоголю та від НР) в Україні має складний динамічний характер із певними регіональними особливостями.

Висновки

1. **Встановлено закономірності** конкурентно-кооперативної взаємодії між епідеміями залежності від алкоголю та НР:

- **динамічний характер взаємовідносин** – за період з 1990 по 2014 р. вони змінилися від вираженої кооперації (що відображувалася позитивною кореляцією) до явної конкуренції;

- **чітко виражені регіональні відмінності**, які виявлено за допомогою кореляційного аналізу показників захворюваності та поширеності станів залежності від алкоголю та НР за окремими адміністративно-територіальними одиницями України.

2. **Встановлено причини** конкурентно-кооперативної взаємодії між епідеміями залежності:

- **асиметрична взаємодія** між соціально-демографічними показниками та процесами, які лежать в основі розвитку епідемії залежності різного походження;

- **феномен «насичення»**, оскільки з аналізу динаміки поширеності станів залежності в Україні очевидно, що існує рівень, при досягненні якого починається зменшення розповсюдженості алкоголізму та нарко-токсикоманій.

3. Отримані дані та виявлені на їх основі закономірності можуть бути специфічними лише для України і лише для певного періоду її розвитку. Дуже вірогідно, що драматичні події 2014 р., пов'язані з військовим конфліктом, призведуть до значного збільшення розладів внаслідок уживання ПАР як в проблемних регіонах Донбасу, АР Крим, так і в Україні в цілому. Але за даними офіційної статистики, зараз (та навіть у найближчій перспективі) продемонструвати ці зміни неможливо, оскільки навряд чи тимчасово переселені особи або учасники АТО, що мають розлади внаслідок уживання ПАР, наполягатимуть на власній диспансеризації.

Література

1. Волошин П. В. Епідемії алкоголізму та нарко-токсикоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України : аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. / П. В. Волошин, М. В. Голубчиков, І. В. Лінський, О. І. Мінко [та ін.]. – Харків : Пляда, 2009. – 168 с.
2. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю та інших психоактивних речовин в Україні. Стан наркологічної допомоги населенню України (Інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.) / уклад. М. К. Хобзей, О. М. Колякова, О. М. Зінченко та ін. - Київ – Харків : Пляда, 2011. – С. 138.
3. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні : аналітичний

огляд.) / уклад. І. В. Лінський, М. В. Голубчиков, О. І. Мінко та ін. – Харків : Пляда, 2005. – Вип. II. – С. 32.

4. Лінський І. В. Дві хвили залежності від психоактивних речовин, що прокотились через Україну протягом 1970–2005 років / І. В. Лінський, О. І. Мінко, Е. Б. Первомайський та ін. // Архів психіатрії. – 2006. – № 1–4 (44–47). – С. 128–132.

5. Волошин П. В. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України : інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, І. В. Лінський [та ін.]. – Харків : Строков Д. В., 2011. – 144 с.

References

1. Voloshyn P. V., Golubchikov M. V., Lins'kyj I. V., Minko O. I. [et al.] Epidemii' alkogolizmu ta narko-toksykomanij v dzerkali medychnoi' statystyky MOZ Ukraïny: Analitichno-statystychnyj dovidnyk 1990-2008 rr. [Epidemics of alcoholism and drug addicts in the mirror medical statistics MZ of Ukraine: Analytical and statistical handbook 1990-2008 years]. Kharkiv, Plejada Publ., 2009, 168 p. (In Ukr.)
2. Hobzej M. K., Koljakova O. M., Zinchenko O. M. [et al.] Psyhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok vzhyvannja alkogolju ta inshyh psyhoaktyvnyh rečovyn v Ukraïni. Stan narkologichnoi' dopomogy naseleńnu Ukraïny (Informacijno-analitychnyj ogljad za 1990-2010 rr.) [Mental and behavioral disorders due to use of alcohol and other psychoactive substances in Ukraine. State drug to the population of Ukraine (Information and Analytical Review for 1990-2010 years)]. Kharkiv, Plejada Publ., 2011, p. 138. (In Ukr.)
3. Lins'kyj I. V., Golubchikov M. V., Minko O. I. [et al.] Aktual'ni tendencii' poshyrennja zalezhnosti vid psyhoaktyvnyh rečovyn v Ukraïni (Analytichnyj ogljad. Vypusk II) [Recent trends of substance dependence in Ukraine (Analytical Review. Volume II)]. Kharkiv, Plejada Publ., 2005, p. 32. (In Ukr.)
4. Lins'kyj I. V., Minko O. I., Pervomajs'kyj E. B. [et al.] Dvi hvyli zalezhnosti vid psyhoaktyvnyh rečovyn, shho prokotylys' cherez Ukraïnu protjagom 1970-2005 rokiv [Two waves of substance dependence that swept through Ukraine for 1970-2005 years]. Arhiv psyhiatrii' [Archives of psychiatry], 2006, no. 1-4 (44-47), pp. 128-132. (In Ukr.)
5. Voloshyn P. V., Maruta N. O., Lins'kyj I. V. [et al.] Psyhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok vzhyvannja psyhoaktyvnyh rečovyn ta stan narkologichnoi' dopomogy naseleńnu Ukraïny: Informacijno-analitychnyj ogljad za 1990-2010 rr. [Mental and behavioral disorders due to substance use and substance abuse care status Ukraine: Information and Analytical Review for 1990-2010 years]. Kharkiv, Publ. house of D.V.Strokov, 2011, 144 p. (In Ukr.)

ПРИЧИНЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ КООПЕРАТИВНО-КОНКУРЕНТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОСТОЯНИЙ ЗАВИСИМОСТИ РАЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Л. М. Маркозова

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Аннотация. Проведен анализ показателей распространенности и заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ в Украине за период 1990–2014 годов. В результате работы установлен динамический характер взаимоотношений между эпидемиями зависимости от алкоголя и наркотических веществ – от выраженной кооперации до явной конкуренции. Также отмечены четко выраженные региональные различия, которые выявлены с помощью корреляционного анализа показателей заболеваемости и распространенности состояний зависимости от алкоголя и наркотических веществ по отдельным административно-территориальным единицам Украины. Выявлены асимметричное взаимодействие между социально-демографическими показателями и процессами, которые лежат в основе развития эпидемий различного происхождения, а также феномен «насыщения» – уровень, при достижении которого начинается снижение показателей распространенности алкоголизма и нарко-токсикоманий.

Ключевые слова: заболеваемость, распространенность, состояния зависимости различного происхождения, взаимодействие, психоактивные вещества, алкоголь.

CAUSES AND PATTERNS OF COOPERATIVE AND COMPETITIVE INTERACTION IN STATES OF DEPENDANCY OF DIFFERENT ORIGIN

L. M. Markozova

State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Summary. The analysis of the dynamics of the prevalence and incidence of mental and behavioral disorders due to use of psychoactive substances in Ukraine for the period of 1990–2014 was conducted. The conducted research showed a dynamic character of interrelation between epidemics of dependency on alcohol and addictive substances – from expressed cooperation to clearly shown competition. There were also marked regional differences outlined due to the correlation analysis of showings of illnesses and states of dependency on alcohol and addictive substances in separate administrative territorial units of Ukraine. Asymmetric interaction between socio-demographic characteristics and processes that underlie the development of epidemics of various origins, as well as the phenomenon of "saturation" – the level at which begins decline in the prevalence of alcohol and drug substance abuse was revealed. The obtained data and identified patterns can be specific only for Ukraine and only for a certain period of development of the country.

Key words: incidence, prevalence, dependence of different origin, interaction, psychoactive substance, alcohol.

Маркозова Любов Михайлівна – к.мед.н., старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: marklubov@mail.ru.

Маркозова Любовь Михайловна – к.мед.н., старший научный сотрудник, ведущий научный сотрудник, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: marklubov@mail.ru.

Lubov Markozova – MD, PhD, senior researcher, leading researcher, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: marklubov@mail.ru.



Е. В. Боднар

УДК 618.2-084:159.923

К ВОПРОСУ О ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. В. Боднар

Институт инновационного и последипломного образования
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова, г. Одесса, Украина

Аннотация.

В статье рассматриваются варианты акцентуации характера у женщин с патологией беременности. До сих пор нет единого мнения относительно влияния беременности на психическое состояние женщины. В одних случаях беременность и роды выявляют ресурсы для развития личности, а в других могут стать провоцирующим фактором в развитии уже имеющихся скрытых психических нарушений, вплоть до острых расстройств психики. На основании клинического наблюдения и психологического тестирования выделены и описаны психологические особенности течения беременности в зависимости от характерологических признаков. Были выявлены наиболее распространенные варианты акцентуации характера у женщин с патологией беременности: гипертимный, возбудимый, дистимный, застревающий и демонстративный типы. В работе приведены результаты клинического наблюдения женщин с нарушением течения беременности, у которых была обнаружена личностная дезадаптация.

Ключевые слова: беременность, акцентуация характера, личностная дезадаптация.

Введение

Проявления психологических особенностей женщин во время беременности интересовали ученых и врачей во все времена, о благоприятном влиянии беременности на личность писал еще Гиппократ. И в дальнейшем многие авторы отмечали положительное влияние, оказываемое на психическое состояние женщины беременностью. И если она протекает нормально, то может оказывать положительное влияние, смягчать и даже устранять некоторые проявления преморбидно существующих симптомов психических расстройств [1–3].

Однако в дальнейшем, с накоплением и углублением знаний, точка зрения на беременность как фактор, благоприятный в отношении психического состояния женщин, претерпела значительные изменения. Многие исследователи полагают, что этот период в жизни женщины и происходящие в ее организме изменения могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых психических нарушений, вплоть до острых психических расстройств [4–7].

На основании клинических наблюдений и ряда научных исследований доказано негативное влияние психоэмоциональных и пси-

хических расстройств на течение беременности и дальнейший ее исход [2; 4–6].

Исследования в области изучения психологических особенностей беременных указывают на наличие компенсаторного психовегетативного синдрома у женщин с физиологической беременностью. Синдром проявляется сниженным настроением, усложненной психологической адаптацией, эмоциональной неустойчивостью [8; 9]. Н. Мамелле с соавторами считают, что беременность находится на границе нормы и психической патологии [10]. И действительно, многие женщины отмечают определенные изменения в самочувствии (так называемую психосоматическую реакцию на беременность), соответствующие клиническому проявлению астеничного симптомокомплекса. Беременность – это состояние, которое является полностью физиологичным не только с точки зрения физиологических изменений, но и с точки зрения изменений социального, семейного и общественного статуса.

Беременность и состояние после родов – это периоды, когда чаще всего происходят психические нарушения, требующие специального лечения. Выраженность и степень проявления расстройств зависят от семей-

ных, социальных, этнических, общекультурных факторов, а также от личностных особенностей матери [8; 11].

Среди психических нарушений во время беременности чаще всего встречаются невротические, тревожные и депрессивные расстройства. Психозы во время беременности отмечаются значительно реже, чем в послеродовом периоде. Ведущее место среди не психотических расстройств занимают личностные особенности, соединенные с мотивацией к деторождению, уровнем личностной тревожности, особенностями течения беременности и предыдущим акушерским опытом [5; 12].

Научными исследованиями установлено, что у женщин с патологическим течением беременности отмечаются специфические эмоционально-личностные характеристики, акцентуации характера, неадекватная самооценка, специфическая ценностная ориентация; возникают нарушение самоконтроля и трудности в межличностных отношениях. Наиболее глубоко были изучены эмоционально-личностные характеристики женщин с усложненной беременностью – повышенная ситуативная и личностная тревожность, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, эмоциональная напряженность, низкая стрессоустойчивость [5; 12–16].

Цель и задачи исследования

Цель исследовательской работы заключалась в изучении вариабельности акцентуаций характера у женщин с патологией беременности, которые находились на стационарном лечении по поводу своего состояния.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе роддома № 5 г. Одесса. Всего в исследовании принимали участие 227 женщин в третьем триместре беременности, из них 150 пациенток в возрасте от 16 лет до 41 года, находившихся на стационарном лечении, вошли в экспериментальную группу. Средний возраст обследуемых составил 27,47 лет (стандартное отклонение 5,35). В контрольной группе – 77 женщин в возрасте от 20 до 37 лет, посещавших курсы подготовки к родам. Средний возраст – 28,91 года (стандартное отклонение – 3,86). Для изучения социально-демографического статуса беременных женщин была разработана социально-демографическая анкета.

Все участницы исследования прошли клинико-психологическое обследование. Кроме этого, в работе были использо-

ваны определенные психодиагностические методы. Для изучения индивидуально-личностных характеристик беременных применялся стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Л. Н. Собчик и методика цветочных выборов М. Люшера (8-цветовая модификация). Для исследования влияния пребывания на стационарном лечении на эмоциональную сферу женщины применялась шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина и методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (адаптация Т. И. Балашовой). Исследование подсознательного восприятия женщинами с патологией беременности своего будущего ребенка, семьи и предстоящих родов проводилось с помощью цветового теста отношений А. М. Эткинда.

Результаты исследования и их обсуждение

Причиной неустойчивости эмоционального фона у женщин с патологией беременности могут стать как негативные, так и позитивные события и изменения в жизни. У данной категории пациенток выражено стремление подражать в своем поведении социально одобряемым стереотипам. Также у них более выражены ипохондрические тенденции, и среди них – тревога, проявляющаяся в виде обеспокоенности за собственное здоровье.

Для понимания особенностей реагирования каждой конкретной женщины на свое состояние необходимо принимать во внимание ее характерологический тип. Однако следует учитывать тот факт, что личность, как правило, сочетает в себе два и более характерологических радикала. В результате нашего исследования было выявлено, что у подавляющего большинства женщин во время беременности обнаруживаются те или иные акцентуации характера. У пациенток, которые находились на стационарном лечении, были выявлены следующие варианты акцентуации характера.

■ **Гипертимный тип** диагностирован у 32 беременных (21,33%). Такая акцентуация характеризуется преобладанием повышенного тона настроения, высоким жизненным тонусом, брызжущей энергией, неудержимой активностью. Такие люди стремятся к лидерству, им свойственен авантюризм. Необходимо насторожено относиться к их необоснованному оптимизму и переоценке своих возможностей.

При беременности гипертимные черты проявляются в эйфорическом типе отношения к собственному состоянию. Женщина всецело воодушевлена и вдохновлена своим положением. Все трудности и осложнения в результате такого эмоционального подъема могут остаться не замеченными или отрицаться. При возникновении каких-либо проблем, осложнений течения беременности они застают женщину врасплох, воспринимаются чрезмерно эмоционально, но теперь уже их тяжесть преувеличивается. За помощью к врачам они обычно обращаются, но не ко всем советам прислушиваются, не все рекомендации выполняют или делают это недобросовестно. Часто собирают мнения нескольких врачей, требуют консультации профессоров.

Трудности, связанные с родами, послеродовым периодом, заботы о малыше также оказываются для женщины с акцентуацией такого типа неожиданно удручающими. Потому что будущее они видят только в розовом цвете, уверены в благополучном исходе родов, и столкновение с реальностью становится для них тяжелым испытанием. В отличие от обычного хорошего настроения, способствующего адекватной оценке происходящего, эйфория делает беременных женщин нечувствительными к объективной реальности.

...*Х., 28 лет.* Не работает, образование среднее. Замужем 8 лет, имеет 4-х дочерей. Поступила в наблюдательное отделение на 36-й неделе беременности. В женской консультации не наблюдалась. Родоразрешение предыдущих беременностей происходило путем кесарева сечения. В роддом привез муж, который в приемном покое проявлял большую активность. В ходе беседы с *Х.* была выявлена жизнеутверждающая жизненная позиция. *Х.* активно шла на контакт в те моменты, когда речь заходила о детях. Избегала разговора о своем состоянии здоровья, была уверена в благополучном исходе беременности, считая себя абсолютно здоровой, хотя объективного подтверждения этому не было. В ходе беседы также было выяснено, что *Х.* целиком посвящает себя своей достаточно многочисленной семье. По-русски говорит с трудом. Все решения принимает муж, и рискованная беременность продиктована его желанием иметь сына. *Х.* была успешно проведена сложнейшая операция кесарева сечения, в ходе которой на свет появился мальчик.

■ **Возбудимый (или импульсивный) тип** акцентуации характера обнаружен у 22 женщин (14,67%), находящихся на стационарном лечении. Личности данного типа отличаются неустойчивостью в эмоциональной сфере, импульсивностью в действиях, низким самоконтролем, повышенной склонностью к агрессивным вспышкам. Также данный тип акцентуации характеризует мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил (даже в ущерб делу), педантизм, что обычно рассматривается как компенсация собственной инертности. Они пунктуальны, тщательны и внимательны к своему здоровью. Женщины данного склада характера очень активны, добросовестно выполняют все предписания по беременности. Однако ригидность мышления и склонность к резким аффективным реакциям может негативно отразиться на динамике родовой деятельности.

...*Е., 29 лет.* Находилась на лечении в дневном стационаре по поводу дисфункции плаценты. Замужем, есть старший ребенок. Высокого роста, атлетического телосложения. Общительна с соседками по палате, активно делится своим опытом материнства. *Е.* директивна в своем поведении, деятельна. Если что-то не по ней, проявляет аффективные разряды. На предложение пройти тестирование ответила сначала отказом, но затем согласилась. В беседе обнаруживает недоверие, готовность к реакции раздражения. Решительна в действиях: находясь под капельницей, самовольно открыла ее максимально, чтобы, по ее словам, быстрее уйти. На замечание, что это может быть вредно, ответила аффективным разрядом. Своим возмущением мотивировала отсутствием времени и обвиняла персонал в том, что те не понимают, как ей некогда. Внимательно выслушав все ее претензии, *Е.* было предложено продолжить беседу, от чего она отказалась. Родоразрешение прошло путем кесарева сечения.

■ **Психастенический (или тревожный) тип** акцентуации характера был выделен у 17 беременных (7,33%). Эта акцентуация характеризуется нерешительностью, тревожной мнительностью, боязливостью и склонностью к сомнениям. Личности такого типа склонны к самокопанию и самобичеванию. Они мнительны и впечатлительны, в силу чего сомнения и опасения приобретают болезненную навязчивость. Беременные

проявляют повышенную тревожность по поводу здоровья – своего или будущего ребенка. При наличии патологии такая тревога может быть вполне оправданной. Однако опасения, связанные со здоровьем, могут приобретать и характер навязчивости, особенно, если сотрудники отделения пренебрегают правилами медицинской этики. Негативное психогенное воздействие на пациенток этого типа может оказать и неограниченная доступность медицинской информации в интернете.

Женщины психастенического склада педантично и скрупулезно выполняют назначения врача, придерживаются всех рекомендаций. Они постоянно охвачены тревогой по поводу предстоящих родов, что может вызывать трудности в родовой деятельности. Психастенические черты заостряются в результате потери беременности, и каждая последующая неудачная беременность все более и более усугубляет тревогу. И это может вызвать формирование психастенического типа даже у женщин, не имеющих в преморбиде высокого уровня тревожности. Особенно критичным является срок беременности, при котором была потеряна предыдущая беременность.

...Л., 37 лет. Замужем. Хрупкая и женственная, внешность достаточно яркая и привлекающая внимание. Срок беременности – 27–28 недель. Находится на стационарном лечении с 10-й недели беременности. Данные анамнеза указывают на привычное невынашивание. Данная беременность 7-я по счету. Предыдущие 6 закончились неудачно (1 внематочная беременность, 2 самопроизвольных аборта; 1 роды до срока (двойня после ЭКО); 2 случая замершей беременности). Текущая беременность также появилась с помощью ЭКО, ожидается двойня. У Л. диагностированы антифосфолипидный синдром и низкая плацентация.

Работа Л. связана с телевидением. Отношения с мужем теплые и нежные. Опекать супруга ощущалась сразу при попадании в индивидуальную палату Л. Он позаботился о наличии множества полезных и привычных для пациентки вещей, делающих ее пребывание в больнице максимально комфортным: от книг и журналов – до телевизора, электрочайника и видеопроигрывателя; везде развешаны фотографии маленьких детей.

В ходе беседы Л. проявила себя как тонкая и образованная личность, заинтересовалась тестированием, задавала множество вопросов. Затем речь зашла о том, что ей сложно быть вне дома; рассказала, что она мучительно страдает от навязчивой тревоги и страха в очередной раз потерять беременность. Эмоциональные переживания, связанные с волнением за собственное здоровье и здоровье будущих детей, были постоянными и гнетущими. У Л. диагностировано развитие психастенического типа акцентуации, возникшей в результате длительной психотравмирующей ситуации привычного невынашивания. В преморбиде умеренная тревожность была проявлена в рамках колебаний настроения. Психологическая поддержка и участие в сложной ситуации помогли Л. избавиться от эмоционально-психологического напряжения и настроили ее на положительный исход беременности.

■ **Гипотимный (или дистимный) тип акцентуации** выделен у 16 беременных (10,67%). Противоположный гипертимному, гипотимный (дистимный) тип характеризуется преобладанием легкой грусти и печали в эмоциональной сфере. Поведение отличается пассивностью и медлительностью. Женщина с такими чертами замкнута, пассивна, пессимистически настроена, и беременность воспринимается ею больше как негативное событие. Женщину сопровождают тяжелые мысли, страх за свое здоровье и благополучие ребенка, но, в отличие от ипохондрии, эти мысли связаны с пессимистическим отношением к действительности в целом.

■ **Застревающий тип акцентуации** характера зарегистрирован у 14 беременных (9,33%). Характерной чертой такого типа акцентуации являются относительно продолжительные аффективные состояния (кратковременные сильные эмоциональные переживания). Люди такого типа как бы «застревают» на определенных мыслях и переживаниях, особенно когда задеты их гордость, самолюбие и чувство собственного достоинства. К типичным качествам относятся упорство в достижении поставленных целей и способность длительно находиться в состоянии волевого напряжения; часто предъявляют повышенные требования не только к другим, но и к себе.

Беременные с застревающим типом акцентуации мнительны, чувствительны к

мнению окружающих. Им присущ педантизм и аккуратность в соблюдении рекомендаций и наставлений врача, чье мнение является для них авторитетным. Также было выявлено, что во время родов у женщин застревающего типа акцентуации характера чаще возникают осложнения. Это напрямую связано с недостаточной эмоциональной гибкостью, которая отрицательно влияет на родовую деятельность, особенно при внезапно меняющейся ситуации.

■ **Шизоидный тип** выделен у 11 женщин (7,32%), которые находились на стационарном лечении. Такой тип проявляет себя интровертированностью, разной степени замкнутостью и погруженностью в собственный мир, а также отгороженностью от других. Основой шизоидного радикала является психоэстетическая пропорция, сочетание черт чрезмерной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии) [5]. По преобладанию гиперестетических или анестетических элементов в структуре шизоидного радикала принято выделять два крайних типа, соединенных между собой широкой гаммой переходных вариантов. Так, чувствительные шизоиды – это мимозоподобные, гиперестетические, с преобладанием астенического аффекта; экспансивные шизоиды – холодные, иногда даже тупые личности с преобладанием стенического аффекта.

Так как у шизоидной личности ослаблена связь с телесностью, а внимание направлено на собственные внутренние переживания, беременность проходит как бы незаметно для них. У женщин такого склада происходит поздняя идентификация своего состояния. Они достаточно холодно отзываются о будущем ребенке, а в дальнейшем проявляют материнские чувства сообразно своей внутренней организации. Замкнутость и своеобразный взгляд на действительность могут вызывать трудности при налаживании контакта с беременной.

Грубое и невежественное отношение к женщине чувствительного склада, непременно вызовет очень болезненную реакцию, что может вызвать ухудшение ее состояния. Поэтому контакт с беременными с шизоидными чертами характера необходимо налаживать особенно осторожно и тактично.

...С., 16 лет. Находилась на стационарном лечении по поводу угрозы преждевременных родов. Срок беременности – 22 недели. На момент обследования училась в

средней в школе. Проживала совместно с отцом будущего ребенка у его родителей. Маленького роста. Худощавого телосложения, даже несмотря на беременность. В палате лежала лицом к стене. Пройти тестирование согласилась, хотя предложение восприняла настороженно. В ходе беседы выявлена склонность к фантазированию, отрыв от реальности. Подчеркнула, что ребенок желанный и запланированный в 9-м классе от любимого человека, с которым они живут вместе. Однако эти отношения не воспринимают всерьез родители мужа, особенно свекровь, с которой нет взаимопонимания. В дальнейшем С. отметила, что согласилась лечь в отделение патологии беременности, чтобы избежать конфликтов дома. Учебой не заинтересована. Тревожится о своем здоровье, напряженная ситуация дома ее гнетет. О будущем говорит неопределенно. В ходе тестирования были выявлены чувствительно-шизоидные черты, уход от реальности. Подобный клинический случай требует дифференциально-клинической настороженности, выявленные особенности могут свидетельствовать о более серьезной патологии.

■ **Демонстративный тип** акцентуации отмечен у 9 беременных (6%). Это личности, главной чертой которых является эгоцентризм, желание быть в центре внимания как объект восхищения, почитания, а также сочувствия. Демонстративное поведение проявляется во внешности (яркие или экстравагантные наряды, прически, макияж), жестах, эпатажных поступках. Демонстративные личности не живут, а играют роль. И все их поведение направлено на привлечение внимания к своей особе.

Беременность у женщин такого типа – повод привлечь внимание к себе. Едва узнав о своем положении, женщина сразу об этом заявляет и требует от всех окружающих особого внимания. Беременность становится средством манипулирования окружающими. Декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, недомогания агравируются, трудности преувеличиваются.

Особенно опасен для таких пациенток период после рождения ребенка, когда фокус внимания окружающих смещается на новорожденного, а женщина должна выполнять ежедневную монотонную работу по уходу. Это очень сложно для описываемого типа личности, и при недостаточной поддержке близких возможно появление конверсион-

ной симптоматики. Поскольку демонстративные личности часто поверхностны и эгоцентричны, роженицы именно такого склада могут отказываться от ребенка.

...К., 21 год. Поступила в роддом на роды. В женской консультации не наблюдалась. Сразу после рождения ребенка сказала медицинскому персоналу о намерении отказаться от малыша. Находилась в общей палате отдельно от ребенка. Кроме К., здесь было еще четыре женщины с детьми. Лежала неподвижно, повернувшись лицом к стене. Обстановка в палате свидетельствовала, что окружающие осуждают ее поступок и на К. осуществляется моральное давление. На беседу вышла по направлению психолога, но ограничилась лишь формальным заполнением анкеты. Внешность яркая: пышные, уложенные в прическу волосы, перманентный макияж, яркий халат. К. проявила общительность, однако в ее словах чувствовались демонстративность и фальшь, стремление произвести благоприятное впечатление. Она всех уверяла, что заберет ребенка потом, однако не только не посещала его, но даже не интересовалась его состоянием. Необходимость оставить ребенка мотивировала строгостью родителей и желанием получить образование. При попытке найти родителей выяснилось, что она приехала из другого города.

По словам К., беременности она не замечала и не испытывала дискомфорта в то время, однако воспоминания у нее негативные. В течение всего разговора К. улыбалась, что не отвечает сложившейся ситуации. При этом жаловалась на боли в сердце и периодическую нехватку воздуха (при волнении). В ходе дальнейшей беседы и тестирования у К. было обнаружено снижение общего эмоционального фона. Однако такая картина сформировалась, скорее всего, из-за общего эмоционального давления на К. Отказавшись от новорожденного, она создала стрессовую ситуацию не только для себя, но и для соседок по палате.

Материнский инстинкт является одним из самых сильных, и отказаться от собственного ребенка могут личности крайне деформированные, заикленные на себе, эмоционально безразличные. Личностям демонстративного склада свойственно примерять на себя разные роли. Это необходимо им, чтобы «вписать» в социаль-

но приемлемые рамки свою внутреннюю пустоту и эгоцентризм. В данном случае К. играла роль «тени» – она старалась быть доброжелательной и незаметной, чтобы формально отбыть время, необходимое для восстановления после родов. Как только появилась возможность уйти, К. покинула роддом.

Выводы

Во время исследования выявлены наиболее распространенные типы акцентуаций характера среди женщин с патологией беременности: гипертимный, возбудимый, дистимный, застревающий и демонстративный. Изучение и понимание сути характерологических черт женщин индивидуализирует психологическую помощь беременным. Происходит это за счет того, что у психолога роддома появляется возможность при налаживании психотерапевтического контакта с пациентками (и во время индивидуального консультирования, и на групповых занятиях) как бы подстраиваться под характерологические особенности каждой женщины.

Акушерам-гинекологам (и особенно – в случаях патологии) приходится сталкиваться с проблемами, которые выходят за границы их профессиональной компетенции, однако оказывают непосредственное влияние на течение и исход беременности. Каждую женщину отличают не только соматическое состояние, но и особый склад личности (а в некоторых случаях – определенное психическое расстройство) и социальное положение. В силу перечисленных причин переживания пациенток во время беременности всегда очень индивидуальны, и акушерам-гинекологам необходимо учитывать эти особенности.

Развитие современной медицины и психологии указывает на то, что многие задачи решаются более эффективно, если используются одновременно знания и опыт врачей разной специализации. Достаточный уровень подготовленности медиков, умение распознавать и дифференцировать особенности акцентуаций характера, а также невротические и аффективные расстройства, позволят вовремя привлечь врачей соответствующего профиля для лечения патологий беременности. Последующее совместное со специалистами психологической службы ведение таких пациенток значительно увеличит эффективность родовспоможения.

Литература

1. Молохов А. Н. Очерки гинекологической психиатрии / А. Н. Молохов. – Кишинев, 1962. – 137 с.
2. Перинатальная психология и психиатрия. В 2 т. / под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. – М. : Академия, 2009. – 304 с.
3. Филипова Г. Г. Психология материнства / Г. Г. Филипова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2010. – 234 с.
4. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. – СПб., 2001. – 320 с.
5. Простомолотов В. Ф. Пограничные психические расстройства у женщин / В. Ф. Простомолотов // Пограничная психиатрия : учебное пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – Одесса : ВМВ, 2016. – 456 с.
6. Спивак Л. И. Нервно-психические расстройства при беременности и в родах / Л. И. Спивак, И. Ю. Щеглова, Д. Л. Спивак. – СПб., 1998. – 56 с.
7. Lederman R. Psychosocial adaptation to pregnancy / R. Lederman, K. Weis – 3rd ed. – New York : Springer, 2011. – 324 p.
8. Волков А. Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец. 14.00.01 / А. Е. Волков. – Ростов н/Д, 1995. – 23 с.
9. Купченко В. Е. Самосознание и эмоциональное состояние женщины в период беременности / В. Е. Купченко // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. – № 1. – С. 48–59.
10. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor – the benefits of psychological support / N. Mamelle, M. Sequeilla, F. Munoz, [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol. 177, № 4. – P. 947–952.
11. Рыжков В. Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 19.00.04 / В. Д. Рыжков. – СПб., 1992. – 17 с.
12. Пономарева А. Ф. Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с пограничной психической патологией / А. Ф. Пономарева, В. Ф. Простомолотов // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2004. – С. 613–616
13. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / А. С. Батуев, О. Н. Безрукова, А. Г. Кошавцев [та ін.]. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2007. – 374 с. – (Биосоциальная природа материнства и раннего детства.)
14. Простомолотов В. Ф. К вопросу о психической профилактике в акушерстве в случаях пограничной психической патологии / В. Ф. Простомолотов, А. Ф. Пономарева // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2004. – С. 629–632.
15. Филиппова Г. Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности / Г. Г. Филиппова, И. Н. Черткова, И. М. Сапарова, М. В. Антонов, О. А. Соколова, А. В. Рябухина, Ю. В. Пашкова, Ю. А. Николаева // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4–5. – С. 64–82.
16. Чеботарева И. С. Эмоционально-личностные особенности беременных женщин и динамика их изменений в процессе позитивной психотерапии : дис. канд. псих. наук : 19.00.01 / И. С. Чеботарева. – Казань, 2001. – 203 с.

References

1. Molokhov A. N. Ocherki ginekologicheskoy psikiatrii [Essays gynecological Psychiatry]. Chisinau, 1962, 137 p. (In Russ.)
2. Perinatal'naya psikhologiya i psikiatriya [pod red. N. N. Volodina, P. I. Sidorova] [Perinatal Psychology and Psychiatry [ed. N. N. Volodin, P. I. Sidorov]]. Moscow, Academy Publ., 2009, 304 p. (In Russ.)
3. Filippova G. G. Psikhologiya materinstva [Psychology of motherhood]. Moscow, Publishing House of the Institute of Psychotherapy, 2010, 234 p. (In Russ.)
4. Abramchenko V. V. Psikhosomaticheskoe akusherstvo [Psychosomatic obstetrics]. St. Petersburg, 2001, 320 p. (In Russ.)
5. Prostomolotov V. F. Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva u zhenshchin [Borderline mental disorders in women]. Pogranichnaya psikiatriya [Uchebnoe posobie] [Border Psychiatry [Tutorial]], 2nd ed., Odessa, VMV Publ., 2016, 456 p. (In Russ.)
6. Spivak L. I., Shcheglova I. Yu., Spivak D. L. Nervno-psikhicheskie rasstroystva pri beremennosti i v rodakh [Neuropsychiatric disorders during pregnancy and childbirth]. St. Petersburg, 1998, 56 p. (In Russ.)
7. Lederman R., Weis K. Psychosocial adaptation to pregnancy. 3rd ed. New York, Springer, 2011, 324 p.
8. Volkov A. E. Psikhosomaticheskije sootnosheniya pri fiziologicheskoy beremennosti i pri beremennosti, oslozhennoy pozdnim gestozom : avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk : spetsial'nost' 14.00.01 [Psychosomatic relations in physiological pregnancy and pregnancy complicated by preeclampsia later: the thesis abstract on competition of a scientific degree of candidate of psychological sciences: specialty 14.00.01]. Rostov-on-Don, 1995, 23 p. (In Russ.)
9. Kupchenko V. E. Samosoznanie i emotsional'noe sostoyanie zhenshchiny v period beremennosti [Self-awareness and emotional state of women during pregnancy]. Perinatal'naya psikhologiya i psikhologiya roditel'stva [Perinatal Psychology and Psychology of Parenthood], 2008, no. 1, pp. 48-59. (In Russ.)
10. Mamelle N., Sequeilla M., Munoz F. [et al.] Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor – the benefits of psychological support. Am. J. Obstet. Gynecol., 1997, vol. 177, no. 4, pp. 947-952.
11. Ryzhkov V. D. Kliniko-psikhologicheskije osobennosti astenicheskikh sostoyaniy u beremennykh zhenshchin, ikh psikhoterapiya i farmakoterapiya : avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk : spetsial'nost' 19.00.04 [Clinico-psychological features of asthenic conditions in pregnant women, their psychotherapy and pharmacotherapy: the thesis abstract on compe-

tition of a scientific degree of candidate of medical sciences: specialty 19.00.04]. St. Petersburg, 1992, 17 p. (In Russ.)

12. Ponomareva A. F., Prostromolotov V. F. Techenie beremennosti, rodov i poslerodovogo perioda u zhenshin s pogranichnoy psikhicheskoy patologiyey [The course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with borderline mental disorders]. Zbirnyk naukovykh prac' Asotsiatsii' akusheriv-ginekologiv Ukrainy [Proceedings of the Association of Obstetricians and Gynecologists Ukraine]. Kyiv, Intermed Publ., 2004, pp. 613-616. (In Russ.)

13. Batuev A. S., Bezrukova O. N., Koshchavtsev A. G. [et al.] Biosotsial'naya priroda materinstva i rannego detstva [Biosocial nature of motherhood and childhood]. St. Petersburg, Publishing house of the St. Petersburg State University, 2007, 374 p. (In Russ.)

14. Prostromolotov V. F., Ponomareva A. F. K voprosu o psikhicheskoy profilaktike v akusherstve v sluchayakh pogranichnoy psikhicheskoy patologii [Prostromolotov V. F., Ponomareva A. F. K voprosu o psikhicheskoy profilaktike v akusherstve v sluchayakh pogranichnoy psikhicheskoy patologii]. Zbirnyk nau-

kovykh prac' Asotsiatsii' akusheriv-ginekologiv Ukrainy [Proceedings of the Association of Obstetricians and Gynecologists Ukraine]. Kyiv, Intermed Publ., 2004, pp. 629-632. (In Russ.)

15. Filippova G. G., Chertkova I. N., Saparova I. M., Antonov M. V., Sokolova O. A., Ryabukhina A. V., Pashkova Yu. V., Nikolaeva Yu. A. Issledovanie psikhologicheskikh osobennostey perezhivaniya beremennosti u zhenshin s patologiyey beremennosti [Research of psychological features of the experience of pregnancy in women with abnormal pregnancy]. Zhurnal prakticheskogo psikhologa [Practical Psychology Journal], 2003, no. 4-5, pp. 64-82. (In Russ.)

16. Chebotareva I.S. Emotsional'no-lichnostnye osobennosti beremennykh zhenshin i dinamika ikh izmeneniy v protsesse pozitivnoy psikhoterapii : dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk : spetsial'nost' 19.00.01 [Emotionally-personal features of pregnant women and dynamics of their changes in the process of positive psychotherapy: the dissertation for the degree of candidate of psychological sciences: specialty 19.00.01]. Kazan, 2001, 203 p. (In Russ.)

ДО ПИТАННЯ ПРО ВАРИАБЕЛЬНІСТЬ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ

О. В. Боднар

Інститут інноваційної та післядипломної освіти
Одеського національного університету імені І. І. Мечникова,
м. Одеса, Україна

У статті розглядаються варіанти акцентуацій характеру у жінок з патологією вагітності. До сьогодні немає єдиної думки науковців стосовно впливу вагітності на індивідуально-психологічні особливості жінки. В одних випадках вагітність і пологи можуть бути ресурсом для розвитку особистості майбутньої матері, а в інших можуть стати провокуючою обставиною у розвитку прихованих психологічних порушень, аж до розвитку гострих психічних порушень. На підставі клінічного спостереження і психологічного тестування нами було окреслено психологічні ознаки перебігу вагітності залежно від характерологічних особливостей жінок з патологією вагітності. Були виявлені найбільш розповсюджені типи акцентуації характеру у цієї категорії жінок, а саме: гіпертимний, збудливий, дістимний, педантичний і демонстративний. Наведено результати клінічних спостережень за жінками з патологією вагітності, в яких виявлена особистісна дезадаптація.

Ключові слова: вагітність, акцентуації характеру, особистісна дезадаптація.

REFERRING TO THE MATTER OF VARIABILITY OF TRAITS ACCENTUATION OF WOMEN HAVING PREGNANCY PATHOLOGIES

O. V. Bodnar

Institute of Innovative and Postgraduate Education
of Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine

This present article discusses the options of character accentuation of women with complication of pregnancy. In some cases, pregnancy and childbearing are regarded as a resource for personal development, while others may be provoking circumstance in the development of already existing hidden psychological disorders up to the development of acute mental disorders. There has not been yet found a consensus on the impact of pregnancy on the psychological status of women. According to the clinical observation and psychological testing there have been described psychological peculiarities of pregnancy depending on personality traits. There have been identified the most common variants of accentuation of personality traits of women with complication of pregnancy: hyperthymic, irritable, distimic, pedantic and demonstrative type. There have been given the results of clinical observations of women with complication of pregnancy in which the personality disadaptation.

Key words: pregnancy, trait accentuation, personal disadaptation.

Боднар Елена Владимировна – аспирантка, Інститут інноваційного і послєдипломного образования Одесского національного університета імені І. І. Мечникова, г. Одесса, Україна; e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.

Боднар Олена Володимирівна – аспірантка, Інститут інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна; e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.

Olena Bodnar – postgraduate student, Institute of Innovative and Postgraduate Education of Mechnikov Odesa National University, Odesa, Ukraine; e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.



С. Ю. Глаголич

УДК 159.972:159.922.2:616-092.12:159.913:616-084

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ У ВОЛОНТЕРІВ, ДІЯЛЬНІСТЬ ЯКИХ ПОВ'ЯЗАНА ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ВІЙСЬКОВИХ У ЗОНІ АТО

С. Ю. Глаголич

Закарпатський обласний наркологічний диспансер, м. Ужгород, Україна

Анотація.

Волонтери, особливо під час збройного протистояння, перебувають в екстремальній, стресогенній ситуації, і через це з'являється ймовірність формування психічної та психосоматичної дезадаптації. У зв'язку з цим було досліджено психологічний стан волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових у зоні АТО. Під час дослідження в них виявлено ознаки дезадаптації різного ступеня вираженості та встановлено їхні клініко-соціальні особливості залежно від соціально-демографічних показників. Для розуміння патогенезу та виділення мішеней психокорекції проведено аналіз клінічного змісту виявлених дезадаптивних проявів у обстежених. Така оцінка дозволила встановити більшу вираженість симптомів у окремих вікових групах та виявити психофізіологічні детермінанти дезадаптивних станів у волонтерів залежно від статі, рівня освіти та сімейного стану. Отримані дані були враховані нами під час розробки заходів психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових у зоні АТО.

Ключові слова: волонтери, АТО, психологічна дезадаптація, професійна дезадаптація

Вступ

За українським законодавством, волонтерство – добровільна, соціально спрямована неприбуткова діяльність, що здійснюється шляхом надання безоплатної допомоги. А волонтер – це вмотивована фізична особа, яка, виходячи з власних переконань, займається цією важливою суспільно-корисною справою [1].

Елементи ризику волонтерства пов'язані з особливостями контакту з людськими стражданнями і втратами. Ця загроза значно зростає у кризові періоди життя суспільства, коли кількість людей, що потребують допомоги, суттєво збільшується. А за умови збройного конфлікту волонтерство супроводжується й додатковим фізичним, психологічним та емоційним навантаженням, суттєвою зміною ритму життя, а подекуди – ризиком для життя. Все це в цілому характеризує волонтерську діяльність лікаря як екстремальну, стресогенну, таку, що приховує в собі небезпеку формування психічної та психосоматичної дезадаптації [2; 3].

За даними дослідження, проведеного наприкінці листопада 2014 року компанією JFK, протягом 2014 р. до волонтерської діяльності було залучено 23,00 % населення України. Основним напрямком діяльності в 2014 р. була допомога українській армії та пораненим – цим займалися 70,00 % волонтерів [4].

Потужне залучення українців до благодійності та волонтерства відобразило

ся й у світовому рейтингу благодійності, що формується британською організацією Charity Aid Foundation. За його результатами, у 2015 р. Україна посіла 89 місце у розрізі трьох напрямів, за якими проводиться рейтинг, – це допомога потребуючим, грошові пожертви та волонтерство. Найбільша частина благодійних внесків була спрямована на підтримку армії, в тому числі – й на допомогу пораненим. Однак за рівнем волонтерства в Україні відбулося значне зниження кількості осіб, які жертвували свій час – із 26,00 % в 2014 р. до 13,00 % в 2015 році [5].

В існуючих умовах, враховуючи кількість залучених до волонтерства громадян України та невизначеність термінів тривання гострої кризової ситуації в країні, поняття дезадаптації у визначеній діяльності набуває все більшого значення і тому потребує вивчення.

Мета дослідження

Метою роботи було дослідження клініко-соціальних особливостей дезадаптивних станів у волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових у зоні АТО. Робота проводилася задля розуміння патогенезу та виділення мішеней психокорекції у волонтерів.

Матеріали та методи дослідження

Усього було обстежено 147 осіб, які не менше одного року займалися волонтерською діяльністю, пов'язаною із забезпечен-

ням військових у зоні АТО. Серед обстежених превалювали жінки – 108 осіб (73,46% від загальної кількості), середній вік – $28,02 \pm 4,33$ років; чоловіків – 39 (26,53%), середній вік – $30,79 \pm 4,57$ років.

Для оцінки проявів дезадаптації було використано опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації (ПД)» О.Н.Родіної в адаптації М.А.Дмитрієвої. За його допомогою визначається порушення рівноваги між людиною та професійним середовищем, а також виникнення дезадаптивних станів та їх варіативний ступінь вираженості: від легких порушень у встановленні рівноваги з професійним середовищем – до станів, при яких необхідне втручання спеціалістів для зниження негативного ефекту [6].

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті вивчення наявності та рівня вираженості ПД, серед обстежених було виділено дві групи:

– перша група (Г1) – 104 особи (70,75% від загальної кількості), з них 79 (75,96%) жінок і 25 (24,03%) чоловіків. Це група умовної норми, у представників якої виявлені незначні порушення, що не досягали клінічного рівня;

– друга група (Г2) – 43 особи (29,25% від загальної кількості), серед них 29 (67,44%) жінок і 14 (32,56%) чоловіків. У них виявлено явища або ознаки дезадаптації.

Порівняльний аналіз основних соціально-демографічних параметрів обстежених (табл. 1) показав ось що, у Г1, з низьким рівнем дезадаптації ($n=104$), кількість жінок складала 79 (75,96%), чоловіків – 25 (24,04%), тоді

як в Г2, з наявними явищами дезадаптації різного рівня, відсоток жінок був дещо нижчим – 29 (67,44%), а чоловіків – вищим, 14 (32,56%).

За рівнем освіти в Г1 переважали особи з вищою освітою – 56,73%, з середньою спеціальною – 28,85% та з середньою – 14,42%. Але в цілому в Г2 відсоток обстежених з вищою та середньою спеціальною освітою був дещо вищим – 62,79% та 32,56% відповідно. А от осіб із середньою освітою в Г2 було лише 4,65%.

За сімейним станом опитувані розподілились наступним чином. В Г1 одружених було 48,08%, не одружених – 27,88%, розлучених – 24,04%. В Г2 одружених – 46,51%, не одружених – 20,93% і дещо вищий порівняно з Г1 відсоток розлучених – 32,56%.

Аналіз клінічного змісту виявлених дезадаптивних проявів у обстежених дозволив здійснити ранжування за вираженістю ознак дезадаптації (табл. 2).

У Г1, у представників якої виявлені незначні порушення, встановлено підвищення вираженості ознак, які належать до сфери емоційних порушень (5,74 бали) та особливостей соціальної взаємодії (4,65). Зокрема, найчастіше опитувані відзначали зростання дратівливості, колювання настрою, сварки з рідними та колегами, зниження здатності отримувати задоволення, появу симптомів унікаючої поведінки, незначні розлади сну (порушення засинання), зниження працездатності; натомість соматовегетативні порушення слабо виражені ($p < 0,01$). Волонтери з низьким рівнем дезадаптації були комунікабельними, менш

Таблиця 1

Розподіл обстежених за соціально-демографічними показниками

Показник	Г1 (n=104)		Г2 (n=43)		Разом	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Гендерний розподіл						
Жінки	79	75,96	29	67,44	108	73,47
Чоловіки	25	24,04	14	32,56	39	26,53
Разом	104	100,00	43	100,00	147	100,00
Розподіл за освітою						
Вища	59	56,73	27	62,79	86	58,50
Середня спеціальна	30	28,85	14	32,56	44	29,93
Середня	15	14,42	2	4,65	17	11,56
Разом	104	100,00	43	100,00	147	100,00
Розподіл за сімейним станом						
Не одружені	29	27,88	9	20,93	38	25,85
Одружені	50	48,08	20	46,51	70	47,62
Розлучені	25	24,04	14	32,56	39	26,53
Разом	104	100,00	43	100,00	147	100,00

Таблиця 2

Середня вираженість ознак ПД залежно від її рівня

Рівень дезадаптації	Ознаки дезадаптації	Середній бал
Низький (n=104)	емоційні порушення	5,74
	особливості соціальної взаємодії	4,65
	зниження мотивації	2,87
	відчуття втоми	2,64
	порушення сну	2,03
	зниження загальної активності	2,00
	соматовегетативні порушення	0,57
	особливості окремих психічних процесів	0,23
	загальний середній бал (0–32)	20,73
Помірний (n=25)	емоційні порушення	9,32
	особливості соціальної взаємодії	8,68
	зниження мотивації	6,76
	відчуття втоми	8,08
	порушення сну	11,20
	зниження загальної активності	5,80
	соматовегетативні порушення	2,72
	особливості окремих психічних процесів	1,84
	загальний середній бал (32–64)	54,40
Виражений (n=9)	емоційні порушення	9,11
	особливості соціальної взаємодії	11,78
	зниження мотивації	6,67
	відчуття втоми	8,67
	порушення сну	15,67
	зниження загальної активності	8,56
	соматовегетативні порушення	7,67
	особливості окремих психічних процесів	4,89
	загальний середній бал (65–95)	73,00
Високий (n=9)	емоційні порушення	12,22
	особливості соціальної взаємодії	15,89
	зниження мотивації	6,33
	відчуття втоми	10,78
	порушення сну	14,00
	зниження загальної активності	7,67
	соматовегетативні порушення	25,78
	особливості окремих психічних процесів	5,67
	загальний середній бал (>95)	98,33

конфліктними і з більш високою поведінковою регуляцією. Щодо власної волонтерської діяльності вказували на накопичення втоми. Але загалом у цій групі відзначався вищий рівень мотивації та загальної активності, ніж в другій групі.

Деадаптовані волонтери (Г2) характеризувались вираженим нервово-психічним напруженням, нижчою поведінковою регуляцією, імпульсивністю, зниженням упевненості у власних силах, високою тривожністю. Серед обстежених цієї групи (n=43), у 25 осіб (58,14%) виявлено помірний рівень ПД, у 9 (20,93%) – виражений рівень ПД та ще у 9 (20,93%) – високий рівень ПД.

В осіб з помірним рівнем дезадаптації найбільш вираженими були порушення сну (11,20), емоційні порушення (9,32) та особливості соціальної взаємодії (8,68). Більшість опитаних відзначали ускладнене засинання, звуження кола інтересів, зниження мотивації та появу труднощів у роботі через зменшення концентрації та ослаблення уваги, а також соматовегетативні порушення (нездужання).

Серед розладів у респондентів з вираженим рівнем дезадаптації найвищою була питома вага порушень фаз сну (15,67) та значне підвищення рівня відхилень у сфері соціальної взаємодії (11,67). Вираженість ознак у сфері емоційних розладів дещо нижча, ніж серед осіб з помірним рівнем дезадаптації (9,11), однак у структурі емоційних порушень зареєстровано зростання пригніченості та апатії з одночасним наростанням ознак втоми та зниження загальної активності.

У респондентів з високим рівнем дезадаптації встановлено різке зростання рівня соматовегетативних порушень (25,78), підвищення рівня порушень у сфері соціальної взаємодії (15,89), порушень сну (14,00) та емоційних порушень (12,22) з одночасним підвищенням відчуття втоми (10,78) та ознак зниження загальної активності (7,67). Серед симптомів, які відображали соматичну складову означених розладів, переважали ускладнене засинання та безсоння, дифузні побоювання і тривожні очікування, втрата життєвих інтересів та відчуття задоволення, зниження настрою та енергетичного потенціалу. Крім того, вираженими були симптоми унікальної поведінки, які супроводжувалися прагненням до ізоляції та обмеження контактів.

Дослідження специфіки вираженості ознак ПД у чоловіків і жінок виявило достовірні гендерні розбіжності (табл. 3).

У жінок Г1 (з низьким рівнем дезадаптації) вираженість ознак за всіма шкалами була більшою, ніж у чоловіків (окрім відчуття втоми та зниження загальної активності). У Г2 серед осіб з помірним рівнем дезадаптації жінки демонстрували більшу вираженість ознак, ніж

Таблиця 3

Порівняльний аналіз вираженості ознак ПД залежно від статі обстежених (середній бал)

Рівень дезадаптації	Ознаки дезадаптації	жінки	чоловіки	p
Низький (n=104)	Кількість обстежених	79	25	p<0,01
	емоційні порушення	5,91	5,20	p<0,01
	особливості соціальної взаємодії	4,68	4,56	–
	зниження мотивації	2,90	2,76	–
	відчуття втоми	2,58	2,84	p<0,01
	порушення сну	2,24	1,36	p<0,01
	зниження загальної активності	1,92	2,24	p<0,01
	соматовегетативні порушення	0,57	0,56	–
	особливості окремих психічних процесів	0,18	0,40	p<0,01
Помірний (n=25)	Кількість обстежених	16	9	p<0,01
	емоційні порушення	10,13	7,89	p<0,01
	особливості соціальної взаємодії	8,81	8,44	–
	зниження мотивації	7,13	6,11	p<0,01
	відчуття втоми	8,50	7,33	p<0,01
	порушення сну	11,50	10,67	p<0,01
	зниження загальної активності	5,56	6,22	–
	соматовегетативні порушення	3,13	2,00	p<0,01
	особливості окремих психічних процесів	2,00	1,56	–
Виражений (n=9)	Кількість обстежених	7	2	p<0,01
	емоційні порушення	8,57	11,00	p<0,01
	особливості соціальної взаємодії	11,57	12,50	p<0,01
	зниження мотивації	6,57	7,00	–
	відчуття втоми	8,57	9,00	–
	порушення сну	15,71	15,50	–
	зниження загальної активності	8,43	9,00	–
	соматовегетативні порушення	8,00	6,50	p<0,01
	особливості окремих психічних процесів	4,71	5,50	p<0,01
Високий (n=9)	Кількість обстежених	6	3	p<0,01
	емоційні порушення	13,33	10,00	p<0,01
	особливості соціальної взаємодії	15,83	16,00	–
	зниження мотивації	7,00	5,00	p<0,01
	відчуття втоми	11,17	10,00	p<0,01
	порушення сну	14,00	14,00	–
	зниження загальної активності	7,00	9,00	p<0,01
	соматовегетативні порушення	24,67	28,00	p<0,01
	особливості окремих психічних процесів	5,00	7,00	p<0,01

чоловіки, за всіма шкалами (окрім відчуття втоми та зниження загальної активності).

В обстежених Г2 з вираженим рівнем дезадаптації виявленість ознак за всіма шкалами була вищою серед чоловіків (за виключенням нижчого, ніж у жінок, рівня соматовегетативних порушень та порушень сну – їх вираженість була майже однаковою у жінок та чоловіків).

В осіб Г2 із високим рівнем дезадаптації соматовегетативні порушення, порушення соціальної взаємодії, зниження загальної активності та особливості окремих психічних процесів були більш вираженими у чоловіків, ніж у жінок. Виявленість порушень сну у чоловіків і жінок у цій групі була однаковою. У жінок відзначалися вищий рівень емоційних порушень, більш виражені зниження мотивації та відчуття втоми.

Структура ПД серед осіб з низьким, помірним, вираженим та високим рівнем дезадаптації у різних вікових групах мала деякі особливості (табл. 4). У групі респондентів Г1 найбільш вираженими були порушення у сфері емоцій та соціальної взаємодії, а також порушення сну в осіб віком 26–30 років. Зниження мотивації та загальної активності найвищим було серед осіб віком 21–25 років, відчуття втоми та зниження уваги, пам'яті – серед осіб віком 36–40 років, соматовегетативні порушення – серед осіб віком 31–35 років (p<0,01).

У групі респондентів Г2 з помірним рівнем дезадаптації порушення сну були найбільш вираженими серед осіб віком 21–25 років, що супроводжувалося високим рівнем порушень у сфері соціальної взаємодії та зниженням мотивації. Серед осіб віком 26–30 років порушення сну супроводжувалися порушеннями у сфері емоцій та соціальної взаємодії, зниженням загальної активності та відчуттям втоми. Емоційні порушення були найбільш характерними для вікової групи 36–40 років з переважанням зниженого настрою, наявності похмурих думок, апатії та пасивності. В осіб віком 31–35 років порушення сну супроводжувалися порушеннями у сфері соціальної взаємодії (сварки з рідними та колегами, звуження кола інтересів, уникнення контактів), емоційними порушеннями (пригнічений настрій та наявність похмурих думок), зниженням мотивації (бажання припинити волонтерську діяльність) (p<0,01).

В осіб Г2 з вираженим рівнем дезадаптації найвищий рівень порушень сну відзначався в обстежених 21–25 та 26–30 років та поєднувався з високим рівнем порушень у сфері соціальної взаємодії. Серед осіб 31–35 та 36–40 років порушення сну супроводжувалися більш вираженими емоційними порушеннями

Таблиця 4

Порівняльний аналіз вираженості ознак ПД залежно від віку обстежених (середній бал)

Рівень дезадаптації	Ознаки дезадаптації	Вікові групи			
		21-25	26-30	31-35	36-40
Низький (n=104)	емоційні порушення	5,49	6,37	4,81	6,14
	особливості соціальної взаємодії	4,54	4,93	4,71	3,43
	зниження мотивації	4,20	2,10	1,95	3,43
	відчуття втоми	1,31	2,39	4,38	5,57
	порушення сну	0,74	3,49	1,10	2,71
	зниження загальної активності	2,60	1,68	2,10	0,57
	соматовегетативні порушення	0,66	0,44	0,86	0,00
	особливості окремих психічних процесів	0,00	0,29	0,38	0,57
Помірний (n=25)	емоційні порушення	7,50	9,80	8,67	10,50
	особливості соціальної взаємодії	10,50	9,00	9,11	6,00
	зниження мотивації	7,50	6,50	7,22	6,00
	відчуття втоми	4,00	9,40	7,11	9,00
	порушення сну	13,00	12,70	10,56	8,00
	зниження загальної активності	4,50	7,20	5,11	4,50
	соматовегетативні порушення	1,00	3,50	2,56	2,00
	особливості окремих психічних процесів	1,00	2,00	1,78	2,00
Виражений (n=9)	емоційні порушення	8,67	7,00	14,00	14,00
	особливості соціальної взаємодії	11,67	11,00	13,00	14,00
	зниження мотивації	6,67	6,00	8,00	8,00
	відчуття втоми	8,67	8,00	10,00	10,00
	порушення сну	15,67	16,00	15,00	15,00
	зниження загальної активності	8,33	9,00	7,00	9,00
	соматовегетативні порушення	7,67	10,00	3,00	3,00
	особливості окремих психічних процесів	4,33	5,75	4,00	4,00
Високий (n=9)	емоційні порушення	14,00	12,00	10,00	12,00
	особливості соціальної взаємодії	17,00	15,50	16,00	15,50
	зниження мотивації	8,00	6,00	5,00	6,00
	відчуття втоми	12,00	10,50	10,00	10,50
	порушення сну	14,00	14,00	14,00	14,00
	зниження загальної активності	6,00	8,00	9,00	8,00
	соматовегетативні порушення	21,00	27,00	28,00	27,00
	особливості окремих психічних процесів	4,00	6,00	7,00	6,00

Примітка:

Жирним виділені значення максимальної вираженості в амплітуді кожного рівня дезадаптації.

ми, особливостями соціальної взаємодії, відчуттям втоми та вищим, порівняно з іншими віковими групами, рівнем соматовегетативних порушень ($p < 0,01$).

В осіб із високим рівнем дезадаптації в усіх вікових групах найвищу питому вагу мали соматовегетативні порушення, які поєднувалися з порушеннями сну та порушеннями соціальної взаємодії ($p < 0,01$).

Дослідження специфіки вираженості ознак ПД практично не виявило достовірних розбіжностей залежно від рівня освіти (табл. 5). Однак встановлена більша вираженість порушень сну в осіб з вищою освітою в групі з низьким рівнем дезадаптації ($p < 0,01$) та серед обстежених з середньою/середньо-спеціальною освітою між респондентів з помірною вираженістю ПД ($p < 0,01$). Найбільш значимі розбіжності виявлено серед пацієнтів з вираженим рівнем ПД: емоційні порушення та зниження процесів уваги, пам'яті тощо мали значно більшу вираженість в осіб з вищою освітою ($p < 0,05$), а соматовегетативні порушення – в обстежених із середньою/середньо-спеціальною освітою ($p < 0,01$).

Дослідження специфіки вираженості ознак ПД залежно від сімейного статусу (табл. 6) показало, що серед осіб Г1 зниження мотивації ($p < 0,05$), загальної активності ($p < 0,01$) та вищих мозкових функцій ($p < 0,01$) було більшим у самотніх, а інтенсивність порушень сну – в одружених ($p < 0,01$).

Між особами Г2 з помірною ПД більша вираженість емоційних порушень та зниження мотивації спостерігалось у неодружених респондентів ($p < 0,01$). В обстежених самотніх Г2 з вираженим рівнем ПД мали місце значно сильніші емоційні порушення ($p < 0,05$), а серед одружених – виявленість соматовегетативних проявів ($p < 0,01$). Серед осіб Г2 з високим рівнем ПД більш тяжкі емоційні порушення та зниження мотивації були притаманні самотнім обстеженим, а астеничні ($p < 0,01$) й соматовегетативні порушення ($p < 0,05$) – одруженим респондентам.

Висновки

У 30,00% волонтерів, які залучені до волонтерської діяльності з забезпечення ресурсами українських військових в зоні АТО, виявлені достовірні ознаки ПД різного ступеня вираженості ($p < 0,01$). Однак в обстежених із загальним низьким рівнем ПД зустрічаються мозаїчні поєднання окремих симптомів ПД субклінічного рівня ($p < 0,01$).

Встановлено клініко-соціальні особливості вираженості та клінічної представленості ознак ПД у обстеженого контингенту, які узагальнені залежно від рівня ПД.

Таблиця 5

Порівняльний аналіз вираженості ознак ПД залежно від рівня освіти обстежених (середній бал)

Рівень дезадаптації	Ознаки дезадаптації	вища	середня та середня спеціальна	p
Низький (n=104)	Кількість обстежених	59	45	-
	емоційні порушення	6,02	5,38	-
	особливості соціальної взаємодії	4,66	4,64	-
	зниження мотивації	2,80	2,96	-
	відчуття втоми	2,98	2,20	-
	порушення сну	2,34	1,62	p<0,01
	зниження загальної активності	1,75	2,33	-
	соматовегетативні порушення	0,64	0,47	-
	особливості окремих психічних процесів	0,20	0,27	-
Помірний (n=25)	Кількість обстежених	13	12	-
	емоційні порушення	9,46	9,17	-
	особливості соціальної взаємодії	8,62	8,75	-
	зниження мотивації	6,77	6,75	-
	відчуття втоми	8,00	8,17	-
	порушення сну	10,69	11,75	p<0,01
	зниження загальної активності	5,62	6,00	-
	соматовегетативні порушення	2,46	3,00	-
	особливості окремих психічних процесів	1,85	1,83	-
Виражений (n=9)	Кількість обстежених	6	3	-
	емоційні порушення	9,75	4,00	p<0,05
	особливості соціальної взаємодії	11,88	11,00	-
	зниження мотивації	6,75	6,00	-
	відчуття втоми	8,75	8,00	-
	порушення сну	15,63	16,00	-
	зниження загальної активності	8,50	9,00	-
	соматовегетативні порушення	7,38	10,00	p<0,05
	особливості окремих психічних процесів	5,25	2,00	p<0,05
Високий (n=9)	Кількість обстежених	6	3	-
	емоційні порушення	12,00	12,67	-
	особливості соціальної взаємодії	15,83	16,00	-
	зниження мотивації	6,17	6,67	-
	відчуття втоми	10,67	11,00	-
	порушення сну	14,00	14,00	-
	зниження загальної активності	7,83	7,33	-
	соматовегетативні порушення	26,17	25,00	-
	особливості окремих психічних процесів	5,83	5,33	-

Таблиця 6

Порівняльний аналіз вираженості ознак ПД залежно від сімейного статусу обстежених (середній бал)

Рівень дезадаптації	Ознаки дезадаптації	Неодружені/розлучені	Одружені	p
Низький (n=104)	Кількість обстежених	54	50	-
	емоційні порушення	6,04	5,42	-
	особливості соціальної взаємодії	4,43	4,90	-
	зниження мотивації	3,37	2,32	p<0,05
	відчуття втоми	2,59	2,70	-
	порушення сну	1,70	2,38	p<0,01
	зниження загальної активності	2,35	1,62	p<0,01
	соматовегетативні порушення	0,57	0,56	-
	особливості окремих психічних процесів	0,30	0,16	p<0,01
Помірний (n=25)	Кількість обстежених	15	10	-
	емоційні порушення	9,87	8,50	p<0,01
	особливості соціальної взаємодії	8,93	8,30	-
	зниження мотивації	7,00	6,40	p<0,01
	відчуття втоми	8,13	8,00	-
	порушення сну	11,27	11,10	-
	зниження загальної активності	5,80	5,80	-
	соматовегетативні порушення	2,53	3,00	-
	особливості окремих психічних процесів	1,87	1,80	-
Виражений (n=9)	Кількість обстежених	4	5	-
	емоційні порушення	11,00	7,60	p<0,05
	особливості соціальної взаємодії	12,25	11,40	-
	зниження мотивації	7,00	6,40	-
	відчуття втоми	9,00	8,40	-
	порушення сну	15,50	15,80	-
	зниження загальної активності	8,50	8,60	-
	соматовегетативні порушення	6,50	8,60	p<0,01
	особливості окремих психічних процесів	5,50	4,40	-
Високий (n=9)	Кількість обстежених	4	5	-
	емоційні порушення	13,00	11,60	p<0,05
	особливості соціальної взаємодії	16,25	15,60	-
	зниження мотивації	7,00	5,80	p<0,01
	відчуття втоми	11,25	10,40	-
	порушення сну	14,00	14,00	-
	зниження загальної активності	7,00	8,20	p<0,01
	соматовегетативні порушення	24,00	27,20	p<0,05
	особливості окремих психічних процесів	5,00	6,20	-

■ **Серед осіб Г1 (з низьким рівнем дезадаптації)** вираженість ознак ПД практично за всіма показниками є більшою у жінок, ніж у чоловіків (окрім відчуття втоми та зниження загальної активності) ($p < 0,01$). Найбільша вираженість:

- зниження мотивації та загальної активності спостерігається в осіб 21–25 років;
- порушень у сфері емоцій та соціальної взаємодії, а також порушень сну – в обстежених 26–30 років;
- соматовегетативних порушень – у віці 31–35 років;
- відчуття втоми та зниження уваги, пам'яті – у віці 36–40 років.

Крім того, більша вираженість порушень сну виявлена в осіб з вищою освітою ($p < 0,01$); зниження мотивації ($p < 0,05$), загальної активності ($p < 0,01$) та вищих мозкових функцій ($p < 0,01$) – у самотніх осіб, а інтенсивність порушень сну – в одружених ($p < 0,01$).

■ **У Г2 серед обстежених з помірним рівнем дезадаптації** більша вираженість симптомів ПД притаманна жінкам (крім відчуття втоми та зниження загальної активності) ($p < 0,01$). Найбільш виражені:

- диссомнічні прояви, зниження соціальної взаємодії та мотивації спостерігається у віці 21–25 років;
- відчуття втоми, зниження загальної активності, соматовегетативні порушення – у віці 26–30 років;
- зниження когнітивних процесів – у 31–35 років;
- емоційні порушення – у віці 36–40 років ($p < 0,01$).

В обстежених з середньою/середньо-спеціальною освітою – більша вираженість порушень сну ($p < 0,01$), а більша вираженість емоційних порушень та зниження мотивації – у не одружених респондентів ($p < 0,01$).

■ **В осіб Г2 з вираженим рівнем дезадаптації** вираженість усіх її симптомів є вищою в

чоловіків, ніж у жінок (крім соматовегетативних порушень) ($p < 0,01$). Найвищий рівень вираженості порушень сну, зниження загальної активності, соматовегетативних порушень і когнітивних процесів – серед осіб 26–30 років. Особливості окремих психічних процесів були характерніші для осіб віком 26–30 років, а емоційних порушень і зниження мотивації – віком 31–40 років ($p < 0,01$). Емоційні порушення та зниження процесів уваги, пам'яті та ін. мають значно більшу вираженість в осіб з вищою освітою ($p < 0,05$), а соматовегетативні порушення – в осіб з середньою/середньо-спеціальною освітою ($p < 0,01$). Самотніх пацієнтів відрізняють значно вираженіші емоційні порушення ($p < 0,05$), а одружених – соматовегетативні прояви ($p < 0,01$).

■ **В осіб Г2 із високим рівнем дезадаптації** серед чоловіків соматовегетативні порушення, порушення соціальної взаємодії, зниження загальної активності та особливості окремих психічних процесів більш виражені, ніж у жінок ($p < 0,01$). У той же час у жінок спостерігаються вищий рівень емоційних порушень, зниження мотивації та відчуття втоми ($p < 0,01$). Найбільший рівень вираженості:

- емоційних порушень, проблем у соціальній взаємодії, зниження мотивації і відчуття втоми має місце в осіб віком 21–25 років;
- зниження загальної активності, соматовегетативних порушень й когнітивних змін – у віці 31–35 років ($p < 0,01$).

Більш тяжкі емоційні порушення та зниження мотивації притаманні самотнім обстеженим, а астеничні ($p < 0,01$) й соматовегетативні порушення ($p < 0,05$) – одруженим респондентам.

Отримані дані були враховані нами під час розробки заходів психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових в зоні АТО.

Література

1. Закон України «Про волонтерську діяльність» від 19.04.2011 № 3236-VI (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3236-17>.
2. Сидоренко О. О. Волонтерський рух у світі та в Україні [Електронний ресурс] / О. О. Сидоренко // Актуальні проблеми психології. – 2016. – Т. 10, вип. 28. – Режим доступу : <http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv-vydannia/tom-10/vipusk-28-v-10-mua>.
3. Забота о волонтерах: методы оказания психосоциальной помощи / Справочный центр психосоциальной поддержки Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного полумесяца [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://pscentre.org/wp-content/uploads/volunteers_RU.pdf.
4. Звіт дослідження «Волонтерський рух в Україні» Підготовлено GfK Ukraine на замовлення Організації Об'єднаних Націй в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.gfk.com/fileadmin/user_upload/dyna_content_import/2015-09-01_press_releases/data/ua/Documents/Presentations/report_vyshliisky.pdf.
5. Світовий рейтинг благодійності World giving index 2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.cafonline.org/about-us/publications/2015-publications/world-giving-index-2015>.
6. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности : учеб. пособие / под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. – С.147–151.

References

1. Zakon Ukraïny "Pro volonters'ku dijalnist'" vid 19.04.2011 № 3236-VI (iz zminyamy) [The Law of Ukraine «On voluntary activity» from 19.04.2011 number 3236-VI (with changes)]. Available at: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3236-17>. (In Ukr.)
2. Sydorenko O. O. Volonters'kyj ruh u sviti ta v Ukraïni [Volunteerism in the world and in Ukraine]. Aktual'ni problemy psyhologii' [Actual problems of psychology], 2016, vol. 10, no. 28. Available at: <http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv-vydannia/tom-10/vipusk-28-v-10-mua>. (In Ukr.)
3. Zabota o volonterakh. Metody okazaniya psikhosotsial'noy pomoshchi. Spravochnyy tsentr psikhosotsial'noy podderzhki Mezhdunarodnaya Federatsiya obshchestv Krasnogo Kresta i Krasnogo polumesyatsa [Taking care of volunteers. Methods of psychosocial support. Help Center psychosocial support to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies]. Available at: http://pscentre.org/wp-content/uploads/volunteers_RU.pdf. (In Russ.)
4. Zvit doslidzhennja «Volonters'kyj ruh v Ukraïni» Pidgotovleno GfK Ukraine na zamovlennja Organizacii' Ob'jednanyh Nacij v Ukraïni [Research report "Volunteerism in Ukraine" Prepared by GfK Ukraine commissioned by the United Nations in Ukraine]. Available at: https://www.gfk.com/fileadmin/user_upload/dyna_content_import/2015-09-01_press_releases/data/ua/Documents/Presentations/report_vyshlisky.pdf. (In Ukr.)
5. Svitovyj rejtyng blagodijnosti World giving index 2015 [World Ranking of charity World giving index 2015]. Available at: <https://www.cafonline.org/about-us/publications/2015-publications/world-giving-index-2015>. (In Ukr.)
6. Praktikum po psyhologii menedzhmenta i professional'noj dejatel'nosti [Ucheb. Posobie] [Pod red. G.S.Nikiforova, M. A. Dmitrievoj, V. M. Snetkova] [Workshop on the psychology of management and professional activity [Proc. Manual] [ed. G. S. Nikiforov, M.A.Dmitriev, V.M.Snetkov]]. St. Petersburg, Publishing house of St. Petersburg University, 2003, p. 147-151. (In Russ.)

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ВОЛОНТЕРОВ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОТОРЫХ СВЯЗАНА С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ВОЕННЫХ В ЗОНЕ АТО

С. Ю. Глаголич

Закарпатский областной наркологический диспансер

Аннотация. Волонтеры, особенно во время вооруженного противостояния, находятся в экстремальной, стрессогенной ситуации, из-за чего появляется вероятность возникновения психической и психосоматической дезадаптации. В связи с этим было изучено психологическое состояние волонтеров, деятельность которых связана с обеспечением военных в зоне АТО. Во время исследования у них обнаружены признаки дезадаптации разной степени выраженности, а также установлены их клинико-социальные особенности в зависимости от социально-демографических факторов. Для понимания их патогенеза и выделения мишеней психокоррекции проведен анализ клинического содержания дезадаптивных проявлений у обследованных. Проведенный анализ позволил установить их большую выраженность в отдельных возрастных группах и выявить психофизиологические детерминанты дезадаптивных состояний у волонтеров в зависимости от возраста, пола, уровня образования и семейного статуса. Полученные данные были учтены при разработке мероприятий психологической коррекции и психопрофилактической поддержки волонтеров, деятельность которых связана с обеспечением военных в зоне АТО.

Ключевые слова: волонтеры, АТО, психологическая дезадаптация, профессиональная дезадаптация.

CLINICAL AND SOCIAL FEATURES OF MALADAPTIVE STATES AMONG VOLUNTEERS, WHOSE WORK IS RELATED TO THE SUPPORT OF MILITARY MEN IN ATO ZONE

S. Y. Glagolych

Transcarpathian Regional Treatment and Prevention Center for Addictive Patients

Summary. Volunteers find themselves in extreme, stressful situations, especially during an armed conflict, therefore, they are likely to suffer from mental and psychosomatic maladaptation. In this regard, the research was conducted to look into the psychological state of volunteers, whose work is related to the support of military men in the ATO zone. During the study, the signs of maladaptation of different severity were found as well as their clinical and social characteristics were established depending on the socio-demographic indicators. To understand the pathogenesis and to highlight the targets of psycho-correction, the analysis of clinical content of maladaptive manifestations among the patients was carried out. This assessment allowed to find more intensive symptom severity among different age groups and to identify the psychophysiological determinants of maladaptive states among the volunteers depending on gender, education level and marital status. The received data were taken into account when developing measures for psychological treatment and psycho-preventive support of volunteers, whose work is related to the support of military men in the ATO zone.

Key words: volunteers, ATO, psychological maladaptation, professional maladaptation.

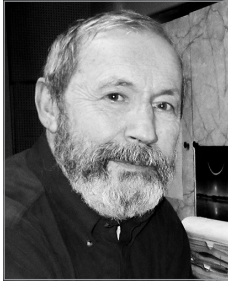
Глаголич Слава Юріївна – психолог, Закарпатський обласний наркологічний диспансер, м. Ужгород, Україна; e-mail: zobf82@gmail.com.

Глаголич Слава Юрьевна – психолог, Закарпатский областной наркологический диспансер, г. Ужгород, Украина; e-mail: zobf82@gmail.com.

Slava Glagolych – Psychologist, Transcarpathian Regional Treatment and Prevention Center for Addictive Patients, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: zobf82@gmail.com.



А. Х. Кобросли



В. Ф. Простомолотов

УДК 159.9.07

СОПОСТАВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ ОТЛИЧНО И ПОСРЕДСТВЕННО УСПЕВАЮЩИХ СТУДЕНТОВ

А. Х. Кобросли, В. Ф. Простомолотов

Институт инновационного и последипломного образования Одесского национального университета имени И. И. Мечникова, г. Одесса, Украина

Аннотация.

Статья посвящена комплексному исследованию влияния на успеваемость студентов таких психологических факторов, как тревожность, акцентуации характера, интро-/экстраверсия, тип личности, а также особенности внимания и памяти. Успеваемость студентов является не только важным критерием обучения в вузе, но и оказывает непосредственное влияние на развитие качеств, необходимых в будущей профессиональной деятельности. Актуальность исследования обусловлена тем, что сравнение отличников и посредственно успевающих студентов является одной из основных проблем психологии и педагогики. Данный вопрос не был изучен в достаточном объеме как в отечественных, так и в зарубежных трудах ученых. Выводы, сделанные при сравнении различных категорий студентов, позволят лучше организовать учебный процесс. В настоящей статье описаны результаты эмпирического исследования, достоверность которых проверена и доказана методами математической обработки результатов.

Ключевые слова: успеваемость, тревожность, акцентуации, психотип, успешность обучения, интро-/экстравертированность.

Введение

Проблему успеваемости рассматривали такие ученые, как Л. А. Кандыбович, Н. В. Кузьмина, Б. Г. Ананьев, Д. Б. Эльконин, В. В. Давыдов и др. [1]. Низкая и высокая успеваемость традиционно анализировались в современной психологии, особенно в педагогической. Однако аспект сравнительного анализа отличников и троечников в плане их личностного развития на протяжении всей жизни, с детства до зрелости, исследовался недостаточно полно. Эмпирические данные и теоретические положения, важные для такого анализа, приводят в своих работах Г. А. Вайзер, Ю. А. Жулидова, З. И. Калмыкова и др. [2]. Изучение этого материала дает основания полагать, что для установления факторов, влияющих на успеваемость, важно изучить именно индивидуально-психологические особенности студентов.

Цель и задачи исследования

В связи с этим целью исследования стало выявление психологических различий между студентами с разным уровнем успеваемости. Кроме этого, планировалось подтверждение ряда гипотез, в частности, о том, что:

- направление и интенсивность влияния различных типов акцентуаций характера на успеваемость различны;
- у посредственно успевающих студентов концентрация внимания носит более разнообразный характер, чем у отличников;
- повышенная тревожность является ведущей чертой отличников.

Материалы и методы исследования

Для реализации поставленных задач нами было проведено исследование по установлению различий психологических профилей студентов с высокой и низкой успеваемостью. Выборка исследования: 40 студентов (20 юношей и 20 девушек) в возрасте от 17 до 19 лет с разной успеваемостью.

Исследование проводилось с помощью клинико-психологического метода; также было использовано несколько методик, направленных на выявление различий между отлично и посредственно успевающими студентами. Для установления связей между ними и выделения наиболее важных для данного исследования диагностических признаков был проведен корреляционный анализ данных по каждой из шкал, предлагаемых в методиках. Полученные показатели анализировали с учетом успеваемости студентов, которую оценивали по результатам сдачи экзаменов и годовому рейтингу.

Результаты исследования и их обсуждение

Студентов условно делили на две группы: с высокой и с низкой успеваемостью. В результате статистической обработки данных стало очевидным, что, в зависимости от успеваемости, респонденты по многим параметрам отличаются друг от друга. Это позволило говорить о **различиях в психотипах отличников и троечников (табл. 1)**. Рассмотрим выявленные различия подробнее.

Итак, среди отличников отмечается высокий уровень тревожности в соответствии с методикой Спилбергера–Ханина – $53,000 \pm 2,039$ ($p < 0,010$). Это связано, по нашему мнению, со склонностью данной категории студентов предъявлять к себе достаточно высокие требования, не-

выполнение которых может привести к нервным срывам, аффективным реакциям в ситуациях, когда речь идет об их компетенции, престиже, самооценке [3]. Именно поэтому высокий уровень тревожности для отличников является активизатором учебного процесса, делая его успешным и эффективным.

Таблица 1
Различие психологического профиля между троечниками (3) и отличниками (5) по критерию Стьюдента

Показатели	Успеваемость	M±m	t-критерий	Δ%
Методика Спилбергера–Ханина				
Личностная тревожность	3	42,500±1,564	-4,100**	80%
	5	53,000±2,039	-	-
Методика Юнга				
Экстра-/интроверсия	3	62,250±3,932	2,300*	129%
	5	48,250±4,491	-	-
Методика Леонгарда–Шмишека				
Демонстративность	3	12,900±1,041	-6,000***	64%
	5	20,400±0,674	-	-
Застревание	3	13,200±1,040	-3,500**	75%
	5	17,700±0,771	-	-
Педантичность	3	14,600±1,086	2,100*	83%
	5	17,600±0,901	-	-
Возбудимость	3	18,600±0,859	4,200**	151%
	5	12,300±1,209	-	-
Гипертимность	3	17,450±1,251	3,700**	147%
	5	11,850±0,856	-	-
Дистимичность	3	16,950±0,850	4,700***	151%
	5	11,250±0,867	-	-
Тревожность	3	13,650±1,181	-3,900**	69%
	5	19,800±1,052	-	-
Циклотимность	3	15,450±0,626	6,000**	181%
	5	8,550±0,955	-	-
Экзальтированность	3	12,600±1,437	2,200*	77%
	5	16,400±0,913	-	-
Эмотивность	3	9,000±1,341	-4,000**	59%
	5	15,450±0,878	-	-
Шкала лжи	3	2,950±0,256	3,900**	137%
	5	2,150±0,181	-	-
СМОЛ				
Шкала Нs (Т-баллы)	3	52,350±2,297	-2,200*	81%
	5	65,050±2,318	-	-
Шкала D	3	51,750±2,242	-2,200*	89%
	5	58,700±2,315	-	-
Шкала Ну	3	50,600±3,033	-2,400*	83%
	5	61,600±3,487	-	-
Шкала Ма	3	57,800±3,043	2,500*	119%
	5	48,250±2,310	-	-
Методика Пьерона–Рузера				
Число фигур	3	71,900±3,466	4,900***	78%
	5	90,500±1,493	-	-
Методика «Память на образы»				
Балл	3	6,300±0,147	7,000***	79%
	5	8,000±0,192	-	-

Примечания:

достоверность различий

* – $p \leq 0,05$;

** – $r \leq 0,01$;

*** – $r \leq 0,001$.

Результативность обучения в высшем учебном заведении обуславливается индивидуально-психологическими особенностями студентов. В ходе изучения экзаменационных ведомостей было выявлено, что оценки достоверно выше у интровертов ($48,250 \pm 4,491$). Среди посредственно успевающих преобладают экстраверты – $62,250 \pm 3,932$ баллов ($p < 0,050$), что объясняется их повышенной отвлекаемостью, неусидчивостью. Низкая успеваемость этой категории студентов, очевидно, связана с тем, что они не любят углубленно читать литературу и вникать в суть изучаемых предметов, но при этом им нравится получать новую информацию от других людей.

В соответствии с полученными данными по методике Леонгарда–Шмишека было выявлено, что как для отличников, так и для посредственно успевающих студентов характерны выраженные акцентуации определенных черт личности.

Для отличников характерны такие типы:

- демонстративность – $20,400 \pm 0,674$ баллов ($p < 0,001$);
- педантичность – $17,600 \pm 0,900$ баллов ($p < 0,050$);
- застреание – $17,700 \pm 0,770$ баллов ($p < 0,010$);
- тревожность – $19,800 \pm 1,050$ баллов ($p < 0,010$);
- экзальтированность – $16,400 \pm 0,910$ баллов ($p < 0,050$);
- эмотивность – $15,450 \pm 0,878$ баллов ($p < 0,010$).

Отличникам свойственно желание быть в центре внимания, честолюбие, эгоизм, высокие притязания, потребность в похвале. Они стремятся добиться высоких показателей в любом деле, за которое берутся, и предъявляют повышенные требования к себе; особо чувствительны к социальной справедливости, но вместе с тем обидчивы и подозрительны. В трудных ситуациях они нередко используют психологические защиты типа «бегство в болезнь». Для студентов этой категории характерны пунктуальность, скрупулезность, добросовестность. В работе

они неторопливы, ориентированы, прежде всего, на высокое качество, и в то же время подвержены сомнениям в правильности выполнения задания. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать самоутверждением в учебной деятельности, но при этом тяжело переживают различные проверки знаний [4].

Характерными чертами являются эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость. В ходе наблюдений было отмечено, что отлично успевающие студенты очень отзывчивы на просьбы в оказании помощи менее способным.

Данные нашли свое подтверждение в опросе половины испытуемых, а также в отзывах преподавателей.

Среди троечников ярко выражены следующие типы акцентуаций:

- дистимичность – $16,950 \pm 0,850$ баллов ($p < 0,010$);
- возбудимость – $18,600 \pm 0,850$ баллов ($p < 0,010$);
- гипертимность – $17,450 \pm 1,250$ баллов ($p < 0,010$);
- циклотимность – $15,450 \pm 0,620$ баллов ($p < 0,001$).

Посредственно успевающих студентов характеризует то, что для них никакой труд не становится привлекательным, работают они лишь по мере необходимости и проявляют такое же нежелание учиться. Равнодушны к будущему, всецело живут настоящим, желая получить как можно больше удовольствий. Они трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество. Для представителей данных типов акцентуаций характерна смена гипертимических и дистимических фаз [5]. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, однако при этом впадают в уныние. По экспертной оценке преподавателей такие студенты учатся неровно, упущенное наверстывают с трудом.

При сравнении среднебалльных оценок по Сокращенному многофакторному опроснику для исследования личности (тест СМОЛ) мы можем сделать следующие выводы.

Для отличников ведущими являются шкалы:

- ипоходрии (Hs) – $65,050 \pm 2,310$ баллов ($p < 0,050$);
- депрессии (D) – $58,700 \pm 2,310$ баллов ($p < 0,050$);
- психастении (Pt) – $56,400 \pm 2,740$ баллов.

Для троечников характерны шкалы:

- психопатии (Pd) – $58,200 \pm 3,510$ баллов;
- гипомании (Ma) – $57,800 \pm 3,040$ баллов ($p < 0,050$);
- паранойяльности (Pa) – $58,650 \pm 2,990$ баллов.

В соответствии с превалирующими типами личности можно выделить определенные особенности в каждой из групп.

Для отличников характерна сверхценная забота о здоровье, что снижает уровень активности, обедняет интересы, отрывает от общественной жизни. Такие студенты медлительны, отличаются чувствительностью, склонностью к тревогам, робостью, неудовлетворенностью собой и своими возможностями. Несмотря на то, что отличники, как правило, высокоморальны и обязательны, старательны и добросовестны, они не уверены в себе и не способны принимать решения без колебаний. По нашему мнению, это тревожно-мнительные личности, которым свойственны эмпатийность, трудности социального приспособления, застенчивость и боязливость.

Посредственно успевающих студентов отличают другие особенности: для них характерно приподнятое настроение (независимо от обстоятельств), неудачи в учебе не вызывают тревоги или депрессии. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Энтузиазм и предприимчивость свойственны им не по причине повышенного честолюбия, а в силу большого любопытства, жажды деятельности, безрассудно смелой тяги к новому. Они любят работу с частыми переменами, тяготеют к однообразию и каждодневными обязанностями, охотно контактируют с людьми [6]. По нашему мнению, посредственно успевающим студентам с паранойяльными чертами характера свойственны большой эгоизм, самодовольство и чрезмерное самомнение. В результате наблюдений отмечено, что данная категория студентов считает свое мнение единственно правильным.

При оценке концентрации внимания и особенностей памяти, основываясь на результатах методик Пьерона–Рузера и «Память на образы», мы сделали выводы относительно **более высоких результатов среди отличников:**

- концентрация внимания – $90,500 \pm 1,490$ баллов ($p < 0,010$);
- особенности памяти – $8,000 \pm 0,190$ баллов ($p < 0,001$).

Это объясняется большей заинтересованностью, более высокой степенью вработываемости и личностными особенностями данной категории студентов.

В ходе исследования также были изучены различия между интро- и экстраверсией исследуемых групп.

Связь застревающего типа акцентуации с интроверсией (19,250 баллов) обусловлена тем, что таким студентам свойственна умеренная общительность, занудство, склонность к нравоучениям; они часто страдают от мнимой несправедливости по отношению к себе.

Дистимичность у студентов-экстравертов проявляется в том, что они ценят тех, кто с ними дружит, и готовы им подчиниться. Эмотивность проявляется в выраженной эмоциональности, чувствительности, болтливости, сопереживании к другим людям (14,150 баллов при $t=2,6$) [5].

Корреляция между уровнем интроверсии-экстраверсии (по Юнгу) оказалась достоверной по шкале «Ипохондрия, Hs» $r=-0,340$, $p \leq 0,030$ и соответствует уровню успеваемости $r= - 0,356$, $p \leq 0,025$. Такая картина, по нашему мнению, может быть обусловлена сверхответственностью, сочетающейся с тенденцией к избеганию серьезной ответственности из-за страха не справиться.

Для того чтобы выявить характерологические предикторы таких психических процессов у студентов с разной успеваемостью, как концентрация внимания (по тесту Пьерона-Рузера) и память («Память на образы»), был рассчитан парный линейный коэффициент корреляции Браве-Пирсона (табл. 2).

Как видно из табл. 2, максимальное «число фигур» по методике исследования концентрации внимания Пьерона-Рузера

прямо и достоверно связано с шестью психологическими шкалами методики Леонгарда-Шмишека. При этом демонстративность ($r=0,595$) и экзальтированность ($r=0,478$) оказывают положительное влияние на особенности внимания, что составляет 99,900% достоверности. Качествами, достоверно ухудшающими данный показатель, являются циклотимность, возбудимость, дистимичность и шкала лжи.

Высокая концентрация внимания, по нашему мнению, обусловлена эмоциональной направленностью на достижение значимых результатов, интересом к проводимой деятельности, а также высокой скоростью протекания психических процессов и хорошей саморегуляцией.

По нашим наблюдениям, низкий уровень концентрации внимания у студентов связан с трудностями саморегуляции. Не последнюю роль в этом играет заторможенность психических и моторных актов, поскольку для выполнения методики Пьерона-Рузера дается строго регламентированное время – 60 секунд [7]. Пассивность в выполнении задания, как мы считаем, может быть связана с плохим самочувствием, заботой о своем физическом состоянии.

По показателю «баллы» методики «Память на образы» выявлено 8 достоверных корреляций: 3 прямые (демонстративность, застревание, педантичность) и 5 непрямых связей (возбудимость, гипертимность, дистимичность, циклотимность, шкала лжи).

Высокие результаты по тесту «Память на образы» связаны с высокой пластичностью, переключаемостью психических процессов отлично успевающих студентов. Большое значение имеют тщательное изучение пре-

Таблица 2

Корреляционные связи между «числом фигур/баллами» и тестом акцентуаций Леонгарда-Шмишека (n=40)

Показатель		Демонстративность	Застревание	Педантичность	Возбудимость	Гипертимность	Дистимичность	Циклотимность	Экзальтированность	Шкала лжи
ЧИСЛО ФИГУР	Корреляция Пирсона	0,595**	0,162	0,123	-0,393*	-0,180	-0,373*	-0,523**	0,478**	-0,342*
	Двухсторонний критерий значимости	0,000	0,318	0,450	0,012	0,026	0,018	0,001	0,002	0,031
БАЛЛ	Корреляция Пирсона	0,430**	0,354*	0,449**	-0,477**	-0,450**	-0,369*	-0,471**	0,099	-0,429**
	Двухсторонний критерий значимости	0,006	0,025	0,004	0,002	0,004	0,019	0,002	0,543	0,006

Примечания:

достоверность корреляции: * – $r \leq 0,05$; ** – $r \leq 0,01$.

доставленного стимульного материала и эмоциональное восприятие картинок, а также стремление достичь максимального результата при выполнении задания. Все это, на наш взгляд, оказывает непосредственное влияние на запоминание и последующее воспроизведение стимульного материала.

Низкие показатели по тесту «Память на образы», очевидно, обусловлены неусидчивостью, повышенной отвлекаемостью, импульсивностью посредственно успевающих студентов. Значительное влияние оказывают слабая саморегуляция, отсутствие интереса к поставленной задаче и нежелание выполнять инструкции. Также сказываются трудности, связанные с необходимостью быстрого переключения с одной ситуации на другую, которые существуют, несмотря на развитые интеллектуальные способности.

Расчет, аналогичный тестам Пьерона–Рузера и «Память на образы», был проведен и с методикой СМОЛ-71. По результатам теста выявлено, что максимальное «число фигур» в соответствии с методикой Пьерона–Рузера прямо и достоверно связано с невротической (Hs, Hy) и психотической (Pt, Sc) диадами.

По нашему мнению, высокий уровень концентрации внимания у студентов-отличников связан со шкалой ипохондрии ($r=0,402$) по причине склонности максимально точно следовать инструкциям, что, в свою очередь, обеспечивает тщательное выполнение задания. Немаловажным является умение данной категории отгораживаться от отвлекающих факторов и сосредотачиваться на выполняемой работе.

Высокие показатели у истерических личностей ($r=0,323$) обусловлены наглядно-образным типом восприятия, эмоциональной окраской воспринимаемых объектов, что и обеспечивает высокую продуктивность выполнения поставленной задачи.

По мнению Л. Н. Собчик, создателя Стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), из-за склонности удерживать в центре внимания несущественные факты у психастеников повышается уровень постоянной тревожности, в результате чего возникает ослабление концентрации внимания [6]. Нами в исследовании было доказано обратное: у студентов с выраженностью шкалы психастении ($r=0,371$) зарегистрированы высокие показатели концентрации внимания. Возможно, это связано с индивидуальной особенностью психастеников действовать

на пределе своих возможностей, чтобы заслужить одобрение (в первую очередь, свое собственное).

Связь шизоидной шкалы ($r=0,320$) с высокими результатами по методике Пьерона–Рузера, по нашему мнению, обусловлена тем, что представители данного типа обладают достаточно выраженной способностью к концентрации внимания и превосходят в этом остальных студентов [8].

По показателю «баллы» методики «Память на образы» выявлены следующие корреляции шкалы ипохондрии ($r=0,370$) и депрессии ($r=0,348$).

Высокие показатели по методике «Память на образы» у студентов с преобладанием шкалы ипохондрии, по нашему мнению, связаны с тем, что базой познания окружающего мира для лиц данного типа являются готовые общепринятые штампы. Предоставляемый стимульный материал содержит в себе образы предметов, с которыми каждый сталкивается в повседневной жизни, поэтому запомнить и воспроизвести их не составляет большого труда.

Зависимость результатов данной методики от шкалы депрессии обусловлена преобладанием абстрактно-аналитического типа восприятия. Это проявляется в способности воссоздавать целостный образ на основании минимальной информации, при этом особое внимание уделяется субъективно-значимым аспектам.

В ходе исследования был проведен сравнительный анализ эффективности выполнения методики «Пьерона–Рузера» с успеваемостью студентов.

По данным гистограммы (рис. 1), в группе отличников выполнено большее количество фигур с наименьшим размахом ($cV\%$ – коэффициент вариации), чем в группе студентов с удовлетворительными оценками.

При анализе результатов исследования необходимо учитывать факторы, обусловившие данные результаты. Среди них большое значение имеют готовность респондента выполнять инструкцию и обрабатывать фигуры, расставляя в них знаки как можно скорее, или же его ориентация на безошибочность заполнения теста. В ряде случаев показатель концентрации внимания может быть ниже возможного из-за слишком большого желания студента показать свои способности, добиться максимального результата, вследствие чего возможно большое количество ошибок, пропусков. Факторами,

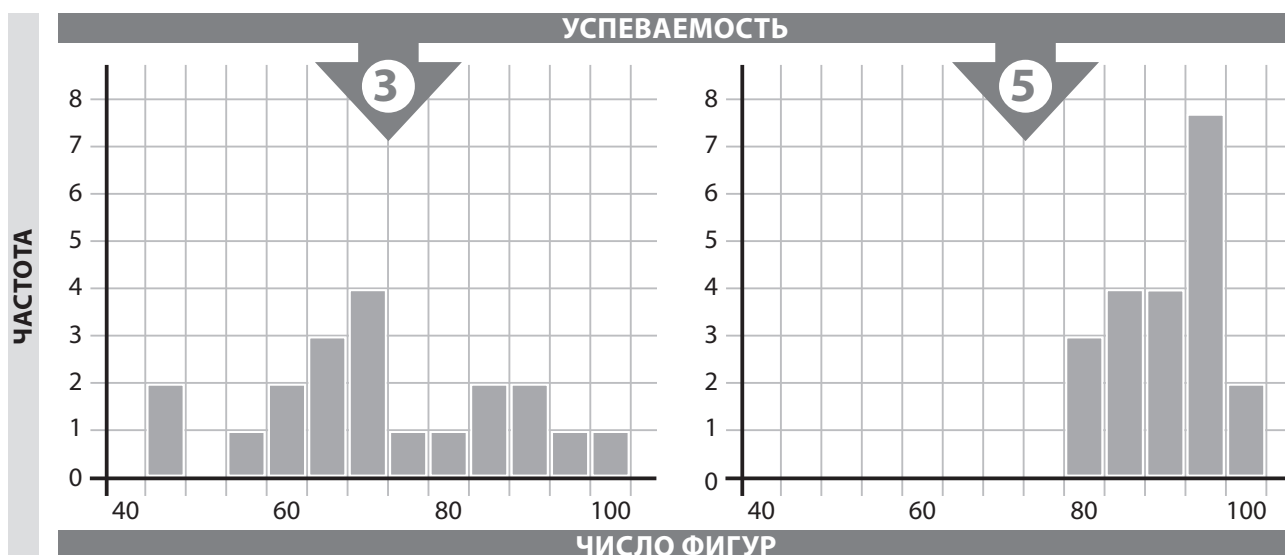


Рис. 1. Эффективность выполнения теста Пьерона–Рузера на исследование концентрации внимания в зависимости от успеваемости – удовлетворительно (3) и отлично (5)

способствующими снижению концентрации внимания, могут быть состояние утомления, плохое зрение, рассеянность.

Взаимосвязь умственной работоспособности с успеваемостью студентов подтверждается наличием прямой корреляционной связи между средними показателями продуктивности выполнения диагностической методики и годовым рейтингом студентов.

Как видно из рис. 2, выполнение задачи теста Пьерона–Рузера на исследование концентрации внимания, независимо от типа

темперамента (интро-, амби- и экстраверты по классификации К.Г.Юнга), также более успешно решается студентами-отличниками.

Применение математического анализа для обработки данных позволило определить, что концентрация внимания выше у отличников, чем у троечников.

Среди посредственно успевающих студентов наблюдаются как высокие, так и низкие показатели по данному тесту. Такой разброс результатов обусловлен индивидуально-психологическими особенностями личностей

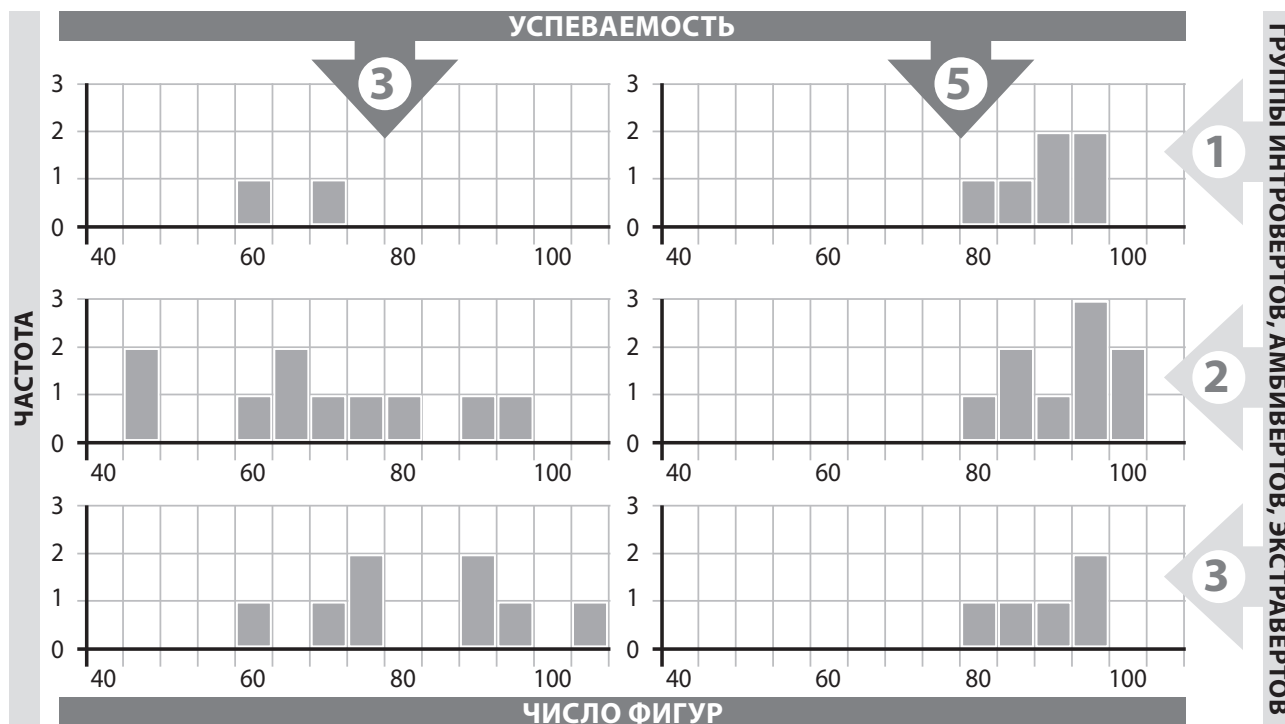


Рис. 2. Эффективность выполнения теста Пьерона–Рузера на исследование концентрации внимания в зависимости от успеваемости – удовлетворительно (3) и отлично (5) – в группах интровертов (1), амбивертов (2), экстравертов (3)

респондентов. Например, в процессе исследования проявилась интересная закономерность – низкие результаты по методике Пьерона–Рузера у слабоуспевающих студентов-интровертов. Это связано с преобладанием таких акцентуаций, как дистимичность и возбудимость, что предполагает низкую контактность, неуживчивость в коллективе. По нашему предположению, низкие результаты связаны с тем, что респонденты не услышали или не поняли, как проходить данный тест, и в силу своей отчужденности или стеснительности не смогли уточнить задание.

Высокие результаты у отличников (независимо от их экстра-/ интровертированности) обусловлены высокой исполнительностью, ответственностью, тщательностью выполнения и стремлением выделиться среди группы.

В данном исследовании в качестве меры связи применялись коэффициенты корреляции, позволяющие одновременно оперировать различными типами данных. Факторизация проводилась методом главных компонентов, вращение 4 факторов осуществлялось методом варимакс с нормализацией Кайзера [9]. По данным **факторного анализа** (вращение варимакс Кайзера) были выделены 4 основных фактора, охватывающих достаточно большой процент суммарной дисперсии – 71 %:

- **I фактор** – основные (фактор-патопсихологические) шкалы СМОЛ и гипертимность, представленные в соответствии с величиной факторных нагрузок;
- **II фактор** – экзальтированность и демонстративность, напрямую связанные с выполнением теста Пьерона–Рузера на исследование концентрации внимания, и негативно – с циклотимностью и дистимией, личностными качествами, снижающими успешность;
- **III фактор** – две основные шкалы теста СМОЛ (фактор-невротические) и гипертимность, представленные в соответствии с величиной факторных нагрузок;

Литература

1. Немов Р. С. Психология образования / Р. С. Немов. – М.: Просвещение, 2007. – 496 с.
2. Шабалина М. Р. Педагогические условия повышения академической успешности студентов / М. Р. Шабалина. – М.: Логос, 2009. – 238 с.
3. Айзенк Х. Психологические теории тревожности. Тревога и тревожность / Х. Айзенк. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
4. Ройзман И. В. Акцентуации характера как показатели, влияющие на адаптивность студентов / И. В. Ройзман // Наука и современность. – 2014. – № 30. – С. 6–7.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – М.: Эксмо, 2002. – 447 с.
6. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СМЛ / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2008. – 219 с.
7. Псядло Э. М. Практикум по психологии внимания: учебно-методическое пособие / Э. М. Псядло. – Одесса: ВМВ, 2012. – 252 с.
8. Простомолотов В. Ф. Пограничная психиатрия: учебное пособие / В. Ф. Простомолотов. – Одесса: Бондаренко М. А., 2016. – 456 с.
9. Митина О. В. Факторный анализ для психологов / О. В. Митина, И. Б. Михайловская. – М.: Психология, 2008. – 169 с.

- **IV фактор** – педантизм и застревание, которые напрямую связаны с выполнением методики «Память на образы», и негативно влияющие на успешное выполнение теста шкала коррекции СМОЛ.

Таким образом, проведенный факторный анализ подтвердил данные корреляционного анализа – подтвердилась зависимость успешного выполнения методик изучения концентрации внимания и особенностей памяти от акцентуаций характера и типов личности респондентов.

Выводы

Подводя итоги, можно констатировать следующее.

Успеваемость студентов является многофакторным феноменом. Как видно из результатов проведенного исследования, психологические профили отличников и слабоуспевающих студентов различны. Однако необходимо учитывать возможность того, что троечники, как и отличники, могут достичь высоких результатов, если сумеют создать для себя благоприятные условия.

Кроме того отметим, что вне рамок настоящего исследования, касающегося успеваемости студентов, не рассмотрена такая важная составляющая психики, как способности (общие, частные). Всех исследованных студентов мы условно отнесли к одной группе лиц со средними способностями, так как нами не были замечены крайние проявления низких или высоких показателей, и успех или неуспех в учебе в большей степени зависел от мотивации, акцентуаций характера, концентрации внимания и памяти.

Изучение способностей и их взаимоотношения с особенностями характера и другими социально-психологическими показателями являются предметом дальнейших исследований.

References

1. Nemov R. S. Psikhologiya obrazovaniya [Educational Psychology]. Moscow, Prosveshchenie Publ., 2007, 496 p. (In Russ.)
2. Shabalina M. R. Pedagogicheskie usloviya povsheniya akademicheskoy uspehnosti studentov [Pedagogical conditions of improvement of the academic success of students]. Moscow, Logos Publ., 2009, 238 p. (In Russ.)
3. Ayzenk Kh. Psikhologicheskie teorii trevozhnosti. Trevoга i trevozhnost' [Psychological anxiety theory. Anxiety and Anxiety]. St. Petersburg, Piter Publ., 2001, 256 p. (In Russ.)
4. Royzman I. V. Aktsentivnost' studentov [Accentuation nature as indicators affecting the adaptability of students]. Nauka i sovremennost' [Science and Modernity], 2014, no. 30, pp. 6-7. (In Russ.)
5. Leongard K. Aktsentuirovannye lichnosti [Accentuated personality]. Moscow, 2002, 447 p. (In Russ.)
6. Sobchik L. N. Standartizirovannyi mnogofaktorny metod issledovaniya lichnosti. SMIL [A standardized method of multivariate study of personality. SMIL]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2008, 219 p. (In Russ.)
7. Psyadlo E. M. Praktikum po psikhologii vnimaniya [Uchebno-metodicheskoe posobie] [Workshop on the psychology of attention [Training Toolkit]]. Odessa, VMV Publ., 2012, 252 p. (In Russ.)
8. Prostomolotov V. F. Pogranichnaya psikhiatriya [uchebnoe posobie] [Border Psychiatry [Tutorial]]. Odessa, Publ. house of M. A. Bondarenko, 2016, 456 p. (In Russ.)
9. Mitina O. V., Mikhaylovskaya I. B. Faktornyy analiz dlya psikhologov [Factor analysis for psychologists]. Moscow, Psikhologiya Publ., 2008, 169 p. (In Russ.)

ЗІСТАВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОФІЛІВ УСПІШНО ТА ПОСЕРЕДНЬО ВСТИГАЮЧИХ СТУДЕНТІВ

А. Х. Коброслі, В. Ф. Простомолотов

Інститут інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна

Анотація. Стаття присвячена комплексному дослідженню впливу на успішність студентів таких психологічних факторів, як тривожність, акцентуації характеру, інтро-/екстраверсія, тип особистості, а також особливості уваги і пам'яті. Успішність студентів є не тільки важливим критерієм навчання у вузі, але і безпосередньо впливає на розвиток якостей, необхідних у майбутній професійній діяльності. Актуальність дослідження обумовлена тим, що порівняння відмінників і посередньо успішних студентів є однією з основних проблем психології і педагогіки. Дане питання не було вивчено в достатньому обсязі як у вітчизняних, так і зарубіжних працях вчених. Висновки, зроблені при порівнянні різних категорій студентів, дозволять краще організувати навчальний процес. У цій статті описані результати емпіричного дослідження, достовірність яких перевірена і доведена методами математичної обробки результатів.

Ключові слова: успішність, тривожність, акцентуації, психотип, успішність навчання, інтро-/екстравертованість.

COMPARISON OF THE PSYCHOLOGICAL PROFILES OF STUDENTS WITH EXCELLENT AND MEDIOCRE ACADEMIC ACHIEVEMENTS

A. H. Kobrosli, V. F. Prostomolotov

Institute of Innovative and Postgraduate Education of Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine

Summary. The article is devoted to the complex research of influence on the academic performance of students' psychological factors such as anxiety, accentuation of character, intro-/extraversion, personality type and features of attention and memory. The academic performance of students is not only an important criterion of study at the university, but also has a direct impact on the development of qualities needed in future professional activity. The relevance of the study is due to the fact that comparison of high achievers and mediocre achievers is one of the main problems of psychology and pedagogy. This issue has not been studied enough in both domestic and foreign works of scientists. The conclusions of the comparison of various categories of students will enable well-organized educational process. This article describes the results of empirical research, the validity of which is tested and proven by methods of mathematical processing of the results.

Key words: academic achievement, anxiety, accentuation, psychotype, success of study, intro-/extraversion.

Коброслі Алісар Халедовна – магістрант, Інститут інноваційного і последипломного образования Одесского національного університета імені І. І. Мечникова, г. Одеса, Україна; e-mail: alissar.95@mail.ru.

Коброслі Алісар Халедівна - магістрант, Інститут інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна; e-mail: alissar.95@mail.ru.

Alissar Kobrosli – undergraduate student, Institute of Innovative and Postgraduate Education of Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine; e-mail: alissar.95@mail.ru.

Простомолотов Валерій Федорович – д.мед.н., професор, Інститут інноваційного і последипломного образования Одесского національного університета імені І. І. Мечникова, г. Одеса, Україна; e-mail: stomolot@mail.ru.

Простомолотов Валерій Федорович – д.мед.н., професор, Інститут інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна; e-mail: stomolot@mail.ru.

Valerii Prostomolotov – MD, PhD in Medicine, Professor, Institute of Innovative and Postgraduate Education of Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine; e-mail: stomolot@mail.ru.



П. В. Козира

УДК 159.9.07;159.9.07::51-7

МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ В ҐЕНЕЗИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СПІВРОБІТНИКІВ МВС УКРАЇНИ – УЧАСНИКІВ АТО

П. В. Козира

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Анотація.

Під час психодіагностичного та клініко-психологічного обстеження співробітників МВС України – учасників АТО виявлено два варіанти посттравматичної психологічної дезадаптації – емоційно-афективний та психопатоподібний. Встановлено зв'язок між клінічними проявами виявлених варіантів, локусами фрустрації, соціальним та сімейним оточенням, біографією та життєвим шляхом, а також результатами впливу травматичної події, життєстійкістю та способами психологічного захисту. Встановлено, що, на відміну від емоційно-афективного, при психопатоподібному варіанті дезадаптації спостерігаються значна напруга та незрілість психологічного захисту. За окремими методиками дослідження наявність високих рівнів схильності до відхиляючої поведінки та дисонансних показників свідчить про наявність явищ когнітивного дисонансу в процесі інтеграції нових способів поведінки та реагування при реадaptaції учасників АТО до мирного життя.

Ключові слова: дезадаптація, психологічний захист, стрес, фрустрація, особистість, учасники АТО.

Вступ

Останніми роками в Україні відбуваються значущі соціальні зміни та військові події, що не може не позначитися на стані психічного здоров'я населення. Зміна суспільних відносин, системи культурних, ідеологічних, моральних, релігійних норм і цінностей, соціальних зв'язків і життєвих планів, а також нестабільність і невизначеність особистого статусу виходять за рамки звичайного досвіду та призводять до дестабілізації психічного стану населення [1; 2].

Серед тих, хто за цієї умови потрапляє до групи ризику, особливе місце посідають співробітники силових відомств. І справа не лише в тому, що значно посилюється значення цієї служби та навантаження на неї. В силу професійних обов'язків вони часто мали виконувати розпорядження протиборчих сторін; з певних причин неодноразово змінювалося ставлення населення до різних силових підрозділів, саме їм першими довелося протистояти громадянам своєї країни тощо [1; 3]. Вплив таких негативних факторів часто призводить до розвитку порушень з боку психічної сфери, клінічно окресленими проявами яких є соціально-стресорні та посттравматичні стресорні розлади [1; 3; 4]. Порівняно з ними доклінічні порушення у вигляді постстресової психологічної дезадаптації зачіпають у рази більшу кількість населення, особливо співробітників МВС України, яким довелося брати безпосередню участь у подіях останніх років [4–6].

Важливу роль у реакції людини на стресорний чинник та ступінь дезадаптації, що виникає

під його впливом, відіграє система психологічного захисту особистості. Реагування на стрес, протидія впливу та захист від нього, особливості поведінки під час та після стресу – важливі показники для прогнозування та профілактики розвитку психологічної дезадаптації, а також її корекції після впливу стресорних факторів.

Мета дослідження

Вивчення механізмів психологічного захисту у співробітників МВС України з проявами психологічної дезадаптації після участі в АТО проводилося з метою визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено клініко-психологічне і психодіагностичне обстеження психологічного стану 205 співробітників МВС України віком від 29 до 37 років, які знаходились на службі як найменше з 2010 року. 148 з них брали участь в АТО протягом 2014–2015 рр. і увійшли до досліджуваної групи (ДГ); 60 – не брали участі в АТО й були об'єднані в групу порівняння (ГП).

Основним психодіагностичним інструментарієм під час дослідження були:

- тест-опитувальник психологічного захисту «Індекс життєвого стилю» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х. Р. Конте);
- тест-опитувальник визначення схильності до відхилюваної поведінки (А. Н. Орел);
- методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (Л. І. Вассерман);
- біографічний опитувальник для діагностики порушень поведінки (Боттсчер, Йагер, Лісчер);

- шкала оцінки впливу травмуючої події (Impact of Event Scale-R-1es-R);
- тест життєстійкості С. Мадді (адаптація Д. О. Леонтьєва, О. І. Рассказової).

Результати оброблялись методами статистичного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті аналізу даних, у службовців МВС України, які брали участь в АТО, в 89,86 % випадків у психічній сфері відзначено різні за вираженістю дезадаптивні прояви. Вони характеризувались як доклінічні порушення з боку емоційного, когнітивного та поведінкового рівнів особистості. У 8,78 % обстежених (як на тлі дезадаптивних проявів, так і без таких) симптоми досягали клінічного рівня, але були недостатніми для визначення клінічно окресленої нозологічної форми порушень. У соматичній сфері у 68,92 % пацієнтів виявлені ознаки вегетативної дисфункції, що мали пароксизмальний характер. В інших вони відсутні.

На підставі аналізу феноменології психологічної постстресової дезадаптації у службовців МВС України, які брали участь в АТО, встановлено 2 варіанти перебігу дезадаптації:

- **емоційно-афективний** – з переважаючими проявами з боку емоційної сфери;
- **психопатоподібний** – переважно з поведінковими, когнітивними проявами та невротичними включеннями на тлі емоційних скарг.

Встановлені відхилення в учасників АТО (ДГ) порівняно з ГП були достовірно більш виражені. Виявлено також дисонанс оцінки дезадаптивних проявів самими учасниками АТО та їх оточенням. Поведінкові прояви та особливості реагування особистості члени ДГ розцінювали як позитивні набуті якості, що допомагають їм у мирному житті, тоді як оточуючі негативно сприймали нові варіанти їхньої поведінки та реагування. Всі зміни розцінювалися як позитивні надбання, що застосовуються для успішного вирішення власних проблем та досягнення життєвих цілей.

Зважаючи на важливість стану фрустрації для запуску та реалізації виявлених змін та механізмів психологічного захисту особистості як реакції адаптації до хронічного стресорного впливу, нами було досліджено рівень соціальної фрустрованості учасників ДГ порівняно з ГП. З цією метою ДГ була розділена на 2 підгрупи: I – з емоційно-афективним варіантом перебігу психологічної постстресової дезадаптації та II – з психопатоподібним варіантом.

Для I підгрупи було характерне достовірне підвищення рівня фрустрації, пов'язаної зі

сферами набутої освіти, відносинами з колегами та адміністрацією, зі змістом, умовами роботи та можливістю її зміни. Також фрустрацію викликали взаємини з дружиною та друзями, сфера медичних послуг, проведення вільного часу, власне місце у суспільстві та спосіб життя в цілому. В II підгрупі спостерігався високий рівень фрустрації щодо статусу в суспільстві, стосунків із дружиною та дітьми, з батьками та друзями, а також – житлово-побутових умов, сфери медичних послуг та способу життя в цілому. Слід відзначити, що в підгрупі з емоційно-афективним варіантом перебігу, на відміну від підгрупи з психопатоподібним варіантом, були достовірно вищими рівні фрустрації, пов'язані з освітою, відносинами з колегами по роботі й з самим змістом роботи, а також зі сферою послуг (**табл. 1**).

Як видно з **табл. 1**, в обох підгрупах стан фрустрації викликають майже однакові та близькі сфери буття. Але подальша деталізація виявляє суттєві відмінності. Для I підгрупи (з емоційно-афективним варіантом перебігу) фрустрацію та встановлені у відповідь прояви викликали проблеми як такі, що не мали жорсткого зв'язку з особистістю. Тобто й за мирних умов особистість продовжувала боротися, використовуючи набуті протягом участі в АТО способи поведінки та реагування. А об'єктами боротьби виступали або реальні негаразди, або проблеми та обставини, що були такими, на думку обстежуваного. І це (дійсно існуюче або надумане) підлягало зміні або покращенню, на що й були спрямовані діяльність і реагування особистості. Таким чином і в мирному житті учасники АТО відчували себе «борцями з негативом за покращення».

У II підгрупі (з психопатоподібним варіантом) джерела фрустрації грали зовсім іншу роль. Вони були чітко пов'язані з проблемами та потребами особистості, що з якихось причин не задовольнялися. Обстежувані цієї підгрупи вважали, що своєю участю в АТО заслужили певні преференції в суспільстві взагалі та в окремих сферах життя зокрема. Виходячи з цього, вони використовували за своєю під час бойових дій варіанти поведінки та реагування для досягнення власних цілей – як компенсацію за пережите в АТО. Це можна розцінювати як роль «жертви, що бореться за заслужену компенсацію».

Характеристику особливостей реагування особистості учасників дослідження за умови фрустрації в результаті впливу соціального та сімейного середовища, біографії та життєвого досвіду демонструють дані тесту «Біографічний опитувальник» (**табл. 2**).

Таблиця 1

Результати тесту «Діагностика рівня соціальної фрустрованості»

Сфери інтересів	M±m		ГП (n=60)
	Досліджувана група (n=148)		
	I підгрупа (n=75)	II підгрупа (n=73)	
Власна освіта	2,83±0,20 p*** p ₁ ***	1,73±0,18	1,43±0,12
Відносини з колегами по роботі	2,94±0,21 p** p ₁ **	2,03±0,23	2,07±0,20
Відносини з адміністрацією на роботі	3,46±0,19 p*	3,21±0,23	2,83±0,19
Відносини з суб'єктами професійної діяльності	3,35±0,21	3,57±0,19	3,06±0,18
Зміст власної роботи в цілому	2,70±0,18 p*** p ₁ *	2,16±0,21	1,78±0,13
Умови професійної діяльності	2,24±0,22 p*	2,07±0,19	1,68±0,10
Власне положення в суспільстві	3,78±0,23 p***	3,80±0,22 p***	2,43±0,24
Матеріальне становище	3,25±0,22	3,56±0,20	3,15±0,21
Житлово-побутові умови	2,41±0,18	2,89±0,19 p***	1,86±0,23
Стосунки з дружиною	3,31±0,23 p***	3,04±0,22 p***	1,45±0,16
Стосунки з дітьми	2,06±0,17	2,58±0,22 p**	1,76±0,13
Стосунки з батьками	3,47±0,24	3,88±0,23 p**	2,86±0,21
Умови в суспільстві (державі)	3,83±0,17	3,98±0,22	3,68±0,19
Стосунки з друзями	2,86±0,20 p***	3,31±0,22 p***	1,03±0,18
Послуги та побутове обслуговування	2,80±0,18 p ₁ *	3,37±0,20 p*	2,69±0,21
Сфера медичних послуг	3,40±0,19 p***	3,48±0,22 p***	2,15±0,16
Проведення вільного часу	2,79±0,22 p*	2,97±0,19	3,46±0,21
Можливості проведення відпустки	2,03±0,24	2,33±0,21	2,53±0,19
Можливість вибору місця роботи	2,13±0,20 p**	2,66±0,23	2,93±0,17
Власний спосіб життя в цілому	3,86±0,18 p*	3,80±0,21 p*	3,20±0,21
Середній індекс рівня соціальної фрустрованості	59,5±0,51 p***	60,42±0,53 p***	48,03±0,50

Примітки:

Достовірність: p – відносно групи контролю; p₁ – між I і II підгрупами.

Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

Для I підгрупи було характерне підвищення показників усіх шкал (за виключенням шкали FAM) на тлі достовірного зниження шкали ICHSTK. Для цієї категорії обстежених характерні:

– виражена сила «Я», здатність досягати власних цілей;

– значна напруга в міжособистісних та соціальних стосунках, утруднення соціальної адаптації та підтримки соціальних контактів;

– сильні емоційні реакції та їх лабільність, неврівноваженість;

– низький спротив стресорним впливам та схильність до соматичних реакцій.

При цьому пацієнти проявляли високу соціальну активність, товариськість та імпульсивність.

Учасники II підгрупи демонстрували достовірно помірно підвищення показників шкал на тлі зростання шкал FAM та ICHSTK і

Таблиця 2

Результати тесту «Біографічний опитувальник для діагностики порушень поведінки»

Шкала	M±m		ГП (n=60)	норма
	Досліджувана група (n=148)			
	I підгрупа (n=75)	II підгрупа (n=73)		
FAM	4,05±0,40 p ₁ ***	6,22±0,40 p*	4,52±0,33	5,20-4,50
ICHSTK	3,02±0,36 p ₁ *** p***	6,95±0,38 p**	5,31±0,36	3,76-4,02
SOZLAG	8,25±0,51 p ₁ ** p***	6,57±0,34 p***	3,47±0,34	1,46-3,02
ERZIEN	6,83±0,42 p**	7,14±0,42 p***	5,03±0,36	7,14-5,42
N	5,48±0,39 p***	4,83±0,39 p*	3,62±0,38	3,73-5,80
SOZAKT	5,38±0,38 p ₁ * p**	6,73±0,38 p***	4,04±0,42	3,29-5,34
PSYKON	7,24±0,40 p ₁ * p***	6,02±0,33 p***	3,68±0,43	3,14-5,18
E	7,24±0,39 p ₁ *** p***	4,38±0,37	5,02±0,34	4,66-5,15

Примітки:

Достовірність: p – відносно групи контролю; p₁ – між I і II підгрупами.

Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

зниження рівня шкали Е. Достовірно групи різнилися і рівнем шкали SOZLAG (більш високі показники в I підгрупі). II підгрупа характеризувалася:

- напруженими стосунками в сім'ї та негативним ставленням сім'ї до суспільства;
- напругою в міжособистісних та соціальних відносинах та утрудненням соціальної адаптації;
- слабкістю сили «Я», заниженим рівнем упевненості в собі та здатності досягати поставлених цілей;
- наявністю негативного впливу батьків та сім'ї у вихованні;
- утрудненням у підтримці соціальних контактів, а також власного розкриття як особистості;
- низьким спротивом стресорним впливам та схильністю до соматичних реакцій.

Аналіз за факторами тесту показав наявність ознак синдрому сімейного дефіциту в II підгрупі та синдрому екстраверсії в I підгрупі. Невпевненість у собі, слабкість «Я» та напруга в професійній та особистісній сферах більш виражені у II підгрупі.

Таким чином, результати цього етапу дослідження дозволяють стверджувати, що існують суттєві відмінності у витоках особистісних особливостей формування підгрунтя фрустрації між учасниками ДГ та ГП. У I підгрупі переважають напруження відносин сім'ї з суспільством, інтенсивність емоційних проявів з їх лабільністю, утруднення підтримки контактів та схильність до дезадаптації на тлі явищ екстраверсії. У II підгрупі емоційні особливості менш виражені на тлі сімейного дефіциту, низької сили «Я» та зниження впевненості в собі. В цій підгрупі виявлені також висока схильність до соматичних реакцій на тлі низького спротиву стресу й напруга у відносинах з близькими та суспільством.

Результати впливу психотравмуючої ситуації на учасників ДГ також мали відмінності між виділеними підгрупами (табл. 3). Вони не відрізнялися загальним балом тестуван-

ня, але достовірно відрізнялися за окремими шкалами. Для I підгрупи характерні достовірно вищі показники за шкалами «вторгнення» та «фізіологічне збудження», а для II підгрупи – за шкалою «уникнення». При порівнянні з результатами тесту «Біографічний опитувальник» у обстежених з емоційно-афективним варіантом дезадаптації простежується зв'язок між наявністю в індивідуальній історії розвитку надбання стеничних, екстравертних, конфліктних і лабільних рис особистості зі стеничними переживаннями стресорного впливу. При психопатоподібному варіанті в індивідуальному розвитку особистості переважають ознаки астенічності та слабкості «Я», а з появою стресорного чинника – реакція уникнення від його впливу.

Зважаючи на викладені результати, дослідження витоків формування особистісних особливостей, джерел фрустрації та реагування на травматичну подію, важливою є характеристика життестійкості – спротиву особистості до стресорного впливу та ресурсів для подолання стресу. Одержані результати дослідження цього параметру свідчать про наявність особливостей у виділених підгрупах учасників ДГ. Порівняно з ГП, у I підгрупі була достовірно підвищена, а в у II підгрупі – знижена загальна життестійкість (табл. 4). Аналогічна картина спостерігалася при порівнянні підгруп за кожною шкалою окремо. Така протилежна спрямованість результатів відповідає виявленим попередньою методикою стеничним і астенічним характером реагування на вплив стресорних чинників учасників цих підгруп.

Наведені дані свідчать про те, що емоційно-афективний варіант (I підгрупа) значно стійкіший до стресорного впливу – засвоєні нові способи поведінки та реагування використовуються особистістю для подальшої діяльності без значної шкоди для себе. Це можна вважати основою для більш-менш ефективної реадaptaції. При психопатоподібному варіанті (II підгрупа) відзначено зни-

Таблиця 3

Результати тесту «Шкала оцінки впливу травматичної події»

Шкали	M±m		
	Досліджувана група (n=148)		ГП (n=60)
	I підгрупа (n=75)	II підгрупа (n=73)	
Вторгнення – IN	25,13±3,76 p***p ₁ *	14,48±3,41	8,31±3,42
Уникнення – AV	17,53±3,43 p ₁ *	27,32±3,49 p***	11,57±3,35
Збудження – AR	23,06±3,16 p***	17,25±3,48	9,65±4,01
Загальний бал – IES-R	65,72±4,12 p***	59,05±4,22 p***	29,53±3,76

Примітки:

Достовірність: p – відносно групи контролю; p₁ – між I і II підгрупами.
 Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

Таблиця 4

Результати тесту «Життєстійкість» С. Мадді в адаптації Д. О. Леонтьєва та О. І. Рассказової

Шкали	M±m			
	Досліджувана група (n=148)		ГП (n=60)	норма
	I підгрупа (n=75)	II підгрупа (n=73)		
Життєстійкість	114,27±5,07 p*** p ₁ ***	61,88±5,63 p*	81,46±5,73	80,72±6,53
Залученість	43,61±3,02 p ₁ **	30,12±3,01	35,47±3,14	37,64±4,08
Контроль	46,60±3,65 p** p ₁ ***	26,53±3,38	33,19±3,25	29,17±5,43
Прийняття ризику	24,06±3,17 p* p ₁ ***	5,23±2,08	12,80±4,07	13,91±3,39

Примітки:

Достовірність: p – відносно групи контролю; p₁ – між I і II підгрупами.

Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001. ** – <0,01; *** – <0,001.

ження життєстійкості, що можна вважати доказом виснаження ресурсів особистості, їх цілковитої спрямованості лише на захист власних інтересів та компенсацію втрат.

Результати дослідження варіантів психологічного захисту в пацієнтів різних підгруп ДГ відрізняються між собою та з ГП (табл. 5). При емоційно-афективному варіанті дезадаптації показники не співпадали з ГП лише тенденціями до зміни напруги (за винятком шкали «заміщення», за якою напруга достовірно більша). При психопатоподібному варіанті за шкалами «витіснення», «регресія» та «заміщення» напруга достовірно вища, а за шкалою «компенсація» – нижча порівняно з ГП. У той же час і поміж підгрупами спостерігалася достовірна та значна різниця – за шкалами «витіснення», «регресія» та «компенсація». Таким чином, пацієнти II підгрупи ДГ демонстрували більшу напругу та незрілість варіантів психологічного захисту порівняно з обстеженими I підгрупи та ГП.

Виявлена властивість підсумовує результати попереднього етапу тестування. Особливості та деякі протиріччя в характери-

стиках індивіда при емоційно-афективному варіанті дезадаптації свідчать про те, що набуті в умовах АТО способи поведінки та реагування успішно засвоєні. Вони не входять у когнітивний дисонанс зі структурою особистості та успішно інтегруються в неї. І, таким чином, пацієнти I підгрупи здатні вийти на новий рівень адаптації у житті.

У групі з психопатоподібним варіантом дезадаптації в обстежених виявлено значну напругу механізмів психологічного захисту. Це свідчить про відчутний когнітивний дисонанс між наявними до участі в АТО особистісними ресурсами та набутими новими способами поведінки і реагування. Така невідповідність та спроби компенсації дисонансу сприяють формуванню незрілих способів психологічного захисту, які функціонують з високою напругою і зрештою призводять до виснаження можливостей особистості.

До проведених досліджень, на наш погляд, є необхідним долучити вивчення схильності до відхилюваної поведінки (табл. 6). Поштовхом для цього стало припущення, що така поведінка може виступати способом

Таблиця 5

Результати тесту «Психологічний захист» Плутчика–Келлермана–Конте

Шкали	M±m			
	Досліджувана група (n=148)		ГП (n=60)	норма
	I підгрупа (n=75)	II підгрупа (n=73)		
Заперечення	45,22±4,13	40,74±4,36	42,04±4,37	37,50
Витіснення	41,37±4,38 p ₁ ***	63,22±4,87 p***	36,30±4,05	33,33
Регресія	30,26±5,14 p ₁ ***	59,68±5,01 p***	32,62±4,84	33,57
Компенсація	51,43±5,16 p ₁ ***	25,17±4,06 p*	40,25±4,46	31,00
Проекція	77,05±4,37	65,22±5,43	66,31±4,27	63,07
Заміщення	56,38±5,24 p***	57,35±4,86 p***	28,53±4,37	29,23
Інтелектуалізація	44,16±4,31	40,53±5,02	48,63±4,40	49,17
Реактивне утворення	24,46±4,25	33,38±4,53	30,41±4,39	31,00

Примітки:

Достовірність: p – відносно групи контролю; p₁ – між I і II підгрупами.

Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001. ** – <0,01; *** – <0,001.

уникнення або послаблення стресорного впливу фруструючих обставин. За результатом дослідження встановлено, що в I підгрупі за всіма шкалами, а в II підгрупі частково – окрім шкал 1 (соціальна бажаність), 2 (подолання норм і правил) та 7 (схильність до деліквентної поведінки) – бали достовірно вищі, ніж у ГП. Окрім того, показники всіх шкал в I підгрупі достовірно вищі, ніж у II підгрупі.

Такий досить несподіваний результат потребував уточнення та пояснення з боку обстежуваних. У результаті встановлено, що пацієнти з емоційно-афективним варіантом дезадаптації (I підгрупа) за умови відсутності вибору інших шляхів досягнення необхідного результату в життєво важливих ситуаціях готові до означених у тесті дій. При цьому всі опитані відзначають, що набули такі якості під час перебування в АТО. Хворі з психопатоподібним варіантом дезадаптації (II підгрупа) вважають за можливе використання лише деяких варіантів аддиктивної поведінки, і тільки тоді, коли обставини власного життя стануть вкрай важкими.

Таким чином, можна стверджувати, що зареєстровані під час клініко-психологічного дослідження особливості психологічної постстресорної дезадаптації (у вигляді емоційно-афективного та психопатоподібного варіантів перебігу) знаходять підтвердження в подальшому дослідженні. Встановлено, що виявленим властивостям відповідають наявні фактори фрустрації в тій чи іншій сферах життя, які й зумовлюють певні прояви дезадаптації. Цим рисам поведінки і реагування відповідають відмінності, виявлені при аналізі особливостей формування особистості в сім'ї, у соціальному середовищі, а також обставинами життєвого шляху. Ці якості обумовлюють характер впливу травматичної події та рівень життєстійкості особистості. Їх відмінності лежать в основі необхідності та

вибору і адекватності варіантів психологічного захисту особистості при стресі.

Для респондентів із емоційно-афективним варіантом психологічної дезадаптації в дитинстві були притаманні напруження відносин сім'ї з суспільством. У подальшому житті (на тлі явищ екстраверсії та значної інтенсивності емоційних проявів з їх лабільністю) виникли утруднення підтримки міжособистісних контактів та схильність до дезадаптації. Дослідження впливу психотравмуючої ситуації для цієї підгрупи (I) показали достовірно вищі показники за шкалами «вторгнення» та «фізіологічне збудження» порівняно з показниками ГП.

Співставлення показників впливу психотравмуючої ситуації з результатами тесту «Біографічний опитувальник» дає підстави стверджувати, що існує зв'язок між притаманними цим респондентам стеничністю, екстравертністю, конфліктністю і лабільністю емоцій та стеничними переживаннями стресорного впливу. В I підгрупі ДГ була достовірно підвищена як загальна життєстійкість, так і за окремими шкалами тесту. Крім зазначених результатів, респонденти I підгрупи відрізнялись від ГП напругою варіантів психологічного захисту. Але достовірною різниця була лише за шкалою «заміщення», показники якої перевищували ГП.

При психопатоподібному варіанті психологічної дезадаптації у респондентів виявляється напруга у сімейних стосунках, з близькими та у суспільних відносинах. На тлі сімейного дефіциту в учасників II підгрупи виявлено низький рівень сили «Я» та зниження впевненості в собі; високий показник схильності до соматичних реакцій; низький спротив особистості стресорному впливу. Емоційні прояви в цих респондентів менш виражені на відміну від I підгрупи. Серед способів реагування на психотравмуючу ситуацію в осіб з

Таблиця 6

Результати тесту «Схильність до відхилюваної поведінки» А. Н. Орел

Шкали	M±m		
	Досліджувана група (n=148)		ГП (n=60)
	I підгрупа (n=75)	II підгрупа (n=73)	
Соціальна бажаність	68,12±2,01 p ₁ *** p***	54,63±1,89	56,35±1,46
Подолання норм і правил	64,83±2,20 p ₁ *** p***	54,22±2,16	50,68±1,63
Схильність до аддиктивної поведінки	68,37±2,06 p***	65,15±2,50 p***	43,69±2,04
Саморуйнівна поведінка	53,82±2,15 p ₁ *** p***	65,22±2,40 p***	44,30±1,63
Схильність до агресії та насильства	66,04±2,15 p ₁ *** p***	45,07±2,16 p**	55,37±2,30
Вольовий контроль емоційних реакцій	49,36±2,57 p ₁ *** p*	67,04±1,92 p***	55,20±2,06
Схильність до деліквентної поведінки	59,27±1,88 p ₁ *** p***	47,14±1,86	43,62±2,11

Примітки:

Достовірність: p – відносно групи контролю; p₁ – між I і II підгрупами.

Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

психопатоподібним варіантом психологічної дезадаптації переважає реакція «уникнення» від впливу стресорного чинника.

Зазначені особливості індивідуального розвитку особистості респондентів II підгрупи характеризують їх як астеничних осіб зі слабкістю «Я». При психопатоподібному варіанті психологічної дезадаптації у респондентів знижені як загальна життєстійкість, так і її рівні за кожною шкалою тесту окремо. При дослідженні напруги психологічного захисту у II підгрупі показники за шкалами «витіснення», «регресії» та «заміщення» були достовірно вищі, а за шкалою «компенсації» – нижчі відносно до ГП. Таким чином, пацієнтам з психопатоподібним варіантом психологічної дезадаптації, на відміну від емоційно-афективного, притаманні значна напруга та незрілість механізмів психологічного захисту.

Результати дослідження схильності до відхилюваної поведінки в обох підгрупах ДГ майже за всіма шкалами достовірно відрізнялись від ГП. Також встановлені достовірні відмінності майже за всіма шкалами тесту між I і II підгрупами. Можна припустити, що виявлені показники схильності до відхилюваної поведінки є відображенням ступеня інтеграції особистістю набутих в умовах АТО моделей поведінки і реагування. Для встановлення можливостей використання особистістю тієї чи іншої моделі відхилюваної поведінки необхідна деталізація умов та мотивації її застосування. Як правило, для цього потрібно провести додаткову співбесіду з респондентами.

У подальшому дослідженні представляється важливим аналіз копінг-стратегій, які задіяні учасниками АТО в процесі боротьби зі стресом та реадаптацією до мирного життя.

Висновки

1. Під час психодіагностичного обстеження у співробітників МВС України-учасників АТО виявлено психологічні особливості, які підтверджують встановлені при клініко-психологічному дослідженні два варіанти посттравматичної дезадаптації – емоційно-афективний та психопатоподібний.

2. Емоційно-афективному варіанту психологічної дезадаптації притаманні напруження відносин сім'ї з суспільством, висока інтенсивність емоційних проявів та їх

лабільність, утруднення підтримки контактів та схильність до дезадаптації на тлі явищ екстраверсії. Результати впливу психотравмуючої ситуації достовірно вищі за симптомами «вторгнення» та «фізіологічне збудження». В учасників з емоційно-афективним варіантом перебігу достовірно підвищена як загальна життєстійкість, так і показники за окремими шкалами. Що стосується психологічного захисту, в підгрупі відзначено достовірно більшу напругу лише за шкалою «заміщення».

3. При психопатоподібному варіанті емоційні особливості індивідуального розвитку особистості представлені показниками сімейного дефіциту, низької сили «Я» та зниження впевненості в собі, а також високою схильністю до соматичних реакцій на тлі низького спротиву стресу, напругою у відношеннях з близькими та з суспільством. Серед реакцій на вплив стресорного чинника в підгрупі переважає «уникнення». При психопатоподібному варіанті знижені як загальна життєстійкість, так і показники за кожною зі шкал окремо. При дослідженні психологічного захисту напруга достовірно вища за шкалами «витіснення», «регресія» та «заміщення», а за шкалою «компенсація» – низька.

4. При порівнянні результатів дослідження простежується зв'язок між клінічними проявами варіантів дезадаптації, локусами фрустрації, соціальним та сімейним оточенням, біографією та життєвим шляхом, а також між результатами впливу травматичної події, життєстійкістю та способами психологічного захисту. Це дозволяє прогнозувати виникнення та перебіг того чи іншого варіанту дезадаптації.

5. В учасників АТО з психопатоподібним варіантом дезадаптації спостерігаються значна напруга та незрілість варіантів психологічного захисту порівняно з пацієнтами з емоційно-афективним варіантом перебігу хвороби.

6. Наявність високих рівнів схильності до відхилюваної поведінки та дисонансних показників за окремими методиками свідчать про наявність явищ когнітивного дисонансу в процесі інтеграції нових способів поведінки та реагування при реадаптації учасників АТО до мирного життя.

Література

1. Кровяков В. М. Психотравматология. Психическая травма, психогении в этиопатогенетических механизмах развития психических расстройств / В. М. Кровяков. – М. : Наука, 2005. – 379 с.

2. Близнюк А. И. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у комбатантов, клиника, диагностика,

коррекция / А. И. Близнюк // Военно-медицинский журнал. – Минск : БГМУ, 2005. – № 1. – С. 1–14.

3. Психиатрия войн и катастроф / ред. В. К. Шамрей. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 620 с.

4. Корнієнко І. О. Копінг-поведінка сім'ї як предмет психологічного дослідження / І. О. Корнієнко // Проблеми сучасної психології. – 2013. – Вип. 20. – С. 73–283.

5. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. – СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2009. – Т. 136. – С. 40–46.
6. Бугайова Н. М. Адаптивный потенциал люди-

ни та стрессова резистентність: синергетичний контекст / Н. М. Бугайова // Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології. – 2012. – № 24, ч. 5. – С. 33–41.

References

1. Krovjakov V. M. Psihotravmatologija. Psihicheskaja travma, psihogenii v jetiopatogeneticheskikh mehanizmah razvitija psihicheskikh rasstrojstv [Psychotraumatology. Psychic trauma in psychogenic etiopathogenic mechanisms of mental disorders]. Moscow, Nauka, 2005, 379 p. (In Russ.)
2. Bliznjuk A. I. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo (PTSR) u kombatantov, klinika, diagnostika, korrekcija [Post-traumatic stress disorder (PTSD) among combatants, clinic, diagnostics, correction]. Voenno-meditsinskij zhurnal [Military Medical Journal]. Minsk, BSMU, 2005, pp. 1-14. (In Russ.)
3. Psihiatrija vojn i katastrof [ed. V. K. Shamrej] [Psychiatry wars and catastrophes [ed. V. K. Shamrej]]. St. Petersburg, SpecLit Publ., 2015, 620 p. (In Russ.)
4. Kornijenko I. O. Koping-povedinka sim'i' jak predmet psihologichnogo doslidzhennja [Family coping behaviors as a subject of psychological research]. Proble-

my suchasnoi' psihologii' [Problems of modern psychology], 2013, no. 20, pp. 73-283. (In Ukr.)

5. Isaeva E. R. Koping-povedenie i psihologicheskaja zashhita lichnosti v uslovijah zdorov'ja i bolezni [Coping behavior and psychological protection of the individual in terms of health and disease]. St. Petersburg, Publ. house of SpbMU, vol. 136, 2009, pp. 40-46. (In Russ.)
6. Bugajova N. M. Adaptivnij potencial ljudini ta stresova rezistentnist': sinergetichnij kontekst [Adaptive capacity of human and stress resistance, synergistic context]. Zbirnyk naukovyh prac' Instytutu psihologii' imeni GS Kostjuka Nacional'noi' APN Ukraїny. Problemy zagal'noi' ta pedagogichnoi' psihologii' [Proceedings of the Institute of Psychology of GS Kostjuk online visitors of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine. Problems of General and Educational Psychology], 2012, no. 24, part 5, pp. 33-41. (In Ukr.)

МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧЕСЬКОЇ ЗАЩИТИ В ГЕНЕЗІ ПСИХОЛОГІЧЕСЬКОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СОТРУДНИКІВ МВД УКРАЇНИ – УЧАСТНИКІВ АТО

П. В. Козыра

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Аннотация. При психодиагностическом и клинико-психологическом обследовании сотрудников МВД Украины – участников АТО выявлено два варианта посттравматической психологической дезадаптации – эмоционально-аффективный и психопатоподобный. Установлена связь между клиническими проявлениями этих вариантов, локусами фрустрации, социальным и семейным окружением, биографией и жизненным путем, влиянием травматического события, жизнестойкостью и способами психологической защиты. При психопатоподобном варианте дезадаптации наблюдалось напряжение и незрелость психологической защиты в отличие от эмоционально-аффективного варианта. Наличие высоких уровней склонности к отклоняющему поведению и диссонансных показателей по отдельным методикам свидетельствует о явлениях когнитивного диссонанса в процессе интеграции новых способов поведения и реагирования при реадaptации участников АТО к мирной жизни.

Ключевые слова: дезадаптация, психологическая защита, стресс, фрустрация, личность, участники АТО.

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS IN GENESIS OF PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT OF UKRAINE MIA OFFICERS – ATO PARTICIPANTS

P. V. Kozyra

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Summary. During psychodiagnostic clinical and psychological examination of the Ukrainian Interior Ministry employees – participants of ATO detected two variants of post-traumatic psychological maladjustment – emotional-affective and psychopathic. The interrelation was outlined between the clinical manifestations of these options, the loci of frustration, social and family environment, bio and life path, the influence of the traumatic event, resilience and ways of psychological protection. Psychopathic version of maladjustment observed voltage and immature psychological defense in comparison to the emotional and affective goals. The presence of high levels of propensity for deviant behavior and dissonant figures for individual methods indicates phenomena of cognitive dissonance in the process of integration of new modes of behavior and response of ATO participants' re-adaptation to civilian life.

Key words: maladjustment, psychological defense, stress, frustration, person, ATO participants.

Козыра Петро Володимирович – здобувач, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: ryu161alfa@gmail.com.

Козыра Петр Владимирович – соискатель, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: ryu161alfa@gmail.com.

Petro Kozyra – postgraduate student, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ryu161alfa@gmail.com.



С. І. Коломієць

УДК 617.3;159.922.5

СКОЛІОТИЧНА ХВОРОБА У ДІТЕЙ ЯК ОДНА З ПРИЧИН ТРИВОЖНОСТІ

С. І. Коломієць

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Анотація.

Вивчення психологічних особливостей дітей, хворих на сколіоз, є важливою передумовою для нормальної адаптації та реабілітації даної категорії пацієнтів. Отримані під час дослідження знання та виявлені закономірності сприятимуть досягненню максимально ефективного результату лікування, зниженню рівня інвалідності, успішній інтеграції дитини у соціальний простір. Підкреслено, що наявність тривожності у дітей із різним ступенем сколіозу негативно впливає не тільки на процес соціалізації, адаптації та навчання, а й на процес лікування. У роботі наведено результати проведеного емпіричного дослідження, головною метою якого було виявлення залежності між ступенем сколіозу у дітей віком від 10 до 14 років та рівнем їхньої тривожності. Дослідження загальної, шкільної, міжособистісної тривожності у дітей із різним ступенем сколіозу можуть бути покладені в основу психологічної складової комплексної програми медичної реабілітації даної категорії хворих.

Ключові слова: сколіотична хвороба, сколіоз, тривожність, соціально-психологічна адаптація, діти.

Вступ

Сколіотична хвороба у дітей є складним медичним і соціальним завданням через значне розповсюдження та тенденцію до зростання виявлених випадків хвороби у школярів. Сколіоз спотворює не тільки тіло, але й психіку пацієнта, що призводить до порушень з боку центральної та вегетативної нервових систем. Не викликає сумніву, що розуміння психосоматичних співвідношень при цій патології можливо тільки в результаті комплексного вивчення центральної та вегетативної нервових систем, а також сенсорних систем різної модальності, що до цього часу не знайшло належного відображення у науковій літературі [1–4]. У хворих на сколіоз дітей ще недостатньо вивчено особливості психовегетативних порушень, депресивних станів, тривожності та залежності їх проявів від ступеня деформації хребта. Актуальним залишається й питання щодо розробки нових і вдосконалення існуючих методів лікування сколіотичної хвороби при вегетативних порушеннях, а також корекція соматогенних та психогенних впливів на перебіг хвороби. На сьогодні ще не розроблено систему прогнозування розвитку тривожних станів при різних ступенях деформації хребта.

Мета дослідження

Метою даної роботи є дослідження тривожності у дітей із різним ступенем тяжкості сколіозу та виявлення психологічних чинників, що сприяють ефективності адаптації.

Матеріали та методи дослідження

У проведеному нами дослідженні взяли участь 55 дітей: з них 22 – з I ступенем сколіо-

зу (Г1), 14 – з II ступенем (Г2), 14 – з III ступенем, 5 – з IV ступенем. Оскільки за даними попереднього аналізу за більшістю оцінюваних параметрів не було виявлено помітних відмінностей підгруп з III та IV ступенем захворювання, а невелика кількість дітей ускладнювала оцінку, для отримання достовірних результатів було вирішено об'єднати дітей із III та IV ступенем сколіозу в одну групу (надалі – Г3).

Для реалізації програми дослідження у роботі використовувалися методи бесіди, інтерв'ю, анкетування, а також психодіагностичного тестування за шкалою особистісної тривожності А. М. Прихожан. Отримані дані оброблялися за допомогою тесту-методики А. М. Прихожан шляхом обчислення загальної суми балів за шкалою в цілому та суми балів для кожної з субшкал: загальної, шкільної, самооціночної, міжособистісної, магічної. У подальшому первинні показники у балах порівнювалися з нормативними для груп відповідно до статі й віку та переводилися у стандартні оцінки (або стени). За отриманою шкальною оцінкою було зроблено висновок про рівень тривожності. Результат, який одержали за шкалою в цілому, інтерпретувався як показник загального рівня тривожності, а підсумки за окремими субшкалами – як оцінка окремих видів тривожності.

Статистичний аналіз проводився за пакетом Statistica for Windows 5.0. Для оцінки зв'язку психологічних характеристик зі ступенем сколіозу застосовано критерій Кендала, для парного порівняння груп – критерій Манна–Уїтні.

Результати дослідження та їх обговорення

Сколіотична хвороба – це складна вертебро-медулярна патологія, що характеризується багатоплощинною деформацією хребта з ураженням внутрішніх органів і систем організму. Поширеність сколіозу серед дітей та підлітків, за даними різних авторів, коливається в межах від 1,00 до 35,00%, при цьому частотність не має тенденції до зниження [5–7]. Проте проблема полягає не тільки в поширеності захворювання, але у тих наслідках, до яких призводить деформація хребта. Викривлення хребетного стовпа втягує в патологічний процес грудну клітину й органи, які знаходяться в ній, що, зрештою, призводить до розвитку так званого «кіфосколіотичного серця», передчасної інвалідності та загибелі хворих. Така тенденція вказує не тільки на медичну, але й соціальну значимість проблеми [8–9].

Тому зараз неабиякого значення для практичної діяльності лікаря набувають патогенні впливи хвороби на психіку пацієнта будь-якого віку – йдеться саме про порушення психічної діяльності людини за умов існування захворювання [3; 10–12].

Серед негативних переживань людини тривожність посідає особливе місце, часто вона призводить до зниження адаптивності, працездатності, продуктивності діяльності, до труднощів у спілкуванні. На тлі підвищеної тривожності в людини можуть з'явитись різні соматичні захворювання, тож не дивно, що сучасне наукове знання демонструє зростаючу увагу до тривожності особистості.

Одним із актуальних аспектів цього є становлення емоційно-вольової сфери, з якою тісно пов'язано формування особистості – складний і тривалий процес, що характеризує психічний розвиток. Становлення протікає під безпосередньою дією з боку оточуючих, в першу чергу, дорослих, які виховують дитину. Без знання особливостей емоційної сфери дітей важко правильно реагувати на їхні вчинки, обирати відповідні заходи виховання (заохочення або покарання). Оцінюючи суб'єктивну складову захворювання у дітей, завжди слід зважати на рівень їхнього розвитку, відповідність як біологічному, так і психічному віку, оскільки іноді тривалі та хронічні захворювання стають причиною затримки не тільки фізичного, а й психічного розвитку.

При хронічному розладі дуже важливо, аби близькі усвідомили сам факт хвороби та завжди зважали на це. Ще більшого значення набуває допомога маленькому пацієнту в адаптації до нових умов життєдіяльності,

які змінені хронічною недугою. Правильна психологічна підтримка значимих дорослих (батьків, опікунів) створює умови, які позитивно впливають на сприйняття дитиною власного захворювання, випрацьовують установки на адекватне ставлення до неї та процесу лікування.

Часто дитина, що страждає на хронічний розлад, у звичайних умовах (школи та сім'ї) не отримує належного фізичного виховання та психічного розвитку, але в дитячому колективі з цілеспрямованими та правильно організованими заняттями, незважаючи на хворобу, може досить ефективно розвиватись, а в майбутньому – успішно адаптуватись у референтних групах і в соціумі взагалі.

Тому при аналізі особливостей соціально-психологічної адаптації дітей з різним ступенем вираженості сколіозу слід враховувати не тільки особливості вікової групи, ступень тяжкості деформації хребта, гендерні особливості, але й специфіку навчального закладу, в якому навчається дитина (загальноосвітня школа чи спеціалізована школа-інтернат).

За результатами проведеного дослідження за шкалою особистісної тривожності А.М.Прихожан встановлено, що **існує значущий позитивний зв'язок загальної тривожності із ступенем сколіозу** ($t_{\text{ау Кендала}}=0,2628$, $p=0,005$). У Г1 (I ступінь сколіозу) низькою загальною тривожністю була у 54,55% дітей, середньою – у 36,36%, високою – у 9,09%. В Г2 виявили 21,43% дітей з низьким рівнем загальної тривожності, 71,43% – з середнім та 7,14% – з високою загальною тривожністю. Щодо дітей Г3 (III та IV ступінь сколіозу), то серед них лише 21,05% мали низьку тривожність, 57,89% – середню і 21,05% – високу. Отже, можна стверджувати, що діти у Г1 більш адаптовані до соціальних умов, менше переживають з приводу негативних об'єктивних обставин, адекватно реагують на зміни в оточуючому середовищі та спокійно сприймають свою хворобу – на відміну від дітей Г2 та Г3, які мають високі показники за середнім рівнем особистої тривожності.

Аналіз отриманих даних за шкалою міжособистісної тривожності дозволив зробити висновок про її значущий позитивний зв'язок зі ступенем сколіозу ($t_{\text{ау Кендала}}=0,186$, $p=0,045$). В Г1 міжособистісна тривожність у 63,64% учнів була низькою, середньою – у 22,73%, високою – у 13,64%. Про зростання рівня міжособистісної тривожності при прогресуванні сколіозу свідчить те, що в Г2 низьким її рівень був у 35,71% дітей, середнім – у 42,86%, високим – у 21,43% обстежених па-

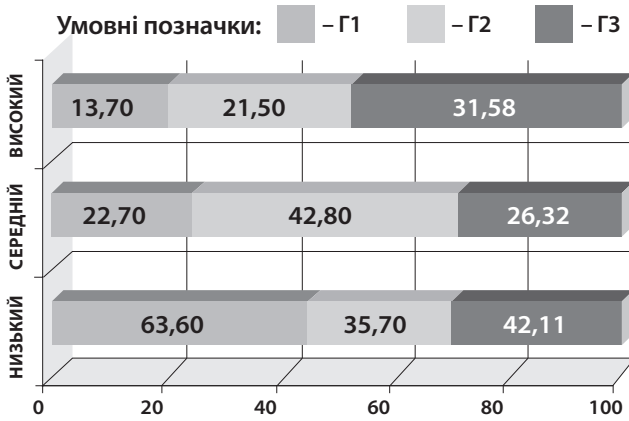


Рис. Аналіз даних за шкалами тривожності (%)

цієнтів. У Г3 відповідно він становив – 42,11%, 26,32% та 31,58% (рис.). Отже, діти по мірі зростання ступеня деформації хребта, починають частіше відчувати тривогу в міжособистісних стосунках (особливо під час спілкування з однолітками), що може негативно впливати на процес їхньої адаптації та становлення в референтній соціальній групі. Високий рівень міжособистісної тривожності (найвищий показник в Г3 – 31,58%) може негативно вплинути на процес становлення індивідуально-психологічних особливостей досліджуваних пацієнтів і, як наслідок, стати причиною появи психологічних розладів (передневротичних станів, депресій, неврозів тощо).

Під час аналізу даних, отриманих за шкалою самооціночної тривожності, **встановлено пограничний зв'язок ступенів сколіозу із самооціночною тривожністю** (тау Кендала=0,136, $p=0,14$). Виявлено, що в Г1 вона була низькою у 54,55% обстежених, середньою – у 27,27%, високою – у 18,18%. В Г2 самооціночна тривожність була низькою у 28,57% пацієнтів, середньою – у 57,14%, високою – у 14,29%, а в Г3 низькою – у 26,32%, середньою – у 63,16%, високою – у 10,53% дітей. Оскільки, самооціночна тривожність – це рівень тривоги, викликані оцінкою своєї зовнішності і своїх можливостей у порівнянні з однолітками, вбачається, що середні та високі показники за даною шкалою можуть стати причинами появи різних соматичних захворювань. Це ставить під загрозу психічне здоров'я та нормальний психологічний розвиток дитини згідно з біологічним віком.

Між ступенем сколіозу та магічною тривожністю порівняльний аналіз також засвідчив пограничний зв'язок (тау Кендала=0,172, $p=0,06$). Високі показники за цією шкалою вказують на міру тривожності, обумовлену вірою в «прокляття» та «порчу», в енергетичних вампірів, надприродні можливості людей з метою негативного впливу. Це свідчить про

неспроможність взяти на себе відповідальність за власні дії і прагнення розділити її з незримими магічними силами. За результатами отриманих даних встановлено, що в Г1 більшість опитаних дітей має низький рівень тривожності – 45,45%, середня тривожність – у 22,73%, а 31,82% обстежених демонструють високий рівень тривожності. У Г2 виявлено 21,43% дітей з низькою магічною тривожністю, 64,29% – з середньою, 14,29% – з високою. Цей показник для Г3 становив відповідно 15,79%, 47,37% та 36,84%. Незважаючи на те, що отримані в рамках середніх та високих показників результати дещо вищі, ніж за всіма попередньо описаними шкалами, це не викликає особливого занепокоєння. З огляду на особливості психологічного розвитку даної категорії опитаних (від 10 до 14 років), треба мати на увазі, що даний період ще характеризується бурхливою фантазією з превалюванням образного мислення, і саме у цьому віці розвивається здатність до рефлексії.

Аналіз не виявив зв'язку ступеня сколіозу зі шкільною тривожністю (тау Кендала=0,037, $p=0,69$).

На наступному етапі дослідження обстежувані діти були поділені на дві групи за місцем навчання – учнів середньої загальноосвітньої школи ($n=22$) та учнів спеціалізованої школи-інтернату ($n=33$). Оскільки за віком групи однорідні (1–14 років), було вирішено виявити притаманні кожній з них особливості значущих зв'язків критеріїв тривожності зі ступенем сколіозу. Аналіз рівнів зазначених видів тривожності показав, що показники самооцінки та міжособистісної тривожності вищі серед дітей із загальноосвітньої школи, ніж в їхніх однолітків зі школи-інтернату. Треба зазначити, що діти, які навчалися у школі-інтернаті, мали значно вищий ступінь сколіозу ($p<0,001$), тому прямо співвідносити рівні тривожності цих груп дуже проблематично та некоректно.

Але все ж маємо підкреслити, що отримані дані виявляють значущу позитивну кореляцію загальної, шкільної, міжособистісної тривожності зі ступенем сколіозу в дітей зі звичайної школи, в той час як серед обстежених зі школи-інтернату така кореляція відсутня (детально описано вище). Але ж значуща позитивна кореляція в останній групі виявлена між шкільною тривожністю та ступенем сколіозу – це означає, що під час прогресування деформації хребта спостерігатиметься тенденція до зростання тривожності з віком.

Оптимальним для інтегральної оцінки обох груп є проведення багатофакторного аналі-

зу методом множинної регресії. Такий аналіз засвідчив, що незалежним прогностичним параметром загальної тривожності є ступінь сколіозу (позитивний зв'язок) і вік (негативний зв'язок). Шкільна тривожність мала значущий незалежний зв'язок лише з віком (обернений, $p < 0,05$), а самооціночна – з віком (обернений, $p < 0,05$) і статтю (вищий рівень тривожності у хлопчиків). Міжособистісна тривожність була незалежно пов'язана з тяжкістю сколіозу – зростала відповідно до тяжкості хвороби. Інтерпретація магічної тривожності була ускладненою – не виявлено конкретних незалежних предикторів.

Висновки

Під час дослідження сколіотичної хвороби в дітей нами розглянуто залежність між ступенем сколіозу та особистісною, міжособистісною, магічною, шкільною тривожністю в дітей, які навчалися у звичайній загальноосвітній школі та загальноосвітній санаторній школі (школі-інтернат). В результаті дослідження встановлено:

– ступінь сколіозу має значущий позитивний зв'язок із загальною та міжособистісною

тривожністю; пограничний зв'язок – із самооціночною та магічною тривожністю; зв'язку із шкільною тривожністю не виявлено;

– у групі дітей, які навчалися у звичайній школі, виявлено позитивну кореляцію загальної, міжособистісної та шкільної тривожності зі ступенем сколіозу;

– у групі дітей, які навчалися у школі-інтернат, виявлено вищий рівень самооціночної та магічної тривожності, а також тенденцію до збільшення загальної тривожності з віком.

Отримані результати підтверджують, що психічний стан дитини, хворої на сколіоз, значним чином обумовлений тяжкістю порушень опорно-рухової системи.

Практичне значення проведеного дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути покладені в основу психологічної складової комплексної програми медичної реабілітації дітей з різним ступенем вираженості сколіозу з метою ефективної адаптації у соціумі та можуть бути використані лікарями, психологами, педагогами та соціальними працівниками, які працюють з даною категорією дітей.

Література

1. Дадаева О. А. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом. / О. А. Дадаева, Р. Т. Складенко, Н. Г. Травникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 3. – С. 10–14.

2. Зуева Д. П. Особенности психовегетативного статуса у детей и подростков при сколиотической болезни / Д. П. Зуева // Молодые ученые новые идеи открытия. Материалы Всерос. науч.-практич. конф. посв. 85-летию со дня рождения академика Г. А. Илизарова и 35-летию Российского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия». – Курган, 2006 – С. 63–64

3. Максименко С. Д. Медична психологія : підручник / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча; за редакцією академіка С. Д. Максименка. – Вінниця: Нова Книга, 2008. – 520 с.

4. Sevastik J. A. Dysfunction of the autonomic nerve system (ANS) in the aetiopathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis / J. A. Sevastik // Stud. Health Technol. Inform. – 2002. – Vol. 88. – P. 20–23.

5. Adolescent idiopathic scoliosis: the effect of brace treatment on the incidence of surgery / C. J. Goldberg, D. P. Moore, E. E. Fogarty et al. // Spine. – 2001. – Vol. 26, № 1. – P. 42–47.

6. Andersen M. O. Investigation and treatment of idiopathic scoliosis in adolescence / M. O. Andersen,

K. Thomsen // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2000. – Vol. 120, № 21. – P. 2524–2547.

7. A prognostic model for the presence of neurogenic lesions in atypical idiopathic scoliosis / J. A. Morcuende, L. A. Dolan, J. D. Vazquez et al. // Spine. – 2004. – Vol. 29, № 1. – P. 51–58.

8. Engel J. M. Outcome of biofeedback-assisted relaxation for pain in adults with cerebral palsy: preliminary findings / J. M. Engel, M. P. Jensen, L. Schwartz // Appl. Psychophysiol. – Biofeedback. – 2004. – Vol. 29, № 2. – P. 135–140.

9. Haheer T. R. The use of outcomes instruments in the assessment of patients with idiopathic scoliosis / T. R. Haheer, A. Valdevit // Instr. Course Lect. – 2005. – Vol. 54. – P. 543–550.

10. Бройтигам В. Психосоматическая медицина : кратк. учебн. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. – М. : ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.

11. Довідник з практичної психології: психологічне здоров'я дітей і підлітків в контексті психологічної служби : метод. посібник / ред. І. В. Дубовина. – К. : Академія, 2005. – 170 с.

12. Караваева Е. М. Различия показателей социально-психологической адаптации у школьников и студентов / Е. М. Караваева, В. Г. Печерский, Д. Е. Иванов // Сборник «Экспериментальная психология в России: Традиции и перспективы». – М. : Международная пед. академия, 2005. – С. 807–811.

References

1. Dadaeva O. A., Sklyarenko R. T., Travnikova N. G. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti detey i podrostkov, bol'nykh skoliozom [Clinico-psychological characteristics of children and adolescents with scoliosis]. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya [Medical-social examination and rehabilitation], 2003, no. 3, pp. 10-14. (In Russ.)

2. Zueva D. P. Osobennosti psikhovegetativnogo statusa u detey i podro stkov pri skolioticheskoy bolezni [Fea-

tures psychovegetative status in children and adolescents with scoliosis]. Molodye uchenye novye idei otkrytiya. Materialy Vseros. nauch.-praktich. konf. posv. 85-letiyu so dnya rozh deniya akademika G. A. Ilizarova i 35-letiyu Rossiyskogo nauchnogo tsentra «Vosstanovitel'naya travmatologiya i ortopediya» [Young scientists new ideas opening. Vseros materials. scientific-Practical Conf, dedicated. 85th anniversary of academician G. A. Ilizarov and 35th anniversary of

the Russian Scientific Center "Restorative Traumatology and Orthopaedics". Kurgan, 2006, pp. 63-64. (In Russ.)

3. Maksymenko S. D., Koval' I. A., Maksymenko K. S., Papucha M. V. Medychna psykologija [Pidruchnyk] [Za redakcijeju akademika S. D. Maksymenka] [Medichna psihologija [Pidruchnik] [For redaktsieju akademika S. D. Maksimenka]]. Vinnycja, Novaja Knyga Publ., 2008, 520 p. (In Ukr.)

4. Sevastik J. A. Dysfunction of the autonomic nerve system (ANS) in the aetiopathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis. *Stud. Health Technol. Inform.*, 2002, vol. 88, pp. 20-23.

5. Goldberg C. J., Moore D. P., Fogarty E. E. [et al.] Adolescent idiopathic scoliosis: the effect of brace treatment on the incidence of surgery. *Spine*, 2001, vol. 26, no. 1, pp. 42-47.

6. Andersen M. O., Thomsen K. Investigation and treatment of idiopathic scoliosis in adolescence. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.*, 2000, vol. 120, no. 21, pp. 2524-2547.

7. Morcuende J. A., Dolan L. A., Vazquez J. D. [et al.] A prognostic model for the presence of neurogenic lesions in atypical idiopathic scoliosis. *Spine*, 2004, vol. 29, no. 1, pp. 51-58.

8. Engel J. M., Jensen M. P., Schwartz L. Outcome of biofeedback-assisted relaxation for pain in adults with ce-

rebral palsy: preliminary findings. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback*, 2004, vol. 29, no. 2, pp. 135-140.

9. Haheer T. R., Valdevit A. The use of outcomes instruments in the assessment of patients with idiopathic scoliosis. *Instr. Course Lect.*, 2005, vol. 54, pp. 543-550.

10. Broytigam V., Kristian P., Rad M. *Psichosomaticheskaya meditsina: Kratkiy uchebnik* [Psychosomatic Medicine: A Brief Tutorial]. Moscow, Medicine Publ., 1999, 376 p. (In Russ.)

11. Dovidnyk z praktychnoi' psykologii': psykologichne zdorov'ja ditej i pidlitkiv v konteksti psykologichnoi' sluzhby: metod. posibnyk [red. I. V. Dubovyna] [Handbook of Applied Psychology: psychological health of children and adolescents in the context of psychological services: method. guide [Ed. I. V. Dubovyna]]. Kiev, Academy Publ., 2005, 170 p. (In Ukr.)

12. Karavaeva E. M., Pecherskiy V. G., Ivanov D. E. *Razlichiya pokazateley sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii u shkol'nikov i studentov* [Differences indicators of socio-psychological adaptation of schoolchildren and students]. *Ekspierimental'naya psikhologija v Rossii: Traditsii i perspektivy* [Experimental Psychology in Russia: Traditions and Prospects]. Moscow, Publ. house of International Pedagogical Academy, 2005, pp. 807-811. (In Russ.)

СКОЛИОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ТРЕВОЖНОСТИ

С. И. Коломиец

Национальный медицинский университет
имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

Аннотация. В статье автор подчеркивает, что изучение психологических особенностей детей, больных сколиозом, составляет важную предпосылку для нормальной адаптации и реабилитации данной категории пациентов. Полученные в ходе исследования данные и выявленные закономерности могут способствовать достижению максимально эффективного результата лечения, снижению уровня инвалидности, успешной интеграции ребенка в социальном пространстве. Установлено, что наличие тревожности у детей с разной степенью сколиоза негативно влияет не только на процесс социализации, адаптации и обучения, но и на лечение. В работе приведены результаты проведенного эмпирического исследования, главной целью которого было выявление зависимости между степенью сколиоза у детей в возрасте от 10 до 14 лет и уровнем их тревожности. Исследование общей, школьной, межличностной тревожности у детей с разной степенью сколиоза могут быть положены в основу психологической составляющей комплексной программы медицинской реабилитации данной категории больных.

Ключевые слова: сколиотическая болезнь, сколиоз, тревожность, социально-психологическая адаптация, дети.

SCOLIOSIS IN CHILDREN AS ONE OF THE CAUSES OF ANXIETY

S. I. Kolomiets

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Summary. In the article the author emphasizes that the study of the psychological characteristics of children with scoliosis, is an important precondition for normal adaptation and rehabilitation of these patients. Received during the study results and identified patterns can contribute to maximize treatment outcome, reduce the level of disability, the child's successful integration into the social space. It has been established that the presence of anxiety in children with various degree of scoliosis has a negative impact not only on the process of socialization, adaptation and learning, but also has a negative effect on the treatment. In the article there are given the results of empirical research, which main purpose was to determine the relationship between the degree of scoliosis in children aged 10 to 14 years of age and their level of anxiety. The research of common, school, interpersonal anxiety in children with various degrees of scoliosis can be the basis for the psychological component of comprehensive medical rehabilitation program for these patients.

Key words: scoliosis, anxiety, social and psychological adaptation of children.

Коломиец Соломія Ігорівна – аспірантка, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: dgyliya-as@rambler.ru.

Коломиец Соломія Игоревна – аспірантка, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: dgyliya-as@rambler.ru.

Solomia Kolomiets – postgraduate student, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: dgyliya-as@rambler.ru.



А. Р. Марков

УДК 159.97::613.861

КЛІНІЧНА ВАРІАТИВНІСТЬ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВІЙНИ

А. Р. Марков

ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України,
м. Краматорськ, Україна

Анотація.

Протягом останніх років Україна потерпає від гібридної війни, ключовим моментом якої є психологічний та інформаційний вплив на населення шляхом використання прийомів і способів інформаційно-психологічної війни (ІПВ). Мета роботи полягала у встановленні особливостей психоемоційної сфери і клінічної варіативності дезадаптивних станів у пацієнтів первинної медичної мережі залежно від залученості до використання засобів ІПВ. Проведене дослідження дозволило встановити, що, на відміну від осіб, які не зловживали переглядом ТБ та користуванням інтернетом, хворі з високим рівнем захоплення зазначеними вище джерелами масової інформації мали помітнішу вираженість психопатологічних проявів дезадаптації. У більшості обстежених мали місце сформована або виражена форми дезадаптації, в той час як для інших пацієнтів характерними виявились лише окремі дезадаптивні прояви. Отримані дані підтверджують наявність негативного впливу засобів ІПВ на стан психічного здоров'я цивільного населення та потребують подальшого вивчення.

Ключові слова: психологічна дезадаптація, інформаційно-психологічна війна.

Вступ

Нинішня ситуація в Україні характеризується великою кількістю чинників соціального стресу, що призводить до збільшення поширеності адаптаційних розладів та дезадаптивних станів населення. Серед різноманітних психосоціальних факторів психічної травматизації, характерних для сучасної України, виділяють декілька, які мають дуже потужний деструктивний потенціал.

Найбільший ступінь негативного впливу на окремі групи населення мають два фактори:

- воєнний (необхідність вбивати, смерть товаришів, наявність різноманітних бойових стресорів). Вразливою групою щодо дії цього фактору стають бійці та комбатанти, які захищали країну і брали безпосередню участь у бойових діях (станом на липень 2016 рік статус учасника бойових дій отримали більше ніж 170 тисяч осіб);

- цивільно-військовий (втрата житла, вимушена зміна звичного способу та ритму життя, необхідність переїзду). Під негативний вплив цього фактору потрапляють, у першу чергу, внутрішньо переміщені особи – вимушені переселенці, кількість яких становить більше ніж півтора мільйона осіб.

Однак, окрім зазначених, для нинішньої ситуації характерна наявність ще одного потужного деструктивно-дестабілізуючого чинника, який негативно впливає практично на все населення країни – це гібридна війна. Її ключовим моментом є психологічний та інформаційний вплив на населення шля-

хом використання прийомів і методів ІПВ. Важливо, що ІПВ застосовується не лише як самостійний спосіб агресії. Це ще і засіб, що потенціює руйнівний вплив від використання класичних прийомів ведення воєнних дій з приєднанням до них нерегулярних збройних формувань [1–6].

При оцінці масштабу ІПВ, що ведеться проти України, американські вчені наводять дані стосовно того, до 75,0% «життєвих історій» і «посилань на джерела», що наводилися в коментарях у соціальних мережах у період активізації української кризи, були майже повністю вигаданими. При цьому від половини до двох третин з цієї кількості мали очевидні індикатори маніпулятивного впливу (специфічні патерни емоційного, стилістичного чи навіть орфографічного характеру, які вказували на нав'язування певної думки або емоції) і повторювали один одного.

За даними вітчизняних фахівців, 45,0% інформації, яка поширюється в нашому інформаційному полі, має ознаки цілеспрямованої зовнішньої маніпуляції та є проявами ІПВ, спрямованої проти нашої держави [2].

Особливість інформаційно-психологічних впливів на індивідуальну свідомість полягає в тому, що вони не сприймаються самою людиною як загрози, але можуть призвести до двох видів взаємозалежних змін [4]:

- по-перше, це **деградація особистості**, яка характеризується спрощенням форми відображення дійсності, огрубінням реакцій і здійсненням переходу від вищих потреб (у

самоактуалізації, соціальному визнанні) до нижчих (фізіологічних, побутових);

– по-друге, це **негативні зрушення в цінностях, життєвих позиціях, орієнтирах, світогляді особистості**. Такі зміни обумовлюють прояви девіантної антисоціальної поведінки й становлять небезпеку вже для суспільства і держави.

Крім того, серед негативних медико-психологічних наслідків ІПВ, які спостерігаються зараз в Україні, найбільш значущим стає високий ризик поширення і розвитку різноманітних порушень психічної сфери. Причому серед них досить широко представлені як донозологічні (соціально-стресові розлади та окремі ознаки їх проявів або клінічно сформована психологічна дезадаптація), так і клінічно окреслені психічні розлади (гостра реакція на стрес, розлади адаптації та ін.).

Одним зі складних моментів під час діагностики та курації пацієнтів з такими захворюваннями стає відсутність наочного зв'язку між етіологічним чинником захворювання та його клінічними проявами. До того ж, в багатьох випадках симптоми соматизуються та взагалі не потрапляють у поле зору фахівців з психічного здоров'я. Такі пацієнти, як і хворі з класичними психосоматозами, звертаються до лікарів загальносоматичного профілю – й ті також не можуть ідентифікувати реальну причину наявного дезадаптивного стану. Відсутність патогенетичної терапії призводить до погіршення стану пацієнта, а це, у свою чергу, обумовлює наступний виток «порочного кола» патологічних взаємозв'язків, посилений продовженням впливу ІПВ.

Сучасна медична психологія не в змозі адекватно відповісти на виклики реальної клініко-психологічної практики стосовно ефективного вирішення нових проблем, що постали у сфері її компетенції. На сьогодні відсутні дослідження, що розкривали б питання особливостей проявів та механізмів розвитку дезадаптивних соціально-стресових станів в умовах ІПВ. І це унеможлиблює надання таким пацієнтам кваліфікованої медико-психологічної допомоги та проведення психопрофілактики подібних хворобливих станів.

Мета дослідження

Мета роботи – встановити особливості психоемоційної сфери і клінічну варіативність дезадаптивних станів у пацієнтів первинної медичної мережі з різною вираженістю залученості до використання засобів інформаційно-психологічного впливу.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів етики і деонтології протягом 2014–2016 рр. методом випадкового вибору було обстежено 393 пацієнти загальносоматичного профілю центральних районних поліклінік декількох районів лівого берега м. Київ. Обстеження здійснювалось за допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів та включало клінічне інтерв'ю і психодіагностику.

Після проведення первинної бесіди скринінг психічного стану здійснювали з використанням тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча [6]. Особливості психоемоційної сфери визначали, окрім скринінгу, шляхом клінічного інтерв'ю.

Залученість до використання засобів ІПВ діагностували за допомогою тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [7; 8]:

- TV-UDIT – для виявлення розладів, пов'язаних з надмірною залученістю до перегляду телепередач;
- Internet-UDIT – для виявлення розладів, пов'язаних з надмірним захопленням інтернетом, окрім ігор;
- Reading-UDIT – для виявлення розладів, пов'язаних з надмірною залученістю читанням, окрім навчальної та професійної літератури.

Цей психодіагностичний інструмент дозволяє в єдиному вимірювальному масштабі оцінити тяжкість розладів, пов'язаних з різними об'єктами вживання (у випадку нашого дослідження – з переглядом телепередач, з використанням інтернету та читанням періодичної преси), а також дослідити взаємні впливи зазначених розладів один на один. На думку авторів методики, у випадку визначення ставлення до поведінкових видів аддикції, термін «вживання» використовується з певною часткою умовності, оскільки мовні традиції не передбачають використання цього терміну стосовно перегляду телепередач або користування інтернетом. Але єдиний підхід до вивчення пристрастей і залежностей різного походження, реалізований у концепції аддиктивного статусу, вимагає єдності термінології [9].

За результатами скринінгу стану психічної сфери з загальної кількості обстежених було відібрано 221 пацієнт з ознаками психологічної дезадаптації різного ступеня

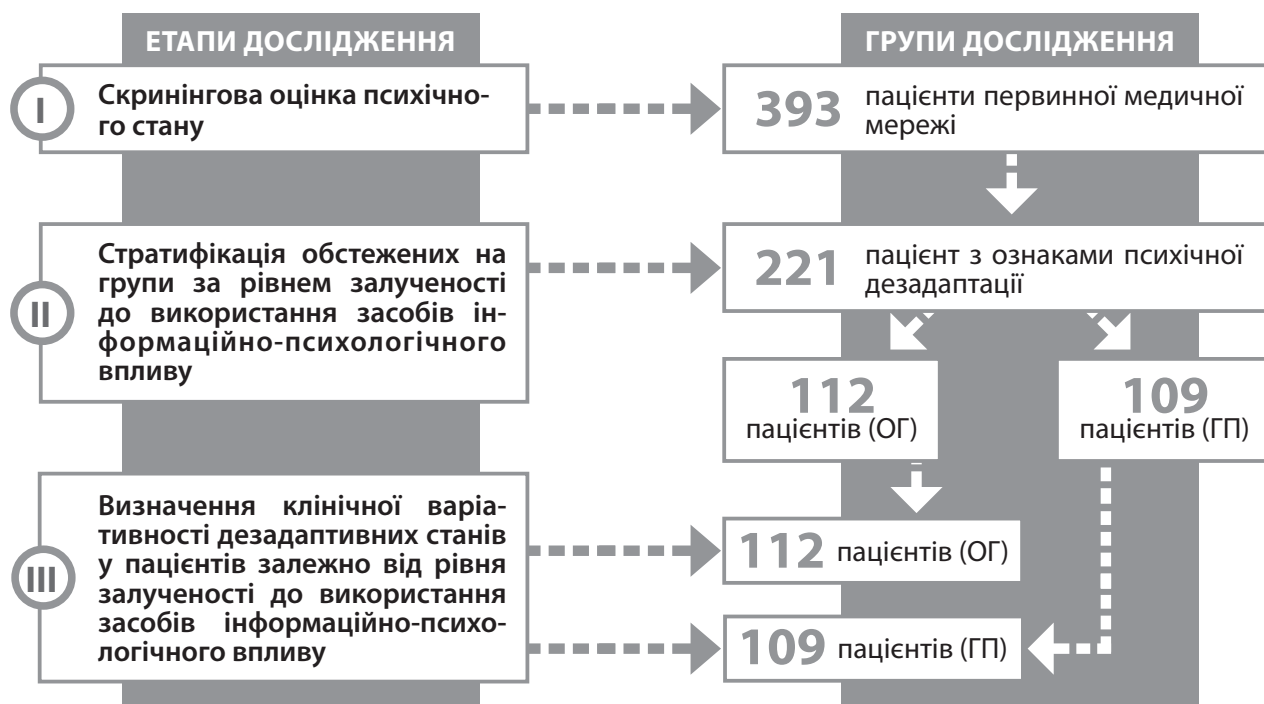


Рис. 1. Дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи

вираженості. З них 89 (40,3%) звертали-ся по медичну допомогу до невропатолога, 79 (35,7%) спостерігалися у кардіолога, 53 (24,0%) лікувалися у гастроентеролога. Критерієм стратифікації на групи було обрано ступінь залученості до використання засобів інформаційно-психологічного впливу, на основі аналізу якого було сформовано основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП). До ОГ увійшли 112 пацієнтів первинної медичної мережі з ознаками викривлення пси-

хоємодійної сфери та високою залученістю до використання ІПВ-впливів через телебачення (ТБ), інтернет або друковану періодику. ГП склали 109 хворих з ознаками психологічної дезадаптації з низьким рівнем використання ТБ, інтернету або друкованих засобів ІПВ-впливу.

Дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи наведено на **рис. 1**.

Основні соціально-демографічні показники в обстежених обох груп були схожими, що дозволило зробити висновок щодо репрезентативності виділених груп (**табл. 1**).

Кількість жінок і чоловіків була приблизно однаковою в обох групах. Більше половини пацієнтів були у віці 41–60 років, третина – старше 60 років. Понад 70 відсотків обстежених склали особи з середньо-спеціальною або вищою освітою. Трохи більше половини – мали родину, третина – розлучені, інші – самотні. Більше половини мали роботу і працювали (переважно виконавцями).

Результати дослідження та їх обговорення

За даними скринінга стану психічної сфери, з загальної кількості обстежених у 221 респондента (56,2%) були виявлені ознаки психологічної дезадаптації різного ступеню вираженості (**табл. 2**).

У 88 хворих (22,4%) були встановлені окремі ознаки психологічної дезадаптації, що свідчило про донозологічну вираженість й несформованість симптомів

Таблиця 1
Соціально-демографічна характеристика обстежених пацієнтів

Показник		ОГ, n=112		ГП, n=109	
		Абс.к.	%	Абс.к.	%
Стать	чоловіки	47	42,0	45	41,3
	жінки	65	58,0	64	58,7
Вік	20–40	15	13,4	12	11,0
	41–60	63	56,3	65	59,6
	більше 61	34	30,4	32	29,4
Освіта	середня	30	26,8	33	30,3
	середня спеціальна	45	40,2	39	35,8
	вища	37	33,0	37	33,9
Сімейний стан	одружені	62	55,4	57	52,3
	розлучені	35	31,3	29	26,6
	самотні	15	13,4	23	21,1
Соціальний статус	працівники	61	54,5	59	54,1
	пенсіонери	51	45,5	50	45,9

Таблиця 2
Загальний розподіл обстежених хворих за вираженістю психологічної дезадаптації

Амплітуда вираженості психологічної дезадаптації	Обстежені (n=393)	
	Абс.к.	%
Відсутність ознак психологічної дезадаптації, ≤ 20 балів	172	43,8
Нервово-психічна нестійкість, окремі ознаки психологічної дезадаптації, 21–30 балів	88	22,4
Висока вірогідність психологічної дезадаптації, невротизація, 31–40 балів	82	20,9
Виражена психологічна дезадаптація, ≥ 41 бала	51	13,0

дезадаптації. Тим не менш, вони розцінювались нами, згідно з рекомендацією автора методики, як несприятливі прогностичні ознаки розвитку клінічно розгорнутого дезадаптивного стану. У 82 пацієнтів (20,9%) діагностована сформована дезадаптація, що, за рекомендацією авторів методики, трактувалося нами як прояви невротизації з високим рівнем психоемоційної напруженості. У 51 особи (13,0%) встановлена наявність вираженої клінічно окресленої

психопатологічної симптоматики, яка досягала не тільки синдромологічної, а й нозологічної оформленості.

На наступному етапі роботи пацієнти з ознаками психологічної дезадаптації (221 особи) були обстежені з метою визначення залученості до використання засобів ІПВ. Отримані в ході дослідження результати наведено в **табл. 3** та **табл. 4**.

Дані **табл. 3** наочно демонструють, що у 112 пацієнтів із загальної кількості обстежених було діагностовано небезпечний рівень вживання або залежний стан від таких об'єктів ІПВ, як ТБ (у 88 осіб, 39,8% – небезпечне вживання; у 24 пацієнтів, 10,9% – залежність) та інтернет (у 57 хворих, 25,8% – небезпечне вживання; у 55 осіб, 24,9% – залежність). До того ж, у 43 з них був виявлений небезпечний рівень користування інформацією з періодичної преси (19,5%). Ці пацієнти були віднесені нами до ОГ дослідження. Інші респонденти показали невисоку залученість або, взагалі, відсутність інтересу до користування засобами інформаційно-психологічного впливу. Безпечний або невисокий рівні залучення до користування періодичною

Таблиця 3

Розподіл обстежених за діапазоном шкідливості залученості до використання об'єктів ІПВ

Об'єкт ІПВ	Відносно безпечне вживання (0–7 балів)			Вживання зі шкідливими наслідками (7–15 балів)			Небезпечне вживання (15–19 балів)			Залежний стан (20 і більше балів)			Загальний середній бал
	А.к.	%±m	Сер.б.	А.к.	%±m	Сер.б.	А.к.	%±m	Сер.б.	А.к.	%±m	Сер.б.	
Всього пацієнтів (n=221)													
ТБ	91	41,2±4,9	5,3±0,6	18	8,1±2,7	8,2±0,7	88	39,8±4,9	16,1±0,8	24	10,9±3,1	20,1±0,3	12,5±0,5
Інтернет	99	44,8±5,0	4,8±0,4	10	4,5±2,1	8,5±0,9	57	25,8±4,4	16,7±0,7	55	24,9±4,3	21,6±0,8	13,1±0,6
Періодика	139	62,9±4,8	5,5±0,2	39	17,6±3,8	12,7±0,3	43	19,5±4,0	15,8±0,4	–	–	–	8,2±0,6

Таблиця 4

Порівняльний аналіз розподілу залученості до використання об'єктів ІПВ у хворих ОГ і ГП

Об'єкт ІПВ	Відносно безпечне вживання (0–7 балів)			Вживання зі шкідливими наслідками (7–15 балів)			Небезпечне вживання (15–19 балів)			Залежний стан (20 і більше балів)			Загальний середній бал
	А.к.	%±m	Сер.б.	А.к.	%±m	Сер.б.	А.к.	%±m	Сер.б.	А.к.	%±m	Сер.б.	
ОГ (n=112)													
ТБ	–	–	–	–	–	–	88	78,6±4,1	16,1±0,8	24	21,4±4,1	20,1±0,3	18,1±0,4
Інтернет	–	–	–	–	–	–	57	50,9±5,0	16,7±0,7	55	49,1±5,0	21,6±0,8	19,2±0,5
Періодика	30	26,8±4,4	6,2±0,1	39	34,8±4,8	12,7±0,3	43	38,4±4,9	15,8±0,4	–	–	–	11,6±0,9
ГП (n=109)													
ТБ	91	83,5±3,7	5,3±0,6	18	16,5±3,7	8,2±0,7	–	–	–	–	–	–	6,8±0,6
Інтернет	99	90,8±2,9	4,8±0,4	10	9,2±2,9	8,5±0,9	–	–	–	–	–	–	7,0±0,6
Періодика	109	100,0	4,7±0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4,7±0,3

Примітка:

Достовірність розбіжностей міжгрупових показників становить $p \leq 0,05$.

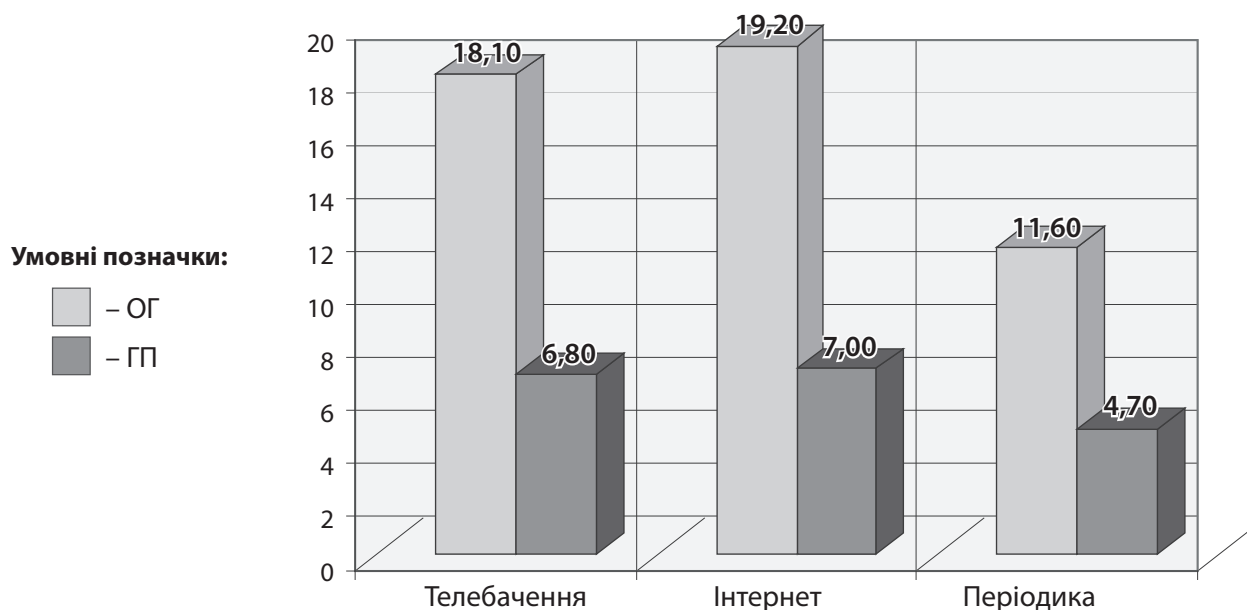


Рис. 2. Середня вираженість залученості до використання об'єктів ІПВ у хворих ОГ і ГП (бали)

пресою були виявлені у 178 осіб; безпечно вживання ТБ та інтернету діагностовано у 109 пацієнтів (ТБ: 91 особа, 41,2% – безпечно, у 18 хворих, 8,1% – невисоке залучення; інтернет: 99 хворих, 62,9% – безпечно, 10 пацієнтів, 4,5% – невисоке залучення). Усі вони ввійшли до ГП.

Проведення порівняльного аналізу розподілу залученості до використання об'єктів ІПВ у хворих ОГ і ГП (табл. 4), дозволило встановити таке.

В осіб ОГ загальний середній бал залученості до використання об'єктів ІПВ склав: ТБ – 18,1, інтернетом – 19,2, періодична преса – 11,6 балів. Серед обстежених ГП середня оцінка залученості до користування ТБ склала 6,8, інтернетом – 7,0, періодикою – 4,7 балів ($p \leq 0,05$) (рис. 2).

Небезпечний рівень залученості до перегляду ТБ виявлено у 88 осіб ОГ (78,6%),

інтернетом – у 57 (50,9%), періодикою – у 43 обстежених (38,4%). Майже у чверті пацієнтів ОГ був діагностований стан залежності від перегляду ТБ (24 пацієнти, 21,4%), а у половини – від користування інтернетом (55 осіб, 49,1%). Необхідності читання періодики на рівні залежного стану не виявлено в жодного обстеженого. Серед пацієнтів ОГ середня вираженість шкідливості захоплення об'єктами ІПВ була дещо вища за інтернетом порівняно з ТБ (в діапазоні небезпечного вживання – 16,7 проти 16,1 балів; в діапазоні залежності – 21,6 проти 20,1 балів). Середня вираженість залученості до періодики становила 15,8 балів, що є практично граничною межею між відносно невисоким та небезпечним рівнями вживання.

Надмірна залученість до користування засобами ІПВ в ОГ проявлялась:

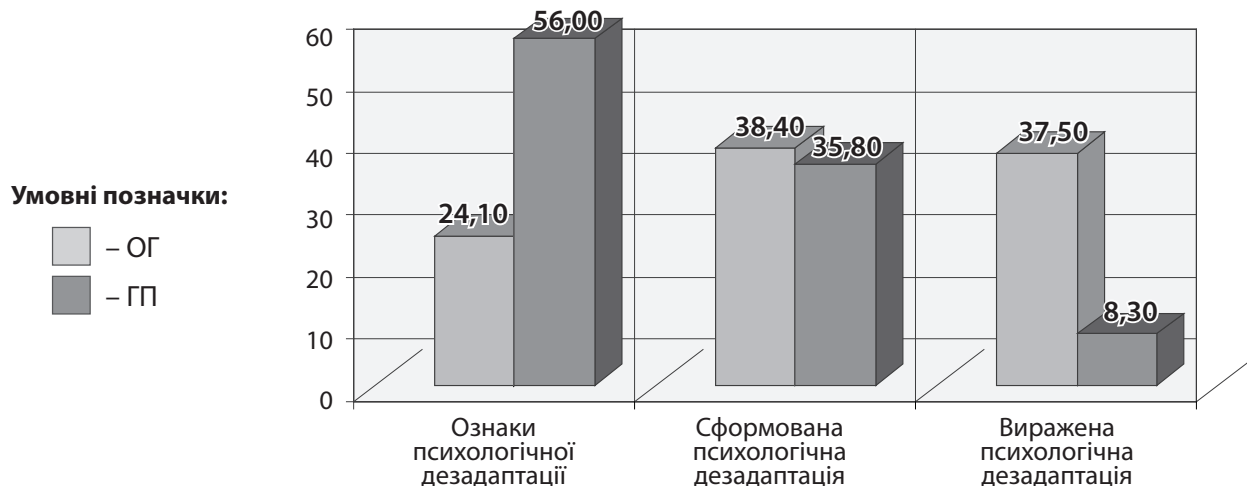


Рис. 3. Структура психологічної дезадаптації, виявленої у хворих ОГ і ГП (%)

- необхідністю та систематичністю перегляду ТБ або пошуку новин в інтернеті (навіть коли це ставало перепорою для виконання сімейних або професійних обов'язків);
- появою ознак відміни за неможливості отримати свіжу інформацію у звичний час (роздратованості, відсутності апетиту, порушень сну, тривоги, туги та ін.);
- наявністю мотиваційної домінанти до пошуку інформації та потреби обговорення її з іншими через відкладання всіх інших важливих справ;
- агресією до людей, які мають іншу думку з приводу суспільно-політичної оцінки сучасних подій;
- нездатністю відмовитись від пошуку нової інформації через погане самопочуття або необхідність іншої діяльності.

Більшість хворих ГП мали показники залученості до користування об'єктами ІПВ на рівні безпечного вживання: ТБ – у 91 особи (83,5%), інтернетом – у 99 осіб (90,8%), періодикою – у всіх обстежених (100,0%). Загальний середній бал використання ТБ склав у них 6,8 балів, інтернету – 7,0 балів, періодики – 4,7 балів. Ці пацієнти не цікавилися політичними та суспільними подіями, навіть сторонилися такої інформації. Мотивували це тим, що не хочуть хвилюватися, бо, незалежно від рівня їхньої обізнаності та емоційного реагування, все одно змінити нічого не зможуть. Вони були зосереджені на власних проблемах і власному здоров'ї.

Аналіз вираженості психологічної дезадаптації в обстежених різних груп виявив достовірні відмінності ($p \leq 0,05$) (рис. 3). Серед осіб ОГ окремі ознаки дезадаптації зустрічалися приблизно у чверті хворих (24,1%), в інших нарівно представлені сформована (38,4%) або виражена (37,5%) дезадаптація психоемоційної сфери. На відміну від них, серед осіб ГП більш ніж у половини (56,0%), були виявлені окремі дезадаптивні прояви; у переважній більшості інших (35,8%) – сформована, і тільки у 8,3% – виражена дезадаптація. Таким чином, можна стверджувати, що тяжкість і вираженість дезадаптивних проявів у пацієнтів ОГ виявилися більшими порівняно з ГП.

Результати клініко-психологічного дослідження зі структурованим клінічним інтерв'ю були проаналізовані нами з метою встановлення особливостей психо-

патологічної симптоматики, характерної для пацієнтів ОГ і ГП. На основі узагальнення отриманої інформації виділено два провідних психопатологічних феномена, які визначали клінічну специфіку психопатологічних проявів, притаманних хворим – тривожний (108 пацієнтів, 48,9%) й астеничний (113 осіб, 51,1%). Синдромологічна структура психопатологічних проявів дезадаптації наведена в табл. 5.

Таблиця 5

Синдромологічна структура дезадаптивних станів у пацієнтів ОГ і ГП

Провідний синдром	ОГ, n=112		ГП, n=109	
	Абс. к	% \pm m	Абс. к	% \pm m
Тривожно-депресивний	37	33,0 \pm 4,7	24	22,0 \pm 4,1
Тривожно-дисфоричний	43	38,4 \pm 4,9	4	3,7 \pm 1,9
Астено-депресивний	19	17,0 \pm 3,8	46	42,2 \pm 4,9
Астено-іпохондричний	13	11,6 \pm 3,2	35	32,1 \pm 4,7

Отже, патологічна тривога була реалізована тривожно-депресивним (33,0% хворих ОГ і 22,0% осіб ГП) і тривожно-дисфоричним (38,4% обстежених ОГ і 3,7% осіб ГП) синдромами. Астеничні прояви були представлені астено-депресивним (17,0% осіб ОГ і 42,2% осіб ГП) і астено-іпохондричним (11,6% респондентів ОГ і 32,1% хворих ГП) синдромами.

■ **Тривожно-депресивний синдром** характеризувався високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на загальному гіпотимному фоні, тривожні реакції формувалися на тлі вираженого депресивного компоненту. Мали місце скарги на занепокоєння, тривогу (за близьких людей, власне майбутнє тощо), почуття негараздів, які наближаються, поганий настрій, психоемоційне напруження, відсутність апетиту. На фоні вираженої гіпотимії у пацієнтів спостерігалися побоювання з приводу соматичного здоров'я, а також тривожні побоювання стосовно соціальних аспектів життя.

■ **Тривожно-дисфоричний синдром** характеризувався постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування (аж до спалахів злості та люті) на фоні пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначали високий рівень агресивності, прагнення зігнати на навколишніх дратівливість та запальність, що їх охоплювали.

■ У пацієнтів із астено-депресивними проявами спостерігалось зниження настрою, порушення сну й апетиту. У структурі депресивного афекту істотно місце посідали астеничні скарги, часто з вираженими дисфоричними спалахами, дратівливою слабкістю, сльозливістю, сентиментальністю. Пацієнти багато часу проводили в ліжку, вважали своє життя безглуздим, себе називали інвалідами. З'являлася швидка втомлюваність, дратівливість, плаксивість. У пацієнтів порушувався сон, знижувався апетит. Астено-депресивний синдром проявлявся пригніченим настроєм, зниженням працездатності, швидкою втомлюваністю. Всі ці симптоми відзначалися разом з порушеннями сну, вегетативними розладами, нерідко на тлі частого головного болю.

■ Прояви астено-іпохондричного синдрому поєднувалися з порушеннями сну; відмічалася фрустрація з приводу невдач або психологічних проблем у професійній діяльності та особистому житті. Такі пацієнти скаржилися на загальну слабкість, погані самопочуття і настрої, зниження працездатності, погіршення пам'яті та низький рівень концентрації уваги. Ці нарікання, разом з підвищеною турботою про своє здоров'я, зазвичай поєднувалися з масою скарг соматичного характеру при майже повній відсутності об'єктивних ознак важкого соматичного захворювання.

Висновки

Проведене дослідження дозволило встановити розбіжності вираженості та клінічного наповнення дезадаптивних станів у пацієнтів первинної медичної мережі залежно від залученості до використання інформаційно-психологічних впливів.

Обстежені, які виявили високий рівень захоплення переглядом ТБ та користування інтернетом, були вразливі до деструктивних впливів ІПВ і, на відміну від хворих з безпечним рівнем використання засобів ІПВ, продемонстрували більшу вираженість психопатологічних проявів дезадаптивних станів. У більшості з них мали місце сформована або виражена дезадаптація. Для більшості ж тих, хто не захоплювався використанням ТБ та інтернету, характерними були лише окремі дезадаптивні прояви.

У пацієнтів, вразливих до дії засобів ІПВ, провідним психопатологічним феноменом виявилась тривога з превалюванням дисфоричного або депресивного радикалів; у хворих іншої групи – астеничні прояви (астено-депресивний або астено-іпохондричний синдроми).

Отримані дані підтверджують наявність негативного впливу засобів ІПВ на стан психічного здоров'я цивільного населення та потребують подальшого вивчення.

Література

1. Марута Н. О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання / Н. О. Марута, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 21–28.
2. Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна як нова загроза здоров'ю населення України: реальність небезпеки та напрями протидії / М. В. Маркова, А. Р. Марков // Здоров'я України. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. – 2016. – № 1 (36). – С. 51–53.
3. Дубина А. М. Інформаційно-психологічні війни і їх вплив на масову свідомість / А. М. Дубина. – К. : НТУУ «КПІ», 2011. – 57 с.
4. Петрик В. Небезпеки особистості в інформаційному просторі / В. Петрик, Я. Жарков, М. Дзюба // Юридичний журнал. – 2007. – № 2. – С. 45–46
5. Сучасні технології та засоби маніпулювання свідомістю, ведення інформаційних війн і спеціальних інформаційних операцій : навч. посібн. / В. М. Петрик,

- О. А. Штоквиш, В. В. Кальниш, В. І. Полевий [та ін.]. – К. : Росава, 2006. – 208 с.
6. Гурвич І. Н. Тест нервно-психической адаптации / И. Н. Гурвич // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С. 46–53.
7. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / [И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–70.
8. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / [И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – № 6(49). – С. 33–45.
9. Линский И. В. Аддиктивный статус больных, зависимых от алкоголя / И. В. Линский, О. В. Выглазова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 1 (78). – С. 107–113.

References

1. Maruta N. O., Markova M. V. Informacijno-psychologichna vijna jak novyj vyklyk suchasnosti: stan problemy ta naprjamky i'j' podolannja [Information-psychological warfare as a new challenge today: state of problem and direction to overcome]. *Ukrainian Journal psychoneurology*, 2015, vol. 23, issue 3(84), pp. 21-28. (In Ukr.)

2. Markova M. V., Markov A. R. Informacijno-psychologichna vijna jak nova zagroza zdorovju naseleennja Ukrai'ny: real'nist' nebezpeky ta naprjamy protydyi' [Information-psychological warfare as a new threat to public health Ukraine: reality and danger areas counter]. *Zdorov'ja Ukrai'ny. Nevrologija. Psyhiatrija. Psyhoterapija* [Health Ukraine. Neurology. Psychiatry. Psychotherapy], 2016, no. 1(36), pp. 51-53. (In Ukr.)

3. Dubyna A. M. Informacijno-psyhologichni vijny i i'h vplyv na masovu svidomist' [Dubin A. Information-psyhological war and their impact on public consciousness]. Kyiv, Publ. house of NTU «KPI», 2011, 57 p. (In Ukr.)

4. Petryk V., Zharkov Ja., Dzjuba M. Nebezpeky osobystosti v informacijnomu prostori [The dangers of identity in the information space]. Jurydychnyj zhurnal [Law journal], 2007, no. 2, pp. 45-46. (In Ukr.)

5. Petryk V. M., Shtokvysh O. A., Kal'nysh V. V., Polevyj V. I. [et al.] Suchasni tehnologii' ta zasoby manipuljuvannja svidomistju, vedennja informacijnyh vijn i special'nyh informacijnyh operacij [Navchal'nyj posibnyk] [Modern technology and manipulation, information warfare and special operations information [Tutorial]]. Kyiv, Rosava Publ., 2006, 208 p. (In Ukr.)

6. Gurvich I. N. Test nervno-psykhicheskoy adaptatsii [Test neuro-psyhological adaptation]. Vestnik gipnologii i psikhoterapii [Bulletin hypnology and psychotherapy], 1992, no. 3, pp. 46-53. (In Russ.)

7. 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' [Journal of Psychiatry and psychopharmatherapy], 2009, no. 2 (16), pp. 56-70. (In Russ.)

8. 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 [Mental health], 2010, no. 6 (49), pp. 33-45. (In Russ.)

9. Linskiy I. V., Vyglazova O. V. Addiktivnyy status bol'nykh, zavisimykh ot alkogolya [Addictive status of patients who are dependent on alcohol]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian News of psyhonevrologii'], 2014, vol. 22, issue 1 (78), pp. 107-113. (In Russ.)

КЛИНИЧЕСКАЯ ВАРИАТИВНОСТЬ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ВОЙНЫ

A. P. Markov

ЧВУЗ «Краматорский экономико-гуманитарный институт» МОН Украины, г. Краматорск, Украина

Аннотация. В течение последних лет Украина страдает от гибридной войны, ключевым моментом которой является психологическое и информационное влияние на население путем использования приемов и методов информационно-психологической войны (ИПВ). Цель работы заключалась в установлении особенностей психоэмоциональной сферы и клинической вариативности дезадаптивных состояний у пациентов первичной медицинской сети в зависимости от вовлеченности в использование средств ИПВ. Проведенное исследование позволило установить, что, в отличие от тех, кто не злоупотреблял просмотром ТВ и использованием интернетом, больные с высоким уровнем увлеченности названными средствами массовой информации имели заметную выраженность психопатологических проявлений дезадаптации. У большинства из них имели место сформированная или выраженная формы дезадаптации, в то время как для других пациентов характерными оказались лишь отдельные дезадаптивные проявления. Полученные данные подтверждают наличие негативного влияния средств ИПВ на состояние психического здоровья гражданского населения и требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: психологическая дезадаптация, информационно-психологическая война.

CLINICAL VARIABILITY OF CIVILIANS MALADAPTIVE STATES IN THE INFORMATION-PSYCHOLOGICAL WAR

A. R. Markov

Private Higher Education Institute "Kramatorsk Institute of Economics and Humanities of Ministry of Education and Science of Ukraine", Kramatorsk, Ukraine

Summary. In recent years Ukraine suffers from a hybrid war, the main key of which is psychological and information treatment of people by using techniques and methods of information and psychological war (IPW). The purpose of the work was to determine characteristics of psychoemotional sphere and clinical variability of maladaptive conditions in primary care patients, depending on the use of funds to the involvement of IPV. The research revealed that, in contrast to those who are not abused watching TV and using the Internet, patients with a high addict level had a prominent manifestation of psychopathological manifestations of exclusion. Most of them had formed or expressed forms of disadaptation, while other patients showed only a few characteristic maladaptive manifestations. The results confirm the presence of the negative influence of the IPW on the condition of mental health of the civilian population and require further study.

Key words: psychological disadaptation, information-psyhological war.

Марков Артур Рубенович – здобувач, ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України, м. Краматорськ, Україна; e-mail: arthur.markov@gmail.com.

Марков Артур Рубенович – соискатель, ЧВУЗ «Краматорский экономико-гуманитарный институт» МОН Украины, г. Краматорск, Украина; e-mail: arthur.markov@gmail.com.

Arthur Markov – postgraduate student, Private Higher Education Institute "Kramatorsk Institute of Economics and Humanities of Ministry of Education and Science of Ukraine", Kramatorsk, Ukraine; e-mail: arthur.markov@gmail.com.



А. С. Маркова

УДК 159.923.2:658.3:005.95/.96:616.89:615.851

ПРОФЕСІЙНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У СТРУКТУРІ ПОРУШЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЧЛЕНІВ РОДИНИ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ СПІЛЬНИМ БІЗНЕСОМ

А. С. Маркова

ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України,
м. Краматорськ, Україна

Анотація.

Світова історія сімейного бізнесу налічує багато століть та знає чимало прикладів як довготривалого розвитку й процвітання, так і справжніх катастроф. Якими причинами обумовлюється вектор розвитку родинної справи? Розуміння цього зараз важливо не тільки для української економіки, але й для психології. В українському бізнесі, до якого залучені переважно члени однієї родини, настав період ротації: ті, хто його започатковував, поступово відходять від справ, і було б логічним, якби їх наслідували діти. Але, виявляється, для молодих таке рішення не очевидне, а для багатьох – небажане настільки, що викликає опір. Ігнорування цієї тенденції призводить до руйнівних змін у здоров'ї молодшого покоління та негативно позначається на здоров'ї старшого. Під час дослідження вивчалися особливості розвитку і клінічної феноменології професійної дезадаптації як прояву порушення психологічного здоров'я у членів родини, які займаються спільним бізнесом. Результати дослідження свідчать про необхідність розробки системи психокорекції їхнього психологічного стану.

Ключові слова: психологічне здоров'я, сімейний бізнес, мотивація, професійна дезадаптація.

Вступ

Сім'я – пріоритетна цінність будь-якого суспільства. Ставлення держави до проблеми підтримки і розвитку родинних цінностей, тенденції, що характеризують стан інституту сім'ї, є показниками загального стану і перспектив розвитку держави [1–5].

Особливе місце у структурі цінностей та спільного надбання сім'ї посідає родинний бізнес. Його існування додає до процесу життєдіяльності сім'ї як системи нових, раніше не властивих їй особливостей функціонування. Спільна справа започатковується, як правило, кількома родичами (зазвичай йдеться про одну конкретну сім'ю, але, трапляється, залучаються декілька співзасновників, які мають певні родинні зв'язки. У подальшому, на етапі розвитку бізнесу, кількість родичів може значно збільшуватися. І це, безумовно, викликає певні труднощі та проблеми, зокрема, у керування бізнесом; з'являються особливості й у побудові психології сімейних взаємовідносин та запобіганні конфліктним ситуаціям. Але в цілому сімейна структура демонструє низку беззаперечних переваг в організаційній та економічній сферах розвитку власної фірми.

Адаптивність і стійкість родинного бізнесу, його організаційна єдність очевидні, бо на бізнес-структуру накладається структура зв'язків сім'ї, і це дає потужний ефект ділової активності. Тим не менш, родинне підприємство, засноване на емоційних зв'язках, які завжди є потенційним джерелом конфліктів,

стає заручником адекватності взаємодії та згуртованості родини. І якщо в ній виникає кризовий стан, це призводить й до кризи (і навіть краху) сімейних форм підприємництва. Серед найвагоміших причин, що можуть сприяти цьому, – проблема зміни поколінь та передачі бізнесу від батьків дітям [6].

За даними аналітиків, найпривабливішими для інвесторів є компанії, керовані їх творцями, а менш за все цікавлять ті, які очолюють представники другого покоління власників. Вчені єдині в тому, що діти засновників підприємств зростають у сприятливіших умовах, їм не доводиться долати тих викликів, з якими стикалися батьки під час створення бізнесу, тому представники наступного покоління схильні обирати стандартні шляхи, часто не готові прикладати надзусилля і жертвувати особистим комфортом заради розвитку компанії [7].

Крім того, в багатьох випадках діти взагалі відмовляються приєднуватися до родинного бізнесу та продовжувати батьківську справу. Спроби рідних визначити життєвий шлях дитини в дорослому бутті почасти стикаються з її невдоволенням, опором та навіть протестними реакціями, що можуть проявлятися як окремими ознаками дезадаптації, так і вираженими проявами делінквентної, залежної або аутоагресивної поведінки.

Означений конфлікт поміж поколіннями виходить, як правило, з різновекторної спрямованості батьків та дітей і потенційований внутрішньо- та міжособистісним конфлік-

том, а також відсутністю навичок адекватної комунікації та копінг-поведінки у членів родини. Це неодмінно призводить до дестабілізації сімейної системи та формування порочного кола патологічних взаємовпливів які завдають руйнівного впливу життєвим циклом як родинного бізнесу, так і сімейної системи в цілому.

До останнього часу цілеспрямованого вивчення внутрішньосімейних відносин в родинях, що займаються спільним бізнесом, не проводилося. Але ж проблема психологічного здоров'я в таких сім'ях набуває все більшої актуальності, а важливість вивчення цієї теми зростатиме відповідно до старіння першого покоління засновників українських підприємств.

Мета дослідження

Метою роботи було вивчення особливостей розвитку і клінічної феноменології професійної дезадаптації (ПД) як прояву порушення психологічного здоров'я у членів родини, які займаються спільним бізнесом.

Матеріали та методи дослідження

Протягом 2014–2016 рр. на базі медичного і психологічного центру «Айва» (м. Київ) з дотриманням принципів біоетики і деонтології було комплексно обстежено членів 85 сімей, що займалися родинним бізнесом. Дизайн дослідження передбачав участь двох поколінь: батьків – засновників бізнесу, та їх повнолітніх дітей, які згодом були залучені до справи.

Обстеження включало використання соціально-демографічного, клініко-психологічного та психодіагностичного методів, результати яких було оброблено методами математичної статистики.

На першому етапі роботи було здійснено аналіз наявності та вираженості рівня ПД та потреби у психологічній допомозі всього контингенту обстежених. Визначення особливостей ПД проводилося за опитувальником «Оцінка ПД», розробленим О. Н. Родіною й адаптованим для оцінки стану представників різних професій М. А. Дмитрієвою (2003) [8]. Опитувальник складається з 64 тверджень, які досліджуваний мав оцінити відповідно власного стану: ствердження відповідають йому цілком, частково або не відповідають. Також діагностували можливі рівні ПД: низький, помірний, виражений, високий. Потребу обстежених у психологічній допомозі оцінювали за однойменним опитувальником І. Г. Неупокоєвої (2003) [9]. Опитувальник містить 18 тверджень, які респонденти мали

цінити, і залежно від цього розподілялися на групи з низькою, помірною та високою потребою у психологічній допомозі.

На другому етапі визначали мотивацію до участі в родинній справі у представників молодшого покоління, для чого використовувалася спеціально розроблена анкета.

На третьому етапі аналізували особливості клінічної феноменології ПД, а також визначали потребу в психологічній допомозі членам родини залежно від мотивації другого покоління власників щодо участі у сімейному бізнесі.

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (SPSS 12.0 for Windows, Excel) за допомогою критеріїв перевірки статистичних гіпотез.

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл обстежених за рівнем ПД та потребою у психологічній допомозі дозволив згрупувати обстежених таким чином (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл рівнів ПД та потреби у психологічній допомозі в обстежених

Показник (бали)	Батьки (n=85)		Діти (n=85)	
	Абс. к.	%	Абс. к.	%
Рівень ПД				
Високий (>95)	1	1,9	13	15,3
Виражений (65–95)	12	14,1	27	31,8
Помірний (32–64)	40	47,1	22	25,9
Низький (≤32)	31	36,5	23	27,1
Рівень потреби у психологічній допомозі				
Високий (15–18)	–		44	51,8
Середній (8–14)	5	5,9	9	10,6
Низький (0–7)	80	94,1	32	37,6

Як видно з табл. 1, у 36,5% обстежених батьків ПД відсутня; майже у половини (47,1%) відзначено наявність помірної рівня ПД; у 16,0% – виражений або високий рівень ПД. Між тим, серед дітей ситуація дещо відрізняється: тільки 27,1% обстежених не відмічали в себе наявності ПД; серед інших обстежених помірний і виражений рівні ПД були притаманні 25,9% і 31,8% відповідно, а 15,3% потерпали від високого рівня ПД.

Високий рівень потреби в психологічній допомозі визнали 44 респонденти молодого покоління (51,8%); середній рівень – 5 батьків (5,9%) та 9 дітей (10,6%); 80 батьків (94,1%) та 32 представника молодшого покоління (37,6%) не бачили необхідності в психологічній допомозі.

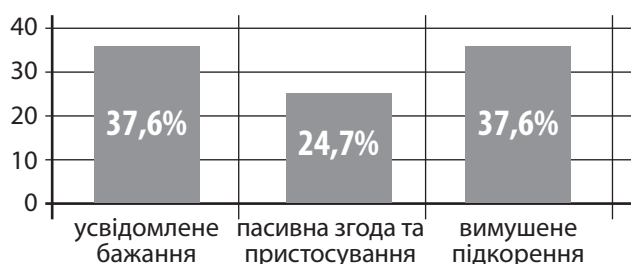


Рис. Розподіл мотивації участі в родинній справі у другого покоління власників

Під час визначення провідної мотивації участі у спільному бізнесі, з загальної кількості мотивів, що визначали участь дітей у батьківській справі, виділено три основних ($p < 0,01$), які характеризують окреслені тенденції:

- щире бажання молодшого покоління (32 особи, 37,6%);
- пасивна згода та пристосування (21 особа, 24,7%);
- вимушене підкорення батьківській волі із внутрішнім прихованим спротивом (32 особи, 37,6%) (рис.).

Подальше узагальнення й аналіз отриманих даних дозволили встановити тісний прямий кореляційний зв'язок між мотивацією до участі в родинному бізнесі, наявністю ПД та потребою в психологічній допомозі ($r \geq 0,7$; $p < 0,01$). Отримані результати наведено в **табл. 2**.

Так, респонденти молодшого покоління, що брали участь у батьківській справі за

власним бажанням, демонстрували у більшості випадків відсутність ПД (71,9%) або її окремі ознаки помірного рівня вираженості (28,1%), а показник відсутності потреби психологічної допомоги склав 100%. Їхні батьки також характеризувалися переважно низькою (87,5%) або ознаками помірно вираженої (9,4%) ПД та 100-відсотковою відсутністю показань для психологічної допомоги.

У той же час в опитуваних другого покоління бізнесу серед тих, хто брав у ньому участь за пасивною згодою та пристосувальною мотивацією, більше ніж у половини (в 52,4%) встановлено помірний рівень, і майже в половини (47,6%) – виражений рівень ПД; у 3,3% випадків встановлено середню, а у 66,7% – високу потребу в психологічній допомозі. Їх батьки характеризувалися переважно помірним рівнем ПД (90,5%) або низьким (9,5%), та відсутністю прагнення до отримання психологічної допомоги (у 85,7% випадків); лише 14,3% опитаних визнали середню потребу.

Серед тих, хто був залучений до родинного бізнесу за примусом батьків у 6,2% діагностовано помірний, у 53,1% – виражений, а у 40,6% пацієнтів – високий рівень ПД. Відповідно до цього 93,8% визнали високу, а 6,2% – середню потребу у психологічній допомозі. У 56,3% їхніх батьків виявлено помірний, а в 37,5% – виражений рівень ПД. Незважаючи на наявність дезадаптивного стану різного рівня

Таблиця 2

Розподіл вираженості ПД і потреби у психологічній допомозі у членів родин, які займаються спільним бізнесом, залежно від мотивації до участі в сімейній справі наступного покоління власників

Мотивація дітей	Усвідомлене бажання (n=32)				Пасивне пристосування (n=24)				Вимушене підкорення (n=32)			
	батьки		діти		батьки		діти		батьки		діти	
	А.к.	%±m	А.к.	%±m	А.к.	%±m	А.к.	%±m	А.к.	%±m	А.к.	%±m
Рівень ПД												
Високий (>95)	–	–	–	–	–	–	–	–	1	3,1±1,7	13	40,6±4,9
Виражений (65–95)	–	–	–	–	–	–	10	47,6±5,0	12	37,5±4,8	17	53,1±5,0
Помірний (32–64)	3	9,4±2,9	9	28,1±4,5	19	90,5±2,9	11	52,4±5,0	18	56,3±5,0	2	6,2±2,4
Низький (≤32)	28	87,5±3,3	23	71,9±4,5	2	9,5±2,9	–	–	1	3,1±1,7	–	–
Рівень потреби у психологічній допомозі												
Високий (15–18)	–	–	–	–	–	–	14	66,7±4,7	–	–	30	93,8±2,4
Середній (8–14)	–	–	–	–	3	14,3±3,5	7	33,3±4,7	2	6,2±2,4	2	6,2±2,4
Низький (0–7)	32	100,0	32	100,0	18	85,7±3,5	–	–	30	93,8±2,4	–	–

Примітки:

- розбіжності показників батьків між групами достовірні $p < 0,01$;
- розбіжності показників дітей між групами достовірні $p < 0,05$.

Таблиця 3

Клінічна феноменологія ПД наступного покоління власників сімейного бізнесу (діти)
залежно від мотивації до участі в ньому

Симптоми/ознаки ПД	Г1 (n=32)		Г2 (n=21)		Г3 (n=32)	
	А. к.	%±m	А. к.	%±m	А. к.	%±m
Погіршення самовідчуття:						
– емоційні зсуви	32	100,0	19	90,5±2,9	7	21,9±4,1
– особливості окремих психічних процесів	31	96,9±1,7	13	61,9±4,9	6	18,8±3,9
– зниження загальної активності	28	87,5±3,3	10	47,6±5,0	3	9,4±2,9
– відчуття втоми	31	96,9±1,7	17	81,0±3,9	5	15,6±3,6
Соматовегетативні порушення	23	71,9±4,5	16	76,2±4,3	5	15,6±3,6
Порушення циклу «сон–бадьорість»	30	93,8±2,4	17	81,0±3,9	5	15,6±3,6
Викривлення соціальної взаємодії	27	84,4±3,6	11	52,4±5,0	4	12,5±3,3
Зниження мотивації до діяльності	32	100,0	21	100,0	–	–

Примітка: достовірність розбіжностей між групами $p < 0,05$.

вираженості, переважна більшість респондентів не визнавала потреби у психологічній допомозі (93,8%), пояснюючи це недовірою до психологічного консультування та небажанням марної трати дорогоцінного часу.

Враховуючи отримані результати, нами здійснено вивчення клінічної феноменології ПД в обстежених обох поколінь залежно від мотивації до участі в сімейній справі другого покоління власників (табл. 3, 4). При цьому респонденти з родин, де діти брали участь у роботі за умови вимушеного підкорення, були розглянуті нами як група 1 (Г1); члени сімей, в яких участь дітей у сімейному бізнесі була обумовлена їхньою пасивною згодою та пристосуванням, склали групу 2 (Г2); обстежені з родин, в яких діти за власним бажанням працювали разом з батьками, увійшли до групи 3 (Г3).

Викривлення емоційної сфери різного ступеня вираженості зустрічалися практично в усіх обстежених Г1 (100,0%). Майже всі (96,9%) відзначали також зниження уваги та процесів запам'ятовування професійної інформації, зменшення загальної активності (87,5%) і зростання відчуття втоми (96,9%). Також у них реєструвалися диссомнічні (93,8%) й вегетативні (71,9%) порушення, проблеми у сфері соціальної комунікації (84,4%) та, звісно, зниження мотивації до діяльності (100,0%).

У Г2 встановлена схожа тенденція щодо наявності переважно всіх клінічних проявів ПД, проте вони були меншого ступеня вираженості та зустрічалися з меншою частотою (окрім емоційних порушень, астенічних і диссомнічних проявів та зниження мотивації до діяльності, що притаманні практично всім пацієнтам).

Таблиця 4

Клінічна феноменологія ПД у першого покоління власників сімейного бізнесу (батьки)
залежно від мотивації до участі в ньому дітей

Симптоми/ознаки ПД	Г1 (n=32)		Г2 (n=21)		Г3 (n=32)	
	А. к.	%±m	А. к.	%±m	А. к.	%±m
Погіршення самовідчуття						
– емоційні зсуви	31	96,9±1,7	19	90,5±2,9	4	12,5±3,3
– особливості окремих психічних процесів	19	59,4±4,9	13	61,9±4,9	6	18,8±3,9
– зниження загальної активності	22	68,8±4,6	8	38,1±4,9	6	18,8±3,9
– відчуття втоми	18	56,3±5,0	14	66,7±4,7	11	34,4±4,7
Соматовегетативні порушення	26	81,3±3,9	17	81,0±3,9	10	31,3±4,6
Порушення циклу «сон–бадьорість»	27	84,4±3,6	15	71,4±4,5	9	28,1±4,5
Викривлення соціальної взаємодії	16	50,0±5,0	12	57,1±4,9	2	6,3±2,4
Зниження мотивації до діяльності	7	21,9±4,1	5	23,8±4,3	–	–

Примітка: достовірність розбіжностей між групами $p < 0,05$.

На відміну від інших, обстежені Г3 продемонстрували відсутність сформованих симптомів ПД. У них були наявні лише окремі ознаки ПД, що мали, до того ж, незначний ступінь вираженості ($p < 0,05$).

Батьки з родин Г1 і Г2, як і їхні діти, виявили ознаки ПД у вигляді емоційних та сомато-вегетативних порушень. Інші прояви ПД зустрічалися у них з меншою частотою та інтенсивністю, ніж у обстежених з груп другого покоління власників.

Аналізуючи дані, наведені в **табл. 3, 4**, можна стверджувати, що загалом для дітей Г1 та Г2 характерні емоційна спустошеність, виснаженість ($p < 0,05$), втома ($p < 0,05$), а для їхніх батьків – неможливість йти на компроміс ($p < 0,05$) та надавати емоційну підтримку ($p < 0,05$). В обстежених другого покоління Г2 переважали зміни у самопочутті ($p < 0,05$) – підвищена дратівливість ($p < 0,05$), слабкість ($p < 0,05$), виснаження ($p < 0,05$), зниження соціальної активності ($p < 0,05$), а також у відчуттях ($p < 0,05$) – почутті гумору ($p < 0,05$), відчуттях невдахи ($p < 0,05$), провини ($p < 0,05$), нікчемності ($p < 0,05$), самозвинувачення ($p < 0,05$), збентеження і байдужості ($p < 0,05$). У респондентів Г1 виявлені ознаки руйнування власного світу ($p < 0,05$), спустошення ($p < 0,05$), образи, гіркоти життя ($p < 0,05$), безсилля ($p < 0,05$), гніву ($p < 0,05$), агресивності ($p < 0,05$).

Узагальнення результатів дослідження професійної дезадаптації в ОГ1 та ОГ2 дозво-

лило встановити, що у більшості обстежених ОГ1 та ОГ2 глибина детермінантів деструктивних станів є результатом розбіжності між якостями особистості та професійною діяльністю, що зумовлює конфліктність, роздратування. Пацієнти часто вивільняли негативну енергію через агресію й ненависть. Проте, замість очікуваного полегшення, з'являлася втома, почуття неповноцінності, провини, енергетичного спустошення.

Крім того, нами відокремлені фази ПД, що мали місце у обстежених другого покоління. В Г2 зустрічалися фаза «виснаження» (безсоння, відчуття безсилля) або фаза «зниження рівня власної участі» (стосовно колег, оточення, професійної діяльності, зростання вимог). В обстежених Г1 – фази «негативних емоційних реакцій» (депресія, агресія), «деструктивної поведінки» (інтелектуальна, мотиваційна сфери, психосоматичні реакції, розчарування та негативна життєва установка).

Висновок

Таким чином, у результаті дослідження встановлено, що мотивація участі в родинному бізнесі дітей засновників є важливим критерієм, який визначає наявність і вираженість ПД у членів родин, залучених до родинного бізнесу. Отримані результати продемонстрували необхідність подальшого вивчення питання психологічного здоров'я тих членів сім'ї, які займаються спільним бізнесом, та розробки системи заходів корекції порушень їхнього емоційного стану.

Література

1. Максименко С. Д. Личность начинается с любви / С. Д. Максименко // Медицинская психология. – 2006. – № 2. – С. 3–13.
2. Максименко С. Д. Теоретико-методологічний аналіз категорії «нужда» у психології особистості / С. Д. Максименко // Медицинская психология – 2008. – № 2. – С. 3–10.
3. Кришталь В. В. Любовь и секс как лечебный фактор / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2006. – № 2. – С. 14–19.
4. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3–8.
5. Маркова М. В. Семейный диагноз как интегральный показатель выраженности семейной дезадаптации / М. В. Маркова, В. А. Курило // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, № 2 (59). – С. 41–43.

6. Маркова А. С. Особенности функционирования семейной системы в родинах, які займаються спільним бізнесом: аналіз проблеми / А. С. Маркова // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2015. – Вип 5. – С. 163–169.
7. Coming home or breaking free – міжнародное исследование EY совместно с Центром семейного бизнеса при университете Санкт-Галлена [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://ru.audencia.com/archives/3109>.
8. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности : учеб. пособие / под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. – С. 147–151.
9. Неупокоева Н. Психологическая служба в сельском районе / Н. Неупокоева // Сельская школа. – 2003. – № 5. – С. 104–105.

References

1. Maksimenko S. D. Lichnost' nachinaetsya s lyubvi [Personality begins with love]. Meditsinskaya psikhologiya [Medicopsychology], 2006, no. 2, pp. 3-13. (In Russ.)
2. Maksymenko S. D. Teoretyko-metodologichnyj analiz kategorii' «nuzhda» u psyhologii' osobystosti [Theoretical analysis metodologichny kategorii «need» in psihologii NKVD]. Meditsinskaya psikhologiya [Medicopsychology], 2008, no. 2, pp. 3-10. (I Ukr.)
3. Maksymenko S. D. Teoretyko-metodologichnyj analiz kategorii' «nuzhda» u psyhologii' osobystosti [Love and sex as a healing factor]. Med-

6. Markova A. S. Osoblivosti funkcionuvannya simejnoi systemy v rodinakh, yakі zaymayutsya spilnym biznesom: analiz problemy / A. S. Markova // Naukoviy visnik Kherson'skogo derzhavnogo univertsitetu. – 2015. – Vyp 5. – S. 163–169.
7. Coming home or breaking free – mezhdunarodnoye issledovaniya EY sovместно s Tsentrom semyjnogo biznesa pri univertsitete Sankt-Gallena [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa : <http://ru.audencia.com/archives/3109>.
8. Praktikum po psikhologii menedzhmenta i professional'noy deyatelnosti : ucheb. posobie / pod red. G. S. Nikiforova, M. A. Dmitriyevoy, V. M. Snetkova. – SPb. : Izd-vo S.-Peterb. un-ta, 2003. – S. 147–151.
9. Neupokoeva N. Psikhologicheskaya sluzhba v selskom rayone / N. Neupokoeva // Selskaya shkola. – 2003. – № 5. – S. 104–105.

itsinskaya psikhologiya [Medicopsychology], 2006, no. 2, pp. 14-19. (In Russ.)

4. Krishtal' V. V. Sistemnaja semejnjaja psihoterapija narushenij zdorov'ja sem'i [Systemnaya semejnaya psichotherapy family health violations]. Meditsinskaya psikhologiya [Medicopsychology], 2007, vol. 1, no. 2, pp. 3-8. (In Russ.)

5. Markova M. V., Kurilo V. A. Semejnij diagnoz kak integral'nyj pokazatel' vyrzhennosti semejnoj dezadaptacii [Family diagnosed as an integral indicator of the severity of family maladjustment]. Tavricheskij zhurnal psichiatrii [Taurian Journal of Psychiatry], 2012, vol. 16, no. 2(59), pp. 41-43. (In Russ.)

6. Markova A. S. Osoblivosti funkcionuvannja simejnoi sistemi v rodinah, jaki zajmajut'sja spil'nim biznesom: analiz problemi [Features of the functioning of the family system in families that are engaged in joint business: problem analysis]. Naukovij visnik Hersons'ko-go derzhavnogo universitetu [Scientific Bulletin of Kherison State University], 2015, no. 5, pp. 163-169. (In Ukr.)

7. Coming home or breaking free – mezhdunarodnoe issledovanija EY sovместno s Centrom semejnjogo biznesa pri universitete Sankt-Gallena [Coming home or breaking free - international EY study together with the Centre of family business at the University of St. Gallen]. Avaliablte at: <http://ru.audencia.com/archives/3109> (15.01.2016). (In Russ.)

8. Praktikum po psihologii menedzhmenta i professional'noj dejatel'nosti: Ucheb. posobie [Pod red. G. S. Nikiforova, M. A. Dmitrievoj, V. M. Snetkova] [Workshop on the psychology of management and professional activities: Proc. Manual [Ed. G. Nikiforov, M. A. Dmitrieva, V. M. Snetkova]]. St. Petersburg, Publishing St. Petersburg University, 2003, pp. 147-151. (In Russ.)

9. Neupokoeva N. Psihologicheskaja sluzhba v sel'skom rajone [Psychological service in a rural area]. Sel'skaja shkola [The village school], 2003, no. 5, pp. 104-105. (In Russ.111)

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ ЗАНИМАЮТСЯ СОВМЕСТНЫМ БИЗНЕСОМ

A. S. Markova

ЧВУЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут МОН України», г. Краматорськ, Україна

Аннотация. Мировая история семейного бизнеса насчитывает много веков и знает немало примеров как долговременного развития и процветания, так и настоящих катастроф. Какими причинами обусловлен вектор развития семейного дела? Понимание этого сейчас важно не только для украинской экономики, но и для психологии. В украинском бизнесе, в который вовлечены преимущественно члены одной семьи, наступил период ротации: те, кто его начинал, постепенно отходят от дел, и было бы логично, если бы им подражали дети. Но, оказывается, для молодых такое решение не очевидно, а для многих – нежелательно настолько, что вызывает сопротивление. Игнорирование этой тенденции приводит к разрушительным изменениям в здоровье молодого поколения и негативно сказывается на здоровье старшего. В ходе исследования изучались особенности развития и клинической феноменологии профессиональной дезадаптации как проявления нарушения психологического здоровья у членов семьи, которые занимаются совместным бизнесом. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости разработки системы психокоррекции их психологического состояния.

Ключевые слова: психологическое здоровье, семейный бизнес, мотивация, профессиональная дезадаптация.

PROFESSIONAL DISADAPTATION IN THE STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL HEALTH DISORDERS OF THE FAMILY MEMBERS WHO ARE INVOLVED IN JOINT BUSINESS

A. S. Markova

Private Higher Education Institute "Kramatorsk Institute of Economics and Humanities of Ministry of Education and Science of Ukraine", Kramatorsk, Ukraine

Summary. The world history of the family business contains many centuries and knows many examples of the sustainable development and the prosperity, and real catastrophes. What reasons cause the vector of the development of the family business? Understanding this is important not only for the Ukrainian economy, but also for the psychology. In Ukrainian business, in which mainly members of the same family are involved, the period of rotation has come: those who founded it, gradually move away from business, and it would be logical if they were inherited by the children. But it turns out, for the young this solution is not obvious, and for many of them – so undesirable that it causes resistance. Ignoring this trend leads to destructive changes in the health of the younger generation and has negative effects on health of the older. During the research features of the development and clinical phenomenology of professional disadaptation were studied as a manifestation of disorder of psychological health of family members who are engaged in joint business. Results of the study indicate the need for development of the system of psychocorrection of their psychological state.

Key words: psychological health, family business, motivation, professional exclusion.

Маркова Анна Сергіївна – здобувач, ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України, м. Краматорськ, Україна; e-mail: arthur.markov@gmail.com.

Маркова Анна Сергеевна – соискатель, ЧВУЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України, г. Краматорськ, Україна; e-mail: arthur.markov@gmail.com.

Anna Markova – postgraduate student, Private Higher Education Institute "Kramatorsk Institute of Economics and Humanities of Ministry of Education and Science of Ukraine", Kramatorsk, Ukraine; e-mail: arthur.markov@gmail.com.



В. В. Пономарёва

УДК 616.89-008:159.9.07:612.014.44

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ТАННИНГ

В. В. Пономарёва

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,
г. Харьков, Украина

Аннотация.

В статье рассмотрен патологический таннинг (намеренное облучение кожи ультрафиолетом для изменения ее цвета, приобретения «загара») как расстройство из группы расстройств привычек и влечений (F63- в МКБ-10). Дано определение патологического таннинга, критерии его диагностики, и критерии исключения. Приведен результат применения разработанного автором AUDIT-подобного скрининг-теста (т. н. AUDIT-подобный таннинг-тест) для различения патологического и непатологического (обычного) таннинга в рамках реализации метода комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов (И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук с соавт., 2009). Установлена частота встречаемости лиц с патологическим таннингом в региональной выборке молодых людей. Определена гендерная пропорция среди лиц с патологическим таннингом и без такового. Обоснована необходимость дальнейшего изучения таннинга как социального феномена, обладающего высоким аддиктогенным потенциалом.

Ключевые слова: расстройства привычек и влечений, поведенческая аддикция, таннинг, «бронзирование кожи», патологический таннинг, аддикция к загоранию (приобретению загара), танорексия.

Введение

Изучение состояний, представляющих собой расстройства контроля над побуждениями, является актуальной научно-прикладной задачей [1]. В 1992 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ввела в МКБ-10 категорию расстройств привычек и влечений (F63), которые характеризуются как «повторяющиеся действия, не имеющие рациональной мотивации, как правило, имеющие вредные последствия для самого человека, а также других людей, и связаны с импульсами, которые воспринимаются индивидом как неконтролируемые» [2]. В DSM-IV-TR Американская психиатрическая ассоциация дополнила определение расстройств привычек и влечений «нарастающим чувством напряжения перед произвольным действием или при попытке сопротивления этому действию, и последующим чувством удовольствия, удовлетворения или освобождения от напряжения» [3].

На сегодняшний день категория F63 объединяет такие расстройства, как «патологическая склонность к азартным играм» (F63.0), «патологическое влечение к поджогам (пиромания)» (F63.1), «патологическое воровство» (клептомания) (F63.2) и «трихотилломания» (F63.3). В перспективе в новую редакцию МКБ (МКБ-11) планируется

включить и «компульсивное расстройство сексуального поведения» [1]. Кроме того, в действующей редакции МКБ-10 существуют рубрики F63.8 («Другие расстройства привычек и влечений») и F63.9 («Расстройства привычек и влечений, неуточненное»).

Рубрику F63.8 составитель МКБ-10 рекомендует использовать для «других видов постоянно повторяющегося дезадаптивного поведения, которое не является вторичным по отношению к распознаваемому психопатологическому синдрому», когда «создается впечатление, что субъекту вновь и вновь не удается противостоять периодически возникающему влечению к совершению определенных действий». «Имеют место продромальный период напряженности и чувство облегчения при выполнении соответствующего акта» [4]. Другими словами, наличие рубрики F63.8 прямо указывает на существование иных форм расстройства контроля над побуждениями, которые по тем или иным причинам не включены в титульный список категории F63 в действующей редакции МКБ-10.

Настоящее исследование посвящено одной из форм расстройства контроля над побуждениями, которое описано в специальной литературе как «зависимость от посещения солярия» [5], «зависимость от загара» [6], «танорексия» [7; 8].

Зависимость от загара в классификации аддиктивного поведения В. А. Руженкова, И. С. Лукьянцевой, В. В. Руженковой [6] отнесена к классу «психологических зависимостей» к подклассу «социально-приемлемых аддикций». Исследования, посвященные зависимости от загара, представлены в основном в англоязычных публикациях [5; 8; 9]. Так, из изысканий А. С. Курош, К. Р. Харрингтон, Б. Аднофф (2010) известно, что среди лиц, посещающих солярии и добровольно подвергающих себя облучению ультрафиолетом (УФО) с целью обретения «загара», встречаются индивидуумы, которые, несмотря на осведомленность о медицинских рисках данной процедуры (ожоги кожи, преждевременное старение кожи, риск развития рака кожи, повреждения глаз и пр.), посещают солярии более 40 раз в год(!). При этом улучшение самочувствия и настроения они связывают с процедурой так называемого «загорания» [5].

В исследовании Г. Л. Фелл [9] отмечено, что индуцированное под действием УФО выделение эндорфинов [9] может привести к появлению симптомов пристрастия к процедуре загорания. Из публикации Дж. Л. Стэплтон и соавт. [8], следует, что из общего числа лиц, регулярно посещающих солярии, признаки зависимости от загара (танорексии) демонстрируют 19,00%. Авторы также отметили преобладание танорексии у молодых женщин (средний возраст респондентов $20,10 \pm 2,00$ года).

Следует различать непатологический таннинг («загорание» или «бронзирование кожи») как форму социально-одобряемого поведения, осуществляемого с целью приобретения «загара» (изменения цвета кожи под действием естественного или искусственного ультрафиолетового излучения), и поведение, похожее на него внешне, но имеющее признаки аддиктивности – ненормативности по медицинскому (психопатологическому) критерию. С этой целью мы предлагаем ввести понятие патологического таннинга (по аналогии с патологическим гемблингом).

Под патологическим таннингом следует понимать расстройство, которое заключается в частых повторных эпизодах посещения солярия и постоянной фиксации на достижении загара посредством облучения кожи УФО-излучением с целью развития и поддержания интенсивных эмоций. При этом указанное поведение доминирует в жизни

субъекта, превалируя над социальными, профессиональными, материальными и семейными ценностями и обязанностями.

По аналогии с критериями, разработанными для «патологической склонности к азартным играм» (F63.0) [4], а также используя квалифицирующие признаки повторяющегося дезадаптивного поведения, указанные для рубрики F63.8 (МКБ-10) [4], мы предлагаем **диагностировать состояние патологического таннинга при наличии следующих признаков:**

а) на протяжении годичного периода отмечаются многократные повторные эпизоды посещения солярия с целью приобретения «загара» (изменения цвета кожи под действием искусственного ультрафиолетового излучения);

б) посещения солярия продолжаются, несмотря на вызываемые ими субъективно переживаемый дистресс или нарушение деятельности личности в повседневной жизни;

в) человек описывает сильное влечение к посещению солярия, которое чрезвычайно трудно или невозможно контролировать, и сообщает, что неспособен прекратить посещения солярия усилием воли;

г) человек поглощен мыслями и умственными образами, связанными с актом посещения солярия и сопутствующими ему обстоятельствами;

д) имеют место продромальный период напряженности, когда посещение солярия и облучение ультрафиолетом затруднено или невозможно, и чувство облегчения при реализованном посещении солярия.

Другими словами, патологический таннинг мы предлагаем рассматривать как форму расстройства привычек и влечений (рубрика F63.8 в МКБ-10: «Другие расстройства привычек и влечений»).

Критериями исключения являются чрезмерное увлечение солярием у больных в маниакальном состоянии (F30) или по бредовым мотивам.

Синонимами термина «патологический таннинг» предлагаем считать термины «компульсивное загорание», «танорексия», «аддикция облучения ультрафиолетом» («УФО-аддикция»).

Цель исследования

Изучение частоты встречаемости лиц с патологическим таннингом и без такового в региональной выборке постоянных посетителей солярия.

Материалы и методы исследования

На условиях информированного согласия на протяжении 2012–2016 гг. были обследованы 66 завсегдатаев рекреационных заведений г. Харьков, круглогодично посещающих солярий. Из них мужчин – 14 (21,21%), женщин – 52 (78,79%). Средний возраст мужчин – $30,70 \pm 2,00$ лет, женщин – $20,40 \pm 1,40$ лет.

Методы исследования:

- клинико-психопатологический (основной), дополненный методом комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов (И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук с соавт.) [10];
- клинико-психологический;
- методы математической статистики (использована программа Statistica 6.0).

Основным диагностическим инструментом являлся разработанный нами AUDIT-подобный скрининг-тест (т. н. AUDIT-подобный танинг-тест).

Результаты исследования и их обсуждение

Применение AUDIT-подобного танинг-теста позволило достоверно установить частоты встречаемости лиц с различной интенсивностью посещения солярия в течение года (табл. 1, рис.). По результатам изучения указанного параметра в выборке лиц, регулярно посещающих солярий, были выделены следующие категории:

– с опытом посещения солярия, 1–7 баллов по результатам AUDIT-подобного танинг-теста, (в среднем – $4,00 \pm 1,10$ балла) – 6 человек (9,09%). Паттерн посещения солярия характеризуется относительно низкой интенсивностью (1–2 раза в год), психотропные эффекты от загорания отсутствуют;

– многократно в течение года посещавшие солярий, 8–15 баллов по результатам AUDIT-подобного танинг-теста (в среднем $11,50 \pm 1,40$ баллов) – 42 человека (63,64%).

Таблица 1

Результаты исследования частот встречаемости среди регулярно посещающих солярий респондентов лиц с патологическим танингом и без такового (%)

Интерпретационные характеристики результатов применения AUDIT-подобного танинг-теста			Выборка респондентов (n=66)	
Сумма баллов	Уровень риска	Квалификация состояния	Абс.ч. (чел.)	Отн.ч. (%)
0	Зона 0	Опыт облучения искусственным ультрафиолетом (УФО) в условиях солярия отсутствует	–	–
1–7	Зона I	Паттерн посещения солярия характеризуется относительно низкой интенсивностью (1–2 раза в год), психотропные эффекты от загорания отсутствуют	6	9,09
8–15	Зона II	Паттерн посещения солярия характеризуется относительно высокой интенсивностью (до 6 раз в год). Психотропные эффекты от загорания отсутствуют	42	63,64 ¹
16–19	Зона III	Паттерн посещения солярия характеризуется высокой интенсивностью (6 и более эпизодов УФО в год, но менее 40 эпизодов в год). Психотропные эффекты от загорания отсутствуют или мало выражены. Признаки болезненной зависимости от посещения солярия и процедуры загорания отсутствуют. Следование этому паттерну наносит ущерб здоровью (ожоги кожи, признаки преждевременного старения кожи, малигнизация кожи, снижение остроты зрения и пр., т. е. имеет место паттерн «загорания» с вредными последствиями – танинг с вредными последствиями)	5	7,58
20–40	Зона IV	Паттерн посещения солярия характеризуется максимально высокой интенсивностью (40 и более эпизодов облучения ультрафиолетом за год, имеет место увеличение времени экспозиции УФО, отмечаются психотропные эффекты от процедуры УФО, в частности, постпроцедурная эйфория). Имеются признаки болезненной зависимости от посещения солярия и процедуры загорания. Состояние соответствует нозологическому уровню танинга и квалифицируется как патологический танинг (F63.8) по критериям МКБ-10	13	19,70 ²
Всего:			66	100,00

Примечание: достоверность различий: ¹⁻² – $p < 0,01$.

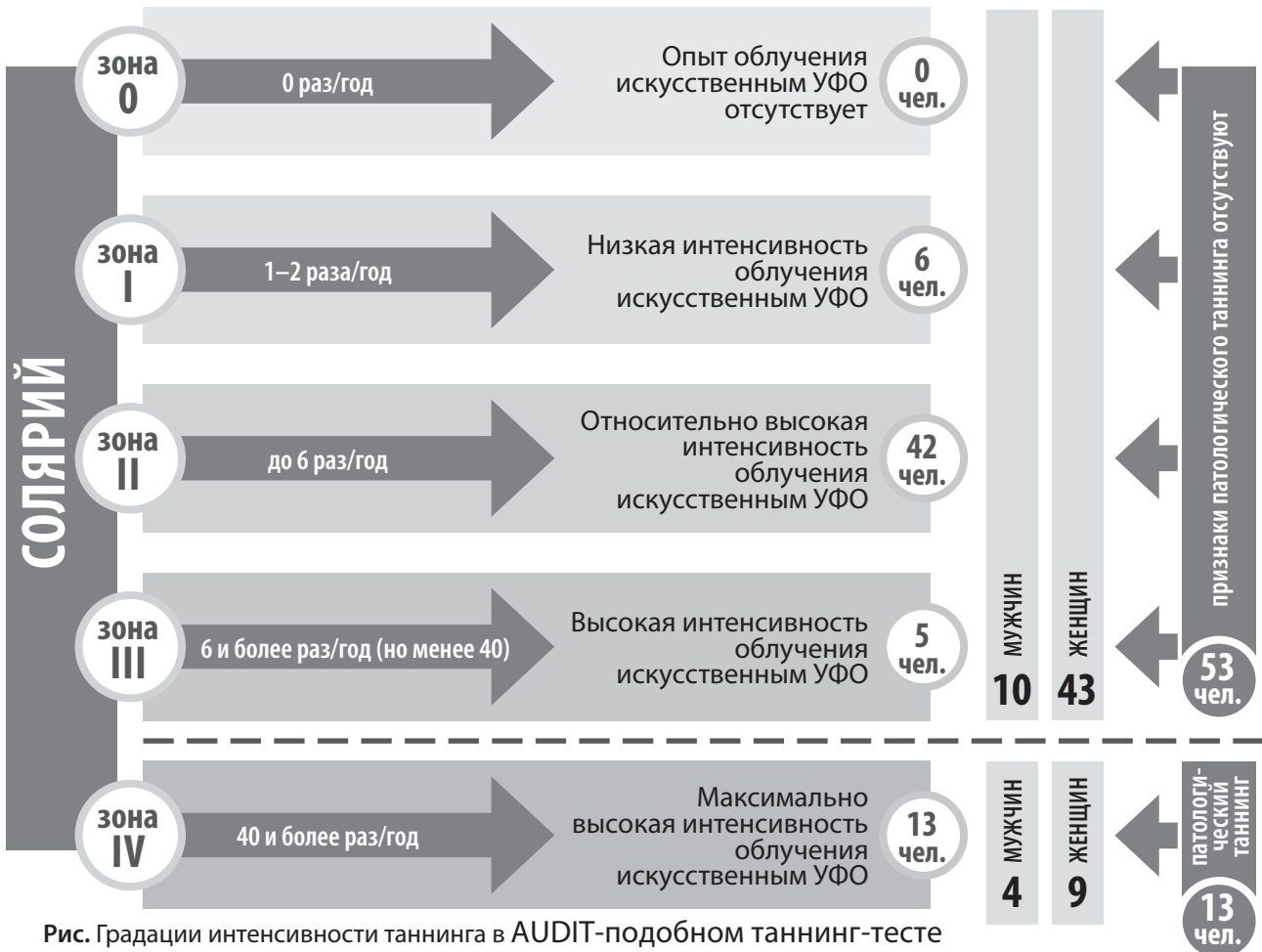


Рис. Градации интенсивности тanningа в AUDIT-подобном тanning-тесте

Паттерн посещения солярия характеризуется относительно высокой интенсивностью (до 6 раз в год). Психотропные эффекты от загорания отсутствуют;

– **многokrатно в течение года посещавшие солярий, 16–19 баллов** по результатам AUDIT-подобного тanning-теста (в среднем – $17,50 \pm 1,40$ баллов) – 5 человек (7,58%). Паттерн посещения солярия характеризуется высокой интенсивностью (6 и более эпизодов УФО в год, но менее 40 эпизодов в год). Психотропные эффекты от загорания отсутствуют или мало выражены. Признаки болезненной зависимости от посещения солярия и процедуры загорания отсутствуют. Следование этому паттерну наносит ущерб здоровью (ожоги кожи, признаки преждевременного старения кожи, малигнизация кожи, снижение остроты зрения и пр., т. е. имеет место паттерн «загорания» с вредными последствиями – тanning с вредными последствиями);

– **с признаками болезненной зависимости от посещения солярия и процедуры «загорания», 20–40 баллов** по результатам AUDIT-подобного тanning-теста (в среднем – $30,50 \pm 1,80$ баллов) – 13 человек (19,70%).

Паттерн посещения солярия характеризуется максимально высокой интенсивностью (40 и более эпизодов облучения ультрафиолетом за год, имеет место увеличение времени экспозиции УФО, отмечаются психотропные эффекты от процедуры УФО, в частности, постпроцедурная эйфория). Имеются признаки болезненной зависимости от посещения солярия и процедуры загорания. Состояние соответствует нозологическому уровню тanningа и квалифицируется как патологический тanning (F63.8) по критериям МКБ-10.

Из данных, представленных в табл. 1, следует, что все лица изученной выборки имели опыт облучения искусственным ультрафиолетом в условиях солярия (отсутствие респондентов, набравших 0 баллов по результатам AUDIT-подобного тanning-теста).

Выборка лиц, регулярно посещающих солярий с целью приобретения «загара», гетерогенна по уровню риска формирования патологического тanningа. Установлено наличие 4 подгрупп респондентов с различным уровнем риска формирования компульсивного загорания. Большинство

респондентов (53 человек или 80,30%) относилось к I–III зонам риска; это соотносится с донозологическим уровнем тanningа, под которым мы понимаем социально-одобряемое, условно нормативное посещение солярия с целью облучения искусственным ультрафиолетом для изменения цвета кожи (обретение т. н. «загара»). Значительная часть респондентов (13 человек или 19,70%) относилась к IV зоне риска, которая соотносилась с нозологическим уровнем тanningа, т. е. имела признаки зависимости от посещения соляриев и процедуры «загорания» (F63.8 по критериям МКБ-10).

В табл. 2 отражены результаты распределения респондентов по половому признаку.

Таблица 2

Частоты распределения респондентов с признаками патологического тanningа и без такового относительно полового признака (%)

Пол	Респонденты с признаками патологического тanningа (n=13)		Респонденты без признаков патологического тanningа (n=53)	
	Абс.ч. (чел.)	Отн.ч. (%)	Абс.ч. (чел.)	Отн.ч. (%)
мужской	4	30,77 ¹	10	18,86 ³
женский	9	69,23 ²	43	81,14 ⁴
Всего	13	100,00	53	100,00

Примечание:

достоверность различий:

¹⁻² – $p < 0,01$; ³⁻⁴ – $p < 0,01$; ¹⁻³ – $p < 0,01$; ²⁻⁴ – $p < 0,05$.

Из табл. 2 следует, что среди обследованных нами лиц с признаками патологического тanningа преобладали женщины (встречались чаще в 2,25 раза, $p < 0,01$). Аналогичная тенденция отмечена среди лиц без признаков патологического тanningа.

Выводы

Проведенное исследование позволило сделать следующие обобщения.

1. **Тanning** как форма социально одобряемого поведения **обладает высоким аддиктогенным потенциалом**: в региональной выборке респондентов, регулярно посещающих солярий, установлен высокий процент (19,70%) лиц с патологическим тanningом, который рассматривается нами как форма расстройства привычек и влечений (в рамках рубрики F63.8 в МКБ-10: «Другие расстройства привычек и влечений»).

2. **Тanning** как форма специфического социально одобряемого поведения **реализуется в двух основных вариантах**: тanning без признаков аддиктивности и тanning с признаками аддиктивности или патологического тanningа.

3. **Установлено значимое преобладание женщин** среди лиц с патологическим тanningом.

4. Полученные данные обосновывают **необходимость дальнейшего изучения тanningа как социального феномена**, обладающего высоким аддиктогенным потенциалом в отношении развития специфической поведенческой зависимости.

Литература

- Grant J. E. Disorders habits and instincts and "behavioral addiction" in ICD-11 / J. E. Grant, M. Atmaca, N. A. Fineberg // *World Psychiatry*. – 2014. – № 13(2). – P. 125–127.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. – Geneva: World Health Organization, 1992.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 4th ed, text revision. – Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / под ред. Дж. Э. Купера: пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 416 с.
- Kourosch A. S. Tanning as a behavioral addiction / A. S. Kourosch, C. R. Harrington, B. Adinoff // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2010. – № 36(5). – P. 284–290.
- Руженков В. А. Аддиктивное поведение

- студенческой молодежи: систематика, распространенность, клиника и профилактика / В. А. Руженков, И. С. Лукьянцева, В. В. Руженкова // *Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация*. – 2015. – № 10(207). – С. 13–25.
- Танорексия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F>.
- Stapleton J. L. The Behavioral Addiction Indoor Tanning Screener (BAITS): An Evaluation of a Brief Measure of Behavioral Addictive Symptoms / J. L. Stapleton, J. J. Hillhouse, R. Turrissi [et al.] // *Acta Derm. Venereol.* – 2016. – № 96. – P. 552–553.
- Fell G. L. Skin beta-endorphin mediates addiction to UV light / G. L. Fell, K. C. Robinson, J. Mao, C. J. Woolf, D. E. Fisher. – 2014. – № 157. – P. 1527–1534.
- Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. – 2009. – № 2(16). – С. 56–70.

Referens

1. Grant J. E., Atmaca M., Fineberg N. A. Disorders habits and instincts and "behavioral addiction" in ICD-11. *World Psychiatry*, 2014, no. 13(2), pp. 125-127.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision. Washington, American Psychiatric Association, 2000.
4. Karmannoe rukovodstvo k MKB-10: Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glosariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriteriyami) [pod red. Dzh. E. Kupera; per. s angl. D. Poltavtsa] [The Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (with glossary and research diagnostic criteria) [ed. E. G. Cooper; transl. from English by D. Poltavets]]. Kiev, Sphere Publ., 2000, 416 p. (In Russ.)
5. Kourosh A. S., Harrington C. R., Adinoff B. Tanning as a behavioral addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2010, no. 36(5), pp. 284-290.
6. Ruzhenkov V. A., Luk'yantseva I. S., Ruzhenkova V. V. Addiktivnoe povedenie studencheskoy molodezhi: sistematika, rasprostranennost', klinika i profilaktika [Addictive behavior of students: taxonomy, incidence, clinical and prevention]. *Nauchnye vedomosti BelGU. Seriya: Meditsina. Farmatsiya* [Scientific statements BSU. Series: Medicine. Pharmacy]. 2015, no. 10(207), pp. 13-25. (In Russ.)
7. Tanoreksiya [Tanning addiction]. Available at: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B0-%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F>.
8. Stapleton J. L., Hillhouse J. J., Turrissi R. [et al.] The Behavioral Addiction Indoor Tanning Screener (BAITS): An Evaluation of a Brief Measure of Behavioral Addictive Symptoms. *Acta Derm. Venereol.*, 2016, no. 96, pp. 552-553.
9. Fell G. L., Robinson K. C., Mao J., Woolf C. J., Fisher D. E. Skin beta-endorphin mediates addiction to UV light. 2014, no. 157, pp. 1527-1534.
10. Linskiy I. V., Minko A. I., Artemchuk A. F. [i dr.] 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* [Journal of Psychiatry and psychopharmacotherapy]. 2009, no. 2(16), pp. 56-70. (In Russ.)

ПАТОЛОГІЧНИЙ ТАННІНГ

В. В. Пономарьова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
м. Харків, Україна

Анотація. У статті розглянуто патологічний таннінг (навмисне опромінення шкіри ультрафіолетом для зміни її кольору, набуття «засмаги») як розлад з групи розладів звичек та потягів (F63 в МКБ-10). Дано визначення патологічного таннінга, критеріїв його діагностики та критеріїв виключення. Наведено результат застосування розробленого автором AUDIT-подібного скрінінг-тесту (т. з. AUDIT-подібний таннінг-тест) для розрізнення патологічного та непатологічного (звичайного) таннінга в межах реалізації метода комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда та популяції за допомогою системи AUDIT-подібних тестів (І. В. Лінський, О. І. Мінко, А. Ф. Артемчук зі співавт., 2009). Встановлено частоту зустрічальності осіб з патологічним таннінгом у регіональній вибірці молодих осіб. Визначено гендерну пропорцію серед осіб з патологічним таннінгом та без нього. Обґрунтовано необхідність подальшого вивчення таннінга як соціального феномена, який має високий аддиктогенний потенціал.

Ключові слова: розлади звичок та потягів, поведінкова аддикція, таннінг, «бронзування шкіри», патологічний таннінг, аддикція до засмагання (набуття засмаги), танорексія.

PATHOLOGY TANNING

V. V. Ponomaryova

V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Summary. The present paper views pathology tanning (deliberate exposure of skin to ultraviolet rays with the aim of changing its color, attaining "suntan") as a disorder from the group of habit and inclination disorders (F63 in ICD-10). There is provided the definition of pathology tanning, diagnostics criteria and exclusion criteria. The result of implementing the AUDIT-similar screening test worked out by the author is given (so called AUDIT-similar tanning test) for differing pathology and non-pathology (ordinary) tanning in the framework of the method of complex estimation of an addictive status of an individual and population through the system of AUDIT-similar tests (I. V. Lynsky, A. I. Minko, A. F. Artemchuk, et al, 2009). The amount of people with pathology tanning in the regional sample of young people is established. The gender proportion of people with pathology tanning and without it is provided. The necessity of further research of tanning as a social phenomenon with high abuse liability is outlined.

Key words: habit and inclination disorders, behavioral addiction, tanning, "skin bronzing", pathology tanning, suntan addiction, tannorexy.

Пономарєва Валерія Валерьевна – к.мед.н., доцент, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: walerijaboiko@mail.ru.

Пономарьова Валерія Валеріївна – к.мед.н., доцент, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: walerijaboiko@mail.ru.

Valeriia Ponomaryova – PhD in Medicine, Associated Professor, V.N.Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: walerijaboiko@mail.ru.



Н. О. Рябоконт

УДК:616.89-008.454-053.2/.5

РОЛЬ СІМ'Ї В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Н. О. Рябоконт

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми, Україна
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
м. Харків, Україна

Анотація.

Проблема діагностики та реабілітації дітей з тривожно-депресивними розладами (ТДР) з ряду причин вкрай актуальна сьогодні в Україні. Це обумовило необхідність розробки та впровадження моделі профілактики, ранньої діагностики та реабілітації дітей з ТДР. З метою обґрунтування цього кроку було проведено дослідження, під час якого обстежено 160 пацієнтів з ТДР, які знаходилися на лікуванні у Сумській обласній дитячій клінічній лікарні та Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері. На підставі отриманих даних проаналізовано значення соціально-сімейних факторів у формуванні ТДР у дітей та їх реабілітації. Визначено необхідність розробки моделі медико-психологічної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги. Модель повинна включати психоосвітні, психотерапевтичні та психологічні заходи для батьків і дітей. Впровадження моделі сприятиме профілактиці важких резистентних форм тривоги та депресії у дітей та запобігатиме їх психосоціальної дезадаптації.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, реабілітація, сім'я, діти.

Вступ

Непсихотичні психічні розлади – одна з головних проблем охорони здоров'я в європейських країнах з точки зору тяжкості захворювання [1]. Протягом останнього десятиріччя у структурі психіатричної захворюваності спостерігається неухильне зростання непсихотичних форм психічної патології і, насамперед, невротичних розладів із тривожною і депресивною симптоматикою, що обумовлено змінами соціально-економічної ситуації в Україні [2]. У сучасних умовах населення країни перебуває в стані постійного стресу. Психоемоційне перенапруження сприяє збільшенню кількості ТДР, що зумовлює інтерес психіатрів і психотерапевтів до проблеми підбору найбільш ефективних та найменш тривалих методів лікування хворих із психічними розладами, пов'язаними зі стресом.

Разом з цим встановлено зростання невротичних порушень, у тому числі ТДР, які відзначаються затяжним перебігом, складними психопатологічними синдромами, резистентністю до терапії, зміненою реактивністю до медикаментозних засобів лікування [3]. Тому проблема терапевтично резистентної депресії з часу появи першого антидепресанту і до сьогодні залишається актуальною на всіх рівнях надання психіатричної допомоги. Висока потреба у діагностиці, терапії та профілактиці обумовлена не тільки високою частотою депресивних і тривожних розладів. Особливу занепокоєність

спеціалістів викликає значний несприятливий вплив тривоги та депресії на перебіг і прогноз коморбідних соматичних захворювань та на якість життя пацієнтів, які страждають на поєднану тривожно-депресивну і соматичну патологію [4].

Первинна діагностика і, за необхідністю, подальша профільна лікувально-діагностична орієнтація пацієнтів відбуваються на первинному рівні надання медичної допомоги. На жаль, в Україні лікарі загальної практики недостатньо інформовані щодо діагностики та лікування психічних розладів, зокрема ТДР.

За даними українських авторів, 25,00% усіх пацієнтів первинної мережі медичної допомоги страждають на якийсь психічний розлад, головним чином депресивний і тривожний [5]. Принаймні у 10,00% усіх пацієнтів первинної медичної мережі має місце велика депресія. У 60–70,00% випадків при соматичних захворюваннях зустрічаються порушення психіки непсихотичного регістру, які потребують застосування лікувальних заходів.

Застосування лікарських засобів у лікуванні депресії та тривоги у дітей (а саме прийом антидепресантів) є малоефективним та викликає численні побічні дії, у тому числі призводить до виникнення суїцидальних думок та власне до суїциду [6; 7]. Ризик призначення антидепресантів перевищує можливі позитивні результати лікування, особливо у дітей та підлітків з ТДР. Цей факт привертає увагу дитячих

психіатрів і зумовлює необхідність пошуку альтернативних ефективних методів лікування та реабілітації дітей з ТДР.

Предметом численних сучасних досліджень є роль сім'ї як профілактичного та реабілітаційного середовища для дітей з порушеннями психічного здоров'я. У сучасній клінічній медицині під час вирішення проблеми реабілітації хворої дитини особливо великого значення набувають психологічні та педагогічні аспекти.

Проблеми сімейних стосунків завжди привертала увагу фахівців, адже сім'я – один із найважливіших виховних факторів, значення якого для особистості дитини важко переоцінити. Сьогодні сім'я переживає серйозні труднощі, значною мірою зумовлені кризовими явищами українського суспільства в цілому, що негативно впливає на внутрішньосімейну атмосферу. Це ж, у свою чергу, не може не позначатися на формуванні стійкої психопатології, у тому числі й ТДР [8; 9].

Проблема діагностики та реабілітації дітей з ТДР актуальна як для оцінки стану психічного здоров'я дитячої частини населення країни в цілому, так й у зв'язку з погіршенням психічного здоров'я через кризовий стан в Україні. Це обумовило проведення дослідження для обґрунтування необхідності розробки та впровадження моделі профілактики, ранньої діагностики та реабілітації дітей з ТДР, перш за все, на етапі первинної медико-санітарної допомоги.

Мета дослідження

Мета дослідження полягає у вивченні ролі сімейних факторів у формуванні ТДР у дітей та їх реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 160 дітей віком 6–14 років з ТДР, які знаходилися на лікуванні у Сумській обласній дитячій клінічній лікарні та Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері.

Діагностика ТДР проводилася за критеріями МКХ–10. Застосовувалися клініко-психопатологічний, соматоневрологічний, патопсихологічний методи (шкала реактивної та особистісної тривоги Спілберґера–Ханіна, тест оцінки депресії CDRS-R). Сімейне функціонування визначалося за допомогою тестів «Шкала сімейного оточення» С. Ю. Купріянова; «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» – FACES-3 (тест Д. Х. Олсона, адаптований у 1986 році М. Перре) [10]; сімейна соціограма Е. Г. Ейдемільера, В. Юстицкіса

[11]. З метою дослідження реабілітаційної ролі сім'ї в соціалізації дитини з ТДР та розробки рекомендацій з корекції тривожно-депресивного стану нами проведена порівняльна характеристика показників мікросоціального оточення в популяції дітей групи здоров'я (100 осіб).

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідженнями доведено, що 100% батьків дітей з ТДР не звертали увагу на стан підвищеної тривожності та депресивні симптоми у дитини. Встановлено, що порушення емоційного стану та фізичні скарги вони пов'язували переважно з наявними у дитини соматичними захворюваннями. Слід відзначити, що жоден із батьків дітей з ТДР не звертався за спеціалізованою допомогою до психіатра.

З метою швидкої ефективної та достовірної оцінки процесів, що відбуваються в сімейній системі, та вибору мішені для медико-психотерапевтичного втручання застосовано стандартизований опитувальник Д. Х. Олсона (FACES-3). Методика оцінює рівень сімейної згуртованості та сімейної адаптації. Сімейна згуртованість – це ступінь емоційного зв'язку між членами родини. При максимальній його вираженості члени сім'ї емоційно взаємозалежні, при мінімальній – автономні та віддалені один від одного. Сімейна адаптація характеризує, наскільки гнучка або, навпаки, ригідна сімейна система, наскільки готова пристосовуватися, змінюватися під впливом на неї стресорів.

Типи сімейних систем за рівнем сімейної згуртованості наведено у **табл. 1**.

Таблиця 1

Типи сімейних систем за рівнем сімейної згуртованості у дітей з ТДР та здорових дітей (група контролю)

Типи сімейних систем	Група дітей з ТДР (n = 160)		Група здорових дітей (n = 100)	
	n	%	n	%
Роз'єднаний	111	69,40*	22	22,00
Розділений	34	21,30*	9	9,00
Об'єднаний	14	8,70	69	69,00
Зчеплений	1	0,60	0	0,00
Всього	160	100,00	100	100,00

Примітки:

n – кількість дітей;

* – достовірна відмінність $p \leq 0,01$.

У більшості дітей з ТДР (69,40%) сім'ї роз'єднані. Члени цих сімей мало прив'язані один до одного, емоційно вкрай розділені, під час дослідження поводитися неузгод-

жено, були нездатні до взаємної підтримки і спільного вирішення життєвої проблеми. Ізолюючись один від одного, підкреслюючи свою незалежність, вони приховували власну нездатність до встановлення близьких стосунків. При зближенні з іншими членами родини у них зростало почуття тривоги.

Одна п'ята сімей (21,30%) за рівнем згуртованості – **розділені**. В емоційних стосунках цих родин присутня деяка роздільність, проте вона не була виражена такою мірою, як у попередній групі. Незважаючи на те, що час, проведений окремо, для членів сім'ї був більш важливим, вони іноді збиралася разом, обговорювали проблеми, надавали підтримку один одному і приймали спільні рішення. Інтереси у них зазвичай були різними, проте існували і деякі спільні з іншими членами родини справи.

Об'єднані сім'ї, за даними тестування, визначені у 8,70% випадків. Ці родини характеризувалися високим ступенем емоційної близькості, лояльністю у взаєминах і певною залежністю родичів один від одного. Вони часто збиралися разом, і цей час для них важливіший, ніж присвячений індивідуальним друзям й інтересам.

Лише у 0,60% випадків сім'ї **зчеплені**. Члени такої сім'ї надмірно емоційно близькі (злиті) та лояльні. У них відсутній особистий простір та незалежність членів родини. Такі сім'ї та їх члени є слабо диференційованими.

Отже, у дітей з ТДР, порівняно зі здоровими дітьми, роз'єднані сім'ї зареєстровані у 69,40% та 22,00% випадків, відповідно ($p \leq 0,01$), розділені сім'ї – у 21,30% та 9,00%, відповідно ($p \leq 0,01$).

Типи сімейних систем за рівнем сімейної адаптації наведено у табл. 2.

Таблиця 2

Типи сімейних систем за рівнем сімейної адаптації у дітей з ТДР та здорових дітей (група контролю)

Типи сімейних систем	Група дітей з ТДР (n = 160)		Група здорових дітей (n = 100)	
	n	%	n	%
Ригідний	54	33,80*	2	2,00
Структурований	26	16,20	45	45,00
Гнучкий	38	23,80	41	41,00
Хаотичний	42	26,20*	12	12,00
Всього	160	100,00	100	100,00

Примітки:

n – кількість дітей;

* – достовірна відмінність $p \leq 0,01$.

■ Превалював **ригідний тип** сімейних систем (33,80%). Це родини з низькою гнучкістю і адаптивністю, не здатні вирішувати завдання, які постають перед сім'єю на шляху її просування стадіями життєвого циклу. Члени цих сімей відмовлялися змінюватися і пристосовуватися до нових обставин (народження, смерть близьких, дорослішання дітей і відділення їх, зміни в кар'єрі, місці проживання тощо). 6 ригідних сімей (3,80%) були занадто ієрархізовані. Переговори з важливих питань у цих сім'ях обмежені, а більшість рішень приймалися лідером. У ригідних системах ролі чітко розподілені та правила взаємодії залишаються незмінними.

■ **Хаотичні сім'ї**, які характеризуються високим ступенем непередбачуваності, зареєстровані у 26,20% випадків. Такі родини постійно перебували у стані кризи, а тип системи мав нестійке й обмежене керівництво і відчував нестачу лідерства. Рішення були імпульсивними і непродуманими. Ролі були незрозумілі й часто переходили від одного члена родини до іншого.

■ **Структуровані сім'ї** визначено в 16,20% випадків. Такі родини характеризувалися помірною гнучкістю. У них був присутній певний ступінь демократичного керівництва, що передбачало переговори з проблем між членами сім'ї, включаючи й дітей. Ролі та сімейні правила стабільні, була можливість їх обговорення. Існували певні дисциплінарні правила.

■ **Гнучкий тип сім'ї** встановлено у 23,80% родин. У цих сім'ях панував демократичний стиль керівництва. Переговори велися відкрито й активно, включаючи дітей. Ролі розподілялися між іншими членами сім'ї та змінювалися за необхідністю. Правда, у деяких сім'ях не вистачало лідерства, у них часто виникали суперечки між членами родини.

Таким чином, за типом сімейної адаптації, 96 сімей (60,00%) (ригідний і хаотичний тип) знаходилися у стані кризи. Вони не здатні були швидко адаптуватися до умов, що змінювалися, і стресів, що виникали у житті сім'ї. Це, в свою чергу, перешкоджало переходу до виконання родиною завдань розвитку, які характеризують новий етап життєвого циклу.

Отже, у дітей з ТДР, порівняно зі здоровими дітьми, ригідний тип сім'ї зареєстрований у 33,80% та 2,00% випадків відповідно ($p \leq 0,01$), хаотичний тип – у 26,20% та 12,00% відповідно ($p \leq 0,01$).

Якщо враховувати обидві шкали, збалансованими є 38 сімей (23,80%), які характеризуються успішністю функціонування.

З метою визначення ступеня задоволеності дитини сімейним станом визначено різницю між ідеальними та реальними оцінками сім'ї за двома шкалами (згуртованості та адаптації). Рівень задоволеності сімейним життям як недостатній визначили 58,00% дітей.

З метою оцінки соціального клімату, тобто правил поведінки, які склалися у сім'ї та впливають на стосунки у ній, була застосована шкала сімейного оточення, адаптована С. Ю. Куприяновим. Встановлено, що:

- **показник єдності** знижений у 65 сім'ях (40,60%) – члени таких родини недостатньо приділяють уваги своїм дітям й опікуються ними;
- **рівень експресивності** знижений у 73 сім'ях (45,60%) – у таких сім'ях не прийнято відкрито діяти та виражати свої почуття;
- високий **рівень конфліктності** в 94 сім'ях (58,80%) – батьки відкрито виражають своє незадоволення один одним, конфліктують, а у 14 сім'ях (8,80%) й агресивно ставляться до інших членів родини, у тому числі до дітей;
- **показник незалежності** знижений у 59 дітей (36,90%) – в їхніх сім'ях батьки не заохочують дітей до самоствердження, незалежності, до самостійності в обмірковуванні проблем і прийнятті рішень;
- низький **рівень орієнтації на досягнення** у 91 сім'ї (56,90%) – тут приділяють недостатньо уваги ступеню досягнення та змагання у різних видах діяльності (навчання, роботі тощо).

Отже, у більшості сучасних сімей (74,20%), в яких виховуються діти з ТДР, ступінь активності у соціальній, інтелектуальній, культурній та політичній сферах діяльності недостатній. Орієнтація родин на активний відпочинок також недостатня: у 131 сім'ї (81,90%) мало уваги приділяють спорту та активному відпочинку. Морально-етичні аспекти сімей розвинені слабо: знижений ступінь сімейної поваги до етичних і моральних цінностей і положень встановлених у 39 родин (24,40%). Ступінь організації у 67 сім'ях (41,90%) знижений, для них не важливі порядок і організованість (структурування сімейної діяльності, фінансове планування, зрозумілість і визначеність сімей-

них правил та обов'язків). Рівень контролю членами родини один одного у 46 випадках (28,80%) знижений.

Показники шкали сімейного функціонування дітей з ТДР були порівняні з контрольною групою дітей. Результати наведено у табл. 3.

Таблиця 3

Показники шкали сімейного функціонування у дітей з ТДР та здорових дітей (група контролю)

Шкали	Діти з ТДР (n = 160)		Контрольна група дітей (n = 100)	
	М	q	М	q
Єдність	3,86	1,56	6,35	1,24
Експресивність	3,96	1,42	6,82	1,31
Конфліктність	3,51	1,95	3,14	1,18
Незалежність	4,17	1,43	4,23	1,27
Орієнтація на досягнення	4,14	1,76	5,48	1,34
Інтелектуально- культурна орієнтація	5,08	1,72	6,14	1,31
Орієнтація на активний відпочинок	3,75	1,52	4,09	1,76
Морально- етичні аспекти	4,12	2,05	5,56	1,69
Організація	4,03	1,16	5,87	1,75
Контроль	3,40	1,74	3,92	1,57

Примітки:

n – кількість обстежених дітей;

М – середнє значення у групі;

q – стандартне відхилення.

Низькі показники стосунків між членами родини (єдність та експресивність), висока конфліктність між ними, недостатні показники особистісного росту (незалежність, орієнтація на досягнення, інтелектуально-культурна орієнтація) та управління сімейною системою викликають і підтримують стан тривожності та депресії у дитини. Це свідчить про необхідність застосування у таких сім'ях психоосвітньої, психокорекційної та психотерапевтичної роботи як з дітьми, так і з їхніми батьками та іншими членами родини.

З метою встановлення характеру комунікації в сім'ї, положення дитини в системі міжособистісних стосунків проведено дослідження дітей за малюнковою проективною методикою «Сімейна соціограма» Е. Г. Ейдемільера. Цей тест є свого роду вік-

ном у внутрішній світ дитини, розкриває сприйняття дитиною сім'ї й стосунків у ній.

Інтерпретація малюнків базувалася на визначенні таких елементів: хто включений і хто виключений із зображених, хто знаходиться в ізоляції, які переважають зв'язки між членами родини, значущість батьків для дитини.

Вивчення результатів тесту показало:

■ **недостатня значущість батьків для дитини** встановлена у 45,00 % випадків (такі діти зобразили батьків такими ж розмірами, як вони самі, або меншими за себе);

■ **недостатньо диференційоване ставлення до інших членів сім'ї** присутнє в 38,10% дітей (про це свідчить зображення всіх членів родини однаковими за розміром колами);

■ **опосередковане ставлення до батьків через бабуся** відмічається в 11,90% випадків (на малюнку бабуся зображена між дитиною та її батьками);

■ **значущість батьків підвищена** для 6,90% дітей, що свідчить про значну залежність від дорослих, несамостійність, нездатність самостійно приймати рішення (такі діти зобразили батьків у вигляді кіл великого розміру, значно більшими за себе, розташованими у верхній частині тестового поля);

■ **між батьками та дітьми склалися благополучні стосунки** в 23,80% випадків (про що свідчить невелика відстань між зображеними членами родини);

■ **переживання емоційного відторгнення** відзначене в 63,60% випадків (ці діти зобразили себе у нижній частині кола, осторонь від інших членів родини);

■ **велику значущість матері в очах дитини** відмічено в 27,50% дітей (зображення матері більше за інших членів родини, розташоване у верхній частині або у центрі тестового поля), проте лише 3,80% дітей – усі хлопці – зобразили батька більшим за інших, що свідчить про значну роль батька для дитини;

■ **недиференційованість власного «я» та наявність симбіотичних зв'язків з батьками** встановлені в 5,00% дітей (вони зобразили себе безпосередньо зв'язаними з мамою);

■ **егоцентризм** присутній у 3,10% у дітей (у цих випадках діти намалювали себе у центрі тестового поля значно більшими за інших членів родини).

Аналіз результатів дослідження показав, що рівень психологічного здоров'я сім'ї відповідав показнику норми лише у 20,00% випадків. Дестабілізуючий вплив на психологічне здоров'я сім'ї в обстежених дітей обумовлений певними чинниками. Насамперед це низький потенційний рівень психологічного прийняття в сім'ї дитини з розладами психіки.

Формуванню позитивного мікроклімату в сім'ї дуже шкодить недостатній ступінь розвитку таких соціально-психологічних механізмів внутрішньо-сімейної взаємодії, як взаєморозуміння, взаємодопомога, взаємотерпіння. Негативно позначаються на стосунках у родині й зниження соціально-рольової адекватності батьків та адаптивності їх у соціумі, а також низький освітній рівень одного або обох батьків (психолого-педагогічна неспроможність сім'ї).

Результати цього дослідження доводять необхідність розробки комплексної програми реабілітації дітей з ТДР на етапі первинної медико-санітарної допомоги, вдосконалення лікувально-профілактичної роботи серед дітей шкільного віку та координації мультидисциплінарної взаємодії лікарів первинної ланки, психологів та дитячих психіатрів.

Висновки

1. Встановлено, що у формуванні ТДР у дітей значимими факторами є патологічні сімейні стосунки: роз'єднаний, розділений, ригідний та хаотичний типи сімейних стосунків, а також висока конфліктність між членами родини, недостатній ступінь розвитку взаєморозуміння, взаємодопомоги та взаємотерпіння у родині, низький освітній рівень батьків, низький рівень матеріального забезпечення сім'ї.

2. Визначено необхідність розробки моделі медико-психологічної реабілітації дітей з ТДР. На первинному рівні надання медичної допомоги необхідно проводити скринінг-тест діагностики невротичних розладів з диференціацією симптомів тривоги та депресії, визначати мікросоціальний клімат у сім'ї, застосовувати психоосвітні заходи для батьків і дітей. На другому етапі модель реабілітації дітей з ТДР повинна включати психологічну корекцію порушених сімейних стосунків із застосуванням сімейної психотерапії. Розробка та впровадження моделі сприятиме профілактиці важких резистентних форм тривоги та депресії у дітей та превенції їх психосоціальної дезадаптації.

Література

1. Gaebel W. EPA guidance on the quality of mental health services / W. Gaebel [et al.] // *Eur. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 27. – P. 87–113.
2. Михайлова Э. А. Депрессия у подростков : клинико-возрастной, нейрокогнитивный, генетический аспекты / Э. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, Н. В. Багацкая и др. // *Український вісник психоневрології*. – 2015. – Т. 23, вип. 2(83). – С. 75–78.
3. Белостоцкая Ж. И. Клинико-психопатологические проявления депрессий у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // *Международный медицинский журнал*. – 2007. – Т. 13, № 4. – С. 23–25.
4. Михайлов Б. В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи / Б. В. Михайлов // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3(64). – С. 137–138.
5. Скринник О. В. Клініко-психопатологічні особливості у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення / О. В. Скринник // *Український вісник психоневрології*. – 2007. – Т. 15, вип. 3. – С. 71–75.
6. Антонюк А. Применение антидепрессантов у детей и подростков [Электронный ресурс] / А. Антонюк // *Український медичинський журнал*. – 2016. – № 3(113). – Режим доступа : <http://www.umj.com.ua/article/97187/primenenie-antidepressantov-u-detej-i-podrostkov-prinosit-bolshe-vreda-chem-polzy>.
7. Weintraub K. Most antidepressants don't work on kids and teens, study finds [Electronic Resource] / K. Weintraub. – 2016. – Way of access : <https://www.statnews.com/2016/06/08/antidepressants-teens-kids>.
8. Солодников В. В. Социология социально-дезадаптированной семьи / В. В. Солодников. – СПб. : Директ, 2007. – 345 с.
9. Целуйко В. М. Психология неблагополучной семьи : учебное пособие / В. М. Целуйко. – М., 2006. – 314 с.
10. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учебное пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – С. 68–73.
11. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999. – С. 301–304.

References

1. Gaebel W. [et al.] EPA guidance on the quality of mental health services. *Eur. Psychiatry*, 2012, vol. 27, pp. 87–113.
2. Mikhaylova E. A., Proskurina T. Yu., Bagatskaya N. V. [et al.] Depressiya u podrostkov (kliniko-vozrastnoy, neyrokognitivnyy, geneticheskiy aspekty) [Depression in adolescents (age-clinical, neurocognitive, genetic aspects)]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2015, vol. 23, issue 2(83), pp. 75–78. (In Russ.)
3. Belostotskaya Zh. I. Kliniko-psyhopatologicheskie proyavleniya depressiy u zhitel'ey sel'skoy mestnosti [Clinical and psychopathological symptoms of depression among residents of rural areas]. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal* [International Medical Journal], 2007, vol. 13, no. 4, pp. 23–25. (In Russ.)
4. 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]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2010, vol. 18, issue 3(64), pp. 137–138. (In Russ.)
5. Skrynyuk O. V. Kliniko-psyhopatologichni osoblyvosti u hvoryh na somatoformnu vegetatyvnu dysfunkciju organiv travlennja [Clinical and psychopathological features in patients with somatoform autonomic dysfunction of the digestive system]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2007, vol. 15, issue 3, pp. 71–75. (In Ukr.)
6. Antonyuk A. Primenenie antidepressantov u detey i podrostkov [The use of antidepressants in children and adolescents]. *Ukrainskiy meditsinskiy zhurnal* [Ukrainian Medical Journal], 2016, no. 3(113). Available at: <http://www.umj.com.ua/article/97187/primenenie-antidepressantov-u-detej-i-podrostkov-prinosit-bolshe-vreda-chem-polzy>. (In Russ.)
7. Weintraub K. Most antidepressants don't work on kids and teens, study finds, 2016. Available at: <https://www.statnews.com/2016/06/08/antidepressants-teens-kids>.
8. Solodnikov V. V. Sotsiologiya sotsial'no-dezadaptirovannoy sem'i [Sociology socially maladjusted family]. *St. Petersburg, Direkt Publ., 2007, 345 p.* (In Russ.)
9. Tseluyko V. M. Psikhologiya neblagopoluchnoy sem'i [uchebnoe posobie] [The psychology of dysfunctional family [Tutorial]]. *Moscow, 2006, 314 p.* (In Russ.)
10. Eydemiller E. G., Dobryakov I. V., Nikol'skaya I. M. Semeynyy diagnoz i semeynaya psikhoterapiya [Uchebnoe posobie dlya vrachey i psikhologov] [Family diagnosis and family therapy [A manual for physicians and psychologists]]. *St. Petersburg, Rech' Publ., 2003, 336 p., pp. 68–73.* Available at: <http://psycabi.net/testy/>. (In Russ.)
11. Eydemiller E. G., Yustitskiy V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i [Psychology and psychotherapy family]. *St. Petersburg, Piter Publ., 1999, pp. 301–304.* (In Russ.)

РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н. А. Рябоконе

Сумская областная детская клиническая больница, г. Сумы, Украина

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Аннотация. Проблема диагностики и реабилитации детей с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) по ряду причин крайне актуальна сегодня в Украине. Это обусловило необходи-

THE ROLE OF FAMILY IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS

N. O. Ryabokon

Sumy Regional Children's Clinical Hospital, Sumy, Ukraine

State Institution "Institute of Children and Adolescents Health Care of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Summary. The problem of diagnostics and rehabilitation of children with anxiety and depressive disorders (ADD) for a variety of reasons is extremely relevant today in Ukraine. This necessitated the

мость разработки и внедрения модели профилактики, ранней диагностики и реабилитации детей с ТДР. С целью обоснования этого шага было проведено исследование, в ходе которого обследовано 160 пациентов с ТДР, находившихся на лечении в Сумской областной детской клинической больнице и Сумском областном клиническом психоневрологическом диспансере. На основании полученных данных проанализировано значение социально-семейных факторов в формировании ТДР у детей и их реабилитации. Определена необходимость разработки модели медико-психологической реабилитации на первичном уровне оказания медицинской помощи. Модель должна включать психообразовательные, психотерапевтические и психологические мероприятия для родителей и детей. Внедрение модели будет способствовать профилактике тяжелых резистентных форм тревоги и депрессии у детей и предупредит их психосоциальную дезадаптацию.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, реабилитация, семья, дети.

development and implementation of prevention models, early diagnosis and rehabilitation of children with ADD. To substantiate this step there were surveyed 160 patients with ADD, treated at the Sumy Oblast Pediatric Clinical Hospital, and Sumy regional clinical psychoneurological dispensary. Based on the data significance of social and family factors in the formation ADD in children and their rehabilitation is analyzed. The necessity of developing a model of medical and psychological rehabilitation is determined at the primary care level. Models should include psychoeducational and psychotherapeutic and psychological activities for parents and children. The implementation of the model will contribute to the prevention of severe resistant forms of children's anxiety and depression and prevent their psychosocial maladjustment.

Key words: anxiety and depressive disorders, rehabilitation, family, children.

Рябокоть Наталія Олександрівна – завідувач психоневрологічним відділенням, Сумська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми, Україна; аспірантка, ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: riabokonatalia@gmail.com.

Рябокоть Наталья Александровна – заведующая психоневрологическим отделением, Сумская областная детская клиническая больница, г. Сумы, Украина; аспирантка, ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: riabokonatalia@gmail.com.

Natalia Ryabokon – head of the psychoneurologic department, Sumy Regional Children's Clinical Hospital, Sumy, Ukraine; postgraduate student, State Institution "Institute of Children and Adolescents Health Care of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: riabokonatalia@gmail.com.



Б. В. Михайлов

Я. С. Живилова

УДК: 616.895.4

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В СИСТЕМЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б. В. Михайлов¹, Я. С. Живилова²¹Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина²ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением»
МОЗ Украины, г. Днепр, Украина

Аннотация.

В настоящее время депрессивные расстройства занимают ведущее место в структуре заболеваемости в мире. Тем не менее проблема выбора терапевтической тактики их лечения до сих пор остается актуальной. Характерной особенностью клинической картины современных депрессивных состояний различного генеза, в том числе и в Украине, является преобладание жалоб психосенсорного и соматовегетативного характера. Это диктует определенные требования к подбору антидепрессантов. Сейчас уже установлены основные механизмы действия таких препаратов, основанные на процессах синаптической передачи. При проведении фармакотерапии депрессивных расстройств, в том числе и органического генеза, необходимо учитывать возможные побочные действия антидепрессантов. Это важно для поддержания комплаентных отношений врачей с пациентами, для предотвращения самостоятельной отмены терапии больными, повышения уровня их психосоциальной реабилитации, а также для целенаправленной коррекции побочных эффектов с учетом основных нейрхимических звеньев.

Ключевые слова: депрессия, лечение, фармакодинамика, терапевтическое действие, побочные эффекты.

В настоящее время депрессивные расстройства занимают ведущее место в структуре заболеваемости в мире. По данным ВОЗ, в развитых странах около 40% населения обнаруживают депрессивные расстройства [1–8]. А их доля в общем количестве установленных расстройств психики и поведения, по данным различных авторов, составляет от 40 до 60% от [9–14]. До настоящего времени актуальной остается проблема выбора терапевтической тактики при лечении депрессивных состояний различного генеза [4; 8; 9; 15–20]. Характерной особенностью клинической картины современных депрессивных расстройств, в том числе и в Украине, является преобладание жалоб психосенсорного и соматовегетативного характера [1; 4; 21–23]. Это диктует определенные требования к выбору антидепрессантов с учетом их возможных побочных эффектов [7; 12; 15; 18; 19; 24; 25]. Также значительно увеличилось

количество депрессивных расстройств в общей структуре психической заболеваемости и коморбидных состояний, в том числе и органического генеза [3; 5; 8; 9; 13; 18; 22; 26]. Усложняется и клиническая феноменология депрессивных расстройств как таковых. Кроме того, многие авторы отмечают, что одним из ведущих факторов повышения эффективности лечения депрессивных состояний и повышения уровня психосоциальной реабилитации является формирование устойчивых комплаентных отношений с пациентами [7; 14; 17; 22].

Все указанные выше обстоятельства обуславливают необходимость выработки оптимальной терапевтической тактики. Она должна учитывать клинические проявления депрессивных состояний, личностно-характерологические особенности пациента, а также фармакодинамические и фармакокинетические характеристики антидепрессантов и побочное действие каждого из них.

Терапевтическая тактика при депрессивных расстройствах

Несмотря на существование различных теорий патогенеза депрессий, основными задачами их лечения являются:

- уменьшение и дальнейшее полное купирование депрессивной симптоматики;
- восстановление психического, личностного и социального функционирования больного на доболезненном уровне;
- минимизация риска вероятного обострения и рецидива.

В терапии депрессивных расстройств можно выделить два основных направления: психофармакологическое и психотерапевтическое [1; 3; 4; 13; 15; 19; 20; 24; 27].

Первое представлено специфической группой препаратов психотропного действия – антидепрессантами. При этом появление медикаментов новых поколений до настоящего времени не решает проблему действенности терапии и переносимости лекарственных средств. А. Киприани и др. [24] указывают, что в последние 20 лет появились новые антидепрессанты, многие из которых имеют сходную структуру и механизм действия. В то же время, несмотря на многочисленные исследования, остаются неясными различия в их эффективности и переносимости. При этом авторы обращают внимание на то, что существует опасность влияния фармакологических компаний на результаты исследований, особенно новейших антидепрессантов.

Луиза Дж. Сильвия и др. [28] отмечают, что даже при успешном лечении у 54–68% пациентов остаются различные симптомы. От 20 до 60% пациентов испытывают субъективно авersive побочные эффекты, затрудняющие продолжение терапии. Поэтому очень важным, наряду с оценкой данных по действенности антидепрессантов, является учет возможности появления побочных эффектов.

Механизмы действия антидепрессантов

В настоящее время установлены основные механизмы действия антидепрессантов, основанные на процессах синаптической передачи.

■ **Ингибция обратного захвата моноаминов, не связавшихся с постсинаптическими рецепторами медиаторов (серотонина, норадреналина, дофамина) (процесс реаптейка).** При помощи транспортных белков осуществляется обратный

перенос в пресинаптическую терминаль. Обратный захват моноаминов обеспечивается так называемыми «имипраминами рецепторами», функциональная активность которых снижается при депрессиях. Так как при депрессивных расстройствах содержание моноаминов снижено, то ингибция обратного захвата обуславливает повышение концентрации нейромедиаторов в синаптической щели. Такой механизм действия присущ трициклическим (ТЦА) и гетероциклическим антидепрессантам (ГЦА), селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) и обратного захвата норадреналина (СИОЗН).

■ **Ингибция моноаминоксидазы (ИМАО).** Избыточное количество моноаминов, находящихся в синаптической щели, подвергается ферментативному расщеплению с помощью моноаминоксидазы (МАО). Ингибция МАО приводит к повышению в синаптической щели концентрации моноаминов. Существуют два типа МАО – А и Б. МАО типа А дезаминирует норадреналин и серотонин, а МАО типа Б – дофамин. Этот механизм действия свойственен необратимым и обратимым ИМАО.

■ **Блокада постсинаптических и пресинаптических моноаминергических рецепторов.** Этот эффект наиболее характерен для новых поколений антидепрессантов (тразодон, мirtазапин, нефазодон, ритансерин, минаприн). Механизм действия заключается в том, что они частично блокируют постсинаптический рецептор. Это вызывает выброс медиатора в синаптическую щель. Антидепрессивный и анксиолитический эффект в основном связан с воздействием этих препаратов на 5-НТ2 и 5-НТ3 рецепторы.

■ **Стимуляция постсинаптических моноаминергических рецепторов.** При депрессивных расстройствах обнаруживается снижение чувствительности постсинаптических рецепторов, при этом антидепрессанты – стимуляторы постсинаптических рецепторов – выступают в роли агонистов. Терапевтическое действие антидепрессантов с таким эффектом обусловлено стимуляцией постсинаптических α-адренергических и 5-НТ1-серотонинергических рецепторов.

Немоноаминовые механизмы

К ним относятся гиперпродукция норадреналина в пресинаптической мембране, гиперпродукция серотонина в преси-

наптическом звене, усиление деятельности ГАМК-ергического звена, общее увеличение проницаемости нейрональных мембран и усиление обмена цАМФ.

Клинические фармакодинамические эффекты антидепрессантов

В специальной литературе большая часть публикаций содержит описание терапевтического действия антидепрессантов и их механизмов, преимуществ одних препаратов по отношению к другим, но практически нет описаний побочных эффектов и механизмов, лежащих в их основе. А ведь это должно быть определяющим при выборе тактики коррекции побочных эффектов.

■ Блокада обратного захвата норадреналина

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксепин, дезипрамин, тримипрамин, нортриптилин, азафен, досулепин, дибензепин, мелитрацен, мапротилин, миансерин, мirtазапин, венлафаксин, виллоксазин.

Терапевтический эффект: тимоаналептический, активирующий (уменьшение психомоторной заторможенности без агитации), противотревожный.

Побочные действия: тремор, тахикардия, эректильная дисфункция у мужчин, аноргазмия у женщин.

■ Блокада обратного захвата серотонина

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, азафен, тримипрамин, нортриптилин, досулепин, опипрамол, мелитрацен, мапротилин, миансерин, тразодон, венлафаксин, виллоксазин, милнаципран, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, сертралин, пароксетин, аминептин, инказан, пиразидол.

Терапевтический эффект: тимоаналептический, нормализация цикла сон-бодрствование, антитревожный, антифобический, антиобсессивный, антикомпульсивный, анальгезирующий, подавление агрессивного и суицидального поведения, редукция влечения к психоактивным веществам.

Побочные действия: «серотониновый» синдром: экстрапирамидные симптомы (акатизия, тремор, дизартрия, гипертонус), миоклонические подергивания, гиперрефлексия, головные боли, эректильная дисфункция у мужчин, аноргазмия у женщин, диспептические жалобы, снижение аппетита, потенцирование действия L-триптофана, ингибиторов MAO.

■ Блокада обратного захвата дофамина

Препараты: имипрамин, тримипрамин, виллоксазин, сертралин, аминептин, бупропион.

Терапевтический эффект: активирующий эффект, антипаркинсонический эффект.

Побочные действия: агитация, усиление галлюцинаторно-бредовой симптоматики и снижение эффективности нейролептиков.

■ Блокада гистаминовых H1-рецепторов

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, тримипрамин, доксепин, досулепин, дибензепин, опипрамол, мелитрацен, миансерин, мirtазапин, тразодон, нефазодон.

Терапевтический эффект: седативный, гипногенный, антиаллергический.

Побочные действия: усиление эффекта психоактивных веществ (алкоголь, барбитураты, нейролептики, бензодиазепины), спутанность сознания, увеличение аппетита и массы тела, артериальная гипотензия.

■ Блокада мускариновых M1 холинергических рецепторов

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксепин, тримипрамин, дезипрамин, нортриптилин, досулепин, дибензепин, опипрамол, мелитрацен, мапротилин, тразодон.

Терапевтический эффект: ослабление ангедонии и ослабление экстрапирамидной симптоматики.

Побочные действия: холинолитический эффект, диплопия, нечеткость зрения, сухость во рту, синусовая тахикардия, задержка мочи, запоры, нарушение памяти, спутанность сознания или холинолитический делирий (у больных старших возрастных групп), повышение внутриглазного давления, дисфункция предстательной железы, экстрапирамидная симптоматика, потенцирование эффектов антихолинергических средств.

■ Блокада α 1-адреноредепторов

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксепин, дезипрамин, нортриптилин, тримипрамин, мапротилин, миансерин, тразодон, нефазодон, пиразидол, флувоксамин.

Терапевтический эффект: седативный, гипнотический эффект.

Побочные действия: адренолитический эффект, ортостатическая гипотензия, головокружение, тахикардия, усиление антигипертензивного действия адреноблокаторов.

■ **Блокада пресинаптических α_2 -адренорецепторов**

Препараты: амитриптилин, тримипрамин, миансерин, миртазапин, тразодон.

Терапевтический эффект: тимоаналептический и анксиолитический.

Побочные действия: приапизм, снижение антигипертензивного действия клофелина и метилдофы.

■ **Блокада B2-дофаминовых рецепторов**

Препараты: тримипрамин, дезипрамин, мапротилин.

Терапевтический эффект: антипсихотический, седативный, анальгезирующий, противорвотный (антиэметический).

Побочные действия: экстрапирамидные двигательные расстройства, эриктильная дисфункция, гипоталамическая галакторея, дисменорея, аногразмия, дискинезии и психотические эпизоды.

■ **Блокада B3-, B4-дофаминовых рецепторов**

Препараты: тримипрамин, дезипрамин, мапротилин.

Клинические эффекты изучены недостаточно.

■ **Стимуляция постсинаптических 5-HT1-серотониновых рецепторов**

Препараты: тианептин, буспирон, миртазапин.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антиобсессивный, тимоаналептический, антимигренозный, антипсихотический эффекты, улучшение когнитивных функций.

Побочные действия: изучены недостаточно.

■ **Блокада 5-HT2-серотониновых рецепторов**

Препараты: амитриптилин, докседин, тримипрамин, дезипрамин, нортриптилин, мапротилин, миансерин, миртазапин, иефазодон, тразодон, пиразидол, ритансерин.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антидефицитарное и частично антипсихотическое действие, тимоаналептический, антиагрессивный эффект, повышают аппетит, улучшают сон (без собственно гипнотического эффекта) за счет увеличения фазы медленного сна (ФМС), антимигренозный, антипаркинсонический эффект, уменьшают гиперпролактинемия.

Побочные действия: повышение аппетита; нарушение эрекции и эякуляции у мужчин.

■ **Блокада 5-HT3-серотониновых рецепторов**

Препараты: амитриптилин, миансерин, миртазапин, флуоксетин, сертралин, пароксетин.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антипсихотический, улучшение когнитивных функций (в т. ч. при деменции), антиэметический.

Побочные действия: гиперсомния, «серотониновый» синдром, повышение веса.

■ **Стимуляция постсинаптических α -адренергических рецепторов**

Препараты: миртазапин, венлафаксин, виллоксазин, бупропион.

Терапевтический эффект: тимоаналептический и анксиолитический.

Побочные действия: ортостатическая гипотензия, тахикардия, нарушение сердечного ритма и сократительной способности миокарда, гиперседация.

■ **Стимуляция постсинаптических ГАМК-рецепторов**

Препараты: пиразидол, алпразолам.

Терапевтический эффект: анксиолитический эффект, уменьшение выраженности когнитивных расстройств.

Побочные действия: гиперсомния.

■ **Блокада опиатных σ -рецепторов**

Препараты: флуоксетин, флувоксамин, сертралин.

Терапевтический эффект: анальгезирующий (антиноцицептивный) и модулирующий эффект на дофаминергическую систему.

Побочные действия: изучены недостаточно.

■ **Стимуляция бензодиазепиновых BZ1, BZ2-рецепторов**

Препараты: алпразолам.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антистрессорный, антиагрессивный, гипнотический, противосудорожный.

Побочные действия: миорелаксирующее действие.

■ **Ингибирование MAO типа A (дезаминирование серотонина и норадреналина)**

Препараты: ниаламид, инказан, пиразидол, тетриндол, бефол, моклобемид, толлоксатон.

Терапевтический эффект: тимоаналептический и активирующий эффект с ажитацией.

Побочные действия: «серотониновый» синдром, усиление тревоги, бессонница, головные боли, нейротоксические расстройства, усиление прессорных эффектов симпатомиметических аминов (адреналин, мезатон), взаимодействие с ТЦА (гипертонические кризы), тираминовые «сырные» реакции (продукты, содержащие тирамин и фенилэтиламин – сыр, копчености, кофе, пиво, вино – вызывают артериальную гипертензию).

- **Ингибирование MAO типа Б** (дезаминирование фенилэтиламина, бензиламина и дофамина)

Препараты: ниаламид, инказан.

Терапевтический эффект: тимоаналептический, усиление эффекта леводопы, т. е. антипаркинсонический эффект.

Побочные действия: антигипертензивное, лабильность сосудистого тонуса, нарушение функции печени.

Выводы

Таким образом, при проведении фармакотерапии депрессивных расстройств, в том числе и органического генеза, необходимо учитывать возможные побочные действия антидепрессантов. Это важно для поддержания комплаентных отношений с пациентами, предотвращения самостоятельной отмены терапии, повышения уровня психосоциальной реабилитации и целенаправленной коррекции побочных эффектов с учетом основных нейрохимических звеньев.

Литература

1. Марута Н. О. Невротичні депресії (клініка, патогенез, діагностика і лікування) : монографія / Н. О. Марута, В. В. Мороз. – Харків : Аріс, 2002.
2. Марута Н. А. Особенности терапии депрессивных расстройств в невротической практике / Н. А. Марута, О. С. Чабан, С. М. Кузнецова // Здоровье Украины. – 2013. – № 3 (26). – С. 36–38.
3. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы депрессивных расстройств / Б. В. Михайлов, Т. Е. Яковцова // Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – № 2. – С. 65–69.
4. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков : Торнадо, 2003.
5. Jenkies R. Depression and anxiety: an overview of preventive strategies / R. Jenkies // The prevention of depression and anxiety. – London, HM Stationary Office, 1992.
6. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // НейроNews. – 2010. – № 5(24). – С. 83–90.
7. Марута Н. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція) / Н. О. Марута, Д. О. Жупанова // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 1 (86). – С. 5–11.
8. Орос М. М. Тразодон у лікуванні депресій після інсульту / М. М. Орос, В. В. Луц, Н. Н. Адамчо // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. – № 6 (76). – С. 123–129.
9. Напреєнко О. К. Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: Посібник для поліпшення якості роботи / О. К. Напреєнко ; під наук. ред. проф. І. Р. Смірновой. – Київ : Здоров'я, 1999.
10. Сайков Д. В. Алкогольна депресія : монографія / Д. В. Сайков, І. К. Сосін. М Харків : Колегіум, 2004.
11. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – Т. 3(64). – 2010. – С. 10–14.
12. Culver J. L. Bipolar disorder: Improving diagnosis and optimizing integrated care / J. L. Culver, B. A. Arnow, T. A. Ketter // J. Clin Psychol. – 2007. – Vol. 63. – P. 73–92.
13. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline. AHCPR Publication (in USA) 93–0550. – 1993. – Vol. 1, № 5.
14. Dawson A. Depression: social and economic timebomb: Strategies for quality care: Proc. of an intern. meet / A. Dawson, A. Tylle. – Bristol, BMJ Books Publ., 2001.
15. Маляров С. А. Проблема выбора базовой терапии биполярных расстройств 1 типа / С. А. Маляров, В. А. Демченко, Т. В. Витебская // Архів психіатрії. – 2003. – № 1 (32). – С. 31–38.
16. Мосолов С. Н. Биологические механизмы развития рекуррентной депрессии и действия антидепрессантов: новые данные / С. Н. Мосолов // Психофармакотерапия депрессий. – 2011. – Т. 15. – С. 1–14.
17. Moon-Soo L. Evaluation of factors influencing antidepressant medication compliance in outpatient treatment of depressive disorders in Korea [Electronic Resource] / L. Moon-Soo, Y. Jae-Won, A. Hyonggin, K. Seung-Hyun // Proceedings of the Lisbon, 17th European Congress of Psychiatry. – 2009. – P. 1–122. – Way of access : 10.1016/S0924-9338(90)70743-6.
18. Бурчинский С. Г. Депрессии в неврологической практике: проблема выбора антидепрессанта / С. Г. Бурчинский // НейроNews. – 2011. – № 4 (31).
19. Sajatovic M. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder / M. Sajatovic, M. Valenstein, F. Blow, D. Ganoczy, R. Ignacio // Psychiatr Serv. – 2007. – Vol. 58. – P. 855–863.
20. Lingam R., Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders / R. Lingam, J. Scott // Acta Psychiatr Scand. – 2002. – Vol. 105. – P. 164–172.
21. Берадзе Т. И. Психическое здоровье: изменить отношение / Т. И. Берадзе // НейроNews. – № 3 (8). – 2008. – С. 5–8.

22. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности рекуррентной депрессии у больных с различной степенью медикаментозного комплаенса / Н. А. Марута, Д. О. Жупанова // Украинський вісник психоневрології. – 2015. – Т. 2 (83). – С. 65–70.

23. Мішієв В. Д. Сучасні депресивні розлади : керівництво для лікарів / В. Д. Мішієв. – Львів : Видавництво Мс., 2004.

24. Cipriani A. Comparative efficacy and acceptability of 12 new – generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis / A. Cipriani, T. A. Furucava, G. SaLauti [et al.] // J. Lancet. – 2009. – Vol. 373. – P. 746–758.

25. Бурчинский С. Г. Нейролептики в фармакотерапии биполярных аффективных рас-

стройств: возможности выбора / С. Г. Бурчинский // NeuroNews. – 2009. – № 4 (15).

26. Romm K. L. Depression and depressive symptoms in fist episode psychosis / K. L. Romm, J. I. Rossberg, A. O. Berg [et.al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 2010. – Vol. 198(1). – P. 67–71.

27. Correll C. U. Weight gain and metabolic effects of mood stabilizers and antipsychotics in pediatric bipolar disorder: a systematic review and pooled analysis of short-term trials / C. U. Correll // J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry. – 2007. – Vol. 46. – P. 687–700.

28. Sylvia L. G. Nutrient-Based Therapies for Bipolar Disorder: A Systematic Review / L. G. Sylvia, A. T. Peters, T. Deckersbach, A. A. Nierenberg // J. Psychotherapy and Psychosomatics. – 2013. – Vol. 82, № 1. – P. 10–19.

References

1. Maruta N. A., Moroz V. V. Nevroticheskie depressii (klinika, patogenez, diagnostika i lechenie): Monografija [Neurotic depression (clinical features, pathogenesis, diagnosis and treatment): Monograph]. Kharkov, Aris Publ., 2002. (In Ukr.)

2. Maruta N. A., Chaban O. S., Kuznecova S. M. Osobennosti terapii depressivnyh rasstrojstv v nevrologicheskoy praktike [Features of treatment of depressive disorders in neurological practice]. Zdorov'ya Ukrainy, 2013, no. 3 (26), pp. 36–38. (In Russ.)

3. Myhaylov B. V., Jakovcova T. E. Sovremennoe sostojanie problemy depressivnyh rasstrojstv [Current status of depressive disorders]. Problemy` medy`chnoyi nauky` ta osvity, 2006, no. 2, pp. 65–69. (In Russ.)

4. Podkorytov V. S., Chajka Ju. Ju. Depressii. Sovremennaja terapija: rukovodstvo dlja vrachej [Depression. Modern teratant: guidance for doctors]. Kharkiv, Tornado Publ., 2003. (In Russ.)

5. Jenkius R. Depression and anxiety: an overview of preventive strategies. The prevention of depression and anxiety. London, HM Stationary Office, 1992.

6. Maruta N. O. Stan psy`xichnogo zdorov'ya naselelnya ta psy`xiatry`chnoyi dopomogy` v Ukrainy [Stan psichichnogo Health Protection of the population that psychiatric Relief in Ukraine]. Nejro News, 2010, no. 5 (24), pp. 83–90. (In Ukr.)

7. Maruta N. O., Zhupanova D. O. Clinico-psychological characteristics of depressed patients with different levels of medical compliance (diagnostics and correction). Ukrayins'ky`j visny`k psy`xonevrologiyi, 2016, vol. 1(86), pp. 5–11. (In Russ.)

8. Oros M. M., Luc V. V., Adamcho N. N. Trazodon u likuvanni depresiyi pislya insul`tu` [Trazodone in stroke depression treatment]. Mizhnarodny`j nevrologichny`j zhurnal, 2015, no. 6(76), pp. 123–129. (In Ukr.)

9. Napreenko O. K. Depresija ta trivoga. Profilaktika v pervinnih strukturah ohoroni zdorov'ja: Posibnik dlja polipshennja jakosti roboti [Pid nauk. red. prof. I. P. Smirnovoy] [Depression and anxiety. Prevention in primary health care structures: A guide for better work [Ed. prof. I. P. Smirnova] . Kiev, Zdorov'ja Publ., 1999. (In Ukr.)

10. Sajkov D. V., Sosin I. K. Alkogol'naja depressija: Monografija [Alcohol depression: monograph]. Kharkiv, Kollegium Publ., 2004. (In Ukr.)

11. Hobzej M. K., Voloshin P. V., Maruta N. O. Social`no-orijentovana psy`xiatry`chna dopomoga v Ukrainy: problemy` ta rishennya [Socially-oriented

psychiatric care in Ukraine: problems and solutions]. Ukrayins'ky`j visny`k psy`xonevrologiyi, 2010, vol. 3 (64), pp. 10–14. (In Ukr.)

12. Culver J. L., Arnov B. A., Ketter T. A. Bipolar disorder: Improving diagnosis and optimizing integrated care. J. Clin Psychol, 2007, vol. 63, pp. 73 – 92.

13. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline. AHCPR Publication (in USA) 93–0550, 1993, vol. 1, no. 5.

14. Dawson A., Tylle A. Depression: social and economic timebomb: Strategies for quality care: Proc. of an intern. meet. Bristol, BMJ Books Publ., 2001.

15. Maljarov S. A., Demchenko V. A., Vitebskaja T. V. Problema vybora bazovoj terapii bipoljarnogo rasstrojstva I tipa [The problem of choosing a basic treatment of bipolar disorder]. Arhiv psichiatrii, 2003, no. 1 (32), pp. 31–38. (In Russ.)

16. Mosolov S. N. Biologicheskie mehanizmy razvitija rekurrentnoj depressii i dejstvija antidepressantov: novye dannye [Biological mechanisms of recurrent depression and action of antidepressants: new evidence]. Psihofarmakoterapija depressij], 2011, vol. 15, pp. 1–14. (In Russ.)

17. Moon-Soo L., Jae-Won Y., Hyonggin A., Seung-Hyun K. Evaluation of factors influencing antidepressant medication compliance in outpatient treatment of depressive disorders in Korea. Proceedings of the Lisbon, 17th European Congress of Psychiatry, 2009, pp. 1–122. Available at: 10.1016/S0924-9338(90)70743-6.

18. Burchinskij S. G. Depressii v nevrologicheskoy praktike: problema vybora antidepressanta [Depression in neurological practice: the problem of choosing an antidepressant] . NejroNews, 2011, no. 4 (31). (In Russ.)

19. Sajatovic M., Valenstein M., Blow F., Ganoczy D., Ignacio R. Treatment adherence with lithium and anti-convulsant medications among patients with bipolar disorder. Psychiatr Serv, 2007, vol. 58, pp. 855–863.

20. Lingam R., Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatr Scand, 2002, vol. 105, pp. 164–172.

21. Beradze T. I. (2008) Psihicheskoe zdorov'e: izmenit' otnoshenie [Mental health: change attitudes]. NejroNews, no. 3(8), pp. 5–8.

22. Maruta N. O., Zhupanova D. O. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti rekurrentnoj depressii u

bol'nyh s razlichnoj stepen'ju medikamentoznogo komplajensa [Clinical and psychopathological features of recurrent depression in patients with varying degrees of compliance drug]. Ukrayins'kyj visnyk psy`xonevrologiyi, 2015, vol. 2 (83), pp. 65-70. (In Russ.)

23. Mishijev V. D. Suchasni depresyvni rozlady: Kerivnyctvo dlja likariv [Contemporary depressive disorder: Guideline for doctors]. Lviv, MC Publishing, 2004. (In Ukr.)

24. Cipriani A., Furucava T. A., SaLauti G. [et al.] Comparative efficacy and acceptability of 12 new - generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. J. Lancet, 2009, vol. 373, pp. 746-758.

25. Burchinskij S. G. Nejroleptiki v farmakoterapii bipoljarnyh affektivnyh rasstrojstv: vozmozhnosti

vybora [Antipsychotics in the pharmacotherapy of bipolar affective disorders: choice]. NeiroNews, 2009, no. 4 (15). (In Russ.)

26. Romm K. L., Rossberg J. I., Berg A. O. [et.al.] Depression and depressive symptoms in fist episode psychosis. J. Nerv. Ment. Dis, 2010, vol. 198 (1), pp. 67-71.

27. Correll C. U. Weight gain and metabolic effects of mood stabilizers and antipsychotics in pediatric bipolar disorder: a systematic review and pooled analysis of short-term trials. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry, 2007, vol. 46, pp. 687-700.

28. Sylvia L. G., Peters A. T., Deckersbach T., Nierenberg A. A. Nutrient-Based Therapies for Bipolar Disorder: A Systematic Review. J. Psychotherapy and Psychosomatics, 2013, vol. 82, no. 1, pp. 10-19.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ У СИСТЕМІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Б. В. Михайлов¹, Я. С. Живилова²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

²ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом» МОЗ України, м. Дніпро, Україна

Анотація. Нині депресивні розлади займають провідне місце в структурі захворюваності у світі. Проте проблема вибору терапевтичної тактики їхнього лікування досі залишається актуальною. Характерною особливістю клінічної картини сучасних депресивних станів різного генезу, у тому числі й в Україні, є переважання скарг психосенсорного і соматовегетативного характеру. Це диктує певні вимоги до підбору антидепресантів. Зараз уже встановлено основні механізми дії таких препаратів, засновані на процесах синаптичної передачі. При проведенні фармакотерапії депресивних розладів, у тому числі й органічного генезу, необхідно враховувати можливі побічні дії антидепресантів. Це важливо для підтримки комплаєнтних стосунків лікарів з пацієнтами, для запобігання самостійної відміни терапії хворими, підвищення рівня їхньої психосоціальної реабілітації, а також для цілеспрямованої корекції побічних ефектів з урахуванням основних нейрохімічних ланок.

Ключові слова: депресія, лікування, фармакодинаміка, терапевтична дія, побічні ефекти.

DIFFERENTIATED USE OF ANTIDEPRESSANTS IN THE RECOVERY THERAPY SYSTEM OF PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

B. V. Mykhaylov¹, J. S. Jivilova²

¹Kharkov medical academy of postgraduate education, Kharkiv, Ukraine

²State Institution "Ukrainian psychiatric hospital with strict supervision of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

Summary. Currently depressive disorders occupy a leading place in the structure of morbidity in the world. So far, the actual problem is the choice of therapeutic tactics in the treatment of depressive states of various origins. A characteristic feature of modern clinical depression, including the one in Ukraine, is the prevalence of complaints of psychosensory and somatovegetative nature. It dictates certain requirements for the choice of antidepressants with regard to their possible side effects. Currently the basic mechanisms of action of antidepressants based on synaptic transmission process are being outlined. In pharmacotherapy of depressive disorders, including organic origin, possible side effects of antidepressants must be taken into account. It is important to maintain compliance relationships with patients, to prevent self-discontinuation, improve psychosocial rehabilitation and purposeful correction of side effects taking into account the major neurochemical links.

Key words: depression, treatment, pharmacodynamics, therapeutic effect, side effects.

Михайлов Борис Владимирович – д.мед.н., профессор, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: prof_mykhaylov@mail.ru.

Михайлов Борис Володимирович – д.мед.н., професор, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: prof_mykhaylov@mail.ru.

Borys Mykhaylov – MD, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkov, Ukraine; e-mail: prof_mykhaylov@mail.ru.

Живилова Яна Сергеевна – ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: upbsn@optima.com.ua.

Живилова Яна Сергіївна – ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпро, Україна; e-mail: upbsn@optima.com.ua.

Jana Jivilova – State Institution "Ukrainian psychiatric hospital with strict supervision of the Ministry of Health of Ukraine", Dnieper, Ukraine; e-mail: upbsn@optima.com.ua.



К. О. Стаханов

УДК 616.895.8-06;616.89-008.454

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ

К. О. Стаханов

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Анотація.

Шизофренія є одним із поширених захворювань, вважається, що від неї потерпає до 1 % населення світу; при цьому більше ніж у половини хворих діагностуються коморбідні депресії, тривожні розлади, хвороби залежності. У статті розглянуто найрізноманітніші погляди до застосування психотерапії у лікуванні як самої шизофренії, так і постшизофренічної депресії, відзначено дискусійність цього питання на різних етапах розвитку медицини та визначено сучасні тенденції комплексного підходу до лікування захворювання. Наголошується на необхідності використання психофармакотерапії у сполученні з різними методами психосоціального лікування та психосоціальної реабілітації. У роботі розкрито деякі особливості реабілітації осіб, хворих на шизофренію та постшизофренічні депресії, з огляду на міжнародний досвід. Зазначено, що завдяки розвитку мережі психоневрологічних диспансерів сьогодні з'явилася можливість застосування амбулаторного лікування та скорочення термінів перебування психічно хворих у стаціонарі.

Ключові слова: шизофренія, шизофренічні розлади, постшизофренічні депресії, психотерапія, реабілітація, індивідуальна та сімейна психотерапія.

Шизофренія – одне з найчастіших психічних захворювань, яке характеризується поступово зростаючими змінами сприйняття, мислення, соціальної активності, мови, почуттів і мотивацій. Дані про поширеність депресій при шизофренії в літературі досить суперечливі: за результатами досліджень, проведених різними авторами, коморбідні депресії зустрічаються у 10–70% пацієнтів зі встановленим діагнозом шизофренія. Серед цієї категорії хворих відзначається підвищений ризик самогубства, зниження тривалості життя на 10–12 років порівняно з середньостатистичним показником, ймовірність рецидиву гострого психозу, зниження адаптивних можливостей та рівня соціального функціонування [1].

Сучасними авторами вважається, що маніфест психічного захворювання впливає на всі аспекти життя сім'ї та є важким психоемоційним стресом, пов'язаним із початком захворювання, втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, з труднощами догляду за пацієнтом, збільшенням фінансового навантаження, зменшенням соціальної мережі [1–8].

Останнім часом завдяки розвитку мережі психоневрологічних диспансерів з'явилася можливість амбулаторного лікування психічно хворих, скорочення термінів їх перебування в стаціонарі. Стало реальним надання кваліфікованої медико-соціальної допомоги

протягом усього життя з дотриманням послідовності лікувальних і реабілітаційних заходів лікарнею та диспансером. Зникла необхідність соціальної ізоляції, відриву від повсякденного життя. Сучасні спостереження за амбулаторними пацієнтами внесли корективи в наукові уявлення про динаміку психічних хвороб – виявилось, що більшість хворих протягом ремісії не потребують госпіталізації, залишаються в суспільстві та за наявності сприятливих умов можуть довго зберігати працездатність.

Психотерапія шизофренії та постшизофренічних депресій розглядалася і розглядається у сучасній літературі через призму прогредієнтності ендогенного процесу, методик безпосередньо та мети психотерапії зокрема. Поки не існує єдності у поглядах щодо дієвості того чи іншого методу; думки, що висловлюються, часто протилежні, тому й до сьогодні роль та місце психотерапії в лікуванні шизофренічних розладів і постшизофренічних депресій залишаються не визначеними.

За статистичними даними, в Україні, як і в інших країнах світу, діагноз «постшизофренічна депресія» лікарі використовують не часто, вважаючи за краще відносити його до рубрики «Шизофренія» [9; 10]. У зв'язку з цим виникає питання про диференційну діагностику шизофренії та депресивного розладу як необхідної умови для впроваджен-

ня специфічних заходів медико-соціального супроводу цієї категорії хворих, включаючи питання адаптації та реабілітації, підвищення якості їхнього життя та соціального функціонування.

Більшість клініцистів розглядають шизофренію як органічний мозковий процес і визнають значення спадкових факторів в її походженні. Однак клінічна картина цього захворювання складається не тільки з симптоматики, яка визначається самим патологічним процесом, а й включає в себе (більшою чи меншою мірою) різні феномени особистісно-психологічної природи. Все чіткіше проявляється при малопрогредієнтній шизофренії. Саме при цьому варіанті перебігу хвороби психотерапія показана найбільше; при злоякісних формах вона використовується головним чином в періоди ремісії або її становлення, а також при постпроцесуальних станах з відносно неглибоким дефектом (резидуальна шизофренія).

Хоча основи вітчизняної психіатрії були закладені ще в земський період, їх реалізація в державному масштабі сталася лише в 20–30-ті роки ХХ століття. Це ознаменувалося не тільки реконструкцією вже наявних психіатричних лікарень, а й організацією в нашій країні позалікарняної психіатричної служби (психоневрологічних кабінетів, диспансерів) і формуванням системи соціального та трудового влаштування хворих.

Зазначимо, що довгі роки існування психіатрії вважалося, що хворим на шизофренію психотерапія не може надавати належного лікувального впливу. Певний час була дуже популярною думка про те, що шизофренію можна лікувати за допомогою гіпнозу. Але дослідження показали неефективність такого методу.

З 50-х років минулого століття почали з'являтися роботи, що вивчали роль сім'ї в походженні шизофренії [10–12]. На пострадянському просторі ідею необхідності сімейної психотерапії в родинах хворих на шизофренію та постшизофренічну депресію став розвивати Е. Г. Ейдемільер [13]. Мета групової психотерапії шизофренічних розладів вбачається ним у ліквідації гострих психотичних симптомів, відновленні внутрішніх захисних механізмів через розуміння підсвідомих переживань, а також у реконструкції особистості через пом'якшення болючості проблем і, нарешті, у поновленні соціального контакту з навколишнім середовищем.

Л. Александер [12] стверджував, що психотерапія дає найкращий ефект у тих хворих, рівень IQ яких вищий за середній та високий. Взагалі психотерапія при постшизофренічних депресіях спрямована не лише на створення найбільш комфортних умов та режиму, також вона має навіювати в реальності логічно обумовлену терапію та застосування гіпнозу. Суттєвих зрушень при лікуванні шизофренічних розладів можна досягти лише тоді, коли будуть використовуватися всі методи в комплексі [14].

В. М. Воловик та співавт. [8] виділяють при малопрогредієнтних формах шизофренії кілька рівнів завдань і відповідних їм форм групової психотерапії. Розв'язання завдань першого рівня (стимулювання емоційності, соціальна активація і налагодження комунікації) здійснюється за допомогою груп творчої активності (арттерапія, музикотерапія, проєктивний малюнок тощо). Для вирішення завдань другого рівня (вироблення адекватних форм поведінки, тренування спілкування і підвищення впевненості в собі) поряд з вищевказаними використовуються методи функціонального тренування поведінки. На третьому рівні (досягнення правильного уявлення про хворобу і порушення поведінки, корекція установок і відносин та оптимізації спілкування) використовуються складніші варіанти комунікативної психотерапії та проведення проблемно-орієнтованих дискусій. Нарешті, четвертому рівню завдань (розкриття змістовної сторони конфліктних переживань, перебудова системи відносин і знаходження адекватних форм психологічної компенсації) більшою мірою відповідає методика вільних вербальних дискусій. Різні її форми можуть застосовуватися послідовно, одночасно або вибірково, що визначається всією сукупністю клінічних, психологічних і соціальних уявлень про хворого та його захворювання.

В. Д. Вид [2] до числа мішеней психотерапевтичної корекції при малопрогредієнтній шизофренії відносить спотворення сприйняття найважливіших мотиваційних структур, дезадаптивні психологічні установки, феномени порушення внутрішньої картини хвороби. Як основні типи втручання в індивідуальному та груповому варіантах реконструктивної психотерапії відзначаються емоційна підтримка, стимуляція, уточнення, конфронтація, об'єктивація, інтерпретація.

Більш сучасні теоретичні та емпіричні дослідження впливу психотерапії на шизофренію та постшизофренічну депресію підкреслюють вплив сімейних факторів на розлади афективного спектру. На необхідність застосування родинної психотерапії при постшизофренічній депресії вказують роботи А. Г. Головіна, А. В. Голенищенко, В. Д. Вид, А. В. Солоненко, І. В. Хлопіна тощо [15–17]). Дані дослідження розглядають сімейну психотерапію в рамках психодинамічного підходу або наголошують на психосоціальних методах, об'єднуючи інші підходи сімейної терапії.

На наш погляд, основним завданням психотерапії щодо хворих при постшизофреній депресії є:

- запобігання ізоляції у суспільстві й аутизації;
- соціальна активація і пом'якшення реакцій у відповідь на ситуації, пов'язані з хворобою та лікуванням;
- формування критичного ставлення до власного стану і дезактуалізація психотичних переживань;
- потенціація антипсихотичної дії біологічних методів лікування;
- підготовка до виписки і профілактика явищ внутрішньолікарняного госпіталізму тощо.

Зазначимо, що деякі зарубіжні психіатри надають психотерапії провідне значення в лікуванні цього захворювання. У зв'язку з цим були спроби застосування індивідуальної аналітичної психотерапії (психоаналізу). Але трудомісткість, тривалість, висока вартість і недостатня ефективність не зробили цей метод популярним. При шизофренії та постшизофренічних депресіях частіше використовуються групові форми психотерапії: груповий психоаналіз, психодраму; недирективну, поведінкову, раціонально-емоційну психотерапію та ін.

Лікування хворих на шизофренію може здійснюватися в терапевтичних групах, в яких беруть участь пацієнти з іншими психозами і пограничними станами (включаючи хворих з неврозами, депресіями).

Групи можуть бути неоднорідні не тільки за нозологічним складом, а й за віком, статтю, освітою, тривалістю хвороби та «психотерапевтичним досвідом». Гетерогенність груп за всіма зазначеними ознаками в деяких випадках може надавати дуже позитивний вплив на хворих з постшизофренічною депресією.

У разі необхідності максимального скорочення часу перебування хворого в стаціонарі в багатьох випадках доцільною виявляється короткострокова психотерапія, яка ставить перед собою реалістичні цілі. Зокрема, йдеться про роз'яснення пацієнтові причин і механізмів погіршення його стану та надання порад у набутті досвіду, який дозволить краще впоратися з важкою ситуацією в майбутньому. Позиція психотерапевта в цих випадках має бути активною, директивною і разом з тим відповідати можливостям адаптації пацієнта поза лікарнею.

Цікавим є досвід лікування хворих із хронічними психозами, які тривалий час перебували в закритих психіатричних стаціонарах (метод групової психотерапії, проведеної поза лікарнею – рухлива психотерапія). Наприклад, хворих виводять на прогулянку в парк і просять вести себе таким чином, щоб їх поведінка не давала підстав оточуючим бачити в них пацієнтів психіатричної лікарні. Така форма групової психотерапії дозволяє пацієнтам виявити потенційні можливості зміни власної поведінки й іноді виявляється досить ефективною.

У багатьох європейських країнах сформувалася розгалужена соціореабілітаційна система, націлена на поетапну реінтеграцію психічно хворих у суспільство. Завданнями установ, які входять до неї, є надання такому контингенту тимчасового місця проживання, можливості навчання та здобуття навичок, необхідних у повсякденному житті, а також поліпшення їх соціальної та трудової пристосованості. З цією метою були створені спеціальні гуртожитки, готелі, так звані будинки на півдорозі, в яких хворі не тільки проживають та забезпечуються психіатричним наглядом, а й отримують допомогу в професійно-трудовому просуванні.

Виписані зі стаціонару пацієнти в деяких країнах мають можливість вступати до позалікарняних установ (out-patient clinic) і реабілітаційних центрів з обмеженим терміном перебування в них. Так, у Франції він не перевищує 18 місяців, а наприкінці цього періоду оцінюються набуті хворим навички і визначається, чи може він повернутися до роботи на загальних підставах або ж краще обмежитися рівнем лікувально-трудова установ. Дедалі більшого поширення набуває працевлаштування пацієнтів на виробництво зі звичайними умовами, але з неодмінним постійним спостереженням психіатрів і соціальних працівників, що, в свою чергу, сприяє реа-

білітації хворих та надає можливість попереджувати постшизофренічні депресії. Але, на жаль, ця форма реабілітації багато в чому залежить від роботодавців.

Останнім часом для хворих на шизофренію з метою запобігання постшизофренічних депресій впроваджуються спеціальні тренінгові програми, спрямовані на досягнення автономності в стилі життя, поліпшення соціальних зв'язків і профілактику повної ізоляції. У реабілітації особливе значення має індивідуалізований підхід, що враховує вид і ступінь вираженості наявної у хворого дисфункції (недостатність ініціативи й емоцій, соціальний і когнітивний дефект). Відносно недавно з'явилися спеціальні комп'ютерні програми, які діють за принципом діалогу. Вони призначені для тренування концентрації уваги та інших когнітивних функцій і можуть використовуватися хворими самостійно. Найбільш поширені тренінгові методики, орієнтовані на корекцію соціальної поведінки пацієнтів, використовують стратегію копіювання правильної поведінки в повсякденному житті. Окрім корекції властивих хворим на шизофренію емоційно-вольових і когнітивних порушень, вони допомагають виробити необхідні для вирішення повсякденних проблем і ведення самостійного життя навички, включаючи використання соціальних пільг, фінансових ресурсів.

Ефективність групової психотерапії при гострих психотичних станах вельми сумнівна, а у новоприбулих до стаціонару хворих її результати, як правило, негативні. Однак впровадження групової психотерапії під час постшизофренічних депресій відзначається її позитивний вплив.

Таким чином, сучасна психотерапія та реабілітація націлені насамперед на особистість хворого, відновлення й розвиток втрачених навичок і активацію компенсаторних механізмів. Якщо ж ступінь неспроможності хворого пацієнта не дозволяє

йому функціонувати без сторонньої допомоги, турботу беруть на себе держава й суспільство. У зв'язку з цим значно збільшується значення реабілітаційних програм, але, на жаль, навіть в економічно розвинених країнах з високим рівнем життя відчуваються значні труднощі, пов'язані з їх фінансовим забезпеченням. Слідом за періодом оптимізму і неспраджених надій на швидку реалізацію концепції відновлення та оздоровлення прийшло більш зважене розуміння реального стану речей. Стало зрозуміло, що реабілітація психічно хворих – це не обмежена певним часом програма, а процес, який повинен починатися в стадії ініціальних проявів хвороби і тривати практично все життя, що вимагає великих зусиль з боку суспільства в цілому і органів охорони здоров'я зокрема. Недостатнє фінансове забезпечення, частково обумовлене й відволіканням матеріальних ресурсів на вирішення більш насущних питань, призвело до згортання в багатьох країнах реабілітаційних програм, в результаті чого багато психічно хворих стали повертатися в психіатричні стаціонари.

Оскільки діагноз постшизофренічної депресії не завжди встановлюється вчасно, на нашу думку, для успішного лікування як шизофренії так і постшизофренічних депресій необхідно впровадження комплексного підходу. Він має включати не лише фармакотерапію, а й психотерапію та методи психологічного впливу, а також формування соціально-трудових навичок. У сукупності це сприятиме досягненню кінцевої мети – поверненню хворого в суспільство. Для виконання будь-яких реабілітаційних програм потрібна активна взаємодія громадських, благодійних організацій із різними державними та відомчими структурами, причетними до освіти, медичного обслуговування, життєзабезпечення та надання соціальних пільг психічно хворим і розумово відсталим.

Література

1. Mueser K. T. Psychosocial treatments for schizophrenia / K. T. Mueser, F. Deavers, P. L. Penn // *Annu Rev Clin Psychol.* – 2013. – № 9. – Р. 465-497. Гажа А. К. Психообразовательная работа с родственниками больных с первым психотическим эпизодом в Тамбовской психиатрической больнице / А. К. Гажа, С. М. Краснянская // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – С. 46–47.
2. Жариков Н. М. Влияние социальных факторов на распространенность шизофрении и ее течение / Н. М. Жариков, Е. Д. Соколова // *Журн. невропатол. и психиатр.* им. С. С. Корсакова. – 1989. – № 5. – С. 63–66.
3. Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции»: пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / [под редакцией проф. В. С. Ястребова]. – М. : МАКС Пресс, 2009. – 118с.
4. Юрьева Л. Н. Клинические и психологические особенности психической дезадаптации у родственников больных с первым психотическим эпизодом / Л. Н. Юрьева, Т. И. Шустерман // *Социальная и клиническая психиатрия.* – М. : Медпрактика-М, 1991. – Т. 19, № 2 – С.26–31

5. Clinical outcome of an early psychosis intervention program: evaluation in a real-world context. / [L. Nash, J. Gorrell, A. Cornish et al.] // Austral N. Z. J. Psychiat. – 2004. – № 38. – P. 694–701.

6. Fenton W. S. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings / W. S. Fenton, C. R. Blyler, R. K. Heinssen // Schizophr. Bull. – 1997. – Vol. 23, № 4. – P. 637–652

7. Geddes J. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis / J. Geddes, N. Freemantle, P. Harrison // Br. Med. – 2000. – P. 321–371.

8. Ахмедов Т. Принципи нового теоретичного погляду на психотерапію при шизофренії / Т. Ахмедов, І. Кутько, А. Мартиненко, С. Мартиненко // Шизофренія: нові підходи к терапії: збірник наукових робіт Українського НІІ клінічної і експериментальної неврології і психіатрії і Харківської міської клінічної психіатричної лікарні № 15 (Сабурової дачі) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Х., 1995. – Т. 2. – С. 12–14.

9. Assessment Research Group in Schizophrenia [NEDES]: Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients / [J. Usall, S. Araya, S. Ochoa et al.] // Compr. Psychiatry. – 2001. – P. 301–305.

10. Александровский Ю. А. Психиатрия и психотерапия / Ю. А. Александровский. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 430 с.

11. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз / А. П. Слободяник. – К., 1982. – 376 с.

12. Alexander L. Hypnotically Induced Hallucinations / L. Alexander. – 1971. – 75 с.

13. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 2008. – 4-е изд., перераб. и доп. – 668 с.

14. Compton M. T. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and sexual dysfunction / M. T. Compton, A. H. Miller // Psychopharmacology. – 2002. – Vol. 36. – P. 143.

15. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении: краткое руководство / В. Д. Вид. – [3-е изд.] – СПб. : Питер, 2008. – 512 с.

16. Головина А. Г. Особенности семейного статуса больных шизофренией / А. Г. Головина // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1998. – № 1. – С. 16–20.

17. Солоненко А. В. К вопросу о значении психообразовательных программ в формировании правильного восприятия болезни родственниками больных с первым психотическим эпизодом / А. В. Солоненко, И. В. Хлопина // Материалы XIV Съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 84.

References

1. Mueser K. T., Deavers F., Penn P. L. Psychosocial treatments for schizophrenia. Annu Rev Clin Psychol., 2013, no. 9, p. 465-497. Gazha A. K., Krasnyanskaya S. M. Psikhooobrazovatel'naya rabota s rodstvennikami bol'nykh s pervym psikhoticheskim epizodom v Tambovskoy psikhiatricheskoy bol'nitse [Psychoeducational work with relatives of patients with a first psychotic episode in Tambov psychiatric hospital]. XIV s'ezd psikhiatrov Rossii : materialy s'ezda [XIV Congress of Russian psychiatrists: congress materials]. Moscow, 2005, pp. 46-47. (In Russ.)

2. Zharikov N. M., Sokolova E. D. Vliyanie sotsial'nykh faktorov na rasprostranennost' shizofrenii i ee techenie [The impact of social factors on the prevalence of schizophrenia and its course]. Zhurn. nevropatol. i psikiatr, im. S. S. Korsakova [Zh. nevropatol. and psychiatrist, it. S. S. Korsakov], 1989, no. 5, pp. 63-66. (In Russ.)

3. Organizatsionnye i metodicheskie aspekty proekta «Patsient i ego sem'ya: ot psikhiatricheskogo prosveshcheniya k sotsial'noy integratsii» [posobie dlya professionalov, rabotayushchikh v sfere psikhicheskogo zdorov'ya] [pod redaktsiyey prof. V. S. Yastrebova] [Organizational and methodological aspects of the project «The patient and his family, from a psychiatric education to social inclusion» [manual for professionals working in the field of mental health] [Edited by prof. VS Yastrebova]]. Moscow, MAKS Press Publ., 2009, 118 p. (In Russ.)

4. Yur'eva L. N., Shusterman T. I. Klinicheskie i psikhologicheskie osobennosti psikhicheskoy dezadaptatsii u rodstvennikov bol'nykh s pervym psikhoticheskim epizodom [Clinical and psychological features of mental maladaptation in relatives of patients with a first psychotic episode]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya [Social and clinical psychiatry]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 1991, vol. 19, no. 2, pp. 26-31. (In Russ.)

5. Nash L., Gorrell J., Cornish A. [et al.] Clinical outcome of an early psychosis intervention program: evaluation in a real-world context. Austral N. Z. J. Psychiat., 2004, no. 38, pp. 694-701.

6. Fenton W. S., Blyler C. R., Heinssen R. K. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. Schizophr. Bull., 1997, vol. 23, no. 4, pp. 637-652.

7. Geddes J., Freemantle N., Harrison P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. Br. Med., 2000, pp. 321-371.

8. Ahmedov T., Kut'ko I., Martynenko A., Martynenko S. Prynцыpy novogo teoretychnogo pogljada na psyhoterapiyu pry shyzofrenii' [The principles of a new theoretical perspective on psychotherapy in schizophrenia]. Shizofreniya: novye podkhody k terapii : sbornik nauchnykh rabot Ukrainykogo NII klinicheskoy i eksperimental'noy nevrologii i psikiatrii i Khar'kovskoy gorodskoy klinicheskoy psikhiatricheskoy bol'nitsy № 15 (Saburovoy dachi) [pod obshch. red. I. I. Kut'ko, P. T. Petryuka] [Schizophrenia: New Approaches to Therapy: collection of scientific works of Ukrainian Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry and the Kharkiv City Clinical Psychiatric Hospital № 15 (Aloetic cottages) [under the total. Ed. I. I. Kutko, P. T. Petryuk]]. Kharkiv, 1995, vol. 2, pp. 12-14. (In Ukr.)

9. Usall J., Araya S., Ochoa S. [et al.] Assessment Research Group in Schizophrenia [NEDES]: Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. Compr. Psychiatry, 2001, pp. 301-305.

10. Aleksandrovskiy Yu. A. Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya [Psychiatry and psychopharmacotherapy]. Moscow, GEOTAR-MED Publ., 2004, 430 p. (In Russ.)

11. Slobodyanik A. P. Psikhoterapiya, vnushenie, gipnoz [Psychotherapy, suggestion, hypnosis]. Kiev, 1982, 376 p. (In Russ.)

12. Alexander L. Hypnotically Induced Hallucinations. 1971, 75 с.

13. Eydemiller E. G., Yustitskis V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i [Psychology and psychotherapy family]. St. Petersburg, Peter Publ., 2008, 4th ed., Revised and enlarged, 668 p. (In Russ.)

14. Compton M. T., Miller A. H. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and sexual dysfunction. Psychopharmacology, 2002, vol. 36, pp. 143.

15. Vid B. D. Psikhoterapiya shizofrenii: Kratkoe rukovodstvo [Psychotherapy of Schizophrenia: Quick Guide]. 3rd ed., St. Petersburg, Peter Publ., 2008, 512 p. (In Russ.)

16. Golovina A. G. Osobennosti semeynogo statusa bol'nykh shizofreniy [Features marital status of patients with schizophrenia]. Zhurn. nevropatol. i psikiatr, im. S. S. Korsakova [Zh. nevropatol. and psychiatrist, it. S. S. Korsakov], 1998, no. 1, pp. 16-20. c

17. Solonenko A. V., Khlopina I. V. K voprosu o znachenii psikhoobrazovatel'nykh programm v formirovani pravil'nogo vospriyatiya bolezni rodstvennikami bol'nykh s pervym psikhoticheskim epizodom [To the question about the meaning of psychoeducational programs in the formation of the correct perception of the disease by relatives of patients with a first psychotic episode]. Moscow, 2005, p. 84. (In Russ.)

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

К. О. Стаханов

Одесский национальный медицинский университет,
г. Одесса, Украина

Аннотация. Шизофрения является одним из распространенных заболеваний в мире, считается, что им болеет до 1% населения мира, при этом более чем у половины больных диагностируются коморбидные депрессии, тревожные расстройства, болезни зависимости. В статье рассматриваются самые разнообразные взгляды относительно применения психотерапии при лечении как шизофрении, так и постшизофренической депрессии, акцентирует внимание на дискуссионности данного вопроса на разных этапах развития медицины и раскрываются современные тенденции комплексного подхода в лечении данного заболевания. Подчеркивается необходимость использования психофармакотерапии и различных методов психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации. В работе раскрыты некоторые особенности реабилитации лиц, страдающих шизофренией и постшизофренической депрессией, с учетом международного опыта. Отмечено, что благодаря развитию сети психоневрологических диспансеров сегодня появилась возможность амбулаторного лечения психически больных и сокращение сроков их пребывания в стационаре.

Ключевые слова: шизофрения, шизофренические расстройства, постшизофренической депрессии, психотерапия, реабилитация, индивидуальная и семейная психотерапия.

IMPORTANCE OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION

K. O. Stakhanov

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Summary. Schizophrenia is one of the most common diseases in the world, it is believed that it is suffered by 1% of the population of the world at the same time, more than half of them are diagnosed with comorbid depression, anxiety disorders, depending on the disease. The author in the article examines a variety of views as for the use of psychotherapy in the treatment of both schizophrenia and post-schizophrenic depression; it focuses on the discussion of this issue in different historical periods. The current trends in a comprehensive approach to the treatment of this disease are outlined. The paper underscores the need to use different methods of pharmacotherapy and psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation. The paper revealed some features of rehabilitation of persons suffering from schizophrenia and post-schizophrenic depression given the international experience. It was noted that thanks to development of a network of psychoneurological dispensaries now we have the opportunity of outpatient treatment of mental patients, reducing the time of hospital stay.

Key words: schizophrenia, schizophrenic disorder, post-schizophrenic depression, psychotherapy, rehabilitation, individual and family therapy.

Стаханов Кирил Олегович – ассистент кафедры, Одесский национальный медицинский университет, м. Одеса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Стаханов Кирил Олегович – ассистент кафедры, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Kiril Stakhanov – Assistant, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.



О. І. Вовк

УДК 616.89(100)(091)(083.4)

З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ СВІТОВОЇ ПСИХІАТРІЇ: ХРОНОЛОГІЧНА ТАБЛИЦЯ

О. І. Вовк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Анотація.

У цій публікації історію розвитку психіатрії викладено у формі хронологічної таблиці. Процес розвитку знань про природу психічних захворювань та способи їх лікування, організацію психіатричної допомоги, становлення психіатрії як наукової і навчальної дисципліни представлено у вигляді шести закономірних етапів. Вони співвідносяться з основними віхами розвитку європейської цивілізації: донаукова епоха; антична епоха (VIII ст. до н. е. – V ст. н. е.); епоха середньовіччя (V–XVI ст.); епоха Просвітництва (XVII – початок XIX ст.); індустріальна епоха (початок XIX ст. – першої половини XX ст.); сучасна епоха (друга половина XX – початок XXI ст.). Водночас виокремлені етапи маркують тектонічні зміни, що відбувалися в історії психіатрії. Кожному з етапів дана стисла характеристика. Наведено факти, які дають змогу простежити еволюцію уявлень про природу душевних недугів, а також ставлення до психічно хворих з боку суспільства у різні історичні періоди. Особливий акцент зроблено на внеску України та Харкова у розвиток психіатрії.

Ключові слова: психіатрія, історія науки, хронологічна таблиця.

ДОНАУКОВА ЕПОХА

Період несистематичних спостережень і спорадичного підбирання фактів. Пояснення психопатологічних фактів з точки зору анімізму (віра в існування душі та духів як причини природних явищ). Переслідування агресивних психічно хворих (нібито одержимих злими духами) і шанування тихих (які вважалися улюбленцями богів).

АНТИЧНА ЕПОХА

(VIII ст. до н. е. – V ст. н. е.)

Формування лікарської корпорації, перші спроби створення громадських амбулаторій для осіб із соматичними захворюваннями. Відсутність спеціальної допомоги людям з психічними розладами (вихідці з заможних верств знаходилися вдома під наглядом слуг; більшість незаможних гинули від недостатнього догляду або жебракували). Систематизація накопичених раніше емпіричних спостережень за психічно хворими. Вперше сформульовано думку про те, що психічні хвороби, так само як і всі інші, мають свою анатомічну локалізацію.

VI ст. до н. е. – діяльність Кротонської медичної школи, засновником якої вважається давньогрецький мислитель Піфагор. В основу піфагорейської медицини було покладено гімнастику, музику та дієтику (вчення про режим праці, відпочинку та прийому їжі). Лікар-піфагорець Алкмеон з Кротона, який вважається автором першої давньогрецької медичної розвідки, відкрив очні нерви, що ведуть до моз-

ку. Деякий час до школи піфагорійців належав мислитель Емпедокл – засновник концепції еуказії (норми) та дискразії (патології).

7000 р. до н. е. – заснування Кнідської медичної школи. Її представники (Єврифон, Ктезій та ін.) виділили комплекси симптомів та описали їх як окремі хвороби.

V ст. до н. е. – діяльність Косської медичної школи. Найяскравішим її представником був Гіппократ – «батько медицини», який зібрав і систематизував наукові погляди на медицину своїх попередників та сучасників. Гіппократ вважав, що душевні хвороби мають тілесні причини та залежать від захворювань мозку. Він вперше розробив номенклатуру маячних станів, зробив цінні спостереження та умовиводи про природу епілепсії, описав гострі психози та продовжив розвиток синкретичної теорії Емпедокла. Гіппократ розробив гуморальну теорію про роль рідин у фізіології та патології, яка у **II ст. до н. е.** була розвинута Клавдієм Галеном.

470–399 рр. до н. е. – Сократ у своїх промовах неодноразово звертався до понять розуму і безумства; він визнавав стани, граничні з безумством (психозом), які не можна ототожнювати з повним здоров'ям.

Бл. 460– 370 рр. до н. е. – Демокрит визначив стан душевної рівноваги як «еутимію» (добросердя), протиставивши йому стан душевної нестриманості; сформулював оригінальне розуміння взаємозв'язку психічного й тілесного.

428 (427)–348 (347) рр. до н. е. – Платон розмірковував над станами, які нині відносять до сфер компетентності психології та граничної психіатрії (наприклад, філософ запропонував виділяти чотири форми «корисного безумства»: магічну, містичну, поетичну та еротичну).

384–322 рр. до н. е. – учень Платона Аристотель прагнув розшифрувати властивості людської особистості, намагаючись за допомогою вивчення етичних проблем визначити норму і патологію в поведінці. В подальшому учень Аристотеля Теофраст (371–278 рр. до н. е.) запропонував оригінальну класифікацію типів особистості, в основу якої були покладені людські пороки.

Друга половина I ст. н. е. – перша половина II ст. н. е. – давньоримський медик і філософ Аретей з Каппадокії висунув ідею про те, що душевні хвороби можуть бути обумовлені не лише соматичними, але і психологічними чинниками.

369 р. н. е. – у місті Кесарія Каппадокійська (тепер Кайсері у Туреччині) була заснована лікарня Базиліас. До неї, окрім госпітальних корпусів, входили також притулки для старців, сиріт, жебраків і бродяг, серед яких, вірогідно, були й психічно хворі.

ЕПОХА СЕРЕДНЬОВІЧЧЯ

(V–XVI ст.)

Регрес уявлень про природу психічних захворювань до рівня донаукового світогляду. Ставлення до людей, які страждали на психічні недуги, було двояким. З одного боку, в Середні віки було здійснено низку заходів з організації психіатричної допомоги (зокрема, ізоляція здорової частини населення від небезпечних душевно хворих та перші спроби організованого догляду й нагляду). З іншого боку, в цей час психічні хвороби розглядалися як результат чаклування й одержимості бісами, тож хворі зазнавали фізичних знущань, а нерідко й гинули.

Починаючи з V ст. у Західній Європі при монастирях виникають притулки для недужих прочан, на чолі яких стояв монах (напівлікар-напівзнахар). Члени окремих чернечих орденів (бенедиктинці, госпітальєри та ін.) спеціально займалися медициною і доглядом за хворими.

IX ст. – виникнення вищої медичної школи в італійському місті Салерно неподалік від Неаполя. Періодично до Салерно привозили психічно хворих, які знаходили притулок у місцевих монастирях.

XI–XIII ст. – на теренах Київської Русі психічно хворим надавалися примітивні види допомоги в монастирях.

XII ст. – виникнення медичного факультету в найстарішому в Європі Болонському університеті (Італія). У цей же час утворювалися університети у Франції та Англії. Освіта і наука в університетах зазнавали відчутного впливу схоластики (тип релігійної філософії, що була спрямована на примирення світської науки з церковними догматами й орієнтована на книжкове знання і логіку, а не на емпіричний досвід).

Бл. 1240–1311 рр. – іспанський лікар Арнольд з Вілланови обґрунтовував вплив фази місяця на рідини в людському організмі, чим пояснював виникнення захворювань (зокрема, епілепсії та меланхолії).

Починаючи з XIII ст. у західноєвропейських магістратах юридично фіксуються заходи, що можуть бути вжиті до психічно хворих мешканців міста (залежно від характеру і перебігу хвороби, місця проживання, матеріального становища його самого та родичів тощо).

XIII–XIV ст. – в Іспанії утворюється мережа перших спеціалізованих психіатричних закладів (у Валенсії, Сарагосі, Толедо, Мадриді та ін.).

XIV–XV ст. – заклади, в яких утримувалися душевно хворі люди, виникали у німецьких, швейцарських, французьких, шведських та інших містах Західної Європи. Ці заклади були покликані ізолювати хворих від усього іншого суспільства й не мали лікувальних функцій.

Кінець XV–XVI ст. – західноєвропейська культура переживає епоху Відродження. Великі географічні відкриття розширили кордони ойкумени, а праці Леонардо да Вінчі, Коперніка, Гесснера, Галілея та інших значно розширили знання про навколишній світ. Італійські професори медицини Антоніо Гуаярнері (пом. 1440) та Михаїл Савонарола (пом. 1461) залишили праці, в яких продемонстрували помітний перехід від схоластичних абстрактних умовиводів до самостійних спостережень і висновків щодо природи психічних захворювань. Водночас католицька церква посилила боротьбу з проявами інакодумства. В цей час більшість психічно хворих осіб гинула в застінках та на вогнищах інквізиції через звинувачення у складенні союзу з дияволом.

1531 р. – у німецькому місті Нюрнберг миська влада призначила проведення медичної експертизи над психічно хворим злочинцем Конрадом Глазером.

1551 р. – на Стоглавому Соборі в Москві був затверджений Судебник Івана IV (Грозного) – перший у російській історії нормативно-правовий акт, що був проголошений єдиним джерелом права. Одна з його статей передбачала необхідність догляду за хворими, вбогими та тими, хто «одержимий бісом та позбавлений розуму». Таким чином, вперше на теренах Східної Європи відбулося юридичне закріплення ставлення до душевно хворих.

1563–1588 рр. – німецький лікар Йоганн Вейер у книзі «Про диявольські марення, наговори й чародійства» першим виступив на захист нещасних, які в Західній Європі зазнавали переслідувань «за відносини з дияволом». Лікар переконував, що висунуті звинувачення є безпідставними, а зізнання «злочинців» у чаклунстві є результатом тортур або божевілля. Незабаром ідеї Й. Вейера були підтримані та розвинені у працях Р. Скотта, Ф. Шпее та ін.

ЕПОХА ПРОСВІТНИЦТВА (XVII – початок XIX ст.).

Становлення психіатрії як наукової дисципліни

Зменшується вплив церкви на соціальне, інтелектуальне й культурне життя, відбувається розквіт науки та філософської думки. У психіатрії домінують емпіричні спостереження, зростає цінність особистого досвіду лікаря, видаються збірники, в яких описуються цікаві клінічні випадки. Удосконалюється система закладів, де надавалася спеціалізована психіатрична допомога, активізується рух за гуманне ставлення до пацієнтів.

1580–1644 рр. – нідерландський хімік, фізіолог і лікар Я. Б. ван Гельмонт обґрунтував ідею про те, що виникнення психічних захворювань безпосередньо залежне від фізіологічних процесів у всьому організмі людини.

1584–1659 рр. – італійський вчений Павел Заккіас заклав основи судово-психіатричної експертизи. Він виступав експертом під час роботи судового трибуналу, в якому брали участь італійські, французькі, іспанські й німецькі делегати, а згодом виклав свої спостереження у книзі «Судово-медичні питання».

1621–1675 рр. – англійський дослідник Томас Вілліс став одним із основополож-

ників неврологічного напрямку в психіатрії, створивши першу теорію локалізації психічних функцій.

60–70-ті рр. XVIII ст. – у лікарнях великих європейських міст діяли відділення для душевно хворих. Пацієнти утримувалися у невеликих вогких і брудних приміщеннях, де бракувало світла і чистого повітря. Одним із основних методів лікування були кровопускання і холодні ванни; буйних пацієнтів били і зв'язували. Якщо через кілька тижнів лікування хворий не відчував покращення, він визнавався невиліковним і переводився до спеціального ізолятора, в якому проводив залишок життя.

1762 р. – вперше у Російській імперії з'явилася постанова Петра III про заборону відправляти психічно хворих людей до монастирів. Натомість передбачалося зводити для них спеціальні заклади (долгаузи).

1776 р. – у Новгороді була зведена перша в Росії лікарня для душевно хворих. Незабаром аналогічні заклади відкрилися у Петербурзі (1779), Харкові (1796), Москві (1809) та інших містах. Крім того, у багатьох лікарнях функціонували спеціалізовані відділення. До хворих застосовувалися різноманітні негуманні засоби упокорення та фіксації (кайдани, ланцюги тощо).

1791 р. – французький лікар Жозеф Дакен (1732–1815) видав книгу «Філософія божевілля, або досвід філософського вивчення душевно хворих людей», де обґрунтовується, що ця хвороба має бути піддана насамперед психічному лікуванню. Дакен вважав, що головним лікувальним засобом повинно стати м'яке та людяне ставлення до хворих.

1793 р. – головним лікарем шпиталю для інвалідів та психічно хворих у містечку Бісетр під Парижем став Філіпп Пінель (1745–1826). Він залишив своєрідний «заповіт» своїм учням, співробітникам та нащадкам. Серед настанов ученого – відмова від тюремного режиму у закладах для душевно хворих; значне пом'якшення засобів заспокоєння хворих; благоустрій лікарні, введення у психіатричну практику лікарняного режиму; наукова діяльність у спеціалізованому психіатричному закладі. У **1801 р.** Ф. Пінель систематизував і описав психічні хвороби у «Медико-філософському трактаті про манію», який став класичною психіатричною працею. Ф. Пінель вважається засновником французької школи наукової психіатрії.

1793–1794 рр. – італійський лікар, один із перших фахівців-психіатрів Вінченцо Кіаруджі (1759–1820) у книзі «Про божевілля взагалі та про різноманітні види його, медико-аналітичний трактат з додаванням ста спостережень» виклав принципи організації психіатричної допомоги, яких дотримувався з самого початку своєї клінічної практики. Серед них – ізоляція збуджених хворих від усіх інших та відмова від засобів фізичного впливу; підготовка середнього та молодшого медичного персоналу; естетичне оздоблення палат тощо.

1803 р. – німецький лікар, фізіолог і філософ Йоганн Християн Рейль (1759–1813) увів до обігу термін «психіатрія».

ІНДУСТРІАЛЬНА ЕПОХА

(початок XIX ст. – перша половина XX ст.)

Розвиток нозологічної психіатрії

Розвиток європейської медицини ознаменувався появою перших класифікацій захворювань ще в епохи Відродження та Просвітництва. Це було пов'язано з поступом природничих наук в цілому та успіхами Карла Ліннея (1707–1788) та інших вчених-систематиків. Основи наукового нозологічного підходу заклав у 1761 р. італійський лікар і анатом Джованні Батісто Морганьї (1682–1771). Уже в XIX ст. на базі широкого клінічного матеріалу здійснюються спроби створення завершеної моделі психіатрії з використанням тогочасної методології медицини. Результатом стало створення нової нозологічної класифікації психічних розладів. Водночас протягом цього періоду продовжується активне організаційне оформлення психіатрії як розділу науки, клінічної практики та навчальної дисципліни. З'являються та вдосконалюються нові підходи до розуміння механізмів і причин психічних порушень (психоаналіз, психодинаміка, клініко-біологічна та соціальна психіатрія тощо).

1822 р. – французький психіатр Антуан Лоран Бейль (1799–1858) клінічно обґрунтував виділення прогресивного паралічу як самостійного захворювання, що стимулювало розвиток клініко-нозологічного напрямку у психіатрії.

1834 р. – вийшла книга професора Харківського університету Петра Олександровича Бутковського (1801–1844) «Душевні хвороби, викладені відповідно основам сучасного учення психіатрії у загальному та частковому, теоретичному і практичному

змісті» – перший посібник з психіатрії, написаний слов'янською мовою.

1838 р. – французький психіатр Жан-Етьєн Домінік Ескіроль (1772–1840) видав твір «Про душевні хвороби» – перший у Західній Європі науковий посібник з психіатрії. Ж.-Е. Д. Ескіроль став першим викладачем психіатрії у Франції, а його праці – одними з основоположних у процесі розвитку клініко-нозологічного напрямку.

1845 р. – німецький учений Вільгельм Грізінгер (1817–1868) увів до обігу поняття «симптомокомплекс» («синдром»), описав «нав'язливе мудрування».

1840–1860-ті рр. – паралельно з нозологічним напрямком починається формування концепції «єдиного психозу». Її прихильники (Е. Целлер, В. Нейман, В. Грізінгер та ін.) виходили з припущення про те, що усі психози у своєму розвитку проходять одні й ті ж стадії, тож утверджували недоцільність виділення різноманітних нозологічних форм.

1862 р. – німецький психіатр, професор університетів Мюнхена та Ерлангена Карл Август Зольбріг (1809–1872) домігся, що у Баварії психіатрія увійшла до переліку обов'язкових університетських курсів. Невдовзі ця тенденція поширилася й на інші університети Західної та Східної Європи. Зокрема, з **1877 р.** психіатрія увійшла до переліку обов'язкових предметів, які викладалися студентам Харківського університету.

1863 р. – німецький лікар Карл Людвіг Кальбаум (1828–1899) видав книгу «Групування психічних хвороб і систематика психічних розладів». У ній він уперше розділив психози на органічні та неорганічні, а також піддав критиці всі існуючі на той час способи систематизації психічних хвороб, які були побудовані за симптоматичною ознакою. Свої основні нозологічні погляди він розвинув у роботі «Клініко-діагностичні точки зору в психопатології» (1878 р.), і завдяки цьому став одним із фундаторів нозологічного підходу у психіатрії.

1880–1890-ті рр. – відбувається бурхливий розвиток психіатрії в Російській імперії. В цей час проводили свою роботу такі класики вітчизняної психіатрії та психоневрології, як Володимир Михайлович Бехтерєв (1857–1927), Віктор Хрисанфович Кандинський (1849–1889), Павло Іванович Ковалевський (1849/1850–1931), Сергій Сергійович Корсаков (1854–1900), Володимир Петрович Сербський (1855–1917) та ін. Поширюються прогресивні методи утримання та догляду за

хворими. Клінічний матеріал, накопичений психіатрами в цей період, став підґрунтям вітчизняної клініко-нозологічної систематики. Дослідження, що проводилися у цей час, відзначалися глибиною та змістовністю, спиралися на науково обґрунтовані підходи до розуміння етиопатогенезу окремих нозологічних одиниць. У подальшому вони були покладені в основу системи спеціалізованої психіатричної допомоги.

1883 р. – за ініціативи професора Харківського університету П. І. Ковалевського почав виходити «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» – перший у Росії науковий журнал, спеціально присвячений цим галузям знання.

1886 р. – у Москві відбувся Перший з'їзд російських психіатрів і невропатологів, в організації якого найактивнішу участь брав П. І. Ковалевський. На з'їзді було прийнято першу російську класифікацію психічних захворювань, розроблену В. Х. Кандинським.

1889 р. – на Міжнародному конгресі з психіатричних наук у Парижі було розглянуто першу міжнародну класифікацію психічних захворювань. До неї входили манія, меланхолія, періодичне безумство, прогресивне періодичне безумство, органічне та сенільне слабоумство, прогресивний параліч, неврози, токсичне божевілля, моральне та імпульсивне божевілля, ідіотія.

1893 р. – Міжнародний статистичний інститут ухвалив Міжнародну класифікацію причин смерті, яка була розроблена статистиком і демографом Жаком Бертильйоном (1851–1922). Починаючи з 1900 р. ця класифікація переглядалася кожні 10 років. Вона була розроблена для статистичних цілей і ще не містила жодної системи, яка була б пов'язана з психічними захворюваннями. Водночас саме вона вважається прообразом сучасної Міжнародної класифікації хвороб.

1895–1910 рр. – австрійський психіатр і невролог Зигмунд Фрейд (1856–1939) сформулював концепцію структури психіки (Воно, Я і Над-Я), розвинув методу вільних асоціацій і тлумачення сновидінь, яку було покладено в основу психоаналітичної концепції. Психоаналіз відіграв важливу роль у формуванні сучасних концепцій особистості та методів лікування психічних захворювань, а також вплинув на розвиток усієї світової культури у ХХ столітті.

1899 р. – вийшло друком шосте видання «Підручника з психіатрії» німецького психіатра Еміля Вільгельма Крепеліна (1856–

1926). Ця книга, що витримала дванадцять перевидань ще за життя автора (перше видання було опубліковано у 1863 р.), стала класикою психіатричної науки. У шостому виданні підручника Крепелін запропонував принципово нову класифікацію психічних розладів, розділивши їх на психози з прогресуючою деменцією та афективні психози з періодичним або циклічним протіканням. Ця дихотомія була покладена в основу багатьох подальших класифікацій.

1903 р. – російський фізіолог Іван Петрович Павлов (1849–1936) зробив доповідь на XIV Міжнародному медичному конгресі у Парижі. У цій доповіді він сформулював теорію про умовні й безумовні рефлекси і типи вищої нервової діяльності. У **1904 р.** за свої відкриття він був удостоєний Нобелівської премії у галузі фізіології і медицини. Вчення І. П. Павлова сприяло зближенню досліджень у галузі психіатрії та фізіології нервової системи.

1911 р. – швейцарський психіатр Ейген Блейлер (1857–1939) запропонував термін «шизофренія». Ця хвороба активно досліджувалася протягом другої половини ХІХ століття. У **1860–1870-х рр.** К. Кальбаум та Е. Геккер описали гебефренію і кататонію. У **1888 р.** В. Маньян виділив хронічні галюцинаторно-маячні психози з переходом в апатію та слабоумство. У **1898 р.** Е. Крепелін об'єднав ці форми в одну хворобу, яку назвав «раннім слабоумством». Заслуга Е. Блейлера полягає в тому, що він виділив найбільш суттєву ознаку цієї хвороби – розщеплення психіки.

1917 р. – австрійський психіатр Юліус Вайнер-Яуреґг (1857–1940) вперше в історії прищепив малярію хворим, які страждали на прогресивний параліч. У 1927 р. вченому була присуджена Нобелівська премія за відкритий ним терапевтичний ефект «маляротерапії».

1921–1922 рр. – у Харкові засновано Центральний Український науково-дослідний психоневрологічний інститут, який очолив знаний невролог Олександр Йосипович Гейманович (1882–1958). Водночас у 1926 р. на території Сабурової Дачі розпочав роботу Український інститут клінічної психіатрії та соціальної психогієни, директором якого став основоположник генетичного напрямку у психіатрії академік АН УРСР Віктор Павлович Протопопов (1880–1957). З часом на

основі цих наукових установ був утворений сучасний Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України.

1927 р. – в СРСР створено Всесоюзне наукове товариство невропатологів і психіатрів.

1935 р. – португальський психіатр і нейрохірург Егаш Моніш (1874–1955) висунув припущення про те, що перехрещення аферентних та еферентних волокон у лобовій частині може стати ефективним засобом лікування психічних захворювань. Першу операцію з лоботомії у **1936 р.** провів Алмейда Ліма (1903–1985).

1935 р. – австрійський психіатр Манфред Закель (1900–1957) розробив метод лікування психозів інсуліновими шоками.

1938 р. – оприлюднено п'ятий перегляд «Листа причин смерті та ушкоджень» – міжнародної класифікації, що була розроблена Лігою націй у період між Першою та Другою світовими війнами. У цьому документі вперше з'явилася рубрика «Розлади нервової системи й органів чуття».

1939–1945 рр. – у роки Другої світової війни нацистський режим у Німеччині та на завойованих територіях проводив антигуманну практику переслідування та безпосереднього знищення психічно хворих під приводом «очищення нації». Наприклад, у **1941 р. нацистські окупанти розстріляли 435 хворих у психіатричній лікарні в с. Стрільче під Харковом.** Після визволення Харкова ці матеріали фігурували на першому в історії відкритому судовому процесі над військовими злочинцями, який відбувся в **грудні 1943 р.** Всього за роки війни близько 100 тис. хворих було вбито, 300 тис. стерилізовано, сотні тисяч померли від голоду та хвороб.

СУЧАСНА ЕПОХА

(друга половина ХХ ст. – початок ХХІ ст.)

Після закінчення Другої світової війни утворилася нова система міжнародного порядку, що існує до сьогоднішнього дня і побудована за принципами підтримання міжнародної безпеки і міждержавного співробітництва (в т. ч. у сфері охорони здоров'я). У країнах Європи та Північної Америки виникає чимало ініціативних груп, учасники яких привертають увагу суспільства до численних фактів негуманного ставлення до психічно хворих. Дії активістів втілюються у широкому антипсихіатричному русі, який, з одного боку, наніс значної шкоди авторитету психіатрії, а з

іншого – дав поштовх до нових перетворень і гуманізації психіатричної допомоги. У багатьох країнах права психічно хворих були чітко прописані у законодавчих актах. «Психофармакологічна революція» середини ХХ ст. справила серйозний вплив на систему психіатричної допомоги та «відчинила двері» у світ здорових людей багатьом пацієнтам. Водночас відбувалося активне дослідження позалікарняних, соціальних, соматологічних аспектів психіатрії, розвивалася соціальна реабілітація, порушувалися глобальні проблеми (суїцидологія та ін.).

1948 р. – у структурі Організації Об'єднаних Націй (ООН) утворено Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) зі штаб-квартирою у Женеві. Мета цієї організації полягає у вирішенні міжнародних проблем охорони здоров'я населення Землі. У структурі ВООЗ діє Департамент неінфекційних захворювань та психічного здоров'я. ВООЗ перебрала на себе процедуру періодичної ревізії Міжнародної класифікації хвороб.

1948 р. – проведено шостий перегляд «Керівництва з міжнародної класифікації хвороб, ушкоджень та причин смерті» (МКХ-6). Цей документ включав розділ «Психічні, психоневрологічні та особистісні розлади», однак у ньому були відсутні такі поняття, як деменція, а також деякі поширені особистісні розлади й низка інших порушень. Тому розділом МКХ-6, який був присвячений психічним захворюванням, офіційно скористалися лише у Великобританії, Новій Зеландії, Перу, Таїланді та Фінляндії. Варто також зазначити, що у США, Китаї та деяких інших країнах світу у середині ХХ ст. були розроблені власні національні класифікації психічних захворювань, які функціонують і сьогодні.

1948 р. – заснована Всесвітня федерація психічного здоров'я, яка веде боротьбу за чистоту моральних принципів лікарів-психіатрів та медичного персоналу.

1950 р. – заснована Всесвітня психіатрична асоціація (ВПА), яка ставить за мету розширення знань та навичок, необхідних під час роботи з психічно хворими, а також захищає права хворих і психіатрів. На сьогоднішній день до ВПА входять 135 національних організацій.

1952 р. – французькі психіатри Жан Делей (1907–1987) та П'єр Денікер (1917–1998) довели ефективність використання резер-

піну та хлорпромазину для лікування психозів. Хлорпромазин (аміназин) став першим представником класу нейролептиків. Услід за ним були отримані перші антидепресанти, згодом – транквілізатори. З **середини 1960-х рр.** психотропні засоби почали відтісняти всі інші біологічні методи лікування психічних захворювань.

1955 р. – відбулася Міжнародна конференція, на якій було прийнято сьомий перегляд Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-7). Розділ, присвячений психічним розладам, залишився практично без змін. В умовах «психофармакологічної революції» відсутність у психіатрії загально визнаної спільної мови ускладнювала розвиток світової науки і практики допомоги психічно хворим.

1962 р. – у США на законодавчому рівні визнано, що залежність від алкоголю та наркотиків є не злочином, а захворюванням.

1966 р. – Генеральна асамблея ВООЗ затвердила МКХ-8. Поява цього документу засвідчила прогрес у галузі біологічної психіатрії, психофармакології, соціальної психіатрії. На національному рівні МКХ-8 почала функціонувати в **1968 р.**

1968 р. – Всесоюзне наукове товариство невропатологів і психіатрів було прийняте до структури Всесвітньої психіатричної асоціації.

1975 р. – затверджено МКХ-9, яка не містила радикальних змін порівняно з попередньою редакцією. Разом з тим, вона була доповнена глосарієм, над яким понад шість років працювали фахівці з 62-х країн світу.

1980 р. – Всесвітня психіатрична асоціація спільно з ВООЗ розробила нові стандарти психіатричної служби. Передбачалася децентралізація психіатричної допомоги, розвиток широкої мережі медичних і громадських організацій, можливість отримання допомоги неподалік від місця постійного проживання пацієнта. Психіатрична реформа в різних країнах світу мала неоднозначні наслідки. Наприклад, в Італії та Греції вона сприяла покращенню загального рівня ме-

дичної допомоги населенню. В той же час у США реформа призвела до масового закриття психіатричних стаціонарів, внаслідок чого чимало хворих залишилися без фахового догляду і допомоги.

1983 р. – СРСР вийшов з Всесвітньої психіатричної асоціації через оприлюднення даних про використання психіатрії в Радянському Союзі у політичних цілях.

1989 р. – Міжнародна конференція у Женеві затвердила МКХ-10. Вона була схвалена на 43-й сесії ВООЗ у **1990 р.** та почала функціонувати у країнах-членах ВООЗ з 1994 р. Головним нововведенням у МКХ-10 стало використання абетково-цифрової системи кодування, що дозволило вдвічі збільшити розміри структури кодування. В українську практику МКХ-10 була запроваджена у **1998 р.**

1992 р. – за ініціативи Всесвітньої федерації психічного здоров'я та за підтримки ВООЗ був установлений Всесвітній день психічного здоров'я, який щороку відзначається 10 жовтня.

1996 р. – утворено Науково-практичне товариство неврологів, психіатрів і наркологів України.

2006 р. – розпочалася робота над одинадцятим переглядом Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11). Передбачається створення кількох версій: основна класифікація з переліком усіх відхилень від норми; версія з клінічними описами та діагностичними вказівками для професіоналів; версія для використання у широкій мережі. Серед основних цілей одинадцятого перегляду – зменшення негативного впливу захворювань, пов'язаних з психічними та поведінковими розладами; удосконалення можливостей клінічного застосування класифікації; глобальність процесу перегляду, який охоплює більшість країн світу, здійснюється багатьма мовами і є міждисциплінарним; співробітництво між усіма зацікавленими сторонами (державні структури, лікарі, пацієнти та члени їхніх родин, фармацевтичні компанії).

Література

1. Healy D. Psychiatric "diseases" in history / D. Healy // History of psychiatry. – 2014. – Vol. 25, issue 4. – P. 450–458.
2. Каннабих Ю. История психиатрии / Ю. Каннабих. – Репр. изд. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. – 528 с.
3. Куделко С. М. Очерк истории развития психиатрии в Харьковском классическом университете / С. М. Куделко // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2014. – Т. 1, № 1 (1). – С. 89–93.
4. Психиатрия : национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова,

Н. Г. Незнамова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – 1000 с.

5. Рид Д. М. Подготовка МКБ-11: основные задачи, принципы и этапы пересмотра классификации психических и поведенческих расстройств / Д. М. Рид, В. Н. Краснов, М. А. Кульгина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 1, № 23. – С. 56–61.

6. Сонник Г. Т. Психіатрія / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков. – К.: Здоров'я, 2003. – 444 с.

References

1. Healy D. Psychiatric «diseases» in history. History of psychiatry, 2014, vol. 25, issue 4, 450–458 p. (In Eng.).
2. Kannabikh Yu. Istoriya psikhii [Repr. izd.] [The history of psychiatry [Repr. ed.]]. Moscow, MDG IHL BOC Publ., 1994, 528 p. (In Russ.).
3. Kudelko S. M. Ocherk 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), 89-93 p. (In Russ.).
4. Psichiatriya: natsionalnoe rukovodstvo [pod red. Yu. A. Aleksandrovskogo] [Psychiatry: national manual [ed. T. B. Dmitrieva, V. N. Krasnov, N. G. Neznamov, B. Ya. Semke, A. S. Tiganov]]. Moscow, Geotar-Media, 2009, 1000 p. (In Russ.).
5. Rid D. M., Krasnov V. N., Kulygina M. A. Podgotovka MKB-11: osnovnyie zadachi, printsipy i etapy peresmotra klassifikatsii psichicheskikh i povedenchestih rasstroystv [Preparation of ICD-11: key tasks, principles and stages of revision concerning the Classification of mental and behavioral disorders]. Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya [Social and clinical psychiatry], 2013, vol. 1, issue 23, 56–61 p. (In Russ.).
6. Sonnyk G. T., Napreenko O. K., Skrypnikov A. M. Psichiatriya [Psychiatry]. Kyiv, Zdorovya, 2003, 444 p. (In Ukr)

ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ МИРОВОЙ ПСИХИАТРИИ: ХРОНОЛОГИЧЕСКАЯ ТАБЛИЦА

О. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени
В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина

Аннотация. В данной публикации история развития психиатрии изложена в форме хронологической таблицы. Процесс развития знаний о природе психических заболеваний и способах их лечения, организации психиатрической помощи, становлении психиатрии как научной и учебной дисциплины представлен в виде шести закономерных этапов. Они соотносятся с основными вехами развития европейской цивилизации: донаучная эпоха; античная эпоха (VIII в. до н. э. – V в. н. э.); эпоха Средневековья (V–XVI вв.); эпоха Просвещения (XVII – начало XIX вв.); индустриальная эпоха (начало XIX в. – первая половина XX в.); современная эпоха (вторая половина XX в. – начало XXI в.). В то же время выделенные этапы маркируют тектонические изменения, происходившие в истории психиатрии. Каждому из этапов дана краткая характеристика. Приведены факты, которые дают возможность проследить эволюцию представлений о природе душевных заболеваний, а также отношение к психически больным со стороны общества в разные исторические периоды. Особый акцент сделан на вкладе Украины и Харькова в развитие психиатрии.

Ключевые слова: психиатрия, история науки, хронологическая таблица.

FROM THE HISTORY OF WORLD PSYCHIATRY: CHRONOLOGICAL TABLE

O. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Summary. In the present paper the history of psychiatry is presented in the form of a chronological table. The process of developing knowledge about the essence of mental illnesses and methods for their treatment, organization of mental health care, and the formation of psychiatry as scientific and educational discipline were represented as six legitimate steps. They correlated with main stages of European civilization development: pre-scientific era; ancient era (VIII century BC – V century CE); medieval era (V–XVI centuries); Enlightenment (XVII – beginning of XIX centuries); industrial era (beginning of XIX century – first half of XX century); current time (second half of XX century – first half of XXI century). At the same time these steps mark tectonic shifts that took place in history of psychiatry. A brief description of every stage was given. Evidences that make it possible to trace the evolution of ideas about the nature of mental illness were described. Also public attitude to mental patients in different historical periods was explored. Special attention has been given to the contribution of Ukraine and Kharkiv in psychiatry development.

Key words: psychiatry, history of science, chronological table.

Вовк Ольга Ігорівна – к.іст.н., заступник директора Центру краєзнавства імені академіка П. Т. Тронька Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: tronkocentr@karazin.ua.

Вовк Ольга Игоревна – к.ист.н., заместитель директора Центра краеведения имени академика П. Т. Тронько Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: tronkocentr@karazin.ua.

Olga Vovk – PhD in History, Deputy Director of P. T. Tronko Center for Area Studies V. N. Karazin Kharkiv National University; e-mail: tronkocentr@karazin.ua.

ПРАВИЛА ПІДГОТОВКИ ТА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

до міжнародного науково-практичного журналу
«Психіатрія, неврологія та медична психологія»

У міжнародному науково-практичному журналі «Психіатрія, неврологія та медична психологія» публікуються статті з певних наукових проблем, результати оригінальних та експериментальних досліджень, статті оглядового, дискусійного та історичного характеру, а також стислі повідомлення, лекції, рецензії, випадки з практики матеріали інформаційного характеру, праці з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою та інші матеріали, присвячені актуальним проблемам клінічної та судової психіатрії, наркології, неврології, медичної психології, психотерапії, фармакотерапії тощо.

Редколегія журналу приймає до розгляду статті, які відповідають тематиці журналу та наведеним нижче вимогам.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Приймаються роботи, які не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

Обсяг оригінальних статей не повинен перевищувати 12 сторінок, лекцій та оглядів – 20, стислих повідомлень – 5, рецензій – 3 сторінок.

Робота може бути написана українською, російською або англійською мовами.

Статтю слід надсилати в редакцію у двох примірниках; один з них має бути підписаний усіма авторами (або одним з них, котрий бере на себе відповідальність та ставить підпис з припискою «погоджено зі всіма співавторами»).

СУПРОВІДНІ ДОКУМЕНТИ ТА ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Робота має супроводжуватися офіційним направленням, завізованим підписом керівника та печаткою закладу, де виконано роботу, а для вітчизняних авторів також й експертним висновком, який дозволяє відкрити публікацію, та висновком комісії з біоетики закладу, де виконано роботу.

Статті дисертантів повинні мати візу наукового керівника.

До статей, виконаних за особистою ініціативою автора, необхідно додавати лист з проханням про публікацію.

Разом з текстом статті слід надавати (в електронному вигляді) відомості про автора/авторів:

- прізвище, ім'я, по батькові (повністю);
- місце роботи та посада автора (повністю, без абревіатур);
- науковий ступінь;
- наукове звання;
- номер контактного телефону (мобільний);
- e-mail;
- адреса для пересилання журналу.

ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ ТЕКСТУ

Ім'я файлу створюється за прізвищем першого автора (стандарт набору – **петренко.doc** або **petreko.doc**).

Текст набирається у текстовому редакторі Microsoft Word:

- формат сторінки – А4, орієнтація – книжкова;
- ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого – 1 см;
- шрифт Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал – 1,5;
- абзацний відступ – 1,25 см (**використовується виключно клавіша Enter**);
- вирівнювання тексту – по ширині сторінки;
- виділення тексту можливе напівжирним шрифтом або курсивом.

Не допускається:

- дублювання назви статті у назві файлу;
- створення абзацного відступу за допомогою клавиш Tab та пробіл;
- примусові (розставлені вручну) переноси;
- подкреслення, розрядка, застосування великих літер для виділення фрагментів тексту;
- застосування маркованих та нумерованих списків Microsoft Word (окрім списку літератури);
- заміна тире (–) знаком дефіса (-) й навпаки.

АНОТАЦІЯ ТА КЛЮЧОВІ СЛОВА

Обсяг анотації (без ключових слів) – 800–900 знаків без пробілів.

Анотація кожною мовою (українською, російською, англійською) повинна містити:

- назву статті;
- ініціали та прізвище автора/авторів (стандарт набору – **І. А. Петренко**);

- офіційну назва закладу або організації (якщо автори працюють в різних організаціях, слід вказати усі назви та адреси, а надрядковими арабськими цифрами вказати відповідність закладів, де працює кожен автор);
- ключові слова (5–7 слів або словосполучень).

ТЕКСТ СТАТТІ

Матеріал статті викладається за схемою:

- індекс УДК (статті без УДК не розглядаються);
- назва статті;
- ініціали та прізвище автора/авторів (стандарт набору – **І. А. Петренко**);
- повна назва закладу, де виконано роботу (без аббревіатур);
- три анотації (українською, російською та англійською мовами);
- ключові слова;
- в експериментальних статтях та результатах оригінальних дослідженнях окремим рядком **виділяють такі розділи**:
 - вступ;
 - мета дослідження;
 - матеріали та методи дослідження;
 - результати дослідження та їх обговорення;
 - висновки;
 - література (**список літератури мовою оригіналу**).

У стислих повідомленнях та оглядових статтях зазначені розділи не виділяються, а наводиться лише список літератури.

Усі аббревіатури пояснюються (окрім загальноновідомих скорочень) при першій згадці у тексті.

У тексті статті посилання починаються з [1] та йдуть по наростанню та по порядку.

Посилання на літературу наводяться у квадратних дужках:

- **при посиланні на два та більше джерел**, які не йдуть один за одним, вони розділяються крапкою з комою (стандарт набору [2; 4; 9]);
- **при зазначенні трьох та більше джерел**, що йдуть один за одним, інтервал позначається тире (стандарт набору [2–5]).

При кожному згадуванні прізвища вченого слід вказувати посилання на його публікацію, яка має бути наявною у списку літератури.

Усі цитати мають закінчуватися посиланнями на джерела.

Усі статистичні дані повинні бути обґрунтовані посиланнями на джерела.

У статтях усі фізичні величини та одиниці слід наводити за міжнародною системою SI, терміни – згідно з міжнародною номенклатурою.

ТАБЛИЦІ ТА ІЛЮСТРАЦІЇ

(графіки, діаграми, схеми, фотографії)

Таблиці повинні бути побудовані у редакторах Microsoft Word, Microsoft Excel, бути компактними та мати відповідні змісту назви.

На всі таблиці та ілюстрації у тексті повинні бути посилання.

Ілюстрації та таблиці слід нумерувати арабськими цифрами (якщо їх кількість більше однієї) та розміщувати у тексті безпосередньо після абзацу, в якому згадуються.

У тексті статті не мають дублюватися дані, наведені у таблиці.

Рисунки не повинні дублювати таблиці.

Якщо графіки, діаграми, схеми створені не в Microsoft Word, вони надсилаються окремими файлами у тій програмі, в якій побудовані (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) з відповідним розширенням.

Схеми, графіки, діаграми повинні бути виконані у колірному режимі Grayscale (градації сірого). Використання кольорового ілюстративного матеріалу (окрім фотографій авторів) не дозволяється та в роботу не приймається.

Фотографії надсилаються окремими файлами у форматі .jpg (або .tiff) з розширенням 300 dpi.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Список літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та повинен містити роботи за останні 10 років. Публікації, датовані раніше, включаються у список лише за необхідності.

У список не включаються неопубліковані роботи.

У бібліографічному описі вказуються прізвище та ініціали автора/авторів, назва роботи, назва періодичного видання (якщо йдеться про статтю з журналу), місто та рік видання, том, випуск, сторінки.

В оригінальних роботах цитується не менше 5 й не більше 15 джерел, в наукових оглядах – до 30.

Література в списку розміщується згідно з порядком посилання на неї у тексті статті.

Нумерація першоджерел виконується лише з використанням функції «нумерований список» програми Microsoft Word.

За правильність наведених у списку літератури даних відповідальність несуть автори.

Редакція залишає за собою право рецензування, редакційної правки статей, а також відхилення робіт, які не відповідають вимогам редакції до публікацій; рукописи авторам не повертаються.

Статті та інші матеріали надсилаються за адресою: 61022 Україна, м. Харків, майдан Свободи, 6, к. 605 (кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна).

Електронний варіант надсилається на електронну пошту (e-mail: journal@psychiatry-neurology.org).

Додаткову інформацію можна отримати на сайті журналу: <http://www.Psychiatry-neurology.org> або за тел. 057-705-11-71.

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ И ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

в международный научно-практический журнал
«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, а также 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, психотерапии, фармакотерапии и др.

Редакционная коллегия журнала принимает к рассмотрению статьи, которые соответствуют тематике журнала и приведенным ниже требованиям.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Принимаются работы, которые не публиковались и не подавались к печати ранее.

Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, лекций и обзоров – 20, кратких сообщений – 5, рецензий – 3 страниц.

Работа может быть написана на украинском, русском или английском языках.

Статья присылается в редакцию в двух экземплярах; один из них должен быть подписан всеми авторами (или одним из них, который берет на себя ответственность и ставит подпись с припиской «согласовано со всеми соавторами»).

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

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.

Вместе с текстом статьи (в электронном виде) подаются сведения об авторе/авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
- место работы и должность автора (полностью, без аббревиатур);
- научная степень;
- ученое звание;
- номер контактного телефона (мобильный);
- e-mail;
- адрес для пересылки журнала.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕКСТА

Имя файла создается по фамилии первого автора (**петренко.doc** или **petreko.doc**).

Текст набирается в текстовом редакторе Microsoft Word:

- формат страницы – А4, ориентация – книжная;
- ширина полей: левого, верхнего и нижнего по 2 см, правого – 1 см;
- шрифт Times New Roman, кегль 14, межстрочный интервал – 1,5;
- абзацный отступ – 1,25 см (используется только клавиша Enter);
- выравнивание текста – по ширине страницы;
- выделение фрагментов текста возможно полужирным шрифтом или курсивом.

Не допускается:

- дублирование названия статьи в названии файла;
- создание абзацного отступа с помощью клавиш Tab и пробел;
- принудительные (расставленные вручную) переносы;
- подчеркивание, разрядка, использование прописных букв для выделения фрагментов текста;
- использование маркированных и нумерованных списков Microsoft Word (кроме списка литературы);
- замена тире (–) знаком дефиса (-) и наоборот.

АННОТАЦИЯ И КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Объем аннотации (без ключевых слов) – 800–900 знаков без пробелов.

Аннотация на каждом языке (украинский, русский, английский) должна включать:

- название статьи;
- инициалы и фамилию автора/авторов (стандарт набора – **И. А. Петренко**);
- официальное название учреждения или организации (если авторы работают в разных организациях, необходимо привести все названия и адреса, а надстрочными арабскими цифрами обозначить соответствие учреждений, где работают авторы);
- ключевые слова (5–7 слов или словосочетаний).

ТЕКСТ СТАТЬИ

Материал статьи излагается по схеме:

- индекс УДК (статьи без УДК не рассматриваются);
- название статьи;
- инициалы и фамилия автора/авторов (стандарт набора – **И. А. Петренко**);
- полное название учреждения, где выполнена работа (без аббревиатур);
- три аннотации (на украинском, русском и английском языках);
- ключевые слова;
- в экспериментальных статьях и результатах оригинальных исследований отдельной строкой **выделяются разделы**:
 - введение;
 - цель и задачи исследования;
 - материалы и методы исследования;
 - результаты исследования и их обсуждение;
 - выводы;
 - литература (**список литературы на языке оригинала**).

В кратких сообщениях и обзорных статьях указанные разделы не выделяются, а приводится только список литературы.

Все аббревиатуры должны быть раскрыты (кроме общепринятых сокращений) при первом упоминании в тексте.

В тексте статьи ссылки начинаются с [1] и следуют по нарастающей и по порядку.

Ссылки на литературу приводятся в квадратных скобках:

- при ссылке на **два и более источников**, не следующих друг за другом, они разделяются точкой с запятой (стандарт набора [2; 4; 9]);
- при упоминании **трех и более источников**, следующих друг за другом подряд, интервал обозначается знаком тире (стандарт набора [2–5]).

При каждом упоминании фамилии ученого необходима ссылка на его публикацию, которая должна быть включена в список литературы.

Все цитаты должны заканчиваться ссылками на источники.

Все статистические данные должны быть подкреплены ссылками на источники.

Все физические величины и единицы следует приводить по международной системе SI, термины – согласно международной номенклатуре.

ТАБЛИЦЫ И ИЛЛЮСТРАЦИИ

(графики, диаграммы, схемы, фотографии)

Все таблицы должны быть построены в редакторе Microsoft Word, быть компактными и иметь соответствующие содержанию названия.

На все таблицы и иллюстрации в тексте должны быть ссылки.

Иллюстрации и таблицы нумеруются арабскими цифрами (если их количество более одной) и размещаются в тексте непосредственно после абзаца, в котором упоминаются.

В тексте статьи не должны дублироваться данные, которые приведены в таблице.

Рисунки не должны дублировать таблицы.

Если графики, диаграммы, схемы построены не в Microsoft Word, то они присылаются отдельными файлами в той программе, в которой построены (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) с соответствующим расширением.

Схемы, графики, диаграммы должны быть выполнены в цветовом режиме Grayscale (градации серого). **Использование цветного иллюстративного материала не допускается** и не принимается (кроме фотографий авторов).

Фотографии присылаются отдельными файлами в формате .jpg (или .tiff) с разрешением 300 dpi.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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 список не включаются неопубликованные работы.

В библиографическом описании указываются фамилия и инициалы автора/авторов, название работы, издательство, место и год издания, том, выпуск, страницы.

В оригинальных работах цитируется **не менее 5 и не более 15 источников**, а в научных обзорах – **до 30 источников**.

Литература в списке размещается в порядке ссылок на нее в тексте статьи.

Нумерация первоисточников выполняется только с использованием функции «нумерованный список» программы Microsoft Word.

За правильность приведенных в списке литературы данных несут ответственность авторы.

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, к. 605, кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина.

Электронный вариант отправляется по электронной почте (e-mail: journal@psychiatry-neurology.org).

Дополнительную информацию можно получить на сайте журнала: <http://www.Psychiatry-neurology.org> или по тел. 057-705-11-71.

RULES FOR SUBMITTING PAPERS

to the International scientific and practical journal
«Psychiatry, Neurology and Medical Psychology»

In the international scientific and practical journal «Psychiatry, Neurology and Medical Psychology» problematic articles, the results of original and experimental studies, articles of review, discussion and historical character, as well as short reports, lectures, reviews, case studies and materials of information character, works on teaching of neurosciences, organization and management of mental service and other materials related to topical issues of clinical and forensic psychiatry, narcology, neurology, medical psychology, psychotherapy, pharmacotherapy and others are published.

The Editorial Board accepts articles for consideration, which correspond to the subject of the magazine and the requirements below.

GENERAL PROVISIONS

The works which were not published and not submitted for publication before are accepted.

The volume of original articles should not exceed 12 pages, lectures and reviews – 20, short reports – 5, reviews – 3 pages.

The work can be written in Ukrainian, Russian or English.

The article is sent to the editorial office in two copies; one of them must be signed by all the authors (or one of them, who takes responsibility and puts his signature with the note «agreed with all collaborators»).

SUPPORTING DOCUMENTS

AND INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

The paper is accompanied by an official letter, endorsed by the supervisor's signature and seal of the institution where the work was done, and for domestic authors – also the expert conclusion, allowing open publication, and the conclusion of the bioethics commission of the institution, where the work was done.

Dissertators' papers should have a visa of the supervisor.

The papers made on the personal initiative of the author should be accompanied by a letter with a request for publication.

Together with the text of the article (in electronic form) the information about the author / authors is submitted:

- surname, name and patronymic (in full);
- the place of work and position of the author (in full, no abbreviations);
- science degree;
- academic title;
- contact telephone number (mobile);
- e-mail address;
- the address for sending the journal.

TECHNICAL RULES FOR TEXT FORMATTING

The file name is named after the first author's surname (petrenko.doc).

The text is typed in text editor Microsoft Word:

- page format – A4, orientation – portrait;
- margins: left, top and bottom 2 cm, right – 1 cm;
- font Times New Roman, size 14, line spacing – 1,5;
- indentation – 1.25 cm (just use the enter key);
- text alignment – the width of the page;
- allocation of fragments of the text may be bold or italic.

Not allowed:

- duplication of the article title in the file name;
- creation of indentation using the Tab key and the space bar;
- compulsory (placed manually) transfers;
- underlining, discharge, use of capital letters to highlight parts of the text;
- using bulleted and numbered lists in Microsoft Word (except References);
- replacement of a dash (–) with hyphen (-) and vice versa.

ABSTRACT AND KEY WORDS

The volume of abstracts (without key words) – 800-900 characters without spaces.

Abstract in each language (Ukrainian, Russian, English) should include:

- article title;
- initials and surname of the author / authors (set standard – I.A. Petrenko);
- official name of the institution or organization (if the authors work in different organizations, it is necessary to bring all the names and addresses, and superscript Arabic numerals denoting the corresponding the institutions where authors work);
- key words (5-7 words or phrases).

TEXT OF THE ARTICLE

Article material is presented by the scheme:

- UDC (article without UDC is not considered);
- article title;
- initials and surname of the author / authors (set standard – I.A. Petrenko);
- full name of the institution where the work was done (without abbreviations);
- three abstracts (in Ukrainian, Russian and English);
- key words;
- in the experimental articles and the results of the original research separate lines highlight sections:
 - Introduction;
 - The purpose of the article;
 - Methods used during research;
 - Results and discussion;
 - Conclusions;
 - References; (**list of references in the original language**).

In brief reports and review articles specified sections do not stand out, there is only a list of references.

All abbreviations should be disclosed (except common abbreviations) at the first mention in the text.

In the text of the article links start with [1], and follow on the rise and in order.

References are given in square brackets:

- by reference to **two or more sources that are not consecutive**, their numbers are separated with a semicolon (set standard [2; 4; 9]);
- at the mention of **three or more sources of consecutive order** the interval is indicated with a dash (set standard [2-5]).

At every mention of the names of scientists a reference to his / her publication, which should be included into references is necessary.

All quotes should end with references to sources.

All statistical data should be backed up by references to sources.

All physical quantities and units should be given in the international system of SI, the terms – according to the international nomenclature.

TABLES AND FIGURES

(GRAPHS, CHARTS, DIAGRAMS, PHOTOS)

All tables should be created in Microsoft Word, be compact and have relevant content titles.

All tables and figures in the text should be referred to.

Illustrations and tables are numbered in Arabic numerals (if their number is more than one) and are placed in the text immediately after the paragraph, in which there is reference to them.

The text of the article should not duplicate the data shown in the table.

Figures should not duplicate the table.

If graphs, charts, diagrams are constructed not in Microsoft Word, then they are sent as separate files in the program, in which they were created (Microsoft Excel, Adobe Illustrator) with the appropriate extension.

Diagrams, charts, diagrams should be made in the Grayscale color mode (grayscale). **The use of color illustrations is not permitted and is not accepted** (except authors' photographs).

Photos should be sent in separate files in .jpg format (or .tiff) with extension of 300 dpi.

BIBLIOGRAPHY CITED

References are made in accordance with DSTU GOST 7.1: 2006 and should contain the works no older than 10 years. Earlier publications are included in the list only when necessary.

The list does not include unpublished works.

The bibliographic description includes the surname and initials of the author / authors, title, publisher, place and year of publication, volume, issue, amount of pages.

In the original studies **not less than 5 and not more than 15 sources** are cited, and in **scientific reviews – up to 30 sources**.

References in the list are placed in order to the order of links in the text.

The numbering of the original sources is done only with the use of "numbered list" feature of Microsoft Word

For the correctness of the data given in the bibliography cited only authors are responsible.

The editors' board reserves the right to review and edit articles as well as refuse the works that do not meet the requirements of editorial publications. Manuscripts are not returned.

Articles and other materials should be sent to the address: 61022 Ukraine, Kharkiv, Svoboda Square, 6, room. 605, Department of Psychiatry, Addiction, Neurology and Medical Psychology, V.N. Karazin Kharkiv National University.

The electronic version is sent to the e-mail address: journal@psychiatry-neurology.org).

Additional information is available on the website of the journal: <http://www.Psychiatry-neurology.org> or by telephone number 057-705-11-71.

Наукове видання

Психіатрія, неврологія та медична психологія

Міжнародний науково-практичний журнал
Том 3, № 2 (6)

(Укр., рос. та англ. мовами)

Відповідальна за випуск І. Б. Савостьянова

Підписано до друку \$* ž \$ž" #) ž Формат 60x84/8.
Папір крейдяний. Друк офсетний.
Гарнітура Myriad.
Ум. друк. арк. #) †) ž Обл.-вид. арк. #(!" ž
Наклад 500 пр. Зам. № " \$\$*!&ž#) ž Ціна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна.
Майдан Свободи, 6, кімн. 605, м. Харків, Україна 61022.

ž

ž ž

\$&*""""""""#" (#() " *ž #ž" " + ž
(##&& ž † ž ž †) + † ž#%)
ž/") f) *ž#) ž#%) -V_ S[^Taa] XSTd] 2_ ž

