

ISSN 2411-166x (online)

ISSN 2312-5675 (print)



Міжнародний науково-практичний журнал

Психиатрия, неврология
и медицинская психология

Международный научно практический журнал

Psychiatry, Neurology
and Medical Psychology
International scientific and practical journal



Том 4
№ 1(7)
2017

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 4, № 1 (7)

Заснований 2014 р.

Харків
2017

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 (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:

К. В. Аймедов – д.мед.н., професор, академік АНВО України (Одеський національний медичний університет МОЗ України, Україна)

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. Євстегнеєв – 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» МОЗ 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. Кряж – д.психол.н. (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна)

В. М. Кузнецов – 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. Нау – д.мед.н., професор (Державний університет медицини та фармації імені М. Тестеміцану, Молдова)

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. Горбачевського, Україна)

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

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

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

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-Варібрис – 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, Австрія)

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 № 3 от 27.02.2017).

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.: +38 057 705 11 71.

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

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, оформлення, 2017.

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 (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:

C. V. Aymedov – MD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of HEAS of Ukraine (Odesa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Ukraine)

N. A. Bokhan – MD, Professor, corresponding member of RAMS, Honored Worker of Science of RF (Research Institute of Mental Health SB RAMS, Tomsk State University, Russia)

V. Chabrat – PhD (Institute of Psychiatry and Neurology, Poland)

T. V. Chernobrovkina – MD, Professor (Institute for Advanced Studies of Health Ministry, Russian State Medical University, Russia)

V. V. Chugunov – MD, Professor (Zaporozhye State Medical University, Ukraine)

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

R. A. Evstegneev – MD, Professor (Belarusian Psychiatric Association, Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education Belarus)

A. O. Filts – MD, Professor (D. Galitsky National Medical University, Ukraine)

M. Fritzsche – PhD (Practice of Internal Medicine, Switzerland)

S. F. Gluzman – Association of Psychiatrists of Ukraine, Ukrainian-American Human Rights Bureau, Medical Rehabilitation Center for the Victims of Wars and Totalitarian Regimes, Ukraine

I. A. Grigorova – MD, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Academician of UAS (V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine)

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

O. F. Ivanova – MD (V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine)

V. N. Krasnov – MD, Professor (FSBO "Moscow Research Institute of Psychiatry" Russian Ministry of Health, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Russia)

I. V. Kryazh – MD, Professor (V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine)

N. I. Kryvokon – MD, Professor (V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine)

V. N. Kuznetsov – PhD, Professor, corresponding Member of the Russian Academy of psychotherapy (P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine, Ukraine)

T. A. Litovchenko – MD, Professor (Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine)

S. D. Maksimenko – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine, Academician of NAES of Ukraine (G.S. Kostyuk Institute of Psychology, NAPS of Ukraine, Ukraine)

B. V. Mikhaylov – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine (Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine)

A. K. Napreenko – MD, Professor (O. O. Bogomolets National Medical University, Ukraine)

I. Y. Pinchuk – MD, Professor (Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine, Ukraine)

S. I. Shkrobot – MD, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine (I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ukraine)

I. K. Sosin – MD, Professor, Honored inventor of Ukraine (Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine)

S. I. Tabachnikov – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine (Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine, Ukraine)

L. N. Yuryeva – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine (State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy", Ukraine)

V. V. Ponomaryova – PhD (V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine) – executive editor

V. D. Mishiev – MD, Professor, Academician of HEAS of Ukraine (P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine, Ukraine)

O. G. Morozova – MD, Professor (Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine)

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

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

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

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

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-Varibus – 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.3 from 27.02.2017).

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.
Tel: +38 057 705 11 71.

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

© V. N. Karazin Kharkiv National University,
design, 2017.

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. Яблунчанский – 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 (Украина)

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

К. В. Аймедов – д.м.н., профессор, академик АНВО Украины (Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, Украина)

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. Евстегнеев – 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)

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. Юрueva – д.мед.н., профессор, академик АНВО Украины (Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина)

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

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

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

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

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

В. З. Ротшильд-Варибрус – к.мед.н. (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. Фрише – 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 № 3 от 27.02.2017).

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.: +38 057 705 11 71.

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

© Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, оформление, 2017.

ПСИХІАТРІЯ

- 10** **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЗОННО-МІСЯЧНИХ І ТИЖНЕВИХ КОЛИВАНЬ СУЇЦИДАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ (М. ЛИСИЧАНСЬК), У ПЕРІОДИ 2006–2013 ТА 2014–2016 РОКІВ**
П. В. Будьонний
- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЕЗОННО-МЕСЯЧНЫХ И НЕДЕЛЬНЫХ КОЛЕБАНИЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДЕПРЕССИВНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ (Г. ЛИСИЧАНСК) В ПЕРИОДЫ 2006–2013 И 2014–2016 ГОДОВ
П. В. Будённый
- COMPARATIVE ANALYSIS OF SEASONALLY-MONTHLY AND WEEKLY FLUCTUATIONS OF SUICIDAL ACTIVITY OF PEOPLE LIVING IN THE DEPRESSED INDUSTRIAL REGION OF LISICHANSK IN THE 2006–2013 AND 2014–2016 PERIODS
P. V. Budonnyi
- 18** **MODERN THERAPEUTIC APPROACHES TO TREATMENT AND REHABILITATION OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS**
D. I. Dimshits
- СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
Д. І. Димшиць
- СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Д. И. Дымшиц
- 24** **КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА ПРЕМОРБІДНІ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА ОРГАНІЧНІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ КОМПЛАЄНСУ ДО ТЕРАПІЇ**
Н. В. Криванкова
- КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ПРЕМОРБИДНЫЕ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С НАРУШЕНИЯМИ КОМПЛАЕНСА К ТЕРАПИИ
Н. В. Криванкова
- CLINICAL-ANAMNESTIC AND PREMORBID PATHPERSONOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS SUFFERING FROM ORGANIC DEFEAT AND ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS WITH POOR THERAPY COMPLIANCE
N. V. Krivankova
- 29** **ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ХВОРИХ НА ПРОСТУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ З АТИПОВОЮ КЛІНІЧНОЮ СТРУКТУРОЮ**
О. В. Мосейко
- ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ ПРОСТОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С АТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРОЙ
А. В. Мосейко
- FEATURES OF MOTIVATIONAL DISORDERS OF PATIENTS WITH SIMPLE-TYPE SCHIZOPHRENIA WITH ATYPICAL CLINICAL STRUCTURE
A. V. Moseyko

33 ДИССОЦІАЛЬНЕ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ: ПРОБЛЕМИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ

В. Ф. Простомолотов

ДИССОЦІАЛЬНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ: ПРОБЛЕМИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ

В. Ф. Простомолотов

ANTI-SOCIAL PERSONALITY DISORDERS: PROBLEMS OF THEORY AND PRACTICE

V. F. Prostromolotov

НЕВРОЛОГІЯ

40 HYDROCEPHALUS IN CLINICAL PRACTICE

О. Ю. Меркулова

ГІДРОЦЕФАЛІЯ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

О. Ю. Меркулова

ГИДРОЦЕФАЛИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. Ю. Меркулова

45 СПОНДИЛОГЕННІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КРОВООБІГУ У ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНУ БАСЕЙНІ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Н. О. Некрасова

СПОНДИЛОГЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАСЕЙНЕ

Н. А. Некрасова

THE SPONDYLOGENIC PECULIARITIES OF VERTEBROBASILAR INSUFFICIENCY

N. O. Nekrasova

НАРКОЛОГІЯ

52 АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПОШИРЕНОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК УЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД 1990–2014 РОКІВ

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

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В УКРАИНЕ ЗА ПЕРИОД 1990–2014 ГОДОВ

Л. М. Маркозова, И. В. Линский, А. В. Бараненко

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF THE PREVALENCE AND INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS AND BEHAVIOR AS A RESULT OF THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN UKRAINE FOR THE PERIOD 1990–2014 YEARS

L. M. Markozova, I. V. Linskiy, A. V. Baranenko

59 КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАВИСИМОСТЮ

Ю. В. Северин, І. В. Гриценко

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Ю. В. Северин, І. В. Гриценко

COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE

Iu. V. Severyn, I. V. Hrytsenko

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

- 66** **ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНА МОДЕЛЬ КОМАНДНОГО ПІДХОДУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА АЛОПЕЦІЮ**
К. В. Аймедов, В. В. Живилко, Х. О. Молдавська
ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНАЯ МОДЕЛЬ КОМАНДНОГО ПОДХОДА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ
К. В. Аймедов, В. В. Живилко, К. О. Молдавская
TRANS-DISCIPLINARY MODEL OF THE TEAM APPROACH IN THE PROCESS OF TREATMENT AND MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH ALOPECIA
С. V. Aymedov, V. V. Zhivilko, K. O. Moldavskya
- 74** **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ І ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ НА ВАГУ ЇХНІХ ДІТЕЙ ПРИ НАРОДЖЕННІ**
О. В. Боднар
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ВЕС ИХ ДЕТЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ
Е. В. Боднар
CERTAIN ASPECTS OF THE IMPACT OF PSYCHO-SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS BY WOMEN HAVING PREGNANCY FAILURES ON DISABILITIES OF THEIR CHILDREN UPON BIRTH
O. V. Bodnar
- 79** **УДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**
Ю. О. Гончар
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
Ю. А. Гончар
THE IMPROVEMENT OF THE EMOTIONAL STATE ASSESSMENT OF CHILDREN WITH PSYCHOPHYSICAL IMPAIRMENTS
Y. A. Gonchar
- 85** **ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ**
С. І. Коломієць
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ
С. И. Коломиец
PSYCHOEMOTIAL AND PERSONAL PECULIARITIES OF ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS
S. I. Kolomiets
- 91** **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ**
І. Р. Мухаровська
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА
И. Р. Мухаровская
QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS DURING TREATMENT PROCESS
I. R. Mukharovska
-

- 96 ЛЕПТИН КРОВІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**
О. М. Радченко, Л. І. Пилипів
ЛЕПТИН КРОВИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Е. М. Радченко, Л. И. Пылыпив
BLOOD LEPTIN AND PSYCHO-EMOTIONAL STATE IN PATIENTS WHO SUFFER FROM CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
O. M. Radchenko, L. I. Pylypiv
- 100 АНОНИМНЕ АНКЕТУВАННЯ ЯК СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ БУЛІНГУ СЕРЕД МЕДИКІВ**
А. Ю. Сидоренко
АНОНИМНОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ БУЛЛИНГА СРЕДИ МЕДИКОВ
А. Ю. Сидоренко
ANONYMOUS SURVEY AS A METHOD OF BULLYING DETECTION AMONG MEDICAL WORKERS
A. Yu. Sydorenko
- 107 STUDY OF FACTORS OF STRESS FORMATION AMONG FIRST YEAR MEDICAL STUDENTS AND ITS INFLUENCE ON MEMORY PROCESSES. RECOMMENDATIONS FOR STRESS REDUCING AND MEMORY IMPROVING AMONG STUDENTS**
О. М. Сукачова, Д. М. Волошина
ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ СТРЕСУ І ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОЦЕСИ ПАМ'ЯТІ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ І КУРСУ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ СТРЕСУ І ПОЛІПШЕННЯ ПАМ'ЯТІ У СТУДЕНТІВ
О. М. Сукачова, Д. М. Волошина
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕССЫ ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ І КУРСА. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СНИЖЕНИЮ СТРЕССА И УЛУЧШЕНИЮ ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ
О. Н. Сукачёва, Д. Н. Волошина
- 111 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ У ЖІНОК З НЕВРОТИЧНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ (ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДРУЖИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АТО)**
Я. В. Шпильовий
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ПСИХОГЕНЕЗА (ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ И ЖЕН ВОЕННОСЛУЖАЩИХ – УЧАСТНИКОВ АТО)
Я. В. Шпилевый
COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION MECHANISMS IN WOMEN WITH NEUROTIC ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER OF DIFFERENT GENESIS (INTERNALLY DISPLACED PERSONS AND WIVES OF ATO PARTICIPANTS)
Ia. V. Shpylovyi

118 ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З ДИСГАРМОНІЙНИМ САМОВІДНОШЕННЯМ

М. А. Юдін

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГА У ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ДИСГАРМОНИЧНЫМ САМООТНОШЕНИЕМ

М. А. Юдин

FEATURES OF COPING IN PATIENTS WITH COSMETIC PROBLEMS AND DISHARMONIOUS SELF-ESTEEM

М. А. Yudin

ТЕРАПІЯ

124 КОНТРАНОЗОГЕННІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ ПРИ ПСИХОЕНДОКРИННОМУ СИНДРОМІ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРНИКІВ

В. В. Іщук

КОНТРАНОЗОГЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВЛИЯНИЯ ПРИ ПСИХОЭНДОКРИННОМ СИНДРОМЕ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

В. В. Ищук

ANTINOSOGENIC PSYCHOTHERAPEUTIC INFLUENCES OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY

V. V. Ischuk

129 СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВОЙ И АНИМАЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РАННЕЙ ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Б. В. Михайлов, М. Е. Водка, Т. А. Алиева, И. Д. Вашките

СПОЛУЧЕНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ІГРОВОЇ ТА АНІМАЛОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З РАННЬОЮ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Б. В. Михайлов, М. Є. Водка, Т. А. Алієва, І. Д. Вашките

THE COMBINED USE OF THE PLAY THERAPY AND ANIMAL-ASSISTED THERAPY IN CHILDREN WITH EARLY MENTAL RETARDATION

B. V. Mykhaylov, M. E. Vodka, A. Aliieva, I. D. Vashkite

ІСТОРІЯ

137 ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД ПОГЛЯДІВ ОСНОВНИХ ХРИСТІЯНСЬКИХ КОНФЕСІЙ СТОСОВНО ДУШЕВНОХВОРИХ ЛЮДЕЙ

Т. В. Лівертовська

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР ВЗГЛЯДОВ ОСНОВНЫХ ХРИСТИАНСКИХ КОНФЕССИЙ НА ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ

Т. В. Ливертовская

HISTORICAL OVERVIEW OF THE VISION OF MAJOR CHRISTIAN CONFESSIONS ABOUT MENTALLY ILL PEOPLE

T. V. Livertovsky

146 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

148 ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

150 SUBMISSION GUIDELINES



П. В. Будьонний

УДК: 616.895+616.89-008.441.44+616-08

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЗОННО-МІСЯЧНИХ І ТИЖНЕВИХ КОЛИВАНЬ СУЇЦИДАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ (М. ЛИСИЧАНСЬК), У ПЕРІОДИ 2006–2013 ТА 2014–2016 РОКІВ

П. В. Будьонний

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна
Лисичанська обласна психіатрична лікарня, м. Лисичанськ, Україна

Анотація.

Вивчення часової динаміки суїцидальної поведінки різномірної групи дозволяє проаналізувати дію трьох груп факторів більш високого порядку: біологічних, соціальних і психологічних. На тлі АТО відбулася низка змін суїцидальної активності залежно від часу. Сезонні коливання у період АТО стали більш амплітудними з коливаннями показників у чоловіків від 4,10 до 12,40 (у мирний час – від 5,40 до 10,70), а у жінок – від 1,10 до 14,90 (у мирний час – від 4,60 до 11,20). Максимум і мінімум суїцидальної активності чоловіків спостерігався на місяць пізніше, ніж у довоєнний період. Під час АТО суїцидальна активність за днями тижня у чоловіків знаходиться у протифазі з довоєнним періодом. Мінімальні показники відзначалися у понеділок, середу та неділю (на тлі АТО – у четвер та суботу), а максимальні – в четвер та суботу (на тлі АТО – у п'ятницю). У жінок крива у період проведення АТО значною мірою повторила криву мирного часу з мінімальним значенням у суботу, але максимум припав на п'ятницю (у мирний час – на неділю).

Ключові слова: суїцид, суїцидальна поведінка, сезонність, війна, АТО.

Вступ

Актуальність роботи визначається високим рівнем самогубств в Україні (22 на 100 тис. населення) та прогнозованим зростанням такого суїцидогенного фактору, як розлад адаптації, який зумовлений значними змінами психологічної та соціальної обстановки, пов'язаної з бойовими діями.

Окрім високої значущості суїцидальної поведінки (СП) для України у практичній площині, СП досі залишається недостатньо вивченою й у теоретичному плані. Це відбувається всупереч значним зусиллям, яких докладають науковці у цьому напрямі, й обумовлено певними причинами. Практично всі автори, які вивчають суїцидальну поведінку, вважають, що на шляху її дослідження вченим доводиться зіштовхнутися з низкою факторів (релігійні традиції, культура, моральність, юридичні та соціальні аспекти), які табуують суїцид або роблять його неприйнятним, і це значно деформує

статистичні дані, створює ефект «вершини айсберга» [1–3]. З іншого боку, СП овіяна якось ореолом таємничості, що підігриває інтерес інтернет-спільноти і часом призводить до суїцидоімітуючої поведінки.

Недостатність достовірних даних про суїцидні спроби (парасуїцид) пояснюється складністю отримання об'єктивних даних і труднощами їх реєстрації. У поле зору спеціалістів потрапляє приблизно 1 з 4–10 випадків суїцидальних спроб [3]. Офіційна статистика реєструє тільки явні епізоди суїциду, тому кількість реальних самогубств значно вище загальновідомих даних, адже причиною більшості «смертей від нещасних випадків» (передозування медичних препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти) насправді є суїциди [1; 4].

Статистичні дані з цього питання суперечливі, що обумовлено, з одного боку, використанням багатьма дослідниками нерепрезентативних і непорівнянних вибірок, а з

іншого боку – застосуванням різних діагностичних підходів; до того ж самі роботи часто мають спекулятивний характер [1]. Усі автори практично однотайно погоджуються, що самогубства ніколи не здійснюються внаслідок якоїсь однієї причини, такому акту завжди передує цілий комплекс складно взаємодіючих між собою факторів [1–8]. Дослідження часової динаміки СП різнорідної групи дозволяє винести за дужки аналізу значну кількість змінних (вік, діагноз, соціальний статус і т. д.), які не піддаються впливу надзвичайних ситуацій, і звести аналіз до вивчення впливу на СП 3 груп факторів більш високого порядку: біологічних, соціальних і психологічних.

За даними ВООЗ [4], вплив надзвичайної ситуації відбувається за двома напрямками:

- за соціальним (відсутність безпеки, розділення сім'ї, втрата засобів до існування і соціальної структури повсякденного життя, відсутність громадської підтримки та ін.);
- за психологічним (занепокоєння, пов'язане з відсутністю інформації, сум, дистрес тощо).

Гібридна війна, яка ведеться на території, що вивчається нами, – це надзвичайна ситуація, яка має характер військово-політичного та соціально-політичного конфлікту з масовими жертвами. Ця ситуація відзначається чіткими часовими характеристиками і позначається на соціальних та психологічних аспектах життя. Додатковим фактором тиску на населення стала інформаційно-психологічна складова гібридної війни, яка впливає на базові цінності особистості, самосвідомість (менталітет, культура, мова спілкування), самоідентифікацію (соціальна і рольова ідентифікація) [9].

Більшість авторів вважають, що під час економічних спадів показники суїцидів збільшуються, в такі періоди стресогенними і, як наслідок, суїцидогенними факторами стають безробіття і невпевненість у завтрашньому дні [1; 2; 5–8]. Зміни у соціальній сфері впливають на частоту самогубств так само, як і в економічній. Загальноприйнятою вважається думка, що суїцидентів набагато більше серед розлучених, самотніх і безробітних. Найчастішими суїцидогенами є втрата близької людини або відторгнення нею, втрата здоров'я і працездатності, престижу та поваги оточуючих [1; 2].

Суїцидогенам протистоять антисуїцидальні чинники: релігія, моральне неприйняття суїциду, соціальна підтримка, близькі

стосунки з родичами, вагітність і наявність маленьких дітей, батьківські почуття, небажання завдати біль близьким, розвинене почуття обов'язку. Втримати від самогубства можуть і страх болю та смерті, її неестетичності й загроза інвалідності у разі невдалої спроби, а також страх осуду. Стимулюючим фактором також можуть стати думки про невикористані життєві можливості, наявність творчих планів і задумів, а також попередні досягнення в значущих для пацієнта галузях [1; 2; 5–7].

Під час кризи особистість стає ареною боротьби двох сил, двох факторів – суїцидогенних і антисуїцидальних, а зміни суїцидальної активності (СА) є результируючою їх векторного впливу.

Мета дослідження

Мета дослідження полягає у вивченні часових і гендерних характеристик скоєних (реалізованих) суїцидальних спроб у м. Лисичанськ і прилеглих територіях у період проведення АТО (2014–2016 рр.) порівняно з 2006–2013 рр. для подальшої оцінки прогнозування наслідків суїцидальної активності. Виходячи з цього, визначено предиктори формування СП у населення депресивного регіону Донбасу у 2006–2016 роки. Досліджено і систематизовано вплив часових і гендерних характеристик на механізми виникнення СП.

Матеріали та методи дослідження

З 15 тис. медичних карт стаціонарних хворих (ф. № 003/о), які проходили лікування у довоєнний період (2006–2013 рр.) у стаціонарних відділеннях Лисичанської обласної психіатричної лікарні [10; 11], і 3,50 тис. пацієнтів, які спостерігалися у 2014–2016 рр., були відібрані та клініко-анамнестично проаналізовані відповідно 409 і 208 випадків суїцидальної та аутоагресивної поведінки обстежених. Під час аналізу дня тижня і часу доби бралися до уваги тільки ті випадки, коли була можливість достовірно визначити час намірів і дій, спрямованих на самоушкодження або самознищення.

Під час дослідження аналізувався весь спектр СП, який включає суїцидальні думки, задуми, наміри і дії, спрямовані на самоушкодження або самознищення, тобто всі внутрішні та зовнішні форми СА [5; 6].

Обробка отриманих даних здійснювалася методами математичної статистики (квадратичне відхилення) з використанням обчислювальних таблиць Excel Microsoft Office 2014 [12].

Результати дослідження та їх обговорення

Середній показник завершених суїцидів по м. Лисичанськ у довоєнний час (2006–2013 рр.) склав 21,50 на 100 тис. населення, а у період проведення АТО (2014–2016 рр.) – 26,40 (рис. 1).

Максимальні показники СА чоловіків у 2006–2013 рр. припали на серпень, вересень і жовтень (по $10,10\pm 0,24$), мінімальні – на квітень ($5,40\pm 0,18$). У жінок пік СА спостерігався у серпні ($11,20\pm 0,19$), а мінімальне значення – у лютому ($4,60\pm 0,12$) (рис. 2).

При аналізі графіків СА чоловіків та жінок у період проведення АТО найбільший інтерес викликають місяці, коли СА знаходиться в протифазах – це березень, коли показник чоловіків більш ніж в 2 рази вище жіночого ($12,40\pm 0,12$ та $4,60\pm 0,12$ відповідно), та серпень з протилежною картиною ($5,80\pm 0,05$ та $14,90\pm 0,14$ відповідно) (рис. 3). Особлива увага до ситуації у серпні викликана високою насиченістю невідкладних соціально-економічних завдань, які зазвичай виникають у населення в цей час.

Але закінчення польових робіт та початок підготовки до зими, підготовка до навчального року дітей і т. п. значною мірою ускладнюються через АТО.

У цілому під час проведення АТО крива СА протягом року у чоловіків повторює довоєнний період, але при цьому відзначається низка змін (рис. 4):

- весняний пік СА спостерігається на місяць пізніше, як і річний мінімум;
- значення весняного піку у березні ($12,40\pm 0,12$) на $3,80\%$ вище довоєнного піку в лютому ($8,60\pm 0,22$);
- травневий мінімум під час війни ($4,10\pm 0,04$) на $1,30\%$ глибше квітневого мінімуму у мирний час ($5,40\pm 0,18$);
- на тлі плато осіннього періоду, під час АТО спостерігається зниження активності у серпні до $5,80\pm 0,05$;
- на відміну від мирного часу, коли передноворічні грудневі та післяноворічні січневі показники були ідентичними і дорівнювали $8,60\pm 0,22$, у період АТО спостері-

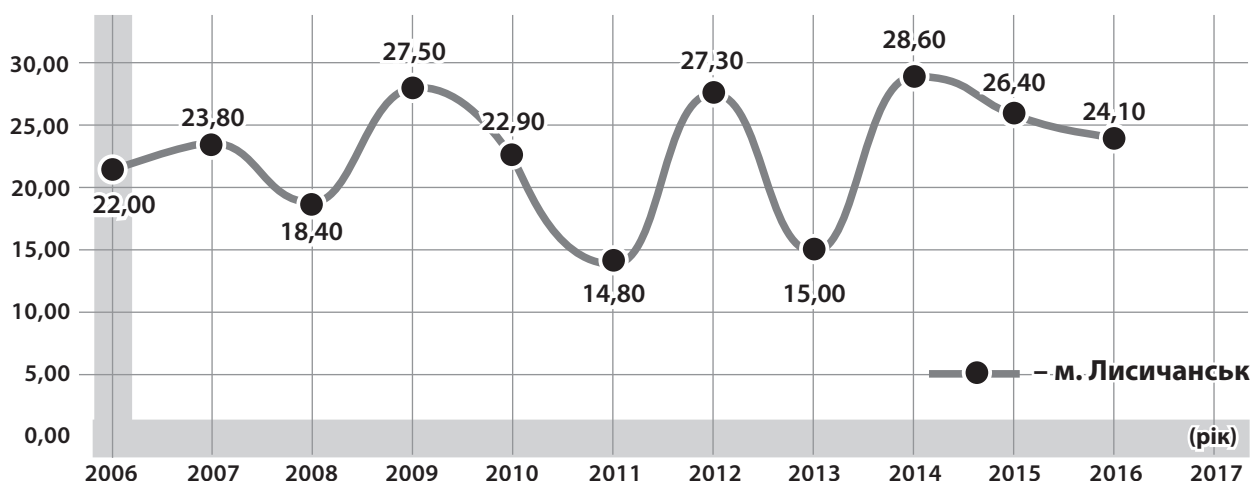


Рис. 1. Динаміка завершених суїцидальних спроб у м. Лисичанськ на 100 тис. населення (2006–2016 рр.)

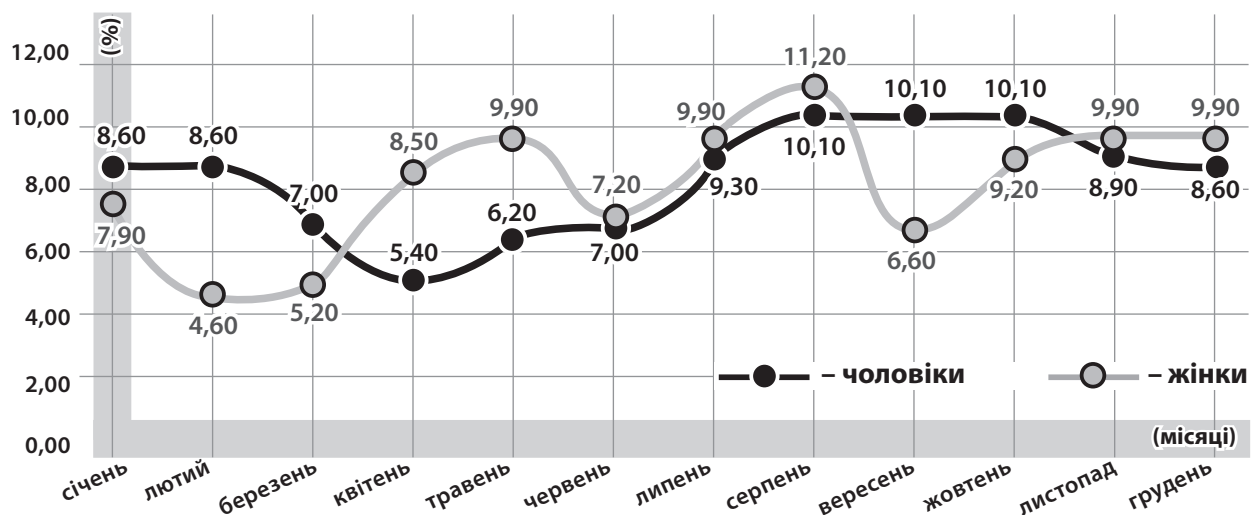


Рис. 2. Розподіл СП за місяцями з урахуванням статі у 2006–2013 рр.

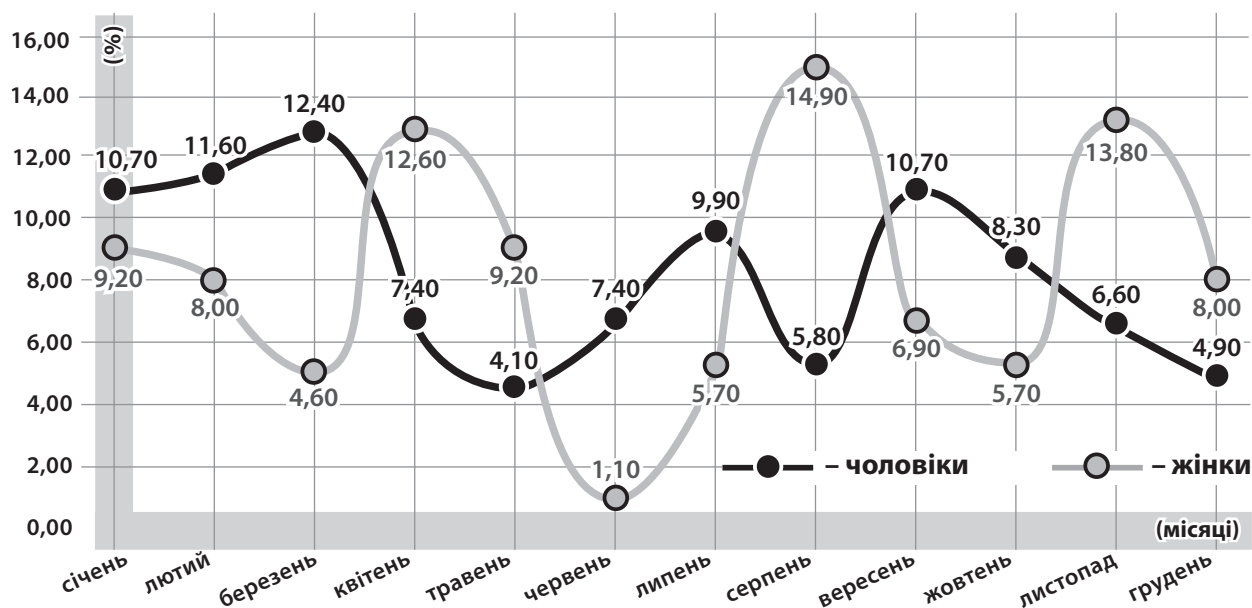


Рис. 3. Розподіл СП за місяцями з урахуванням статі у 2014–2016 рр.

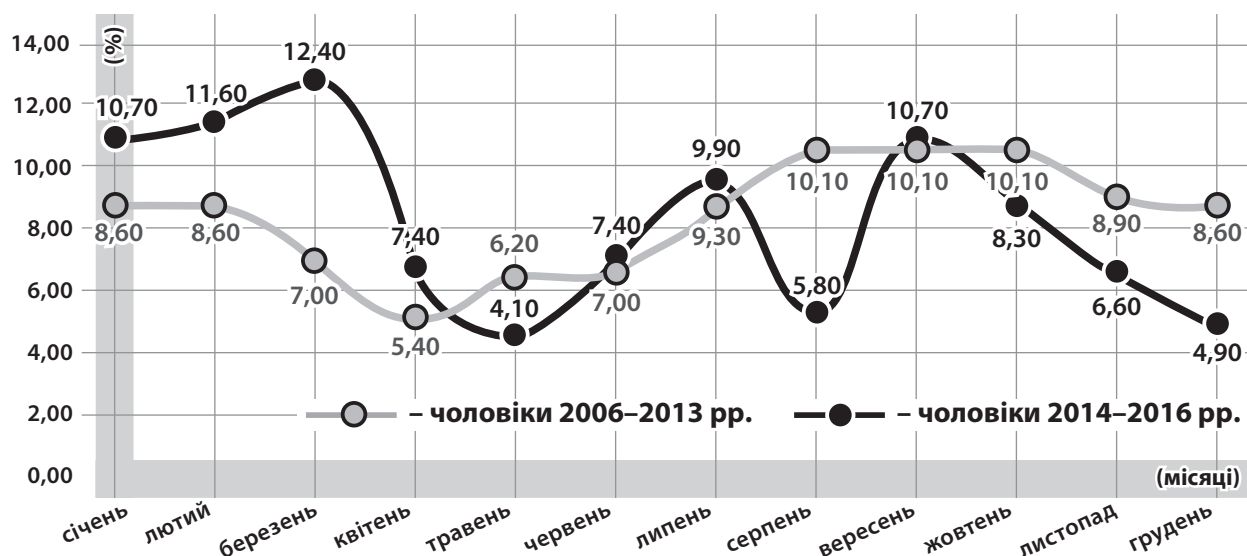


Рис. 4. Розподіл СП за місяцями у чоловіків у 2006–2013 та 2014–2016 рр.

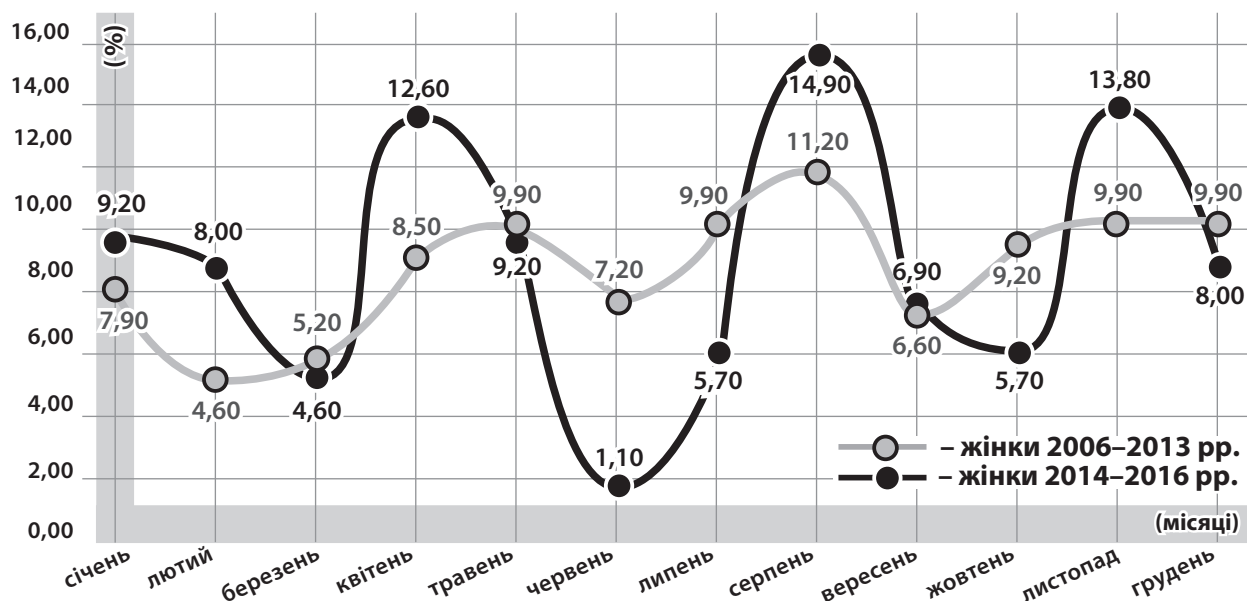


Рис. 5. Розподіл СП за місяцями у жінок у 2006–2013 та 2014–2016 рр.

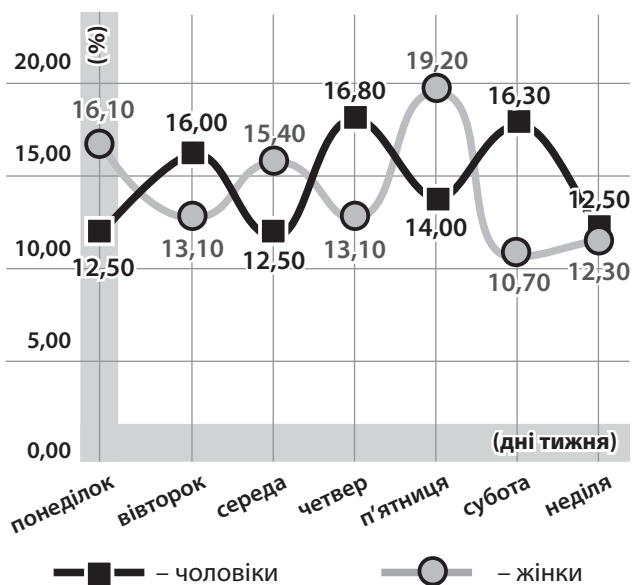


Рис. 6. Розподіл СП за днями тижня з урахуванням статі у 2006–2013 рр.

гається різкий стрибок СА з $4,90\% \pm 0,05$ до $10,70\% \pm 0,10$ у січні.

У сезонних коливаннях СА жінок у період АТО відбулися значні зміни, хоча контури кривої активності й повторюють довоєнну картину. Коливання стало ще більш амплітудним із піками у квітні ($12,60\% \pm 0,12$), серпні ($14,90\% \pm 0,14$) і листопаді ($13,80\% \pm 0,13$) та мінімумами у березні ($4,60\% \pm 0,04$), червні ($1,10\% \pm 0,10$) і жовтні ($5,70\% \pm 0,06$) (рис. 5).

Найбільша питома вага точно встановленого часу СП у мирний час у чоловіків припала на четвер ($16,80\% \pm 0,29$) і субо-

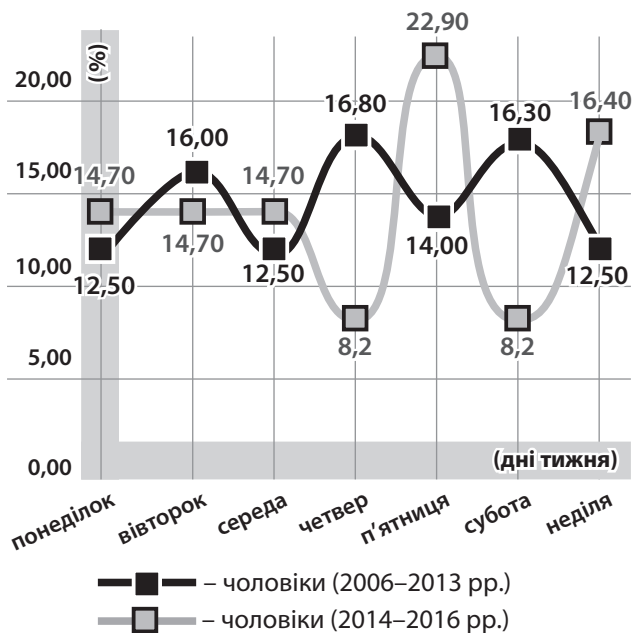


Рис. 7. Розподіл СП за днями тижня у чоловіків у 2006–2013 та у 2014–2016 рр.

ту ($16,30\% \pm 0,29$), менша частина випадків – на понеділок, середу та неділю (по $12,50\% \pm 0,25$). У жінок максимальна СА спостерігалася у п'ятницю ($19,20\% \pm 0,21$), а мінімальна – у суботу ($10,70\% \pm 0,15$) (рис. 6).

СА чоловіків залежно від дня тижня у період проведення АТО знаходиться у протифазі порівняно з довоєнним часом. Також звертає на себе увагу значне збільшення амплітуди коливань активності у період АТО, тоді як у мирний час СА більш рівномірно розподілена протягом усього тижня. Мінімальні показники активності отримано у четвер і суботу (по $8,20\% \pm 0,08$), а максимальні – у п'ятницю ($22,90\% \pm 0,23$), при показниках у вигляді плато в понеділок – середу (рис. 7).

Крива жіночої СА під час АТО значною мірою повторює криву довоєнного періоду, але п'ятничний пік відсутній, у суботу відзначається глибокий спад ($7,30\% \pm 0,07$), а максимальне значення – у неділю ($19,50\% \pm 0,19$). Також привертає увагу плавне зниження ак-

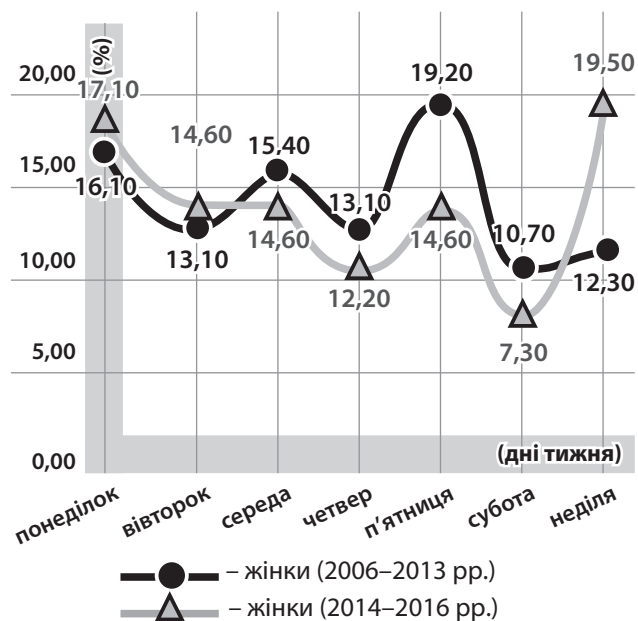


Рис. 8. Розподіл СП за днями тижня у жінок у 2006–2013 та у 2014–2016 рр.

тивності з понеділка до четверга, тоді як у довоєнний час графік за цей же період мав характер хвилі (рис. 8).

У 2006–2013 рр. максимальна кількість випадків СП у чоловіків відзначалася у проміжок часу з 12:01 до 18:00 години ($40,70\% \pm 0,35$), а у жінок – з 18:01 до 24:00 годин ($42,10\% \pm 0,64$). У період проведення АТО як у чоловіків, так і у жінок зменшилася питома вага суїцидів і парасуїцидів у досвітній

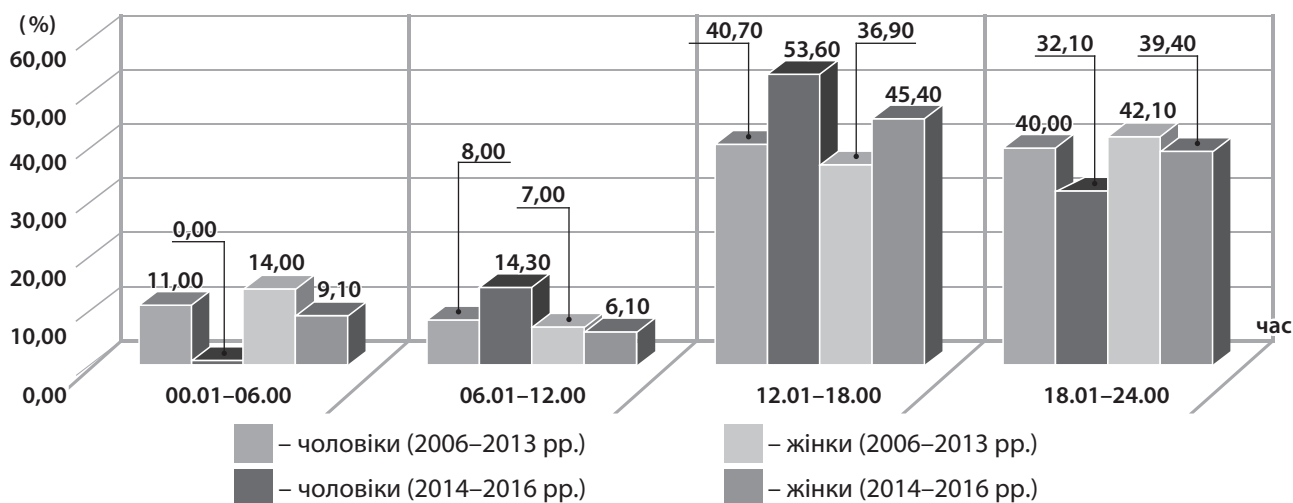


Рис. 9. Розподіл СП за часом доби з урахуванням статі у 2006–2013 і 2014–2016 рр.

(00:01–6:00) і вечірній (18:01–24:00) часи, а у денний час (12:01–18:00) їх кількість, навпаки, зросла (рис. 9).

Висновки

Виходячи з отриманих результатів, можна зробити певні висновки.

1. Порівняльний аналіз коливань суїцидальної активності у 2006–2013 та 2014–2016 рр. осіб, які проживають у депресивному промисловому регіоні (м. Лисичанськ), дає змогу говорити про те, що гібридну війну, яка ведеться на цій території, неможна вважати антисуїцидальним фактором у тому сенсі, в якому розглядали війну автори минулого століття. У період проведення АТО рівень завершених суїцидальних спроб залишався стабільно високим – 26,40 на 100 тис. населення, але не перевищував дані окремих років довоєнного періоду. У той же час відзначено значні зміни у характері СА, причому у чоловіків і у жінок зрушення відбуваються у різних напрямках (залежно від пори року і дня тижня), але при цьому суттєвого впливу часу доби на СА не виявлено.

2. Аналіз кривої суїцидальної активності протягом року показує, що зберігається вплив біологічного чинника, але зі змінами відносно довоєнного часу. Так, у чоловіків крива СА протягом року у цілому повторює довоєнний період, але весняний пік та річний мінімум зареєстровані на місяць пізніше, а самі перепади відрізняються більшою амплітудою. Сезонні коливання жіночої СА у період АТО також повторюють контури кривої довоєнного часу, і, як й у чоловіків, відзначаються більшою амплітудою, а та-

кож зсувом піків та мінімумів у межах одного місяця.

3. Отримані дані свідчать, що на тлі гібридної війни соціальні фактори справляють значний вплив на СА (як протягом року, так і протягом тижня) та призводять до значних змін СП і у чоловіків, і у жінок. У вересні 2006–2013 рр. тільки жінки реагували різким падінням СА, яке було викликано соціальними факторами (зокрема, роллю жінки у вихованні дітей та у господарстві), а крива СА чоловіків у цей час мала характер плато. У 2014–2016 рр. ситуація змінюється: у серпні, приблизно у той же час, що й у жінок, у чоловіків також спостерігається різке зниження СА до $(5,80\% \pm 0,05)$. Окрім цього, саме у чоловіків у період АТО зареєстровано зміни й узимку: відбувається різкий стрибок СА з $(4,90\% \pm 0,05)$ у грудні до $(10,70\% \pm 0,10)$ у січні, хоча у мирний час грудневі та січневі показники були ідентичними.

4. Вивчення протягом тижня СА, на яку справляють вплив переважно соціальні фактори, дозволяє говорити про більш гостру реакцію чоловіків порівняно з жінками на проведення АТО:

– залежність СА чоловіків від дня тижня у 2014–2016 рр. знаходиться у протифазі їх СА у 2006–2013 рр. Рівномірна хвилеподібна крива довоєнного періоду змінилася плато у понеділок-середу і різким зниженням активності у четвер та суботу (по $8,20\% \pm 0,08$). Але у п'ятницю, наприкінці тижня, який у чоловіків нашого регіону традиційно вважається днем «відпочинку» після робочих днів, коли активізується алкоголізація, відбувається різке зростання

показників СА до (22,90%±0,23), якого не було у мирний час;

– крива жіночої недільної СА під час АТО значною мірою повторює криву довоєнного періоду. П'ятничний пік СА у жінок у мирний час, ймовірно, пов'язаний з тією ж самою традицією «відпочинку» у чоловіків, зникає у період АТО. Натомість з'являється пік СА напередодні робочого тижня, у

неділю, до (19,50%±0,19), а після нього зареєстровано більш глибокий спад у суботу – до (7,30%±0,07).

З метою більш глибокого розуміння причин змін, виявлених під час даної роботи, дослідження у визначеному напрямку буде продовжено. Вивчатимуться зміни у формах та мотивах суїцидальної поведінки та їхні патопсихологічні характеристики, обумовлені впливом АТО.

Література

1. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклош, 2007. – 280 с.
2. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
3. Хаустова О. О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року / О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4(77) – С. 12–17.
4. Психическое здоровье в чрезвычайных ситуациях: информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2016. – № 383. – 8 с.
5. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6, № 4. – С. 14–20.
6. Амбрумова А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные вопросы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 1978. – Т. 82. – С. 6–28.
7. Пилягина Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? /

- Г. Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3, №3. – С. 24–27.
8. Дюркгейм Э. О. Самоубийство: социологический этюд / Э. О. Дюркгейм; пер. с фр. с сокр.; под ред. В. А. Базарова. – М., 1994. – 339 с.
9. Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна: медико-психологічні наслідки та стратегії протидії / М. В. Маркова // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2016. – № 4. – С. 6–10.
10. Будьонний П. В. Взаємозв'язок СП з сезонно-місячними та добовими циклами у населення, яке проживає у депресивному промисловому регіоні / П. В. Будьонний // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4(89). – С. 43–46.
11. Будьонний П. В. Особливості СП осіб, які мешкають у депресивному промисловому регіоні м. Лисичанськ (2006–2013 рр.) / П. В. Будьонний // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 3(86). – С. 28–32.
12. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Моріон, 2000. – 320 с.

References

1. Voytsekh V. F. Klinicheskaya suitsidologiya [Clinical Suicidology]. Moscow, Miklosh Publ., 2007, 280 p. (In Russ.)
2. Yur'eva L. N. Klinicheskaya suitsidologiya [monografiya] [Clinical Suicidology [monograph]]. Dnepropetrovsk, Thresholds Publ., 2006, 472 p. (In Russ.)
3. Haustova O. O. Samogubstva ta pobutova smertnist' v Ukrai'ni [pidsumky 2012 roku] [Suicide and household mortality in Ukraine [2012 results]]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2013, vol. 21, issue 4(77), pp. 12-17. (In Ukr.)
4. Psikhicheskoe zdorov'e v chrezvychaynykh situatsiyakh [informatsionnyy byulleten' Vsemirnoy organizatsii zdravookhraneniya] [Mental health in emergency situations [World Health Information Newsletter]]. 2016, no. 383, 8 p. (In Russ.)
5. Ambrumova A. G. Psikhologiya samoubiystva [Psychology of suicide]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya [Social and Clinical Psychiatry], 1996, vol. 6 no. 4, pp. 14-20. (In Russ.)
6. Ambrumova A. G., Tikhonenko V. A. Suitsid kak fenomen sotsial'no-psikhologicheskoy dezadaptatsii lichnosti [Suicide as a phenomenon of socio-psychological maladjustment]. Aktual'nye voprosy suitsidologii. Trudy Moskovskogo NII psikhiiatrii MZ RF [Actual questions

- of suicidology. Proceedings of the Moscow Research Institute of Psychiatry MH RF]. Moscow, 1978, vol. 82, pp. 6-28. (In Russ.)
7. Pilyagina G. Ya. Autoagressiya: biologicheskaya tselesoobraznost' ili psikhologicheskii vybor? [Auto-aggression: biological expediency or psychological choice?]. Tavrisheskiy zhurnal psikhiiatrii [Taurian Journal of Psychiatry], 1999, vol. 3, no. 3, pp. 24-27. (In Russ.)
8. Dyurkgeym E. O. Samoubiystvo: sotsiologicheskii etyud [per. s fr. S sokr.; pod red. V. A. Bazarova] [Suicide: sociological study [Translated from French with reductions; ed. V. A. Bazarov]]. Moscow, 1994, 339 p. (In Russ.)
9. Markova M. V. Informacijno-psyhologichna vijna: medyko-psyhologichni naslidky ta strategii' protydii' [Information and psychological warfare, medical and psychological consequences and strategies for combating]. Problemy bezperervnoi' medychnoi' osvity ta nauky [Problems of continuing medical education and research], 2016, no. 4, pp. 6-10. (In Ukr.)
10. Bud'onnyj P. V. Vzajemozv'jazok sui'cydal'noi' povedinky z sezonno-misjachnymy ta dobovymy cyklamy u naselennja, jake prozhyvaje u depressyvnomu promyslovomu regionu [The relationship of suicidal behavior with seasonally monthly and daily cycles of people living in an industrial region depressyvnomu]. Ukrai'ns'kyj visnyk psy-

honevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2016, vol. 24, issue 4 (89), pp. 43-46. (In Ukr.)

11. Bud'onnyj P. V. Osoblyvosti sui'cydal'noi' povedinky osib, jaki meshkajut' u depressyvnomu promyslovomu regioni m. Lysychans'k (2006–2013 rr.) [Features suicidal behavior of people who live in the industrial region of depressyvnomu. Lisichansk (2006-2013 years)].

Arhiv psyhiatrii' [Archives of psychiatry], 2016, vol. 22, no. 3 (86), pp. 28-32. (In Ukr.)

12. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kiev, Morion Publ., 2000, 320 p. (In Russ.)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЕЗОННО-МЕСЯЧНЫХ И НЕДЕЛЬНЫХ КОЛЕБАНИЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДЕПРЕССИВНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ (Г.ЛИСИЧАНСК) В ПЕРИОДЫ 2006–2013 И 2014–2016 ГОДОВ

П. В. Будённый

ГУ «Луганский государственный медицинский университет» (г. Рубежное)

Лисичанская областная психиатрическая больница

Аннотация. Изучение временной динамики суицидального поведения разнородной группы позволяет проанализировать действие трех групп факторов более высокого порядка: биологических, социальных и психологических. Во время АТО произошли изменения суицидальной активности в зависимости от времени. Сезонные колебания в период АТО стали более амплитудными с колебаниями показателей у мужчин от 4,10 до 12,40 (в мирное время – от 5,04 до 10,70), а у женщин от 1,10 до 14,90 (в мирное время – от 4,60 до 11,20). Максимум и минимум суицидальной активности мужчин наблюдался на месяц позже, чем в довоенный период. Во время АТО суицидальная активность по дням недели у мужчин находится в противофазе с довоенным периодом. Минимальные показатели были зарегистрированы в понедельник, среду и воскресенье (во время АТО – в четверг и субботу), а максимальные – в четверг и субботу (во время АТО – в пятницу). У женщин кривая в период проведения АТО в значительной степени повторила кривую мирного времени с минимальным значением в субботу, но максимум пришелся на пятницу (в мирное время – на воскресенье).

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, сезонность, война, АТО.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SEASONALLY-MONTHLY AND WEEKLY FLUCTUATIONS OF SUICIDAL ACTIVITY OF PEOPLE LIVING IN THE DEPRESSED INDUSTRIAL REGION OF LISICHANSK IN THE 2006–2013 AND 2014–2016 PERIODS

P. V. Budonnyi

State Institution "Lugansk State Medical University" (Rubizhne)

Lysychansk regional mental Hospital

Summary. The study of the temporal dynamics of suicidal behavior of a heterogeneous group allows one to analyze the effect of the three groups of factors of a higher order: biological, social and psychological. During ATO, there were changes in suicidal activity as a function of time. Amplitude of seasonal fluctuations in the period of ATO became higher with fluctuations of men indices from 4.1 to 12.4 (in peacetime - from 5.4 to 10.7), and in women from 1.1 to 14.9 (in peacetime - from 4.6 to 11.2). The maximum and minimum suicidal activity of men was observed a month later than in the pre-war period. During ATO, suicidal activity on days of the week in men is in antiphase with the pre-war period. Minimum indicators were on Monday, Wednesday and Sunday (during ATO - on Thursday and Saturday), and the maximum - on Thursday and Saturday (during ATO - on Friday). For women, the curve during the ATO period largely repeats the peacetime curve with the minimum value on Saturday, but the maximum is on Friday (in peacetime – on Sunday).

Key words: suicide, suicidal behavior, seasonality, war, ATO.

Будьонний Павло Валерійович – головний лікар, Лисичанська обласна психіатрична лікарня, м. Лисичанськ, Україна; аспірант, асистент кафедри психіатрії та наркології, ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com.

Будённый Павел Валерьевич – главный врач, Лисичанская областная психиатрическая больница, г. Лисичанск, Украина; аспірант, асистент кафедри психіатрії та наркології ГУ «Луганський державний медичний університет», г. Рубіжне, Україна; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com.

Pavlo Budonnyi – Head of Lysychansk Regional Mental Hospital, Lysychansk, Ukraine; Postgraduate Student, Assistant of the Department of Psychiatry and Narcology of State Institution "Lugansk State Medical University", Rubizhne, Ukraine; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com.



D. I. Dimshits

UDC: 616.891-084-085.851:616-021

MODERN THERAPEUTIC APPROACHES TO TREATMENT AND REHABILITATION OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

D. I. Dimshits

V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Summary.

Nozogenic factors of mental traumatization, pathomorphosis and somatization of clinical manifestations of non-psychotic mental disorders as a result of physical diseases and surgical interventions, the prevalence of depressive and hypochondriacal inclusions in its structure requires significant changes in modern psychotherapy strategies. Over the past decade the development of psychotherapy in the world has led to numerous (over 1500) forms and methods that serve mainly as techniques or conditions and styles of the psychotherapy that put practical psychotherapists in the difficult position. In the main directions of social psychiatry, psychotherapy and medical psychology in Ukraine with the need to reform the psychotherapeutic care there is a need for further development of both classical methods and the development of new techniques and methods that were not previously used in national psychotherapy. It is necessary to combine the methods of psychotherapy, to form a coherent system. With the development of new methods of psychotherapy there is a need for organizational models that implement focus on psychohygienic and psychoprophylactic psychotherapeutic effects.

Key words:

nonpsychotic mental disorders, surgical interventions, psychotherapy, sociotherapy, psychoprophylactic.

Nozogenic factors of mental traumatization, pathomorphosis and somatization of clinical manifestations of NMD (non-psychotic mental disorders) as a result of physical diseases and surgical interventions, the prevalence of depressive and hypochondriacal inclusions in its structure requires significant changes in modern psychotherapy strategies [1; 2]. Non-psychotic mental disorders cannot be treated successfully without psychotherapy, and this determines all the tactics of therapeutic effects on neurotic and neurosis-like states. The content of NMD psychotherapy and its goals and tasks are different and defined by the one concept followed by the therapist [3; 4].

In the most general terms, we can speak about two prerequisites of wide and effective use of psychotherapy. Firstly, a direct use of its therapeutic effect in a large circle of diseases in which etiopathogenesis significant or dominant role have psychological factors, and secondly, their therapeutic and prophylactic value.

Over the past decade the development of psychotherapy in the world has led to numerous (over 1500) forms and methods that serve mainly as techniques or conditions and styles of the psychotherapy that put practical psychotherapists in the difficult position [5]. The greatest development and recognition was gained by 3 psychotherapeutic trends and methods which have arisen on their basis:

- 1) psychoanalytic (psychodynamic, dynamic);
- 2) behavioral;

3) humanistic (existential-humanistic).

In these three directions that are focused on personality changes and not just one symptom, the presence of a personal concept has helped to create a psychotherapy system that is characterized by the logical orientation of views, which is inherent to other areas of medicine. In the framework of each of these psychotherapeutic directions new trends, approaches, forms, types, methods, procedures, techniques, names are created, which often are designed to reflect the uniqueness of each of them [6–8].

Aleksandrowicz J. W. [9] attempted to analyze the diversity of values in which concept of psychotherapy method is used:

- methods of psychotherapy that have the character of techniques (hypnosis, relaxation, psychogymnastics, etc.);
- methods of psychotherapy that define the conditions that promote the optimization of achieving of psychotherapy goals (family therapy and others.);
- methods of psychotherapy within the meaning of the tool, which we use in the psychotherapeutic process (this tool can be a psychotherapist in case of individual or group psychotherapy);
- methods of psychotherapy within the meaning of psychotherapeutic interventions that are considered as options of style (directive, nondirective), or as the parameters of the theoretical approach (interpretation, interpersonal interaction (dialogue)).

In clinical practice the division of psychotherapeutic methods on symptom-centered, person-centered, integration of which often provides the best therapeutic effect is used [10]. The recent strengthening of integration movement in psychotherapy confirms the provision that the existing psychotherapeutic approaches do not only differ in relation to the same object – the human person, but also focus on its various aspects and problems, and this is caused by differences in methods of psychotherapy and many of their classification distributions [11–13].

The classification of psychotherapeutic methods should only be considered as an attempt of organizing that can help successfully navigate in field. A growing number of psychotherapists are using diverse psychotherapeutic methods, oblivious to their theoretical justification; so technical, non-theoretic synthesis of psychotherapeutic methods happens. The tasks of psychotherapy are determined by the individual characteristics of psychopathology, issues and personality of a particular patient and optimal suitability for certain therapeutic effects [14]. In terms of methodological classification such concepts as personality-oriented, symptomatic, group therapy and others are separated [15].

In conducting psychotherapy emphasis is placed on the need to compliance with certain principles. The first of them is the importance of taking into account the age levels. The dominance of the emotionally-intellectual level of mental response requires transition from symptom-oriented to personality-oriented psychotherapy. Another principle relates to considering the depth and duration of existing psychopathological disorders. In neurotic reactions a short course of treatment consisting of elements of suggestive, rational psychotherapy may well be enough.

Another important principle consists of a change its focus from nozocentric (focus on the disease) to the anthropocentric (focus on man) and then to sociocentric (focus on the relationship of the individual with the environment) setting. Finally, dynamic and changing nature of mentality demands from the therapist the possession of wide arsenal of techniques and ability to vary creatively their use based on the context of situation. According to S. Leder and Vysokinskoy–Honser T. [16; 17] in the psychotherapeutic process in terms of its essence there are two opposite phases. In the first phase, the major mechanism of therapeutic action is passive patient study by providing the

necessary information and emotional support. In the second phase, healing personality changes are occurring mainly consciously, through active retraining. However, not all scientific schools agree with this interpretation of psychotherapeutic process. Each of them, by offering treatments comes from a particular understanding of not only the relationship "doctor–patient", but also etiopathogenetical mechanisms of NMD, based on more or less holistic concept of personality. Even using such techniques, these schools put different content and evaluate their effectiveness on various criteria [18].

Perhaps the only coherent and convincing domestic psychotherapy concept is reconstructive (pathogenetic) therapy by Myasishev V. N. [19]. In domestic literature of the latest period the largest numbers of works are devoted to psychotherapy of neurotic disorders, based on the principles of pathogenetic concept based on the psychology of relations [20]. In each of these relationships emotional, behavioral and cognitive components can identified. The main goal of pathogenic therapy is to change the broken system of relationships of the patient, restore normal social functioning of the individual, correct inappropriate emotional responses and behaviors, patient awareness of cause-effect relationships between the features of its system of relationships and the disease.

The following main principles of psychotherapy should be considered:

- orientation (targeting) on the functioning adaptive mechanisms of the individual; predisposition to pathogenic oriented psychotherapy [21];
- the use of non-legislative methods of influence; the use of mainly fast-acting methods that prevent the formation of prolonged form of non-psychotic disorders based on biological methods of influence;
- the use of therapeutic measures gradually (in stages), differentiated (with different pathogenic mechanisms of formation of forms) and in complex [22].

Recently more attention has been paid to personality-oriented psychotherapy that provides meaningful, reconstructive nature of psychotherapy influences and personality development-oriented system of psychoprophylaxis and psychohygiene. If the personality-oriented psychotherapy is the foundation of any psychotherapeutic influence aimed at solving strategic challenges, the symptomatic methods solve more tactical tasks [23].

As noted, in the main directions of social psychiatry, psychotherapy and medical psychology in Ukraine with the need to reform the psychotherapeutic care there is a need for further development of both classical methods and the development of new techniques and methods that were not previously used in national psychotherapy. It is necessary to combine methods of psychotherapy, to form a coherent system. Integration of many approaches and methods, techniques and trends of psychotherapy should be noted. The main strategic development of modern psychotherapy lies in the synthetic approach. The goal of psychotherapy is to eliminate pathological symptoms, which have different hierarchical levels: mental; neurotic; vegetative [24].

In the preface to the third volume of "Yearbook of psychiatry and mental health problems" (1999), the research group Servier stated that despite the contradiction between biological therapy and psychotherapy, currently new connections are emerging.

Currently, the value of hipnosuggestive therapy as an outdated method that is opposed to methods that are more "modern" is artificially debated. In this regard it is possible to conditionally distinguish methods of psychotherapy that appeal to neurophysiological somatogenic mechanisms (hypnosis, autotraining, indirect behavioral therapy) and methods that are mediating on the personal psychological level (analytical psychotherapy, Gestalt therapy, psychodrama etc.) [24].

Special attention is drawn to the current trend in the development of short forms of psychotherapy. In terms of probably the only meeting psychotherapist uses techniques that are the most appropriate for given patient such as suggestion, advice or interpretation. One of the conditions of their effectiveness at use of any of the methods of psychotherapy is the development of the best relationship "psychotherapist - patient", which was the most fully reflected in the principles of nondirective suggestion or Ericksonian psychotherapy and NLP techniques. The choice of forms and methods of psychotherapy should primarily consider the clinical approach, which is determined by the following factors: nosology of the pathology; personal characteristics of the patient; prevalence of any symptomatic level; conceptual and methodological basis of psychotherapeutic direction that determines the nature of corrective action. Personal preferences of the patient to a particular therapeutic technique should be taken into account [25].

Currently, the focus in working with patients suffering from NMD is shifting from traditional pharmacotherapy, traditional psychotherapy to staging of effective rehabilitation programs, because the use of routine psychotherapeutic techniques is not effective enough in these cases. The aim is to adapt the patient to the real conditions of existence [26].

The specifics of nosogenia as traumatic factor leads to decompensation in patients with signs of functional mental disorders and requires properly organized and qualified medical care. The use of traditional psychotherapeutic methods in today's conditions is difficult mainly because of their complexity. However, implementation of "rapid therapy" methods allows to compensate these limitations [27].

In the modern period of time the most affordable and easy-to-learn are various methods of self-regulation that allow you to remove the emotional stress, increase resistance to stress and speed up the social adaptation.

Determination of the effectiveness of psychotherapy is a complex issue and it depends on many factors. Not all experts resort to psychodiagnostics for the purpose of differentiated approach in the choice of psychotherapeutic techniques and their efficiency evaluation. Psychotherapy that is conducted without the identified but objective personal characteristics may not only be ineffective, but also may adversely effect on the patient's condition.

Research of Tashlykova V. A. and Valentika V. has shown that studies of the characteristics of the patient and the doctor that reflect their personal relationship interactions, degree of their psychological compatibility are essential for effective psychotherapy. The knowledge of these factors allows the doctor to predict treatment response features of the patient and the nature of psychotherapeutic influence, to achieve productive therapeutic contact, flexibly build psychotherapeutic tactics at different stages of the treatment process. This helps in selecting methods of psychotherapy, identifying personality characteristics and level of intelligence of the patient, characteristics of such properties as conformity and suggestibility. Suggestibility is not a constant sign for a given individual and it varies in different periods in the same person depending on age, life situation, turns out differently in dealing with different people. Most importantly, suggestibility is different at different stages of the disease – in some cases it decreases during chronification of non-psychotic disorders. This fact underscores the importance of the early

timing of psychotherapy that served as a basis of the principle of "emergency psychotherapy" or "emergency psychotherapeutic assistance." [28].

Urgent tasks of modern psychotherapy are further development and generalization of the results of theoretical researches and accumulation of empirical materials of clinical, psychological, social, and other aspects of the study of the mechanisms and effectiveness of psychotherapy. According to Karvasarskiy B. D. psychotherapy should be based on an integrative approach that involves the complementary synthesis of different approaches and ways. However, the basic principles should be: conscious understanding of responsibility for the choice of target and levels of changes in the course of treatment by the patient; focus on the system of values and needs of the patients in life

and spiritual spheres. The main area of influence is personality, but not a symptom, multisignificant impact on all areas of personality [29].

As it was pointed by Tabachnykiv S. I., Napryeyenko A. K., Dombrovskaya V. V., Mikhailov B. V., Maruta N. A. etc., Goyda N. etc. long-term trend of social psychiatry is its further rapprochement with other clinical disciplines. The implementation of this provision is related to the shift in the treatment of mental patients from pharmacotherapy to psychotherapeutic and sociotherapeutic type of assistance [30].

Therefore, with the development of new methods of psychotherapy, especially the personality-oriented one, there is a need for organizational models that implement focus on psychohygienic and psychoprophylactic psychotherapeutic effects.

References

1. Ward E. Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive-behavior therapy, and usual general-practitioner care for patients with depression / E. Ward, M. King, M. Lloyd // *Clin effectiveness. BMJ.* – 2000. – P. 321–383.
2. Аксенов М. М. Здоровье личности и психотерапия / М. М. Аксенов, В. Я. Семке, А. В. Семке // Тез. докл. XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 383–384.
3. Biological psychiatry Ed. by Hugo D'haenen. Chichester: Wiley, Cop. – 2002. – 320 p.
4. Абабков В. А. Принципы выбора психотерапевтического вмешательства / В. А. Абабков // Тез. докл. XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 383.
5. Акимкина Е. С. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения / Е. С. Акимкина // *Психиатрия.* 2005. – № 3. – С. 75–77.
6. Encyclopedia of psychotherapy / ed.-in-chief M. Hersen, W. Sledge. – Amsterdam etc. : Acad, press, Cop., 2002. – 682 p.
7. Короленко Ц. П. Личностные расстройства и их современная терапия / Ц. П. Короленко // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* – Новосибирск. – 2005. – Т. 3, № 3.
8. Основные направления современной психотерапии / под ред. А. М. Ботовикова. – М. : Когито-центр, 2000. – 379 с.
9. Praxis der Psychotherapie: Theme Verlag / ed. W. Senf, M. Broda. – Stuttgart, New York, 2000.
10. The New handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, a. treatment approaches / ed. G.R.Brooks, G.E.Good. – San Francisco: Jossey-Bass, Cop., 2001. – 121 p.
11. Методы современной психотерапии : учебное пособие / сост. Л. М. Кроль, Е. А. Пуртова. – М. : Класс, 2000. – 480 с.
12. Arthura A. The personality and cognitive-epistemological traits of cognitive-behavioural and psychoanalytic psychotherapists / A. Arthura // *Brit. J. Med. Psychol.* – 2000. – № 73. – P. 243-57.
13. Bateman A. Integration in psychotherapy: an evolving reality in personality disorder / A. Bateman // *Brit. J. Psychother.* – 2000. – № 17. – P. 147 – 56.
14. Ремесло М. Б. Возможности применения психолингвистических показателей для определения мотивации к психотерапии у больных невротическими расстройствами / М. Б. Ремесло // *Психиатрические аспекты общемедицинской практики : тез. докладов.* – СПб., 2005. – С. 19–21.
15. Carlsson I. On the neurobiology of creativity. Differences in frontal activity between high and low creative subjects / I. Carlsson, P. E. Wendt, J. Risberg // *Neuropsychologia.* – 2000. – Vol. 38, № 6. – P. 873–885.
16. Hoglend M. D. Assessment of change in Dynamic psychotherapy / M. D. Hoglend // *Journal of psychotherapy practice and research.* – 2000. – V. 9. – P. 190–195.
17. Lapin I. P. The Neuroactivities of Kynurenines: Stress, Anxiety, Depression, Alcoholism, Epilepsy / I. P. Lapin. – Tartu : Tartu University Press, 2000. – 32 p.
18. Колотильщикова Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук / Е. А. Колотильщикова. – СПб., 2004. – 25 с.
19. Захаров Н. П. Психотерапия пограничных психических расстройств и состояний зависимости : практ. рук. для психотерапевтов / Н. П. Захаров. – М. : ДеЛи принт, 2004. – 288 с.
20. Баранов В. С. Актуальные задачи развития психотерапии / В. С. Баранов, Д. В. Романов, Д. А. Смирнова // Тез. докл. XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 386.
21. Джендлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями / Ю. Джендлин ; пер. с англ. А. С. Ригина. – М. : Класс, 2000. – 448 с.
22. Бурно М. Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия в амбулаторной практике / М. Е. Бурно // *Исследования механизмов и эффективности психотерапии при неврозах.* – Л., 1982. – С. 35–41.
23. Залевский Г. В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования / Г. В. Залевский. – Томск : ЦПКЖК, 2002. – 112 с.
24. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
25. Михайлов Б. В. Принципы построения психотерапии соматических больных / Б. В. Михайлов,

И. А. Сердюк, В. А. Федосеев // Психотерапия в общесоматической медицине. Новости Харьковской психиатрии. – Харьков, 2002.

26. Yager S., Bienenfeld D. How competent are we to assess psychotherapeutic competence in psychiatric residents? / *Academic psychiatry*. – 2003. – Vol. 27. – P. 174–181.

27. Курпатов В. И. Динамика внутренней картины болезни и качества жизни пациентов с психогенными депрессивными расстройствами в процессе психотерапии / В. И. Курпатов, Л. Л. Третьяк, Д. Н. Чугунов // *Вестник психотерапии*. – 2004. – № 11. – С. 9–12.

1. Ward E., King M., Lloyd M. Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive-behavior therapy, and usual general-practitioner care for patients with depression. *Clin effectiveness. BMJ*, 2000, pp. 321–383.

2. Aksenov M. M., Semke V. Ya., Semke A. B. Zdorov'ye lichnosti i psikhoterapiya [Personal health and psychotherapy]. *Tezisy dokladov XIV s'ezda psikhiatrov Rossii* [Abstracts of the 14th Congress of Psychiatrists of Russia]. Moscow, 2005, pp. 383–384. (In Russ.)

3. Biological psychiatry [ed. by Hugo D'haenen]. Chichester, Wiley, Cop., 2002, 320 p.

4. Ababkov V. A. Printsipy vybora psikhoterapevticheskogo vmeshatel'stva [Principles of choosing a psychotherapeutic intervention]. *Tezisy dokladov XIV s'ezda psikhiatrov Rossii* [Abstracts of the 14th Congress of Psychiatrists of Russia]. Moscow, 2005, p. 383. (In Russ.)

5. Akimkina E. S. Evropeyskaya deklaratsiya po okhrane psikhicheskogo zdorov'ya. Problemy i puti ikh resheniya [European Declaration on Mental Health. Problems and solutions]. *Psikhiatriya* [Psychiatry], 2005, no. 3, pp. 75–77. (In Russ.)

6. Encyclopedia of psychotherapy [ed.-in-chief M. Hersen, W. Sledge]. Amsterdam etc., Acad, press, Cop., 2002, 682 p.

7. Korolenko Ts. P. Lichnostnye rasstroystva i ikh sovremennaya terapiya [Personal disorders and their modern therapy]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [Review of Psychiatry and Medical Psychology named V. M. Bekhtereva]. Novosibirsk, 2005, no. 3, vol. 3. (In Russ.)

8. Osnovnye napravleniya sovremennoy psikhoterapii [pod red. A. M. Botovikova] [The main directions of modern psychotherapy [ed. A. M. Botovikova]]. Moscow, Cogito Center Publ., 2000, 379 p. (In Russ.)

9. *Praxis der Psychotherapie: Theme Verlag* [ed. W. Senf, M. Broda], Stuttgart, New York, 2000.

10. The New handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, a. treatment approaches [ed. G. R. Brooks, G. E. Good]. San Francisco, Jossey-Bass, Cop., 2001, 121 p.

11. *Metody sovremennoy psikhoterapii* [uchebnoe posobie] [sostaviteli L. M. Krol', E. A. Purtova] [Methods of modern psychotherapy [textbook] [compiled by L. M. Krol, E. A. Purtova]]. Moscow, Class Publ., 2000, 480 p. (In Russ.)

12. Arthura A. The personality and cognitive-epistemological traits of cognitive-behavioural and psychoanalytic psychotherapists. *Brit. J. Med. Psychol.*, 2000, no. 73, pp. 243–57.

13. Bateman A. Integration in psychotherapy: an evolving reality in personality disorder. *Brit. J. Psychother.*, 2000, no. 17, pp. 147–56.

14. Remeslo M. B. Vozmozhnosti primeneniya psikhologicheskikh pokazateley dlya opredeleniya

28. Кожевников В. Н., Кожевникова Т. А. Способ прогнозирования успешности психотерапевтического лечения. Патент № 2207046 от 27 июня 2003 г. / В. Н. Кожевников, Т. А. Кожевникова. – С. 24.

29. Безносюк Е. В., Кученов А. И. К вопросу о критериях эффективности психотерапии // Тез. докл. XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 387–288.

30. Мизинова Е. Б. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах / Е. Б. Мизинова. – СПб., 2004. – 25 с.

References

motivatsii k psikhoterapii u bol'nykh nevroticheskimi rasstroystvami [The possibilities of using psycholinguistic indicators to determine the motivation for psychotherapy in patients with neurotic disorders]. *Psikhiatricheskie aspekty obshchemeditsinskoj praktiki* [Tezisy Dokladov] [Psychiatric aspects of general practice [Theses of Reports]]. St. Petersburg, 2005, pp. 19–21. (In Russ.)

15. Carlsson I., Wendt P. E., Risberg J. On the neurobiology of creativity. Differences in frontal activity between high and low creative subjects. *Neuropsychologia*, 2000, vol. 38, no. 6, pp. 873–885.

16. Hoglend M. D. Assessment of change in Dynamic psychotherapy / *Journal of psychotherapy practice and research*, 2000, vol. 9, pp. 190–195.

17. Lapin I. P. The Neuroactivities of Kynurenines: Stress, Anxiety, Depression, Alcoholism, Epilepsy Tartu University Press. Tartu, 2000, 32 p.

18. Kolotil'shchikova E. A. Metodika interpersonal'noy gruppovoy psikhoterapii dlya lecheniya nevroticheskikh rasstroystv [avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk] [The method of interpersonal group psychotherapy for the treatment of neurotic disorders [the author's abstract of the thesis for the degree of candidate of psychological sciences]]. St. Petersburg, 2004, 25 p. (In Russ.)

19. Zakharov N. P. Psikhoterapiya pogranychnykh psikhicheskikh rasstroystv i sostoyaniy zavisimosti [prakticheskoe rukovodstvo dlya psikhoterapevtov] [Zakharov N. P. Psychotherapy of borderline mental disorders and states of dependence [practical guide for psychotherapists]]. Moscow, DeLi print Publ., 2004, 288 p. (In Russ.)

20. Baranov B. C., Romanov D. V., Smirnova D. A. Aktual'nye zadachi razvitiya psikhoterapii [Actual problems of the development of psychotherapy]. *Tezisy dokladov XIV s'ezda psikhiatrov Rossii* [Abstracts of the 14th Congress of Psychiatrists of Russia]. Moscow, 2005, p. 386. (In Russ.)

21. Dzhendlin Yu. Fokusirovanie: Novyy psikhoterapevticheskiy metod raboty s perezhivaniyami [perevod s angliyskogo A. C. Rigina] [Focus: A new psychotherapeutic method of dealing with emotions [translated from English by A. C. Rigina]]. Moscow, Class Publ., 2000, 448 p. (In Russ.)

22. Burno M. E. Emotsional'no-stressovaya psikhoterapiya v ambulatornoy praktike [Emotional-stress psychotherapy in outpatient practice]. *Issledovaniya mekhanizmov i effektivnosti psikhoterapii pri nevrozakh* [Studies of the mechanisms and effectiveness of psychotherapy in neuroses]. Leningrad, 1982, pp. 35–41. (In Russ.)

23. Zalevskiy G. V. Osnovy sovremennoy bikheviortal'no-kognitivnoy terapii i konsul'tirovaniya [Fundamentals of modern behavioral cognitive therapy and counseling]. Tomsk, Publ. house of TsPKZhK, 2002, 112 p. (In Russ.)

24. Lazarus A. Kratkosrochnaya mul'timodal'naya psikhoterapiya [Short-term multimodal psychotherapy]. St. Petersburg, Speech Publ., 2001, 256 p. (In Russ.)

25. Mikhaylov B. V., Serdyuk I. A., Fedoseev V. A. Printsipy postroeniya psikhoterapii somaticheskikh bol'nykh [Principles of psychotherapy of somatic patients]. Psikhoterapiya v obshchesomaticheskoy meditsine. Novosti Khar'kovskoy psikhiiatrii [Psychotherapy in general medicine. News of Kharkov psychiatry]. Kharkov, 2002. (In Russ.)

26. Yager S., Bienenfeld D. How competent are we to assess psychotherapeutic competence in psychiatric residents? *Academic psychiatry*. 2003, vol. 27, pp. 174-181.

27. Kurpatov V. I., Tret'yak L. L., Chugunov D. N. Dinamika vnutrenney kartiny bolezni i kachestva zhizni patients s psikhogennymi depressivnymi rasstroystvami v protsesse psikhoterapii [Dynamics of the internal picture of the disease and the quality of life of patients with psychogenic depressive disorders in the process of psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii [Herald of psychotherapy]*, 2004, no. 11, pp. 9-12. (In Russ.)

28. Kozhevnikov V. N., Kozhevnikova T. A. Sposob prognozirovaniya uspehnosti psikhoterapevticheskogo lecheniya. Patent № 2207046 ot 27 iyunya 2003 g. [The method of predicting the success of psychotherapeutic treatment. Patent No. 2207046 dated June 27, 2003]. 2003, p. 24. (In Russ.)

29. Beznosyuk E. V., Kuchenov A. I. K voprosu o kriteriyakh effektivnosti psikhoterapii [On the question of criteria for the effectiveness of psychotherapy]. *Tezisy dokladov XIV s'ezda psikhiatrov Rossii [Abstracts of the 14th Congress of Psychiatrists of Russia]*. Moscow, 2005, pp. 387-288. (In Russ.)

30. Mizinova E. B. Kratkosrochnaya gruppovaya lichnostno-orientirovannaya (rekonstruktivnaya) psikhoterapiya pri nevroticheskikh rasstroystvakh [Short-term group personality-oriented (reconstructive) psychotherapy in neurotic disorders]. St. Petersburg, 2004, 25 p. (In Russ.)

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Д. І. Димшиць

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. Нозогенні фактори психічної травматизації, патоморфоз і соматизація клінічних проявів неспсихотичних психічних розладів внаслідок соматичних хвороб і хірургічних втручань вимагають істотних змін стратегії надання психотерапевтичної допомоги цій групі пацієнтів через переважання в їх структурі депресивних та іпохондричних включень. В основних напрямках розвитку соціальної психіатрії, психотерапії та медичної психології в Україні відбувається реформування психотерапевтичної допомоги з перенесенням акцентів у лікуванні психічнохворих з фармакотерапії на психотерапевтичний і соціотерапевтичний види допомоги. Але за останні десятиліття з'явилося більш ніж 1500 нових психотерапевтичних методів, що стає причиною розгубленості практикуючих психотерапевтів. Тому виникла потреба подальшого розвитку як класичних методів, так і розробки нових методик і методів, що раніше не використовувалися у вітчизняній психотерапії, які треба поєднати у чітку систему, що буде реалізовувати переважно психогігієнічну і психопрофілактичну спрямованість психотерапевтичних впливів.

Ключові слова: неспсихотичні психічні розлади, хірургічні втручання, психотерапія, соціотерапія, психопрофілактика.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Д. И. Дымшиц

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Нозогенные факторы психической травматизации, патоморфоз и соматизация клинических проявлений неспсихотических психических расстройств вследствие соматических заболеваний и хирургических вмешательств требуют существенных изменений стратегии оказания психотерапевтической помощи этой группе пациентов из-за преобладания в их структуре депрессивных и ипохондрических включений. В основных направлениях развития социальной психиатрии, психотерапии и медицинской психологии в Украине происходит реформирование психотерапевтической помощи с перенесением акцентов в лечении психически больных с фармакотерапии на психотерапевтический и социотерапевтический виды помощи. За последние десятилетия появилось более чем 1500 новых психотерапевтических методов, что приводит в замешательство практикующих психотерапевтов. Поэтому возникла потребность как дальнейшего развития классических методов, так и разработки новых методик и методов, которые ранее не применялись в отечественной психотерапии, с последующим их объединением в целостную систему, реализующую преимущественно психогигиеническую и психопрофилактическую направленность психотерапевтических влияний.

Ключевые слова: неспсихотические психические расстройства, хирургические вмешательства, психотерапия, социотерапия, психопрофилактика.

Dmytro Dimshitsc – Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology, School of Medicine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: Dimshitsc@gmail.com.

Димшиць Дмитро Ігорович – асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, медичний факультет, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: Dimshitsc@gmail.com.

Дымшиц Дмитрий Игоревич – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии, медицинский факультет, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: Dimshitsc@gmail.com.



Н. В. Криванкова

УДК: 616.891.6-071.1

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА ПРЕМОРБІДНІ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА ОРГАНІЧНІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ КОМПЛАЄНСУ ДО ТЕРАПІЇ

Н. В. Криванкова

Запорізький державний медичний університет МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна

Анотація.

Дослідження направлено на виявлення у хворих особливостей психічного реагування, що передували органічному ураженню ЦНС. Концепція дослідження полягає у визначенні ролі особистісних факторів у психопатогенезі тривожно-депресивних розладів органічної генези. З метою встановлення клініко-анамнестичних та преморбідних патоперсоналогічних особливостей хворих на органічні тривожно-депресивні розлади, проведено обстеження 102 пацієнтів із використанням опитувальника Леонгарда–Шмішека та індивідуально-типологічного опитувальника Л. Н. Собчика. За результатами дослідження виявлено анамнестичні кореляції патоперсоналогічні характеристики хворих на органічні тривожно-депресивні розлади. Встановлено такі преморбідні патоперсоналогічні особливості хворих, як нестійкість афективної та мотиваційної сфер особистості, емоційна напруженість, внутрішній особистісний конфлікт, патологічна недовіра та боязкість стосовно оточуючих, а також схильність до obsesivних фобічних реакцій.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, органічна психопатологія, тривога, депресія, особистість.

Вступ

Проблема психопатологічних розладів психоорганічного спектру серед хворих на цереброваскулярні та церебротравматичні ураження головного мозку виходить за межі суто неврологічної клініки [1–3]. У цьому контексті особливої уваги заслуговують органічні тривожно-депресивні розлади (ОТДР). Багатофакторний психопатогенез тривожно-депресивної психопатології у хворих із органічним ураженням головного мозку обумовлює формування специфічного для таких пацієнтів комплексу патоперсоналогічних трансформацій [4; 5]. Як предиспонує фактори психопатогенезу розладів тривожно-депресивного кола серед зазначеного контингенту ці трансформації остаточно не вивчені й досі [6–8].

У терапевтичному ракурсі фармакологічна корекція ОТДР ускладнена розвитком фармакорезистентності та виникненням побічних реакцій унаслідок нерегулярного прийому фармакотерапевтичних засобів, самостійної зміни дозування препаратів тощо, тобто обумовлюється феноменами кола дисконплаєнтності [9–11].

Комплексне дослідження комплаєнтності хворих на ОТДР з подальшою перспективою психокорекційного підвищення її рівня неможливе без описування її співставлення анамнестичних даних і патоперсоналогічних характеристик визна-

ченого контингенту [5; 12]. Виявлення та систематизація клініко-анамнестичних та патоперсоналогічних особливостей пацієнтів з ОТДР формують підґрунтя для розробки та впровадження системи психокорекції та психопрофілактики екзацербаций тривожно-депресивної семіотики серед хворих на органічне ураження головного мозку різної генези.

Мета дослідження

Метою дослідження є виявлення клініко-анамнестичних та преморбідних патоперсоналогічних особливостей хворих на ОТДР.

Матеріали та методи дослідження

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2014–2016 рр. на базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної Ради було проведено обстеження 102 хворих (обстежувана група – ОГ) із діагнозами, які відповідають рубриці F06 МКХ-10 «Психічні розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку та соматичними захворюваннями», за критерієм домінування у клінічній картині феноменів тривожно-депресивного спектру.

За нозологічною приналежністю контингент розподілявся таким чином: 12 хворих із діагнозом «Органічний депресивний розлад» (F06.32); 54 хворих із діагнозом «Змішаний органічний тривож-

но-депресивний розлад» (F06.33); 11 хворих із діагнозом «Органічний тривожний розлад» (F06.4); 25 хворих з діагнозом «Органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад» (F06.6).

У клінічній картині органічного емоційно-лабільного розладу, який був встановлений у 25 хворих ОГ, переважали психопатологічні прояви астенічного кола, але наявність супутньої симптоматики тривожно-депресивного аранжування дозволила включити цих пацієнтів до групи обстежуваних.

У ході дослідження було використано такі методи та методики:

- клініко-анамнестичний;
- клініко-психопатологічний;
- психодіагностичний:
 - опитувальник Леонгарда–Шмішека (H.Schmieschek, 1970) – для визначення типу акцентуацій характеру;
 - індивідуально-типологічний опитувальник (ІТО, Л. Н. Собчик, 2007) – для визначення особистісних якостей хворих;
- статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Клініко-анамнестичне дослідження та вивчення архівної медичної документації дозволили встановити цереброваскулярну генезу органічного ураження головного мозку у 68 обстежених ОГ (66,70%), у той час як церебротравматичну виявлено у 34 хворих (33,30%). Також було встанов-

лено, що у жінок психопатологічні зміни частіше виникають внаслідок цереброваскулярних захворювань (86,30%), тоді як серед чоловіків відзначається переважання психічних розладів посттравматичної природи (69,00%).

Розподіл нозологічних форм, представлених у ОГ відповідно до генези захворювання, наведено у **табл. 1**.

Таблиця 1

Нозологічна структура ОГ

Діагноз	Генеза			
	цереброваскулярна		церебротравматична	
	n (68)	%	n (34)	%
F06.32	12	17,60	–	–
F06.33	34	50,00	20	58,80
F06.4	7	10,30	4	11,80
F06.6	15	22,10	10	29,40

Аналіз анамнестичних корелятів патоперсоналогічних характеристик хворих (**табл. 2**) дозволив встановити їх особистісні особливості на преморбідному етапі для подальшого порівняння із даними ІТО.

Для вивчення патоперсоналогічних особливостей хворих на ОТДР було проведено дослідження з використанням ІТО (**табл. 3**).

■ Низькі показники **брехні** ($1,08 \pm 0,10$) та **агравачії** ($1,01 \pm 0,07$) серед контингенту ОГ підтверджують достовірність проведеного дослідження, хворі відповідали на запи-

Таблиця 2

Анамнестичні кореляти патоперсоналогічних характеристик хворих на ОТДР

Анамнестичний корелят	Персоналогічна денотація	Генеза			
		цереброваскулярна		церебротравматична	
		n (68)	%	n (34)	%
Наявність госпіталізацій у відділення неврозів після психогенної провокації	схильність до виникнення невротичних реакцій (нейротизм)	51	75,00	23	67,60
Самостійний прийом анксиолітичних препаратів або прийом алкоголю з метою аутокурації тривоги	підвищення особистісної або реактивної тривожності	57	83,80	26	76,50
Наявність чітко окреслених затяжних конфліктів без достатньої каузальності	схильність до застрягання афективних реакцій, підвищена сенситивність	31	45,60	15	44,10
Наявність зареєстрованих імпульсивних поведінкових актів	схильність до демонстрації агресії, нетримання афекту	33	48,50	19	55,90
Наявність затяжних періодів гіпотимії без явного стимулу	схильність до розвитку депресивних станів	45	66,20	21	61,80
Негативний соціальний дрейф, який не має об'єктивних причин	загострення особистісних акцентів	39	57,40	18	52,90

Таблиця 3

Вираженість патоперсоналогічних патернів серед ОГ (за ІТО)

Субшкали	Середній показник у групі
Брехня	1,08±0,1
Агравация	1,01±0,07
Екстраверсія	4,99±0,14
Спонтанність	4,88±0,08
Агресивність	5,48±0,11
Ригідність	3,89±0,09
Інтроверсія	5,11±0,12
Сенситивність	4,86±0,14
Тривожність	8,09±0,09
Лабільність	6,84±0,11

Примітка:

сірим кольором виділено субшкали, середній показник за якими перевищує діагностично значущий поріг.

тання щиро, не перебільшуючи вираженості симптомів захворювання.

■ Підпорогове значення показника **екстраверсії** (4,99±0,14) та високе значення її антитенденції – **інтроверсії** (5,11±0,12) можуть свідчити про значну емоційну напруженість та внутрішній конфлікт у хворих на ОТДР. Це підтверджується й підпороговими показниками полярних тенденцій **спонтанності** (4,88±0,08) та **сенситивності** (4,86±0,14).

■ Високі показники **агресивності** (5,48±0,11) та **тривожності** (8,09±0,09) також можна вважати доказом внутрішнього особистісного конфлікту. Значно більша вираженість тривожної тенденції відображає притаманні цьому контингенту патологічні недовіру, боязкість, схильність до obsesивних фобічних реакцій.

■ Високий показник **лабільності** на фоні нормального значення **ригідності** – ознака нестійкості векторів афективної та мотиваційної сфер особистості хворих на ОТДР.

Виявлений комплекс патоперсоналогічних трансформацій обумовлює ускладнення побудови комплаєнтного терапевтичного альянсу серед хворих на ОТДР.

Таким чином, встановлено, що у хворих на ОТДР наявна варіабельність патоперсоналогічного контексту психопатології, детермінована органічною генезою ураження ЦНС. Так, за даними ІТО, хворі на ОТДР цереброваскулярної генези демонстрували патерни тривожно-інтровертованого особистісного реагування (серед них комбінація високих показників тривожності та інтроверсії була діагностована у 82,40 % випадків). Пацієнти з ОТДР церебротравматичної генези виявляли високі рівні агресивності та емоційної лабільності (серед них комбінація високих показників агресивності та емоційної лабільності діагностувалася у 88,20 % випадків). Встановлено, що, незалежно від декларованого клінічного діагнозу, генеза ОТДР мала вплив на патоперсоналогічне аранжування психопатологічних розладів, і це дозволяє констатувати домінування органічно-детермінованих особистісних девіацій над преморбідними.

Висновки

Під час роботи нами встановлено такі преморбідні патоперсоналогічні особливості хворих на ОТДР: нестійкість векторів афективної та мотиваційної сфер особистості, значна емоційна напруженість, внутрішній особистісний конфлікт, патологічна недовіра та боязкість стосовно оточуючих, а також схильність до obsesивних фобічних реакцій.

Визначено варіабельність патоперсоналогічного контексту психопатології, детерміновану органічною генезою ураження ЦНС. Так, хворі на ОТДР цереброваскулярної генези демонстрували патерни тривожно-інтровертованого особистісного реагування, у той час як пацієнти з церебротравматичним ураженням головного мозку виявляли високі рівні агресивності та емоційної лабільності.

Література

1. Бурчинский С. Г. Депрессивные расстройства в неврологической практике: возможности ноотропов нового поколения / С. Г. Бурчинский // Здоровье Украины. – 2009. – № 15–16 (220–221). – С. 46–47.
2. Терехулова Д. Р. Депрессия в неврологической практике (на примере болевых синдромов и ин-

сульта) / Д. Р. Терехулова, М. А. Кутлубаев, Л. Р. Ахмадеева // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – № 3. – С. 32–36.

3. Göthe F. Cerebrovascular diseases and depression: epidemiology, mechanisms and treatment / F. Göthe, D. Enache, L. O. Wahlund [et al.] // Panminerva medica Journal. – 2012. – № 54 (3). – P. 161–170.

4. Аймедов К. В. Тривога під маскою депресії / К. В. Аймедов, К. В. Грибовська // Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього : матер. наук.-практ. конф. з міжнародн. уч. – Ужгород. – 2012. – С. 63.
5. Meroni R. Psychiatric disorders in patients suffering from an acute cerebrovascular accident or traumatic injury, and their effects on rehabilitation: an observational study / R. Meroni, E. Beghi, M. Beghi [et al.] // *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. – 2013. – № 49 (1). – P. 31–39.
6. Ахмедова Д. А. Особенности постинсультной депрессии в раннем и позднем восстановительном периодах / Д. А. Ахмедова, С. З. Хакимова, А. Т. Джурбекова // *Инновационная наука*. – 2015. – № 6–2. – С. 224–227.
7. Schöttke H. Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors / H. Schöttke, C. M. Giabbiconi // *International Psychogeriatrics Journal*. – 2015. – № 27 (11). – P. 54–61.
8. Zaninotto A. L. Updates and Current Perspectives of Psychiatric Assessments after Traumatic Brain Injury: A Systematic Review / A. L. Zaninotto, J. E. Vicentini, F. Fregni [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2016. – № 7. – P. 95.
9. Коростій В. І. Анксиолитические препараты в комплексной терапии тревожных расстройств при психосоматических заболеваниях / В. И. Коростій, А. М. Кожина // *НейроNEWS*. – 2012. – №8 (43). – С. 21–25.
10. Коростій В. І. Лікування психічних розладів тривожно-депресивного спектру серед хворих на психосоматичні розлади / В. І. Коростій // *Інтегративні підходи в діагностиці та лікуванні психічних і психосоматичних хвороб : матер. наук.-практ. міжрегіон. конф.* – Вінниця. – 2010. – С. 52.
11. Старчина Ю. А. Постинсультная депрессия: научно-обоснованные подходы к выбору терапии / Ю. А. Старчина // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2012. – № 1. – С. 116–120.
12. Sibolt G. Post-stroke depression and depression-executive dysfunction syndrome are associated with recurrence of ischaemic stroke / G. Sibolt, S. Curtze, S. Melkas [et al.] // *Cerebrovascular Diseases Journal*. – 2013. – № 36 (5–6). – P. 336–343.

References

1. Burchinskiy S. G. Depressivnye rasstroystva v nevrologicheskoy praktike: vozmozhnosti nootropov novogo pokoleniya [Depressive disorders in neurological practice: the possibilities of nootropics of a new generation]. *Zdorov'e Ukrainy [Health of Ukraine]*, 2009, no. 15-16 (220-221), pp. 46-47. (In Russ.)
2. Teregulova D. R., Kutlubayev M. A., Akhmedeva L. R. Depressiya v nevrologicheskoy praktike (na primere bolevykh sindromov i insul'ta) [Depression in neurological practice (on the example of pain syndromes and stroke)]. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [Herald of modern clinical medicine]*, 2015, no. 3, pp. 32-36. (In Russ.)
3. Götheno F., Enache D., L. O. Wahlund [et al.] Cerebrovascular diseases and depression: epidemiology, mechanisms and treatment. *Panminerva medica Journal*, 2012, no. 54 (3), pp. 161-170.
4. Ajmedov K. V., Grybovs'ka K. V. Tryvoga pid maskoju depresii' [Anxiety in the guise of depression]. *Naukovyj potencial molodi – progres medycyny majbutn'ogo : mater. nauk.-prakt. konf. z mizhnarodn. uch. [Scientific potential of youth - the future of medical progress: mater. nauk. and practical. Conf. With international. uch.]*. Uzhgorod, 2012, p. 63. (In Ukr.)
5. Meroni R., Beghi E., Beghi M. [et al.] Psychiatric disorders in patients suffering from an acute cerebrovascular accident or traumatic injury, and their effects on rehabilitation: an observational study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2013, no. 49 (1), pp. 31-39.
6. Akhmedova D. A., Khakimova S. Z., Dzhurabekova A. T. Osobennosti postinsul'tnoy depressii v rannem i pozdnem vosstanovitel'nom periodakh [Features of post-stroke depression in the early and late recovery periods]. *Innovatsionnaya nauka [Innovative science]*. 2015, no. 6-2, pp. 224-227. (In Russ.)
7. Schöttke H., Giabbiconi C. M. Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors. *International Psychogeriatrics Journal*, 2015, no. 27 (11), pp. 54-61.
8. Zaninotto A. L., Vicentini J. E., Fregni F. [et al.] Updates and Current Perspectives of Psychiatric Assessments after Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 2016, no. 7, pp. 95.
9. Korostiy V. I., Kozhina A. M. Anksioliticheskie preparaty v kompleksnoy terapii trevoznykh rasstroystv pri psikhosomaticheskikh zbolevaniyakh [Anxiolytic drugs in complex therapy of anxiety disorders in psychosomatic diseases]. *NeyroNEWS [NeuroNEWS]*, 2012, no. 8 (43), pp. 21-25. (In Russ.)
10. Korostij V. I. Likuvannja psyhichnyh rozladiv tryvozhno-depresyvnogo spektru sered hvoryh na psyhosomatychni rozlady [Treatment of mental disorders of anxiety-depressive spectrum of patients with psychosomatic disorders]. *Integratyvni pidhody v diagnostyci ta likuvanni psyhichnyh i psyhosomatych-nyh hvorob : mater. nauk.-prakt. mizhregion. konf. [Integrative approaches in diagnosis and treatment of mental and psyhosomatych-governmental diseases: mater. nauk. and practical. interregional conference]*. Vinnitsa, 2010, p. 52. (In Ukr.)
11. Starchina Yu. A. Postinsul'tnaya depressiya: nauchno-obosnovannye podkhody k vyboru terapii [Post-stroke depression: evidence-based approaches to the choice of therapy]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]*, 2012, no. 1, pp. 116-120. (In Russ.)
12. Sibolt G., Curtze S., Melkas S. [et al.] Post-stroke depression and depression-executive dysfunction syndrome are associated with recurrence of ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases Journal*, 2013, no. 36 (5-6), pp. 336-343.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ПРЕМОРБИДНЫЕ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С НАРУШЕНИЯМИ КОМПЛАЕНСА К ТЕРАПИИ

Н. В. Криванкова

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины

Аннотация. Исследование направлено на выявление у больных особенностей психического реагирования, предшествовавших органическому поражению ЦНС. Концепция исследования заключается в определении роли личностных факторов в психопатогенезе тревожно-депрессивных расстройств органического генеза. С целью установления клинико-анамнестических и преморбидных патоперсоналогических особенностей больных с органическими тревожно-депрессивными расстройствами проведено обследование 102 пациентов с использованием опросника Леонгарда–Шмишека и индивидуально-типологического опросника Л. Н. Собчика. В результате исследования выявлены анамнестические корреляты и патоперсоналогические характеристики больных с органическими тревожно-депрессивными расстройствами. Установлены такие преморбидные патоперсоналогические особенности больных, как неустойчивость аффективной и мотивационной сфер личности, эмоциональная напряженность, внутренний личностный конфликт, патологические недоверие и боязливость по отношению к окружающим, а также склонность к обсессивным фобическим реакциям.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, органическая психопатология, тревога, депрессия, личность.

CLINICAL-ANAMNESTIC AND PREMORBID PATHPERSONOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS SUFFERING FROM ORGANIC DEFEAT AND ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS WITH POOR THERAPY COMPLIANCE

N. V. Krivankova

Zaporizhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

Summary. The study is aimed at identifying the mental response characteristics of patients preceding the organic lesion of the central nervous system. The concept of the study is to determine the role of personal factors in the organic anxiety-depressive disorders psychopathogenesis. In order to establish clinical-anamnestic and premorbid pathopersonological features of patients with organic anxiety-depressive disorders, 102 patients were examined using the Leongard–Shmishek questionnaire and L. N. Sobchik's individual-typological questionnaire. The results of the study revealed anamnestic correlates and pathopersonological characteristics of patients with organic anxiety-depressive disorders. The following premorbid pathopersonological features of patients have been established: instability of the affective and motivational spheres of the personality, emotional tension, internal personality conflict, pathological mistrust and fearfulness towards others and a tendency to obsessional phobic reactions.

Key words: anxiety-depressive disorder, organic psychopathology, anxiety, depression, personality.

Криванкова Наталя Віталіївна – здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: n.voskoboynik2014@yandex.ua.

Криванкова Наталья Витальевна – соискатель кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины, г. Запорожье, Украина; e-mail: n.voskoboynik2014@yandex.ua.

Natalya Krivankova – Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhia, Ukraine; e-mail: n.voskoboynik2014@yandex.ua.



О. В. Мосейко

УДК: 616.895.82-008.444.9-036.1

ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ХВОРИХ НА ПРОСТУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ З АТИПОВОЮ КЛІНІЧНОЮ СТРУКТУРОЮ

О. В. Мосейко

Запорізький державний медичний університет МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна

Анотація.

З метою визначення рівня і структури агресивних реакцій серед хворих на просту форму шизофренії з різним рівнем атипії клініко-психопатологічної симптоматики обстежено 100 хворих з використанням опитувальника агресивності Басса-Дарки. Концептуальною основою аналізу контингенту виступила різномірність клінічної картини у хворих у межах діагностичної рубрики простої форми шизофренії. Під час дослідження пацієнтів було розподілено на 4 рівні атиповості клінічних проявів: 0 рівнем вважалися ізольовані негативні симптоми, I рівнем – психопатоподібні симптоми, II рівнем – псевдоневротичні, III – псевдопараноїдні. У результаті дослідження було виявлено, що для хворих з типовим перебігом простої форми шизофренії специфічними є високі показники підозрливості і почуття провини; для хворих із I рівнем атипії клініко-психопатологічної симптоматики характерне посилення фізичної, опосередкованої і вербальної агресії; для хворих з II рівнем атипії – збільшення підозрливості і почуття провини; для хворих з III рівнем атипії – підвищений ступінь підозрливості, фізичної та опосередкованої агресії.

Ключові слова: проста форма шизофренії, клінічна атипія, агресія.

Вступ

Сучасна психіатрична клініка демонструє тенденцію до зміни клінічних характеристик розладів психіки, діагностика та терапія яких традиційно розглядається як компетенційний базис спеціаліста [1; 2]. Процес стандартизації психодіагностики, авангардом якого виступило введення у рутинну практику клініциста статистичних класифікацій та фармакоорієнтованих терапевтичних протоколів, стикнувся з проблемою патоморфозу – процесу зміни традиційного структурного та динамічного стереотипу перебігу патології під впливом зовнішніх чинників [3; 4]. У межах процесу патоморфозу маргінальні варіанти клініки єдиної нозологічної форми підлягають «діагностичній сегрегації» та розглядаються окремо [5–7]. Так, варіанти структурних композицій позитивної симптоматики простої форми шизофренії наразі розглядаються як шизотиповий розлад, рекурентний депресивний розлад з апатичним афективним аранжуванням та навіть як резистентні варіанти обсесивно-компульсивного розладу. Наступним кроком стандартизації є анонсований у МКХ-11 перехід до парадигми синдромальної діагностики, який призведе до деконструкції шизофренії як нозології [8–10].

Важливим завданням психіатричної методології є протидія нозодиссолютивній тенденції за рахунок вивчення патогене-

зу психічних розладів, аналізу факторів та процесів, консолідуючих нозологічні форми, з метою розробки комплексних систем діагностики та лікування у рамках номотетичного підходу [3; 5].

Мета дослідження

Метою дослідження було визначення ступеня вираженості та структури агресивних реакцій серед хворих на просту форму шизофренії з різним рівнем атипії клініко-психопатологічної симптоматики.

Матеріали та методи дослідження

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної Ради було обстежено 100 хворих, які страждають на просту форму шизофренії. Всі хворі поступали до психіатричної лікарні у стабільному соматичному стані та пройшли соматоневрологічне обстеження. Тривалість захворювання складала від 5 до 30 років; середній вік пацієнтів – $34,00 \pm 1,40$ року; середній вік початку захворювання – $21,00 \pm 2,20$ року.

У ході дослідження були застосовані такі методи:

- клініко-анамнестичний;
- клініко-психопатологічний;
- психодіагностичний (опитувальник агресивності Басса-Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) [11]);
- статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

На попередніх етапах дослідження у контексті аналізу патоморфозу простої форми шизофренії було проведено аналітичне співставлення характеру ініціальної симптоматики (IC) при дебюті простої форми шизофренії та динаміки її трансформації у міру прогресування захворювання. Це відображається у додаткових (відносно формування апато-абулічного дефекту) векторах прогресивності. Виділено 4 рівня атипії клінічної картини простої форми шизофренії:

■ **0 рівень атипії**, 23 пацієнта (ОГ): симптоматика представлена simplex complex та співпадає зі стандартними діагностичними критеріями для простої форми шизофренії.

Дослідження динаміки госпіталізацій та діагностичного шляху хворих дозволяє констатувати повну відповідність структури психопатологічних розладів до стандартних критеріїв діагностики простої форми шизофренії.

Згідно з катамнестичним дослідженням термін формування дефекту особистості – 2–6 років, тип дефекту – апато-абулічний без додаткової семіотики.

■ **I рівень атипії**, 43 пацієнта (Г1): симптоматика представлена психопатоподібними формами реагування та патетичними формами психомоторного збудження.

Дослідження динаміки госпіталізацій та діагностичного шляху хворих дозволяє констатувати збіг симптоматики за структурою:

- з **розладами особистості** (за критеріями поведінкових порушень);
- з **кататоно-гебефренічними розладами** (за критеріями характеру епізодів психомоторного збудження, загальними особливостями поведінки та експресії – манірністю, імпульсивністю, патетичністю, негативізмом);
- з **гебоїдним синдромом** (за критерієм парадоксальної агресії та парабулічної активності).

Згідно з катамнестичним дослідженням термін формування дефекту особистості – 2–6 років, тип дефекту – апато-абулічний з психопатоподібними включеннями з тенденцією до примусової нормалізації останніх протягом 2–4 років.

■ **II рівень атипії**, 20 пацієнтів (Г2): симптоматика представлена масивними поліморфними псевдоневротичними розладами іпохондричного та псевдообсесивного кола.

Катамнестичне дослідження вказує на необхідність диференціації з важкими формами генералізованого тривожного розла-

ду, тривожно-депресивними розладами, параноїдною формою шизофренії.

Термін формування дефекту особистості – 5–10 років, тип дефекту – апато-абулічний з афективно-маячними включеннями.

■ **III рівень атипії**, 14 пацієнтів (Г3): симптоматика представлена нав'язливими думками та афективними порушеннями з формуванням окремих маячних або надцінних ідей.

Дослідження динаміки госпіталізацій та діагностичного шляху хворих дозволяє констатувати збіг симптоматики за структурою:

- з **важкими формами обсесивно-компульсивного розладу** (за критерієм персистування егодистонних нав'язливостей);
- з **тривожно-депресивними розладами** (за критерієм наявності патоафективних розладів тривожного, депресивного або змішаного характеру);
- з **параноїдною формою шизофренії** (за критерієм наявності компонентів синдрому ідеаторного автоматизму).

Згідно з катамнестичним дослідженням, швидкість настання дефекту особистості – 2–8 років, тип дефекту – апато-абулічний з пресистуючими порушеннями асоціативного процесу (надцінні ідеї та псевдообсесії).

Проведено порівняльний аналіз рівнів агресії в групах дослідження (табл. 1):

■ серед обстежених ОГ (23,00%) значну вираженість мали такі прояви агресії, як підозрілість ($8,86 \pm 0,15$) та почуття провини ($7,32 \pm 0,21$), що відповідає психологічній реакції на патологічний процес;

■ для контингенту Г1 (43,00%) характерна значна вираженість фізичної агресії ($7,91 \pm 0,16$), опосередкованої ($7,09 \pm 0,18$) та вербальної ($11,07 \pm 0,16$). Це корелює з психопатоподібними формами психічного реагування, наявність яких встановлено під час клінічної обсервації та клініко-анамнестичного дослідження пацієнтів;

■ пацієнти Г2 (20,00%) демонстрували значну вираженість підозрілості ($9,18 \pm 0,15$) та почуття провини ($8,20 \pm 0,16$), що виступає корелятом раціоналізації інтроспективно реєстрованих змін психічного стану (псевдоневротичні розлади з високим ступенем соматизації);

■ хворі Г3 (14,00%) виявляли підозрілість ($9,79 \pm 0,23$), фізичну ($7,82 \pm 0,21$) та опосередковану ($6,07 \pm 0,20$) агресію. Це детерміновано персекуторною фабулою надцінних та окремих нестійких маячних ідей, що сформовано за параноїяльним механізмом.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз рівня та структури агресії ОГ – Г1 – Г2 – Г3

Підшкали	Σ_{\max}	ОГ (n=23)	Г1 (n=43)	Г2 (n=20)	Г3 (n=14)	р-критерій								
						ОГ			Г1			Г2		
						Г1	Г2	Г3	Г2	Г3	Г3			
Фізична агресія	10	3,13±0,22	7,91±0,16	2,15±0,17	7,82±0,21	3	2	3	3	–	3			
Опосередкована агресія	9	1,96±0,17	7,09±0,18	1,20±0,09	6,07±0,20	3	3	3	3	3	3			
Дратівливість	11	4,04±0,24	2,57±0,13	3,25±0,15	2,14±0,18	3	2	3	2	–	–			
Негативізм	5	2,51±0,16	4,23±0,11	2,30±0,13	2,93±0,20	3	–	–	3	3	1			
Образа	8	3,17±0,19	2,27±0,10	4,25±0,18	4,44±0,18	3	3	3	3	3	–			
Підозрілість	12	8,86±0,15	2,49±0,15	9,18±0,15	9,79±0,23	3	–	2	3	3	1			
Вербальна агресія	13	2,13±0,14	11,07±0,16	5,23±0,15	6,00±0,26	3	3	3	3	3	1			
Почуття провини	9	7,32±0,21	2,95±0,13	8,20±0,16	2,58±0,20	3	2	3	3	–	3			

Примітки:

середні величини подано у форматі $M \pm m$ (середня арифметична \pm стандартна похибка середньої арифметичної); достовірні відмінності за групами розраховані за допомогою t -критерія Стьюдента (1 – на рівні $p < 0,05$; 2 – на рівні $p < 0,01$; 3 – на рівні $p < 0,001$).

Висновки

Визначено структуру та проведено порівняльний аналіз агресивних реакцій серед хворих на просту форму шизофренії з різним рівнем атипії клініко-психопатологічної симптоматики.

Встановлено, що для хворих з типовою симптоматикою простої форми шизофренії характерні такі агресивні реакції, як підозрілість (8,86±0,15) та почуття провини (7,32±0,21). Для хворих, у яких психопатологічна симптоматика представлена психопатоподібними формами реагування та патетичними формами психомоторного збудження (I рівень атипії), специфічною

є значна вираженість фізичної (7,91±0,16), опосередкованої (7,09±0,18) та вербальної (11,07±0,16) агресії. Пацієнти з психопатологічною симптоматикою, яка набувала форми нав'язливих думок та афективних порушень з формуванням маячних або надцінних ідей (II рівень атипії) демонструють значну вираженість підозрілості (9,18±0,15) та почуття провини (8,20±0,16). Обстежені, у клінічній картині захворювання яких виявлені масивні поліморфні псевдоневротичні розлади з маячною інтерпретацією (III рівень атипії), демонструють високі показники підозрілості (9,79±0,23), фізичної (7,82±0,21) та опосередкованої (6,07±0,20) агресії.

Література

1. Ванюшина Е. А. Диагностические сложности и возможные пути коррекции дезадаптации, возникшие вследствие простой шизофрении / Е. А. Ванюшина, О. В. Поплавская, Н. А. Черная // Фармация и фармакология. – 2015. – Т. 3, № 1. – С. 29–30.
2. Rittmannsberger H. The diagnosis «schizophrenia»: past, present and future / H. Rittmannsberger // Psychiatr Danub. – 2012. – № 24 (4). – P. 408–414.
3. Кожина А. М. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией / А. М. Кожина, В. Е. Кришталь, Е. И. Сухоиванова // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, №2 (59). – С. 36.
4. Коростий В. И. Современные подходы к антипсихотической терапии в системе лечения и реабилитации пациентов с шизофренией / В. И. Коростий, С. М. Ординанс, М. Ю. Григорчук // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 1 (70). – С. 46–47.
5. Михайлов Б. В. Проблема шизофрении в современной психиатрии / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // Мужское здоровье и гендерная медицина. – 2013. – №1 (01). – С. 14–29.
6. Михайлов Б. В. Сучасний стан проблеми шизофренії / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 4 (65). – С. 39–47.
7. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects / A. Jablensky // Dialogues Clin Neurosci. – 2010. – № 12 (3). – P. 271–287.
8. Чабан О. С. Шизофренія з позиції постпсихіатрії / О. С. Чабан // Здоров'я України. – 2012. – №3. – С. 53.
9. Reiko K. Simple schizophrenia revisited: Its schizophrenic body image deviation / K. Reiko, N. Yuya, M. Nobuaki // Open Journal of Psychiatry. – 2012. – №2. – P. 370–373.
10. Tandon R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11 / R. Tandon // Psychiatr Clin North Am. – 2012. – № 35 (3). – P. 557–569.
11. Buss, A. H. An inventory for assessing different kinds of hostility. / A. H. Buss, A. Durkee // Journal of Consulting Psychology. – 1957. – №21. – P. 343–349.

References

1. Vanyushina E. A., Poplavskaya O. V., Chernaya N. A. Diagnosticheskie slozhnosti i vozmozhnye puti korrrekt-sii dezadaptatsii, vznikshie vsledstvie prostoy shizofrenii [Diagnostic complications and possible ways of correction of maladaptation, arising from simple schizophrenia]. Farmatsiya i farmakologiya [Pharmacy and Pharmacology], 2015, vol. 3, no. 1, pp. 29-30. (In Russ.)
2. Rittmannsberger H. The diagnosis «schizophrenia»: past, present and future. Psychiatr Danub., 2012, no. 24 (4), pp. 408-414.

3. Kozhina A. M., Krishtal' V. E., Sukhoivanova E. I. Sovremennye podkhody k reabilitatsii bol'nykh shizofreniy [Modern approaches to the rehabilitation of patients with schizophrenia]. Tavrisheskiy zhurnal psikiatrii [Taurian Journal of Psychiatry], 2012, vol. 16, no. 2 (59), p. 36. (In Russ.)

4. Korostiy V. I., Ordinans S. M., Grigorchuk M. Yu. Sovremennye podkhody k antipsikhoticheskoy terapii v sisteme lecheniya i reabilitatsii patsientov s shizofreniy [Modern approaches to antipsychotic therapy in the system of treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2012, vol. 20, no. 1 (70), pp. 46-47. (In Russ.)

5. Mikhaylov B. V., Chugunov V. V. Problema shizofrenii v sovremennoy psikiatrii [The problem of schizophrenia in modern psychiatry]. Muzhskoe zdorov'e i gendernaya meditsina [Men's Health and Gender Medicine], 2013, no. 1 (01), pp. 14-29. (In Russ.)

6. Myhajlov B. V. Suchasnyj stan problemy shyzofrenii' [State of the art schizophrenia]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2010, vol. 18, no. 4 (65), pp. 39-47. (In Ukr.)

7. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. Dialogues Clin Neurosci., 2010, no. 12 (3), pp. 271-287.

8. Chaban O. S. Shyzofrenija z pozicii' postpsyhiatrii' [Schizophrenia position of Postpsychiatry], 2012, no. 3, p. 53. (In Ukr.)

9. Reiko K., Yuya N., Nobuaki M. Simple schizophrenia revisited: Its schizophrenic body image deviation. Open Journal of Psychiatry, 2012, no. 2, pp. 370-373.

10. Tandon R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11 / R. Tandon // Psychiatr Clin North Am. – 2012. – № 35 (3). – P. 557-569.

11. Buss, A. H., Durkee, A. An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology, 1957, no. 21, pp. 343-349.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ ПРОСТОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С АТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРОЙ

А. В. Мосейко

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины

Аннотация. С целью определения уровня и структуры агрессивных реакций среди больных простой формой шизофрении с разным уровнем атипичности клинико-психопатологической симптоматики обследовано 100 больных простой формой шизофрении с использованием опросника агрессивности Басса–Дарки. Основанием анализа контингента является разнородность клинической картины у больных в рамках диагностической рубрики простой формы шизофрении. В концепции исследования больные были разделены на уровни атипичности клинических проявлений, где 0 уровнем являлись изолированные негативные симптомы, I уровнем – психопатоподобные симптомы, II уровнем – псевдоневротические, III уровнем – псевдопараноидные. В результате исследования было выявлено, что специфичными для больных с типичным течением простой формы шизофрении являются высокие показатели подозрительности и чувства вины; для больных с I уровнем атипичности клинико-психопатологической симптоматики – повышение уровня физической, опосредованной и вербальной агрессии; для больных со II уровнем атипичности – усиление подозрительности и чувства вины; для больных с III уровнем атипичности – увеличение подозрительности, физической и опосредованной агрессии.

Ключевые слова: простая форма шизофрении, клиническая атипичность, агрессия.

FEATURES OF MOTIVATIONAL DISORDERS OF PATIENTS WITH SIMPLE-TYPE SCHIZOPHRENIA WITH ATYPICAL CLINICAL STRUCTURE

A. V. Moseyko

Zaporizhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

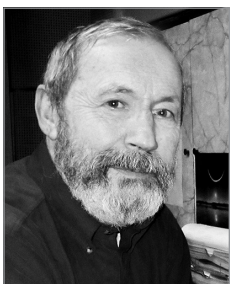
Summary. In order to determine the level and structure of aggressive reactions among patients with a simple form of schizophrenia with different atypia levels of clinical and psychopathological symptoms, 100 patients with a simple form of schizophrenia were examined using the Buss-Durkee Hostility Inventory. The basis for the analysis is the clinical heterogeneity within the diagnostic rubric of a simple form of schizophrenia. According to the research concept, patients were divided into groups according to levels of atypical clinical manifestations, where level 0 was presented by isolated negative symptoms, level I – psychopathic-like symptoms, level II – pseudoneurotic symptoms, III – pseudoparanoid symptoms. As a result of the study, it was found that for patients with a typical clinical manifestations of a simple form of schizophrenia high indicators of suspicion and guilt are specific; for patients with level I – increased level of physical, mediated and verbal aggression; for patients with level II – suspicion and guilt; for patients with level III – high level of suspicion, physical and mediated aggression.

Key words: simple-type schizophrenia, clinical atypia, aggression.

Мосейко Олексій Валентинович – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: olmooseyko@gmail.com.

Мосейко Алексей Валентинович – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины, г. Запорожье, Украина; e-mail: olmooseyko@gmail.com.

Alexey Moseyko – Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhia, Ukraine; e-mail: olmooseyko@gmail.com.



В. Ф. Простомолотов

УДК: 616.895.8-085

ДИССОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

В. Ф. Простомолотов

Институт информационных и социальных технологий
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова

Аннотация.

В статье с клинико-нозологических позиций обсуждаются все «за» и «против» целесообразности включения в классификацию расстройств личности диссоциального расстройства как достоверно клинически однородного. Аргументировано обосновывается разнородность диссоциального расстройства, в которое искусственно включены описания аномальных личностей разных типов, а в случае недостаточности дифференциальной диагностики – и психически больных с невыраженными формами эндогенных и экзогенных заболеваний. Но к тому же следует заметить (и мы не открываем этим Америку), что преступления совершают и т. н. нормальные, или акцентуированные, личности. Автор полагает, что здравый смысл и научный подход должны восторжествовать. Ведь от того, например, что часть больных шизофренией (заметим, при разных ее формах и типах течения) ведет асоциальный образ жизни или склонна совершать противоправные действия, не выделена диссоциальная форма шизофрении? Тот же вопрос можно поставить и в отношении больных эпилепсией, органическими поражениями головного мозга и др.

Ключевые слова: диссоциальное расстройство, акцентуированные личности, психопатии, социопатии.

Поднимаемый в статье вопрос не нов, но требует разрешения, т. к. в отечественной нозологической традиции диссоциальный тип расстройства личности/психопатии не выделялся. Считалось, и не без основания, что преступниками могут быть представители разных типов личностей – как патологических (затем и акцентуированных), так и стандартного типа. Но во времена возникновения пограничной психиатрии в умах многих корифеев зародилась идея о том, что существует особая группа аномальных личностей, социопатов, основным клиническим проявлением заболевания которых выступает асоциальное поведение. Так, например Э. Крепелин, характеризуя психопатов этого круга как врагов общества, в 1915 г. писал: «Радость и горе окружающих трогают их так же мало, как свидетельства любви и дружбы, как угрозы и увещания, как знаки презрения. Они невозмутимы и глухи, ничему не сочувствуют, ни к чему не испытывают привязанности, лишены чувства чести и стыда, равнодушны к хуле и похвале» [1]. Более того, эту группу личностей, которую сейчас вполне достоверно можно считать разнородной, вплоть до МКБ-9 [2] определяли как психопатию, расстройство личности типа эмоционально тупых. Заметим, что от этой во всех смыслах неудачной дефиниции уже отказались.

Очевидно, отдавая дань мнению западных коллег, П. Б. Ганнушкин в составленной

им в 1930 г. классификации вариантов психопатий выделил группу антисоциальных психопатов [3]. Но в 1999 г. А. Б. Смулевич [1] уже в полном соответствии с разделяемой им отечественной традицией пишет: «Объединение лиц с признаками постоянной и общей социальной дезадаптации в рамках группы диссоциальных расстройств – дань социологическому подходу к психопатиям», разделяемому, заметим, западными авторами (В. Рош и Н. Конрад, 1966).

Однако, возвращаясь к мнению П. Б. Ганнушкина об антисоциальных личностях, необходимо привести его полностью, ибо в основе такой точки зрения лежит глубокий клиницизм: «По отношению к группе антисоциальных психопатов больше, чем по отношению к какой-либо другой из числа выделяемых нами групп, нужно сказать, что, быть может, здесь дело идет не об отдельной, сколько-нибудь самостоятельной группе явлений, а лишь о факте "развития" одной из основных конституциональных форм <...> Вообще, надо сказать, что описываемая психопатия включает очень широкую группу лиц во многом различного склада. Кроме основного типа, отличающегося чертами, близкими к эпилептоидам (люди грубые, жестокие и злобные), среди них встречаются и "холодные" бездушные резонеры, родственные шизоидам субъекты <...> Некоторые из антисоциальных психопатов удерживаются

в рамках общежития; <...> таковы многие высоко стоящие политиканы, не брезгающие для своих узкоэгоистических целей никакими средствами; таковы бездушные матери, не питающие никаких привязанностей к своим детям, преследующие их строгостью и жестокостью и без сожаления бросающие их на попечение нянек» [3].

Согласно МКБ-10 [4], для диагностики диссоциального расстройства личности (ДРЛ), кроме выполнения общих критериев расстройства личности (РЛ) (F60), должны присутствовать по меньшей мере три признака из числа нижеследующих:

- 1) бессердечное равнодушие к чувствам других людей;
- 2) выраженные и постоянные безответственность и пренебрежение к социальным нормам, правилам и обязанностям;
- 3) неспособность поддерживать продолжительные связи, хотя и без затруднений в установлении их;
- 4) очень низкая толерантность к фрустрации и низкий порог агрессивного поведения, включая насилие;
- 5) неспособность к переживанию вины и извлечению пользы из неблагоприятного опыта, особенно не идет впрок наказание;
- 6) выраженная склонность обвинять других или предлагать объяснение своему поведению, что приводит индивидуума к конфликту с обществом.

В примечаниях отмечено, что завершают клиническую картину постоянная раздражительность и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте, хотя сами по себе эти симптомы не требуются для установления диагноза ДРЛ.

Как можно заметить, второй, четвертый и пятый признаки явно указывают на личностей эмоционально-неустойчивого типа (возбудимой, эпилептоидной психопатии прежних систематик), а первый и шестой – существенно дополняют ее клиническую картину. Что касается третьего признака, то, согласно многочисленным наблюдениям психиатров, юристов, известно, что среди своего круга асоциальных личностей вообще – а не только из числа возбудимых/эпилептоидных психопатов – они достаточно общительны и способны к весьма длительным контактам. К такому же выводу приводит и анализ художественной литературы. Исключения составляют разве

что истерические и шизоидные личности. В последнем случае обычно и возникает необходимость в дифференциальной диагностике от вялотекущего эндогенного процесса с дефектом в форме гебоидного поведения.

Возвращаясь к приведенной ранее цитате П. Б. Ганнушкина, отметим, что после этого яркого, четкого и выпуклого описания антисоциальных личностей немного есть, что добавить. Но необходимо систематизировать приведенные им, а также и указанные далее в статье типы. Они включают:

- 1) асоциальных эпилептоидов, для которых характерны злобность, взрывчатость, злопамятность; они часто преступают закон (хулиганство, разбой, изнасилование, убийства, др.);
- 2) экспансивных шизоидов типа холодных и бездушных эгоистов (главари трудноуловимых преступных банд и преступных режимов, например, в фашистской Германии – описаны нами в наст. журн. в 2014 – Т.1, № 1) и др.; бездушных матерей, бросающих своих детей на попечение нянек;
- 3) аферистов разных мастей и разных социальных уровней из числа истерических, гипертимных личностей и эпилептоидов;
- 4) параноиков-фанатиков из главарей преступных сект или политиканов, не брезгающих никакими средствами.

Выделение МКБ-10 диссоциального расстройства личности, очевидно, обусловлено такими факторами. Во-первых, клинической реальностью – существованием внутри регистра расстройств личности т. н. социопатов, одним из основных клинических проявлений характера и поведения которых является антисоциальный стиль жизни, т. к. перманентно эти субъекты являются врагами общества. Во-вторых, социально-практической потребностью общества в защите от них правовыми, медико-психологическими и социальными нормативами.

Диссоциальных личностей, вне зависимости от их принадлежности к разным типам конституциональных аномалий, объединяет холодное равнодушие к чувствам и судьбам людей, а также пренебрежение существующими нравственными и юридическими нормами. Они безответственны и бесцеремонны. Своей вины не чувствуют и не признают, всегда возлагая ответственность на других. В этом отношении такие люди обнаруживают

явный дефект критики и совести, а также антиципационную несостоятельность – отсутствие способности делать разумные выводы из собственного опыта (можно сказать, не прекращающихся конфликтов) и скорректировать в дальнейшем свое поведение.

Все же считаем нужным заметить, что полное отсутствие критики к своему поведению, к своим поступкам, пренебрежение социальными нормами и абсолютная неспособность к адаптации в социуме среди подобных аномальных личностей встречаются редко. Как правило, в этих редких случаях речь идет уже о психическом дефекте эндогенного и органического генеза. Обычно после двух-трех рецидивов антисоциальных деяний (хулиганские действия, насилие, грабеж, др. преступления против личности), завершившихся отбыванием соответствующих сроков лагерного или тюремного заключения, большинство этих антисоциальных психопатов вырабатывают тот или иной стиль адаптивного поведения. Нет, в большинстве случаев они так и не признают собственной вины из-за содеянного в прошлом и сохраняют злобу к потерпевшему, якобы спровоцировавшему их на насилие. Но они надежно (по закону табу!) избегают тех мест и ситуаций, в которых это могло бы повториться, а некоторые, пройдя тюремные университеты, резко меняют образ жизни.

К. Леонгард [5], описывает такой экстраординарный случай, касающийся популярного писателя: «До начала писательской деятельности Карл Мей более семи лет отсидел в тюрьме, отбывая наказание за кражи, грабежи со взломом и различные жульнические махинации. В 38 лет он в последний раз был в тюремном заключении. <...> Мей, став уже писателем, продолжал свои авантюристические выходы, правда, в них уже не было уголовного элемента. Например, к своему литературному псевдониму он присоединил громко звучащие имена с дворянскими титулами. Эти псевдонимы он увенчал званием доктора наук, которое впоследствии даже, так сказать, материализовал, приобретя за деньги диплом доктора в одном американском университете». Далее следуют преинтереснейшие, заслуживающие внимательного прочтения, подробности из жизни патологического лгуна, мифомана, нашедшего для себя щель социальной адаптации у самой границы уголовно наказуемых деяний.

Приведем еще один типичный в этом отношении клинический случай. В начале 70-х

годов прошлого века, когда я работал психоневрологом поликлиники МВД, ко мне как члену военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) был направлен участковый уполномоченный Н. В прилагаемой служебной характеристике указывалось, что от граждан участка, района частной застройки, на Н. поступили многочисленные жалобы. Речь шла о рукоприкладстве, пьянстве, вымогательстве и даже о насилии одиноких женщин. Согласно существующему положению я перенаправил Н. в экспертное стационарное отделение психиатрической больницы (ПБ), откуда он через три недели был выписан с диагнозом «Психопатия возбудимого/эпилептоидного круга, осложненная алкоголизмом I–II ст.». Были даны соответствующие рекомендации. Поскольку диагноз экспертного отделения ПБ не вызывал сомнений, я, согласно положению, оперативно оформил все полагающиеся документы для ВВЭ, и ее решением Н. был признан негодным к прохождению службы в органах МВД.

Гораздо позже, когда появился опыт ведения подобных случаев, я узнал, что сразу же после получения жалоб нужно было оформить документы для судебного разбирательства в отношении Н., чтобы он понес соответствующее его деяниям уголовное наказание. Но тогда это сделано не было, а руководство МВД, видимо, сохраняя честь мундира, избрало другой путь избавления от нежелательного сотрудника. Игнорируя состав преступных действий участкового уполномоченного (что, учитывая его высшее юридическое образование, было не так просто доказать), Н. направили на ВВЭ, и таким образом, фактически именно на психиатра возложили всю ответственность за судьбу офицера. Но тогда я ничего этого не знал и тем более не мог предположить, что спустя годы у меня произойдет пренеприятнейшая встреча с этим человеком.

Прошло 10 лет. Я уже работал психотерапевтом одной из центральных городских поликлиник, много времени уделял индивидуальной и групповой терапии невротических пациентов и поэтому часто задерживался допоздна. И вот как-то в конце рабочего дня, около восьми вечера, когда поликлиника уже опустела, дверь кабинета вдруг резко распахнулась, и ее проем занял крупный мужчина (за несколько секунд нашего диалога он так и не изменил своего положения!). В коридоре уже был выключен основной свет, но все же было хорошо видно посети-

теля – крупного мужчину высокого роста лет сорока, давно небритого и неряшливо одетого. Его отекшее и обрюзгшее лицо было напряжено и дышало агрессией. В первые мгновения я не мог понять, что привело его к нам. Но долго раздумывать над этим не пришлось, он почти сразу устроил мне беглый грубо демонстративный допрос:

– Валерий Федорович?

– Да.

– Простомолотов?

– Да.

Услышав утвердительный ответ, посетитель зловеще предупредил:

– Так запомните, что вы мой главный враг на всю жизнь!

И тогда я узнал в этом сильно изменившемся человеке участкового уполномоченного Н. К счастью, в это время подошли дежурные охранники, а из кабинета напротив вышли врач с медсестрой. Ситуация разрешилась естественным образом. Мой мстительный визитер, не мешкая, повернулся и молча удалился. Когда через несколько минут я вышел из поликлиники, его уже не было. Больше он о себе не напоминал.

Два описанных случая указывают на многообразии вариантов динамики обсуждаемого расстройства личности. Но в научной литературе психиатрического профиля ДРЛ, к сожалению, уделено мало внимания, подобных примеров больше в художественной литературе. Поэтому полагаю целесообразным, пусть и в сжатой форме, рассказать о группе страдающих этим заболеванием лиц, которых довелось лично наблюдать более трех десятков лет.

Все они некогда общались в одной компании. В подростковом и юношеском возрасте успешно занимались боксом, но поскольку с детства пристрастились к курению, а некоторые и к алкоголю, спортивные успехи к 17–18 годам сошли на нет, да и у них самих пропал интерес к спорту. В начавшейся взрослой жизни все вели себя антисоциально и вступили в конфликт с законом. Тем не менее, каждый прожил жизнь по собственному сценарию, определенному разным течением и развитием болезни, которая характеризовалась индивидуальными клиническими проявлениями.

В. Ш. отбывал заключение за мошенничество, В. В. – дважды за хулиганство, Ю. Л. – дважды за хулиганство и один раз за воровство; а вот З. Ш., младший брат В. Ш., – единственный из них, кто не был осужден ни разу.

По сравнению с остальными З. Ш. обладал лучшими внешними данными, но заметно меньшими интеллектуальными способностями. Он был чем-то похож на сытого и ленивого кота, фактически всю жизнь не работал, жил за счет женщин на положении альфонса. Последний раз – 10 лет в роли мужа заведующей крупным магазином. Несмотря на то, что был на 15 лет моложе жены, умер в 45 лет. Все остальные ушли из жизни в более молодом возрасте.

В. В. еще в школе выделялся среди приятелей самой большой агрессивностью. В конце 8-го класса, затаив злобу на школьного завхоза за то, что тот пожаловался на него директору, как-то подкараулил его на улице и жестоко избил. Несмотря на взрывной и легковозбудимый характер, мог сдерживать себя, когда того требовала ситуация. Однажды на уроке географии, который проводил бывший фронтовик (дело происходило в 1955 году), потерявший на войне руку и ногу и перенесший тяжелую контузию, В. В. вел себя так возмутительно провокационно, так вызывая нагло, что учитель не сдержался и ударил его наотмашь указкой по лицу. Наиболее сильные ребята из класса уже бросились было на защиту учителя, инвалида войны, но В. В., изрядно вскипев, нашел в себе силы сдержаться.

Способности позволяли ему быть вполне успешным в учебе, но В. В. был склонен к прогулам, отчего и оценки становились все ниже. Будучи человеком конфликтным, он часто вступал в драки, в которых обычно побеждал, но шел на мировую и даже униженно уступал, когда сталкивался с уличными авторитетами.

С 30 лет, дважды к этому времени побывав в заключении, В. В. «шоферил», как говорил при встрече одноклассникам. Оставался неженатым, но захаживал к одной буфетчице, которая была старше его на 20 лет. Когда В. В. было около 35-ти, ему предложили за солидное вознаграждение избить 45-летнего преподавателя вуза. Несмотря на то, что он мог без каких-либо нравственных колебаний ударить любого человека по лицу, особенно уступающего в силе, в тот раз он, помявшись, отказался и так и не уступил уговорам. После работы и в выходные дни его с собутыльниками обычно можно было встретить в излюбленном месте в квартале от его дома. Они часами обсуждали новости, курили, выпивали...

В. В. погиб в 40 лет, сорвавшись с балкона строящегося дома во время очередной драки с Ю. Л. – в юности его противника на ринге, а в последующем постоянного собутыльника. Тот пережил В. В. всего на полгода, захлебнувшись в состоянии тяжелого опьянения рвотными массами.

В. Ш., с детства склонный к аферам и авантюрам и стремившийся нажить капитал противозаконными способами, после заключения стал намного осторожнее, занимался мелкими спекуляциями и мошенничеством. Он спился и умер от туберкулеза, как многие члены его семьи. Из описанной группы асоциальных личностей только он был привлечен к принудительному лечению от хронического алкоголизма, оказавшемуся неэффективным; остальные наркологов благополучно миновали.

Эта небольшая группа диссоциальных личностей, взятая, что называется, из самой жизни, безусловно, не исчерпывает всей гаммы описываемых расстройств, но, думается, позволяет представить ее разнородность.

Распространенность ДРЛ оценивается по различным исследованиям, проведенным в США и скандинавских странах, от 0,5 до 9,4 % населения [6].

Обсуждая вопрос о том, только ли патологические личности проявляют асоциальное поведение, нельзя не обратиться к работам К. Леонгарда, внедрившего в пограничную психиатрию и медицинскую психологию представление об акцентуированных личностях. Во введении к своему основному труду «Акцентуированные личности» [5] он указывал на сложность описания патологических и акцентуированных характеров, если основываться на одних только теоретических рассуждениях. В связи с этим К. Леонгард писал: «Поэтому особую свою задачу я усматриваю в том, чтобы дать как можно больше примеров из жизни, т. е. заняться описанием таких людей, которые в силу особой структуры личности, постоянно вступают в конфликт со своим окружением. Только то, что может быть выведено из непосредственных наблюдений над живыми людьми и их поступками, следует считать психологически достоверным. И в первую очередь здесь имеется в виду психология личностей, называемых мной акцентуированными» [5].

Как видим, К. Леонгард, обращая внимание читателей на акцентуированные личности, подчеркивает, что «в силу особой

структуры личности (они) постоянно вступают в конфликт со своим окружением». Но здесь возникает противоречие с уже существующими со времен П. Б. Ганнушкина правилами разграничения психопатов и т. н. нормальных людей – это постоянный конфликт с окружением, что характеризует патологию. Чтобы сгладить это противоречие, К. Леонгард пишет, указывая на социальную или антисоциальную направленность поведения человека: «В целом при отрицательной картине врачи склонны усматривать психопатию, при положительной – скорее акцентуацию характера. Подобный подход в достаточной степени оправдан, поскольку легкая степень отклонений связана чаще с положительными проявлениями, а высокая – с отрицательными. Обозначение "патологические личности" следовало бы применять лишь в отношении людей, которые отклоняются от стандарта и тогда, когда внешние обстоятельства, препятствующие нормальному течению жизни, исключаются». Но тут же, отдавая дань сложности (а часто и неоднозначности каждого клинического случая), он уточняет: «Однако необходимо учитывать различные пограничные случаи» [5].

Множественно перечитывая клинические описания в «Акцентуированных личностях» К. Леонгарда, убеждаешься, что во многих случаях (даже допуская всевозможные компромиссы, основанные на различиях школ и подходов) описанные пациенты диагностированы как патологические личности, а не акцентуированные. Очевидно, квалификация П. Б. Ганнушкина подобных субкомпенсированных (или временно компенсированных) личностей как латентных психопатов, на наш взгляд, оказалась в итоге более точной.

Имея в виду эти сложные клинические случаи, ранее мы уже обращали внимание [7] на то, что при оценке личности как патологической или акцентуированной необходимо вникать во все частные сферы ее жизнедеятельности, иначе неминуемы ошибки в ее общей оценке. «(Да) Принципиальным показателем, характеризующим расстройство личности, является нарушение социальной адаптации. (Но) Если к этому показателю подходить чисто формально – без должного всестороннего и глубокого анализа психологического, морального, нравственного поведения/деятельности индивидуума – и оценивать его состояние компенсации–декомпенсации

с позиции рассмотрения только роста его служебного/политического/государственного статуса как фактора, доказывающего отсутствие декомпенсации и таким образом указывающего на несомненную компенсацию, то это будет явно бытовой, а не научно психиатрической оценкой личности как гармоничной или дисгармоничной. Известно из описаний жизни многих диктаторов, находящихся у власти годы и даже десятилетия, как они, находясь в состоянии хронической гипертимии/гипомании, самозабвенно трудились по 20 часов в сутки или же перманентно испытывали высокий уровень тревоги и страха, находились во власти сверхценных идей, паранойяльной подозрительности, мести и злобы. У всех у них были разлажены семейные и межличностные отношения, а решения, которые они принимали, затем оказывались ошибочными, а не гениальными» [7].

В заключение выражаем твердое убеждение в том, что, как и при эндогенных и экзо-

генных психических заболеваниях, в случаях антисоциального поведения пациентов ни в прошлом, ни в настоящем психиатрии не наблюдалось тенденций при их классификации выделять отдельно и специально диссоциальную форму того или иного заболевания. Игнорирование конституционального фактора, как и фактора развития, а также искусственное выделение внутри создаваемой многими десятилетиями системы расстройств личности (психопатий) анклава социопатии способны внести путаницу в диагностику, а значит – отрицательно скажутся и на терапии, реабилитации и профилактике. В том случае, если социальная практика указывает на заметный рост социопатий различного генеза, можно согласиться с выделением отдельного регистра социопатий (но вне рамок расстройств личности) и направить этих пациентов на попечение правоохранительных органов, в структуре которых должна иметься психолого-психиатрическая служба.

Литература

1. Смулевич А. Б. Расстройства личности (психопатии) / А. Б. Смулевич // Руководство по психиатрии : в 2-х т. / под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 558–606.
2. Психические расстройства (раздел V «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра», адаптированный для использования в СССР). – М., 1982. – 82 с.
3. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. – М. : Медицина, 1964. – 292 с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии / ВОЗ. – Женева, 1996. – 208 с.

5. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. – К. : Выща школа, 1981. – 392 с.
6. Шостакович Б. В. Клинические варианты расстройств личности (психопатические расстройства) / Б. В. Шостакович // Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с. – С. 189–215.
7. Простомолотов В. Ф. Шизоидное расстройство личности по МКБ-10 и шизоидная психопатия Кречмера: сравнительное клиническое сопоставление и особенности биологической и психической психотерапии / В. Ф. Простомолотов // Журн. «Психиатрия, неврология и медицинская психология». – 2014. – Т. 1, №1. – С. 25–33.

References

1. Smulevich A. B. Rasstroystva lichnosti (psikhopatii) [Personality disorders (psychopathy)]. Rukovodstvo po psikhiiatrii [v 2-kh t.] [pod red. A. S. Tiganova] [Psychiatry Manual [2 Vols.] [ed. A. S. Tiganov]], vol. 1, pp. 558-606. (In Russ.)
2. Psikhicheskie rasstroystva (razdel V «Mezhdunarodnoy statisticheskoy klassifikatsii bolezney, travm i prichin smerti 9-go peresmotra», adaptirovanny dlya 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, 82 p. (In Russ.)
3. Gannushkin P. B. Izbrannyye trudy [Selected works]. Moscow, Medicine Publ., 1964, 292 p. (In Russ.)
4. MKB-10. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv: Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii [ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Research Diagnostic Criteria]. WHO, Geneva, 1996, 208 p. (In Russ.)

5. Leongard K. Aktsentuirovannyye lichnosti [Per. s nem.] [Accentuated personality [Translated from German]]. Kiev, Vishcha School Publ., 1981, 392 p. (In Russ.)
6. Shostakovich B. V. Klinicheskie varianty rasstroystv lichnosti (psikhopaticheskie rasstroystva) [Clinical types of personality disorders (psychotic disorders)]. Aleksandrovskiy Yu. A. Pogranichnyye psikhicheskie rasstroystva [Boundary mental disorders]. Moscow, Medicine Publ., 2000, pp. 189-215, 496 p. (In Russ.)
7. Prostomolotov V. F. Shizoidnoe rasstroystvo lichnosti po MKB-10 i shizoidnaya psikhopatiya Krechmera: sravnitel'noe klinicheskoe sopostavlenie i osobennosti biologicheskoy i psikhicheskoy psikhoterapii [Schizoid personality disorder ICD-10, and schizoid personality disorder Kretschmer: a comparative clinical comparison and especially biological and psychological therapy]. Psikhiiatriya, nevrologiya i meditsinskaya psikhologiya [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology], vol. 1, no. 1, pp. 25-33. (In Russ.)

**ДИССОЦІАЛЬНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ:
ПРОБЛЕМИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**

В. Ф. Простомолотов

Інститут інформаційних та соціальних технологій Одеського національного університету імені І. І. Мечникова

Анотація. У статті з клініко-нозологічних позицій обговорюються всі «за» і «проти» доцільності включення до класифікації розладів особистості диссоціального розладу як достовірно клінічно однорідного. Аргументовано обґрунтовується різноманітність диссоціального розладу особистості, в який штучно включені аномальні особистості різних типів, а в разі недостатності диференціальної діагностики – і психічно хворі з невираженими формами ендогенних та екзогенних захворювань. Але до того ж слід зауважити (і ми не відкриваємо цим Америку), що злочини скоюють і так звані нормальні, або акцентуовані, особистості. Автор вважає, що здоровий глузд і науковий підхід повинні взяти гору. Адже від того, наприклад, що частина хворих на шизофренію (зауважимо, при різних її формах і типах перебігу) веде асоціальний спосіб життя або схильна чинити протиправні дії, не виділена диссоціальна форма шизофренії? Те ж питання можна поставити і відносно хворих на епілепсію, органічні ураження головного мозку та ін.

Ключові слова: диссоціальний розлад, акцентуовані особистості, психопатія, соціопат.

**ANTI-SOCIAL PERSONALITY DISORDERS:
PROBLEMS OF THEORY AND PRACTICE**

V. F. Prostomolotov

Educational-scientific Institute of Information and Social Technologies of I. I. Mechnikov Odesa National University

Summary. The article from the clinical and nosological perspective concerns the «pros and cons» of whether to include dissocial disorder into the classification of personality disorders as the one which is reliably clinically homogeneous. The diversity of dissocial disorder is reasonably justified, with abnormal personality types included in this diversity, and in case of failure of the differential diagnosis and the mentally ill with unexpressed forms of endogenous and exogenous diseases are also included. But in addition, it should be noted that the crimes committed by the so-called normal or accentuated personalities too. The author believes that the common sense and scientific approach should prevail. Despite, for example, the proportion of patients with schizophrenia (we note with its different forms and types of flows) is leading antisocial lifestyle or inclined to commit unlawful acts, isn't dissocial form of schizophrenia sorted out? The same question can be put in relation to patients with epilepsy, organic brain damage, and others.

Key words: dissocial disorder, accentuated personality, psychopathy, sociopathy.

Простомолотов Валерій Федорович – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Інститут інформаційних та соціальних технологій Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, г. Одеса, Україна; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

Простомолотов Валерій Федорович – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Інститут інформаційних та соціальних технологій Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

Valerii Prostomolotov – MD, PhD, Professor of the Department of Clinical Psychology, Institute of Information and Social Technologies of I. I. Mechnikov Odesa National University, Odesa, Ukraine; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.



O. Yu. Merkulova

UDC: 616.831.9-008.811.1

HYDROCEPHALUS IN CLINICAL PRACTICE

O. Yu. Merkulova

V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Summary.

The issue of hydrocephalus is typical for a clinical practice. This disease can be found in different age group of people: from infants and older children to adults. The frequency of congenital hydrocephalus varies in different countries. In the UK, the USA, Ukraine and Russia from data of different authors, it differs from 1 to 4 per 1000 live births but in countries of Africa it is higher. In pediatric neurosurgery, hydrocephalus is one of the most common diseases requiring surgical intervention. During pregnancy usual ultrasound investigation can identify enlarged ventricles and subarachnoid spaces. This information allows us to reveal data about condition of liquor circulation as early as it is possible. Due to early diagnostics with usage of modern achievements of computed and magnetic resonance imaging we have opportunity for more timely and rational treatment. Unfortunately conservative treatment cannot be effective in the cases of non-communicating or obstructive hydrocephalus. The method of ventriculo-atrial and other types of shunts can help to make symptoms of hydrocephalus reversible and treatment more successful.

Key words:

hydrocephalus, cerebrospinal fluid, ventricles of brain, shunt system.

Introduction

Problem of hydrocephalus always excited many physicians since ancient time.

Hydrocephalus affects a wide diapason of people, from infants and older children to young, middle-aged and older adults.

From data of different authors (UK, USA) about 1–2 in every 1000 babies is born with hydrocephalus [1; 2]. Over 1000000 people in the United States currently live with hydrocephalus [3]. The prevalence of congenital hydrocephalus in Ukraine and Russia from data of different sources is from 1 to 4 per 1000 live births [4; 5]. In developed countries, the incidence of neonatal hydrocephalus ranges from 3 to 5 cases per 1000 live births, with a male predominance, but little is known about the frequency of hydrocephalus in Africa. In Mozambique, there is no primary information associated to this disorder, but the expected incidence of neonatal hydrocephalus would be in the range from 2900 to 4800 cases per year [6].

Hydrocephalus is classified as congenital and acquired. Congenital hydrocephalus is connected with abnormal fetal development or genetic abnormalities that are present at birth. In rare cases, congenital hydrocephalus may not cause symptoms in childhood but only manifest in adulthood and may be associated with aqueduct stenosis [7].

Acquired hydrocephalus as a rule develops after birth and affects individuals of all ages and may be caused by brain injury or other diseases.

Unfortunately, conservative treatment cannot be effective in the cases of non-communicating or obstructive hydrocephalus when the flow of cerebrospinal fluid (CSF) is blocked along one or more of the narrow passage connecting the ventricles and only operation can save the life of such patients. The technique ventriculocisternostomy (a procedure in which a shunt is placed from the lateral ventricle to the cistern magna) created by Norwegian neurosurgeon Arne Torkildsen,

since 1940s and 1950s became internationally recognized as an efficient operation for the treatment of non-communicating or obstructive hydrocephalus [8]. One of such causes is aqueductal stenosis, a narrowing of the Sylvian's aqueduct, a small passage between the third and fourth brain ventricles.

It is known that, in normal conditions, CSF is produced mainly within the lateral and third ventricles by the choroid plexus and flows from the lateral ventricles through narrow passageways named as cerebral aqueduct into the third ventricle [9]. From the third ventricle, it flows down another long passageway known as the Sylvian's aqueduct into the fourth ventricle and then it passes through three small openings called foramina (Luschke and Magendie) into the subarachnoid space surrounding the brain and the spinal cord (Fig. 1).

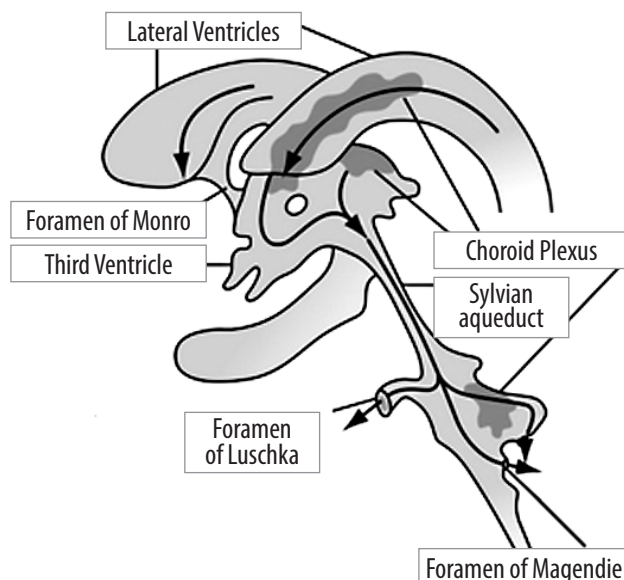


Fig. 1. Normal passage cerebrospinal fluid

The famous Russian scientists D. A. Shamburov (1887–1963), V. K. Khoroshko (1881–1949) [10] studied questions of liquor diagnostic, spinal puncture and developed the method called pneumoencephalography. A. A. Arendt (1948) [11] studied hydrocephalus and its surgical treatment. After the 1980s a significant place in the former USSR began using endoscopic surgery in the treatment of hydrocephalus.

Neurosurgical methodic which include more accurate placement of ventricular catheters and a third ventriculostomy for an aqueduct stenosis were improved in the 1980s and 1990s. This technique was widely

spread as a first choice method in adult patients with acquired or late-onset occlusive hydrocephalus.

Purpose and objectives of the study

The aim of our work is to study using of neurosurgical methodic of treatment of congenital hydrocephalus caused by the Sylvian's aqueduct stenosis in clinical practice.

Material and methods

We describe the clinical case of treatment of patient with congenital hydrocephalus using operative methodic of ventricular-atria shunt and this changes neurological, ophthalmological status and ventricle system in connection with hydrocephalus.

For analysis of this case we used such methods as the clinical-neurological method, the method of computed tomography and the method of ophthalmological investigation.

Results of research and discussion

Patient V., was born in 1980 and was treated in the Central Clinical Hospital UZ, Kharkiv. Since 1995 every 6 months he is undergoing treatment in the clinic. Last time it was in winter of 2017.

Complaints. Diffuse headaches, a feeling of pressure on the eyes, ears, decreased vision, dizziness, nausea from time to time, anxiety, irritability, memory loss, confusion attention, bad dream. With an increase in the headache, vomiting occurs and sometimes it brings relief.

Medical history. From the early childhood he has headaches, enlargement of head size, especially in the frontal part. His treatment was as an outpatient. At the age of fifteen his condition became worse, headaches increased, vision worsened, dizziness appeared, nausea, vomiting during headache increased. He was examined by neurosurgeon in our clinic and the CT revealed big ventricles as a sign of congenital hydrocephalus, also optic atrophy was founded. In 1995 he was operated with ventricular-atria shunt because the stenosis of Sylvain's aqueduct was revealed.

General condition of patient is good. BP=120/70 mm Hg., heart rate is 72 in 1 min. Blood and urine analysis are normal.

Neurological status. Strabismus is divergent of the left eyeball. Pupils D=S, dilated. Defeat of convergence OS is found. Horizontal nystagmus is found. Muscle

tonus of extremities and muscle strength are normal. Tendon reflexes with arms D=S, knee and achilles S>D, reviving. Double-sided reflexes Rossolimo on the feet. Pain sensitivity intact is present. In the Romberg test is stable. Performing finger-nose and knee-heel test was satisfactory. Distal hyperhidrosis is present. Asthenic syndrome is found.

CT brain (2017) when compared with CT data from 15.02.11 N 46026 present no dynamics. Dramatically expanded ventricles, asymmetric with a predominance of the left side (at the level of the septum pellucid shift right up to 6 mm), width III – 26 mm ventricle, the anterior horns of the lateral: left and right 48 mm and 68 mm). The free end of the drain tube is in the temporal horn of the right lateral ventricle. Convexity subarachnoid space is slightly expanded to 4 mm, cisterns of brain are not expanded. Pneumatization of the sinuses is not compromised. Bone-destructive changes are not determined.

Ophthalmologist (2017) – VOD = 0,8–0,75 D = 1,0; VOS = 0,07. Tendency is to divergent concomitant strabismus by the left eye. Field of vision: not limited, visual reactions are normal. Ocular fundus: optic nerves discs are pale, S>D, moderate venous plethora of retina angiopathy of both eyes. Partial atrophy of the optic discs in both eyes, S>D is found.

Diagnosis. Congenital hydrocephalus. Optic atrophy, liquorno-hypertensive syndrome. Vegetative-vascular dystonia syndrome. Condition after operations ventricular-atria shunt (1995).

Treatment. L-lysine aescinatis – 5 ml i.v.1 time a day for 10 days, magnesium sulfate 25% – 5 ml i.v. 1 time a day for 5 days, tiocetam – 5 ml i.v. 1 time a day for 10 days, drotaverine (No-spanum) – 2 ml i.m. 1 time a day for 5 days, acethazolamid (diakarb) – 1 tab. twice a day (TD) for 10 days, asparkam – 1 tab. TD for 10 days, gliatilin – 1 tab. TD for 15 days, valeriana – 2 tab. three times a day for 15 days, nimesulide – 1 powder a day for 1 day, dexamethasone – 4 mg i.m. for 3 day, amitriptyline – 2 ml i.m. for 10 days.

Usually after treatment the condition of patient became better, but through the course of 2-3 months old complaints appeared. Unfortunately, he was operated late at the age of fifteen when hydrocephalus

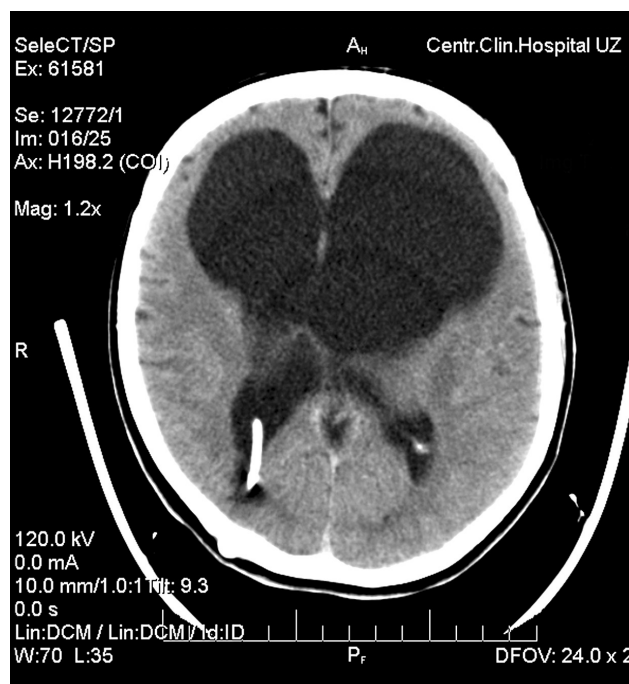


Fig. 2. CT patient V. (own observation). Congenital hydrocephalus. Condition after operations with ventricular-atria shunt (VAS), 1995. Enlargement ventricles especially left lateral. White color tube is VAS

was formed, on CT revealed asymmetric ventricles, more pronounced left side, and external hydrocephalus (**Fig. 2**).

Conclusions

Our medical history shows that the patient's brain ventricles seriously change with congenital hydrocephalus. This case demonstrates severe clinical symptoms of the disease and features of congenital hydrocephalus, which does not give the patient possibility to completely recover because operation was made in the late age. We will expect a better prognosis if such patients were operated in early age because children have no persistent irreversible symptoms of hydrocephalus.

On the literature data, prognosis of treatment of hydrocephalus varies depending on the cause. In the case of untreated hydrocephalus, the survival rate is 40–50%, with the survivors having varying degrees of intellectual, physical, and neurological disabilities. About 50% of all children who receive appropriate treatment and follow up will develop IQs in the near-normal or normal range [2]. That is why the problem of hydrocephalus is significant for neurologists, neurosurgeons and general practitioners.

References

1. Hydrocephalus [Electronic resource]. – Way of access : <http://www.medtronic.co.uk/your-health/hydrocephalus/index.htm>.
2. Farina A. Hydrocephalus c/ A. Farina // Gale Encyclopedia of Neurological Disorders. – 2005. – Way of access : <http://www.encyclopedia.com/medicine/diseases-and-conditions/pathology/hydrocephalus/>.
3. Hydrocephalus. Hydrocephalus Association [Electronic resource]. – Way of access : <http://www.hydroassoc.org/hydrocephalus/>.
4. Петрухин А. С. Детская неврология. Гидроцефалия : учебник в 2-х т. / А. С. Петрухин. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – Т. 2. – 560 с. – С. 108–119.
5. Богдельников И. В. Гидроцефалия у детей [Электронный ресурс] / И. В. Богдельников, Е. В. Зверков, Е. А. Крюгер // Здоровье ребенка. – 2011. – № 5 (32). – Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/25774>.
6. Salvador S. F. Hydrocephalus in children less than 1 year of age in northern Mozambique [Electronic resource] / S. F. Salvador, J. C. Henriques, M. Munguambe, R. M. C. Vaz, H. P. Barros // Surgical Neurology International. – 2014, no. 5, p. 175. – Way of access : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287916/>.
7. Hydrocephalus. Johns Hopkins Medicine. Health Library [Electronic resource]. – Way of access : http://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/adult/nervous_system_disorders/hydrocephalus_22,neu002/.
8. Eide P. K. Arne Torkildsen and the ventriculocisternal shunt : the first clinically successful shunt for hydrocephalus [Electronic resource] / P. K. Eide, T. Lundar // Journal of Neurosurgery. – May 2016. – Vol. 124, № 5. – P. 1421–1428. – Way of access : <http://thejns.org/doi/full/10.3171/2015.1.JNS1426.59>.
9. Hdeib A. Hydrocephalus in Children and Adults [Electronic resource] / A. Hdeib, A. R. Cohen. – Way of access : <http://clinicalgate.com/hydrocephalus-in-children-and-adults/>.
10. Палеев Ф. Н. Первое в России неврологическое отделение Старо-Екатерининской больницы и история отечественной неврологии (1870–2015) [Электронный ресурс] / Ф. Н. Палеев, С. В. Котов, Е. В. Исакова // Альманах клинической медицины. – 2015. – № 39(8–9). – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/article/n/pervoe-v-rossii-nevrologicheskoe-otdelenie-staro-ekaterininskoy-bolnitsy-i-istoriya-otechestvennoy-nevrologii-1870-2015>.
11. Гидроцефалия [Электронный ресурс] // Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ) / под ред. Б. В. Петровского. – 3-е изд. – Режим доступа : <http://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%93%D0%98%D0%94%D0%A0%D0%9E%D0%A6%D0%95%D0%A4%D0%90%D0%9B%D0%98%D0%AF>.

References

1. Hydrocephalus. Available at: <http://www.medtronic.co.uk/your-health/hydrocephalus/index.htm>.
2. Farina A. Hydrocephalus. Gale Encyclopedia of Neurological Disorders, 2005. Available at: <http://www.encyclopedia.com/medicine/diseases-and-conditions/pathology/hydrocephalus/>.
3. Hydrocephalus. Hydrocephalus Association. Available at: <http://www.hydroassoc.org/hydrocephalus/>.
4. Petrukhin A. S. Detskaya nevrologiya. Gidrotsefaliya [uchebnik v 2-kh tomakh]. Pediatric Neurology. Hydrocephalus [a textbook in 2 volumes]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2012, vol. 2, 560 p., pp. 108–119. (In Russ.)
5. Bogadel'nikov I. V., Zverkov E. V., Kryuger E. A. Gidrotsefaliya u detey [Hydrocephalus in children]. Zdorov'e rebenka [Child's health], 2011, no. 5 (32). Available at: <http://www.mif-ua.com/archive/article/25774>. (In Russ.)
6. Salvador S. F., Henriques J. C., Munguambe M., Vaz R. M. C., Barros H. P. Hydrocephalus in children less than 1 year of age in northern Mozambique. Surgical Neurology International, 2014, no. 5, p. 175. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287916/>.
7. Hydrocephalus. Johns Hopkins Medicine. Health Library. Available at: http://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/adult/nervous_system_disorders/hydrocephalus_22,neu002/.
8. Eide P. K., Lundar T. Arne Torkildsen and the ventriculocisternal shunt: the first clinically successful shunt for hydrocephalus. Journal of Neurosurgery, May 2016, vol. 124, no. 5, pp. 1421–1428. Available at: <http://thejns.org/doi/full/10.3171/2015.1.JNS1426.59>.
9. Hdeib A., Cohen A. R. Hydrocephalus in Children and Adults. Available at: <http://clinicalgate.com/hydrocephalus-in-children-and-adults/>.
10. Paleev F. N., Kotov S. V., Isakova E. V. Pervoe v Rossii nevrologicheskoe otdelenie Staro-Ekaterininskoy bol'nitsy i istoriya otechestvennoy nevrologii (1870–2015) [The first in Russia neurological department of the Old-Catherine's Hospital and the history of domestic neurology (1870–2015)]. Al'manakh klinicheskoy meditsiny [Almanac of Clinical Medicine], 2015, no. 39 (8–9). Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/pervoe-v-rossii-nevrologicheskoe-otdelenie-staro-ekaterininskoy-bolnitsy-i-istoriya-otechestvennoy-nevrologii-1870-2015>. (In Russ.)
11. Gidrotsefaliya [Hydrocephalus]. Bol'shaya Meditsinskaya Entsiklopediya (BME) [pod red. B. V. Petrovskogo] [The Great Medical Encyclopedia (LME) [ed. B. V. Petrovsky]]. 3rd ed. Available at: <http://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%93%D0%98%D0%94%D0%A0%D0%9E%D0%A6%D0%95%D0%A4%D0%90%D0%9B%D0%98%D0%AF>. (In Russ.)

ГІДРОЦЕФАЛІЯ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

О. Ю. Меркулова

Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна

Анотація. Проблема гідроцефалії є актуальною для клінічної практики. Це захворювання зустрічається у різному віці: від немовлят і дітей старшого віку – до дорослих. Частота вродженої гідроцефалії відрізняється у різних країнах. У Великобританії, США, Україні та Росії, за даними різних авторів, вона коливається у межах 1–4 випадків на 1000 живонароджених, але у країнах Африки цей показник значно вищий. Гідроцефалія є одним із найбільш поширених у дитячій нейрохірургії захворювань, що потребують оперативного втручання. Під час вагітності звичайне ультразвукове дослідження може виявити розширені шлуночки і субарахноїдальні простори. Ця інформація дозволяє нам якомога раніше отримати дані про стан ліквороциркуляції. Завдяки ранній діагностиці з використанням сучасних досягнень комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії ми маємо можливість своєчасного та раціонального лікування. На жаль, консервативне лікування не може бути ефективним у випадках неінфекційної або обструктивної гідроцефалії. Метод шлуночково-передсердного та інших шунтів може допомогти зробити симптоми гідроцефалії оборотними, а лікування більш успішним.

Ключові слова: гідроцефалія, спинномозкова рідина, шлуночки мозку, шунтуюча система.

ГИДРОЦЕФАЛИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. Ю. Меркулова

Харьковский национальный университет
имени В. Н. Каразина

Аннотация. Проблема гидроцефалии является актуальной для клинической практики. Это заболевание встречается в различном возрасте: от младенцев и детей старшего возраста – к взрослым. Частота врожденной гидроцефалии отличается в разных странах. В Великобритании, США, Украине и России, по данным разных авторов, она колеблется в пределах 1–4 случаев на 1000 живорожденных, но в странах Африки этот показатель гораздо выше. Гидроцефалия является одним из наиболее распространенных в детской нейрохирургии заболеваний, требующих оперативного вмешательства. Во время беременности обычное ультразвуковое исследование может выявить расширенные желудочки и субарахноидальные пространства. Эта информация позволяет нам как можно раньше получить данные о состоянии ликвороциркуляции. Благодаря более ранней диагностике с использованием современных достижений компьютерной и магнитно-резонансной томографии мы имеем возможность своевременного и рационального лечения. К сожалению, консервативное лечение не может быть эффективным при неинфекционной или обструктивной гидроцефалии. Метод желудочково-предсердного и других шунтов может помочь сделать симптомы гидроцефалии обратимыми, а лечение более успешным.

Ключевые слова: гидроцефалия, спинномозговая жидкость, желудочки мозга, шунтирующая система.

Olga Merkulova – PhD in Medicine, Associated Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology, School of Medicine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: Olga.merkulova64@gmail.com.

Меркулова Ольга Юрїївна – к.м.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, медичний факультет, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: Olga.merkulova64@gmail.com.

Меркулова Ольга Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии, медицинский факультет, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина; г. Харьков, Украина; e-mail: Olga.merkulova64@gmail.com.



Н. О. Некрасова

УДК: [616.134.9/93-005:616.711]-07

СПОНДИЛОГЕННІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КРОВООБІГУ У ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМУ БАСЕЙНІ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Н. О. Некрасова

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Анотація.

У роботі представлено результати вивчення спондилогенних порушень у хворих молодого віку зі спондилогенною вертебробазиллярною недостатністю (ВБН). З цією метою після попереднього обстеження з 240 пацієнтів було сформовано 3 групи: у ВБН-I було включено 104 хворих з I стадією (ангіодистонічною) ВБН; у ВБН-II – 76 хворих з II стадією (ангіодистонічно-ішемічною), а у ВБН-III – 60 хворих з III стадією (ішемічною) ВБН. У результаті дослідження виявлено, що представленість найбільш значимих спондилогенних порушень на рівні хребетно-рухових сегментів C_4-C_5 , C_5-C_6 у хворих з III стадією ВБН реєструвалася достовірно частіше. При цьому провідними спондилогенними змінами були нестабільність на рівні хребетно-рухових сегментів, спондилолітез, унковертебральний артроз, протрузії або грижі міжхребцевого диска. Отримані дані дозволили зробити висновок про те, що з прогресуванням стадії ВБН достовірно частіше відзначається одночасне ураження краніовертебрального переходу і рівнів C_4-C_5 , C_5-C_6 хребетно-рухових сегментів.

Ключові слова: вертебробазиллярна недостатність, спондилогенні порушення.

Вступ

Спондилогенний механізм формування вертебробазиллярної недостатності найбільш актуальний в осіб молодого віку [1–5]. Від народження до 4–6 років хребет дитини зазнає різноманітних динамічних навантажень. Уже у школі кісткова система страждає від тривалого статичного навантаження, особливо шийний відділ хребта, що втримує голову й контролює її положення у просторі. Наслідком цього є тривала ізометрична напруга м'язів шиї, переважно м'язів шийно-грудного переходу та ще коротших м'язів краніовертебрального переходу, які контролюють положення голови [6].

У перевантажених такою роботою м'язів формуються міофасціальні гіпертонуси, а початковою ланкою процесу служить залишкова деформація, яка виникає при виконанні м'язами ізометричної роботи мінімальної інтенсивності й максимальної тривалості [7; 8]. Розвинені гіпертонуси сприяють появі функціональних блоків хребцево-рухових сегментів (ХРС), які на початковому етапі не є стійкими, у результаті чого у відповідних сегментах одночасно йдуть процеси блокування й деблокування [6]. Але ж у випадку переваги статичних навантажень процеси блокування ХРС починають переважати, і поступово залишкова постнавантажна деформація м'язів стає все більш значимою.

Міогенні й фасціально-зв'язкові гіпертонуси можуть існувати тривалий час, у результаті чого у них відбувається фіброзне пере-

родження, тому блокування ХРС виникає усе легше й частіше, а ті функціональні блоки, що вже з'явилися, стають усе більш стійкими.

Найбільш усталеними є блоки ХРС, що виникають у максимально статично навантажених відділах шийного відділу хребта – у суглобах голови і шийно-грудному переході. Поступово ці сегменти стають гіпомобільними, закономірно зростає механічне рухове навантаження на ХРС, які перебувають між зонами гіпомобільності, і це призводить до перерозтягання сегментарного м'язово-зв'язкового апарату й ослаблення опорних комплексів. Підвищене механічне навантаження разом зі зростаючою рухливістю ХРС обумовлюють додаткову травматизацію міжхребцевих дисків, що значно прискорює процес остеохондрозу й додатково послабляє їхню опорну й фіксуючу функцію. Наслідком зазначених особливостей цих анатомічних утворень в умовах надлишкових рухових навантажень є формування нестабільності ХРС цього відділу.

Необхідно зазначити, що тісний анатомічний взаємозв'язок екстракраніальних відділів хребетних артерій (ХА) з верхньошийним відділом хребта, залежність кровообігу ХА від положення голови, функціональна єдність цих артерій з періартеріальним вегетативним сплетінням можуть ставати передумовами для виникнення судинних розладів не тільки при дегенеративно-дистрофічних порушеннях шийного відділу хребта, але й при аномаліях і дисплазіях краніовертебральної області [9; 10].

Близькість ХА до стінок кісткового каналу є реальною передумовою її стиснення (компресії) при дегенеративно-дистрофічних змінах шийного відділу хребта внаслідок розростання і проникнення у нього остеофітів [5; 11; 12]. Існують дані про наявність кореляційного зв'язку між формами клінічних проявів краніовертебральної патології та видами й ступенем тяжкості порушень анатомічної будови шийного відділу хребта та черепа [8; 9; 11].

Краніовертебральна область є найскладнішим за анатомічною будовою відділом хребта людини, яка об'єднує два верхніх шийних хребці та базальну частину потиличної кістки. Цим пояснюється велика кількість анатомічних варіацій у зазначеній області – як аномалій (грубих вроджених порушень розвитку), так і дисплазій (анатомічних відхилень у розвитку) [6].

Диспластичні зміни в краніовертебральному сегменті й шийному відділі хребта поділяються на кісткові, зв'язкові та кістково-зв'язкові. У свою чергу, серед кісткових дисплазій можна виділити грубі аномалії розвитку (базиллярна імпресія, платибазія, асиміляція атланта з потиличною кісткою, аплазія зубоподібного відростка, синостоз C_2 – C_3 хребців, аплазія зубоподібного відростка, аномалія Кіммерлі, аномалія Арнольда–Кіарі) та легкі диспластичні зміни (асиметричне положення зубоподібного відростка, гіоплазія зуба, гіоплазія атланта, різний кут бічних атланта-окципітальних і атлантаксиальних суглобів, гіоплазія потиличних мищелків та ін.) [11]. Аномалії краніовертебральної області часто провокують розвиток не тільки дислокацій міжхребцевих дисків у розташованих нижче сегментах, а й інші ускладнення, зокрема, нестабільність, яка може призводити до гемодинамічно значимого зниження кровонаповнення (30 % і більше) у вертебробазиллярному басейні [9].

Деформація задньої стінки каналу відбувається також при підвивиху через заглиблення в нього суглобових відростків, що може бути наслідком конституціональної неповноцінності м'язового і зв'язково-суглобового апарату шийного відділу хребта, остеохондрозу або травми [12]. Ушкодження ХА можуть виникати й при аномаліях шийного відділу хребта, що викликають посилення асиметричної ексцентричної ротації атланта. Так, при дефектах зубоподібного відростка зміна положення голови може призводити до зміщення верхніх шийних хребців і періодичного здавлення ХА.

Звуження ХА можливо й внаслідок тиску аномально подовжених поперечних відростків шийних хребців, а також через скоромигуще стенозування однієї ХА в атлантапотиличному суглобі при поворотах і нахилах голови [7; 12]. Перегини і гіоплазія однієї з ХА через її надмірне подовження найчастіше зустрічаються на відрізку C_1 – C_2 , що в 15 % випадків може стати причиною розвитку вертебробазиллярної недостатності [2; 3].

Значення краніовертебральних аномалій не лише в тому, що вони створюють умови для виникнення компресії ХА і (або) симпатичного сплетіння, що супроводжує її. Такі аномалії сприяють й розвитку дегенеративно-дистрофічних змін у шийному відділі хребта (зокрема, шийного остеохондрозу), що є головною причиною екстравазальної компресії ХА.

Вертеброгенна компресія у хворих із вертебробазиллярною недостатністю зустрічається досить часто. У таких випадках важлива роль належить компресійному чиннику, про що свідчить залежність виникнення осередкових симптомів від змін положення голови або тривалої її фіксації у визначених позах, особливо при поворотах убік і вгору. Компресія ХА в області шиї остеофітами або наявність їх перегинів супроводжуються спазмом судин із подальшою клінічною картиною минутих порушень мозкового кровообігу [9; 11].

Отже, велике значення біомеханічних порушень на різних рівнях шийного відділу хребта викликає особливу зацікавленість [13; 14], бо вони є облігатними факторами розвитку початкових ознак ВБН, що і стало передумовою для дослідження даної проблеми.

Мета дослідження

Метою роботи є вивчення особливостей вертеброгенних порушень у пацієнтів молодого віку зі спондилогенною вертебрально-базиллярною недостатністю (СВБН) залежно від стадії ВБН.

Матеріали та методи дослідження

Нами обстежено загальну групу (ЗГ) з 240 пацієнтів молодого віку з проявами СВБН на тлі рефлекторних, судинних та нейродистрофічних синдромів шийного відділу хребта. З урахуванням загальноприйнятої клінічної схеми [4] було сформовано 3 групи: до першої групи (ВБН-I) було включено 104 пацієнти з I стадією (ангіодистонічною) ВБН; другу групу (ВБН-II) склали 76 хворих з II стадією (ангіодистонічно-ішемічною) ВБН; у третю групу (ВБН-III) увійшли 60 обстеже-

них з III стадією (ішемічною) ВБН. Хворі з IV стадією (стадія залишкових явищ) у дане дослідження включені не були.

З метою максимального виключення впливу невертеброгенних факторів (таких, як атеросклероз, гіпертонічна хвороба, вікові зміни серцево-судинної системи) для участі у дослідженні були відібрані пацієнти віком від 18 до 44 років (середній вік $28,5 \pm 3,8$ року).

Під час роботи проводилися функціональна рентгенографія шийного відділу хребта із згинанням і розгинанням, МРТ шийного відділу хребта, ультразвукове доплерографічне дослідження судин шиї і магістральних артерій голови із застосуванням функціональних навантажень із ротацією голови на апараті «СОНОМЕТ-300М» («Спектрмед», Москва, Росія), дуплексне сканування судин шиї на апараті «Ехокардіограф-320» (Москва, Росія). Статистична обробка отриманих результатів проводилася на основі пакета програм Statistica 6.0. Відмінності вважали достовірними при ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка вертеброгенних клінічних проявів виявила певні порушення залежно від стадії спондилогенної ВБН: **локальні дегенеративно-дистрофічні зміни** реєструвалися достовірно частіше у ВБН-I та ВБН-II від-

носно ВБН-III (табл. 1). У той же час системні дегенеративно-дистрофічні порушення достовірно частіше реєструвалися у ВБН-III, складаючи ($80,0 \pm 5,2$)%, тоді як у ВБН-I вони зустрічалися у ($67,0 \pm 4,6$)% випадків, а у ВБН-II – у ($72,4 \pm 5,1$)%.

УЗГ хворих загостреність унковертебральних зчленувань відзначалася у ($23,7 \pm 2,7$)%, при цьому саме у ВБН-III достовірно частіше, ніж у ВБН-I та ВБН-II. Формування кутового кіфозу, випрямлення фізіологічного лордозу та підвивих за Ковачем реєструвалися без достовірних розбіжностей в усіх трьох групах хворих. Ущільнення замикаючих пластинок частіше відзначалося в обстежених ВБН-III ($43,3 \pm 6,4$)% порівняно з ВБН-I і ВБН-II – у ($30,2 \pm 4,5$)% та ($25,0 \pm 5,0$)% випадків відповідно. Нестабільність суглобу Крювельє зафіксовано в усіх групах пацієнтів, але достовірно частіше – із прогресуванням стадії ВБН.

Конкресценція ХРС на рівні C_1-C_2 загалом відзначалася лише у ($2,9 \pm 1,1$)% пацієнтів, та найбільше значення було достовірно частішим у ВБН-III ($10,0 \pm 3,0$ %), тоді як у ВБН-II ця ознака не зустрічалася взагалі, а у ВБН-I лише у ($1,0 \pm 1,0$)% випадків.

Один із найбільш розповсюджених вертебрологічних проявів у пацієнтів із спондилогенною ВБН – **нестабільність ХРС**. Виявлено, що нестабільність на рівні ХРС C_2-C_3 відзнача-

Таблиця 1

Оцінка структурно-функціонального стану шийного відділу хребта в осіб молодого віку на різних стадіях спондилогенної вертебробазиллярної недостатності за даними променевих методів дослідження

Прояви	СТАДІЇ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ						ЗГ ($n_{1-3}=240$)	
	ВБН-I ($n_1=104$)		ВБН-II ($n_2=76$)		ВБН-III ($n_3=60$)		абс.	(M±m)
	абс.	(M±m)	абс.	(M±m)	абс.	(M±m)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Дегенеративно-дистрофічні порушення								
Локальні	35	$33,0 \pm 4,6$	21	$27,6 \pm 5,1$	12	$20,0 \pm 5,2^a$	68	$28,3 \pm 2,9$
Системні	71	$67,0 \pm 4,6$	55	$72,4 \pm 5,1$	48	$80,0 \pm 5,2^a$	174	$72,5 \pm 2,9$
Загостреність унковертебральних зчленувань	19	$17,9 \pm 3,7$	16	$21,1 \pm 4,7$	22	$36,7 \pm 6,2^a$	57	$23,7 \pm 2,7$
Формування кутового кіфозу	29	$27,4 \pm 4,3$	21	$27,6 \pm 5,1$	18	$30,0 \pm 5,9$	68	$28,3 \pm 2,9$
Випрямлення фізіологічного лордозу	41	$38,7 \pm 4,7$	27	$35,5 \pm 5,5$	22	$36,7 \pm 6,2$	90	$37,5 \pm 3,1$
Ущільнення замикаючих пластинок	32	$30,2 \pm 4,5$	19	$25,0 \pm 5,0$	26	$43,3 \pm 6,4^{a,6}$	77	$32,1 \pm 3,0$
Підвивих за Ковачем	2	$1,9 \pm 1,3$	1	$1,3 \pm 1,3$	2	$3,3 \pm 2,3$	5	$2,1 \pm 0,9$
Нестабільність суглобу Крювельє	8	$7,5 \pm 2,6$	6	$7,9 \pm 3,1$	4	$6,7 \pm 3,2$	18	$7,5 \pm 1,7$

(Закінчення таблиці на стор. 48)

Таблиця 1 (закінчення)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Конкресценція хребцево-рухового сегмента								
На рівні C ₁ -C ₂	1	1,0±1,0	–	–	6	10,0±3,0 ^a	7	2,9±1,1
Інших сегментів	3	2,9±1,6	1	1,3±1,3	3	5,0±2,8	7	2,9±1,1
Нестабільність хребцево-рухового сегмента								
На рівні C ₂ -C ₃	3	2,9±1,6	11	14,5±4,0 ^a	19	31,7±6,0 ^a	33	13,8±2,2
На рівні C ₃ -C ₄	23	22,1±4,1	20	26,3±5,1	49	81,7±5,0 ^a	92	38,3±3,1
На рівні C ₄ -C ₅	61	58,7±4,8	37	48,7±5,7	31	51,7±6,5	129	53,8±3,2
На рівні C ₅ -C ₆	38	36,5±4,7	27	35,5±5,5	38	63,3±6,2 ^{a,6}	103	42,9±3,2
На рівні C ₆ -C ₇	8	7,7±2,5	11	14,5±4,0	23	38,3±6,3 ^{a,6}	42	17,5±2,5
Унковертебральний спондилоартроз								
На рівні C ₂ -C ₃	7	6,7±2,5	5	6,6±2,8	2	3,3±2,3	14	5,8±1,5
На рівні C ₃ -C ₄	27	26,0±4,3	21	27,6±5,1	11	18,3±5,0	59	24,6±2,8
На рівні C ₄ -C ₅	58	55,8±4,9	39	62,9±6,1	38	63,3±6,2	135	56,3±3,2
На рівні C ₅ -C ₆	21	20,2±3,9	13	21,0±5,2	16	26,7±5,7	50	20,8±2,6
На рівні C ₆ -C ₇	9	8,7±2,8	10	22,6±5,3 ^a	12	20,0±5,2 ^a	31	12,9±2,2
Спондилолітез								
На рівні C ₂ -C ₃	1	1,0±1,0	–	–	1	1,7±1,7	2	0,8±0,8
На рівні C ₃ -C ₄	24	23,1±4,1	17	27,4±5,7	31	51,7±6,5 ^a	72	30,0±3,0
На рівні C ₄ -C ₅	6	5,8±2,3	19	30,6±5,9 ^a	29	48,3±6,5 ^{a,6}	54	22,5±2,7
На рівні C ₅ -C ₆	29	27,9±4,4	24	31,6±5,3	16	26,7±5,7	69	28,7±2,9
На рівні C ₆ -C ₇	14	13,5±3,3	16	21,1±4,7	12	20,0±5,2	42	17,5±2,5
Рівень протрузії диска або грижі								
На рівні C ₁ -C ₂	3	2,9±1,6	1	1,3±1,3	3	5,0±2,8	7	2,9±1,1
На рівні C ₂ -C ₃	4	3,8±1,9	6	7,9±3,1	8	13,3±4,4 ^a	18	7,5±1,7
На рівні C ₃ -C ₄	19	18,3±3,8	12	15,8±4,2	21	35,0±6,2 ^a	52	21,7±2,7
На рівні C ₄ -C ₅	47	45,2±4,9	31	40,8±5,6	34	56,7±6,4	112	46,7±3,2
На рівні C ₅ -C ₆	51	49,0±4,9	31	40,8±5,6	37	61,7±6,3 ^a	119	49,6±3,2
На рівні C ₆ -C ₇	22	21,2±4,0	14	18,4±4,4	17	28,3±5,8	53	22,1±2,7
Краніовертебральні аномалії								
Кіммерлі	2	1,9±1,3	2	2,6±1,8	11	18,3±5,0 ^a	15	6,3±1,6
Арнольда-Кіарі	1	1,0±1,0	–	–	8	13,3±4,4	9	3,8±1,2
Кліппеля-Фейля	–	–	1	1,3±1,3	1	1,7±1,7	2	0,8±0,8
Платібазія	1	1,0±1,0	2	2,6±1,8	6	10,0±3,0	9	3,8±1,2

Примітки:^a – достовірні відмінності порівняно з ВБН-I при $p < 0,05$;⁶ – достовірні відмінності порівняно з ВБН-II при $p < 0,05$.

лася достовірно частіше у ВБН-III порівняно з ВБН-II та ВБН-I. Так само у ВБН-II ця вертебрологічна ознака реєструвалася достовірно частіше, ніж у ВБН-I. Отже, з прогресуванням стадії ВБН зазначений вертебрологічний патерн фіксувався частіше. Аналогічна картина спостерігалася відносно нестабільності на рівні ХРС C₆-C₇; у ВБН-III дані порушення частіші, ніж у ВБН-II та у ВБН-I.

Аналіз нестабільності на рівні ХРС C₅-C₆ показав, що зустрічальність цього вертеб-

рологічного симптому зростала зі збільшенням стадії ВБН і у ВБН-III зустрічався достовірно частіше: у (36,5±4,7)% хворих на початковій стадії ВБН, у (35,5±5,5)% ВБН-II та у (63,3±6,2)% ВБН-III.

Збільшення стадії ВБН так само впливало й на частоту нестабільності на рівні ХРС C₃-C₄; у ВБН-III ця ознака реєструвалася достовірно частіше – у (81,7±5,0)% випадків, тоді як у ВБН-II та ВБН-I – менше ніж у третини пацієнтів.

Нестабільність на рівні ХРС C_4-C_5 без достовірних розбіжностей відзначалася на всіх стадіях ВБН. Відомо, що нестабільність характеризується виникненням зсувів хребців уперед, назад або убік, невластивих повноцінному ХРС, отже, це призводить до порушення фіксуєної здатності не тільки зв'язкового апарату, але й міжхребцевого диску, особливо при значних за амплітудою рухах. Враховуючи рівень входження ХА у бокові відростки шийних хребців, саме рівень C_3-C_4 , C_4-C_5 привертає до себе особливу увагу.

Аналізуючи частоту такої вертебрологічної ознаки, як **унковертебральний спондилоартроз**, ми не відзначали достовірних розбіжностей залежно від стадії захворювання та рівня ураження ХРС, окрім рівня C_6-C_7 ; цей рівень достовірно частіше був уражений у хворих ВБН-II відносно ВБН-I – (22,6±5,3) % та (8,7±2,8) % відповідно.

Загалом **спондилолітез** спостерігався на всіх рівнях шийного відділу хребта, однак найчастіше це порушення відзначалося на рівні C_3-C_4 . Аналіз частоти реєстрації цієї ознаки залежно від рівня ушкодження у пацієнтів обстежених груп виявив такі закономірності: рівень C_2-C_3 був деформований у хворих ВБН-I та ВБН-III у (1,0±1,0) % та (1,7±1,7) % випадків, тоді як у хворих ВБН-II ця ознака не мала місця. Спондилолітез на рівні C_3-C_4 достовірно частіше спостерігався при III стадії ВБН відносно ВБН-II і ВБН-I. Рівень C_4-C_5 достовірно частіше був ушкоджений у хворих ВБН-II відносно ВБН-I ($p < 0,05$), а також у ВБН-III відносно двох попередніх груп. Рівень C_5-C_6 ХРС був уражений без достовірних розбіжностей у групах, які вивчалися. Спондилолітез на рівні C_6-C_7 частіше виникав у ВБН-II, складаючи (21,1±4,7) %, тоді як у ВБН-III – (20,0±5,2) % та (13,5±3,3) % у хворих ВБН-I.

Аналізуючи вертебрологічні ознаки, які зустрічаються при ВБН у хворих молодого віку, ми зареєстрували **протрузії або грижі міжхребцевого диску** на рівні ХРС C_5-C_6 майже у половини пацієнтів загальної групи. Найчастіше – у (61,7±6,3) % випадків – дані патологічні зміни цього рівня відзначалися у пацієнтів ВБН-III, тоді як у ВБН-II та ВБН-I ця ознака спостерігалася у (40,8±5,6) % та (49,0±4,9) % обстежених. Так само рівень ХРС C_4-C_5 достовірно частіше був уражений у ВБН-III і складав (56,7±6,4) %, а у ВБН-I та у ВБН-II – (45,2±4,9) % та (40,8±5,6) % відповідно.

Було відзначено, що верхньошийний рівень хребта частіше вражався протрузією-

ми міжхребцевих дисків та грижами у хворих ВБН-III: ця патологія зустрічалася на рівні ХРС C_1-C_2 достовірно частіше у ВБН-III, ніж у ВБН-II – відповідно (5,0±2,8) % та (1,3±1,3) %; $p > 0,05$. Водночас протрузії диску та міжхребцеві грижі на рівні C_2-C_3 частіше реєструвалися у ВБН-III, ніж у ВБН-I – у (13,3±4,4) % та (3,8±1,9) % відповідно; $p < 0,05$. Рівень ушкодження C_3-C_4 частіше відзначався у хворих із більш вираженим рівнем прогресування ВБН: у ВБН-III у (35,0±6,2) % пацієнтів, тоді як у ВБН-I – у (18,3±3,8) %, а у ВБН-II – у (15,8±4,2) % хворих.

Проведення детального аналізу і вивчення краніовертебральних аномалій у хворих в обстежених групах дало змогу виявити такі нозологічні форми:

- **аномалія Кіммерлі** – достовірно частіше була зареєстрована у пацієнтів ВБН-III, складаючи (18,3±5,0) %, тоді як частота зустрічальності цієї патології у хворих з більш легкими стадіями ВБН складала лише (1,9±1,3) % у ВБН-I та (2,6±1,8) % у ВБН-II;

- **аномалія Арнольда-Кіарі** – у загальній групі спостерігалася лише у (3,8±1,2) % обстежених, однак саме при ВБН-III ця краніовертебральна аномалія відзначалася найчастіше – у (13,3±4,4) % випадків;

- **платібазія** – серед краніовертебральних аномалій представлена також не дуже широко, складаючи лише (3,8±1,2) % у ЗГ. Але більшу частину зареєстрованих випадків було відзначено знову-таки у хворих ВБН-III, що достовірно частіше, ніж у пацієнтів ВБН-I та ВБН-II;

- **аномалія Кліппеля-Фейля** – у ВБН-I не зустрічалася взагалі, а у ВБН-II та ВБН-III була відзначена без достовірних розбіжностей.

Отже, наявність аномалій краніовертебральної області являє собою функціональний блок цього регіону, що відповідно викликає процеси деблокування у розташованих нижче сегментах.

Висновки

Таким чином, клінічно найбільш значимі вертебрологічні прояви ВБН пов'язуються з рівнями ураження C_4-C_5 та C_5-C_6 . Зокрема, серед цих клінічних проявів представлені нестабільність на рівні вищезгаданих ХРС, спондилолітез, унковертебральний артроз, протрузія або грижа міжхребцевого диску. Окрім того, частота цих проявів зростає з прогресуванням стадії ВБН; відзначається достовірно більша частота поєданого ураження краніовертебрального переходу та рівней ХРС C_4-C_5 та C_5-C_6 .

Література

1. Абдуллаев Р. Я. Клиника и доплерография при синдроме позвоночной артерии / Р. Я. Абдуллаев, В. Г. Марченко, В. И. Калашников // Международный медицинский журнал. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 139–142.
2. Коваленко О. Є. Недостатність кровообігу у вертебробазиллярному судинному басейні, пов'язана з патологією шийного відділу хребта / О. Є. Коваленко // Здоров'я України XXI сторіччя. – 2009. – № 11. – С. 4–7.
3. Паєнок А. В. Вертебробазиллярна недостатність мозкового кровообігу і її зв'язок із патологічними змінами у шийному відділі хребта / А. В. Паєнок, О. М. Козар-Гуріна // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т. 16, № 3 (63). – С. 67–70.
4. Ситель А. Б. Влияние дегенеративно-дистрофических процессов в шейном отделе позвоночника на нарушения гемодинамики в вертебрально-базиллярной системе / А. Б. Ситель, К. О. Кузьминов, М. А. Бахтадзе // Мануальная терапия. – 2010. – № 1 (37). – С. 10–21.
5. Шебатин А. И. Клинические и инструментальные признаки синдрома позвоночной артерии и стадии его течения / А. И. Шебатин // Международный неврологический журнал. – 2009. – № 4. – С. 97–104.
6. Ярошевський О. А. Система відновлювального лікування рефлексорних м'язово-тонічних синдромів у неврології: дис. докт. мед. наук / О. А. Ярошевський. – Х., 2010. – 42 с.
7. Рудковский А. И. Особенности доплерографических параметров кровотока в позвоночных ар-

териях при экстравазальных воздействиях / А. И. Рудковский, М. В. Тардов, О. Г. Бугровецкая // XX юбилейная научно-практическая конференция ВАММ и МПОМТ. – М., 2010. – С. 58–59.

8. Тюрников В. М. Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника: диагностика, клиника и лечение / В. М. Тюрников // РМЖ. Неврология. Психиатрия. – 2008. – Т. 16, № 26. – С. 1739–46.

9. Бахтадзе М. А. Роль аномалии Киммерли в развитии компрессионных синдромов позвоночной артерии: дис. канд. мед. наук / М. А. Бахтадзе. – М., 2002. – С. 6–17.

10. Иваничев Г. А. Цервикальная атаксия / Г. А. Иваничев, Н. Г. Старосельцева, В. Г. Иваничев. – Казань, 2010. – 243 с.

11. Верещагин Н. Н. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения / Н. Н. Верещагин. – М.: Медицина, 1980. – С. 214–242.

12. Бугровецкая О. Г. Влияние пробы с повторными поворотами головы на кровоток в позвоночных артериях у больных с краниоцервикалгией / О. Г. Бугровецкая, А. И. Рудковский, М. В. Тардов, Б. В. Аршинов // Нейродиагностика и высокие биомеханические технологии. – 2010. – № 4. – С. 14–22.

13. Калашников В. И. Особенности мозговой гемодинамики при синдроме позвоночной артерии у подростков / В. И. Калашников // Клиническая физиология кровообращения. – 2009. – № 3. – С. 59–62.

References

1. Abdullaev R. Ya., Marchenko V. G., Kalashnikov V. I. Klinika i dopplerografiya pri sindrome pozvonochnoy arterii [Clinic and dopplerography with vertebral artery syndrome]. Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal [International Medical Journal]. 2006, vol. 12, no. 3, pp. 139-142. (In Russ.)
2. Kovalenko O. Je. Nedostatnist' krovoobigu u vertebro-bazyljarnomu sudynnomu basejni, pov'jazana z patologijeu shyjnogo viddilu hrebta [Lack of blood flow in the vertebral-basilar vascular pool associated with disorders of the cervical spine]. Zdorov'ja Ukrainy XXI storichchja [Health of Ukraine XXI century]. 2009, no. 11, pp. 4-7. (In Ukr.)
3. Pajenok A. V., Kozar-Gurina O. M. Vertebrobazyljarna nedostatnist' mozkovogo krovoobigu i ii' zv'jazok iz patologichnymu zminamy u shyjnomu viddili hrebta [Vertebrobasilar insufficiency of cerebral circulation and its relationship to pathological changes in the cervical spine]. Bukovyns'kyj medychnyj visnyk [Bukovynskiy Medical Journal]. 2012, vol. 16, no. 3 (63), pp. 67-70. (In Ukr.)
4. Sitel' A. B., Kuz'minov K. O., Bakhtadze M. A. Vliyanie degenerativno-distroficheskikh protsessov v sheynom otdele pozvonochnika na narusheniya gemodinamiki v vertebral'no-bazyljarnoy sisteme [Influence of degenerative-dystrophic processes in the cervical spine on hemodynamic disorders in the vertebral-basilar system]. Manual'naya terapiya [Manual therapy]. 2010, no. 1 (37), pp. 10-21. (In Russ.)
5. Shebatin A. I. Klinicheskie i instrumental'nye priznaki sindroma pozvonochnoy arterii i stadii ego techeniya [Clinical and instrumental signs of the syndrome of

the vertebral artery and the stages of its course]. Mezhdunarodnyy nevrologicheskij zhurnal [International neurological journal]. 2009, no. 4, pp. 97-104. (In Russ.)

6. Jaroshevs'kyj O. A. Systema vidnovljuval'nogo likuvannja reflektornyh m'jazovi-tonichnyh syndromiv u nevrologii' [Dys. na zdobuttja naukovogo stupenja dokt. med. nauk] [System recovery treatment of reflex muscular-tonic syndromes in neurology [Dissertation for the degree of Doctor Medical Science]. Kharkov, 2010, 42 p. (In Ukr.)

7. Rudkovskij A. I., Tardov M. V., Bugroveckaja O. G. Osobennosti dopplerograficheskikh parametrov krovotoka v pozvonochnyh arterijah pri jekstravazal'nyh vozdeystvijah [Features of dopplerographic parameters of blood flow in vertebral arteries with extravasal effects]. XX yubileynaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya VAMM i MPOMT [XX Jubilee Scientific and Practical Conference of the VAMM and IOMC]. Moscow, 2010, pp. 58-59. (In Russ.)

8. Tyurnikov V. M. Degenerativno-distroficheskie porazheniya pozvonochnika: diagnostika, klinika i lechenie [Degenerative-dystrophic lesions of the spine: diagnosis, clinic and treatment]. RMZh. Nevrologiya. Psikiatriya [Breast cancer. Neurology. Psychiatry]. 2008, vol. 16, no. 26, pp. 1739-46. (In Russ.)

9. Bakhtadze M. A. Rol' anomalii Kimmerli v razvitii kompressionnykh sindromov pozvonochnoy arterii [Dys. na zdobuttja naukovogo stupenja dokt. med. nauk] [The role of the Kimmerly anomaly in the development of compression syndromes of the vertebral artery [Dissertation for the degree of Doctor Medical Science]]. Moscow, 2002, pp. 6-17. (In Russ.)

10. Ivanichev G. A., Starosel'tseva N. G., Ivanichev V. G. Tservikal'naya ataksiya [Cervical ataxia]. Kazan, 2010, p. 243. (In Russ.)

11. Vereshchagin N. N. Patologiya vertebral'no-bazilyarnoy sistemy i narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya [Pathology of the vertebral-basilar system and cerebral circulation disorders]. Moscow, Medicine Publ., 1980, pp. 214-242. (In Russ.)

12. Bugrovetskaya O. G., Rudkovskiy A. I., Tardov M. V., Arshinov B. V. Vliyanie proby s povtornymi povоротami golovy na krovotok v pozvonochnykh arteriyakh u bol'nykh s

kraniovertikal'nykh [Effect of a sample with repeated head turns on the blood flow in vertebral arteries in patients with craniocervical angiography]. Neyrodiagnostika i vysokie biomekhanicheskie tekhnologii [Neurodiagnostics and high biomechanical technologies]. 2010, no. 4, pp. 14-22. (In Russ.)

13. Kalashnikov V. I. Osobennosti mozgovoy gemodinamiki pri sindrome pozvonochnoy arterii u podrostkov [Features of cerebral hemodynamics in vertebral artery syndrome in adolescents]. Klinicheskaya fiziologiya krovoobrashcheniya [Clinical physiology of blood circulation]. 2009, no. 3, pp. 59-62. (In Russ.)

СПОНДИЛОГЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Н. А. Некрасова

Харьковский национальный медицинский университет

Аннотация. В работе представлены результаты исследования спондилогенных нарушений у больных молодого возраста с явлениями спондилогенной вертебробазиллярной недостаточности (ВБН). С этой целью после предварительного обследования из 240 пациентов были сформированы 3 группы: в ВБН-I были включены 104 пациента с I стадией (ангиодистонической) ВБН, в ВБН-II – 76 пациентов со II стадией (ангиодистонично-ишемической) ВБН, в ВБН-III – 60 пациентов с III стадией (ишемической) ВБН. Контрольную группу составили 25 человек – практически здоровых и сопоставимых по полу и возрасту. В результате исследования выявлено, что представленность наиболее значимых спондилогенных нарушений на уровне позвоночно-двигательных сегментов C_4-C_5 , C_5-C_6 у больных с III стадией ВБН регистрировалась достоверно чаще. При этом ведущими спондилогенными изменениями были нестабильность на уровне позвоночно-двигательных сегментов, спондилолистез, унковертебральный артроз, протрузии или грыжи межпозвоночного диска. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что с прогрессированием стадии ВБН достоверно чаще отмечается одновременное поражение краниовертебрального перехода и уровней C_4-C_5 , C_5-C_6 позвоночно-двигательных сегментов.

Ключевые слова: вертебробазиллярная недостаточность, спондилогенные нарушения

THE SPONDYLOGENIC PECULIARITIES OF VERTEBROBASILAR INSUFFICIENCY

N. O. Nekrasova

Kharkiv National Medical University

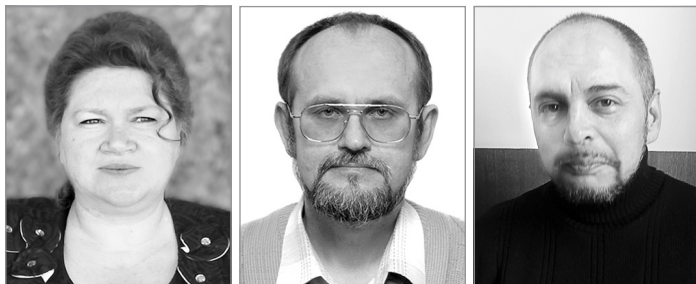
Summary. The paper contains the results of spondylogenic peculiarities of vertebrobasilar insufficiency in young patients. The aim of this investigation is to estimate spondylogenic peculiarities of vertebrobasilar insufficiency in young patients depending on the stage of the disease. With this aim 240 patients with instability in cervical segments of vertebral column on the background of spondylogenic vertebro-basilar insufficiency (VBI) undergoing treatment at the Neurology Department of Kharkiv Regional Clinical Hospital aged from 18 to 44 years have been under our investigation. Depending on clinical and hemodynamic data, the following groups were formed: group 1 – 104 patients with angiodystonic stage of VBI, group 2 – 76 patients with angiodystonic-ischemic stage of VBI, group 3 – 60 patients with ischemic stage of VBI. VBI diagnosis was verified in the hospital according to radiographic, tomographic and ultrasound examination. The control group included 25 healthy volunteers matched by age. On the base of received data the evidence of the most common spondylogenic abnormalities on the segments C_4-C_5 , C_5-C_6 was proved. The most significant spondylogenic changes at the above discussed level were: instability, spondylolistesis, unko-vertebral arthrosis and hernia of intervertebral disk. The obtained data exposed that progression of VBI is accompanied by simultaneous affection of craniovertebral level and C_4-C_5 , C_5-C_6 levels of cervical vertebral column.

Key words: vertebrobasilar insufficiency, spondylogenic abnormalities.

Некрасова Наталія Олександрівна – к.м.н., доцент кафедри неврології № 2, Харківський Національний медичний університет, м. Харків, Україна; e-mail: Limka_nno@rambler.ru;

Некрасова Наталия Александровна – к.м.н., доцент кафедры неврологии № 2, Харьковский Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина; e-mail: Limka_nno@rambler.ru;

Nataliya Nekrasova – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Neurology no. 2, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: Limka_nno@rambler.ru.



Л. М. Маркозова

І. В. Лінський

О. В. Бараненко

УДК: 616.89-008.447:615.21.7:615.07:615.033

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПОШИРЕНOSTІ ТА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК УЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД 1990–2014 РОКІВ

Л. М. Маркозова, І. В. Лінський, О. В. Бараненко
ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології
НАМН України»

Анотація.

Проведено аналіз динаміки поширеності та захворюваності на розлади психіки і поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин в Україні за період 1990–2014 років. У результаті роботи встановлено, що відносна кількість гострих та хронічних розладів внаслідок уживання психоактивних речовин порівняно з іншими розладами психіки протягом 5 років залишається майже незмінною. Показник захворюваності на стани алкогольної залежності знизився у 2014 році майже у 2 рази відносно 2008 року. Динаміка захворюваності на залежність від алкоголю та інших психоактивних речовин має протилежний характер: певне її зростання на алкогольну залежність супроводжується зниженням захворюваності від інших психоактивних речовин. Регіональний розподіл захворюваності на психічні та поведінкові розлади внаслідок уживання алкоголю має мозаїчний характер з приблизно однаковим представленням як у переважно аграрних областях півночі та заходу, так і в індустріальних областях сходу і півдня країни. Поширеність нарко-токсикоманій у 2014 році має чітку зональність.

Ключові слова: поширеність, захворюваність, психоактивні речовини, алкоголь.

Вступ

Залежність від психоактивних речовин (ПАР) належить до захворювань складного біопсихосоціального походження [1–6]. Вважається, що вірогідність формування розладів наркологічного профілю представлена двома компонентами: ризиком «почати» вживання ПАР і ризиком «стати» залежним від них [4]. Зрозуміло, що зростання кількості тих, хто пробує вживати ПАР, має збільшувати кількість тих, хто одержує можливість «реалізувати» свою специфічну спадковість (зі схильністю до формування адикцій) у вигляді повноцінної клінічно значущої залежності. Більше того, цілком логічним є припущення, що залежність захворюваності на розлади наркологічного профілю від доступності ПАР для широких верств населення має нелінійний, прискоре-

ний характер. Адже зростання досяжності ПАР може супроводжуватись зниженням рівня спадкової схильності, необхідного для «рекрутування» у залежність. При цьому баланс середовищних та генетичних детермінант формування станів залежності перестає бути константою [5–7]. Саме тому виникає необхідність у протидії епідемії залежності від ПАР.

Успішне перешкодження епідемії залежності від ПАР повинне починатися зі з'ясування причин цього явища та вирішення невідкладних задач із профілактики всіх видів залежності. До найбільш істотних причин зростання соціальної та медичної актуальності цієї проблеми належать відсутність системи взаємодії зацікавлених організацій та відомств, спеціалізованих служб первинної профілактики та медико-соціальної реабілітації хворих нар-

кологічного профілю. Негативно впливають і недостатність спеціалістів із профілактики та реабілітації (медпрацівників, педагогів, психологів, соціальних працівників), брак матеріально-технічного забезпечення, а також антинаркотичної освіти і діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів [7].

Для того щоб досягти уповільнення темпів розповсюдженості залежності від ПАР, необхідно здійснювати наукову розробку ефективних територіальних програм профілактики на основі об'єднання зусиль зацікавлених державних, наукових, медичних, правоохоронних, педагогічних, спортивних закладів, громадських формувань. Цілі та принципи політики стримування соціальних недугів, методологія побудови і алгоритми реалізації профілактичних програм повинні мати надійне наукове підґрунтя [8].

Мета дослідження

Провести аналіз офіційної статистики МОЗ України та результатів вибіркового епідеміологічного дослідження щодо поширення станів залежності від ПАР [9].

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилось у Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України». Під час роботи були використані аналітичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті роботи виявлено, що гострі та хронічні розлади внаслідок уживання ПАР стабільно посідають перші два місця у рейтингу захворюваності на психічні та поведінкові розлади (ППР). Так, сукупна частка розладів внаслідок уживання ПАР становить 64,79 % усіх нових випадків психопатології, зареєстрованих у країні протягом 2014 р. (в т. ч. 45,67 % припадає на гострі, решта – на хронічні пси-

хічні розлади внаслідок уживання ПАР) проти 60,74 % у 2010 р. Лише хронічні ППР, що виникли саме через прийом ПАР, у 2014 р. багаторазово перевищують кількість захворювань з такими розладами психіки, як органічні психічні розлади – в 1,32 рази, невротичні психічні розлади – в 1,99 рази та ін. (табл. 1). Максимальне перевищення спостерігається відносно поведінкових синдромів, пов'язаних із фізіологічними порушеннями та фізичними факторами як в 2010 р., так і в 2014 р. (табл. 1).

Таблиця 1

Співвідношення хронічних ППР, які виникли внаслідок прийому ПАР, з іншими ППР в Україні в 2010–2014 рр.

Нозологічна одиниця	Шифр*	Перевищення (n разів)	
		2010 р.	2014 р.
Органічні ПР (включно з симптоматичними розладами)	F00–F09	1,43	1,32
Невротичні ПР, пов'язані зі стресом та соматоформними розладами	F40–F48	2,01	1,99
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	F20–F29	6,24	5,07
Розумова відсталість	F70–F79	5,57	5,50
Афективні розлади	F30–F39	10,27	9,57
Розлади психологічного розвитку, а також поведінкові та емоційні розлади дитячого і підліткового віку	F80–F98	2,04	2,19
Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами	F50–F59	37,80	48,01

Примітка:

* – рубрики подано за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Таким чином, виявлено: поряд з тим, що гострі та хронічні розлади внаслідок уживання ПАР стабільно посідають перше місце

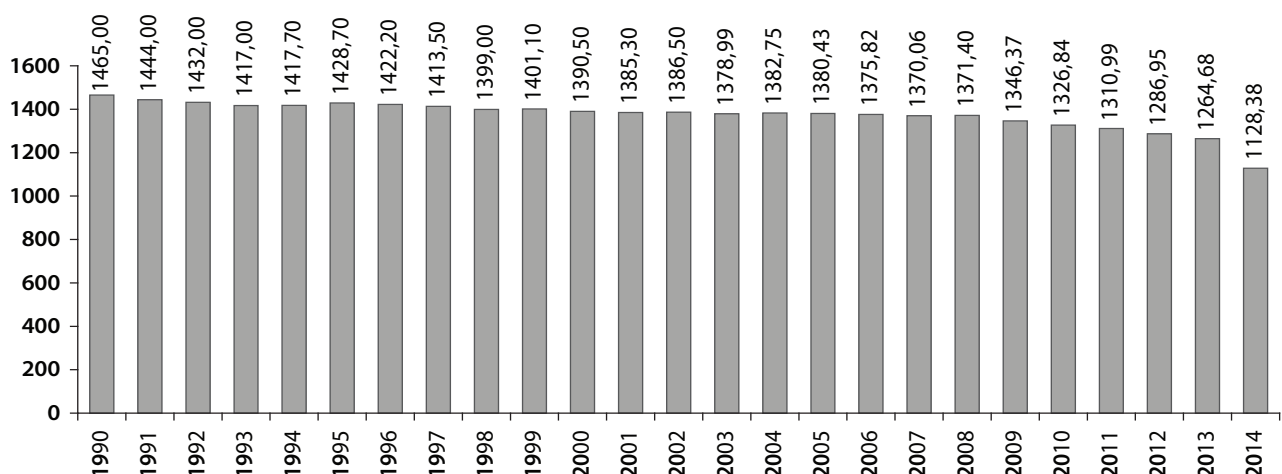


Рис. 1. Поширеність ППР в Україні в 1990–2014 рр. внаслідок уживання алкоголю

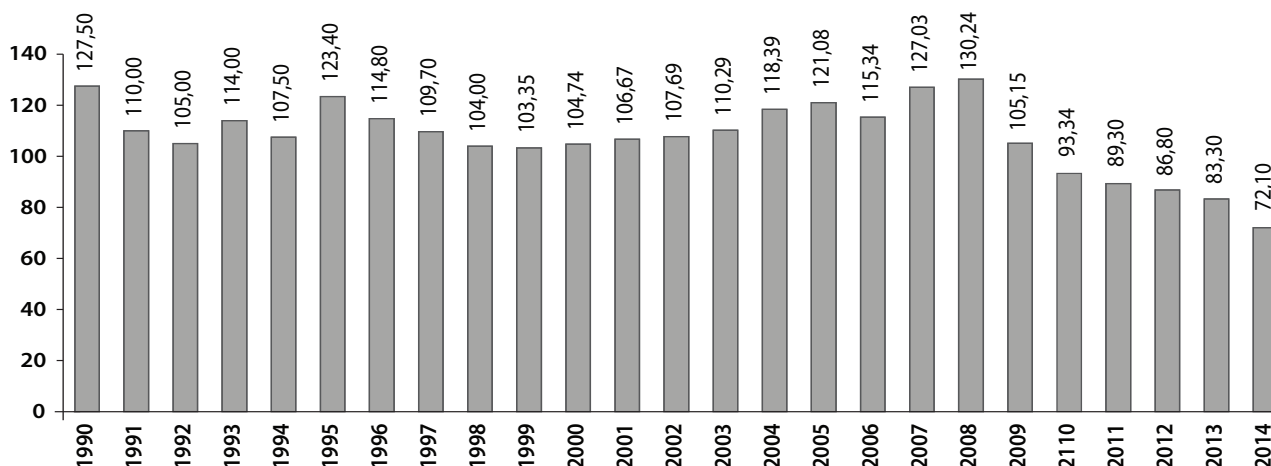


Рис. 2. Захворюваність на ППР в Україні в 1990–2014 рр. внаслідок уживання алкоголю

серед усіх інших ППР, їх відносна кількість порівняно з іншими ППР протягом 5 років залишається майже незмінною (за виключенням поведінкових та емоційних розладів дитячого та підліткового віку).

Динаміка поширеності станів алкогольної залежності (АЗ) в Україні в 1990–2014 рр. відносно максимального значення (1990 р.) характеризується зменшенням – спочатку повільним, а з 2009 р. – помітно прискореним (**рис. 1**).

У 2014 р. відбулося найістотніше за весь досліджуваний період зменшення показника поширеності станів АЗ – на 29,83 % порівняно з масимальним рівнем (МР) цього показника (або на 12,08 % порівняно з 2013 р.). Наочно це демонструють зведені у таблицю дані (**табл. 2**).

Таблиця 2

Динаміка поширеності станів АЗ в Україні у 1990–2014 рр. відносно максимального рівня 1990 р.

Період (р.)	Показники (%)
1992–2008	1–6,00
2009	8,10
2010	9,43
2011	10,51
2012	12,42
2013	13,67
2014	29,83

Динаміку захворюваності на стани АЗ можна назвати складнішою (**рис. 2**). Для захворюваності на стани АЗ характерна наявність двох «піків»: у 1995 р. (123,40 осіб/100 тис. нас.) та у 2008 р. (130,40 осіб/100 тис. нас., це МР за досліджуваний період). Але в 1999 р. спостерігається зменшення показників захворюваності до 103,35 осіб/100 тис. нас. (на 20,56 % нижче від МР), а в 2009–2014 рр. – його різке падіння (у 2014 р. – майже у 2 рази). Динаміку

захворюваності станів АЗ в Україні за період 2009–2014 рр. представлено в **табл. 3**.

Таблиця 3

Динаміка захворюваності станів АЗ в Україні у 2009–2014 рр. порівняно з 2008 р.

Період (р.)	Показники (%)
2009	19,26
2010	28,33
2011	31,43
2012	33,35
2013	36,04
2014	80,64

Динаміка поширеності залежності від інших ПАР принципово відрізняється від аналогічного показника щодо АЗ (**рис. 3**). Так, мінімальне значення (6,40 осіб/100 тис. нас.) цього показника відзначалося у 1990 р.; з 1991 до 2003 р. спостерігалось його зростання (у 4,14 рази); з 2003 до 2010 р. зареєстровані незначні коливання у межах 0,40–2,88 %, а з 2011 до 2014 р. – зменшення показника поширеності залежності від наркотичних речовин (**табл. 4**). Причому, в 2014 р. цей показник знизився на 27,38 % відносно МР 2008 р. (179,90 осіб/100 тис. нас.).

Таблиця 4

Динаміка поширеності залежності від інших ПАР у 2011–2014 рр.

Період (р.)	Показники (%)
2011	6,00
2012	6,61
2013	7,93
2014	27,38

Аналіз захворюваності на залежність від інших ПАР у досліджуваний період теж дає досить складну картину (**рис. 4**). Так, у 1990–1996 рр. спостерігається різке зростання (майже у 4 рази) з досягненням МР (25 осіб/100 тис. нас.); у 1997–2000 рр. – незначний спад (на 10–15,00 % від МР); у 2001 р. до-

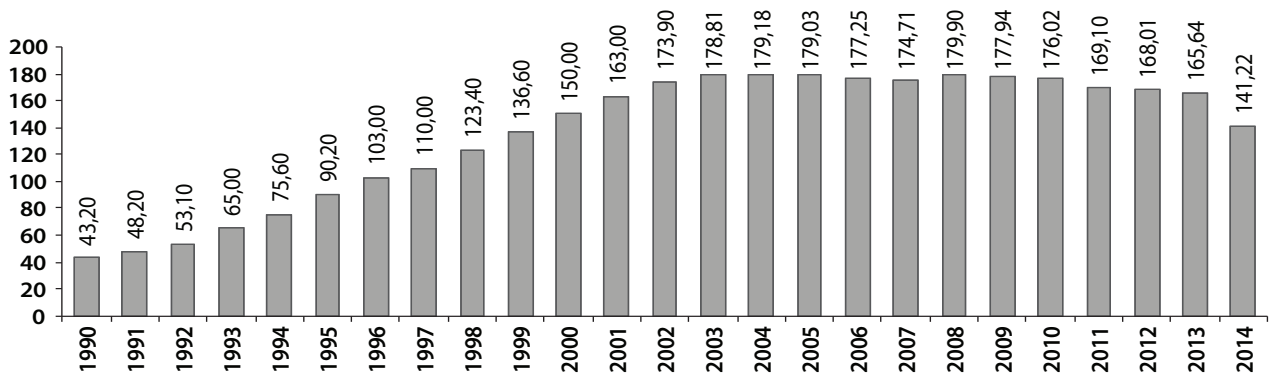


Рис. 3. Поширеність ППР в Україні в 1990–2014 рр. внаслідок уживання інших (окрім алкоголю) ПАР

сягає майже МР (23,40 осіб/100 тис. нас.); а в 2004–2014 рр. встановлюється відносна стабілізація на рівні 50–55,00 % від МР.

Цікаво, що з 2011 р. у межах відносного «спокою» все ж починається певне зменшення захворюваності на залежність від інших ПАР, і в 2014 р. відбулося зниження цього показника на 56,00 % (8,70 осіб/100 тис. населення) порівняно з 2010 р. (табл. 5).

Таблиця 5

Динаміка захворюваності на залежності від інших ПАР у 2011–2014 рр. відносно МР 2008 р.

Період (р.)	Показники (%)
2011	9,89
2012	13,55
2013	25,27
2014	56,00

У результаті аналізу всіх наведених даних було виявлено певну особливість. Якщо в 1992–1995 рр. динаміка захворюваності на АЗ та інші ПАР має деякі спільні риси (наприклад, «сплеск» 1995–1996 рр.), то у 2000–2010 рр. вектори змін цих показників майже протилежні. За даними наведених діаграм та таблиць (рис. 2, рис. 4, табл. 3, табл. 5), добре видно, що певне зростання захворюваності на АЗ співпадає зі зниженням захворюваності на залежність від інших ПАР.

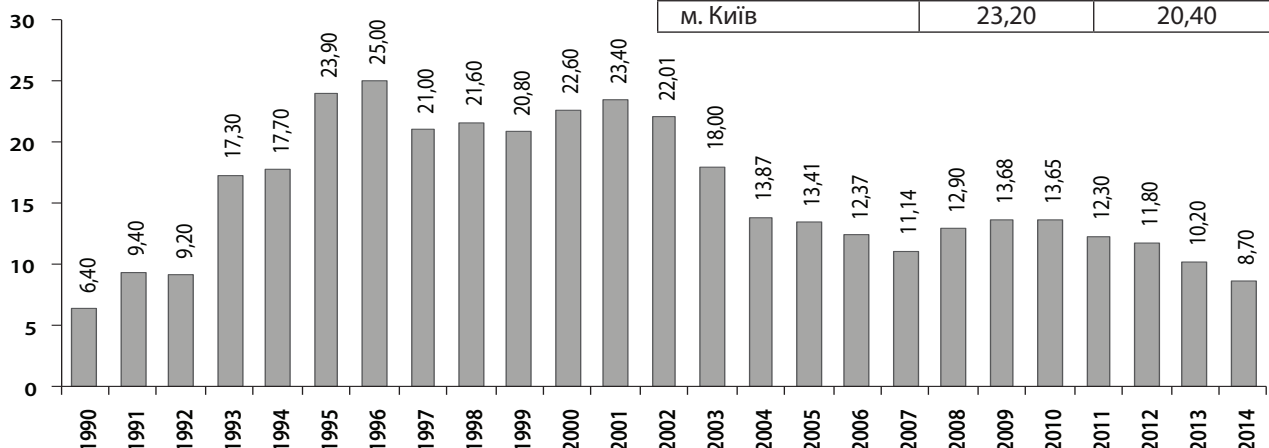


Рис. 4. Захворюваність на ППР в Україні в 1990–2014 рр. внаслідок уживання інших (окрім алкоголю) ПАР

Максимальним значенням даного показника для розладів внаслідок вживання алкоголю (2007–2008 рр.) відповідають мінімальні значення щодо залежності від наркотичних ПАР. Ця тенденція спостерігається до 2014 р.

Розподіл за регіонами країни захворюваності на ППР внаслідок уживання алкоголю має мозаїчний характер з приблизно однаковим представленням як у переважно аграрних областях півночі та заходу, так і в індустріальних областях сходу та півдня країни, що може пояснюватись регіональними особливостями диспансерного обліку цієї категорії пацієнтів.

Найвища захворюваність на всі алкогольні розлади разом у 2014 р. спостерігалася у Київській та Хмельницькій областях, найнижча – у м. Київ, у Харківській та Запорізькій областях (табл. 6).

Таблиця 6

Розподіл захворюваності на алкогольні розлади у 2013–2014 рр. за регіонами

Область	Показники (осіб/100 тис. нас.)	
	2013 р.	2014 р.
Київська	167,00	170,30
Хмельницька	125,10	127,80
Запорізька	58,80	41,50
Харківська	38,80	30,60
м. Київ	23,20	20,40

Це повністю відповідає розподілу захворюваності на ППР внаслідок вживання алкоголю у 2013 р., коли найвищий рівень показника також спостерігався у Київській та Хмельницькій областях, а найнижчий – у м. Київ, у Харківській та Запорізькій областях (табл. 6). При цьому захворюваність на всі алкогольні розлади у Київській області (перше місце у рейтингу) була в 8,35 рази більшою, ніж у м. Київ (останнє місце у рейтингу) та у 3,86 рази вищою, ніж в Україні в цілому. Така різниця спостерігається вже який рік поспіль і значною мірою пояснюється регіональними особливостями диспансерного обліку відповідної групи хворих.

Найвища захворюваність на алкогольні психози у 2014 р. була зареєстрована у Вінницькій, а найнижча – у Харківській, Одеській та у Дніпропетровській областях (табл. 7). При цьому захворюваність на психози алкогольної генези у Вінницькій області (перше місце у рейтингу) була в 38,20 (!!!) рази більшою, ніж у Харківській (останнє місце у рейтингу).

Таблиця 7

Розподіл захворюваності на алкогольні психози у 2014 р. за регіонами

Область	Показники (осіб/100 тис. нас.)
Вінницька	19,10
Дніпропетровська	1,70
Одеська	1,10
Харківська	0,50

Найвища поширеність розладів внаслідок уживання алкоголю у 2014 р. спостерігалась у Хмельницькій, Чернігівській та Івано-Франківській областях, а найнижча – у м. Київ та у Дніпропетровській області (табл. 8). Цей рейтинг повністю відповідає аналогічному рейтингу за 2013 р. (табл. 8). При цьому поширеність хронічних алкогольних синдромів у Хмельницькій області (перше місце у рейтингу) була у 2,6 рази більшою, ніж у м. Київ (останнє місце у рейтингу).

Таблиця 8

Розподіл поширеності психічних та поведінкових розладів внаслідок уживання алкоголю у 2013–2014 рр. за регіонами

Область	Показники (осіб/100 тис. нас.)	
	2013 р.	2014 р.
Хмельницька	1746,72	1742,32
Чернігівська	1696,59	1687,64
Івано-Франківська	1484,66	1500,47
Дніпропетровська	861,68	815,05
м. Київ	670,12	675,99

Рейтинг поширеності алкогольних психозів у 2014 р. виглядає таким чином: найбіль-

ша поширеність була у Вінницькій, Черкаській та Чернігівській областях; найнижча – у Дніпропетровській, Одеській та Київській областях (табл. 9). Слід відмітити, що рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за ознакою поширеності усіх ППР внаслідок уживання алкоголю, частково співпадають – Чернігівська область в обох рейтингах входить до перших трьох позицій, а Дніпропетровська – до трьох останніх.

Таблиця 9

Розподіл поширеності алкогольних психозів у 2014 р. за регіонами

Область	Показники (осіб/100 тис. нас.)
Вінницька	16,45
Черкаська	14,47
Чернігівська	12,00
Київська	1,69
Одеська	1,22
Дніпропетровська	0,76

Як і при аналізі захворюваності, аналіз регіонального розподілу поширеності нарко-токсикоманій у 2014 р. демонструє чітку зональність:

- найвища поширеність спостерігалась переважно в індустріальних областях сходу та півдня країни;
- середня – в індустріально-аграрних областях центра та півночі України;
- найнижча – переважно в аграрних областях заходу країни.

Так, найвища поширеність нарко-токсикоманій спостерігалась у Запорізькій та Кіровоградській областях, а також м. Київ, найнижча – у Закарпатській, Тернопільській та Львівській областях (табл. 10). Для порівняння, у 2013 р. найвища поширеність нарко-токсикоманій відзначалась у Запорізькій області та м. Київ, а найнижча – у Закарпатській, Тернопільській та Львівській областях (табл. 10). При цьому поширеність нарко-токсикоманій у Запорізькій області (перше місце у рейтингу) була в 20,70 (!) рази більшою, ніж у Закарпатській області (останнє місце у рейтингу).

Таблиця 10

Розподіл поширеності нарко-токсикоманій у 2013–2014 рр. за регіонами

Область	Показники (осіб/100 тис. нас.)	
	2013 р.	2014 р.
Запорізька	351,65	364,61
Кіровоградська	262,15	247,87
Львівська	52,81	56,27
Тернопільська	49,90	48,69
м. Київ	304,35	293,87
Закарпатська	16,46	17,54

Щодо вираженого зниження усіх показників (як поширеності, так і захворюваності на залежність від ПАР) у період 2009–2014 рр., то, на жаль, найвірогіднішим є певне погіршення якості роботи наркологічної служби, внаслідок чого епідеміологічні дані не повністю відбивають реальні тенденції динаміки епідемії станів залежності від ПАР.

Висновки

1. Відносна кількість гострих та хронічних розладів внаслідок вживання ПАР порівняно з іншими ППР протягом 5 років залишається майже незмінною, ці захворювання стабільно посідають перше місце серед усіх інших ППР.

2. Динаміка показника захворюваності на стани залежності від алкоголю вказує на його зниження у 2014 р. на 80,64% відносно показника 2008 р., тобто майже у 2 рази. Динаміка захворюваності на АЗ та інші ПАР, навпаки,

має протилежну тенденцію. Вона характеризується тим, що одночасно з деяким зростанням захворюваності на АЗ відзначається й зниження захворюваності від інших ПАР.

3. Розподіл захворюваності на ППР внаслідок вживання алкоголю за регіонами має мозаїчний характер з приблизно однаковим представленням по всій території країни – як у переважно аграрних областях півночі та заходу, так і в індустріальних областях сходу і півдня країни.

4. Регіональний розподіл поширеності нарко-токсикоманій у 2014 р. має чітку зональність, найвища поширеність спостерігалася переважно в індустріальних областях сходу та півдня країни; середня – в індустріально-аграрних областях центра та півночі, а найнижча – переважно в аграрних областях заходу країни.

Література

1. Пелипас В. Е. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков / В. Е. Пелипас, Л. Н. Рыбакова, М. Г. Цеглин // Вопросы наркологии. – 1998. – № 4. – С. 64-67.

2. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Washington D. C. : American Psychiatric Association, 1997. – 3rd ed. (DSM – 111 – R).

3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. – Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2000. – 4th ed. (DMS – TV – TR).

4. United States Department of Health and Human Services : Tenth Special Report to Congress on Alcohol and Health // Accessed. – 2006. – September 22.

5. Максимова Н. Ю. Безпека життєдіяльності. Соціально-психологічні аспекти алкоголізму та наркоманії : навчальний посібник для вузів / Н. Ю. Максимова. – Київ : Либідь, 2006. – 327 с.

6. Хобзей М. К. 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. / М. К. Хобзей, О. М. Колякова, О. М. Зінченко [та ін.]. – Київ – Харків : Плеяда, 2011. – 138 с.

7. 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 : Плеяда, 2009. – 168 с.

8. Мандель А. И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири : автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. / А. И. Мандель. – Томск, 2000. – 44 с.

9. 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. – 144с.

Referenses

1. Pelipas V. E., Rybakova L. N., Tseglin M. G. Problemnye situatsii v sfere profilaktiki zloupotrebleniya psikhoaktivnymi veshchestvami sredi detey i podrostkov [Problem situations in the field of substance abuse prevention among children and adolescents]. Voprosy narkologii [Questions Addiction], 1998, no. 4, pp. 64-67. (In Russ.)

2. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., (DSM – 111 – R), Washington D. C., American Psychiatric Association, 1997.

3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DMS – TV – TR), Washington D. C., American Psychiatric Association, 2000.

4. United States Department of Health and Human Services: Tenth Special Report to Congress on Alcohol and Health. Accessed September 22, 2006.

5. Maksymova N. Ju. Bezpeka zhyttjedijal'nosti. Social'no-psyhologichni aspekty alkogolizmu ta narkomanii' : navchal'nyj posibnyk dlja vuziv [Social and psychological aspects of alcoholism and drug addiction: a manual for schools]. Kiev, Lybid' Publ., 2006, 327 p. (In Ukr.)

6. Hobzej M. K., Koljakova O. M., Zinchenko O. M. [et al.] Psyhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok vzhivannja alkogolju ta inshyh psyhoaktyvnyh rehovyn v Ukraїni. Stan narkologichnoi' dopomogy naselennju Ukraїny: Informacijno-analitychnyj ogljad za 1990-2010 rr.

[Mental and behavioral disorders due to use of alcohol and other psychoactive substances in Ukraine. State drug care Ukraine: Information and Analytical Review for 1990-2010]. Kiev, Kharkiv, Plejada Publ., 2011, 138 p. (In Ukr.)

7. 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 Ukraїny: Analitychno-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]. Kharkiv, Plejada Publ., 2009, 168 p. (In Ukr.)

8. Mandel' A. Y. Rasprostranennost' y patomorfoz alkogolyzma y opyjnoj narkomanyy v Zapadnoj Sybyry: Avtoreferat dysertacyy doktora medycynskyyh nauk [Prevalence and pathomorphosis alcoholism and opiate addiction in Western Siberia: the Author's abstract of the dissertation of the doctor of medical sciences]. Tomsk, 2000, 44 p. (In Russ.)

9. Voloshyn P. V., Maruta N. O., Lins'kyj I. V. [et al.] Psyhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok vzhivannja psyhoaktyvnyh rehovyn ta stan narkologichnoi' dopomogy naselennju Ukraїny: 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.)

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В УКРАИНЕ ЗА ПЕРИОД 1990–2014 ГОДОВ

Л. М. Маркозова, И. В. Линский, А. В. Бараненко
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Аннотация. В исследовании проведен анализ динамики распространенности и заболеваемости расстройствами психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ в Украине в период 1990–2014 годов. Установлено, что относительное количество острых и хронических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ по сравнению с другими расстройствами психики на протяжении 5 лет остается почти неизменным; показатель заболеваемости алкогольной зависимостью снизился в 2014 году почти в 2 раза относительно 2008 года. Динамика заболеваемости зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ носит разнонаправленный характер: некоторый рост заболеваемости алкогольной зависимостью сопровождается снижением заболеваемости от других психоактивных веществ. Региональное распределение заболеваемости расстройствами психики и поведения вследствие употребления алкоголя имеет мозаичный характер с приблизительно равным представлением как в преимущественно аграрных областях севера и запада, так и в индустриальных областях востока и юга страны. Распространенность нарко-токсикоманий в 2014 году имеет четкую зональность.

Ключевые слова: распространенность, заболеваемость, психоактивные вещества, алкоголь.

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF THE PREVALENCE AND INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS AND BEHAVIOR AS A RESULT OF THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN UKRAINE FOR THE PERIOD 1990–2014 YEARS

L. M. Markozova, I. V. Linskiy, A. V. Baranenko
State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"

Summary. The analysis outlined the dynamics of the prevalence and incidence of mental disorders and behavior (MDB) as a result of the use of psychoactive substances (PS) in Ukraine during 1990-2014 years. The paper found out that the relative amount of acute and chronic disorders due to use of surfactants in comparison with other mental disorders for the past five years has remained almost unchanged; the incidence of alcohol dependence declined in 2014 by almost 2-fold compared to 2008. Dynamics of disease of alcohol addiction and other surfactants has opposite nature: some increase in the incidence of alcohol dependence is accompanied by a decrease in the incidence of other surfactants. Regional distribution of MDB morbidity is due to the use of alcohol in a mosaic pattern with approximately equal representation in predominantly agricultural areas of the north and west, and in the industrial areas of the east and south of the country. The abundance of drug substance abuse in 2014 has a clear zoning.

Key words: prevalence, incidence, psychoactive substance, alcohol.

Маркозова Любов Михайлівна – к.мед.н., старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: marklubov15@gmail.com.

Маркозова Любовь Михайловна – к.мед.н., старший научный сотрудник, ведущий научный сотрудник отдела клинической и социальной наркологии, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: marklubov15@gmail.com.

Lubov Markozova – MD, PhD, Senior Researcher, Leading Researcher of the Department of Clinical and Social Addiction, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: marklubov15@gmail.com.

Лінський Ігор Володимирович – д.мед.н., професор, завідувачий відділом невідкладної психіатрії та наркології, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: i_linskiy@yahoo.com.

Линский Игорь Владимирович – д.мед.н., професор, заведующий отделом неотложной психиатрии и наркологии, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: i_linskiy@yahoo.com.

Igor Linskiy – MD, PhD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskiy@yahoo.com.

Бараненко Олексій Валерійович – к.мед.н., старший науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: albaranenko@yandex.ru.

Бараненко Алексей Валерьевич – к.мед.н., старший научный сотрудник отдела клинической и социальной наркологии, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: albaranenko@yandex.ru.

Oleksiy Baranenko – PhD, Senior Researcher of the Department of Clinical and Social Addiction, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: albaranenko@yandex.ru.



Ю. В. Северин



И. В. Гриценко

УДК: 616.89-008.441.13-08:615.214

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ю. В. Северин¹, И. В. Гриценко²¹Харьковская медицинская академия последиplomного образования,
г. Харьков, Украина²Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,
г. Харьков, Украина

Аннотация.

Статья посвящена особенностям диагностики когнитивных расстройств, вызванных дисфункцией головного мозга, у пациентов с алкогольной зависимостью посредством применения нейропсихологического тестирования. Полученные результаты показали, что мозговая дефицитарность формируется у пациентов уже на ранних стадиях интоксикации алкоголем и проявляется в виде нарушения высших психических функций, верифицированных с помощью широкого спектра высокочувствительных нейропсихологических тестов наряду с клинико-неврологическим исследованием. Выявленные когнитивные нарушения носили диффузный характер и проявлялись в виде нарушений динамического праксиса, пространственного и зрительного гнозиса, слухоречевой и зрительной памяти, что свидетельствует о дисфункции всех отделов головного мозга. Использование нейропсихологических тестов позволило не только провести диагностику когнитивных нарушений и выявить степень их нарушений, но и определить локализацию патологических нарушений в головном мозге.

Ключевые слова: неврологические нарушения, алкогольная зависимость, нейропсихологическое исследование, когнитивные нарушения.

Введение

Проблема алкоголизма на сегодняшний день является большой социальной проблемой, поскольку носит системный характер, затрагивающий все стороны жизни человека. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 5,90% населения земного шара умирает из-за алкогольной зависимости (АЗ) [1]. Однако эта цифра существенно занижена вследствие низкой обращаемости пациентов за медицинской помощью.

Потребление алкоголя в Украине одно из самых высоких в мире: 15,6 литров чистого спирта в год на душу населения [2; 3]. Согласно данным ВОЗ за 2015 год, украинская молодежь занимает первое место в мире в рейтинге потребления алкоголя среди детей и молодежи [3], наибольшее количество злоупотребляющих обнаружено в самой молодой возрастной группе – от 18 до 29 лет; 40,00% подростков употребляют алкогольные напитки, по крайней мере, раз в месяц. На сегодняшний день уже более 1,5 миллионов украинцев страдают АЗ [4; 5]. При этом злоупотребление или чрезмерное употребление начинается в раннем возрасте и увеличивается с годами [6; 7].

В Украине контингент наркологических больных составляет 688 тысяч человек. Ежегодно в наркодиспансерах ставится на учет 50 тысяч больных, в том числе 5 тысяч – с острыми алкогольными психозами, около 40 ты-

сяч – с хроническими алкогольными синдромами, свыше 6 тысяч – с наркоманией [8; 9].

Доказано, что прогрессивное нарушение интеллектуальных функций является характерной особенностью АЗ [10–13]. Даже кратковременное употребление алкоголя приводит к необратимым органическим изменениям в головном мозге, которые клинически проявляются в виде различных нарушений высших психических функций, выраженность которых колеблется от легких до тяжелых [12; 13]. На разных стадиях алкозависимости наблюдается наличие самых разнообразных расстройств когнитивных функций, которые в дальнейшем могут приводить к более тяжелым церебральным нарушениям, отягощающим прогноз.

Проведенные исследования демонстрируют у лиц с АЗ широкий спектр когнитивных нарушений (КН), проявляющихся нарушениями регуляторных и зрительно-пространственных функций, памяти, а также снижением концентрации внимания, способностей к вербальному и невербальному абстрагированию, обучению [12–14].

Показано, что злоупотребление алкоголем приводит к нарушениям слухоречевой памяти, счета, пространственного, конструктивного и динамического праксиса, тактильного и оптико-пространственного гнозиса, экспрессивной речи, слухомоторной координации [15–17].

КН при токсических поражениях головного мозга характеризуются преимущественным поражением подкорковых базальных ганглиев. Морфометрические измерения мозга пациентов показали уменьшение подкоркового белого вещества и размеров нейронов [18–21].

Исследования в отношении селективности поражения головного мозга у алкозависимых пациентов показывают высокую чувствительность к алкоголю лобных долей, отвечающих за интеграцию поведения, интеллекта, эмоций. В них происходит утрата как серого, так и белого веществ, возникает атрофия мозга [19–21].

В комплексе диагностических мероприятий, направленных на выявление КН при АЗ, наряду с современными клиническими инструментальными методами особую роль играют нейропсихологические способы исследования. Они дают возможность выявить не только очаговые нарушения, но и структурно-функциональные изменения головного мозга на разных этапах заболевания. В качестве рутинных методик за рубежом широко используются Рейтинговая краткая шкала оценки психического состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE) [22] и Батарея тестов лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB) [23]. Использование данных методик нейропсихологического тестирования позволяет в первую очередь выявлять грубые нарушения дементного уровня, а во вторую – уточнить тип деменции.

Помимо нейропсихологических тестов, широко используются клинические шкалы, которые содержат описания наиболее типичных когнитивных, поведенческих и функциональных симптомов. К их числу относятся клиническая рейтинговая шкала деменции и общая шкала нарушений.

Клиническая рейтинговая шкала деменции (Clinical Dementia Rating Scale) представляет собой описание пяти стадий когнитивных нарушений – от нормы до тяжелой деменции. Для всех стадий описана характерная симптоматика в каждой из шести сфер: память, ориентировка во времени и месте, мышление, взаимодействие в обществе, поведение дома и увлечения, самообслуживание. Общая оценка 0 баллов по результатам тестирования соответствуют норме или легким КН; 0,5 баллов – умеренным КН; 1 балл – легкой деменции; 2 балла – умеренной деменции и 3 балла – тяжелой деменции [24].

Шкала общих нарушений (Global Deterioration Scale) описывает семь последова-

тельных стадий КН, от очень легкой до тяжелой деменции. По общему мнению, вторая стадия данной шкалы соответствует легким или умеренным КН, третья стадия – умеренным КН или легкой деменции, а четвертая-седьмая стадии – деменции разной степени выраженности [25].

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) была разработана для быстрого скрининга мягких КН. Она оценивает различные когнитивные функции: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Максимально возможное количество баллов – 30 (при этом 26 баллов и более считается нормой [17; 26; 27].

Ранняя диагностика КН актуальна как с теоретической, так и с практической точки зрения, поскольку на этой стадии лечебно-профилактические мероприятия наиболее эффективны. Именно это и обусловило постановку цели и задач данного исследования.

Цель и задачи исследования

Выявление и определение степени нарушения когнитивных функций у пациентов с алкогольной зависимостью, уточнение локализации патологических изменений в структурах головного мозга посредством применения диагностических шкал.

Материалы и методы исследования

Обследовано 25 человек с алкогольной зависимостью в возрасте от 20 до 65 лет.

Критерии включения: зависимость от алкоголя (F10.21) со сроком воздержания от алкоголя не менее 5 суток до начала исследования, возраст – старше 18 лет.

Критерии исключения: в исследование не включались больные с эпилепсией, шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, выраженной неврологической симптоматикой, нарушениями двигательных и чувствительных функций верхних конечностей периферического происхождения; с выраженными расстройствами зрения, слуха, с заиканием; с тяжелой соматической патологией, гипертонической болезнью, хронической сосудистой патологией, черепно-мозговой травмой в анамнезе, туберкулезом.

Проводилось нейропсихологическое исследование всех пациентов, включающее оценку когнитивных функций по следующим шкалам: краткое исследование психического состояния (MMSE), батарея лобной дисфункции (FAB), клиническая рейтинго-

вая шкала деменции (CDR), общая шкала нарушений (GDS), Монреальская шкала оценки КН (MoCA).

Исследование проводилось на базе 1-го, 2-го и 3-го наркологических отделений Коммунального учреждения охраны здоровья «Харьковская областная клиническая наркологическая больница». Средний возраст пациентов составил $44,9 \pm 0,63$ года; средняя длительность приема алкоголя – $13,42 \pm 0,74$ года.

Результаты исследования и их обсуждение

У половины обследованных по шкале MMSE наблюдалась деменция умеренной степени выраженности. У 10,00% пациентов была выявлена деменция легкой степени выраженности, у 30,00% – преддементное состояние. Средний балл по шкале составил $21,40 \pm 0,48$.

При выполнении задания по шкале MMSE на зрительно-пространственный гнозис (показывали часы и спрашивали, который час) у 40,00% обследованных были замечены сложности, что указывает на дисфункцию теменно-затылочных отделов мозга. У преимущественного большинства исследуемых (70,00%) были сложности с выполнением и другого задания по этой же шкале – на пространственный праксис. Больному давали образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который нужно было перерисовать на бумагу, что неизменно вызывало затруднения. Это свидетельствует о недостаточной сформированности формообразующих движений, неполноценности зрительно-моторной координации и указывает на поражение теменных и теменно-затылочных структур (рис. 1 а–1г).

Исследования по шкале FAB дали высокий показатель ошибок (60,00%) при выполнении проб динамического праксиса «кулак-ладонь–ребро». Этот тест чувствителен не только к поражению двигательных систем (премоторных отделов), но и к модально

неспецифическому дефициту сукцессивных функций, то есть свидетельствует о невозможности различения, запоминания и воспроизведения действий, выполненных в определенной последовательности.

У 15,00% пациентов возникали ошибки при переключении с одного движения на следующее в автоматизированном режиме, наблюдались импульсивность выполнения задания (10,00%) и большие паузы между движениями (35,00%), пациенты путали последовательность движений или пропускали некоторые из них (35,00%). Затруднения в данном задании можно связать с левополушарной недостаточностью.

При выполнении задания на понимание логико-грамматических структур, понимание отношений между тремя предметами у 84,00% пациентов было выявлено нарушение пространственного гнозиса в результате вовлечения теменных долей.

Ошибки при выполнении задания на беглость речи (с закрытыми глазами нужно назвать как можно больше слов на букву «с»), свидетельствующие в пользу функциональной недостаточности лобных долей головного мозга, зарегистрированы у 72,00% исследуемых.

При подведении итогов исследования по шкале FAB было выявлено, что у всей группы наблюдаемых больных присутствует деменция лобного типа (11 баллов и менее). Средняя оценка по шкале составила $7,90 \pm 1,54$ балла.

Согласно шкале CDR, у исследуемых наблюдались деменция легкой (30,00%) и умеренной степени (70,00%). У пациентов были выявлены нарушения процесса мышления, затруднения ориентации во времени, они нуждались в напоминаниях.

С помощью шкалы GDS было установлено, что у 30,00% больных наблюдались очень мягкие КН, у 40,00% – мягкие КН, а у 40,00% – умеренные КН, проявляющиеся, в основном, в виде нарушений памяти.

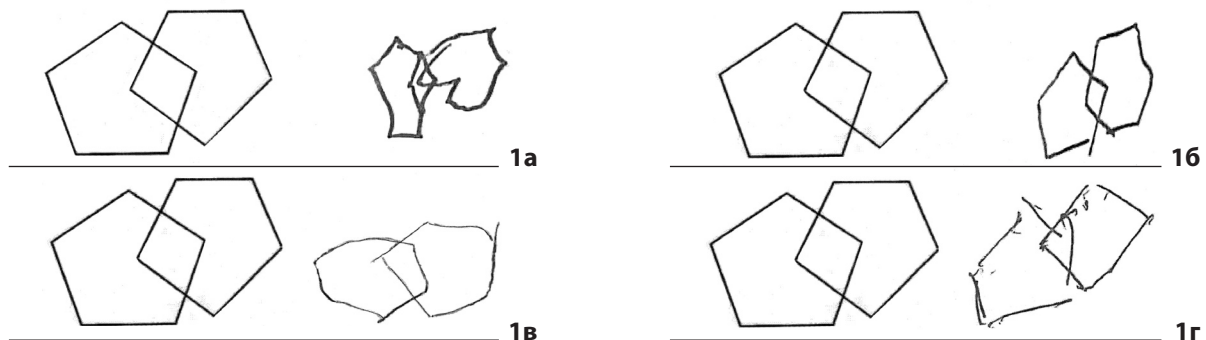


Рис. 1а, 1б, 1в, 1г. Выполнение задания на пространственный праксис по шкале MMSE пациентами с АЗ

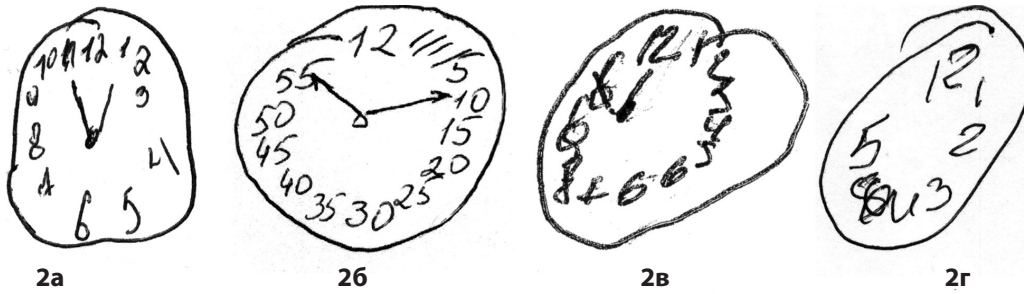


Рис. 2а, 2б, 2в, 2г. Выполнение задания на зрительно-конструктивный праксис по шкале МоСА – рисование часов с цифрами и стрелками

При проведении исследования по шкале МоСА у 64,00 % пациентов отмечались трудности при выполнении задания на зрительно-конструктивный праксис. В первую очередь речь идет о рисовании часов с цифрами и стрелками (рис. 2а–2г) и о соединении букв с соответствующими им цифрами (рис. 3а–3г). Перечисленные задания и затруднения в их выполнении говорят о снижении функционирования теменных долей.

У части больных (30,00%) были сложности с выполнением заданий на внимание и счет, таких как «Серийное вычитание по 7 от 100». В силу импульсивности в действиях и нестойкости внимания пациенты допускали ошибки по типу уподобления наглядному признаку, пропуски последней операции (из двух) в вычислениях с переходом через десяток. Например, $100-7=93$; $93-7=90$ ($93-7$ разбивается на две операции: 1) $93-3=90$ и 2) $90-4=86$). Время выполнения вычислительных операций было превышено из-за указанных ошибок, что свидетельствует о поражении базальных отделов левой лобной доли.

Так же у ряда больных (60,00%) наблюдались нарушения слухоречевой кратковременной памяти. Они проявлялись при выполнении заданий «Повторение серий слов в условиях интерференции», «Повторение фраз в условиях интерференции», «Повторение предложений в условиях интерференции», что характерно для дизэнцефального уровня поражения, а также вовлечения базальных отделов лобных долей. Нарушение порядка воспроизведения обусловлено

функциональной недостаточностью правых лобно-височных отделов.

При выполнении заданий на память (запоминание пяти слов с повторением через время) у 60,00% исследуемых возникли сложности, что связано с нарушением кратковременной памяти и свидетельствует о поражении лимбической системы и гиппокампа.

У 48,00% пациентов выявлены частые ошибки при проведении тестов на кратковременную зрительную память (в частности, теста «Идентификация невербализуемых геометрических фигур»), которые наблюдаются при поражении височных долей.

Средний балл по шкале МоСА у пациентов составил $21,10 \pm 0,94$, что указывает на выраженные когнитивные нарушения у исследуемой группы пациентов.

В сравнительной таблице по шкалам MMSE, CDR, GDS, МоСА приведены нормы и средний балл по каждой из шкал и выявленные нарушения в процентном соотношении (табл. 1).

Выводы

Полученные данные показали наличие мозгового дефицита у пациентов уже на ранних стадиях интоксикации алкоголем, которая проявлялась в виде нарушения высших психических функций, верифицированных с помощью высокочувствительных нейропсихологических тестов.

Выявленные КН носили диффузный характер и проявлялись в виде нарушений динамического праксиса, пространственно-

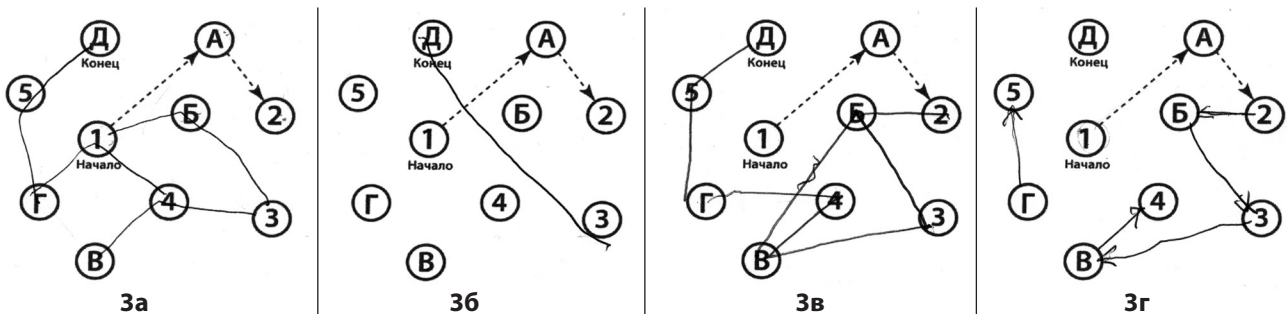


Рис. 3а, 3б, 3в, 3г. Выполнение задания на зрительно-конструктивный праксис по шкале МоСА – соединение букв с соответствующими цифрами

Таблиця 1

Сравнительная таблица по шкалам и выявленным нарушениям

Шкала	Выявленные нарушения	Норма (баллы)
MMSE	средний балл – 21,4±0,48 – не было нарушений когнитивных функций – (10,00%); – преддементные состояния – 24–27 баллов (30,00%); – легкие – 20–23 балла (10,00%); – умеренные – 11–19 баллов (50,00%); – тяжелые – 0–10 баллов (нет)	28–30 – нет КН
	FAB	
CDR	средний балл – 1,70± 0,96 – легкая деменция – 1 балл (30,00%); – умеренная – 2 балла (70,00%); – тяжелая – 3 балла (нет)	0 – нет КН
GDS	средний балл – 3,00 ±1,54 – очень мягкие расстройства – 2 балла (30,00%); – мягкие расстройства – 3 балла (40,00%); – умеренные нарушения – 4 балла (30,00%)	1 – нет ни субъективных, ни объективных симптомов нарушений памяти или других КН
MoCA	средний балл – 21,1±0,94 – КН – 25 баллов и ниже (100,00%)	Общий балл 26 и более считается нормальным

го и зрительного гнозиса, слухоречевой и зрительной памяти, что свидетельствует о дисфункции всех отделов головного мозга: лобных, теменных, височных, затылочных.

Использование нейропсихологических диагностических шкал в практике невролога позволяет не только проводить диагностику когнитивных расстройств и степень их нарушений, но и определять локализацию патологических нарушений в головном мозге. Получаемые при этом данные дают возмож-

ность оценки динамики, течения и прогноза заболевания, что является весьма важным для профилактических, коррекционных и реабилитационных мероприятий.

Раннее выявление нарушений когнитивных функций и их коррекция препаратами нейрометаболического действия на фоне проведения специализированной терапии позволяют предотвратить дальнейшее развитие дегенеративных процессов в головном мозге и улучшить исход заболевания пациентов.

Литература

1. Грузева Т. С. Harmful alcohol consumption: prevalence, trends, health burden, reduction strategy / Т. С. Грузева, В. А. Дуфинец, В. Б. Замкевич // *Wiad Lek.* – 2016. – Vol. 69(2 Pt 2). – P. 183–189.
2. Global status report on alcohol and health. World Health Organization [Electronic Resource] / World Health Organization. Geneva. – 2011. – 85 p. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. – Way of access : http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf accessed.
3. Detsyk O. Z., Karpinets I. M. The Ways of Improvement the Alcohol Abuse Prevention in Primary Health Care / O. Z. Detsyk, I. M. Karpinets // *The Pharma Innovation.* – 2013. – Vol. 2, № 6. – P. 20–24.
4. Гуманитарная энциклопедия [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – Way of access : <http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol-consumption/info>.
5. Linskiy I. V. Addictive behavior among young people in Ukraine: a pilot study / I. V. Linskiy, A. I. Minko, A. P. Artemchuk // *Subst Use Misuse.* – 2012. – Vol. 47, № 10. – P. 1151–1158.
6. Carrus G. Group Membership and Adolescents' Alcohol Intake: The Role of Drinking Motives / G. Carrus, A. Panno, L. Deiana // *J. Stud. Alcohol. Drugs.* – 2016. – Vol. 77, № 1. – P. 143–149.
7. Kastbom Å. A. Differences in sexual behavior, health, and history of child abuse among school students who had and had not engaged in sexual activity by the age of 18 years: a cross-sectional study / Å. A. Kastbom, G. Sydsjö, M. Bladh, G. Priebe, C. G. Svedin // *Adolesc Health Med Ther.* – 2016. – Vol. 8, № 7. – P. 1–11.
8. Флоря В. Преодоление алкоголизма – приоритетное направление здравоохранения / В. Флоря // *Закон и жизнь.* – 2012. – 7. – С. 18–19.
9. Зріз алкогольної ситуації в Україні 2012 (дані 2011 року) / [А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк і ін.]. – К. : ДУУММЦАН МОЗ України, 2012. – 25 с.
10. Sanvicente-Vieira B. Theory of Mind in Substance Users: A Systematic Minireview / B. Sanvicente-Vieira, A. Romani-Sponchiado, B. Kluwe-Schiavon [et al.] // *Subst Use Misuse.* – 2016. – Vol. 12. – P. 1–7.
11. Bold K. W. Baseline health status and quality of life after alcohol treatment for women with alcohol dependence / K. W. Bold, E. E. Epstein, B. S. McCrady // *Addict Behav.* – 2016. – Vol. 10, № 64. – P. 35–41.
12. Perry C. J. Cognitive Decline and Recovery in Alcohol Abuse [Electronic Resource] / C. J. Perry // *J. Mol Neurosci.* – 2016, Jul 27. – Way of access : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27460131>.
13. Bernardin F. Cognitive impairment of alcohol-dependent subjects / F. Bernardin, A. Maheut-Bosser, F. Paille // *Rev. Prat.* – 2014. – Vol. 64, № 4. – P. 462–465.
14. Адрианова Е. Д. Когнитивные расстройства при алкоголизме / Е. Д. Адрианова // *Наркология.* – 2013. – № 2. – С. 79–85.

15. Животовская Л. В. Нарушения нейрокognитивных функций при алкогольной зависимости / Л. В. Животовская // Світ медицини та біології. – 2014. – № 1(43). – 4 с.

16. Nandrino J. L. Autobiographical Memory Deficits in Alcohol-Dependent Patients with Short- and Long-Term Abstinence / J. L. Nandrino, M. El Haj, J. Torre [et al.] // Alcohol Clin. Exp. Res. – 2016. – Vol. 40, № 4. – P. 865–873.

17. Cabé N. Cognitive impairments in alcohol dependence: From screening to treatment improvements / N. Cabé, A. Laniepece, L. Ritz [et al.] // Encephale. – 2016. – Vol. 42, № 1. – P. 74–81.

18. Michalak A. Alcohol Dependence / A. Michalak, G. Biała // Neurobiology and Treatment. Acta Pol Pharm. – 2016. – Vol. 73, № 1. – P. 3–12.

19. Slobodin G. Progressive Brain Atrophy due to Chronic Alcohol Abuse / G. Slobodin, M. Odeh // Isr. Med. Assoc. J. – 2015. – Vol. 17, № 10. – P. 659.

20. Xiao P. Regional gray matter deficits in alcohol dependence: A meta-analysis of voxel-based morphometry studies / P. Xiao, Z. Dai, J. Zhong, Y. Zhu, H. Shi, P. Pan // Drug Alcohol Depend. – 2015. – Vol. 1, no. 153. – P. 22–28.

21. Альтушлер В. Б. Церебральная атрофия у больных алкоголизмом, стойко различающихся объемами потребляемого алкоголя / В. Б. Альтушлер, Л. А. Серова,

С. Л. Кравченко и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 11. – С. 24–31.

22. Folstein M. F. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // J. Psychiatr. Res. – 1975. – Vol. 12, № 3. – P. 189–198.

23. Dubois B. The FAB: a frontal assessment battery at bedside / B. Dubois, A. Slachevsky, I. Litvan, B. Pillon // Neurology. – 2000. – Vol. 55. – P. 1621–1626.

24. Morris J. C. The clinical dementia rating (CDR): current version and scoring rules / J. C. Morris // Neurology. – 1993. – Vol. 43. – P. 2412–2414.

25. Reisberg B. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia / B. Reisberg, S. H. Ferris, M. J. de Leon, T. Crook // American Journal of Psychiatry. – 1982. – Vol. 139. – P. 1136–1139.

26. Nasreddine Z. S. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bedirian, S. Charbonneau, V. Whitehead, I. Collin [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 2005. – Vol. 53, № 4. – P. 695–699.

27. Marceau E. M. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is Sensitive to Head Injury and Cognitive Impairment in a Residential Alcohol and Other Drug Therapeutic Community / E. M. Marceau, J. Lunn, J. Berry, P. J. Kelly, N. Solowij // J. Subst. Abuse Treat. – 2016. – Vol. 66. – P. 30–36.

References

1. Gruzeva T. S., Dufinets V. A., Zamkevich B. V. Harmful alcohol consumption: prevalence, trends, health burden, reduction strategy. Wiad Lek, 2016, vol. 69, no. 22, pt 2, pp. 183–189.

2. Global status report on alcohol and health. World Health Organization / World Health Organization. Geneva, 2011, 85 p. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf accessed.

3. Detsyk O. Z., Karpinets I. M. The Ways of Improvement the Alcohol Abuse Prevention in Primary Health Care. The Pharma Innovation, 2013, vol. 2, no. 6, pp. 20–24.

4. Gumanitarnaja entsuclopedia [Humanitarian encyclopedia]. Tsentr gumanitarnuh tehnologiy [Center of Humanitarian Technologies]. Available at: <http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol-consumption/info>. (accessed 07.07.2014). (In Russ.)

5. Linskiy I. V., Minko A. I., Artemchuk A. P. Addictive behavior among young people in Ukraine: a pilot study. Subst Use Misuse, 2012, vol. 47, no. 10, pp. 1151–1158.

6. Carrus G., Panno A., Deiana L. Group Membership and Adolescents' Alcohol Intake: The Role of Drinking Motives. J Stud Alcohol Drugs, 2016, vol. 77, no 1, pp. 143–149.

7. Kastbom Å. A., Sydsjö G., Bladh M., Priebe G., Svedin C. G. Differences in sexual behavior, health, and history of child abuse among school students who had and had not engaged in sexual activity by the age of 18 years: a cross-sectional study Adolesc Health Med Ther, 2016, vol. 8, no. 7, pp. 1–11.

8. Florja V. Preodolenie alcogolizma – prioretetnoe napravlenie zdravoohraneniya [Overcoming Alcoholism - a priority health]. Zakon I Zhizn' [Law and Life], 2012, no. 7, pp. 18–19 (In Russ.)

9. Vijevs'kyj A. M., Zhdanova M. P., Sydjak S. V. [et al.] Zriz alcogol'noji situatsiji v Ukrajinii 2012 (dani 2011 roku) [Cut the alcohol situation in Ukraine 2012 (data 2011)]. Kyiv, Publ. house of RC UMMCDA Ministry of Health of Ukraine, 2012, p. 25 (In Ukr.).

10. Sanvicente-Vieira B., Romani-Sponchiado A., Kluwe-Schiavon B. [et al.] Theory of Mind in Substance

Users: A Systematic Minireview. Subst Use Misuse, 2016, vol. 12, pp. 1–7.

11. Bold K. W., Epstein E. E., McCrady B. S. Baseline health status and quality of life after alcohol treatment for women with alcohol dependence. Addict Behav, 2016, vol. 10, no. 64, pp. 35–41.

12. Perry C. J. Cognitive Decline and Recovery in Alcohol Abuse. J. Mol Neurosci, 2016, Jul 27. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27460131. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27460131>.

13. Bernardin F., Maheut-Bosser A., Paille F. Cognitive impairment of alcohol-dependent subjects. Rev. Prat., 2014, vol. 64, no. 4, pp. 462–465.

14. Adrianova E. D. [et al.] Cognitivnue rastrojsva pri alcogolizme [Cognitive disorders in alcoholism]. Narcologija [Narcology], 2013, no. 2, pp. 79–85. (In Russ.)

15. Zhivotovskaya L. V. Narusheniya nejrocognitivnuh funkcij pri alcogol'noj zavisimosti [Violations of neurocognitive function in alcohol dependence]. Svit medutsynu ta biologiji [The world of medicine and biology], 2014, no. 1(43), 4 p. (In Russ.)

16. Nandrino J. L., El Haj M., Torre J. [et al.] Autobiographical Memory Deficits in Alcohol-Dependent Patients with Short- and Long-Term Abstinence. Alcohol Clin. Exp. Res., 2016, vol. 40, no. 4, pp. 865–873.

17. Cabé N., Laniepece A., Ritz L. [et al.] Cognitive impairments in alcohol dependence: From screening to treatment improvements Encephale, 2016, vol. 42, no. 1, pp. 74–81.

18. Michalak A., Biała G. Alcohol Dependence – Neurobiology and Treatment. Acta Pol Pharm, 2016, vol. 73, no. 1, pp. 3–12.

19. Slobodin G., Odeh M. Progressive Brain Atrophy due to Chronic Alcohol Abuse. Isr. Med. Assoc. J., 2015, vol. 17, no. 10, pp. 659.

20. Xiao P., Dai Z., Zhong J., Zhu Y., Shi H., Pan P. Regional gray matter deficits in alcohol dependence: A meta-analysis of voxel-based morphometry studies. Drug Alcohol Depend, 2015, vol. 1, no. 153, pp. 22–28.

21. Al'tushler V. B., Serova L. A., Kravchenko [et al.] Tserebral'naya atrofiya u bol'nykh alcogolizmom, stoyko razlichayushchikhsya ob'emami potrebyaemogo alko-

golya [Cerebral atrophy in patients with alcoholism, staunchly differing amounts of alcohol consumed]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry by S. S. Korsakov], 2014, no. 11, pp. 24-31. (In Russ.)

22. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr. Res., 1975, vol. 12, no. 3, pp.189-198.

23. Dubois B., Slachevsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: a frontal assessment battery at bedside. Neurology, 2000, vol. 55, pp. 1621-1626.

24. Morris J.C. The clinical dementia rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology, 1993, vol. 43, pp. 2412-2414.

25. Reisberg B., Ferris S. H., de Leon M. J., Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry, 1982, vol. 139, pp.1136-1139.

26. Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bedirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I. [et al.] The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J. Am. Geriatr. Soc., 2005, vol. 53, no. 4, pp. 695-699.

27. Marceau E. M., Lunn J., Berry J., Kelly P. J., Solowij N. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is Sensitive to Head Injury and Cognitive Impairment in a Residential Alcohol and Other Drug Therapeutic Community. J. Subst. Abuse Treat, 2016, vol. 66, pp. 30-36.

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Ю. В. Северин¹, І. В. Гриценко²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования

²Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Анотація. Стаття присвячена особливостям діагностики когнітивних розладів, викликаних дисфункцією головного мозку, у пацієнтів з алкогольною залежністю за допомогою застосування нейропсихологічного тестування. Отримані результати показали, що мозкова дефіцитарність формується у пацієнтів вже на ранніх стадіях інтоксикації алкоголем і проявляється у вигляді порушень вищих психічних функцій, верифікованих за допомогою широкого спектра високочутливих нейропсихологічних тестів разом з клініко-неврологічним дослідженням. Виявлені когнітивні порушення мали дифузний характер і проявлялися у вигляді порушень динамічного праксису, просторового і зорового гнозису, слухомовної та зорової пам'яті, що свідчить про наявність дисфункції всіх відділів головного мозку. Використання нейропсихологічних тестів дозволило не тільки провести діагностику КН і виявити ступінь їх порушень, а й визначити локалізацію патологічних порушень в головному мозку.

Ключові слова: неврологічні порушення, алкогольна залежність, нейропсихологічне дослідження, когнітивні порушення.

COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE

Iu. V. Severyn¹, I. V. Hrytsenko²

¹Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

²V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The article deals with the peculiarities of the diagnosis of cognitive disorders caused by brain dysfunction in patients with alcohol abuse through neuropsychological testing. The results showed that the brain deficiency in patients at the early stages of alcohol intoxication, manifested in violation of higher mental functions, verified through a wide range of highly sensitive neuropsychological tests along with clinic-neurological examination. Identified cognitive impairment were diffuse and manifest violations of dynamic movements, spatial and visual gnosis, oral-aural and visual memory, indicating the dysfunction of all the brain divisions. Using the neuropsychological tests has allowed not only to diagnose cognitive impairment and to identify degree of their violations, but also to determine the localization of pathological changes in the brain.

Key words: neurological disorders, alcohol abuse, neuropsychological investigation, cognitive impairment.

Северин Юлия Викторовна – к.мед.н., доцент кафедры клинической информатики и информационных технологий в управлении здравоохранением, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: Severiny84@gmail.com.

Северин Юлія Вікторівна – к.мед.н., доцент кафедры клінічної інформатики та інформаційних технологій в управлінні охороною здоров'я, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна, e-mail: Severiny84@gmail.com.

Iuliia Severyn – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Clinical Informatics and Information Technologies in Healthcare Management, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: Severiny84@gmail.com.

Гриценко Илона Васильевна – студентка медицинского факультета, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: ilona.hrytsenko@gmail.com.

Гриценко Ілона Василівна – студентка медичного факультету, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: ilona.hrytsenko@gmail.com.

Iлона Hrytsenko – Student of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ilona.hrytsenko@gmail.com.



К. В. Аймаєдов

В. В. Живилко

Х. О. Молдавська

УДК: 616.594.14-06:616.8-055.2-085.851

ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНА МОДЕЛЬ КОМАНДНОГО ПІДХОДУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ТА МЕДИКО- СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА АЛОПЕЦІЮ

К. В. Аймаєдов¹, В. В. Живилко^{1,2}, Х. О. Молдавська¹

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

²Клініка Одеського національного медичного
університету «Центр реконструктивної та відновної
медицини», м. Одеса, Україна

Анотація.

У статті розглянуто мультифакторність такого захворювання, як алопеція. Авторами відзначено, що, не зважаючи на комплексність та етапність заходів допомоги хворим на алопецію, які наведено у стандартному клінічному протоколі, сам протокол потребує доповнення психосоціальними складовими на всіх етапах: діагностики, лікування, реабілітації та профілактики. Запропоновано впровадження і використання трансдисциплінарної моделі командної роботи, перевагою якої є ефективна взаємодія лікарів (лікар-дерматолог, психолог, терапевт, ендокринолог, онколог, отоларинголог, гінеколог, терапевт та/або інші спеціалісти за необхідністю) та хворого і його найближчого оточення. Усі вони тісно співпрацюють, спрямовуючи дії як на лікування безпосередньо, так і на створення комфортних умов та адаптацію пацієнта з алопецією під час його медико-соціального супроводу. У роботі наведено деякі результати використання трансдисциплінарної моделі командного підходу у лікуванні пацієнтів дерматологічного профілю під час впровадження психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

Ключові слова:

алопеція, дерматологічне захворювання, мультидисциплінарна, міждисциплінарна та трансдисциплінарна моделі.

Вступ

Не зважаючи на швидкий розвиток сучасної медицини, вивчення алопеції не втрачає актуальності та науково-практичної значимості, що обумовлено кількома чинниками. З одного боку, весь час відбувається зростання рівня захворюваності на алопецію та збільшення частоти важких торпідних форм. При цьому проблеми, які виникають при втраті волосся, лежать в основному в психологічній площині та можуть значно погіршити якість життя людей. З іншого боку, випадіння волосся залишається захворюванням з остаточно не вивченими етіологією та патогенезом, що обумовлює великі труднощі у розробці ефективних методів терапії (Н. Г. Короткий, 2009; А. В. Самцов, 2008; В. П. Адашкевич, О. Д. Мяделец, І. В. Тіхоновська,

2000; R. Hoffman, 1998) [1–4]. Тож розуміння механізмів реагування на хворобу і терапевтичні методи, які застосовуються в процесі лікування, можуть підвищити ефективність даного процесу та сприяти вибору оптимальної системи медико-психологічної допомоги пацієнтам.

Психопрофілактика дезадаптації хворих на алопецію є складним завданням, яке вимагає системного підходу і комплексного вирішення. Системний характер профілактики полягає у тому, що вона повинна впливати на всі чинники (соматичні, психологічні та соціальні), негативний характер яких може стати причиною або сприяти формуванню дезадаптації особистості [5; 6]. Медична складова профілактики передбачає контроль за фізичним станом пацієнта, симптоматичне лікування патологічних

відхилень, а також надання консультацій та навчання близького оточення навичкам, корисними під час догляду за хворим [7].

Показання до психотерапії визначаються роллю психологічного чинника в етіопатогенезі розладу, а також можливими наслідками перенесеного раніше або поточного захворювання. Як зазначають сучасні науковці, хронічну патологію не можна розглядати виключно у медичній парадигмі, адже вона має вплив на психічне та соціальне функціонування пацієнта [8; 9]. Виявлення психічних порушень у осіб з алопецією є важливим етапом дослідження даної групи дерматологічних хворих. При цьому медикаментозна і немедикаментозна корекції виявлених відхилень дозволяють поліпшити психоемоційний стан пацієнтів, знизити ризики виникнення важких форм різноманітних психогенній та уникнути соціальної дезадаптації – і таким чином наблизити досягнення позитивної клінічної динаміки та підвищити якість життя хворих з випадінням волосся.

Лікування волосся обов'язково має бути комплексним. Психолог повинен сприяти стабілізації емоційного стану пацієнта та підвищенню його адаптивного потенціалу, а фахівець-трихолог (або дерматолог) – займатися безпосередньо вирішенням проблеми облісіння. Важливим аспектом, на який потрібно звертати увагу, є підвищення якості життя пацієнтів з алопецією. Отже, чим більшою є питома вага психологічних відхилень, тим більше показників до використання психотерапії і тим більше місце вона має посідати у системі лікувальних впливів.

У випадках, коли психологічні проблеми не були першопрчиною алопеції, психокорекція, як правило, виконує підтримуючу та допоміжну функцію у лікуванні, і в основному спрямована на адаптацію людини до своєї хвороби, а також подальшу соціалізацію.

У разі лікування психосоматичних розладів слід враховувати як самі причини, так і наслідки, що значно впливають на перебіг захворювання. При цьому лікування психосоматичних відхилень є досить складним процесом, який передбачає насамперед взаємодію фахівців різних галузей медицини: психологів, психотерапевтів та вузьких спеціалістів (трихологів, дерматологів, дієтологів та ін.).

Мета дослідження

Метою дослідження стали вивчення та аналіз існуючих моделей психопрофілактичної та психокорекційної роботи з особами, хворими на алопецію, а також виділення ефективних методів лікування.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилось протягом 2013–2016 рр. на базі клініки Одеського національного медичного університету «Центр реконструктивної та відновної медицини», всього амбулаторно було обстежено 233 жінки віком від 22 до 45 років. З них 79 умовно здорових осіб увійшли до групи порівняння (ГП), 138 хворих – до основної групи (ОГ); 16 обстежених не було залучено у дослідження згідно з критеріями включення/виключення. Надалі ОГ було розподілено на 2 групи:

– група дослідження (ГД) – 76 осіб, які пройшли амбулаторний комплексний курс авторської терапії;

– контрольна група (КГ) – 62 пацієнтки, які пройшли тестування і отримували лікування згідно з «Клінічним протоколом», але не отримували комплексної психосоціальної допомоги.

Ефективність психокорекційного комплексу, проведеного при використанні трансдисциплінарної моделі командного підходу, було оцінено шляхом порівняння змін, які відбулися у ГД та у КГ до курсу терапії та після його закінчення. Для цього було проведено ретестування з повторним використанням психодіагностичних методик.

При виборі методів дослідження ми брали до уваги той факт, що захворювання на алопецію призводить до виникнення дезадаптивних психологічних особливостей у пацієнтів, що є комплексним явищем і складається з низки порушень на різних рівнях: соматичному, психологічному та соціальному. Тому обрані методи розкривали наявність дисгармонійних проявів у психосоціальній, психоемоційній та особистісній сферах. Комплекс методів включав теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизацію даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення, а також статистичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи.

Психоемоційні характеристики вивчали за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HARS/HADS) [10], агресивність досліджувалася за допомогою тесту Басса–Дарки [10]. Для визначення рівня невротизації було використано опитувальник експрес-діагностики неврозу Хека–Хесса [11]. Особистісні особливості вивчались за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника (за J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001 р.) [10]. Наявність ірраціональних установок вивчалася за допомогою тесту А. Елі-

са [10]. Особливості самооцінки хворих на алопецію визначали за допомогою методики «Особистісний диференціал» [10].

Дослідження психосоціальних особливостей проводилося також за допомогою методики діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (модифікація В. В. Бойка) [12], теста соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда [10]. Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник SF-36 (The Short Form-36), який дозволив визначити загальний рівень благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я (за Д. Я. Райгородским, 2001) [10].

Результати дослідження та їх обговорення

Враховуючи мультифакторність причинної обумовленості та широкий вплив патології на різні сфери функціонування особистості, спираючись на біопсихосоціальну модель захворювання, нами було розроблено комплексні заходи медико-соціального супроводу за участю трансдисциплінарної команди (лікар-дерматолог, психолог, терапевт, ендокринолог, онколог, отоларинголог, гінеколог, терапевт та/або інші спеціалісти за необхідністю).

На нашу думку, у контексті ефективності допомоги пацієнтам дерматологічного профілю саме командний підхід у впровадженні психопрофілактичних та психокорекційних заходів найбільше сприятиме одужанню. При цьому команда фахівців, об'єднаних спільною метою і загальним підходом до виконання завдань, повинна складатися з невеликої кількості спеціалістів з комплементарними навичками. Для реалізації визначеної мети групі лікарів належить не тільки скоординувати власні дії, спрямовані на ефективність медико-соціального супроводу хворого, а й чітко дотримуватися тактики єдності та взаємної відповідальності під час роботи.

У сучасній практиці існують три основні моделі командних дій: мультидисциплінарна, міждисциплінарна та трансдисциплінарна (рис. 1–3).

Мультидисциплінарна модель (рис. 1) передбачає, що члени команди представляють різні дисципліни і працюють безпосередньо з пацієнтом (клієнтом) або його родиною незалежно один від одного, виконуючи свою роль та обов'язки практично без взаємодії і перетину професійних кордонів. Слабкою стороною такого підходу вважається відсутність спільних спостережень, недостатня взаємодія і, як наслідок, неповне використання можливостей професіоналів.

Робота **міждисциплінарної команди (рис. 2)** спрямована на спільну розробку індивідуальних програм розвитку, орієнтованих на потреби і можливості кожного конкретного клієнта і його сім'ї. Тому у разі використання цієї моделі робота більш ефективна і дозволяє задовольняти специфічні потреби клієнтів та їхніх сімей. Проте недоліком такого підходу можна вважати велику кількість цілей, які фахівці різного профілю формують відповідно до своєї спеціалізації, хоча й діють у рамках єдиного плану.

Під час використання **трансдисциплінарної моделі (рис. 3)** делегують двох фахівців (у нашому випадку це лікар-дерматолог та лікар-психолог), які у процесі роботи з пацієнтом весь час взаємодіють як один з одним, так і з іншими членами команди. Мультидисциплінарна команда зазвичай включає лікаря-дерматолога, психолога, терапевта, ендокринолога, онколога, отоларинголога, гінеколога та/або інших спеціалістів. До кожного з них у разі необхідності під час лікування та медико-соціального супроводу хворого на алопецію звертаються за консультацією делеговані фахівці, щоб розробити ефективну індивідуальну програму лікування та психокорекції.



Рис. 1. Мультидисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

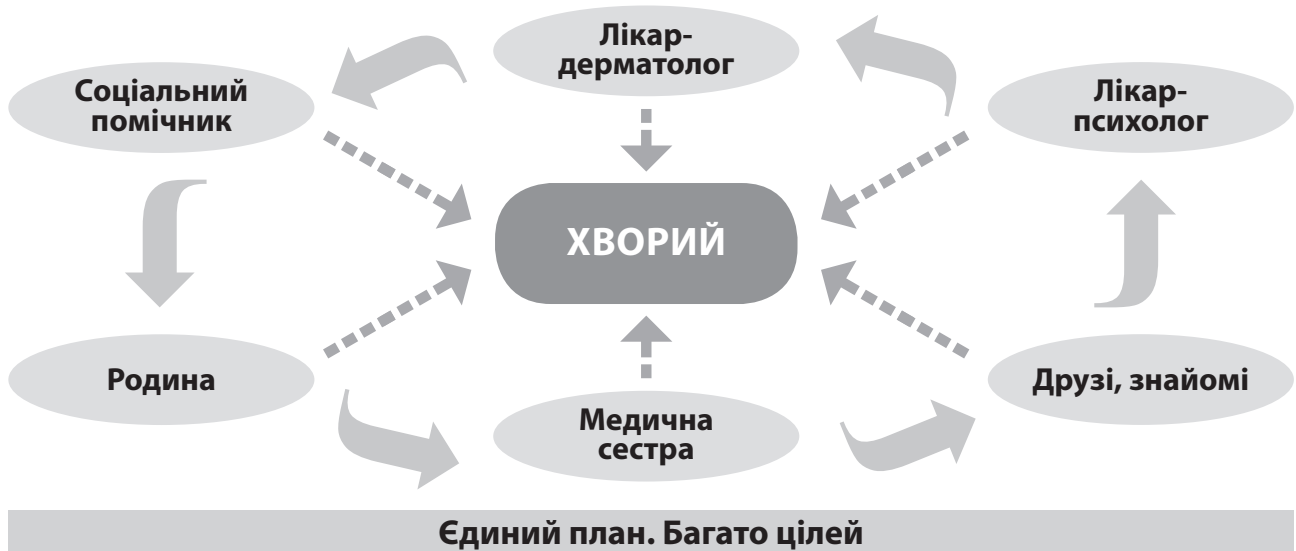


Рис. 2. Міждисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

Принципова відмінність трансдисциплінарної моделі від інших моделей полягає в тому, що в даному випадку існують лише одна програма і одна мета, і вони формулюються з урахуванням індивідуальних особливостей конкретного пацієнта, з яким працює команда. При цьому також обов'язково враховується середовищний та соціальний (в тому числі – сімейний) контекст. Важливо, що використання даної моделі, яку ми вважаємо найбільш ефективною, не вимагає від пацієнта взаємодії з безліччю людей, тому що у процесі роботи спеціалісти (члени команди) обмінюються спостереженнями і допомагають один одному набувати необхідних навичок, обговорюють ситуації, які виникають, і проводять супервізії.

З метою перевірки ефективності дії трансдисциплінарної моделі командного

підходу при застосуванні психопрофілактичних та психокорекційних заходів у лікуванні пацієнтів дерматологічного профілю нами розроблено та впроваджено авторський корекційний комплекс для хворих на алопецію жінок.

Результати попередніх досліджень детально описані в інших роботах авторів [13–15]. На даному ж етапі надамо лише порівняльний аналіз результатів психокорекційної роботи у групах досліджених. Це дозволить встановити ефективність заходів психосоціального супроводу при використанні трансдисциплінарної моделі командного підходу у процесі лікування алопеції.

Ефективність обраних методів лікування була доведена завдяки ретестуванню жінок ГД та КГ після закінчення курсу терапії (табл. 1). Після закінчення курсу терапії в

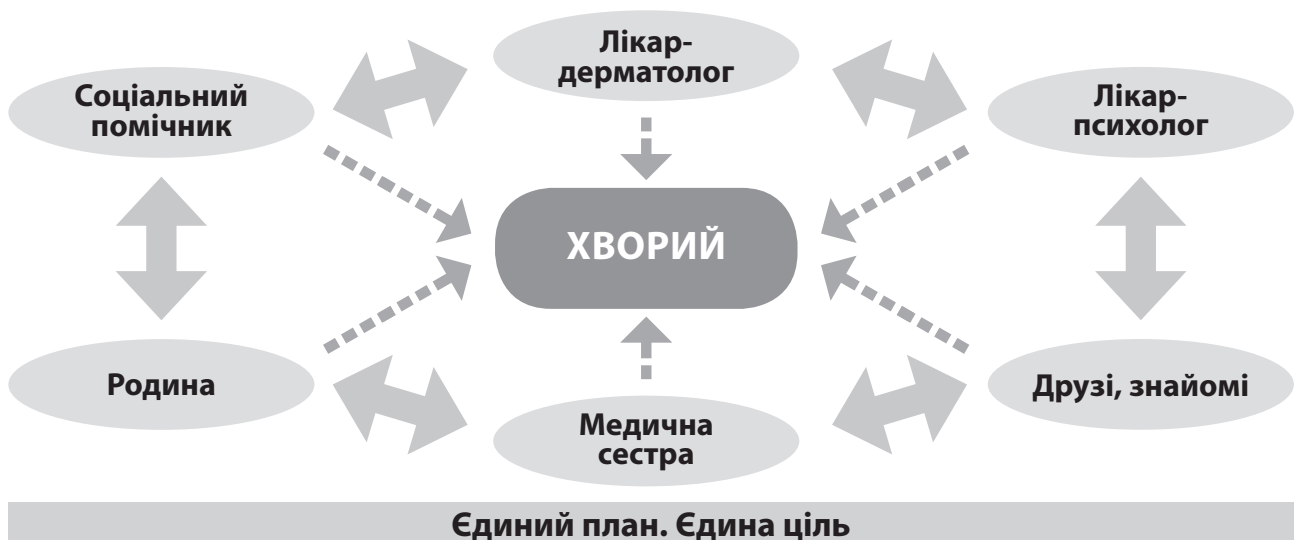


Рис. 3. Трансдисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

ГД спостерігалися статистично достовірні позитивні зміни щодо психоемоційних і особистісних характеристик, а також особливостей соціального функціонування. На психоемоційному рівні достовірно знизилася рівень невротичності (на 6,1 бали) та індекси ворожості (на 39,9 бали) й агресивності (на 23,5 бали), значно зменшилася інтенсивність проявів депресивності (на 4,3 бали) та тривожності (на 3,8 бали).

На особистісному рівні в ГД достовірно ослабили прояви роздратованості (на 5,7 бали) та емоційної лабільності (на 4,1 бали), проте збільшилися значення за показниками комунікабельності (на 1,5 бали) та врівноваженості (на 2,0 бали). До проведення терапії 100,0% осіб з алопепцією мали ірраціональні настанови різного характеру, які вдалось подолати та замінити раціональними когніціями завдяки використанню, зокрема, раціонально-емотивної терапії.

Позитивні зміни, які мали статистичну достовірність, відбулися в ГД також і на рівні соціального функціонування. Так, підвищився загальний показник якості життя та його значення за окремими складовими (фізичне функціонування – на 8,8 бали, загальне здоров'я – на 17,8 бали, життєздатність – на 17,4 бали, соціальне функціонування – на 24,3 бали, психічне здоров'я – на 15,3 бали).

До початку дослідження 100,0% жінок ГД проявляли ознаки дезадаптації, середній показник за шкалою адаптації складав 21,5 бали. У результаті проведення заходів психосоціального супроводу цей показник збільшився на 4,0 бали. Також суттєво підвищилися значення за шкалами «самоприйняття» (на 13,5 бали), «прийняття інших» (на 9,3 бали) та «емоційний комфорт» (на 12,8 бали). Паралельно з цим зменшилися показники соціальної фрустрованості щодо рівнів задоволення стосунками з колегами (на 0,8 бали), з чоловіком (на 1,0 бал) та з ди-

Таблиця 1

Ефективність заходів психосоціального супроводу (середній бал)

Критерії оцінки		ГД (n=76)	КГ (n=62)
Психоемоційний рівень			
Невротичність	до	8,6	8,1
	після	2,5**	5,2*
Індекс ворожості	до	91,4	86,7
	після	51,5**	73,2*
Індекс агресивності	до	62,0	63,1
	після	38,5**	53,8*
Депресивність	до	5,3	5,6
	після	1,0**	2,6*
Тривожність	до	6,2	6,3
	після	2,4**	5,1*
Особистісний рівень			
Роздратованість	до	8,6	8,8
	після	2,9**	6,4*
Комунікабельність	до	2,4	2,5
	після	3,9**	3,0*
Врівноваженість	до	2,1	2,2
	після	4,1**	2,8*
Емоційна лабільність	до	7,8	8,3
	після	3,7**	6,6*
Ірраціональна настанова обвинувачення себе	до	12,7	12,9
	після	23,1	14,2
Ірраціональна настанова обвинувачення інших	до	13,2	13,4
	після	21,2	15,4
Ірраціональна настанова самооцінки та раціональності мислення	до	14,8	14,9
	після	23,8	17,6

Примітки:

- * – різниця між групами є достовірною, $p \leq 0,05$;
- ** – різниця між показниками до/після є достовірною, $p \leq 0,05$.

Критерії оцінки		ГД (n=76)	КГ (n=62)
Рівень соціального функціонування			
Рівень задоволення взаєминами з колегами	до	2,6	2,6
	після	1,8**	2,4*
Рівень задоволення відносинами з чоловіком	до	3,4	3,3
	після	2,4**	3,1*
Рівень задоволення відносинами з дитиною (дітьми)	до	2,8	2,8
	після	2,0**	2,7*
Рівень задоволення відносинами з друзями, знайомими	до	2,6	2,7
	після	1,9**	2,5*
Рівень задоволення своїм способом життя в цілому	до	2,7	2,7
	після	1,6**	2,3*
Адаптація	до	21,4	21,6
	після	35,4	24,8
Самоприйняття	до	24,0	23,8
	після	37,5	26,3
Прийняття інших	до	24,6	24,4
	після	33,9	26,7
Емоційний комфорт	до	17,7	17,8
	після	30,5	20,1
Фізичне функціонування	до	72,1	72,7
	після	80,9**	75,1*
Загальне здоров'я	до	67,5	68,9
	після	85,3**	70,4*
Життєздатність	до	66,2	67,2
	після	83,6**	70,8*
Соціальне функціонування	до	58,1	58,9
	після	82,4**	62,9*
Психічне здоров'я	до	75,9	74,7
	після	91,2**	78,1*

тиною (на 0,8 бали), з друзями/знайомими (на 0,7 бали), а також задоволення власним способом життя у цілому (на 1,1 бали).

Деякі позитивні зміни після курсу терапії порівняно з періодом до її проведення відзначалися і в КГ, проте вони були незначними та не мали статистичної достовірності ($p > 0,05$).

Ефективність психосоціального супроводу доводить також порівняння результатів лікування у групах ГД та КГ після завершення терапевтичних заходів: у ГД наявна статистично достовірно вагоміша, ніж у КГ, позитивна динаміка змін дезадаптивних характеристик на всіх рівнях: психоемоційному, особистісному та соціального функціонування.

Таким чином, слід зазначити, що розроблена та впроваджена програма психосоціального супроводу жінок з алопецією є ефективною та дозволяє досягти покращення психоемоційного стану пацієнток, сформувати адаптивні патерни поведінки, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя.

Висновки

Отже, при налагодженні взаємодії фахівців різного профілю за типом трансдисциплінарної моделі командного підходу під час лікування та медико-соціального супроводу хворих на алопецію розробляється індивідуальна програма лікування та психокорекції. Вона спрямовується на:

- зменшення або ліквідацію клінічних проявів захворювання на алопецію;
- редуцію патологічної тривоги й депресії;
- зниження зовнішньої агресивності;
- нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізацію особистісних ресурсів самозмінення;
- підвищення стресостійкості, формування продуктивного копінгу;
- формування навичок адекватної ко-

мунікації, у тому числі у гендерній сфері;

- розвиток навичок контролю за власною поведінкою та психічною саморегуляцією;
- активацію адаптивних особистісних ресурсів.

Внутрішня командна робота повинна бути орієнтована на стимулювання творчої активності групової діяльності під час вирішення нестандартних завдань. Застосування командного підходу дає можливість підвищити соціальну, культурну і творчу активність кожного працівника, розвиває навички самоорганізації і самоврядування. Під час спільної діяльності посилюються не лише взаємний контроль, а й взаємодопомога та взаємозамінність; також відбувається глибоке усвідомлення загальних цілей і цінностей, що визначають лінію поведінки кожного члена команди і колективну відповідальність за результати. Отже, висока ефективність роботи команди фахівців обумовлена максимальним використанням індивідуального професійного, творчого і особистісного потенціалу кожного спеціаліста, що сприяє їхньому всебічному розвитку і зрештою – збільшенню групового потенціалу.

Таким чином, розроблена програма психопрофілактики є цілісною послідовною поетапною системою взаємодоповнюючих лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних впливів, що при використанні трансдисциплінарної моделі командного підходу до лікування та медико-соціального супроводу хворого на алопецію дає позитивні результати.

Використання стратегій командної роботи фахівців різного профілю за умови медичної установи є тим підходом, який підвищує ефективність надання допомоги пацієнту, а також сприяє профілактиці формування синдрому емоційного вигорання у співробітників закладу.

Література

1. Короткий Н.Г. Пульс-терапия в период манифестации и прогрессирующего течения алопеции на модели мышей линии HRS (экспериментальное исследование) / Н.Г. Короткий, М.А. Стенина, Л.И. Кривов, О.Р. Катунина, Б.Н. Гамаюнов // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 5. – С. 9–12.
2. Самцов А. В. Медикаментозная терапия андрогенетической алопеции: современное состояние проблемы / А. В. Самцов, А. А. Божченко // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – № 1. – С. 11–17.
3. Адаскевич В. П. Алопеция (гнездная, андрогенетическая, диффузная) / В. П. Адаскевич, О. Д. Мяделец, И. В. Тихоновская. – М.: НГМА, 2000. – 192 с.
4. Gassmueller J. Topical fulvestrant solution has no effect on male and postmenopausal female androgenetic alopecia: results from two randomized, proof-of-concept studies / J. Gassmueller, R. Hoffmann, A. Webster // Br. J. Dermatol. – 2008. – Vol. 158, № 1. – P. 109–115.
5. Коростій В. І. Робота Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації в університетській клініці ХНМУ як модель мультидисциплінарного підходу / В. І. Коростій, Г. В. Паровіна // Український вісник психоневрології. – 2015. – № 2. – С. 110–113.
6. Михайлов Б. В. Перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в Україні в умовах реформування медичної галузі / Б. В. Михайлов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. – 2015. – № 1–2. – С. 5–10.

7. Андрашко Ю. В. Современный взгляд на себорейный дерматит. Рациональная тактика лечения легких и неосложненных форм дерматоза / Ю. В. Андрашко, Т. І. Чечерська // Журнал «Дерматолог». – Апрель 2015. – Т. 2, № 04. – С. 46–49.

8. Морозов П. В. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лиманкин, П. В. Волошин // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 1(78). – С. 11–17.

9. Медицинская психология : учебник / И. Д. Спирина, И. С. Витенко, А. К. Напреенко. – Днепропетровск: Промінь, 2014. – 456 с.

10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика : методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2002. – 672 с.

11. Хека К. Методика экспресс-диагностики

невроза / К. Хека, Х. Хесса [под. ред. Д. Я. Райгородского]. – 2011. – С. 205–207.

12. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике : научно-практическое руководство / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова. – СПб. : Речь, 2011. – 270 с.

13. Живилко В. В. Психоэмоциональные особенности женщин с алопецией / В. В. Живилко // Journal of Education Health and Sport. – 2015. – № 5 (12). – С. 775–782.

14. Аймедов К. В. Комплексна програма психосоціального супроводу жінок з алопецією / К. В. Аймедов, В. В. Живилко // Український вісник психоневрології. – 2016. – № 4 (89). – С. 36–40.

15. Живилко В. В. Використання раціонально-емотивної терапії в системі надання допомоги жінкам з алопецією / В. В. Живилко // Актуальні проблеми транспортної медицини. – 2016. – № 3 (45). – С. 52–58.

References

1. Korotkiy N. G., Stenina M. A., Krivov L. I., Katunina O. R., Gamayunov B. N. Pul's-terapiya v period manifestatsii i progressiruyushchego techeniya alopetsii na modeli myshey linii HRS (eksperimental'noe issledovanie) [Pulse therapy during the manifestation and progressive course of alopecia in the model of mice of the HRS line (experimental study)]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* [Clinical dermatology and venereology], 2009, no. 5, pp. 9-12. (In Russ.)

2. Samtsov A. V., Bozhchenko A. A. Medikamentoznaya terapiya androgeneticheskoy alopetsii: sovremennoe sostoyanie problem [Drug therapy of androgenetic alopecia: the current state of the problem]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* [Clinical dermatology and venereology], 2008, no. 1, pp. 11-17. (In Russ.)

3. Adaskevich V. P., Myadelets O. D., Tikhonovskaya I. V. Alopetsiya (гнездная, андрогенетическая, диффузная) [Alopecia (nesting, androgenetic, diffuse)]. Moscow, NGMA, 2000, 192 p. (In Russ.)

4. Gassmueller J., Hoffmann R., Webster A. Topical fulvestrant solution has no effect on male and postmenopausal female androgenetic alopecia: results from two randomized, proof-of-concept studies. *Br. J. Dermatol.*, 2008, vol. 158, no. 1, pp. 109-115.

5. Korostij V. I., Parovina G. V. Robota Centru psyhosomatyky, psyhoterapii' ta medyko-psyhologichnoi' reabilitacii' v universytets'kij klinici HNMU jak model' mul'tydiscyplinarnogo pidhodu [Work Center Psychosomatics, psychotherapy and medical and psychological rehabilitation clinic in the university as a model KhNMU multidisciplinary approach]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2015, no. 2, pp. 110-113. (In Russ.)

6. Myhajlov B. V. Perspektyvy rozvytku psyhoterapii' i medychnoi' psyhologii' v Ukrai'ni v umovah reformuvannja medychnoi' galuzi [Prospects for psychotherapy and medical psychology in Ukraine in terms of reforming the healthcare industry]. *Choloviche zdorov'ja, genderna ta psyhosomatychna medycyna* [Men's Health, Gender and psychosomatic medicine], 2015, no. 1-2, pp. 5-10. (In Ukr.)

7. Andrashko Yu. V., Chechers'ka T. I. Sovremenny vzglyad na seboreynny dermatit. Ratsional'naya taktika lecheniya legkikh i neoslozhnennykh form dermatoza [Modern view on seborrheic dermatitis. Rational tactics of treating pulmonary and uncomplicated forms of der-

matisis], *Dermatolog* [Dermatologist], april 2015, vol. 2, no. 4, pp. 46-49. (In Russ.)

8. Morozov P. V., Neznanov N. G., Limankin O. V., Voloshin P. V. Sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya nasele-niya i tendentsii razvitiya psikhiatricheskoy pomoshchi na postsovetskom prostranstve [The state of mental health of the population and trends in the development of psychiatric care in the post-Soviet space]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2014, vol. 22, issue 1(78), pp. 11-17. (In Russ.)

9. Spirina I. D., Vitenko I. S., Napreenko A. K. Meditsinskaya psikhologiya [uchebnik] [Medical psychology [Textbook]]. Dnepropetrovsk, Promin Publ., 2014, 456 p. (In Russ.)

10. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika : metodiki i testy [Practical psychodiagnostics: methods and tests]. Samara, Bakhrakh-M Publ., 2002, 672 p. (In Russ.)

11. Kheka K. Khessa Kh. Metodika ekspress-diagnostiki nevroza [pod. red. D. Ya. Raygorodskogo] [The method of rapid diagnosis of neurosis [ed. D. Ya. Raygorodsky]], 2011, pp. 205-207. (In Russ.)

12. Vasserman L. I., Trifonova E. A., Shchelkova O. Yu. Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike [nauchno-prakticheskoe rukovodstvo] [Psychological diagnostics and correction in the somatic clinic [a scientific and practical guide]]. St. Petersburg., Speech Publ., 2011, 270 p. (In Russ.)

13. Zhivilko V. V. Psikhoeemotsional'nye osobennosti zhenshchin s alopetsiey [Psychoemotional features of women with alopecia]. *Journal of Education Health and Sport*, 2015, no. 5 (12), pp. 775-782. (In Russ.)

14. Ajmedov K. V., Zhyvylo V. V. Kompleksna programa psyhosocial'nogo suprovodu zhinok z alopecijeju [Integrated Program psychosocial support women with alopecia]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2016, no. 4 (89), pp. 36-40. (In Ukr.)

15. Zhyvylo V. V. Vykorystannja racional'no-emytyvnoi' terapii' v systemi nadannja dopomogy zhinkam z alopecijeju [The use of rational-emotive therapy system to assist women with alopecia]. *Aktual'ni problemy transportnoi' medycyny* [Actual problems of transport medicine], 2016, no. 3 (45), 52-58. (In Ukr.)

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНАЯ МОДЕЛЬ КОМАНДНОГО ПОДХОДА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ

К. В. Аймедов¹, В. В. Живилко^{1,2}, К. О. Молдавская¹

¹Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

²Клиника Одесского национального медицинского университета «Центр реконструктивной и восстановительной медицины»

Аннотация. В статье рассмотрена мультифакторность такого заболевания, как алопеция. Отмечено, что, несмотря на комплексность и поэтапность мер помощи больным алопецией, которые приведены в стандартном клиническом протоколе, во время лечения не учтена психосоматическая природа заболевания, а также психосоциальные предикторы данной патологии, ее влияние на эмоциональную и личностную стороны жизни пациентов, сферу их социального функционирования и качество жизни. Авторы обращают внимание на то, что клинический протокол требует дополнения за счет внедрения психосоциальной составляющей на всех этапах: диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. В работе изложены результаты внедрения разработанной авторской программы, основанной на трансдисциплинарной модели командного подхода, которая представляет собой единую последовательную поэтапную систему взаимодополняющих лечебных, психокоррекционных и психопрофилактических воздействий при лечении и медико-социальном сопровождении больного алопецией.

Ключевые слова: алопеция, дерматологическое заболевание, мультидисциплинарная, междисциплинарная и трансдисциплинарная модели.

TRANS-DISCIPLINARY MODEL OF THE TEAM APPROACH IN THE PROCESS OF TREATMENT AND MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH ALOPECIA

C. V. Aymedov¹, V. V. Zhivilko^{1,2}, K. O. Moldavskaya¹

¹Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine

²University Clinic "Center for Reconstructive and Rehabilitation Medicine" of Odessa National Medical University

Summary. The article considers the multifactor nature of such a disease as alopecia. It was noted that, despite the complexity and step-by-step measures for alopecia patients, given in the standard clinical protocol, the treatment did not take into account the psychosomatic nature of the disease, as well as the psychosocial predictors of this pathology, its influence on the emotional and personal aspects of patients' lives, their social sphere functioning and quality of life. The authors draw attention to the fact that the clinical protocol requires complementation by introducing a psychosocial component at all stages: diagnosis, treatment, rehabilitation and prevention. The paper describes the results of the implementation of the developed author's program based on the trans-disciplinary model of the team approach, which represents a single consistent phased system of complementary therapeutic, psycho-corrective and psycho-preventive effects in the treatment and medico-social support of the patient with alopecia.

Key words: alopecia, dermatological disease, multidisciplinary, interdisciplinary and trans-disciplinary models.

Аймедов Костянтин Володимирович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Аймедов Константин Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, м. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Constantin V. Aymedov – MD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance, Odessa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Живилко Володимир Володимирович – здобувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет МОЗ України; лікар клініки «Центр реконструктивної та відновної медицини» Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Живилко Владимир Владимирович – соискатель кафедры психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины; врач клиники «Центр реконструктивной и восстановительной медицины» Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Vladimir Zhivilko – Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance, Odessa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; partitioner of the clinic "Center for Reconstructive and Rehabilitation Medicine" of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Молдавська Христина Олегівна – студентка медичного факультету №1, Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна; e-mail: dgyliya-as@mail.ua.

Молдавская Кристина Олеговна – студентка медицинского факультета № 1, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, г. Одесса, Украина; e-mail: dgyliya-as@mail.ua.

Khristina Moldavskaya – Student of the School of Medicine no. 1, Odessa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine; e-mail: dgyliya-as@mail.ua.



О. В. Боднар

УДК: 618.2-084:159.923

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ І ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ НА ВАГУ ЇХНІХ ДІТЕЙ ПРИ НАРОДЖЕННІ

О. В. Боднар

Інститут інформаційних та соціальних технологій
Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна

Анотація.

Фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки призводять до змін в її психологічному стані, особливо при обтяженій патологією вагітності. Оскільки матір і дитина є одним цілим, вплив негативних чинників соціального, психологічного чи соматичного характеру відображається на плоді. Одним з показників благополуччя і доношеності дитини є її вага при народженні. У статті розглядається вплив психосоціальних і психологічних показників вагітної жінки на вагу тіла їхньої новонародженої дитини. Під час дослідження виявлено зворотній зв'язок з масою тіла новонародженої дитини, тобто більша маса спостерігається у новонароджених, чий матері дезадаптовані у соціально-психологічному плані. У психосоціальному плані з більшою масою тіла народжуються діти у жінок, які не задоволені стосунками зі своїми родичами, своїм матеріальним станом та з середньо-спеціальною освітою. У психологічному плані з більшою масою тіла народжуються діти у жінок, які виражали протестні тенденції, асоціювали свої пологи зі спокоєм та проявляли протест стосовно пологів. З найменшою вагою народжувались діти, чий матері сприймали свої пологи як акт, пов'язаний з фізичним дискомфортом. Отже соціально-психологічний стан вагітної жінки впливає на майбутню дитину.

Ключові слова: психосоціальні чинники, психологічні особливості, вага новонароджених, патологія вагітності.

Вступ

Вагітність є переламним етапом в житті кожної жінки. Фізіологічні зміни в її організмі призводять до змін у психологічному стані [1; 2]. У цей час жінка, з одного боку, вибудовує нові для себе взаємини з оточуючими, з іншого ж, – приміряє на себе нову роль – матері. Відбувається набуття нової Я-концепції та самосприйняття – здійснюється перехід від ролі дитини власної матері до ролі себе як матері. Тож під час вагітності у жінки змінюються відчуття, почуття й настрої [3].

Жінки по-різному переживають цей складний період: одні відчувають радість, інші – власну винятковість; хтось віддаляється від старих друзів, а у декого посилюється потреба у захисті, яка виникає у зв'язку з проявом почуття невпевненості [2]. При обтяженні вагітності негативними соціальними або соматичними факторами у більшості випадків у жінок спостерігається погіршення психологічного стану [4; 5], частіше за все зустрічаються стани невротичного чи психопатичного реєстрів [6].

Усі ці переживання особливо актуалізуються у третьому триместрі вагітності. У цей час спостерігається «занурення» в очікування майбутньої дитини, яка стає зо-середженням інтересів і знань. Вивченню

жінок на третьому триместрі й присвячене наше дослідження.

Перинатальна стадія життя розглядається більшістю авторів (С. Гроф, Ж. Грабер, Ф. Дольто, Х. Нікель, С. Фанті, Т. Верни, Е. Бадінтер, Э. К. Айламазян, В. В. Абрамченко, А. С. Батуєв, Г. И. Брехман, К. Гайдебранд та ін.) [4; 7–10] як перший і надзвичайно важливий етап людського існування. Саме в цей час найрізноманітніші чинники значно впливають на те, як розвиватимуться в майбутньому організм і психіка, а взаємобумовленість духовного, психічного і соматичного найбільш наочна і достовірна. Більш за все впливають на дитину чинники, пов'язані з матір'ю, бо саме вона стає автором життєвого сценарію, який згодом відтворює дитина у своєму житті [10].

Показниками, які характеризують соматичний стан дитини при народженні, є бали за шкалою Апгар, маса тіла та наявність рефлексаторного крику при появі на світ. Маса тіла дитини при народженні, серед інших показників, є індикатором її благополуччя в утробі. Достатнє насичення киснем і поживними речовинами та відсутність шкідливих речовин у крові матері, низький рівень гормонів стресу та відсутність патології в неї позитивно впливають на психофізіологію

малюка. Також слід зазначити, що одним із основних показників стану дитини в утробі є її маса відносно строку вагітності.

Сьогодні не достатньо вивчено вплив психологічних особливостей матері на дитину, яка знаходиться в утробі та після народження.

Мета дослідження

Метою дослідження було вивчення психосоціальних і психологічних особливостей жінок з патологією вагітності у контексті впливу їх стану на масу новонароджених дітей.

Матеріали та методи дослідження

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

У дослідженні були використані клініко-психологічні та низка експериментально-психологічних методик. Для вивчення особистісних властивостей жінок застосовувався комп'ютерний варіант стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості MMPI, адаптований стосовно російськомовного населення, СМІЛ Л. М. Собчик [11]. Рівень тривожності вивчався за допомогою шкали реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна. Для вивчення рівня депресії у жінок, що брали участь у дослідженні, використовувалася методика диференційної діагностики депресивних станів Зунга (адаптація Т. І. Балашової). Аналіз отриманих результатів проводився на базі комп'ютерної програми SPSS Statistics 22.0.

Також була розроблена психосоціальна анкета для аналізу соціально-демографічних і психосоціальних особливостей вагітних жінок з патологією вагітності. Для вивчення особливостей протікання пологів у жінок з досліджуваної групи нами були використані данні журналу реєстрації пологів.

Результати дослідження та їх обговорення

Слід зазначити, що 120 жінок (80,00%), повернулися народжувати у пологовий будинок № 5, тобто народжували там, де проходили нагляд під час вагітності. Проте 30 жінок (20,00%) народжували в інших закладах і даних щодо них немає. Переважна більшість жінок – 81 (54,00%) – народжу-

вали природним шляхом, кесарів розтин було призначено у 39 випадках (26,00%). У 88 пацієнток (58,67%), які брали участь у дослідженні, виникли різноманітні ускладнення під час пологів. Більшій частині жінок під час пологів були показані хірургічні процедури: кесарів розтин було призначено у 39 випадках (26,00%), епізіотомія чи перинеотомія проводилася 45 досліджуваним (30,00%).

Дослідження впливу психосоціальних показників жінок з патологією вагітності на масу тіла дитини при народженні проводилось за допомогою непараметричного критерію Краскела–Уолеса.

Під час вивчення впливу психосоціальних показників матері на масу тіла дитини ми отримали статистично значимий зв'язок ваги новонародженого з вдовolenням породіллі стосунками з іншими родичами, окрім чоловіка (стосунки з батьком майбутньої дитини вивчалися окремо, цей показник не впливав на масу тіла дитини), власним матеріальним станом та рівнем освіти (табл. 1):

Таблиця 1

Взаємозв'язки між масою тіла новонароджених і психосоціальними показниками жінок (г)

Психосоціальні показники	Для середнього	Медіана	Стандартне відхилення
Стосунки з іншими родичами (окрім батька дитини)			
Задоволена стосунками з родичами	3284,46	3320,00	619,23
Не задоволена стосунками з родичами	3772,31	3900,00	415,33
Задоволеність матеріальним станом			
Задоволена матеріальним станом	3230,31	3200,00	589,57
Не задоволена матеріальним станом	3556,89	3700,00	618,34
Матеріальне благополуччя			
Малозабезпечені	3833,08	3900,00	514,29
Середній клас	3277,88	3350,00	580,54
Добре забезпечені	3241,67	3100,00	903,01
Освіта			
Середня освіта	3578,89	3770,00	569,87
Середньо-спеціальна освіта	3936,67	3865,00	278,18
Незакінчена вища освіта	3337,50	3530,00	507,96
Вища освіта	3241,63	3250,00	618,97

Результати дослідження засвідчують:

■ жінки, які відзначали погані стосунки з іншими родичами (частіше за все, це були власна матір або матір чоловіка), народжували дітей з більшою масою тіла ($\chi^2 - 8,15$; $P_{asymp} - 0,01$), ніж вагітні, які не мали проблем у спілкуванні з родичами;

Таблиця 2

Виявлення взаємозв'язків між психологічними параметрами матері під час вагітності та вагою новонародженої дитини

Психологічні змінні	Тау-в Кендалла	
	Вага	
	Коефіцієнт кореляції	р
Вага	1,00	-
Шкала брехні	-0,02	0,79
Шкала достовірності	0,00	0,95
Шкала корекції	-0,05	0,47
Невротичний надконтроль	0,03	0,70
Песимістичність	0,08	0,27
Емоційна лабільність	0,04	0,59
Імпульсивність	0,14	0,05
Мужність – жіночність	-0,02	0,82
Ригідність	0,04	0,58
Тривожність	0,07	0,30
Індивідуальність	0,05	0,45
Оптимістичність	-0,04	0,54
Соціальна інтроверсія	0,07	0,28
Ситуативна тривожність	-0,02	0,75
Рівень депресії	0,00	0,99
Синій	0,03	0,66
Зелений	-0,04	0,62
Червоний	0,04	0,58
Жовтий	-0,04	0,57
Фіолетовий	0,06	0,43
Коричневий	0,04	0,63
Чорний	-0,17*	0,03
Сірий	0,03	0,68
Позиція кольору, з яким асоціюється сім'я	0,13	0,08
Позиція кольору, з яким асоціюється дитина	0,00	0,99
Позиція кольору, з яким асоціюються пологи	-0,11	0,12

■ обстежувані, які були невдоволені своїм матеріальним станом, народжували дітей з більшою масою тіла ($\chi^2 - 7,24$; $P_{asymp} - 0,01$);

■ з найменшою вагою народжувались діти у матерів, які відносили себе до матеріально забезпечених ($\chi^2 - 9,76$; $P_{asymp} - 0,01$). Нами було виявлено, що пацієнтки, які відносили себе до добре забезпечених, належать до групи соматичного ризику.

Також виявлено статистично значимий зв'язок між рівнем освіти жінок і вагою новонароджених дітей ($\chi^2 - 11,30$; $P_{asymp} - 0,01$). У пацієнток із середньо-спеціальною освітою народжувались діти з найбільшою масою тіла.

Під час вивчення статистично значимих взаємозв'язків між вагою новонароджених і психологічними показниками жінок із патологією вагітності за допомогою кореляційного аналізу тау-в Кендалла був виявлений лише один статистично значимий зв'язок – з чорним кольором (за методикою кольорного вибору Люшера) (табл. 2). Тобто жінки з вираженими тенденціями протесту проти існуючого стану речей, ладні діяти необачно та безвідповідально, народжували дітей з вищою масою тіла.

Під час дослідження психологічних параметрів за допомогою непараметричного критерію Краскела–Уолеса було виявлено статистично значимий зв'язок між вагою дитини і кольором, з яким у жінки під час вагітності асоціювалися пологи ($\chi^2 - 14,06$; $P_{asymp} - 0,05$) (табл. 3).

Таблиця 3

Зв'язки між вагою новонародженої дитини і кольором, з яким матір асоціювала свої пологи (г)

Колір, з яким асоціюються пологи	Для середнього	Медіана	Стандартне відхилення
Синій	3892,00	3800,00	186,74
Зелений	3370,14	3515,00	716,50
Червоний	3372,00	3450,00	635,71
Жовтий	3386,43	3330,00	471,46
Фіолетовий	3380,00	3460,00	568,54
Коричневий	2583,33	2620,00	403,17
Чорний	3600,00	3600,00	-
Сірий	3288,22	3300,00	452,12

Тож з'ясовано, що з найбільшою вагою народжувались діти у жінок, які асоціювали свої пологи з синім кольором (спокій) та з чорним (протестні реакції стосовно пологів). Слід зазначити, що паралель між власними пологами та чорним кольором зареєстрована лише в однієї обстеженої, тому доцільно вважати, що цей зв'язок відображає індивідуальну реакцію конкретної жінки. З найменшою вагою народжувались діти у матерів, які асоціювали свої пологи з коричневим кольором (фізичний дискомфорт).

Висновки

Маса тіла новонародженого є індикатором благополуччя дитини та її розвитку у перинатальному періоді, коли мати і дитина є одним цілим як у фізичному, так і у духовному плані. Передбачалося, що негативні соціальні та психологічні чинники, які діють на матір під час вагітності, негативно вплинуть і на дитину. Проте у ході нашого дослідження

було виявлено, що з більшою масою народжувались діти саме у матерів, які мали ознаки меншого благополуччя у психосоціальному і психологічному плані. Зокрема, у жінок, що відносили себе до малозабезпечених, мали погані стосунки з родичами, проявляли протестні особистісні тенденції народжувались діти з більшою масою тіла.

Окремої уваги заслуговує виявлений зв'язок між сприйняттям власних пологів жінками під час вагітності та масою їхніх новонароджених дітей. З найбільшою вагою народжувались діти у матерів, які сприймали свої пологи, як подію пов'язану зі спокоєм та проявляли протест стосовно них.

Це дослідження свідчить про практичну необхідність більш глибокого вивчення даної теми, оскільки розуміння факторів, які впливають на дитину в утробі матері, дозволить покращити адаптацію діади «мати-дитя» після народження дитини.

Література

1. Арина Г. А. Особенности развития эмоционально-ценностного отношения к ребенку у женщин с отягощенной беременностью / Г. А. Арина, Е. Б. Айвазян, М. В. Маклакова // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 59–66.
2. Филипова Г. Г. Психология материнства / Г. Г. Филипова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 234 с.
3. Перинатальная психология и психиатрия : в 2 т. / под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. – М. : Академия, 2009. – 304 с.
4. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. – СПб. : СОТИС, 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, 2009. – 452 с.
6. Молохов А. Н. Очерки гинекологической психиатрии / А. Н. Молохов. – Кишинев, 1962. – 137 с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство. Учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян. – СПб. : СпецЛит, 2014. – 543 с.
8. Гроф С. Путешествие в поисках себя / С. Гроф. – М. : АСТ, 2008. – 352 с.
9. Badinter E. L'amour en plus: Histoire de l'amour maternel / E. Badinter. – Paris, 1980. – 371 p.
10. Митина М. А. Влияние психологического здоровья матери на становление психики ребёнка / М. А. Митина // Коррекционная педагогика. – 2006. – № 5. – С. 62–67.
11. Собчик Л. Н. СМИЛ Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2009. – 224 с.

References

1. Arina G. A., Ayvazyan E. B., Maklakova M. V. Osobennosti razvitiya emotsionalno-tsennostnogo ot-nosheniya k rebenku u zhenshchin s otyagoschennoy beremennostyu [Features of development of the emotionally-valued attitude toward a child for women with the burdened pregnancy]. Defektologiya, 2003. no. 4, pp. 59-66. (In Russ.)
2. Filippova G. G. Psikhologiya materinstva [Psychology of motherhood]. Moscow, Publishing House of the Institute of Psychotherapy, 2010, 234 p. (In Russ.)
3. Perinatal'naya psikhologiya i psikhatriya [pod red. N. N. Volodina, P. I. Sidorov] [Perinatal Psychology and Psychiatry [ed. N. N. Volodin, P. I. Sidorov]]. Moscow, Academy Publ., 2009, 304 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 psikhatriya [Uchebnoe posobie] [Border Psychiatry [Tutorial]], 2nd ed., Odessa, VMV Publ., 2016, 456 p. (In Russ.)
6. Molokhov A. N. Ocherki ginekologicheskoy psikh-iatrii [Essays gynecological Psychiatry]. Chisinau, 1962, 137 p. (In Russ.)
7. Aylamazyan E. K. Akusherstvo. Uchebnik dlya meditsinskih vuzov. [Obstetrics. Textbook for medical institutions of higher learning]. St. Peterburg, SpetsLit, 2014, 543 p. (In Russ.)
8. Grof S. Puteshestvie v poiskah sebya [Trip in search of itself]. Moscow, AST, 2008, 352 p. (In Russ.)
9. Badinter E. L'amour en plus: Histoire de l'amour maternel. Paris, 1980, 371 p.

10. Mitina M. A. Vliyanie psihologicheskogo zdorovya materi na stanovlenie psihiki rebyonka [Influence of psychological health of mother on becoming of psyche of child]. Korrektsionnaya pedagogika, 2006, no. 5, pp. 62-67.

11. Sobchik L. N. SMIL Standartizovannyi mnogo-faktorny metod issledovaniya lichnosti [SMIL standardized method of multivariate study of personality]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2009, 224 p. (In Russ.)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ВЕС ИХ ДЕТЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ

Е. В. Боднарь

Институт информационных и социальных технологий
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова

Аннотация. Одним из показателей благополучия и доношенности ребенка является его вес при рождении. Физиологические изменения в организме беременной женщины приводят к изменению в ее психологическом состоянии, особенно при осложненной патологии беременности. Поскольку мать и ребенок во время беременности являются одним целым, влияние негативных факторов на мать отражается и на ее плоде. В статье рассматривается влияние психосоциальных и психологических факторов женщин на массу тела их новорожденных детей. Во время исследования выявлена обратная связь с массой тела новорожденного ребенка, то есть с большей массой рождались дети у матерей дезадаптированных в социально-психологическом плане. В психосоциальном плане с большей массой появлялись на свет дети у женщин, которые были не удовлетворены своими отношениями с другими родственниками, своим материальным положением и со средне специальным образованием. В психологическом плане с большей массой рождались дети у матерей, которые выражали протестные тенденции, ассоциировали свои роды со спокойствием и проявляющих протест относительно родов. С наименьшим весом рождались дети, матери которых воспринимали роды как акт, связанный с физическим дискомфортом. Следовательно, социально-психологическое положение беременной женщины влияет на перенейта.

Ключевые слова: психосоциальные факторы, психологические особенности, вес новорожденного, патология беременности.

CERTAIN ASPECTS OF THE IMPACT OF PSYCHO-SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS BY WOMEN HAVING PREGNANCY FAILURES ON DISABILITIES OF THEIR CHILDREN UPON BIRTH

O. V. Bodnar

Educational-scientific Institute of information and social technologies of I. I. Mechnikov Odessa National University

Summary. This article views the impact of psycho-social and psychological factors inherent to pregnant women on the weight of their newborn children. Physiological changes in the body of a pregnant woman result in changes in her psychological condition. It was discovered, that children with higher weight were born by women unsatisfied with relationships with their relatives and their financial standing. Children with the largest weight were born by women having secondary professional education. Women that expressed protest trends during pregnancy bore children with the higher weight. Also, children with the largest weight were born by their mothers who associated their deliveries with peacefulness and expressed protest reactions in relation to delivery. Children with the lowest weight were born by mothers who recognized delivery as an act related with physical discomfort. The higher weight was observed among newborn children whose mothers had social and psychological disadaptation.

Key words: psychosocial factors, psychological features, weight of newborns, pregnancy failure.

Боднарь Елена Владимировна – аспирантка кафедры клинической психологии, Институт информационных и социальных технологий Одесского национального университета имени И. И. Мечникова, г. Одесса, Украина, e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.

Боднар Олена Володимирівна – аспірантка кафедри клінічної психології, Інститут інформаційних та соціальних технологій Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна, e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.

Olena Bodnar – Postgraduate Student of the Department of Clinical Psychology, Institute of Information and Social Technologies of I. I. Mechnikov Odessa National University, Odessa, Ukraine, e-mail: bodnar.helena.rose@gmail.com.



Ю. О. Гончар

УДК: 159.922.761/762:616.89:159.942

УДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Ю. О. Гончар

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Анотація.

На базі теоретичного й емпіричного вивчення емоційних особливостей дітей із аномаліями розвитку в зв'язку з недостатністю рухової сфери, із затриманим психічним розвитком конституціонального походження, а також з викривленим психічним розвитком (відповідно до класифікації психічного дизонтогенеза К. С. Лебединської та В. В. Лебединського, 2006) обґрунтовано новий підхід до оцінки емоційних особливостей таких пацієнтів та розроблено модель оцінки цього показника в дітей із психофізичними порушеннями. Модель включає комплекс досліджень функцій емоцій з позицій функціонування, обмежень життєдіяльності та факторів контексту і може бути важливою складовою для оцінки соціальної адаптації в рамках Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей і підлітків. У статті представлені результати дослідження емоцій дітей старшого дошкільного й молодшого шкільного віку з психофізичними порушеннями: емоційні особливості пацієнтів з дитячим церебральним паралічем, затримкою психічного розвитку та розладами аутистичного спектра.

Ключові слова:

емоційні особливості, діти з психофізичними порушеннями.

Вступ

Періодизація психічного розвитку здорових дітей і дітей з особливими потребами має як багато спільного, так і певні відмінності, і це завжди привертало увагу дослідників. Згідно з Л. С. Виготським, поширеність психофізичних порушень серед дітей різного віку потребує вивчення вікових закономірностей, нерівномірності та ієрархічності їх психічного й фізичного розвитку, здатності до прийому, переробки та зберігання інформації, запам'ятовування й темпу формування понять. В. В. Лебединський наголошував на необхідності диференціації ретардації та асинхронії, недостатнього, дефіцитарного та дисгармонійного розвитку [1; 2].

Проблемі дослідження емоційно-вольових особливостей та розвитку дітей з психофізичними порушеннями приділялось багато уваги протягом тривалого часу вченими різних країн [3; 4]. До особливостей емоційно-вольової сфери у дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) відносять поєднання коливання настрою з інертністю емоційних реакцій, емоційну лабільність, недостатню диференціацію емоцій та мотивацію; до особливостей впливу емоцій на інтелектуальний розвиток – невпевненість у собі, на самостійність – навіюваність. Особливостями пацієнтів із затримкою психічного

розвитку (ЗПР) вважають астенію з коливанням уваги, інтелектуальну, фізичну та емоційну незрілість. Діти з розладами аутистичного спектра (РАС) відрізняються поєднанням дефіциту в потребі у спілкуванні з підвищеною вразливістю при контактах, що суттєво впливає на їх соціальне функціонування та якість життя, зважаючи на недостатню толерантність суспільства до таких дітей [5; 6].

Ранній розвиток емоційної та соціальної адаптації дітей з психофізичними порушеннями може сприятливо впливати на їх емоційні, пізнавальні та соціальні навички в майбутньому. Поведінка батьків та особистість дитини формують подальшу емоційну та соціальну компетентність дітей [7].

Мета дослідження

Метою дослідження є удосконалення оцінки емоційних особливостей дітей із психофізичними порушеннями.

Матеріали та методи дослідження

Відкрите контрольоване дослідження охоплювало 203 дитини 3–12 років. Серед обстежених було 100 хлопців і 103 дівчинки. Критеріями для включення в основну групу були наявність інформованої згоди батьків та самих дітей (віком від 7 років), вік дітей від 3 до 12 років, наявність у них діагнозу ДЦП, ЗПР або РАС і відсутність виражених або помірних порушень інтелекту. В контрольну групу увійшли 76 здорових дітей.

Основну групу склали 127 хлопців та дівчат з психофізичними порушеннями, яких за класифікацією психічного дизонтогенезу було розподілено за групами:

- група з ЗПР конституціонального походження;
- група з аномаліями розвитку у зв'язку з недостатністю рухової сфери;
- група з викривленим психічним розвитком [2].

До групи із ЗПР конституціонального походження увійшли 43 дитини з діагнозом «Затримка психічного розвитку» (F 80–F 89). До групи з аномаліями розвитку у зв'язку з недостатністю рухової сфери було включено 42 дитини з ДЦП (G 60). Групу з викривленим психічним розвитком склали 42 дитини з РАС (F 90 – F98).

Група дітей молодшого шкільного віку була представлена 16 дітьми з ДЦП, 19 – з РАС, 18 – із ЗПР та 46 умовно здоровими дітьми. В групі дітей старшого дошкільного віку було 26 дітей із ДЦП, 23 – з РАС, 25 – із ЗПР та 30 здорових осіб.

Особливості емоційного розвитку дітей вивчалися при порівнянні двох груп дітей різного віку: 104 особи 3–5 років (старший дошкільний вік), 99 обстежених – 6–12-ти років (молодший шкільний вік).

Відповідно до мети та завдань дослідження застосовувався комплекс теоретичних, емпіричних та математико-статистичних методів. Емпіричний метод включав спостереження, бесіду, структуроване інтерв'ю та психодіагностичний метод. Психодіагностичний метод, у свою чергу, застосовувався з урахуванням розробленої нами моделі, яка виходила зі структури The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth, 2007 (ICF-CY) [8].

Для оцінки емоційних особливостей дітей із психофізичними порушеннями ми досліджували:

- **властивості особистості** – за «Психогеометричним тестом» С. Делінгер;
- **емоційний стан** – за тестом «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана та Д. Рікса;
- **диференціацію емоцій** – за методикою «Шкала диференційних емоцій» за К. Ізардом;
- **емоційну спрямованість і моральну направленість** – за «Тестом-анкетой: емоційна спрямованість» Б. І. Додонова та методикою «Зробимо разом» [9; 10].

Статистична обробка емпіричних даних здійснювалась за допомогою методів описової та багатовимірної статистики. Використовувалися:

- **первинний статистичний аналіз** (визначали середнє арифметичне (M) та похибку середнього арифметичного (m) показників тестів; для порівняння середніх значень показників у групах дітей із різними психофізичними порушеннями застосовували t-критерій Стьюдента);
- **кореляційний аналіз** (використовували ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена);
- **кластерний аналіз** (застосовувались ієрархічні методи кластерного аналізу Уорда: одиночного, повного, середнього зваженого та незваженого зв'язків) [11].

У роботі представлено тільки вірогідні результати з достовірністю $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Для оцінки функціонування та обмежень життєдіяльності дітей ми запропонували дослідження особистісних особливостей та функцій емоцій: їх диференціації, емоційного стану, емоційної спрямованості та моральної направленості; в мікросоціальному оточенні – визначення особистісних та емоційних особливостей матерів, які сприяють або заважають реалізації їх дітей (диференціації емоцій, емоційного стану, емоційної спрямованості та ставлення до хвороби дитини).

Розроблена нами модель оцінки емоційних особливостей дітей із психофізичними порушеннями характеризує емоції з позицій функціонування, обмежень життєдіяльності й факторів контексту та може бути важливою складовою для оцінки їх соціальної активності (рис. 1). У статті на прикладі розглядається застосування розробленої моделі та результати дослідження емоцій дітей із психофізичними порушеннями двох вікових груп (табл. 1).

До особливостей емоційного розвитку дітей із ДЦП належать зниження імпульсивності та збудливості, виразності здивування, пугнічної й акізитивної емоційної спрямованості, зростання нетерпимості, категоричності, егоцентризму, емоцій радості, інтересу, презирства, відрази, комунікативної та естетичної емоційної спря-

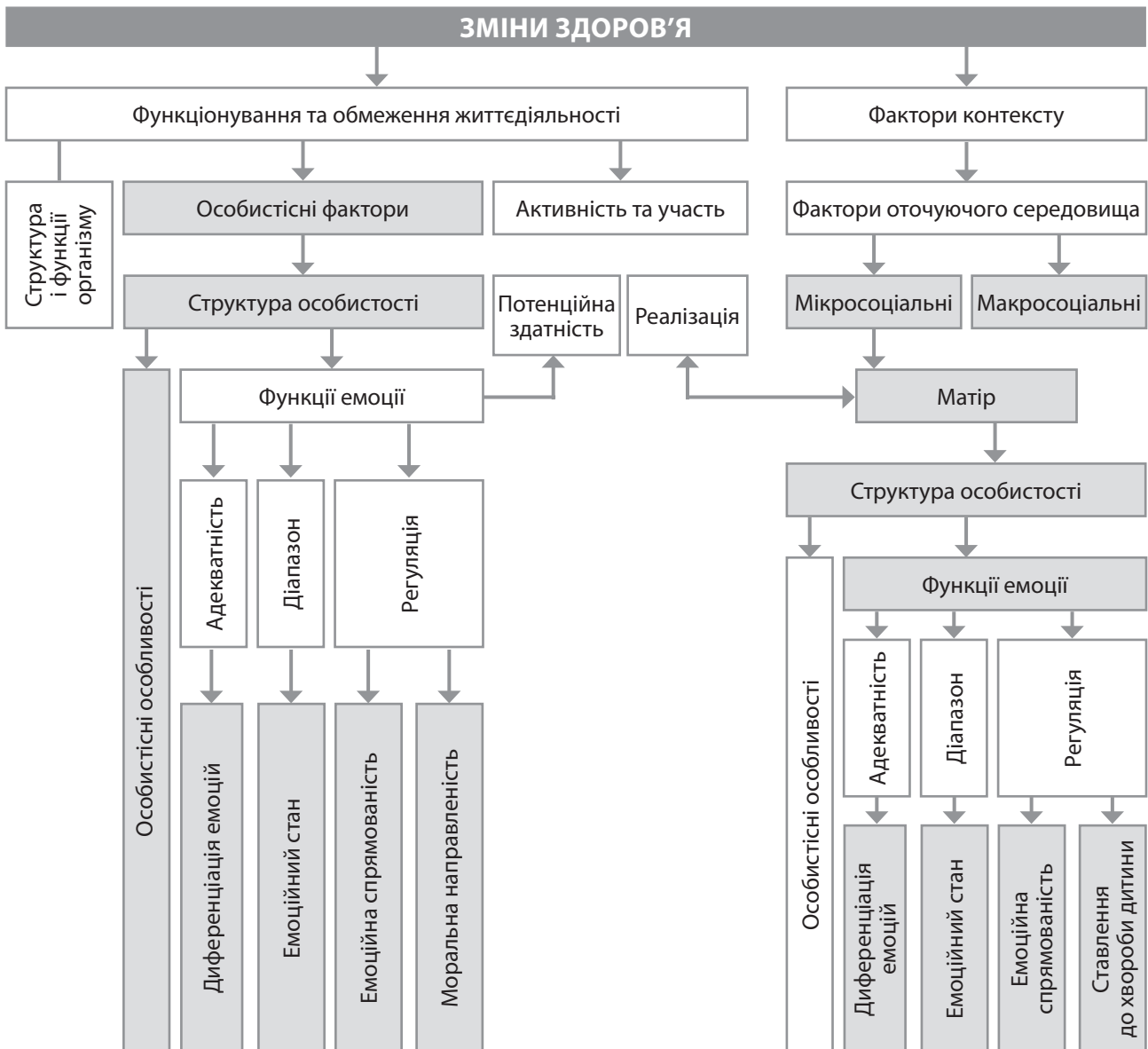


Рис. 1. Модель оцінки емоційних особливостей дітей з психофізичними порушеннями

мованості, зацікавленості, зосередженості на власних відчуттях, контактності. Залежно від особливостей розвитку цих дітей у їхніх матерів зростали здивування, акизитивна, комунікативна емоційна спрямованість, зменшувалися інтернальність, тривога, нозогнозія, що погіршувало їх загальний емоційний стан (табл. 1).

До особливостей емоційного розвитку дітей із ЗПР конституціонального походження належать зменшення експресивності та наївності, виразності страху, провини, відрази та збільшення незрілості проявів емоцій, радості, впевненості, контактності (табл. 1). З віком цих дітей у їхніх матерів зменшувалися почуття горя, провини, гніва, відрази, тривоги, контроль активності, інтернальність і нозогнозія. Загальне самопочуття дітей із

ЗПР впливало на спокій ($r = 0,3$), піднесеність ($r = 0,3$), впевненість ($r = 0,4$) і страх ($r = -0,3$) їх матерів.

До особливостей емоційного розвитку дітей з викривленим психічним розвитком належать зменшення імпульсивності, чутливості, сорому, страху й презирства, впевненості, комунікативної, практичної, альтруїстичної емоційної спрямованості та збільшення категоричності, труднощів у побудові стосунків та жорсткого афективно підсиленого наполягання на своєму, здивування, провини й гніву, гностичної та пугнічної емоційної спрямованості, зацікавленості й контактності. Зважаючи на особливості розвитку цих дітей, у їхніх матерів зменшувалися страх, спокій, енергійність, естетична, глорична емоційна спрямо-

Показники емоцій дітей з психофізичними порушеннями та здорових дітей різного віку

Види емоцій	Показники емоцій дітей							
	з ДЦП		з ЗПР		з РАС		здорових	
	старшого дошкільного віку	молодшого шкільного віку	старшого дошкільного віку	молодшого шкільного віку	старшого дошкільного віку	молодшого шкільного віку	старшого дошкільного віку	молодшого шкільного віку
Інтерес	3,9 ± 0,4	5,0 ± 0,6	5,0 ± 0,4	4,9 ± 0,4	4,4 ± 0,5	4,4 ± 0,4	5,6 ± 0,3	6,1 ± 0,2
Радість	4,1 ± 0,5	5,8 ± 0,9	4,8 ± 0,4	5,3 ± 0,7	4,3 ± 0,3	4,4 ± 0,6	7,5 ± 0,5	7,7 ± 0,4
Здивування	4,7 ± 0,3	4,1 ± 0,3	5,6 ± 0,5	5,0 ± 0,3	3,6 ± 0,2	4,0 ± 0,3	5,7 ± 0,4	5,4 ± 0,3
Горе	4,1 ± 0,2	4,7 ± 0,8	4,3 ± 0,4	3,4 ± 0,2	3,1 ± 0,1	3,1 ± 0,1	3,2 ± 0,1	3,4 ± 0,1
Гнів	4,4 ± 0,3	4,8 ± 0,5	3,6 ± 0,3	3,4 ± 0,2	3,1 ± 0,1	3,2 ± 0,1	3,2 ± 0,1	3,4 ± 0,1
Відраза	3,7 ± 0,2	4,3 ± 0,8	3,6 ± 0,2	3,1 ± 0,1	3,0 ± 0,1	3,0 ± 0,0	3,1 ± 0,1	3,2 ± 0,1
Презирство	3,3 ± 0,1	4,1 ± 0,7	3,5 ± 0,2	3,0 ± 0,0	3,1 ± 0,1	3,0 ± 0,0	3,0 ± 0,1	3,2 ± 0,1
Страх	6,2 ± 0,5	6,3 ± 0,6	4,7 ± 0,4	3,7 ± 0,2	5,5 ± 0,4	5,3 ± 0,4	4,4 ± 0,4	4,1 ± 0,2
Сором	4,5 ± 0,2	5,3 ± 0,7	5,8 ± 0,5	4,9 ± 0,3	4,1 ± 0,3	3,9 ± 0,2	4,1 ± 0,2	4,8 ± 0,3
Провина	3,2 ± 0,1	3,6 ± 0,2	3,8 ± 0,3	3,0 ± 0,0	3,1 ± 0,1	3,2 ± 0,2	3,4 ± 0,2	4,0 ± 0,3
Загальний коефіцієнт самопочуття	1,0 ± 0,1	1,1 ± 0,1	1,3 ± 0,1	1,4 ± 0,05	1,1 ± 0,1	1,2 ± 0,1	1,6 ± 0,1	1,7 ± 0,1

ваність та зростала романтична, праксична та гностична емоційна спрямованість, загальна напруженість, інтернальність і тривога (табл. 1). Загальне самопочуття дітей із РАС впливало на радість ($r=0,7$), впевненість ($r=0,4$), естетичну емоційну спрямованість ($r=0,4$), на страх ($r=-0,4$), тривогу ($r=-0,4$), нозогнозію ($r=-0,3$), контроль активності ($r=-0,4$) їх матерів.

Вектор потреб дітей із РАС, на відміну від дітей з ДЦП та ЗПР, який базувався на емоційній спрямованості, не визначався, що було досить зрозумілим саме для цих груп обстежуваних. Їх особливістю були значна негативна емоційна домінанта, яка обумовлювала стан дифузної тривоги та невмотивовані страхи, які, в свою чергу, перешкоджали емоційній стабілізації та адаптації.

Характер особливостей емоцій дітей із психофізичними порушеннями було уточнено за допомогою ієрархічного кластерного аналізу, що дозволило виділити три принципово відмінні кластери. В основі їх розподілу були емоційні відмінності двох кластерів дітей, а третій зустрічався дуже рідко. Спільними для обох кластерів пацієнтів із психофізичними порушеннями були особливості інтересу, радості й сорому,

енергійності та піднесеності, пугнічної емоційної спрямованості, зацікавленості та зосередженості на власних почуттях. Виявлені емоційні особливості цих дітей та їхніх матерів лягли в основу розробки психокорекційної інформаційної технології для дітей з психофізичними порушеннями.

Висновки

1. Проведено теоретичний аналіз емоційних особливостей дітей з психофізичними порушеннями та підходів до їх психокорекції на основі систематизації провідних концепцій вітчизняних та зарубіжних дослідників. Обґрунтовано комплексний підхід до визначення змісту зазначених понять, форм їх прояву та опрацювання для гармонійного розвитку особистості.

2. Розроблена модель оцінки емоційних особливостей дітей з психофізичними порушеннями, що базується на The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (2007), передбачає:

- оцінку емоційних особливостей дітей (диференціацію їхніх емоцій, емоційний стан і спрямованість, моральну напругу);

- вивчення якості життя та обмеження життєдіяльності;
- дослідження мікро- і макросоціальних чинників, насамперед, емоційних особливостей матерів (диференціацію їхніх емоцій, емоційний стан і спрямованість, а також ставлення до хвороби дітей).

3. Вивчення емоційних особливостей дітей з психофізичними порушеннями довело, що їм усім притаманні емоції сорому, радості, знервованості, дратівливості, тривожності, пригніченості, безпорадності та зацікавленості. Окрім цього, дітям із ДЦП притаманні також страх, негативна моральна спрямованість; із ЗПР – інтерес, здивування, неспокій; з РАС – страх, інтерес, втомленість.

4. Встановлено, що спільними емоціями матерів дітей із психофізичними порушеннями були інтерес, радість, відраза,

презирство, втомлюваність та відсутність енергії, пригніченість, тривога. В той же час емоційні особливості матерів, які мали дітей з різними психофізичними порушеннями, мали й відмінності залежно від виду захворювання:

- з ДЦП – страх, провина, знервованість, дратівливість, тривожність, неспокій, безпорадність;
- з ЗПР – здивування, гнів, нервозність, дратівливість, тривожність, безпорадність;
- з РАС – страх, провина, заклопотаність, невизначеність.

5. Загальне самопочуття усіх матерів більшою мірою впливало на емоційний стан дітей, їх інтерес, радість, спокій, енергійність, піднесеність, впевненість, контактність й зацікавленість та спрямованість на взаємодію, і меншою мірою – на здивування, провину, горе, гнів, відразу, страх.

Література

1. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М. : Эксмо, 2005. – 1136 с.
2. Лебединская К. С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития / К. С. Лебединская, В. В. Лебединский // Дефектология. – 2006. – № 3. – С. 15–27.
3. Saarni C. Emotional Development in Childhood / C. Saarni // *Developmental Psychology*. – 2011. – № 48. – P. 679–688.
4. Романова З. А. Использование международной классификации функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья при экспертизе детей и подростков / З. А. Романова, Л. Л. Науменко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 51–56.
5. Даценко І. Б. Принципи формування програми медико-психологічної реабілітації дітей із органічними ураженнями головного мозку / І. Б. Даценко, В. С. Спасібухова // Медична психологія. – Х., 2013. – № 4. – С. 7–11.
6. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2007. – 288 с.
7. Кукуруза Г. В. Показники оцінки ефективності програмного втручання для дітей з порушеннями психомоторного розвитку / Г. В. Кукуруза // Медична психологія. – 2012. – № 2. – С. 47–49.
8. The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) [Electronic Resource] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева : WHO Press, 2007. – 351 с. – Way of access : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf.
9. Кисова В. В. Практикум по психодиагностике / В. В. Кисова, И. А. Конева. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.
10. Рогов Є. І. Настільна книга практичного психолога : навч. посібник у 2-х т. / Є. І. Рогов. – М. : ВЛАДОС, 1999. – 384 с.
11. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К. : МІВВЦ, 2001. – 388 с.

Література

1. Vygotskiy L. S. *Psikhologiya razvitiya cheloveka* [Psychology of Human Development]. Moscow, Eksmo Publ., 2005, 1136 p. (In Russ.)
2. Lebedinskaya K. S., Lebedinskiy V. V. *Osnovnyye voprosy kliniki i sistematiki zaderzhki psikhicheskogo razvitiya* [The main issues of the clinic and systematics of mental retardation]. *Defektologiya* [Defectology], 2006, no. 3, pp. 15–27. (In Russ.)
3. Saarni C. *Emotional Development in Childhood*. *Developmental Psychology*, 2011, no. 48, pp. 679–688.
4. Romanova Z. A., Naumenko L. L. *Ispol'zovanie mezhdunarodnoy klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya pri ekspertize detey i podrostkov* [Use of the international classification of functioning, disability and health in the examination of children and adolescents]. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya* [Medico-social examination and rehabilitation], 2014, no. 1, pp. 51–56. (In Russ.)
5. Datsenko I. B., Spasibukhova V. S. *Printsipi formuvannya programi mediko-psikhologichnoi' reabilitatsii' ditey iz organichnimi urazhenniyami golovnoho mozku* [The principles of the program of medical and psychological rehabilitation of children with organic brain damage]. *Medychna psyhologija* [Medical Psychology]. Kharkiv, 2013, no. 4, pp. 7–11. (In Ukr.)
6. Mamajchuk I. I. *Pomoshh' psihologa detjam s autizmom* [Psychologist's help to children with autism]. St. Petersburg, Speech Publ., 2007, 288 p. (In Russ.)
7. Kukuzya G. V. *Pokazniki ocinki effektivnosti program rann'ogo vtruchannja dlja ditey z porushenniyami psihomotornogo rozvitku* [Performance evaluation of

the effectiveness of early intervention programs for children with impaired psychomotor development]. *Medychna psyhologija* [Medical Psychology], 2012, no. 2, pp. 47–49. (In Ukr.)

8. The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). World Health Organization. Geneva, WHO Press, 2007. Available at : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf.

9. KisoVA V. V., Koneva I. A. *Praktikum po psikho-*

diagnostike [Workshop on psycho-diagnostics]. St. Petersburg, Speech Publ., 2006, 352 p. (In Russ.)

10. Rogov Je. I. *Nastil'na knyga praktychnogo psyhologa* [navch. posibnyk u 2-h t.] [Handbook Psychologist [teach. manual in 2 vols.]]. Moscow, VLADOS Publ., 1999, 384 p. (In Ukr.)

11. Babak V. P., Bilec'kyj A. Ja., Prystavka O. P., Prystavka P. O. *Statystychna obrobka danyh* [Statistical data processing]. Kiev, Publ. House of MIVVC, 2001, 388 p. (In Ukr.)

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ю. А. Гончар

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

Аннотация. На основе теоретического и эмпирического исследования эмоциональных особенностей детей с аномалиями развития в связи с недостаточностью двигательной сферы, с задержанным психическим развитием конституционального происхождения и с искаженным психическим развитием (согласно классификации психического дизонтогенеза К. С. Лебединской и В. В. Лебединского, 2006) разработана модель оценки эмоциональных особенностей детей с психофизическими нарушениями. Модель включает комплекс исследований функций эмоций с позиций функционирования, ограничений жизнедеятельности и факторов контекста, и может быть важной составляющей для оценки социальной адаптации в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков. В статье представлено изучение эмоций детей с психофизическими нарушениями старшего дошкольного и младшего школьного возраста: эмоциональные особенности детей с детским церебральным параличом, задержкой психического развития и расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: эмоциональные особенности, дети с психофизическими нарушениями.

THE IMPROVEMENT OF THE EMOTIONAL STATE ASSESSMENT OF CHILDREN WITH PSYCHOPHYSICAL IMPAIRMENTS

Y. A. Gonchar

State Institution "Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine"

Summary. The new approach to the emotional characteristics of children assessment was designed, basing on theoretical and empirical research of emotional peculiarities of children with psychophysical disorders on the example of children with the restrictions of the motor areas, children of detained mental development of constitutional origin and children with distorted mental development (according to the classification of mental dysontogenesis by K. S. Lebedinskaya and V. V. Lebedinskiy, 2006). It was developed a model for assessing the emotional characteristics of children with psychophysical disorders, which included a complex of studies on the emotional functions from the standpoint of functioning, life constraints and context factors, and could be the important component for assessing social adaptation within the framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Adolescents. The article presents the study on the emotions of children with psychophysical disorders of different ages (senior preschool and younger school age).

Key words: emotional peculiarities, children with psychophysical disabilities.

Гончар Юлія Олександрівна – молодший науковий співробітник групи психоневрології, психотерапії та медичної психології відділу медико-соціальної експертизи та реабілітації при внутрішніх, нервових хворобах і психосоматичних розладах, ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро, Україна; e-mail: gonchar.yulia@gmail.com.

Гончар Юлия Александровна – младший научный сотрудник группы психоневрологии, психотерапии и медицинской психологии отдела медико-социальной экспертизы и реабилитации при внутренних, нервных болезнях и психосоматических расстройствах, ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: gonchar.yulia@gmail.com.

Gonchar Yulia – Junior Research Fellow, Scientific Group of Psychoneurology, Psychotherapy and Medical Psychology, Department of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Inner, Nervous Diseases and Psychosomatic Disorders, State Institution "Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: gonchar.yulia@gmail.com.



С. І. Коломієць

УДК: 159.923-053.6;616.711-007.55-071.3

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

С. І. Коломієць

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

Анотація.

Метою дослідження було визначення характерних особливостей психоемоційної та особистісної сфери підлітків, які мають сколіотичні прояви різного ступеня вираженості. Для реалізації поставленого завдання було використано теоретико-методологічний аналіз проблеми, а також соціально-демографічний, статистичний і клініко-психологічний методи. Вибірка дослідження включала 169 осіб (85 дівчат і 84 юнаки) віком 14–16 років, у яких було діагностовано сколіоз різного ступеня. Аналіз отриманих даних дозволив виявити переважання у групах обстежених депресії різного ступеня тяжкості. При цьому встановлено, що у переважній більшості підлітків з III і IV ступенем сколіозу спостерігалися депресивні прояви помірного і важкого рівня. Встановлено також, що майже всі пацієнти цієї категорії мали низькі показники за факторами «Оцінка», «Сила» і «Активність». Що стосується ставлення до хвороби, то в обстежених переважали дезадаптивні типи: сенситивний, неврас-тенічний, тривожний і меланхолійний.

Ключові слова: підлітки, сколіоз, психоемоційні особливості, особистісні особливості.

Вступ

Сколіоз (або викривлення хребта) є одним із найбільш поширених захворювань опорно-рухового апарату у дітей, і до закінчення росту організму може досягти вищого ступеня. На жаль, ця патологія останніми роками має тенденцію до прогресування [1–4], і зараз розповсюдженість цього важкого захворювання у ранньому віці вражає, за даними різних авторів, від 3–5 до 33,00% [2; 4; 5] молоді. При цьому відсоток захворювань кістково-м'язової системи, що обумовлюють первинну інвалідність у дітей і підлітків, пропорційно зростає зі збільшенням віку [4].

Проведені останніми роками дослідження свідчать, що кількість людей, які мають обмежені фізичні можливості внаслідок захворювань опорно-рухового апарату, становить приблизно 10,00% загального контингенту осіб з інвалідністю – третє місце в її структурі [2–5]. Серед ортопедичних патологій, які обумовлюють інвалідність, найчастіше зустрічаються захворювання хребта – їх частка складає 35,00%, що відповідає другому-третьому місцям в інвалідизації пацієнтів із захворюваннями кістково-м'язової системи [2]. Тож проблема інвалідності внаслідок сколіозу є частиною величезної проблеми інвалідизації у всьому світі [3; 5–8]. Тому, як в Україні, так і за кордоном досить гостро стоїть проблема надання спеціалізованої допомоги дітям та підліткам з травматолого-ортопедичною патологією [3–5; 7].

Мета дослідження

Метою даного дослідження було визначення характерних особливостей психоемоційної та особистісної сфери підлітків, які мають сколіотичні прояви різного ступеня вираженості.

Матеріали та методи дослідження

У процесі дослідження використано теоретико-методологічний аналіз проблеми, а також соціально-демографічний, статистичний та клініко-психологічний методи.

Тривожність як особистісна характеристика визначалася за опитувальником А. М. Прихожан; для оцінки рівнів агресивності та наявності деструктивних тенденцій використано опитувальник Баса–Дарки; для виявлення особливостей самооцінки застосовано методіку особистісного диференціалу (ОД); для вивчення типу ставлення до хвороби використовувався особистісний опитувальник інституту імені В. М. Бехтерева (тест ЛОБІ) [9].

Статистична обробка отриманих даних та побудова діаграм виконувалася за допомогою програм Excel та статистичного пакету Statistica 7.0. for Windows. Під час роботи також використовувалися t-критерій Стюдента, U-критерій Манна–Уїтні, j-критерій Фішера та c2-критерій Пірсона. В усіх випадках порівнянь визначалася ймовірність розходжень p (розходження враховувались як статистично значущі при $p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення

Виконано обстеження 184 підлітків віком 14–16 років, у яких було діагностовано сколіоз різного ступеня. За критеріями включення–виключення до подальшого дослідження було відібрано 169 осіб обох статей; серед обстежених було 85 дівчат та 84 юнака, що у відсотках склало відповідно 50,30% та 49,70%. Було виділено 2 основні групи за ступенем сколіозу. До Г1 увійшли 96 осіб з I та II ступенем сколіозу, з них 47 дівчат (Г1(д)) та 49 юнаків (Г1(ю)); до Г2 включено 73 особи з III та IV ступенем, серед яких 38 дівчат (Г2(д)) та 35 юнаків (Г2(ю)).

Таблиця 1

Розподіл досліджених за місцем навчання (n, %)

Місце навчання	Г1(д) n=47		Г1(ю) n=49		Г2(д) n=38		Г2(ю) n=35	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Школа	34	72,34	35	71,43	32	84,21	30	85,71
Коледж (училище)	13	27,66	14	28,57	6	15,79	5	14,29

Як свідчать дані, наведені у табл. 1, більшість досліджених підлітків були учнями загальноосвітніх шкіл (77,51% із загальної кількості досліджених).

Таблиця 2

Розподіл досліджених за шкільною успішністю (n, %)

Середній бал	Г1(д) n=47		Г1(ю) n=49		Г2(д) n=38		Г2(ю) n=35	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10–12	10	21,28	8	16,33	6	15,79	4	11,43
7–9	24	51,06	25	51,02	22	57,90	20	57,14
4–6	13	27,66	16	32,65	10	26,31	11	31,43

За даними табл. 2 більш ніж половина досліджених кожної з груп мали середній рівень шкільної успішності (7–9 балів). Деяко вищим був рівень шкільної успішності в групах Г1(д) та Г1(ю) порівняно з Г2(д) та Г2(ю).

Таблиця 3

Розподіл досліджених за рівнем достатку в родині

Рівень достатку	Г1(д) n=47		Г1(ю) n=49		Г2(д) n=38		Г2(ю) n=35	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Високий	5	10,64	6	12,24	4	10,53	4	11,43
Середній	29	61,70	31	63,27	24	63,16	22	62,86
Низький	13	27,66	12	24,49	10	26,31	9	25,71

Більшість родин, до яких належали підлітки досліджених груп, мали середній або низький рівень достатку (табл. 3): Г1(д) – 89,36%; Г1(ю) – 87,76%; Г2(д) – 89,47%; Г2(ю) – 88,57%. Лише приблизно 10,00% сімей у кожній з груп оцінювали власний рівень достатку як високий.

Серед психоемоційних характеристик підлітків зі сколіозом вивчали також рівень тривожності, наявність депресивних тенденцій, рівень агресивності.

Таблиця 4

Розподіл досліджених за рівнем особистісної тривожності (середній бал)

Рівень тривожності	Г1(д) n=47	Г1(ю) n=49	Г2(д) n=38	Г2(ю) n=35
Шкільна	25,40	21,30	29,00	27,20
Самооціночна	29,30	26,40	33,20	29,70
Міжособистісна	28,90	26,00	32,80	28,40
Магічна	26,80	20,50	29,60	23,10
Загальна	110,40	94,20	124,60	108,40

Дані, наведені у табл. 4, свідчать про наявність гендерної різниці щодо рівня загальної тривожності. Так, у групах дівчат із різним ступенем сколіозу рівень загальної тривожності був достовірно вищим порівняно з групами юнаків: Г1(д) – 110,40 балів, Г1(ю) – 94,20 балів, ($p \leq 0,05$); Г2(д) – 124,60 балів, Г2(ю) – 108,40 балів, ($p \leq 0,05$). Найбільш високими, відносно інших окремих шкал тривожності, були показники за рівнями самооціночної та міжособистісної тривожності у всіх групах дослідження. Дані таблиці свідчать, що тривожні прояви дещо збільшувалися у відповідності зі зростанням важкості фізичних порушень при сколіозі ($p \leq 0,05$). Виявлено, що порівняно з групами юнаків вищі показники за всіма шкалами тривожності у групах дівчат – (Г1(д) та Г2(д)); при цьому гендерна різниця є достовірною між групами Г2(д) та Г2(ю), ($p \leq 0,05$).

Слід зазначити, що максимальні показники розбіжності між представниками різної статі серед осіб з I та II ступенем сколіозу виявлені за шкалою загальної тривожності (16,20 бала) та шкільної тривожності (4,10 бала). У групі осіб з III та IV ступенем сколіозу максимальні показники різниці виявлені за шкалами загальної тривожності (16,20 бали) та магійної тривожності (6,50 бали). Таким чином, можна стверджувати, що досліджені підлітки зі сколіозом характеризувалися невпевненістю у собі, тенденцією до самозвинувачення та труднощами у створенні міжособистісних стосунків, що є характерним взагалі для осіб підліткового віку.

Розподіл досліджених за рівнями агресії наведено у табл. 5. Дані табл. 5 дають уявлення про те, що рівень агресивності за всіма шкалами збільшувався одночасно зі збільшенням ступеня порушень при сколіозі – різниця між Г1(д) і Г2(д) та Г2(ю) і Г2(ю) є

Таблиця 5
Розподіл досліджених за рівнем агресивності (середній бал)

Шкали	Г1(д) n=47		Г1(ю) n=49		Г2(д) n=38		Г2(ю) n=35	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Фізична агресія	2,30		3,10		3,40		4,00	
Непряма агресія	3,50		3,30		4,40		4,30	
Роздратованість	3,20		3,40		4,50		4,60	
Негативізм	2,90		3,60		3,80		4,50	
Образливість	3,50		2,80		4,80		3,90	
Підозрюваність	2,80		3,10		3,90		4,10	
Вербальна агресія	2,40		3,20		3,30		4,00	
Почуття провини	3,40		2,70		4,30		3,50	

достовірною; ($p \leq 0,05$). Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що вищі показники майже за всіма шкалами агресивності мали юнаки порівняно з групами дівчат. Так, найбільшу гендерну різницю (у 0,8 балу) серед осіб з I та II ступенем сколіозу (Г1) виявлено за шкалами фізичної та вербальної агресії, за шкалою негативізму така різниця склала 0,7 балу. У групі осіб з III та IV ступенем сколіозу (Г2) максимальні показники різниці (у 0,7 балу) виявлені за шкалами вербальної агресії та негативізму, а шкала фізичної агресії – на третьому місці (0,6 балу). За шкалами образливості та почуття провини (по 0,7 балу) виявлена зворотня різниця, тобто при I та II ступені сколіозу (Г1) вищі показники відзначалися у дівчат, а не в юнаків. Зі зростанням ступеня сколіозу (до III та IV) гендерна різниця за даними шкалами також збільшувалася, і за показниками в групах Г2 зросла до 0,9 та 0,8 балів відповідно.

Таким чином, слід зазначити, що зі зростанням ступеня сколіозу хлопці більш схильні до проявів негативізму та фізичної й вербальної агресії, а у дівчат збільшується почуття провини та образливість.

Наступною психоемоційною характеристикою, яку вивчали у межах дослідження, був рівень депресії (табл. 6).

Таблиця 6
Розподіл досліджених за рівнем депресії (n, %)

Рівень депресії	Г1(д) n=47		Г1(ю) n=49		Г2(д) n=38		Г2(ю) n=35	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Немає депресії	8	17,02	11	22,45	2	5,26	3	8,57
Легкий	17	36,17	20	40,82	9	23,68	12	34,29
Помірний	21	44,68	18	36,73	24	63,16	18	51,43
Важкий	1	2,13	0	0,00	3	7,90	2	5,71

Дані табл. 6 свідчать про переважання в групах досліджених осіб з проявами депресії різного ступеня важкості. При цьому в Г2(д) та Г2(ю) значну більшість склали особи з помірним та важким рівнем депресивних проявів: у

Г2(д) – 71,06%, у Г2(ю) – 57,14%; при цьому різниця між Г2(д) та Г2(ю) є достовірною ($p \leq 0,05$).

Достовірну різницю також відзначено між групами осіб із різним ступенем сколіозу без проявів депресії. Так, дівчат, в яких не було визначено ознак депресії, в Г1(д) на 11,76% більше порівняно з Г2(д). Схожі тенденції спостерігалися й у групах юнаків: у Г1(ю) осіб без проявів депресії було на 13,88% більше порівняно з Г2(ю) ($p \leq 0,05$).

Таблиця 7
Розподіл досліджених за показниками самооцінки за опитувальником ОД (середній бал)

Рівень	Г1(д) n=47		Г1(ю) n=49		Г2(д) n=38		Г2(ю) n=35	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Фактор «Оцінка»								
Високий	2	4,26	5	10,20	0	0,00	1	2,86
Середній	19	40,43	21	42,86	6	15,79	7	20,00
Низький	26	55,31	23	46,94	32	84,21	27	77,14
Фактор «Сила»								
Високий	4	8,51	8	16,33	0	0,00	2	5,71
Середній	23	48,94	25	51,02	10	26,32	11	31,43
Низький	20	42,55	16	32,65	28	73,68	22	62,86
Фактор «Активність»								
Високий	7	14,89	10	20,41	3	7,89	5	14,29
Середній	27	57,45	28	57,14	19	50,00	18	51,43
Низький	13	27,66	11	22,45	16	42,11	12	34,28

У результаті дослідження виявлено, що майже всі підлітки з III та IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Оцінка», що свідчить про критичне ставлення до себе та низький рівень самоповаги, демонструє наявність труднощів із прийняттям себе як особистості та невизнання власних соціально схвалюваних якостей. Отже, таких пацієнтів можна характеризувати як осіб, які незадоволені власними досягненнями та поведінкою і мають недостатній рівень прийняття себе.

Тенденція до зниження самооцінки спостерігалася і у підлітків з I та II ступенем сколіозу, проте в цих групах показники були достовірно кращими порівняно з Г2(д) та Г2(ю); низькі показники за фактором «Оцінка» мали 55,31% дівчат, що на 28,90% менше, ніж у Г2(д), та 46,94% юнаків – це на 30,20% менше порівняно з Г2(ю).

Надалі оцінювали фактор «Сила» в самооцінці, який свідчить про розвиток вольових якостей особистості та демонструє, як вони усвідомлюються досліджуваним. Його високі значення говорять про впевненість у собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях.

При аналізі отриманих даних встановлено, що достовірно більша кількість дівчат та юнаків з III та IV ступенями сколіозу ($p \leq 0,05$) мали нижчі показники за фактором «Сила», ніж особи із I та II ступенями сколіозу. Тобто дослідже-

ні групи Г2 сприймають себе як осіб, залежних від зовнішніх обставин, нездатних домагатися бажаного, контролювати ситуацію, наполягати на своєму. У цілому, це вказує на недостатній самоконтроль та на неможливість даної категорії осіб дотримуватися обраної лінії поведінки не зважаючи на зовнішні обставини.

На відміну від групи Г2, досліджені групи Г1 демонструють максимальні показники за шкалою «Сила» у середньому рівні: серед дівчат показник склав 48,94%, а серед юнаків – 51,02%, при цьому відзначається і достовірна різниця $p \leq 0,05$. Це свідчить про достатню впевненість у собі та схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях.

За фактором «Активність» більшість осіб усіх груп досліджуваних мали високий та середній показники: Г1(д) – 72,34%, Г1(ю) – 77,55%; Г2(д) – 57,89%, Г2(ю) – 65,72%. Кількість пацієнтів із низькими показниками за цим фактором була достовірно більшою у групах підлітків з III та IV ступенями сколіозу – різниця між Г1(д) та Г2(д) складає 4,45 балів, ($p \leq 0,05$), а різниця між Г1(ю) та Г2(ю) – 11,83 бали ($p \leq 0,05$). Досліджені з низьким рівнем активності характеризували себе як нетовариських, неактивних, відчували зниження енергійності, замкненість, стриманість.

Розподіл щодо типу ставлення до захворюваності наведений у табл. 8. Найчастіше у групах обстежених зустрічались особи з сенситивним, неврастенічним, тривожним та меланхолічним типами ставлення до хвороби.

Сенситивний тип спостерігався у Г1(д) у 21,28%; Г1(ю) – у 8,16%; а у Г2(д) – у 13,16%; Г2(ю) – у 8,57%. Схильність до цього типу проявлялася у надмірному хвилюванні щодо несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про хворобу, також у побоюваннях, що оточуючі стануть унікати хворого, вважати його неповноцін-

ним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати несприятливі чутки про причину і природу захворювання.

Неврастенічний тип ставлення до хвороби було виявлено у Г1(д) – у 10,64%; Г1(ю) – у 16,33%; у Г2(д) – у 10,52%; у Г2(ю) – у 20%. У них спостерігалися спалахи роздратування, агресії, особливо за наявності неприємних відчуттів або у випадках неефективності лікування. Хворі з таким типом ставлення до хвороби схильні звинувачувати інших у виникненні захворювання, а також приписувати їм байдуже ставлення до себе.

Тривожний тип відзначено у Г1(д) – у 19,15%; у Г1(ю) – у 12,25%; у Г2(д) – у 18,42%; Г2(ю) – у 14,29%. Характерними у даному випадку були впевненість у несприятливому перебігу хвороби, занепокоєння щодо можливих ускладнень, віра в неефективність лікування, постійний пошук нових способів терапії, загальний тривожний стан.

Меланхолічний тип виявлено у Г1(д) – у 17,02%; у Г1(ю) – 10,20%; у Г2(д) – 13,16%; у Г2(ю) – 8,57%. У таких пацієнтів спостерігалися пригніченість хворобою, невіра в одужання та в ефективність лікування навіть за наявності об'єктивних ознак покращення.

На другому місці за частотою в досліджених групах – іпохондричний, апатичний, егоцентричний та дисфоричний типи ставлення до хвороби.

Іпохондричний тип зустрічався в Г1(д) – 12,76%; у Г1(ю) – у 8,16%; у Г2(д) – у 13,16%; у Г2(ю) – у 8,57% та проявлявся у надмірному зосередженні на суб'єктивних відчуттях і перебільшенні їх значення. Ці пацієнти вважали себе невиліковно хворими, не здатними до праці; виявлялися також острах побічної дії процедур та бажання постійно розповідати оточуючим про симптоми хвороби.

Таблиця 8

Розподіл досліджених за типами ставлення до хвороби (середній бал)*

Тип	Г1(д) n=47		Г1(ю) n=49		Г2(д) n=38		Г2(ю) n=35	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Гармонійний	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Ергопатичний	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Анозогнозичний	0	0,00	3	6,12	0	0,00	0	0,00
Тривожний	9	19,15	6	12,25	7	18,42	5	14,29
Іпохондричний	6	12,76	4	8,16	5	13,16	3	8,57
Неврастенічний	5	10,64	8	16,33	4	10,52	7	20,00
Меланхолічний	8	17,02	5	10,20	5	13,16	3	8,57
Апатичний	4	8,51	7	14,29	5	13,16	4	11,43
Сенситивний	10	21,28	4	8,16	5	13,16	3	8,57
Егоцентричний	2	4,26	5	10,20	4	10,52	3	8,57
Паранояльний	0	0,00	2	4,09	1	2,63	3	8,57
Дисфоричний	3	6,38	5	10,20	2	5,27	4	11,43

Примітка: * – різниця достовірна ($p < 0,05$).

Досить часто серед підлітків зустрічався **апатичний тип** ставлення до хвороби, так у Г1(д) його було виявлено – 8,51 %; у Г1(ю) – у 14,29 %, у Г2(д) – у 13,16 %, а у Г2(ю) – у 11,43 %. Пацієнтів цього типу характеризували повна байдужість до власної долі, до ускладнень у перебігу захворювання, до результатів лікування. Наявною була тенденція до пасивного підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні зі сторони, втрата інтересів, апатія.

У значній кількості випадків у досліджених групах виявлено **дисфоричний тип** ставлення до власного захворювання: в Г1(д) – у 6,38 %; в Г1(ю) – у 10,20 %; Г2(д) – у 5,27 %; у Г2(ю) – у 11,43 %. У даному випадку домінували похмуро-агресивний настрій, негативне ставлення до здорових оточуючих, спалахи крайньої розлюченості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших, вимоги особливої уваги до себе, підозрілість до процедур і лікування, деспотичне ставлення до близьких із вимаганнями у всьому догоджати хворому.

Випадки **з паранояльним типом** ставлення до хвороби були поодинокими: у Г1(ю) – 4,09 %, у Г2(д) – 2,63 % та у Г2(ю) – 8,57 %. Для пацієнтів із паранояльним типом типовою була впевненість у тому, що їхня хвороба – це результат втілення чийогось наміру. Також спостерігалися надзвичайна підозрілість до ліків і процедур, прагнення приписувати можливі ускладнення та побічні ефекти ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу, звинувачення і вимагання покарання у зв'язку з цим.

Анозогностичний тип ставлення до хвороби було виявлено лише серед підлітків Г1(ю) у 6,12 % випадків. Такі пацієнти активно відкидали думки про хворобу та її можливі наслідки. У зв'язку з цим нерідко характерними були відмова від обстеження та лікування, бажання «розібратися самому» і

«обійтися власними силами», надія на те, що «саме все минеться».

Гармонійного та ергопатичного типів у даній виборці не спостерігалося.

Таким чином, в результаті проведеного аналізу отриманих під час дослідження даних виявлено гендерну різницю щодо рівня загальної тривожності: у групах дівчат з різним ступенем сколіозу рівень загальної тривожності був достовірно вищим порівняно з групами юнаків ($p \leq 0,05$). Тривожні прояви збільшувались відповідно до зростання важкості фізичних порушень при сколіозі ($p \leq 0,05$).

Високі показники майже за всіма шкалами агресивності мали здебільшого юнаки порівняно з групами дівчат ($p \leq 0,05$). Також відзначено, що рівень агресивності за всіма шкалами збільшувався одночасно зі збільшенням ступеня порушень при сколіозі (різниця між Г1(д) та Г2(д), як і між Г2(ю) та Г2(ю) є достовірною; $p \leq 0,05$).

Висновки

Дані, отримані в результаті дослідження, свідчать про переважання в групах досліджених осіб з проявами депресії різного ступеня важкості. При цьому в Г2(д) та Г2(ю) переважну більшість складала особи з помірним та важким рівнем депресивних проявів, різниця між Г2(д) та Г2(ю) є достовірною ($p \leq 0,05$).

Під час дослідження виявлено, що майже всі підлітки з III та IV ступенем сколіозу мали низькі показники за факторами «Оцінка», «Сила» та «Активність», при цьому кількість опитаних із низькими показниками за зазначеними факторами була достовірно більшою у групах підлітків з III та IV ступенем сколіозу (різниця між Г1(д) та Г2(д) є достовірною, ($p \leq 0,05$; різниця між Г1(ю) та Г2(ю) є достовірною ($p \leq 0,05$).

Стосовно ставлення до хвороби переважали дезадаптивні типи: сенситивний, неврастенічний, тривожний та меланхолічний.

Література

1. Гитт В. Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов / В. Д. Гитт. – М. : ЦПФС «Единение», 2010. – 128 с.
2. Садовая Т. Н. Скрининг деформаций позвоночника у детей как компонент охраны здоровья населения / Т. Н. Садовая, И. А. Цыцорина // Политравма. – 2011. – № 3. – С. 23–28.
3. Михайленко Г. В. Огляд сучасних підходів до застосування засобів фізичної реабілітації при сколіотичній хворобі / Г. В. Михайленко, В. Т. Рубан, Т. Г. Рубан // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2013. – № 3. – С. 154–157.
4. Саломова Ф. И. Особенности физического развития школьников с нарушениями осанки / Ф. И. Саломова // Профилактическая и клиническая медицина. 2008. – № 4. – С. 48–50.
5. Dewald R. Spinal Deformities / R. Dewald. – Publication : Thieme, 2011. – 861 p.
6. Сутула А. В. Ставлення батьків щодо розвитку порушень постави дітей / А. В. Сутула // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 5 (2). – С. 131–135.
7. Хватова М. В. Лабильность нервной системы подростков и ее психологические и физиологические корреляты / М. В. Хватова, А. Д. Ноздрачев // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 3, Биология. – 2007. – № 3. – С. 54–64.
8. Weinstein S.L. Adolescent idiopathic scoliosis / S.L. Weinstein // The Lancet. – 2008. – Vol. 371(9623). – P. 1527.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский. – М. : Бахрах-М, 2011. – 672 с.

References

1. Gitt V. D. Zdorovyj pozvonochnik. Lechenie narushenij osanki i teloslozheniya, skoliozov, osteokhondrozov [Healthy spine. Treatment of disorders of posture and physique, scoliosis, osteochondrosis]. Moscow, Publ. House of CPFU «Unity», 2010, 128 p. (In Russ.)
2. Sadovaya T. N., Tsytsorina I. A. Skrinig deformatsiy pozvonochnika u detey kak komponent okhrany zdorov'ya naseleniya [Screening of spinal deformities in children as a component of public health protection]. Politravma [Polytrauma], 2011, no. 3, pp. 23-28. (In Russ.)
3. Myhajlenko G. V., Ruban V. T., Ruban T. G. Ogljad suchasnyh pidhodiv do zastosuvannja zasobiv fizychnoi' reabilitacii' pry skoliotychnij hvorobi [Review of current approaches to the use of physical rehabilitation in scoliotic disease]. Slobozhans'kyj naukoivo-sportyvnyj visnyk [Slobozhansky scientific and Sports Bulletin], 2013, no. 3, pp. 154-157. (In Ukr.)
4. Salomova F. I. Osobennosti fizicheskogo razvitiya shkol'nikov s narusheniyami osanki [Peculiarities of physical development of schoolchildren with impaired posture]. Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina [Preventative and Clinical Medicine], 2008, no. 4, pp. 48-50. (In Russ.)
5. Dewald R. Spinal Deformities. Publication, Thieme, 2011, 861 p.
6. Sutula A. V. Stavlenija bat'kiv shhodo rozvytku porushen' postavy ditej [Parental attitudes regarding violations of bearing children]. Slobozhans'kyj naukoivo-sportyvnyj visnyk [Slobozhansky scientific and Sports Journal], 2012, no. 5(2), pp. 131-135. (In Ukr.)
7. Khvatova M. V., Nozdrachev A. D. Labil'nost' nervnoy sistemy podrostkov i ee psikhologicheskie i fiziologicheskie korrelyaty [Lability of the nervous system of adolescents and their psychological and physiological correlates]. Vestnik Sankt-Peterburgskogo un-ta. Ser. 3. Biologiya [Bulletin of St. Petersburg University. Ser. 3. Biology], 2007, no. 3, pp. 54-64. (In Russ.)
8. Weinstein S. L. Adolescent idiopathic scoliosis. The Lancet, 2008, vol. 371(9623), pp. 1527.
9. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika [Practical psychodiagnostics]. Moscow, Bakhrahk-M Publ., 2011, 672 p. (In Russ.)

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ

С. И. Коломиец

Национальный медицинский университет
имени А. А. Богомольца

Аннотация. Целью исследования было определение характерных особенностей психоэмоциональной и личностной сферы подростков, имеющих сколиотические проявления различной степени выраженности. Для реализации поставленной задачи были использованы теоретико-методологический анализ проблемы, а также социально-демографический, статистический и клинико-психологический методы. Выборка исследования включала 169 человек (85 девушек и 84 юноши) в возрасте 14–16 лет, у которых был диагностирован сколиоз различной степени. Анализ полученных данных позволил выявить преобладание в группах обследованных депрессии различной степени тяжести. При этом установлено, что у подавляющего большинства подростков с III и IV степенью сколиоза наблюдались депрессивные проявления умеренного и тяжелого уровня. Установлено также, что почти все пациенты этой категории имели низкие показатели по факторам «Оценка», «Сила» и «Активность». Что касается отношения к болезни, то у обследованных преобладали дезадаптивные типы: сенситивный, неврастенический, тревожный и меланхолический.

Ключевые слова: подростки, сколиоз, психоэмоциональные особенности, личностные особенности.

PSYCHOEMOTIONAL AND PERSONAL PECULIARITIES OF ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS

S. I. Kolomiets

O. O. Bogomolets National Medical University

Summary. The purpose of this study was to determine the characteristic features of the psychoemotional and personal sphere of adolescents with scoliosis manifestations of varying severity. To reach the goal, the following methods were used: the theoretical and methodological analysis of the problem, as well as socio-demographic, statistical and clinical-psychological methods. The sample included 169 people (including 85 girls and 84 boys) aged 14-16 who had scoliosis of varying degrees. Analysis of the obtained data revealed the prevalence in the groups of the investigated persons of depression of varying severity. It was established that almost all adolescents with grade III and IV scoliosis had low indicators for the factors "Evaluation", "Strength" and "Activity", while the number of respondents with low indicators for these factors was significantly higher in the groups of adolescents from the III and IV degree Scoliosis. As for the attitude towards the disease, disadaptive types: sensitive, neurasthenic, anxious and melancholic were predominant among patients.

Key words: adolescents, scoliosis, psycho-emotional features, personality traits.

Коломієць Соломія Ігорівна – аспірантка кафедри загальної і медичної психології та педагогіки, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: dgylia-as@rambler.ru.

Коломиец Соломия Игоревна – аспирантка кафедры общей и медицинской психологии и педагогике, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: dgylia-as@rambler.ru.

Solomia Kolomiets – Postgraduate Student of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogy, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: dgylia-as@rambler.ru.



I. P. Мухаровська

УДК: 616.89:616-006-052

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

I. P. Мухаровська

Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ, Україна

Анотація.

У цьому дослідженні було підтверджено, що онкопатологія суттєво знижує якість життя хворих, відображається на психоемоційному та фізичному стані, міжособистісних стосунках. На кожному з етапів протипухлинного лікування відзначалося погіршення параметрів якості життя, однак зі збільшенням тривалості хвороби негативний вплив прогресивно зростає. Найбільш ураженою сферою функціонування було фізичне та психічне благополуччя. Соматичне нездоров'я знижувало працездатність та можливості самообслуговування і незалежності у діях. Хвороба актуалізувала відчуття неповної особистісної та духовної самореалізації. Гендерний аналіз виявив, що у жінок з онкопатологією були нижчими показники психологічного благополуччя, у чоловіків – міжособистісної взаємодії, соціо-емоційної та суспільної підтримки. Отримані дані підкреслюють надзвичайну значущість психокорекції психоемоційної та гармонізації міжособистісних сфер як важливих компонентів психологічної допомоги, спрямованих на покращення якості життя онкологічних пацієнтів.

Ключові слова: онкологічні пацієнти, якість життя, психологічна допомога, психоонкологія.

Вступ

Онкологічні захворювання становлять значну медичну, психологічну та соціальну проблему [1]. В Україні реєструється вищий рівень захворюваності щодо онкології порівняно з світовими стандартами – 384,90 проти 229,30/100 тис. населення [2]. За даними Національного канцер-реєстру за 2014 р., розподіл нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення за стадіями показав, що 52,80% з них були виявлені у I–II стадії розвитку пухлини, 17,50% – у III стадії і 14,90% – у IV стадії.

Онкопатологія викликає суттєві зрушення у фізичному та психічному стані хворих. Вона призводить до часткової чи повної втрати працездатності внаслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного 6-го пацієнта (79,00/100 тис. населення). Летальність в онкології становить 51,30%; не проживає й року після встановлення діагнозу 31,40%; смертність складає 188,40/100 тис. населення. Через те, що 40,00% хворих серед чоловіків та 26,60% поміж жінок – особи працездатного віку, формується потужний прошарок населення, який виключається з активного соціального життя [2].

Про психічне травмування онкологічних хворих свідчить висока поширеність психічних розладів серед цього контингенту, що становить, за даними різних авторів, від 44 до 62,00% [3–5]. Окрім клінічно окресле-

них порушень психічної сфери, у пацієнтів виявляють широкий спектр різних форм психологічної дезадаптації [6–9]. Варто окремим зазначити, що на термінальному етапі хвороби (внаслідок втрати хворими фізичного здоров'я та здатності до самообслуговування) значення родини зростає в рази. Тож онкологічного пацієнта оточують приблизно 4–7 осіб, які тією чи іншою мірою залучені до підтримки та догляду, і вони також переживають інтенсивний психічний дистрес [10]. Емоційному травмуванню в онкології підлягає і медичний персонал, який занурений у складну психологічну атмосферу [11].

Протипухлинна терапія має потужний арсенал боротьби з хворобою: хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний методи. Проте хронічний перебіг та прогресування захворювання, характерні для онкологічних хвороб, роблять особливо важливим вплив оточуючих на якість життя хворих – підвищення їхнього фізичного та психологічного благополуччя.

Мета дослідження

Вивчення якості життя в онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2014–2016 років. Було обстежено 80 онкологічних пацієнтів (ГД) у

процесі діагностики, остаточного підтвердження діагнозу та вибору методів терапії; 187 осіб (ГП), які проходили протипухлинне лікування вперше, та 155 онкохворих (ГВ), які звернулися по допомогу повторно внаслідок прогресування чи рецидиву захворювання.

З діагностичного інструментарію було використано опитувальник якості життя Mezzich. Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати дослідження та їх обговорення

У пацієнтів, які проходили діагностику та лікування у зв'язку з онкологічним захворюванням, виявлено зниження якості життя. Найбільш ураженою сферою було фізичне та психічне здоров'я. Погіршення соматичного благополуччя обумовлювалося наявністю онкологічної патології з притаманною кожній конкретній нозології клінічною симптоматикою.

Зрушення у психічному функціонуванні виникали у відповідь на стрес, пов'язаний із захворюванням. Фізичні негаразди знижували працездатність та деякою мірою – можливості самообслуговування та незалежність у діях. Зменшення самоконтролю та рівня турботи про себе пояснюються і наявністю хвороби як такої (особливо виразно це проявлялося в осіб похилого віку), і явищами психічної дезорганізації, потреби у зовнішній підтримці при зіткненні з сильною стре-

совою ситуацією. Виявлено зниження задоволеності стосунками з іншими людьми, рівнем емоційної підтримки з боку близьких, колег. Незадоволення психосоціальним оточенням відображало існуючі особливості системи міжперсональних відносин, а також зростання потреби у сторонній співучасті. Були наявні відчуття неповної особистісної та духовної самореалізації.

У **табл. 1** наведено дані щодо показників якості життя онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу.

На етапі діагностики онкологічних пацієнтів від хворих, які отримували протипухлинне лікування вперше, відрізняли більш виражене відчуття неблагополуччя як фізичного (ГД–6,21±0,77 балів, ГП–6,60±0,56 балів), так і психічного (6,23±0,78 балів проти 6,42±0,60 балів), $p < 0,05$.

У пацієнтів, які лікувалися повторно порівняно з опитуваними на етапі діагностики та первинної протипухлинної терапії, були вищими інші показники:

- соматичного дистресу (6,21±0,77 балів у ГД та 6,60±0,56 балів у ГП проти 5,97±0,70 балів у ГВ);
- зниження працездатності (7,28±1,01 балів та 7,35±0,78 балів проти 6,84±0,82 балів);
- задоволеності життям (6,69±0,88 балів та 6,74±0,59 балів проти 6,32±0,91 балів);

Таблиця 1

Вираженість параметрів якості життя онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу ($x \pm \sigma$)

Параметри	ГД	ГП	ГВ
Фізичне благополуччя	6,21±0,77 * "	6,60±0,56 * !	5,97±0,70 ! "
Психологічне благополуччя	6,23±0,78 *	6,42±0,60 * !	6,02±0,80 !
Самообслуговування та незалежність	8,43±1,11 "	8,47±0,96 !	7,92±1,19 ! "
Працездатність	7,28±1,01 "	7,35±0,78 !	6,84±0,82 ! "
Міжособистісна взаємодія	7,20±1,00	7,20±0,87	7,20±1,03
Соціоемоційна підтримка	7,15±0,89	7,13±0,81 !	6,95±0,85 !
Суспільна та службова підтримка	6,94±0,70	6,96±0,69 !	6,77±0,69 !
Самореалізація	7,03±0,93	7,02±0,87	6,99±1,05
Духовна реалізація	6,73±0,86 "	6,78±0,77 !	6,97±0,84 ! "
Загальне сприйняття якості життя	6,69±0,88 "	6,74±0,59 !	6,32±0,91 ! "

Примітки:

достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ між групами:

- * – ГД та ГП;
- ! – ГП та ГВ;
- " – ГД та ГВ.

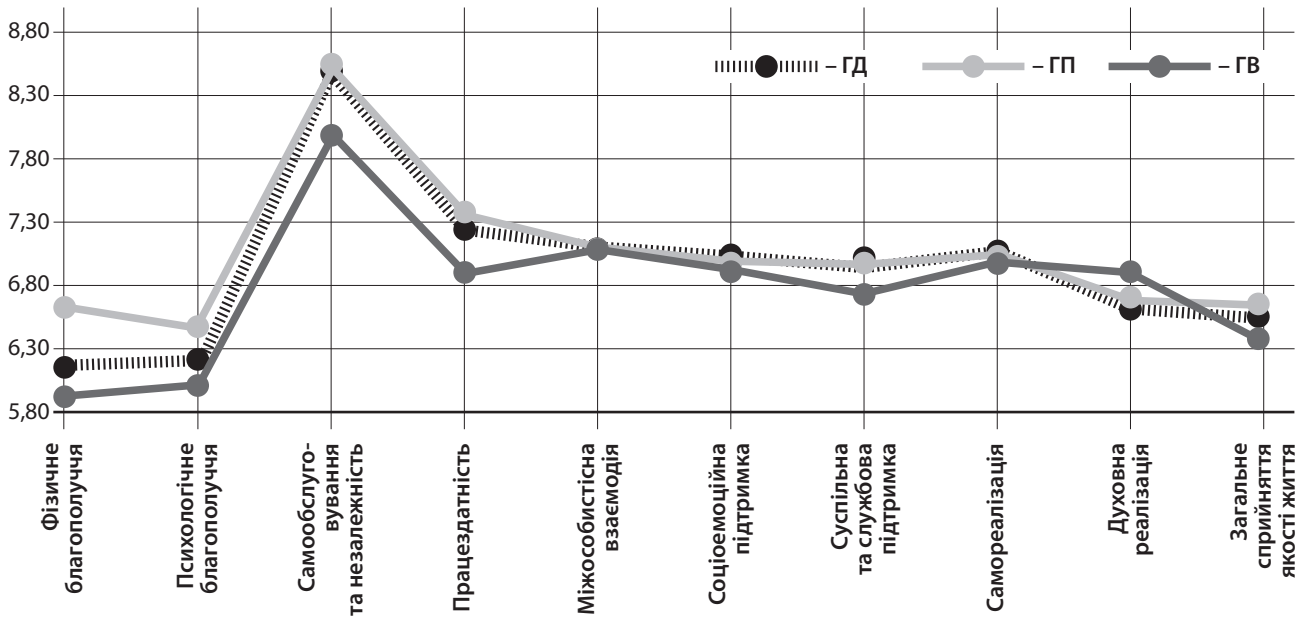


Рис 1. Зміни якості життя онкохворих у процесі перебігу захворювання

- потреби у сторонній допомозі ($8,43 \pm 1,11$ балів та $8,47 \pm 0,96$ балів проти $7,92 \pm 1,19$ балів);
- духовної реалізації ($6,73 \pm 0,86$ балів та $6,78 \pm 0,77$ балів проти $6,97 \pm 0,84$ балів), $p < 0,05$.

Також повторно госпіталізовані опитувані відрізнялися від первинних хворих вищими рівнями за досліджуваними показниками:

- психологічного неблагополуччя – $6,42 \pm 0,60$ балів у ГП проти $6,02 \pm 0,80$ балів у ГВ;
- незадоволеності соціоемоційною підтримкою – відповідно $7,13 \pm 0,81$ балів проти $6,95 \pm 0,85$ балів;
- суспільної підтримки – $6,96 \pm 0,69$ балів проти $6,77 \pm 0,69$ балів, $p < 0,05$.

Прогресування онкологічного захворювання обумовлювало зниження фізичного та психічного благополуччя, працездатності, зростання потреби у сторонній допомозі, вимог до оточення щодо підтримки (рис. 1).

Гендерний аналіз виявив, що у жінок були нижчими показники психологічного благополуччя ($6,00 \pm 0,70$ балів проти $6,53 \pm 0,67$ балів), у чоловіків – міжособистісної взаємодії ($7,35 \pm 1,11$ балів проти $7,02 \pm 0,69$ балів), соціоемоційної ($7,18 \pm 0,90$ балів проти $6,93 \pm 0,74$ балів) та суспільної підтримки ($6,96 \pm 0,70$ балів проти $6,80 \pm 0,68$ балів), $p < 0,05$ (табл. 2).

Онкологічне захворювання суттєво впливає на якість життя онкологічних пацієнтів, що особливо виразно проявляється під час прогресування хвороби, зростанні сома-

тичного дистресу, необхідності проходити повторні курси протипухлинної терапії. Аналіз отриманих даних дозволив зробити висновок, що психокорекція психоемоційної сфери та гармонізація міжособистісних відносин – важливі компоненти психологічної допомоги, спрямовані на покращення якості життя онкологічних пацієнтів.

Таблиця 2

Вираженість параметрів якості життя в онкологічних хворих у взаємозв'язку з фактором гендеру ($x \pm \sigma$)

Параметри	Жінки	Чоловіки
Фізичне благополуччя	$6,25 \pm 0,73$	$6,35 \pm 0,70$
Психологічне благополуччя	$6,00 \pm 0,70^*$	$6,53 \pm 0,67^*$
Самообслуговування та незалежність	$8,20 \pm 1,11$	$8,32 \pm 1,10$
Працездатність	$7,13 \pm 0,90$	$7,18 \pm 0,84$
Міжособистісна взаємодія	$7,35 \pm 1,11^*$	$7,02 \pm 0,69^*$
Соціоемоційна підтримка	$7,18 \pm 0,90^*$	$6,93 \pm 0,74^*$
Суспільна та службова підтримка	$6,96 \pm 0,70^*$	$6,80 \pm 0,68^*$
Самореалізація	$6,94 \pm 1,00$	$7,10 \pm 0,89$
Духовна реалізація	$6,90 \pm 0,89$	$6,77 \pm 0,72$
Загальне сприйняття якості життя	$6,52 \pm 0,73$	$6,64 \pm 0,88$

Примітка: * – $p < 0,05$.

Висновки

1. Дослідження показало, що онкологічне захворювання суттєво знижувало якість життя хворих, впливало на психоемоційний та фізичний стан, систему міжособистісних стосунків, працездатність.

2. Результати психодіагностики вказували на те, що найбільш ураженою сферою життя онкологічних хворих було фізичне та психічне здоров'я. Фізичні негаразди знижували працездатність та меншою мірою – здатність до самообслуговування та незалежності у діях. Виявлено зниження задоволеності міжособистісною взаємодією, рівнем емоційної підтримки з боку оточення, колег. Були присутніми відчуття неповної особистісної та духовної самореалізації.

3. Під час дослідження встановлено, що на кожному з етапів протипухлинного лікування відзначалося погіршення параметрів якості життя, і зі збільшенням тривалості онкологічної хвороби негативний вплив прогресивно збільшувався.

4. Гендерний аналіз виявив, що у жінок з онкопатологією були нижчими показники психологічного благополуччя, в чоловіків – міжособистісної взаємодії, соціо-емоційної та суспільної підтримки.

5. Отримані дані підкреслюють той факт, що психокорекція психоемоційної та гармонізація міжособистісної сфер – важливі компоненти психологічної допомоги, спрямовані на покращення якості життя онкологічних пацієнтів.

Література

1. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4. – С. 86–91.

2. Федоренко З. П. Рак в Україні 2013–2014 [Електронний ресурс] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович та ін. ; ред. О. О. Колеснік. – К. : Національний інститут раку, 2015. – Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm.

3. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. — Oxford University press, 2010. – 720 p.

4. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer / R. D. Nipp, A. El-Jawahri, J. N. Fishbein [et al.] // Annual of Oncology. – 2016. – Vol. 27(8). – P. 1607–1612.

5. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers / K. Z. Bambauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2006. – Issue 41, vol. 10. – P. 819–824.

6. Савин А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при

разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2015. – № 3. – С. 82–86.

7. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis / F. Walter, A. Webster, S. Scott [et al.] // Journal of Health Services Research & Policy. – 2012. – Vol. 17(2). – P. 110–118.

8. Петелин Д. С. Феномен откладывания в онкологии / Д. С. Петелин, А. В. Лукин // Психические расстройства в общей медицине. – 2015. – № 2–3. – С. 40–53.

9. Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv. Psychosom. Med. – 2007. – Vol. 27. – P. 57–71.

10. Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi / S. Lukhmana, S. K. Bhasin, P. Chhabra [et al.] // Indian Journal of Cancer. – 2015. – Vol. 52(1). – P. 146–151.

11. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review / L. Gillman, J. Adams, R. Kovac [et al.] // JBI Database System Rev Implement Rep. – 2015. – Issue 12, vol. 13(5). – P. 131–204.

References

1. Markova M. V., Piontkovs'ka O. V., Kuzhel' I. R. Stan ta perspektyvy rozvytku suchasnoi' psyhoonkologii' [State and prospects of development of modern psychooncology]. Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2012, vol. 20, issue 4, pp. 86-91. (In Ukr.)

2. Fedorenko Z. P., Gulak L. O., Myhajlovych Ju. J. [et al.] Rak v Ukraїni 2013–2014 [ed. O. O. Kolesnik] [Cancer in Ukraine 2013-2014 [ed. O. O. Kolesnik]]. Kyiv, Publ. house of National Cancer Institute, 2015. Available at: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm. (In Ukr.)

3. Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. [et al.] Psycho-Oncology. Oxford, University press, 2010, 720 p.

4. Nipp R. D., El-Jawahri A., Fishbein J. N. [et al.] Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. Annual of Oncology, 2016, vol. 27(8), pp. 1607-1612.

5. Bambauer K. Z., Zhang B., Maciejewski P. K. [et al.] Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2006, vol. 10, issue 41, pp. 819-824.

6. Savin A. I., Volodin B. Yu. Osobennosti psikhogenno obuslovlennykh psikhicheskikh rasstroystv i psikhologicheskie kharakteristiki onkologicheskikh bol'nykh pri raznykh opukholevykh lokalizatsiyakh (podkhod k probleme) [Features of psychogenic caused by mental disorders and psychological characteristics of cancer patients with different tumor localizations (approach to)]. Nauka molodykh – Eruditio Juvenium [Young Science - Eruditio Juvenium], 2015, no. 3, pp. 82-86. (In Russ.)

7. Walter F., Webster A., Scott S. [et al.] The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. Journal of Health Services Research & Policy, 2012, vol. 17(2), pp. 110-118.

8. Petelin D. S., Lukin A. V. Fenomen otkladyvaniya v onkologii [The phenomenon of postponement in oncology]. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine [Mental disorders in general medicine], 2015, no. 2-3, pp. 40-53. (In Russ.)

9. Grassi L., Biancosino B., Marmai L. [et al.] Psychological factors affecting oncology conditions. Adv. Psychosom. Med., 2007, vol. 27, pp. 57-71.

10. Lukhmana S., Bhasin S. K., Chhabra P. [et al.]

Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi. Indian Journal of Cancer, 2015, vol. 52(1), pp. 146-151.

11. Gillman L., Adams J., Kovac R. [et al.] Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep., 2015, vol. 13(5), issue 12, pp. 131-204.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

И. Р. Мухаровская

Киевский городской клинический онкологический центр

Аннотация. В этом исследовании было подтверждено, что онкопатология существенно снижает качество жизни больных, отражается на психоэмоциональном и физическом состоянии, межличностных отношениях. На каждом из этапов противоопухолевого лечения отмечалось ухудшение параметров качества жизни, однако с увеличением продолжительности болезни негативное влияние прогрессивно возрастало. Наиболее пораженной сферой функционирования было физическое и психическое благополучие. Соматическое нездоровье снижало работоспособность и возможности самообслуживания. Болезнь актуализировала ощущение неполной личной и духовной самореализации. Гендерный анализ обнаружил, что у женщин с онкопатологией были ниже показатели психологического благополучия, у мужчин – межличностного взаимодействия, социо-эмоциональной и общественной поддержки. Полученные данные подчеркивают чрезвычайную значимость психокоррекции психоэмоциональной и гармонизации межличностной сфер как важных компонентов психологической помощи, направленной на улучшение качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями.

Ключевые слова: онкологические пациенты, качество жизни, психологическая помощь, психоонкология.

QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS DURING TREATMENT PROCESS

I. R. Mukharovska

Kyiv City Clinical Cancer Center

Summary. This study confirmed that cancer significantly reduces the quality of life of patients and negatively influenced psycho-emotional and physical condition, the system of interpersonal relationships. The quality of life decreased at all stages of antitumor treatment, but the highest negative effect was found at retreatment period. The most affected area in cancer patients were physical and mental health. The physical illness also reduced independence in actions and self-care. Disease actualized feelings of incomplete personal and spiritual realization. Gender analysis revealed that women with cancer had lower rates of psychological well-being and men – interpersonal interaction, socio-emotional and social support. These data emphasize the extraordinary significance of correction of psycho-emotional and harmonizing interpersonal areas as important components of psychological help directed at improving the quality of life of cancer patients.

Key words: cancer patients, quality of life, psychological help, psychooncology.

Мухаровська Інна Романівна – к.мед.н., лікар-психолог, Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ, Україна; e-mail: mukharovska.i@gmail.com.

Мухаровская Инна Романовна – к.мед.н., врач-психолог, Киевский городской клинический онкологический центр, г. Киев, Украина; e-mail: mukharovska.i@gmail.com.

Inna Mukharovska – PhD, Candidate of Medical Sciences, doctor-psychologist, Kiev City Clinical Cancer Center, Kiev, Ukraine; e-mail: mukharovska.i@gmail.com.



О. М. Радченко

Л. І. Пилипів

УДК: 616.24-007.271-036.12-072.8-07:616.153.3-07

ЛЕПТИН КРОВІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

О. М. Радченко, Л. І. Пилипів

Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького

Анотація.

Частими коморбідними станами при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) є тривожні та депресивні розлади, які можуть бути обумовлені лептино-резистентністю та послабленням антидепресивної та анксиолітичної дії гормону жирової тканини лептину. З метою вивчення залежності вираженості симптомів тривоги та депресії у хворих на ХОЗЛ залежно від рівня лептину крові обстежено 39 хворих у фазі загострення (18 жінок та 21 чоловік), проведено анкетування за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ з гіперлептинемією рівні тривоги та депресії є істотно вищими, ніж у хворих на ХОЗЛ з нормальним вмістом лептину, як і частота виявлення клінічно виражених симптомів цих розладів. Це свідчить про необхідність проведення у даній категорії пацієнтів діагностики тривожних і депресивних розладів та потребу за їх наявності розглядати питання доцільності застосування психологічної та медикаментозної корекції.

Ключові слова: гіперлептинемія, хронічне обструктивне захворювання легень, тривога, депресія.

Вступ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується частою коморбідністю, яка негативно впливає на його перебіг, якість життя хворих та прогноз [1]. Частими коморбідними станами при ХОЗЛ є тривожні та депресивні розлади: хворі на ХОЗЛ на 85,00% більш схильні до їх розвитку, ніж здорові особи, а депресія у них зустрічається майже в 2 рази частіше [2]. Однією з причин цього вважають активацію системного запалення з підвищенням у крові його біомаркерів (С-реактивний протеїн, фактор некрозу пухлин альфа, інтерлейкін 8 та лептин). На думку багатьох учених, саме рівень гормону жирової тканини лептину відіграє важливу роль у розвитку тривоги та депресії при ХОЗЛ [3; 4]. Крім того, що лептин є прозапальним медіатором та може відігравати роль у підтримці запального процесу у хворих на ХОЗЛ [5], він характеризується також анксиолітичною та антидепресивною дією [4; 6].

Результати досліджень Дж. Карвальо-Феррейра (2015) [7] та Д. Попової зі співавт. (2016) [8] вказують на те, що підвищення рівня лептину крові асоційоване з появою депресивних та тривожних розладів незалежно від маси тіла. На противагу цьому, в іншому дослідженні було встановлено, що саме низькі рівні лептину у жінок асоційовані з появою симптомів депресії [3]. Згідно з Д. Марацціті та співавт. (2013) [6], такі су-

перечливі результати пов'язані з тривалою циркуляцією високих рівнів лептину крові та розвитком лептинорезистентності у пацієнтів із гіперлептинемією. Таким чином, вивчення впливу рівня лептину на виникнення тривожних та депресивних розладів у хворих на ХОЗЛ, які можуть позначатися на його перебігу та схильності до лікування, набуває особливої актуальності.

Мета дослідження

Метою нашого дослідження було визначення залежності проявів симптомів тривоги та депресії у хворих на ХОЗЛ залежно від рівня лептину крові.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 39 пацієнтів із загостренням ХОЗЛ (18 жінок та 21 чоловік, медіана віку – 59 років):

– індекс маси тіла (ІМТ) оцінювали за формулою Кетле (медіана ІМТ 27,70 кг/м²);

– рівень лептину сироватки крові визначали методом твердофазового ферментозв'язаного імуносорбентного аналізу з використанням реактиву DRG Лептин ELISA (Німеччина, норма 2,05–5,63 нг/мл для чоловіків та 3,63–11,09 нг/мл для жінок);

– вираженість тривоги та депресії оцінювали за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS). Результат 0–7 балів оцінювали як відсутність, 8–10 балів – субклінічну, >11 балів – клінічно виражену тривогу/депресію.

Результати опрацьовані методами варіаційної статистики, подані як медіана [нижній; верхній квартиль], кореляції оцінені за Кендаллом (τ). За рівень істотності прийнято $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Рівень лептину у хворих на ХОЗЛ становив 16,10 [6,00; 40,00] нг/мл, причому у жінок його вміст був очікувано вищим, ніж у чоловіків (25,90 [8,60; 60,10] проти 12,90 [2,60; 18,10] нг/мл; $p < 0,05$). Закономірно кількість лептину крові також прямо корелювала з ІМТ обстежених пацієнтів ($\tau = 0,30$; $p = 0,006$).

За рівнем лептину ми поділили пацієнтів на 2 групи: з нормальним (I група, $n = 12$) та підвищеним (II група, $n = 27$) рівнями. Групи не відрізнялись істотно за статтю, віком, тривалістю ХОЗЛ, лікуванням, проте різниця була за ІМТ (22,90 [20,60; 23,90] $\text{кг}/\text{м}^2$ проти 29,70 [26,70; 35,10] $\text{кг}/\text{м}^2$; $p = 0,002$).

Результати анкетування показали, що загалом рівень депресії у хворих на ХОЗЛ перевищував рівень тривоги у 1,2 рази (11,00 [9,00; 13,00] проти 9,00 [6,00; 11,00] балів; $p < 0,05$). Істотної різниці між рівнями тривоги та депресії у чоловіків та жінок виявлено не було (обидва $p > 0,05$).

Однак були виявлені суттєві відмінності між рівнями тривоги та депресії у хворих з підвищеним та нормальним рівнями лептину. Зокрема, у хворих II групи:

- **рівень тривоги** становив 10,00 [7,00; 12,00] балів, що значно вище, ніж у пацієнтів I групи (7,00 [3,50; 8,00] балів; $p = 0,01$);
- **рівень депресії** також був істотно вищим (12,00 [9,00; 14,00] проти 9,50 [8,00; 10,50] балів; $p = 0,01$).

Частота виявлення клінічно виражених симптомів тривоги та депресії в обох групах також залежала від вмісту лептину і у II групі пацієнтів була значно вищою, ніж у пацієнтів I групи (обидва $p < 0,05$) (рис. 1). Проведений кореляційний аналіз показав прямий кореляційний зв'язок між рівнем лептину крові та вираженістю депресії ($\tau = 0,30$; $p = 0,002$). Цікаво, що при поділі пацієнтів за гендерною ознакою така кореляція зберігалась лише у жінок ($\tau = 0,40$; $p = 0,02$).

Важливо, що на рівень депресії впливав не лише рівень лептину крові, а й ІМТ. Зокрема, встановлено, що ІМТ прямо корелював з вираженістю депресії у балах ($\tau = 0,30$; $p = 0,006$). Також зафіксована чітка тенденція до появи кореляції між ІМТ та рівнем тривоги ($\tau = 0,20$; $p = 0,09$). Сумарний рівень тривоги у хворих на ХОЗЛ з ожирінням був відповідно вище, ніж у хворих з нормальною масою тіла (10,00 [7,00; 12,00] проти 8,00 [5,00; 11,00] балів), хоча різниця не досягла рівня істотності ($p = 0,30$). А от рівень депресії у хворих на ХОЗЛ з ожирінням виявився значно вищим (12,50 [10,50; 14,50] проти 10,50 [9,00; 12,00] балів; $p = 0,04$). У той же час, частота виявлення клінічно виражених симптомів тривоги та депресії у хворих з нормальною масою тіла та ожирінням суттєво не відрізнялася (обидва $p > 0,05$).

Отримані результати не дозволяють нам однозначно стверджувати, що лежить в основі депресивних розладів при ХОЗЛ – збільшення маси тіла чи рівня лептину. Однак ці дані вказують на необхідність проведення додаткових досліджень у цьому напрямку.

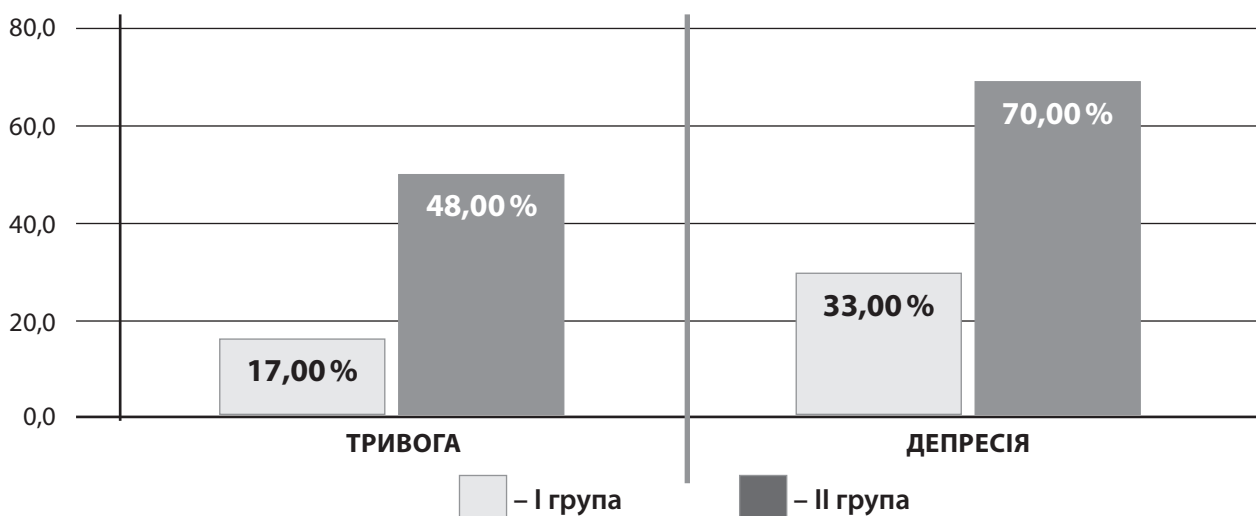


Рис. 1. Частота виявлення клінічно виражених симптомів тривоги та депресії у хворих з нормальним та підвищеним рівнями лептину крові (%)

Враховуючи те, що лептин має анціолітичний та антидепресивний ефекти, отримані дані можна пояснити тим, що у хворих із гіперлептинемією, спричиненою надмірною масою/ожирінням або ж загостренням ХОЗЛ з активацією синдрому запалення, може виникати лептинорезистентність, яка призводить до порушення транспорту лептину через гематоенцефалічний бар'єр, зниження функції лептинового рецептора та порушення передачі сигналів лептином [9].

У мишей лептин є важливим регулятором роботи гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи, однак роль лептину у виникненні хронічного психологічного стресу у людини не так однозначна, і наразі вплив лептину на психоемоційний статус людини пов'язують з пригніченням ним активності дофамі-

нових нейронів [10]. Виявлені нами зміни, безперечно, вказують на необхідність більш детального вивчення цих взаємозв'язків для подальшої корекції причин виникнення психоемоційних розладів та їх лікування.

Висновки

У хворих на ХОЗЛ з гіперлептинемією рівні тривоги та депресії, як і частота виявлення клінічно виражених симптомів цих розладів, є істотно вищими, ніж у хворих з нормальним вмістом лептину. Тому хворих на ХОЗЛ з гіперлептинемією слід обстежувати на предмет тривожних та депресивних розладів та за їх наявності розглядати питання проведення психологічної та медикаментозної корекції. Перспективним вважається вивчення впливу корекції тривожно-депресивних розладів на рівень лептину крові.

Література

1. Феценко Ю.І. Хронічне обструктивне захворювання легень та супутня депресія – важлива медико-соціальна проблема / Ю. І. Феценко, Л. О. Яшина, О. В. Поточняк // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 3. – С. 56–58.
2. Yohannes A. M. Depression and anxiety in patients with COPD / A. M. Yohannes, G. S Alexopoulos // *European Respiratory Review*. – 2014. – Vol. 23, № 133. – P. 345–349.
3. Leptin and ghrelin – the new old players in obesity and depression / R. V. Sandeva, S. M. Mihaylova, G. N. Sandeva // *Journal of Biomedical and Clinical Research*. – 2014. – Vol. 7, № 2. – P. 75–80.
4. Plasma levels of leptin in reproductive-aged women with mild depressive and anxious states / H. Yoshida-Komiya, K. Takano, K. Fujimori [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2014. – Vol. 68, № 7. – P. 574–581.
5. Assessment of leptin and resistin levels in patients with chronic obstructive pulmonary disease / A. Kumor-Kisielewska, D. Kierszniewska-Stępień, T. Pietras [et al.] // *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*. – 2013. – Vol. 123, № 5. – P. 215–220.

6. Metabolic syndrome and major depression / D. Marazziti, G. Rutigliano, S. Baroni [et al.] // *CNS Spectrums*. – 2013. – Vol. 19, № 4. – P. 293–304.
7. Is there a role for leptin in the reduction of depression symptoms during weight loss therapy in obese adolescent girls and boys? / J. P. de Carvalho-Ferreira, D. C. Masquiao, R. M. da Silveira Campos [et al.] // *Peptides*. – 2015. – Vol. 6. – P. 20–28.
8. Leptin is associated with anxiety in women within a wide range of weight / D. Popova, D. Vandeva, F. Tsurakova [et al.] // *Archives of the Balkan Medical Union*. – 2016. – Vol. 51, № 1. – P. 29–33.
9. Leptin levels are associated with decreased depressive symptoms in women across the weight spectrum, independent of body fat / E. A. Lawson, K. K. Miller, J. I. Blum [et al.] // *Clinical Endocrinology*. – 2012. – Vol. 76, № 4. – P. 520–525.
10. Liu J. Leptin/LepRb in the ventral tegmental area mediates anxiety-related behaviors [Electronic resource] / J. Liu, M. Guo, X.-Y. Lu // *International journal of neuropsychopharmacology*. – 2015. – Vol. 19, № 2. – 11 p. – Way if access : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772826/>.

References

1. Feshhenko Ju. I., Jashyna L. O., Potochnjak O. V. Hronichne obstruktyvne zahvorjuvannja legen' ta suputnja depresija – vazhlyva medyko-social'na problema [Chronic obstructive pulmonary disease and concomitant depression - an important medical and social problem]. *Ukrai'ns'kyj pul'monologichnyj zhurnal* [Ukrainian Journal pulmonological], 2013, no. 3, pp. 56-58. (In Ukr.)
2. Yohannes A. M., Alexopoulos G. S. Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 2014, vol. 23, no. 133, pp. 345-349.
3. Sandeva R. V., Mihaylova S. M., Sandeva G. N. Leptin and ghrelin – the new old players in obesity and depression. *Journal of Biomedical and Clinical Research*, 2014, vol.7, no 2, pp.75-80.
4. Yoshida-Komiya H., Takano K., Fujimori K. [et al.] Plasma levels of leptin in reproductive-aged

- women with mild depressive and anxious states. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2014, vol. 68, no. 7, pp. 574-581.
5. Kumor-Kisielewska A., Kierszniewska-Stępień D., Pietras T. [et al.] Assessment of leptin and resistin levels in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 2013, vol. 123, no. 5, pp. 215-220.
6. Marazziti D., Rutigliano G., Baroni S. [et al.] Metabolic syndrome and major depression. *CNS Spectrums*, 2013, vol. 19, no. 4, pp. 293-304.
7. J. P. de Carvalho-Ferreira J. P., Masquiao D. C., da Silveira Campos R. M. [et al.] Is there a role for leptin in the reduction of depression symptoms during weight loss therapy in obese adolescent girls and boys? *Peptides*, 2015, vol. 6, p. 20-28.

8. Popova D., Vandeva D., Tsurakova F. [et al.] Leptin is associated with anxiety in women within a wide range of weight. Archives of the Balkan Medical Union, 2016, vol. 51, no. 1, pp. 29-33.

9. Lawson E. A., Miller K. K., Blum J. I. [et al.] Leptin levels are associated with decreased depressive symptoms in women across the weight spectrum, indepen-

dent of body fat. Clinical Endocrinology, 2012, vol. 76, no. 4, pp. 520-525.

10. Liu J., Guo M., Lu X.-Y. Leptin/LepRb in the ventral tegmental area mediates anxiety-related behaviors. International journal of neuropsychopharmacology, 2015, vol. 19, no. 2, 11 p. Available at : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772826/>.

ЛЕПТИН КРОВИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Е. М. Радченко, Л. И. Пыльпив

Львовский национальный медицинский университет имени Д. Галицкого

Аннотация. Частыми коморбидными состояниями при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) являются тревожные и депрессивные расстройства, что может быть обусловлено лептинорезистентностью и снижением антидепрессивного и анксиолитического эффектов гормона жировой ткани лептина. С целью изучения связи выраженности симптомов тревоги и депрессии у больных ХОБЛ в зависимости от уровня лептина крови обследовано 39 больных (18 женщин и 21 мужчина) в фазе обострения, проведено анкетирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Установлено, что у больных ХОБЛ с гиперлептинемией уровни тревоги и депрессии существенно выше, чем у больных ХОБЛ с нормальным содержанием лептина, как и частота выявления клинически выраженных симптомов этих расстройств. Это свидетельствует о необходимости диагностики у данной категории пациентов тревожных и депрессивных расстройств, и при их выявлении – рассмотрения возможности психологической и медикаментозной коррекции.

Ключевые слова: гиперлептинемия, хроническая обструктивная болезнь легких, тревога, депрессия.

BLOOD LEPTIN AND PSYCHO-EMOTIONAL STATE IN PATIENTS WHO SUFFER FROM CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

O. M. Radchenko, L. I. Pylypiv

Lviv D. Halytsky National Medical University

Summary. During chronic obstructive pulmonary disease (COPD) frequent comorbidity is defined as anxiety and depression disorders, which may be caused by resistance of leptin, which is the adipose-derived hormone, and reduction of leptin's antidepressant and sedative action. 39 patients (18 women and 21 men) who suffered from COPD in the attack phase were examined for the purpose of research to determine the correlation between anxiety symptoms intensity and depression in those patients, depending on the leptin level in blood. Anxiety and depression symptoms were evaluated using the hospital anxiety and depression scale (HADS). It has been discovered that in patients who suffered from COPD along with hyperleptinemia, the anxiety and depression levels were remarkably higher, than in patients who suffered from COPD with normal leptin content, as well as disclosure frequency of clinically apparent symptoms of these disorders, demonstrating the need for making diagnosis of anxiety and depression disorders in such category of patients and, if necessary, to conduct psychological and medical correction.

Key words: hyperleptinemia, chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, depression.

Радченко Олена Мирославівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2, Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: olradchenko@gmail.com.

Радченко Елена Мирославовна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой внутренней медицины № 2, Львовский национальный медицинский университет имени Д. Галицкого, г. Львов, Украина; e-mail: olradchenko@gmail.com.

Olena Radchenko – MD, PhD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Internal Medicine no. 2, Lviv D. Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: olradchenko@gmail.com.

Пилипів Леся Ігорівна – заочний аспірант, асистент кафедри внутрішньої медицини № 2, Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: dr_pylypivlesja@ukr.net.

Пыльпив Леся Игоревна – заочный аспирант, ассистент кафедры внутренней медицины № 2, Львовский национальный медицинский университет имени Д. Галицкого, г. Львов, Украина; e-mail: dr_pylypivlesja@ukr.net.

Lesya Pylypiv – MD, Part-time Postgraduate Student, Assistant of the Department of Internal Medicine no. 2, Lviv D. Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: dr_pylypivlesja@ukr.net.



А. Ю. Сидоренко

УДК: 616.891.4-02+613.62+614.23/25:616.1

АНОНІМНЕ АНКЕТУВАННЯ ЯК СПОСІБ ВІЯВЛЕННЯ БУЛІНГУ СЕРЕД МЕДИКІВ

А. Ю. Сидоренко

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

Анотація.

У статті зроблено огляд літератури з питань поширеності, причин та наслідків булінгу в медицині. Акцентовано увагу на тому, що сьогодні булінг стає все поширеним явищем та спостерігається в медичних установах усього світу, незалежно від менталітету та рівня економічного розвитку країни. В роботі наведена спеціальна анкета для анонімного виявлення проблем, пов'язаних з булінгом, яка включає 16 запитань. Відповіді на них докладно відображають, за яких обставин відбуваються явища булінгу в медичних закладах та яка категорія медичних співробітників найчастіше зазнає зневажливої поведінки з боку колег. Для покращення спілкування та налагодження дружньої атмосфери в колективі у статті запропоновано шість тем для освітнього модуля медиків усіх рівнів. Звертається увага на необхідність створення спеціального етичного комітету, який сприяв би незаангажованості та більшій об'єктивності у розв'язанні ситуацій, пов'язаних з булінгом.

Ключові слова:

медики, булінг, анонімне анкетування, скринінг, психоосвіта, психологічний клімат у колективі.

Робота лікарів, медичних сестер та студентів-медиків вирізняється складними психологічними та емоційними умовами. До них належать повсякчасна відповідальність за безпеку та життя пацієнтів, напружені умови праці та навчання, високі вимоги до професійних знань та необхідність передачі практичних навичок із «рук в руки». На жаль, історично склалося так, що цей інтелектуальний та емоційний досвід нерідко набувається через приниження, жорстокість, зневагу та залякування молодого спеціаліста старшими колегами, тобто йдеться про булінг.

Зазвичай усі зазначені явища в медицині проявляються через несправедливу критику одного з медиків на очах у інших колег, через непристойні жарти, плітки або навіть сексуальні домагання; через несправедливе розподілення функціональних обов'язків або чергувань, через ігнорування або дискримінацію [1; 2].

У 2013–2014 рр. в Англії на національному рівні було проведено дослідження особливостей умов праці медичних працівників. У дослідженні взяли участь більше 250 тисяч респондентів з 290 установ. Було виявлено, що:

- 14,00 % медиків пережили фізичне насилля, яке спричинили пацієнти та їхні родичі;
- 28,00 % осіб відчували зневагу та некоректне ставлення з боку хворих та їхніх близьких;

- 24,00 % медпрацівників потерпали через зневагу та знуцання колег або керівників [3].

Крім того, вже з'являється інформація про виникнення кібербулінгу – способу залякування з використанням смс-повідомлень, через електронну пошту та соціальні мережі [4].

Американський інститут з питань безпеки в медицині (Institute for Safe Medication Practices) опитав 4884 працівника. У ході цього дослідження було виявлено, що більше половини медпрацівників за останній рік зазнали на собі дію булінгу. Серед найпоширеніших проявів відзначалися:

- негативні відгуки колег (71,00%);
- відмова відповідати на запитання (68,00%);
- постійні чипляння та прискіпливість (56,00%); небажання слідувати практиці в галузі безпеки та працювати в тісній взаємодії (55,00%);
- принизливі коментарі й образи (54,00%).

Разом з тим, тільки 25,00 % респондентів вважають, що їхня організація ефективно займається вирішенням проблем зневажливої поведінки [5].

Цікавим є той факт, що про часті явища булінгу в медицині все наполегливіше пишуть науковці багатьох країн, у першу чергу тих, що мають більш розвинене громадянське суспільство та досить високий рівень від-

критості. Так, відзначають наявність булінгу та займаються його вивченням учені з США та країн Європи, дослідники з Японії та Пакистану [6–9]. І якщо, згідно з проведеними ними дослідженнями, у США зазнають знущань на робочому місці 69,80% резидентів [10], то, наприклад, в Нігерії та Омані цей показник якнайменше – 77,00%, а в окремих випадках сягає й до 97,00% [11; 12]. На жаль, у доступній нам літературі не знайдено жодних даних щодо країн колишнього СНД, що, можливо, пов'язано з радянською спадщиною – закритістю суспільства та небажанням обговорювати гострі питання, а також з невмінням керівників створювати сприятливий психологічний клімат у колективі.

Під час вивчення ситуації в Україні, в нашому попередньому дослідженні було виявлено, що, залежно від специфіки медичного профілю, через булінг страждають від 9,80% до 44,68% медиків [13]. Якщо зважити на те, що в анонімному опитуванні взяли участь тільки 150 осіб однієї з київських клінік, можна припустити, що в інших містах України (де фінансування та оснащення медичних установ значно нижчі, ніж у столиці, а умови праці ще складніші) відсоток явищ булінгу набагато вищий.

Аналітики однакові в тому, що причини булінгу в галузі медицини криються у певних традиціях та консервативних методах навчання, у стресостійкості та витривалості молодих спеціалістів й особливо – у суворому підпорядкуванні керівнику та внутрішнім правилам медичної установи [14; 15].

Часто лікар, який працює вже чимало років і свого часу теж пройшов безжалюну школу «загартування духу», вважає, що й інші медики-початківці мають подолати цей самий шлях, аби довести власну зможу розвиватися й вдосконалюватися в обраній професії та утвердитися в колективі. Суто теоретично можна припустити, що для деякої ситуація булінгу може стати серйозним мотивуючим фактором і дійсно викличе прагнення довести свій професіоналізм та право на краще ставлення колег. Однак проведені дослідження свідчать про зворотне: тільки в 2,00% лікарів пережите відчуття зневаги «підвищило пил та впертість у рішенні вивчати медицину» [8]. А в переважній більшості резидентів приниження викликало відчуття злості та невдоволення, депресії; виникали найрізноманітніші проблеми зі здоров'ям та зменшувалося

бажання продовжувати навчання та роботу в галузі медицини [8; 16].

Особливо насторожує той факт, що в оглядах проблем булінгу все частіше з'являються повідомлення про його зв'язок з емоційним вигорянням, депресіями, стресовими розладами та, як наслідок, зі збільшенням кількості професійних помилок, що ставить під загрозу здоров'я, а інколи – й життя пацієнтів [17–20].

Надзвичайна поширеність булінгу та його руйнівний вплив як на самих лікарів, так і на хворих, примушують звернути увагу й на економічний бік проблеми. У США, наприклад, було зроблено вже кілька спроб оцінити витрати роботодавця від булінгу на робочому місці. Г. Лейман припускає, що кожен окремий випадок може коштувати роботодавцю від 30 до 100 тисяч доларів на рік [21].

Наведені факти свідчать про все зростаючу актуальність розробки методів діагностики та профілактики булінгу на робочому місці. Створення програми з попередження цього явища вимагає від психолога знань специфіки медичного колективу та особливостей спілкування в ньому, тому для вивчення булінгу ми пропонуємо використати розширену анонімну анкету. Анкета (табл. 1) розроблена для скринінгу явищ булінгу в медицині та може бути використана практичними і медичними психологами, медиками-керівниками та адміністраторами. Збір такої анонімної інформації допоможе психологу зрозуміти, як часто та за яких обставин медичний працівник потрапляє в ситуації булінгу.

Враховуючи, що булінг негативно впливає на мікроклімат у колективі, ускладнює спілкування, а зрештою позначається й на якості лікування, у США було проведено незалежне дослідження, в якому взяли участь 1700 респондентів. Було показано, що в медичних установах, де спостерігаються висока мортальність та морбідність, не прийнято обговорювати 7 ключових тем [22]:

- 1) порушення співробітниками існуючих правил роботи;
- 2) професійні помилки;
- 3) нестача підтримки від колег;
- 4) професійна некомпетентність;
- 5) слабка командна робота;
- 6) неповага між співробітниками
- 7) мікроменеджмент.

Анонімна анкета дослідження булінгу в медичній установі

№	Запитання
1.	Посада лікар-інтерн / лікар / завідуючий(ча) відділенням / медична сестра / старша медсестра
2.	Профіль відділення, в якому працюєте терапія (стаціонар) / хірургія / реанімація або інтенсивна терапія / анестезіологія / поліклініка / інше (вказати) _____
3.	Стать чоловіча / жіноча
4.	Вік до 25 років / 26–35 років / 36–45 років / 46–55 років / 56 років і старше
5.	Сімейний стан – одружений – заміжня – розлучений(–на) – самотній(–ня)
6.	Тютюнопаління так / ні
7.	Як часто Ви ставали жертвою булінгу на теперішньому робочому місці кожен день / один раз на тиждень / один раз на два тижні / один раз на місяць / рідко / ніколи / не хочу відповідати
8.	Якщо ставали жертвою булінгу на теперішньому робочому місці, опишіть, будь ласка, що трапилось. _____
9.	Чи застосовувало керівництво (наприклад, завідуючий відділенням, адміністрація) елементи булінгу щодо Вас? Опишіть, будь ласка, ситуацію. _____
10.	Будь ласка, стисло прокоментуйте інцидент або вкажіть будь-яку іншу інформацію щодо нього, яку вважаєте важливою. _____
11.	Як часто доводилося бути свідком того, що хтось з колег ставав жертвою булінгу через дії інших співробітників або керівництва? кожен день / один раз на тиждень / один раз на два тижні / один раз за місяць / рідко / ніколи / не хочу відповідати
12.	Якщо за останні 12 місяців Ви ставали жертвою булінгу, будь ласка, вкажіть, де це відбувалося (у разі необхідності назвіть кілька випадків). у палаті пацієнта / в ординаторській або медсестринській / на загальних зборах, перед усім колективом / у реанімації / в операційній / під час проведення заходів невідкладної медичної допомоги / інше (вказати) _____
13.	Чи доводилось за останні 12 місяців переживати на робочому місці через негативне ставлення старших або молодших колег, адміністрації? Оберіть, будь ласка, з наведеного переліку, що саме відбувалося. несправедлива критика вашої роботи / свідоме приниження перед іншими працівниками / несправедливе залякування дисциплінарними заходами (позбавлення премії, винесення догани) / сарказм або неприємні натяжки, жарти у ваш бік / ігнорування колегами / словесні погрози / застосування фізичної сили / приховування від вас важливої професійної інформації / інше (вказати) _____
14.	Якщо на теперішній посаді Ви переживали через негативне ставлення колег, як часто це відбувалося? кожен день / один раз на тиждень / один раз на два тижні / один раз на місяць / рідко / ніколи / не хочу відповідати
15.	Чи доводилось Вам на своїй посаді власними силами протистояти булінгу або такій поведінці оточуючих, що підривала Ваш професіоналізм та знижувала самооцінку? так / ні / не хочу відповідати
16.	ГОЛОВНИМ джерелом булінгу, на Вашу думку, є (оберіть, будь ласка, з наведених варіантів): лікарі / медсестри / керівництво або адміністрація / пацієнти та їхні родичі / загальна культура на робочому місці / інше (вказати) _____

Опитування є анонімним. Відповіді на наведені 16 запитань допоможуть виявити випадки некоректної поведінки стосовно медичних працівників (або ж явища булінгу). Учасникам анкетування необхідно підкреслити одну або декілька з запропонованих відповідей, а за окремими пунктами стисло висловити свою думку щодо зазначеної проблеми.

У висновках цього дослідження зазначалося, що кількість лікарів, здатних прилюдно обговорювати ці теми, не досягає й 10,00%, причому, саме ці спеціалісти відрізнялися вищою працездатністю та меншою кількістю професійних помилок [22]. Такий низький показник свідчить не лише про необхідність підвищення кваліфікації медперсоналу. Зазначений факт виявляє існування нагальної потреби у покращенні психологічної атмосфери у колективі та розробки у зв'язку з цим відповідних освітніх заходів.

Допомога медикам та менеджерам сфери охорони здоров'я у набутті навичок конструктивного розв'язання проблем комунікації, навчання позитивним лідерським якостям мають здійснюватися за спеціально створеною програмою. Важливою її складовою повинен бути психоосвітній модуль, що включатиме тренінги за актуальними у межах визначеної проблеми темами:

- емоційний інтелект, емпатія та невербальна комунікація в колективі;
- асертивність (або впевненість у собі) під час спілкування з колективом та керівником;
- формування позитивних лідерських якостей та вмій врегулювання конфліктів;
- виявлення ознак та попередження синдрому професійного вигорання;
- створення балансу між роботою та особистим життям;
- навчання адекватним стратегіям боротьби зі стресом.

Вести такі тренінги мають лікарі-психологи або медичні психологи. Освітня програма має включати, окрім лекцій і обговорення їх, ще й тренінги – окремо для медпрацівників різного рівня та керівників підрозділів або закладів охорони здоров'я. Дуже важливо, щоб у подальшому учасники цих тренінгів (і насамперед – керівні працівники медичної галузі) поширювали набуті знання та дбали про підвищення рівня культури спілкування в своїх колективах. Це унеможливило б прояви булінгу та забезпечило впровадження командного стилю роботи, який заснований на принципах поваги та співпраці.

Велике значення має те, що формування поважливого ставлення до колег, незалежно від їхнього віку, медичного досвіду або посади, та налагодження здорових взаємостосунків у колективі обумовлює покращення психологічного здоров'я медиків і профілактику в них синдрому вигорання, що сприятиме підвищенню рівня надання медичної допомоги пацієнтам.

Окрім того, важливо забезпечити медикам можливість, у разі потреби, конфіденційно звертатися по допомогу до спеціалістів зі сфери охорони психічного здоров'я – лікарів-психологів, психотерапевтів, психіатрів.

Також ефективним може стати створення спеціального комітету, здатного надавати дієву допомогу у розв'язанні ситуацій, пов'язаних з булінгом. За кордоном зазвичай у такий комітет входять як представники адміністрації, так і спеціалісти лікарського та медсестринського рівнів. Комітет розглядає скарги та виступає медіатором у конфліктних ситуаціях [23; 24].

Однак, коли йдеться про вирішення проблеми булінгу в медичному колективі, необхідно мати на увазі, що іноді молоді лікарі, аби уникнути негативної ролі вигнанця серед колег, можуть свідомо ухилятися від можливості висвітлювати психологічні проблеми, з якими вони стикаються на робочому місці [25].

Підсумовуючи зазначене вище, можна зробити такі **ВИСНОВКИ**:

1. Булінг у медицині, незалежно від менталітету та економічного розвитку країни, – явище поширене та спостерігається в медичних установах усього світу.

2. Не зважаючи на те, що в багатьох досліджених медиків існує стійке переконання, що булінг є частиною традиційного навчання та роботи молодих спеціалістів, усе частіше в дослідженнях звертають увагу на такі негативні наслідки булінгу, як висока плинність кадрів, погіршення психоемоційного здоров'я медиків та загроза життю і здоров'ю пацієнта.

3. Враховуючи, що молоді медики часто побоюються повідомляти адміністрацію про зневажливу та несправедливу поведінку своїх колег, важливо проводити регулярне, але обов'язково анонімне опитування щодо випадків булінгу в колективі.

4. Створення спеціального етичного комітету, в який мають увійти медичні представники старшого, середнього персоналу та адміністрації з різних відділень медичного/лікувального закладу, сприятиме незаангажованості та більшій об'єк-

тивності у вирішенні конфліктних ситуацій, пов'язаних з булінгом.

5. Керівники лікувальних закладів мають постійно підвищувати рівень своїх лідерських якостей, впроваджуючи високий рівень культури спілкування в колективі, та за жод-

них умов не допускати некоректної поведінки стосовно колег або пацієнтів. Тому мінімум раз на рік має проводитись скринінг явищ булінгу за допомогою розробленої нами анкети та активно залучатися медичний психолог до вирішення виявлених проблем.

Література

1. Leisy H. B. Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): discovering solutions for medical resident bullying through literature review [Electronic Resource] / H. B. Leisy, M. Ahmad // BMC Medical Education, 2016. – № 16 (127). – Way of access : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27117063>.
2. Fnais N. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis / N. Fnais, C. Soobiah, M. H. Chen, E. Lillie, L. Perrier, M. Tashkhandi [et al.] // Acad. Med. – 2014. – № 89 (5). – P. 817–827.
3. The NHS in England [Electronic Resource]. – Way of access: <https://www.england.nhs.uk/2015/02/nhs-staff-survey-2014/>.
4. Farley S. Exploring the impact of workplace cyberbullying on trainee doctors / S. Farley, I. Coyne, C. Sprigg, C. Axtell, G. Subramanian // Med. Educ. – 2015. – № 49 (4). – P. 436–443.
5. Institute for safe medication practices. Unresolved Disrespectful Behavior In Healthcare Practitioners Speak Up (Again)-Part I [Electronic Resource]. – Way of access : <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/showarticle.aspx?id=60>.
6. Gágyor I. Frequency and perceived severity of negative experiences during medical education in Germany – results of an online-survey of medical students [Electronic Resource] / I. Gágyor, N. Hilbert, J. F. Chenot [et al.] // GMS Z. Med. Ausbild. – 2012. – № 29 (4). – Way of access : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3420117/>.
7. Association of American Medical Colleges. Learner mistreatment: shared accountability for the learning environment [Electronic Resource]. – Way of access : <http://journalofethics.ama-assn.org/2014/03/fred1-1403>.
8. Nagata-Kobayashi S. Universal problems during residency: abuse and harassment / S. Nagata-Kobayashi, T. Maeno, M. Yoshizu, T. Shimbo // Med. Educ. – 2009. – № 43 (7). – P. 628–636.
9. Shoukat S. Prevalence of mistreatment or belittlement among medical students - a cross sectional survey at a private medical school in Karachi, Pakistan [Electronic Resource] / S. Shoukat, M. Anis, D. K. Kella [et al.] // PLoS One. – 2010. – № 5 (10). – Way of access : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0013429>.
10. Shinsako S. A. Training-related harassment and drinking outcomes in medical residents versus graduate students / S. A. Shinsako, J. A. Richman, K. M. Rospenda // Subst. Use Misuse. – 2001. – № 36 (14). – P. 2043–2063.
11. Ogunsemi O. O. A survey of perceived stress, intimidation, harassment and well-being of resident doctors in a Nigerian teaching hospital / O. O. Ogunsemi, O. C. Alebiosu, O. T. Shorunmu // Niger. J. Clin. Pract. – 2010. – № 13 (2). – P. 183–186.
12. Al-Shafae M. Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: a cross-sectional study among first year residents in Oman / M. Al-Shafae, Y. Al-Kaabi, Y. Al-Farsi, G. White, A. Al-Maniri, H. Al-Sinawi [et al.] // BMJ Open. – 2013. – № 3 (2). – P. 1–7.
13. Сидоренко А. Ю. Особливості булінгу в медичному середовищі / А. Ю. Сидоренко // Медична психологія. – 2016. – № 2. – С. 13–16.
14. Srivastava R. Bullying in medicine is as old as the profession [Electronic Resource] / R. Srivastava // The Guardian. – 2015. – Way of access : <http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/may/26/i-wasnt-surprised-by-four-corners-bullying-in-medicine-is-as-old-as-the-profession>.
15. Lucian Leape Institute. UNMET NEETS: Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care [Electronic Resource] // National Patient Safety Foundation. – 2015. – Way of access : <http://www.npsf.org/?page=unmet-needs> (accessed 4 Feb).
16. Wild J. R. Undermining and bullying in surgical training: a review and recommendations by the Association of Surgeons in Training / J. R. Wild, H. J. Ferguson, F. D. McDermott, S. T. Hornby, V. J. Gokani // Int. J. Surg. – 2015. – № 23 (1). – P. 5–9.
17. Loerbroks A. Workplace bullying and depressive symptoms: a prospective study among junior physicians in Germany / A. Loerbroks, M. Weigl, J. Li, J. Glaser, C. Degen, P. Angerer // J. Psychosom. Res. – 2015. – № 78 (2). – P. 168–172.
18. Bonafons C. Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France / C. Bonafons, L. Jehel, A. Coroller-Bequet // Int Arch Occup Environ Health. – 2009. – № 82 (5). – P. 663–668.
19. Waterman A. D. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada / A. D. Waterman, J. Garbutt, E. Hazel, W. C. Dunagan, W. Levinson, V. J. Fraser, T. H. Gallagher // Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf. – 2007. – № 33. – P. 467–476.
20. Fahrenkopf A. M., Sectish T. C., Barger L. K., Sharek P. J., Lewin D., Chiang V. W., Edwards S., Wiedermann B. L., Landrigan C. P. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. – 2008. – № 336. – P. 488–491.
21. Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces / H. Leymann // Violence and victims. – 1990. – № 5. – P. 119–126.
22. Maxfield D. Silence kills: the seven crucial conversations in healthcare [Electronic Resource] / D. Maxfield, J. Grenny, R. McMillan, K. Patterson, A. Switzler // VitalSmarts. – 2005. – Way of access :

<http://www.silenttreatmentstudy.com/silencekills/SilenceKills.pdf>.

23. Fraser K. Residents and faculty work together to reduce faculty intimidation of residents and improve morale / K. Fraser, G. Glarke, B. Hager, J. Katzman, M. Washinsky, C. Brown // *Acad. Psychiatry*. – 2014. – № 38 (2). – P. 217–220.

References

1. Leisy H. B., Ahmad M. Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC Medical Education*, 2016, no. 16(127). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27117063>.

2. Fnais N., Soobiah C., Chen M. H., Lillie E., Perrier L., Tashkhandi M. [et al.] Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad. Med.*, 2014, no. 89(5), pp. 817–827.

3. The NHS in England. Available at: <https://www.england.nhs.uk/2015/02/nhs-staff-survey-2014/>

4. Farley S., Coyne I., Sprigg C., Axtell C., Subramanian G. Exploring the impact of workplace cyberbullying on trainee doctors. *Med. Educ.*, 2015, no. 49 (4), pp. 436–443.

5. Institute for safe medication practices. Unresolved Disrespectful Behavior In Healthcare Practitioners Speak Up (Again)-Part I. Available at: <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/showarticle.aspx?id=60>.

6. Gágyor I., Hilbert N., Chenot J. F. [et al.] Frequency and perceived severity of negative experiences during medical education in Germany - results of an online-survey of medical students. *GMS Z. Med. Ausbild.*, 2012, no. 29 (4). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3420117/>.

7. Association of American Medical Colleges. Learner mistreatment: shared accountability for the learning environment. Available at: <http://journalofethics.ama-assn.org/2014/03/fred1-1403>.

8. Nagata-Kobayashi S., Maeno T., Yoshizu M., Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med. Educ.*, 2009, no. 43 (7), pp. 628–636.

9. Shoukat S., Anis M., Kella D. K. [et al.] Prevalence of mistreatment or belittlement among medical students - a cross sectional survey at a private medical school in Karachi, Pakistan. *PLoS One*, 2010, no. 5(10). Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0013429>.

10. Shinsako S. A., Richman J. A., Rospenda K. M. Training-related harassment and drinking outcomes in medical residents versus graduate students. *Subst. Use Misuse*, 2001, no. 36 (14), pp. 2043–2063.

11. Ogunsemi O. O., Alebiosu O. C., Shorunmu O. T. A survey of perceived stress, intimidation, harassment and well-being of resident doctors in a Nigerian teaching hospital. *Niger. J. Clin. Pract.*, 2010, no. 13 (2), pp. 183–186.

24. Sklar D. P. Mistreatment of students and residents: why can't we just be nice? / D. P. Sklar // *Acad. Med.* – 2014. – № 89 (5). – P. 693–695.

25. Bynum W. E. Caught in the middle: a resident perspective on influences from the learning environment that perpetuate mistreatment / W. E. Bynum, B. Lindeman // *Acad. Med.* – 2016. – № 91 (3). – P. 301–304.

12. Al-Shafae M., Al-Kaabi Y., Al-Farsi Y., White G., Al-Maniri A., Al-Sinawi H. [et al.] Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: a cross-sectional study among first year residents in Oman. *BMJ Open*, 2013, no. 3(2), pp. 1–7.

13. Sydorenko A. Ju. Osoblyvosti bulingu v medychnomu seredovysshi [Features bulinhu in the medical environment]. *Medychna psykologija [Medical Psychology]*, 2016, no. 2, pp. 13–16. (In Ukr.)

14. Srivastava R. Bullying in medicine is as old as the profession. *The Guardian*, 2015. Available at: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/may/26/i-wasnt-surprised-by-four-corners-bullying-in-medicine-is-as-old-as-the-profession>.

15. Lucian Leape Institute. UNMET NEETS: Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care. National Patient Safety Foundation, 2015. Available at: <http://www.npsf.org/?page=unmetneeds> (accessed 4 Feb)

16. Wild J. R., Ferguson H. J., McDermott F. D., Hornby S. T., Gokani V. J. Undermining and bullying in surgical training: a review and recommendations by the Association of Surgeons in Training. *Int. J. Surg.*, 2015, no. 23(1), pp. 5–9.

17. Loerbroks A., Weigl M., Li J., Glaser J., Degen C., Angerer P. Workplace bullying and depressive symptoms: a prospective study among junior physicians in Germany. *J. Psychosom. Res.*, 2015, no. 78 (2), pp. 168–172.

18. Bonafons C., Jehel L., Coroller-Bequet A. Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France. *Int Arch Occup Environ Health*, 2009, no. 82 (5), pp. 663–668.

19. Waterman A. D., Garbutt J., Hazel E., Dunagan W. C., Levinson W., Fraser V. J., Gallagher T. H. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.*, 2007, no. 33, pp. 467–476.

20. Fahrenkopf A. M., Sectish T. C., Barger L. K., Sharek P. J., Lewin D., Chiang V. W., Edwards S., Wiedermann B. L., Landrigan C. P. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*, 2008, no. 336, pp. 488–491.

21. Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims.*, 1990, no. 5, pp. 119–126.

22. Maxfield D., Grenny J., McMillan R., Patterson K., Switzler A. Silence kills: the seven crucial conversations in healthcare. *VitalSmarts*, 2005. Available at

<http://www.silenttreatmentstudy.com/silencekills/SilenceKills.pdf>.

23. Fraser K., Glarke G., Hager B., Katzman J., Washinsky M., Brown C. Residents and faculty work together to reduce faculty intimidation of residents and improve morale. *Acad. Psychiatry*, 2014, no. 38 (2), pp. 217-220.

24. Sklar D. P., Mistreatment of students and residents: why can't we just be nice? *Acad. Med.*, 2014, no. 89 (5), pp. 693-695.

25. Bynum W. E., Lindeman B. Caught in the middle: a resident perspective on influences from the learning environment that perpetuate mistreatment. *Acad Med.*, 2016, no. 91 (3), pp. 301-304.

АНОНИМНОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ БУЛЛИНГА СРЕДИ МЕДИКОВ

А. Ю. Сидоренко

Национальный медицинский университет
имени А. А. Богомольца

Аннотация. В статье сделан обзор литературы по вопросам распространенности, причин и последствий буллинга в медицине. Акцентировано внимание, что сегодня буллинг становится все более распространенным явлением и наблюдается в медицинских учреждениях всего мира, независимо от менталитета и уровня экономического развития страны. В работе приведена специальная анкета для анонимного выявления проблем, связанных с буллингом, которая включает 16 вопросов. Ответы на них подробно отражают, при каких обстоятельствах происходят явления буллинга в медицинских учреждениях и какая категория медицинских сотрудников чаще всего подвергается уничижительному обращению со стороны коллег. Для улучшения общения и налаживания дружеской атмосферы в коллективе в статье предложено шесть тем для образовательного модуля медиков всех уровней. Обращается внимание к необходимости создания специального этического комитета, который способствовал бы незаангажированности и большей объективности в решении ситуаций, связанных с буллингом.

Ключевые слова: медики, буллинг, анонимное анкетирование, скрининг, психообразование, психологический климат в коллективе.

ANONYMOUS SURVEY AS A METHOD OF BULLYING DETECTION AMONG MEDICAL WORKERS

A. Yu. Sydorenko

O. O. Bogomolets National Medical University

Summary. A literature review of the prevalence, causes and consequences of bullying in medicine was highlighted in the article. The paper stressed that bullying in medicine is a widespread phenomenon regardless of country mentality and economic development and occurs in hospitals around the world. The study presented a special questionnaire for anonymous bullying detection which includes 16 questions, answers to which highlight detailed circumstances of bullying phenomenon among medical workers and show which category of persons are often suffering from harassment. Six topics for an educational module for doctors at all levels are proposed in the article in order to improve communication and establish a friendly atmosphere in the team. The author also draws the reader's attention to the need for a special ethics committee creation that would have contributed to greater impartiality and objectivity in resolving bullying cases.

Key words: medical workers, bullying, anonymous questionnaire, screening, psychological education, psychological climate in the collective.

Сидоренко Анастасія Юрїївна – к.мед.н., доцент кафедри загальної і медичної психології та педагогіки, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: cardiodeti24@gmail.com.

Сидоренко Анастасия Юрьевна – к.мед.н., доцент кафедры общей и медицинской психологии и педагогике, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: cardiodeti24@gmail.com.

Anastasiia Sydorenko – PhD in Medicine, Assistant Professor of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogy, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: cardiodeti24@gmail.com.



O. M. Sukachova



D. M. Voloshyna

UDC: 159.944.4:378

STUDY OF FACTORS OF STRESS FORMATION AMONG FIRST YEAR MEDICAL STUDENTS AND ITS INFLUENCE ON MEMORY PROCESSES. RECOMMENDATIONS FOR STRESS REDUCING AND MEMORY IMPROVING AMONG STUDENTS

O. M. Sukachova¹, D. M. Voloshyna²¹V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine²University of Michigan, Ann Arbor, USA

Summary.

To identify the psychological characteristics of the stress response among medical students 77 first-year students of School of Medicine of V.N. Karazin Kharkiv National University (24 boys and 53 girls) aged from 16 to 23 years were examined. The data analysis revealed that students of the first year feel the education process as the strong intellectual and emotional overload. The most pronounced causes of stress were allocated: among young men – lack of textbooks, and among girls – inability to organize their daily routine, shyness and timidity. The most powerful factors in the formation of stress disorders among all students, regardless of gender are presented by irregular meals and a large workload. Indicators of meaningful and mechanical memory among girls were mostly higher than those among boys. This may indicate that women are more attentive and are better able to focus on the learning activity process. An algorithm of recommendations for providing comprehensive assistance to students in stress reducing and memory improving has been developed.

Key words:

stress formation factors, memory, medical students, disadaptation, recommendations, stress reducing, memory improving.

Introduction

Experiences of stress in training and, especially, in the examination period for any student is usual. The ability to cope with stress is the key to success in all educational activity. Unfortunately, not everyone can overcome stress and it often leads to deterioration of memory processes [1]. More pronounced level of stress among students of medical schools is identified: medical students consequently suffer from depression, anxiety, and stress [2–7].

Purpose and objectives of the study

Study of the stress factors formation and stress resistance in first-year medical students, and characteristics of its influence on memory processes are provided.

Research objectives:

1. To substantiate the influence of stress factors on the memory processes.
2. To identify the characteristics of the stress causes among students of the 1 year.
3. To determine the level of logical (semantic) and mechanical memory among the first-year students.
4. Highlight the main recommendations for students to overcome the stress and improve memory.

Materials and methods

To identify the psychological characteristics of the stress response among 77 first-year medical students of School of Medicine of V. N. Karazin Kharkiv National University (24 boys and 53 girls) aged from 16 to 23 years were examined to determine the academic stress by a test developed by U. V. Shcherbatyh. This test allows you to specify the main causes of academic stress, identify the symptoms of stress and the main stress reduction techniques by students [2]. All students were considered as healthy people.

Processing of the results was performed using Microsoft Office XL 2010 Software [8].

Results of research and discussion

The study has revealed that students of the first year feel the education process as the strong intellectual and emotional overload. Emotional stress has been especially worsened due to long exam expectation, too demanding teacher, complicated subjects and tight time limits. But, on the other hand, cases of emotional and constructive behavior under stress have been identified when the students have been experiencing increased intellectual activity, did not feel strong emotional

experiences, but only were focusing their attention on the existing problem. Thus, short and not strong stress can sometimes even "spur" the ability to remember, but if stress becomes prolonged, it will definitely have negative impact on the memory.

When studying the students' using the academic stress test, the most pronounced causes of stress have been allocated: among young men – lack of textbooks, and among girls – inability to organize their daily routine, shyness and timidity. The most powerful factors in the formation of stress disorders among all students, regardless of gender, were irregular meals and a large workload.

Features of the causes of stress among medical students of both genders are given in Table 1.

Table 1
Features of the causes of stress (UV ShCherbatyh questionnaire)

Scales	First year students	
	F (n=53)	M (n=24)
	Number of respondents (%)	
Large academic load	28	25
Fear of the future	13	8
Unwillingness to learn	0	0
Incomprehensible textbooks	4	8
Finance limitation	11	17
Strict teachers	8	0
The problems in private life	21	8
Irregular meals	36	25
Inability to organize the daily regime	38	17
Shyness and timidity	28	17
Overly serious attitude to study	17	8
Lack of textbooks	23	25
Living far away from parents	19	13
The conflict in the group	8	4
The problem of living together with other students	2	4

It should be noted that the girls had lower factor "problem of living together with other students", which proves the better adaptation possibility of females in the social environment and a lighter adaptability when working in a group.

Research of the logical (semantic) and mechanical memory has showed that the

average value of the logical (semantic) memory index among both girls and young men was higher than average mechanical memory index. But at the same time, it was revealed as an interesting fact that all indicators of meaningful and mechanical memory among girls were mostly higher than those among boys. This may indicate that women are more attentive and are better able to focus on the learning activity process (Table 2).

Table 2

Table of average index of semantic and mechanical memory (in points)

Students	Index of semantic memory		The index of mechanical memory	
	F	M	F	M
1 st course (M±m)	0,93±0,01	0,89 ±0,03	0,67±0,02	0,57±0,06

Based on the study, we can conclude that all students in the learning activities are subject to strong emotional experiences, which have a profound influence on the memory processes and the cognitive sphere in general.

A large workload and a wrong mode of the day contribute to the students' chronic stress state development. And it should be noted that, according to the study, girls cope with the stress state much faster and are better able to adapt to any type of activity than young men.

Conclusions

Based on the results of the research, as well as on the basis of personal experience with students of this profile of disorders [9], the authors of the article developed an algorithm of recommendations providing comprehensive help to students to reduce stress and improve memory.

Recommendations for reducing stress and improving memory:

- **students need** to keep the day regime, to monitor sleeping, rest and nutrition; to plan properly educational activities and independent work; to engage actively in sports, visit sports grounds and gyms; to take part in students' research and study teams; to use memory training techniques such as "names and faces", "words", "poetry" and the most important recipe is – every day, being in different places, to make a conscious effort to memorize something;

- **parents need**, no matter how far their child leaves, not to lose contact with him/her, to support morally, to be interested

in his/her affairs; to inspire optimism and belief in success; to perceive him as an independent person;

– **tutors of groups need** to be more attentive to this category of students, to the changes that occur with them, especially if they are first-year students. To assist in the process of adaptation, to carry out actions that improve the psycho-physical development, health promotion; to work for the prevention of deviant behavior, bad habits; to monitor the attendance, with the identification of passes without valid reasons; to monitor academic progress; to be sure to involve these students in collaboration with other students to form a positive emotional

connections between them and the members of the study group; to promote self-education and self-development of personality;

– **psychologists** should timely conduct psychological counseling to determine the main sources of disadaptation; to involve students to participate in socio-psychological training aimed at improving communication skills, in formation of adequate self-esteem, raising the level of social intelligence.

Compliance with the above recommendations will contribute to the improvement of socio-psychological adaptation and formation of a successful personality, – the future specialist in the field of educational and labor activities.

References

1. Grigor'eva N. V. Obrazovanie kak faktor protsesa professional'nogo samoopredeleniya molodezhi, ee adaptatsii v sovremennykh usloviyakh [Education as a factor in the process of professional self-determination of youth, its adaptation in modern conditions]. *Sotsial'naya psikhologiya XXI stoletiya* [pod red. V. V. Kozlova] [Social psychology of the XXI century [ed. V. V. Kozlova]]. Yaroslavl, 2004, vol. 1, pp. 179-185. (In Russ.)
2. Voloshyna D. M., Sukachova O. M. Study of factors of stress formation among medical students and its gender characteristic. *The Collection of Humanitarian Studies*, 2016, no. 3. Available at: <http://j-chr.com/accesse23.01.2017>.
3. Henning K., Ey S., Shaw D. Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Med Educ.* 1998, no. 32, pp. 456-464.
4. Helmers K. F., Danoff D., Steinert Y., Leyton M., Young S. N. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. *Academic Medicine*, 1997, August, vol. 72, issue 8, pp. 708-714.
5. Dyrbye L. N., Thomas M. R., Eacker A. [et al.] Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. *Arch Intern Med.*, 2007, no. 167, pp. 2103-2109.
6. Yusoff M. S., Abdul Rahim A. F., Baba A. A., Ismail S. B., Mat Pa M. N., Esa A. R. The impact of medical education on psychological health of students: a cohort study. *Psychol Health Med.*, 2013, no. 18, pp. 420-430.
7. Schernhammer E. S., Colditz G. A. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am. J. Psychiatry*, 2004, no. 161, pp. 2295-2302.
8. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kyiv, Morion Publ., 2001, 408 p. (In Russ.)
9. Sukachova O. M., Voloshyna D. M. Formation of adaptive abilities among first-year medical students. *Problems of modern education: a collection of scientific and methodological works*. Kharkiv, V. N. Karazin Kharkiv national university, 2017.

References

1. Григорьева Н. В. Образование как фактор процесса профессионального самоопределения молодежи, ее адаптации в современных условиях / Н. В. Григорьева // Социальная психология XXI столетия / под ред. В. В. Козлова. – Ярославль, 2004. – Т. 1. – С. 179–185.
2. Voloshyna D. M. Study of factors of stress formation among medical students and its gender characteristic [Electronic Resource] / D. M. Voloshyna, O. M. Sukachova // The Collection of Humanitarian Studies. – 2016. – № 3. – Way of access : <http://j-chr.com/>.
3. Henning K., Ey S., Shaw D. Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Med. Educ.* – 1998. – № 32. – P. 456–464.
4. Helmers K. F. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University / K. F. Helmers, D. Danoff, Y. Steinert, M. Leyton, S. N. Young // *Academic Medicine*. – August 1997. – Vol. 72, issue 8. – P. 708–714.
5. Dyrbye L. N. Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States / L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, A. Eacker [et al.] // *Arch Intern Med.* – 2007. – № 167. – P. 2103–2109.
6. Yusoff M. S. The impact of medical education on psychological health of students: a cohort study / M. S. Yusoff, A. F. Abdul Rahim, A. A. Baba, S. B. Ismail, M. N. Mat Pa, A. R. Esa // *Psychol Health Med.* – 2013. – № 18. – P. 420–430.
7. Schernhammer E. S. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis) / E. S. Schernhammer, G. A. Colditz // *Am. J. Psychiatry*. – 2004. – № 161. – P. 2295–2302
8. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : Морион, 2001. – 408 с.
9. Sukachova O. M. Formation of adaptive abilities among first-year medical students / D. M. Voloshyna, O. M. Sukachova // *Problems of modern education: a collection of scientific and methodological works*. – Kharkiv : V. N. Karazin Kharkiv national university, 2017.

ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ СТРЕСУ І ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОЦЕСИ ПАМ'ЯТІ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ І КУРСУ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ СТРЕСУ І ПОЛІПШЕННЯ ПАМ'ЯТІ У СТУДЕНТІВ

О. М. Сукачова¹, Д. М. Волошина²

¹Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

²Мічиганський університет

Анотація. Для визначення психологічних характеристик відповіді на стрес серед студентів-медиків було обстежено 77 студентів I курсу медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (24 юнака та 53 дівчини віком від 16 до 23 років). Дослідження показало, що для першокурсників навчання стає сильним інтелектуальним і емоційним перевантаженням. Під час роботи визначені найбільш яскраво виражені причини стресу. Виявилось, що для юнаків це відсутність підручників, а для дівчат – нездатність організувати свій розпорядок дня, сором'язливість і боязкість. Найпотужніші чинники у формуванні стресових розладів серед усіх студентів, незалежно від статі, – нерегулярний прийом їжі та велике навантаження. Показники смислової і механічної пам'яті серед дівчат були в основному вище, ніж серед юнаків. Це може свідчити про те, що дівчата більш уважні та здатні краще зосереджуватися на процесі навчальної діяльності. Розроблено алгоритм рекомендацій з надання всебічної допомоги студентам з подолання стресу і поліпшення пам'яті.

Ключові слова: фактори формування стресу, пам'ять, студенти-медики, дезадаптація, рекомендації, зниження стресу, поліпшення пам'яті.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕССЫ ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ I КУРСА. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СНИЖЕНИЮ СТРЕССА И УЛУЧШЕНИЮ ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ

О. Н. Сукачёва¹, Д. Н. Волошина²

¹Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

²Мичиганский университет

Аннотация. Для определения психологических характеристик реакции на стресс среди студентов-медиков было обследовано 77 студентов I курса медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина (24 юноши и 53 девушки в возрасте от 16 до 23 лет). Исследование показало, что для первокурсников обучение является сильной интеллектуальной и эмоциональной перегрузкой. Кроме этого, выявлены наиболее ярко выраженные причины стресса. Оказалось, что для юношей это отсутствие учебников, а для девушек – неспособность организовать распорядок дня, застенчивость и робость. Наиболее мощные факторы в формировании стрессовых расстройств у всех учащихся, независимо от пола, – нерегулярный прием пищи и большая нагрузка. Показатели смысловой и механической памяти среди девушек были в основном выше, чем среди юношей. Это может свидетельствовать о том, что девушки более внимательны и способны лучше сосредоточиться на процессе учебной деятельности. Разработан алгоритм рекомендаций по оказанию всесторонней помощи студентам для преодоления стресса и улучшения памяти.

Ключевые слова: факторы формирования стресса, память, студенты-медики, дезадаптация, рекомендации, снижение стресса, улучшение памяти.

Olga Sukachova – PhD, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology, School of Medicine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: olga_sukachova@ukr.net.

Сукачова Ольга Миколаївна – к.психол.н., асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, медичний факультет, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: olga_sukachova@ukr.net.

Сукачова Ольга Николаевна – к.психол.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии, медицинский факультет, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: olga_sukachova@ukr.net.

Diana Voloshyna – MD, PhD, Research Fellow, Substance Abuse Research Center, School of Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, USA; e-mail: voloshdin@yahoo.com.

Волошина Діана Миколаївна – к.м.н., науковий співробітник, Центр з вивчення наркології медичного факультету, Мічиганський університет, м. Енн Арбор, США; e-mail: voloshdin@yahoo.com.

Волошина Диана Николаевна – к.м.н., научный сотрудник, Центр по изучению наркологии медицинского факультета Мичиганский университет, г. Энн Арбор, США; e-mail: voloshdin@yahoo.com.



Я. В. Шпильовий

УДК: 616.891.7

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ У ЖІНОК З НЕВРОТИЧНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОЇ ПСИХОГЕНЕЗИ (ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДРУЖИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АТО)

Я. В. Шпильовий

Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького, м. Львів, Україна

Анотація.

Серед найсерйозніших захворювань останніх років, від яких потерпає населення України, – дезадаптивні психічні стани. Найбільш схильні до їх виникнення родичі учасників бойових дій та внутрішньо переміщені особи, переважна більшість яких – жінки. Метою роботи було встановлення особливостей психологічних адаптаційних механізмів у жінок з невротичними тривожно-депресивними розладами різної психогенези. Хоча в обстежених встановлено достовірні розбіжності в розподілі неадаптивних копінгів, у цілому можна говорити про наявність напруження неадаптивних методів психологічного захисту та превалювання неадаптивних копінг-стратегій. У той же час виявлено невикористаний адаптивний ресурс, на активізацію якого мають бути спрямовані психотерапевтичні впливи в комплексному лікуванні. З цією метою розроблено комплексну диференційовану систему спеціалізованої медичної допомоги жінкам з невротичними тривожно-депресивними розладами різної психогенези, яка базується на даних цього дослідження.

Ключові слова:

невротичні тривожно-депресивні розлади, психогенез, жінки, копінг-поведінка, механізми психологічного захисту.

Вступ

Сучасний період розвитку України характеризується значною кількістю деструктивно-дестабілізуючих та соціально-зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресового навантаження, в умовах якого живе населення. Це породжує низку негативних зрушень у стані здоров'я нації, серед яких одним з найбільш значущих є зростання кількості дезадаптивних психічних станів, що виникають як несприятливий механізм компенсації нервово-психічної напруги та варіант хронізації різноманітних постстресових розладів [1]. Серед загального контингенту населення, в Україні є особливо уразливі до дії психосоціальних стрес-факторів контингенти, і серед них окреме місце посідають родичі учасників бойових дій та внутрішньо переміщені особи, переважну більшість яких становлять жінки.

На сьогодні вже доведено, що у виникненні, розвитку і перебігу розладів психічної сфери велику роль відіграють гендерні особливості. Відомо, що у жінок як прояви, так і прогноз психічних розладів інші, ніж у чоловіків, тому в клінічній практиці отримали визнання диференційовані підходи до їх

терапії з урахуванням цього фактору. Однак усі попередні дослідження були присвячені вивченню гендерних особливостей психічних розладів, що виникали у мирний час і були обумовлені характерними для мирного життя чинниками психотравматизації [2–4]. На жаль, ці розробки не можуть бути прямо імплементавані для роботи з хворими, в яких виникнення психічних і поведінкових розладів обумовлене ситуаційними чинниками, патогномонічними для теперішньої ситуації.

Мета дослідження

З метою обґрунтування диференціації терапевтичних підходів до лікування жінок з невротичними тривожно-депресивними розладами різної психогенези (НТДРРП) було проведено вивчення й встановлення особливостей їх психологічних адаптаційних механізмів (ПАМ).

Матеріали та методи дослідження

На базі КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» було обстежено 200 жінок: до основної групи включили 150 пацієнок з тривожно-депресивними розладами невротичного регістру, решту 50 – до групи порівняння (ГП). Зі 150 хворих основної групи відокремили 78 вимушено переміщених жінок (ВПЖ) та 72 дружини військовослужбов-

ців (ДВС) – учасників АТО. З 50 обстежених ГП виділили 25 жінок з ендогенною депресією (ГП-ЕД) та 25 – психічно здорових (ГП-З).

Дослідження проводилося за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів з використанням методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е.Хейма в адаптації Л.І.Вассермана [5] та методики визначення механізмів психологічного захисту Плутчека–Келлермана в адаптації Л.І.Вассермана, О.Ф.Єришева, Є.Б.Клубової [6].

Результати дослідження та їх обговорення

Психічна адаптація відображає індивідуально-особистісний рівень психічної регуляції, який включає системну діяльність багатьох психологічних підсистем, активну особистісну функцію, котра забезпечує узгодження актуальних потреб індивіда з потребами оточення та динамічними змінами умов життя [7]. Основними психологічними механізмами психічної адаптації вважаються копінг-поведінка та механізми психологічного захисту [8].

Копінг – механізм адаптації, за допомогою якого людина свідомо пристосовується у новій для себе соціальній ролі або ситуації, яка виникає при вторгненні в її життя обставин, котрі неможливо змінити [9]. Копінг включає:

- механізм подолання, завдяки якому людина пристосовується до обставин і навчається з ними справлятися;
- процес дії цього механізму – **копінг-стратегії** (копінг-стилі);
- результат цього процесу – **копінг-поведінка**.

Проблемно-орієнтований копінг націлений на зміну ситуації, а емоційно-орієнтований – на регуляцію емоційного стану, викликаного проблемною ситуацією (точніше, її оцінкою). За ступенем конструктивності копінг-механізми поділяються на:

- конструктивні (планування рішення, самоконтроль, пошук соціальної підтримки);
- відносно конструктивні (прийняття відповідальності, позитивна переоцінка);
- неконструктивні (конфронтативний копінг, дистанціювання, тікання-уникнення).

Копінг розглядається як патогенетично значуща перемінна і потенційна «мішень» для психопрофілактичних та психокорекційних втручань [7; 10].

У системі психічної адаптації копінг-механізми тісно пов'язані з механізмами психологічного захисту особистості. Психологічний захист – це несвідомий процес, який регулює рівень емоційного напруження. Завдяки психологічному захисту протиріччя не вирішуються, а лише усуваються пов'язані з ними переживання, які перешкоджають увімкненню інших механізмів адаптації, що можуть допомогти індивіду справитися з ситуацією [9].

Механізм психологічного захисту (МПЗ) та механізми копінг-поведінки необхідно розглядати як найважливіші форми адаптаційних процесів та реагування на стресову ситуацію.

Отже, за рахунок ПАМ може відбутися послаблення психічного дискомфорту у рамках неусвідомленої діяльності психіки через забезпечення регулятивної системи стабілізації. Вона спрямована на зменшення тривоги,

Таблиця 1

Види і ступінь адаптивності копінгів у обстежених жінок

Варіант копінг-поведінки	ВПЖ (n=78)			ДВС (n=72)			ГП-ЕД (n=25)			ГП-З (n=25)		
	N	%	± m	N	%	± m	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні												
Адаптивні	–	–	–	12	16,70	3,70	5	20,00	4,00	19	76,00	4,30
Відносно адаптивні	9	11,50	3,20	27	37,50	4,80	4	16,00	3,70	6	24,00	4,30
Неадаптивні	69	88,50	3,20	33	45,80	5,00	16	64,00	4,80	–	–	–
Емоційні												
Адаптивні	3	3,80	1,90	18	25,00	4,30	4	16,00	3,70	19	76,00	4,30
Відносно адаптивні	6	7,70	2,70	21	29,20	4,50	4	16,00	3,70	6	24,00	4,30
Неадаптивні	69	88,50	3,20	33	45,80	5,00	17	68,00	4,70	–	–	–
Поведінкові												
Адаптивні	3	3,80	1,90	9	12,50	3,30	7	28,00	4,50	20	80,00	4,00
Відносно адаптивні	19	24,40	4,30	27	37,50	4,80	8	32,00	4,70	5	20,00	4,00
Неадаптивні	56	71,80	4,50	36	50,00	5,00	10	40,00	4,90	–	–	–

яка виникає при усвідомленні конфлікту або перешкод самореалізації. У таких випадках ПАМ спрацьовують при виникненні негативних психічно-травмуючих переживань і визначають поведінку пацієнтів як таку, що усувала б психічний дискомфорт та тривожну напругу. В цілому ПАМ мають бути спрямовані на подолання почуття непевності в собі, власної неповноцінності, захисту ціннісної свідомості й підтримки стабільної самооцінки та психічного здоров'я особи.

З огляду на зазначене, під час дослідження особливостей копінг-поведінки у жінок з НТДРРП нами отримано такі результати. Розподіл видів і ступеня адаптивності копінгів у обстежених жінок відображений у **табл. 1**.

З даних, наведених у **табл. 1**, видно, що найбільша кількість випадків використання неадаптивних копінг-стратегій усіх модальностей зустрічається серед ВПЖ (когнітивні та емоційні – по 88,50 %, поведінковий – 71,80 %), ($p \leq 0,05$). На другому місці – хворі на афективні розлади ГП-ЕД (когнітивні – 64,00 %, емоційні – 68,00 %, поведінкові – 40,0 %), ($p \leq 0,05$). На третьому – ДВС (когнітивні й емоційні – по 45,80 %, поведінкові – 50,00 %), ($p \leq 0,05$). У жінок без проблем у психічному здоров'ї переважають адаптивні копінги (когнітивні й емоційні – 76,00 %, поведінкові – 80,00 %) ($p \leq 0,05$).

Таким чином, можна зазначити, що у жінок з НТДРРП в кожній модальності копінгів є невикористаний ресурс адаптивного рівня.

Розподіл структури механізмів копінг-поведінки жінок з НТДРРП наведено у **табл. 2**, за результатом аналізу даних якої видно, що:

– **когнітивні стратегії** серед ВПЖ були представлені практично рівномірно такими варіантами: ігнорування (24,40 %), розгубленість (23,10 %), смирення (20,50 %) й дисимуляція (20,50 %). В той же час серед ДВС мав місце рівномірний розподіл стратегій ігнорування, дисимуляції, відносності, розгубленості, релігійності й додачі сенсу (усі, відповідно, по 12,50 %), ($p \leq 0,05$);

– **серед емоційних стратегій** у ВПЖ переважали придушення емоцій (23,10 %), покірність (23,10 %), агресивність (21,80 %) й самозвинувачення (20,50 %), а у ДВС були практично рівномірно представлені всі варіанти (дещо більша кількість випадків спостерігалась за використанням стратегій пасивної кооперації – 16,70 %), ($p \leq 0,05$);

– **поведінкові стратегії** серед ВПЖ були представлені активним уникненням (23,10 %), відступом (23,10 %), зверненням (21,80 %) та співпрацею (20,50 %), а серед ДВС – рівномірним використанням усіх варіантів з дещо більшим, порівняно з іншими, стратегії конструктивної активності (16,70 %), ($p \leq 0,05$).

Таблиця 2

Структура механізмів копінг-поведінки жінок з НТДРРП

Варіант копінг-поведінки/стратегії	Групи жінок					
	ВПЖ (n=78)			ДВС (n=72)		
	N	%	$\pm m$	N	%	$\pm m$
Когнітивні						
Ігнорування	19	24,40	4,30	9	12,50	3,30
Смирення	16	20,50	4,00	6	8,30	2,80
Дисимуляція	16	20,50	4,00	9	12,50	3,30
Збереження самовладання	–	–	–	6	8,30	2,80
Проблемний аналіз	–	–	–	3	4,20	2,00
Відносність	3	3,80	1,90	9	12,50	3,30
Релігійність	3	3,80	1,90	9	12,50	3,30
Розгубленість	18	23,10	4,20	9	12,50	3,30
Додача сенсу	3	3,80	1,90	9	12,50	3,30
Установка власної цінності	–	–	–	3	4,20	2,00
Емоційні						
Протест	3	3,80	1,90	9	12,50	3,30
Емоційна розрядка	3	3,80	1,90	9	12,50	3,30
Придушення емоцій	18	23,10	4,20	9	12,50	3,30
Оптимізм	–	–	–	9	12,50	3,30
Пасивна кооперація	3	3,80	1,90	12	16,70	3,70
Покірність	18	23,10	4,20	8	11,10	3,10
Самозвинувачення	16	20,50	4,00	8	11,10	3,10
Агресивність	17	21,8	4,10	8	11,10	3,10
Поведінкові						
Відволікання	3	3,80	1,90	9	12,50	3,30
Альтруїзм	3	3,80	1,90	9	12,50	3,30
Активне уникнення	18	23,10	4,20	9	12,50	3,30
Компенсація	–	–	–	9	12,50	3,30
Конструктивна активність	3	3,80	1,90	12	16,70	3,70
Відступ	18	23,10	4,20	8	11,10	3,10
Співпраця	16	20,50	4,00	8	11,10	3,10
Звернення	17	21,80	4,10	8	11,10	3,10

Розподіл структури механізмів копінг-поведінки жінок ГП-ЕД, ГП-З представлено у **табл. 3**:

– найбільш використовуваними **когнітивними копінг-стратегіями** у жінок ГП-ЕД виявилися дисимуляція (20,00 %) й розгубленість (20,00 %), у здорових – збереження самовладання (28,00 %), проблемний аналіз (24,00 %) й установка власної цінності (24,00 %), ($p \leq 0,05$).

Таблиця 3

Структура механізмів копінг-поведінки жінок ГП-ЕД, ГП-З

Варіант копінг-поведінки/стратегії	Групи жінок					
	ГП-ЕД (n=25)			ГП-З (n=25)		
	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні						
Ігнорування	3	12,00	3,20	–	–	–
Смирення	3	12,00	3,20	–	–	–
Дисимуляція	5	20,00	4,00	–	–	–
Збереження самовладання	2	8,00	2,70	7	28,00	4,50
Проблемний аналіз	2	8,00	2,70	6	24,00	4,30
Відносність	2	8,00	2,70	2	8,00	2,70
Релігійність	2	8,00	2,70	2	8,00	2,70
Розгубленість	5	20,00	4,00	–	–	–
Додача сенсу	–	–	–	2	8,00	2,70
Установка власної цінності	1	4,00	2,00	6	24,00	4,30
Емоційні						
Протест	2	8,00	2,70	9	36,00	4,80
Емоційна розрядка	1	4,00	2,00	3	12,00	3,20
Придушення емоцій	4	16,00	3,70	–	–	–
Оптимізм	2	8,00	2,70	10	40,00	4,90
Пасивна кооперація	3	12,00	3,20	3	12,00	3,20
Покірність	5	20,00	4,00	–	–	–
Самозвинувачення	4	16,00	3,70	–	–	–
Агресивність	4	16,00	3,70	–	–	–
Поведінкові						
Відволікання	2	8,00	2,70	2	8,00	2,70
Альтруїзм	3	12,00	3,20	6	24,00	4,30
Активне уникнення	5	20,00	4,00	–	–	–
Компенсація	3	12,00	3,20	1	4,00	2,00
Конструктивна активність	3	12,00	3,20	2	8,00	2,70
Відступ	5	20,00	4,00	–	–	–
Співпраця	1	4,00	2,00	7	28,00	4,50
Звернення	3	12,00	3,20	7	28,00	4,50

– **серед емоційних копінг-стратегій** у жінок ГП-ЕД переважали покірність (20,00 %), придушення емоцій (16,00 %), самозвинувачення (16,00 %) й агресивність (16,00 %), у здорових – оптимізм (40,00 %) і протест (36,00 %), ($p \leq 0,05$);

– **серед поведінкових копінг-стратегій** жінкам ГП-ЕД були найбільш притаманні активне уникнення (20,00 %) і відступ (20,00 %), здоровим – співпраця (28,00 %), звернення (28,0 %) та альтруїзм (24,00 %), ($p \leq 0,05$).

Узагальнюючі дані **табл. 1–3**, можна зазначити, що в цілому за частотою використання адаптивних стратегій копінг-поведінки за когнітивним, емоційним та поведінковим компонентом переважали досліджені ГП-З. Застосування адаптивних копінгів у ВПЖ, ДВС та ГП-ЕД було незначним ($p \leq 0,05$). Більшість жінок вдавалися до неадаптивних та відносно адаптивних копінгів. У свою чергу, серед досліджених ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-З найнижча кількість випадків використання стратегій відносно адаптивної поведінки встановлена у ВПЖ, що свідчить про наявність ресурсу відносно-адаптивних можливостей, проте існує обмеження їх застосування.

Неадаптивні стратегії копінг-поведінки за всіма варіантами когнітивного, емоційного та поведінкового її компонентів серед усіх обстежених жінок найчастіше застосовували ВПЖ. Характерними для них виявились види реагування з найменшим рівнем адаптації: ігнорування, смирення, дисимуляція, розгубленість, придушення емоцій, покірність, самозвинувачення, агресивність, активне уникнення, відступ ($p \leq 0,05$).

Вивчення МПЗ, притаманних обстеженим, показало, що вони різні у досліджених ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-З (**табл. 4**).

Як видно з **табл. 4**, у ВПЖ виявлено напруженість МПЗ, що свідчить про наявність актуальної психотравмуючої ситуації вимушеного переселення ($p \leq 0,001$). У ДВС щодо існуючих проблем наявні характерні підвищення показників «заперечення» ($p \leq 0,001$) й «регресії» ($p \leq 0,001$). Це свідчить про те, що при визнанні подій та фактів, які завдають психологічного болю, не відбувається достатнє прийняття їх та виключення зі свідомості.

У ГП-ЕД дані процеси були схожі з тими, які відбувалися у групі ДВС. Проте, у свою чергу, у жінок ГП-З встановлено високі значення «витіснення» ($p \leq 0,001$) та «проекції» ($p \leq 0,001$), сполучених із «інтелектуалізацією» ($p \leq 0,05$).

Таблиця 4

Розподіл показників у МПЗ в обстежених жінок (методика Плутчека–Келлермана)

Механізм захисту	Групи												Апробація методики [6]			Дані авторів [6]		
	ВПЖ (n=78)			ДВС (n=72)			ГП-ЕД (n=25)			ГП-3 (n=25)			M	S	±m	M	S	±m
	M	S	±m	M	S	±m	M	S	±m	M	S	±m						
Заперечення	5,98 ¹	2,27	0,37	5,88 ¹	2,30	0,36	5,78 ¹	2,34	0,35	4,60	2,95	0,26	3,81	2,07	0,20	4,80 ¹	2,99	0,27
Витіснення	3,03 ³	1,97	0,33	3,13 ³	1,98	0,34	3,15 ³	1,93	0,33	4,10	2,98	0,21	2,59	1,77	0,17	6,17 ¹	2,87	0,36
Регресія	1,70 ¹	1,68	0,25	1,72 ¹	1,68	0,26	1,76 ¹	1,61	0,23	4,60	2,92	0,27	5,12	3,09	0,30	4,20 ³	2,99	0,26
Компенсація	1,78	1,50	0,21	1,77	1,40	0,22	1,71	1,70	0,21	3,20	2,14	0,19	4,38	1,86	0,18	3,10	2,19	0,21
Проекція	6,58 ¹	2,56	0,42	6,54 ¹	2,58	0,43	6,59 ¹	2,52	0,47	8,30	3,57	0,32	5,51	3,01	0,30	8,60 ²	3,70	0,33
Заміщення	1,83 ¹	1,92	0,31	1,82 ¹	1,93	0,32	1,84 ¹	1,99	0,32	3,90	2,97	0,28	3,12	2,01	0,20	3,70 ²	3,11	0,27
Інтелектуалізація	6,87	2,27	0,29	6,77	2,28	0,28	6,73	2,25	0,29	5,80	2,62	0,21	6,32	1,95	0,19	5,80 ¹	2,66	0,28
Реактивне утворення	3,38	2,29	0,40	3,48	2,24	0,42	3,47	2,25	0,43	3,20	2,14	0,19	2,80	2,35	0,23	3,40	2,15	0,15

Примітки: ¹ – $p < 0,001$; ² – $p < 0,01$; ³ – $p < 0,05$ – достовірність відмінностей середніх показників у досліджуваних.

Виявлено, що ВПЖ схильні поєднувати локалізацію зовні неприйнятних для них почуттів та «розумовий», позбавлений емоційності, спосіб подолання конфліктної або фрустрованої ситуації ($p \leq 0,01$). Більшість жінок у побуті та у взаємовідносинах із оточуючими, дітьми виявляла надмірний контроль емоцій та імпульсів, залежність від раціональної інтерпретації ситуації. За умов психологічного конфлікту це призводило до «захисту» себе шляхом зменшення значущості чинників його виникнення ($p \leq 0,001$).

Встановлене напруження МПЗ свідчить про їх неефективність у період вимушеного переселення. Жінками використовується «блокадно-стримуюча поведінка», спрямована на зниження напруги емоційного реагування та умов зовнішнього середовища, які призводять до дезадаптації. Виявлено, що у ВПЖ чинниками психологічної та емоційної перенапруги є висока чутливість до нестачі стимулів у зовнішньому середовищі, що проявляється дистресом (високий показник «регресії») ($p \leq 0,001$).

Висновки

Таким чином, можна зазначити, що у жінок з НТДРРП має місце напруження неадаптивних МПЗ та превалювання неадаптивних копінг-стратегій за всіма модальностями долаючої поведінки, що свідчить про негативну роль викривлень ПАМ в генезі НТДРРП у цих хворих.

Однак у жінок з НТДРРП встановлено достовірні розбіжності в розподілі неадаптивних копінгів. ВПЖ демонструють фактично

повне переважання неадаптивних стратегій подолання за всіма модальностями копінг-поведінки: емоційний неадаптивний копінг – у 88,50 % осіб, когнітивний неадаптивний копінг – у 88,50 % осіб, поведінковий неадаптивний копінг – у 71,80 % осіб. На відміну від них, майже у половини ДВС переважають відносно адаптивні або навіть адаптивні стратегії. Серед них неадаптивні емоційний та когнітивний копінги притаманні 45,80 % осіб, неадаптивний поведінковий копінг – у 50,00 % осіб. Перевага адаптивних ПАМ у цьому випадку стає дефензивним механізмом щодо більш сприятливого перебігу та прогнозу НТДР у ДВС порівняно з ВПЖ. Але ж отримані дані також дозволяють зробити висновок про наявність невикористаного адаптивного ресурсу в жінок з НТДРРП, на активізацію якого мають бути спрямовані психотерапевтичні впливи в комплексному лікуванні цієї категорії пацієнтів.

Треба зазначити, що складність взаємозв'язків варіантів психологічного захисту, що негативно впливають на процес швидкості відновлення жінок, обумовлена множинністю варіантів порушення адаптації та пристосування. Для розробки комплексної системи допомоги пацієнткам з НТДРРП необхідно обов'язково мати об'єктивну інформацію у повному обсязі щодо їхнього психологічного та емоційного стану залежно від складу та взаємовідносин у нових умовах життя. Такий підхід надає можливості виявити та проаналізувати існуючі проблеми жінок та встановити потребу та рівень допомоги.

Література

1. Гапонов К. Д. До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності / К. Д. Гапонов // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 120–121.
2. Юр'єва Н. М. Гендерспецифічна дезадаптація соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію (аналіз феномену та особливості терапії і психосоціальної реабілітації) / Н. М. Юр'єва // Український вісник психоневрології. – Т. 22. – № 2 (79). – 2014. – С. 139–146.
3. 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.
4. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // Нейронews. – 2013. – № 8(53). – С. 16–20.
5. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: Учебник для вузов. – 4-е изд. – Питер, 2011. – 864 с.
6. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : пособие для психологов и врачей / [Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова, др.] – Издательский центр Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. – 51 с.
7. Абдрыхімова Ц. Б. Психологічні адаптаційні механізми в генезі непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдрыхімова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2014. – № 1 (33). – С. 70–77.
8. Исаева Е. Р. Особенности и проблемные зоны в структуре адаптационных ресурсов личности при социальной и психосоматической дезадаптации / Е. Р. Исаева, О. С. Дейнека // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – №3. – С. 42–47.
9. Залуцкий И. Л. Проблема копинг-поведения в работах отечественных и зарубежных исследователей / И. Л. Залуцкий, Л. М. Махнач // Онкологический журнал. – 2009. – Т. 3, №3(11). – С. 81–87.
10. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. – СПб. : СПбГМУ, 2009. – С. 23–46.

References

1. Gaponov K. D. Do problemy patologichnogo vzajemozv'язku posttravmatychnyh stresovyh rozladiv ta alkohol'noi' zalezhnosti [The problem of the relationship of pathological posttraumatic stress disorder and alcohol dependence]. *Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2015, vol. 23, issue 3(84), pp. 120-121. (In Ukr.)
2. Jur'jeva N. M. Genderospezifichna dezadaptacija social'nogo funkcionuvannja u zhinok, hvoryh na paranoi'dnu shyzofreniju (analiz fenomenu ta osoblyvosti terapii' i psyhosocial'noi' rehabilitacii') [Gender exclusion of specific social functioning in women suffering from paranoid schizophrenia (analysis of the phenomenon and features of therapy and psychosocial rehabilitation)]. *Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2014, vol. 22, no. 2(79), pp. 139-146. (In Ukr.)
3. Markova M. V., Kosenko K. A. Psyhoterapija v kompleksnomu likuvanni zhinok, hvoryh na paranoi'dnu shyzofreniju, 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]. *Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2014, vol. 22, no. 3(80), pp. 69-73. (In Ukr.)
4. Maruta N. A. Vosstanovlenie sotsial'nogo funkcionirovaniya – osnovnaya tsel' terapii depressii [Restoration of social functioning - the main goal of depression treatment]. *Neyronews* [Neyronews], 2013, no. 8(53), pp. 16-20. (In Russ.)
5. Karvasarskiy B. D. Klinicheskaya psikhologiya [Uchebnik dlya vuzov] [Clinical Psychology [Textbook for high schools]], 4th ed., Piter Publ., 2011, 864 p. (In Russ.)
6. Vasserman L. I., Eryshev O. F., Klubova E. B. [et al.] *Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya* [Posobie dlya psikhologov i vrachey] [Psychological diagnostics index lifestyle [The manual for psychologists and doctors]]. Publishing Center Bekhterev Research Institute of the V. M. Bekhterev, 2005, 51 p. (In Russ.)
7. Abdryahimova C. B. *Psyhologichni adaptacijni mehanizmy v g'enezi nepshyotychnyh psyhichnyh rozladiv u osib z chastkovoju vtratoju zoru travmatychnogo g'enezu* [Psychological adaptation mechanisms in the genesis of non-psychotic mental disorders in people with partial loss of traumatic genesis]. *Zhurnal psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii* [Journal of Psychiatry and Medical Psychology], 2014, no. 1(33), pp. 70-77. (In Ukr.)
8. Isaeva E. R., Deyneka O. S. *Osobennosti i problemnye zony v strukture adaptatsionnykh resursov lichnosti pri sotsial'noy i psikhosomaticheskoy dezadaptatsii* [Features and problem areas in the structure of adaptive resource person at the social and psychosomatic maladjustment]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [Review of Psychiatry and Medical Psychology of the V. M. Bekhterev], 2009, no. 3, pp. 42-47. (In Russ.)
9. Zalutskiy I. L., Makhnach L. M. *Problema koping-povedeniya v rabotakh otechestvennykh i zarubezhnykh issledovateley* [The problem of coping behavior in the work of domestic and foreign researchers]. *Onkologicheskij zhurnal* [Oncological journal], 2009, vol. 3, no. 3(11), pp. 81-87. (In Russ.)
10. Isaeva E. R. *Koping-povedenie i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni* [Coping behavior and psychological protection of the individual in terms of health and disease]. St. Petersburg, Publishing house of St. Petersburg State Medical University, 2009, pp. 23-46. (In Russ.)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ПСИХОГЕНЕЗА (ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ И ЖЕН ВОЕННОСЛУЖАЩИХ – УЧАСТНИКОВ АТО)

Я. В. Шпилевый

Львовский национальный медицинский университет имени Д. Галицкого

Аннотация. Среди самых серьезных заболеваний последних лет, от которых страдает большая часть населения Украины, – дезадаптивные психические состояния. Наиболее склонны к их возникновению родственники участников боевых действий и внутренне перемещенные лица, подавляющее большинство которых – женщины. Целью работы было установление особенностей психологических адаптационных механизмов у женщин с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами разного психогенеза. Хотя у обследованных зарегистрированы достоверные расхождения в распределении неадаптивных копингов, в целом можно говорить о наличии напряжения неадаптивных методов психологической защиты и превалировании неадаптивных копинг-стратегий. В то же время выявлен неиспользованный адаптивный ресурс, на активизацию которого должны быть направлены психотерапевтические влияния в комплексном лечении. С этой целью разработана комплексная дифференцированная система специализированной медицинской помощи женщинам с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами разного психогенеза, которая основывается на данных этого исследования.

Ключевые слова: невротические тревожно-депрессивные расстройства, психогенез, женщины, копинг-поведение, механизмы психологической защиты.

COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION MECHANISMS IN WOMEN WITH NEUROTIC ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER OF DIFFERENT GENESIS (INTERNALLY DISPLACED PERSONS AND WIVES OF ATO PARTICIPANTS)

Ia. V. Shpylovyi

D. Halytsky Lviv National Medical University

Summary. Among the most serious disease of recent years from which the population of Ukraine has suffered is maladaptive mental states. The most prone to their occurrence are relatives of combatants and internally displaced persons, most of whom are women. The aim was to establish the psychological features of adaptation mechanisms in women with neurotic anxiety and depressive disorders of different genesis. Although the survey showed reliable differences in the distribution of nonadaptive coping in general we can speak of tension nonadaptive methods of psychological defense and prevalence nonadaptive coping strategies. At the same time adaptive discovered untapped resource for activation which should be directed at therapeutic effects in treatment. To this end, developed a comprehensive system of differentiated specialized care for women with neurotic anxiety and depressive disorders of different genesis basing on the data of this study.

Key words: neurotic anxiety-depressive disorder, psychogenesis, women, coping behavior, psychological defense mechanisms.

Шпильовий Ярослав Володимирович – асистент кафедри психіатрії, психології та сексології, Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: spljaroslav@gmail.com.

Шпилевый Ярослав Владимирович – ассистент кафедры психиатрии, психологии и сексологии, Львовский национальный медицинский университет имени Д. Галицкого, г. Львов, Украина; e-mail: spljaroslav@gmail.com.

Iaroslav Shpylovyi – Assistant of the Department of Psychiatry, Psychology and Sexology, D. Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: spljaroslav@gmail.com.



М. А. Юдін

УДК: 616.8-009:616.89-052

ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З ДИСГАРМОНІЙНИМ САМОВІДНОШЕННЯМ

М. А. Юдін

Медичний центр «СА-КЛІНІК», м. Київ, Україна

Анотація.

Переважна більшість лікарів-дерматологів та спеціалістів з психічного здоров'я відзначають великий вплив психічних факторів на розвиток та перебіг патології шкіри. Косметологічні проблеми приховують небезпеку для психологічного та психічного стану пацієнтів через наявність важливого суб'єктивного психотравмуючого фактора – це дія на самосприйняття, безпосередньо пов'язана з незадоволенням власним зовнішнім виглядом. У таких випадках зусилля лікарів різної спеціалізації спрямовані як на покращення фізичного здоров'я, так і на зміцнення протидії психічному стресу в цілому. Під час дослідження вивчалися особливості стрес-долаючої поведінки пацієнтів косметологічного профілю з дисгармонійним самовідношенням. У результаті роботи виявлено, що низька опірність стресу в таких обстежених обумовлена застошуванням малоадаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки. Тому її психокорекція належить до важливих напрямків медико-психологічної роботи з пацієнтами косметологічного профілю.

Ключові слова: копінг, дисгармонійний тип самовідношення, самооцінка, косметологічні пацієнти, психологічна допомога, психодерматологія.

Вступ

Косметологічна медицина – це напрям на перетині медицини та косметології, у межах якого відбувається вплив на поверхню шкіри з метою її омолодження, сповільнення процесу старіння або корекції дефектів. Косметологічна медицина найтісніше пов'язана з дерматологією та пластичною хірургією.

Краса, молодість, здоров'я збільшують соціальну привабливість людини, а отже, й підвищують її соціальний статус. Вродливих людей частіше наділяють позитивними особистісними якостями, ніж тих, хто має привабливі, але звичайні риси обличчя [1]. Наявність спотворюючих дефектів або особливостей зовнішнього вигляду, навпаки, може викликати в оточуючих віддалення, страх, відразу. Це робить догляд за зовнішністю важливою частиною самопрезентації, особливо у людей відомих та публічних.

Косметологічні проблеми складають особливу групу соматичних розладів. Поряд з переважно незагрозливим для життя впливом патології шкіри існує й важливий суб'єктивний психотравмуючий компонент – дія на самосприйняття через зміну зовнішнього вигляду, порушення внутрішнього образу тіла. Переважна більшість лікарів-дерматологів та спеціалістів з психічного здоров'я відзначають величезну роль психічних факторів у розвитку та перебігу шкірної патології [2; 3].

Психічні зміни внаслідок косметологічних вад та дерматологічних хвороб можуть виражатися у формі станів психологічної дезадаптації, а іноді досягати й клінічного рівня [4; 5]. У психологічному вимірі косметологічні проблеми проявляються підвищенням тривожності, депресивними станами, погіршенням загального самопочуття, зниженням активності, зміною самооцінки та самосприйняття, порушенням міжособистісних стосунків [1; 6; 7].

Однак є випадки, коли результати правильно підібраних та якісно проведених процедур (а іноді навіть операцій) не задовольняють клієнтів. Бо існують категорії пацієнтів, в яких незадоволення зовнішнім виглядом обумовлено психологічними чинниками [8; 9]. Одним зі специфічних психічних станів, пов'язаних з хронічною незадоволеністю власною зовнішністю та результатами процедур і маніпуляцій (попри повторні звернення до спеціалістів у сфері косметології та пластичної хірургії) є дисморфофобія [10; 11].

Надання психологічної допомоги хворим соматичного профілю сьогодні не обмежується лише виявленням та корекцією психологічних проблем, пов'язаних із основним захворюванням. Як правило, йдеться про визначення глибинних механізмів формування психологічної дезадаптації, зміцнення внутрішнього психологічного ресурсу

(зокрема, формування адаптивних форм поведінки). Такий підхід передбачає, з одного боку, лікування фізичного нездоров'я, з іншого ж – зміцнення протидії психічному стресу в цілому.

Мета дослідження

Метою дослідження є виявлення особливостей стрес-долаючої поведінки у пацієнтів косметологічного профілю з дисгармонійним самовідношенням.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі медичного центру «СА-КЛІНІК» (м. Київ) протягом 2014–2016 років. У тестуванні взяли участь 286 жінок, які звернулися по косметологічну допомогу. Опитувані були розділені на 3 групи залежно від критерія самовідношення:

- група 1 – жінки з дисгармонійним типом і тенденцією до заниженої самооцінки (Г1, n=108);
- група 2 – жінки з дисгармонійним типом зі схильністю до завищеної самооцінки (Г2, n=82);
- група порівняння – жінки з гармонійним типом (ГП, n=96).

Психодіагностичний інструментарій – опитувальник «Способів долаючої поведінки» Р. Лазаруса та С. Фолкмана. Статистична обробка проводилася у MS Excel v.8.0.3. Для виявлення різниці досліджуваних показників у групах застосовано параметричний t-критерій Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

У табл. 1 наведено показники напруженості різних форм копінгу в опитуваних різних груп. Провідними формами стрес-долаючої поведінки жінок зі зниженою самооцінкою були звернення за сторонньою підтримкою, уникнення та дистанціювання, тоді як відповідальність, планування, самоконтроль, позитивна переоцінка та конфронтація були менш представленими.

У жінок із завищеною самооцінкою домінували конфронтація та пошук соціальної підтримки; менш вираженими були дистанціювання, самоконтроль, відповідальність, планування, а позитивна переоцінка застосовувалася мало коли. Переважаючими у ГП були пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми, прийняття відповідальності, самоконтроль, позитивна переоцінка, за ними слідували конфронтація, дистанціювання та уникнення.

При порівнянні Г1 та ГП виявлено, що у жінок із дисгармонійним самовідношенням і низькою самооцінкою були вищими рівні дистанціювання (46,8±9,5 % у Г1 проти 44,0±8,5 % у ГП), уникнення (46,8±6,9 % проти 43,9±4,8 %), пошуку соціальної підтримки (51,4±9,1 % проти 48,2±7,5 %). У опитуваних з гармонійним самовідношенням більшою вираженістю характеризувалися стратегії конфронтації (44,3±8,5 % у ГП проти 41,8±9,2 % у Г1), самоконтролю (45,8±8,9 % проти 42,9±9,2 %), планування (46,8±6,8 % проти 43,5±8,3 %) та позитивної переоцінки (45,4±7,7 % проти 42,1±7,4 %), $p < 0,05$. Щодо відповідальності як форми копінгу, суттєвих відмінностей не зафіксовано (44,7±10,7 % у Г1 та 46,0±7,6 % у ГП).

Визначено вищу вираженість конфронтації (47,6±9,1 % у Г2 проти 44,3±8,5 % у ГП) та дистанціювання (46,9±8,4 % проти 44,0±8,5 %) у жінок з дисгармонійним типом самовідношення та завищеною самооцінкою, позитивної переоцінки (43,0±8,2 % проти 45,4±7,7 %) в опитуваних з гармонійним типом, $p < 0,05$.

При порівнянні напруженості копінгу серед жінок з дисгармонійним самовідношенням у Г1 та Г2 в опитуваних зі зниженою самооцінкою виявлено вищий рівень потреби у соціальній підтримці, уникненні, а в осіб з завищеною – у конфронтації, самоконтролі, плануванні, $p < 0,05$.

Таблиця 1

Напруженість форм копінгу (%)

Форма копінгу	Г1 (n=108)	ГП (n=96)	Г2 (n=82)
Конфронтація	41,8±9,2**	44,3±8,5*!	47,6±9,1!"
Дистанціювання	46,8±9,5*	44,0±8,5*!	46,9±8,4!
Самоконтроль	42,9±9,2**	45,8±8,9*	46,1±8,2"
Соціальна підтримка	51,4±9,1**	48,2±7,5*	47,5±7,4"
Відповідальність	44,7±10,7	46,0±7,6	45,4±8,3
Уникнення	46,8±6,9**	43,9±4,8*	44,5±6,1"
Планування	43,5±8,3**	46,8±6,8*	45,6±5,8"
Позитивна переоцінка	42,1±7,4*	45,4±7,7*!	43,0±8,2!

Примітки:

достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ між групами:

* – Г1 та ГП;

! – Г2 та ГП;

" – Г1 та Г2.

На рис. 1 графічно представлено профілі стрес-долаючої поведінки в опитуваних різних груп. Форми копінгу було розташовано з урахуванням ступеня їхньої адаптивності

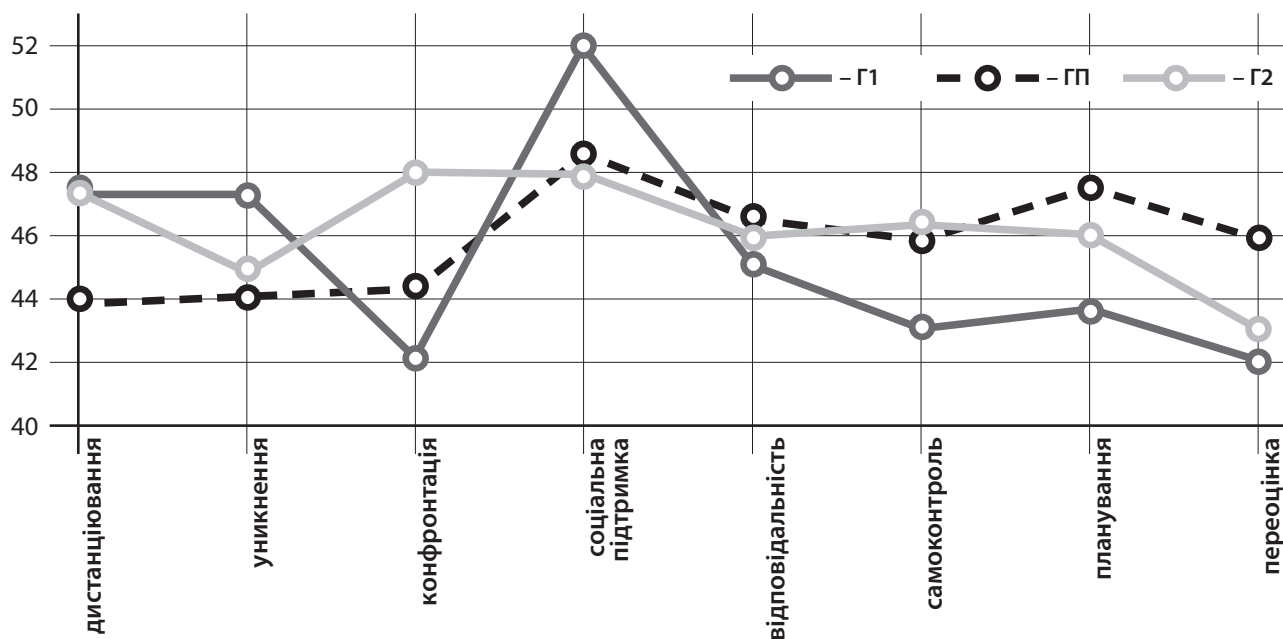


Рис 1. Профілі стрес-долаючої поведінки

зліва направо: від неадаптивних (дистанціювання, уникнення) – до умовно-адаптивних (конфронтації, пошуку соціальної підтримки) та адаптивних (прийняття відповідальності, самоконтролю, планування рішення та позитивної переоцінки).

З графіку (рис. 1) видно, що у жінок з дисгармонійним самовідношенням порівняно з опитуваними ГП спостерігалася вища напруженість неадаптивних та нижча – адаптивних форм копіngu; причому, цей показник більш виражений у Г1.

Відносно умовно-адаптивних стратегій в опитуваних з Г1 визначено позитивний пік щодо пошуку соціальної підтримки (зовнішній ресурс, пасивність) та негативний – конфронтації (внутрішній ресурс, активність). Такі результати свідчать про низьку варіативність та ефективність копіngu у подоланні стресу серед осіб з низькою самооцінкою. У жінок з Г2 зареєстровано позитивний пік щодо дистанціювання, конфронтації, соціальної підтримки та негативний – відносно позитивно-го переосмислення.

Ці результати демонстрували наявність протилежних за змістом тенденцій – прагнення сторонньої підтримки та протидії оточенню. Жінки із завищеною самооцінкою протиставляли власні інтереси прагненням інших людей, були схильні долати негативні переживання, знецінюючи їх, мали труднощі у переформулюванні особистісних установок внаслідок переконаності у беззаперечності власної позиції. Всі ці особливості поведінки негативно впливали на ефективність протидії стресу.

У жінок з ГП копіng-профіль був більш збалансований, переважали адаптивні форми копіngu, що вказувало на високу гнучкість та ефективність стрес-долаючої поведінки.

■ **Копіng-профіль жінок зі зниженою самооцінкою** характеризувався вирішенням проблем переважно за рахунок залучення зовнішнього ресурсу – пошуку емоційної, дієвої та інформаційної підтримки з боку оточення, очікуванням підтримки, порад, співчуття, уваги від інших людей. На дію стресу опитувані зі зниженою самооцінкою реагували зменшенням значимості ситуації, емоційної включеності, а також запереченням наявності труднощів, заглибленням у світ фантазій, переключенням, відстороненням, знеціненням, відволіканням.

Жінкам з Г1 були притаманні пасивніші способи копіngu – низька опірність до стресових ситуацій, невміння відстоювати власні інтереси, неспроможність діяти винахідливо та гнучко. В них відзначалися знижена здатність до планування й контролю за власним психічним станом, а також бракувало вміння позитивно переосмислювати події та бачити перспективу саморозвитку всупереч труднощам.

Обстежені зі зниженою самооцінкою або взагалі не брали на себе відповідальність, перекладаючи вирішення проблем на інших, або ж приймали її надмірно – це виявлялося у схильності до болісної самокритики, самозвинувачення та переживання відчуття провини й хронічної незадоволеності собою.

■ **Копінг жінок з дисгармонійним типом самовідношення та завищеною самооцінкою** визначався напористістю, активністю у вирішенні проблем (яка іноді могла втрачати характер цілеспрямованості), жорстким відстоюванням власної позиції та інтересів. Обстеженим були притаманні ригідність особистісних установок, упевненість у беззаперечності власної позиції, схильність до раціоналізації, знецінення та зниження емоційної включеності у стресовій ситуації. Жінки цієї групи вміли контролювати себе, стратегічно планувати, а також використовували соціальні ресурси переважно з метою отримання інформації, дієвої допомоги та задоволення потреби в увазі.

■ **У копінг-профілі жінок із нормативними показниками самооцінки** поряд із зарученням зовнішньою підтримкою було виражено поведінку, орієнтовану на цілеспрямовану активність у вирішенні проблем. В основі стрес-долаючої поведінки у цій групі – стратегічне планування, аналіз проблеми та реалій ситуації, опора на минулий досвід і наявні ресурси.

Пацієнтки цієї групи відрізняли позитивне переосмислення, переформулювання негативних аспектів ситуації як потенційних зон особистісного росту, а також вміння брати на себе відповідальність, високий рівень самоконтролю, вміння стримувати емоції та мінімізувати їх вплив на сприйняття ситуації. Жінки з нормальною самооцінкою ефективно відстоювали особистісну позицію, регулювали свою поведінку, гнучко змінювали тактику дій.

Пошук соціальної підтримки був однією з провідних форм копіngu серед осіб в усіх групах, проте опитувані з ГП орієнтувалися на взаємодію, отримання емоційної підтримки, співчуття. Жінки з Г2 зосереджувалися на інструментальній складовій – отриманні корисної для себе інформації, визнанні, підтвердженні правильності власних рішень. Опитувані з Г1 очікували від оточення значного рівня дієвої допомоги, участі.

Особливості копіngu жінок з дисгармонійним самовідношенням вказують на зниження його ефективності та потребують психокорекції у рамках комплексної програми медико-психологічної допомоги.

Висновки

1. Провідними формами стрес-долаючої поведінки жінок зі зниженою самооцінкою були звернення за сторонньою підтримкою, уникнення та дистанціювання, тоді як

менш представленими були відповідальність, планування, самоконтроль, позитивна переоцінка та конфронтація. У жінок із завищеною самооцінкою домінували конфронтація та пошук соціальної підтримки; менш вираженими були дистанціювання, самоконтроль, відповідальність, планування та позитивна переоцінка, яка застосовувалась рідко.

2. При порівнянні з жінками з гармонійним самовідношенням, у обстежених із дисгармонійним самовідношенням і низькою самооцінкою були вищими рівні дистанціювання, уникнення, пошуку соціальної підтримки, а конфронтації, самоконтролю, планування та позитивної переоцінки – нижчими. Жінки з завищеною самооцінкою відносно ГП мали більшу вираженість конфронтації та дистанціювання, а позитивної переоцінки – меншу.

3. Копінг-профіль опитаних зі зниженою самооцінкою характеризувався пасивністю, нецілеспрямованістю, залученням зовнішнього ресурсу, очікуванням підтримки, зниженням емоційної включеності, запереченням наявності труднощів, відстороненням та знеціненням ситуації, невмінням відстоювати власні інтереси. Ці жінки відрізнялися зниженою здатністю до контролю власного психічного стану та поведінки, позитивного переосмислення, а також безвідповідальністю або, навпаки, надвисокою самокритикою та самозвинуваченнями.

4. У обстежених із завищеною самооцінкою копінг-профіль визначався напористістю, активною поведінкою у вирішенні проблем (яка іноді могла втрачати характер цілеспрямованості), жорстким відстоюванням інтересів, труднощами у переформулюванні особистісних установок, беззаперечністю власної позиції. Такі жінки відрізняються потребою у залученні соціальних ресурсів (для отримання уваги, інформації, дієвої допомоги), зниженням суб'єктивної значимості, емоційної включеності, а також умінням контролювати себе та стратегічно планувати.

5. Особливостями стрес-долаючої поведінки жінок з дисгармонійним самовідношенням було застосування менш адаптивних стратегій, що обумовлювало нижчу опірність стресу. Тому психокорекція стрес-долаючої поведінки жінок з дисгармонійним самовідношенням – важливе завдання медико-психологічної допомоги у роботі з пацієнтами косметологічного профілю.

Література

1. Сац Е. А. Особенности самосознания у женщин-клиентов косметологических услуг [Электронный ресурс] / Е. А. Сац, И. М. Слободчиков // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1. – Режим доступа : <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18589.15>.
2. Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party / A. Bewley, A. Affleck, C. Bundy [et al] // Br. J. Dermatol. – 2013. – Vol. 168 (6). – P. 1149–1150.
3. Бекетова Н. Косметологические процедуры в дерматологической практике: взгляд практикующего специалиста в области психодерматологии / Н. Бекетова // Косметика и медицина. – 2014. – № 4. – С. 74–81.
4. Psychiatric evaluation in dermatology: an overview / S. Ghosh, R. V. Behere, P. Sharma [et al] // Indian J. Dermatol. – 2013. – Vol. 58 (1). – P. 39–43.
5. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects / P. Filaković, A. Petek, O. Koić [et al] // Psychiatr. Danub. – 2009. – Vol. 21 (3). – P. 401–410.
6. Александров А. А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица / А. А. Александров, Е. С. Багненко // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 52–66.
7. Боднар Л. А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики / Л. А. Боднар // Психічне здоров'я. – 2011. – Вип. 1–2 (30–31). – С. 4–7.
8. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features / L. A. Conrado, A. G. Hounie, J. B. Diniz [et al.] // Journal of American Academic Dermatology. – 2010. – Vol. 63 (2). – P. 235–243.
9. Thompson A. R. Образ тела в дерматологии / A. R. Thompson // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 2. – С. 36–39.
10. Петрова Н. Н. Дисморфофобия в клинике эстетической хирургии / Н. Н. Петрова, О. М. Грибова // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 26–30.
11. Мороз С. М. Дисморфофобия и дисморфомания: зеркало обманывает / С. М. Мороз, И. Яворская // Косметолог. – 2015. – № 6 (74). – С. 108–110.

References

1. Sats E. A., I. M. Slobodchikov Osobennosti samoznaniya u zhenshchin-klientov kosmetologicheskikh uslug [Features of consciousness of women clients of cosmetic services]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Modern problems of science and education], 2015, no. 1-1. Available at: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18589.15>. (In Russ.)
2. Bewley A., Affleck A., Bundy C. [et al.] Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party. Br. J. Dermatol., 2013, vol. 168 (6), pp. 1149-1150.
3. Beketova N. Kosmetologicheskie protsedury v dermatologicheskoy praktike: vzglyad praktikuyushchego spetsialista v oblasti psikhodermatologii [Cosmetic procedures in dermatological practice: Insights practitioner in psychodermatology]. Kosmetika i meditsina [Cosmetics and medicine], 2014, no. 4, pp. 74-81. (In Russ.)
4. Ghosh S., Behere R. V., Sharma P. [et al.] Psychiatric evaluation in dermatology: an overview. Indian J. Dermatol., 2013, vol. 58(1), pp. 39-43.
5. Filaković P., Petek A., Koić O. [et al.] Comorbidity of depressive and dermatologic disorders - therapeutic aspects. Psychiatr. Danub., 2009, vol. 21(3), pp. 401-410.
6. Aleksandrov A. A., Bagnenko E. S. Psikhologicheskie kharakteristiki zhenshchin s kosmeticheskimi defektami kozhi litsa [Psychological characteristics of women with cosmetic skin defects]. Vestnik psikhoterapii [Journal of psychotherapy], 2012, no. 41 (46), pp. 52-66. (In Russ.)
7. Bodnar L. A. Kliniko-psyhopatologichni ta patopsyhologichni harakterystyky pacijentiv, jaki zvertalysja do plastychnyh hirurgiv dlja provedennja rynoplastyky [Clinical and psychopathological pathopsychological characteristics of patients who turned to plastic surgeons for rhinoplasty]. Psyhichne zdorov'ja [Mental health], 2011, no. 1-2 (30-31), pp. 4-7. (In Ukr.)
8. Conrado L. A., Hounie A. G., Diniz J. B. [et al.] Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. Journal of American Academic Dermatology, 2010, vol. 63 (2), pp. 235-243.
9. Thompson A. R. Obraz tela v dermatologii [Body Image in dermatology]. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine [Mental disorders in general medicine], 2013, no. 2, pp. 36-39. (In Russ.)
10. Petrova N. N., Gribova O. M. Dismorfofobiya v klinike esteticheskoy khirurgii [Dysmorphophobia clinic Aesthetic Surgery]. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine [Mental disorders in general medicine], 2014, no. 1, pp. 26-30. (In Russ.)
11. Moroz S. M., Yavorskaya I. Dismorfofobiya i dismorphomaniya: zerkalo obmanyvaet [Dysmorphophobia and Dismorphomania mirrors cheats]. Kosmetolog [Cosmetologist], 2015, no. 6(74), pp. 108-110. (In Russ.)

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГА У ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ДИСГАРМОНИЧНЫМ САМООТНОШЕНИЕМ

М. А. Юдин

Медицинский центр «СА-КЛИНИК»

Аннотация. Подавляющее большинство врачей-дерматологов и специалистов по психическому здоровью отмечают большое влияние психических факторов на развитие и течение заболеваний кожи. Косметологические проблемы таят опасность для психологического и пси-

FEATURES OF COPING IN PATIENTS WITH COSMETIC PROBLEMS AND DISHARMONIOUS SELF-ESTEEM

M. A. Yudin

Medical Center "CA-Clinic"

Summary. The majority of dermatologists and specialists in mental health note the great influence of psychological factors in the development and progress of the skin pathology. Cosmetic problems have hidden danger to the psychological and mental state of patients because of the subjective traumatic factor – the effect on self-perception

хического состояния пациентов из-за наличия важного субъективного психотравмирующего фактора – воздействия на самовосприятие, непосредственно связанное с неудовлетворенностью собственным внешним видом. В таких случаях усилия врачей различной специализации направлены как на улучшение физического здоровья, так и на усиление противодействия психическому стрессу. В ходе исследования изучались особенности стресс-преодолевающего поведения пациентов косметологического профиля с дисгармоничным самоотношением. В результате работы выявлено, что низкая сопротивляемость стрессу у таких обследованных обусловлена использованием малоадаптивных стратегий стресс-преодолевающего поведения. Поэтому его психокоррекция является одним из важных направлений медико-психологической работы с пациентами косметологического профиля.

Ключевые слова: копинг, дисгармоничный тип самоотношения, самооценка, косметологические пациенты, психологическая помощь, психодерматология.

directly connected with dissatisfaction with their own appearance. In such cases, the actions of doctors in different specializations are aimed at improving physical health and increasing resistance to mental stress. In the present research features of coping in cosmetological patients with disharmonious self-esteem are studied. It is found that a low resistance to stress in these patients is caused by not effective coping strategies. Therefore, psychological correction of coping relates to important areas of psychological help in cosmetological patients.

Key words: coping, disharmonious self-esteem, cosmetic patients, psychological help, psychodermatology.

Юдін Михайло Анатолійович – к.мед.н., лікар-дерматолог, медичний центр «СА-КЛІНІК», м. Київ, Україна; e-mail: yudin.mca@gmail.com.

Юдин Михаил Анатольевич – к.мед.н., врач-дерматолог, медицинский центр «СА-КЛІНІК», г. Киев, Украина; e-mail: yudin.mca@gmail.com.

Michael Yudin – PhD in Medicine, Dermatologist, Medical Center "SA-CLINIC", Kyiv, Ukraine; e-mail: yudin.mca@gmail.com.



В. В. Ішук

УДК: 616.89-008.1-02:[616.44+616.453]-08

КОНТРАНЗОГЕННІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ ПРИ ПСИХОЕНДОКРИННОМУ СИНДРОМІ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРНИКІВ

В. В. Ішук

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ, Україна

Анотація.

З метою формування системи психотерапії хворих із психоендокринним синдромом на тлі порушень обміну гормонів щитоподібної залози та кори наднирників, було проведено проспективне дослідження 300 хворих, які проходили терапію на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Розроблено типоспецифічну контранозогенну та контрасеміотичну систему психотерапії та психореабілітації хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз із психоендокринним синдромом, що реалізується за двома векторами: нівелюванням впливу нозогенних чинників психотравматизації та корекцією наявної психопатологічної семіотики. Розроблена система психотерапевтичної взаємодії демонструє високий рівень ефективності відносно патопсихологічних та психопатологічних компонентів психоендокринного синдрому у стані компенсації ендокринних дисфункцій у всіх групах хворих.

Ключові слова: психоендокринний синдром, психотерапія, психотравматизація, симптом.

Вступ

Серед нозологічних форм з хронічним типом перебігу патологія ендокринної системи посідає одне з центральних місць у структурі захворюваності населення, з часом формуючи контингент пацієнтів не тільки спеціалізованих ендокринологічних диспансерів, але й інших лікувальних установ [1–3].

Зазначене вище зміщує увагу в бік вивчення особливостей та факторів, що впливають на якість життя, його повсякденні патерни, пов'язані з дотриманням терапевтичних та дієтичних рекомендацій, і психосоматичних аспектів у широкому розумінні.

Виходячи з цього можна зробити висновок, що на даних клініко-психопатологічних та медико-психологічних випадків ендокринної патології (ЕП) базується подальший розвиток уявлень щодо комплексної терапії ЕП. Ці ж дані стають підґрунтям залучення психотерапевтичних та психопрофілактичних систем у процес лікування.

Психоендокринний синдром (ПеС) повсякчас виявляється у структурі хронічних ендокринопатій та є одним із центральних у класі соматогенної психопатології. Численність різнорівневих психопатологічних

констеляцій все одно вимагає дескрипції й компаративного аналізу, оскільки ПеС лише окреслює їх.

Внаслідок відсутності чітко структурованої типології ПеС та несистематизованих відомостей про нозозалежність семіотики в його структурі, розмежування клініки ПеС та передморбідних патоперсоналогічних вторинно-невротичних станів стає складним завданням.

Ендокринні дисфункції, пов'язані з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз є типовими варіантами ПеС щодо компаративного аналізу їх клініко-психологічних характеристик (і перш за все – варіативних патоафективних та патокогнативних порушень) внаслідок схожості їх біологічних і метаболічних ефектів.

Наведені дані підкреслюють необхідність ретельного компаративного аналізу ПеС з метою підбору конгруентного методологічного забезпечення корекції та превенції.

На сьогодні актуальність синдрмографічного аналізу, компаративної дескрипції та систематизації варіантів клініко-психологічного аранжування ПеС з різними формами ЕП в аспекті психотерапії та психореабілітації

залишається важливим напрямком ендокринології, медичної психології, психотерапії та психореабілітації [4–6].

Мета дослідження

Мета дослідження полягає у формуванні системи психотерапії хворих з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози та кори наднирників на основі аналізу медико-психологічних та клініко-психопатологічних особливостей ПeC.

Матеріали та методи дослідження

Контингент дослідження склали 437 пацієнтів з порушенням обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз, що проходили лікування на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. З них було відібрано 300 хворих із діагностованим ПeC. Середній вік обстежених становив $46,33 \pm 1,36$ року. Тривалість захворювання на момент дослідження складала від 5 до 25 років.

Усіх пацієнтів з клінічно вираженими проявами ПeC було поділено на чотири групи:

- перша група (Г1) – 100 осіб із явищами гіпертиреозу;
- друга група (Г2) – 100 осіб із явищами гіпотиреозу;
- третя група (Г3) – 50 осіб із явищами гіперкортицизму;
- третя група (Г3) – 50 осіб із явищами гіпокортицизму.

Під час роботи було використано низку методів та методик.

Психодіагностичний метод було реалізовано за допомогою таких методик:

- авторського структурованого психодіагностичного інтерв'ю;
- госпітальної шкали тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaithe, 1983 [7]) – для встановлення рівня вираженості депресивної симптоматики;

Таблиця 1

Контранозогенний вектор системи психотерапії

Нозогенія	Психотерапевтичний контент
Формування функціональних та морфологічних порушень	комплаєнс-орієнтована раціональна психотерапія (формування уявлень щодо терапевтичної превенції морфофункціональних розладів)
Факт наявності хронічного невиліковного захворювання як вітального дефекту	когнітивно-поведінкова психотерапія з формуванням екзистенційно-конформного модусу сприйняття захворювання
Обмеження фізичної активності	когнітивно-поведінкова психотерапія з формуванням навичок уникання ситуацій впливу дезадаптуючих чинників
Наявність морально тяжких симптомів захворювання	когнітивно-поведінкова психотерапія з формуванням екзистенційно-конформного модусу сприйняття захворювання
Необхідність терапії ліками, що мають виражену побічну дію	комплаєнс-орієнтована сугестивна психотерапія з посиленням мотивації до лікування
Канцерофобічні переживання	комплаєнс-орієнтована раціональна психотерапія (формування уявлень щодо реального ризику розвитку онкологічних ускладнень)
Когнітивні та мнестичні порушення (виявляються інтроспективно)	психоосвітня та когнітивно-поведінкова психотерапія з формуванням механізмів компенсації когнітивних порушень
Необхідність дорогих діагностичних та терапевтичних процедур	сімейна психотерапія з формуванням саногенного мікросоціального оточення
Наявність трудових обмежень, що викликає фінансові труднощі	групова психотерапія з формуванням особистісно-детермінованого модусу самооцінки в антитезу матеріально-детермінованому
Обмеження кола спілкування, що пов'язано з наявністю захворювання чи з його симптомами	групова та екзистенційна психотерапія з формуванням нових соціальних зв'язків
Необхідність дотримання дієти, відмови від вживання алкоголю та інших стимулюючих речовин	комплаєнс-орієнтована раціональна, екзистенційна та сугестивна психотерапія з посиленням мотивації до лікування
Залежність від прийому замісної гормональної терапії	групова психотерапія у контингентах хворих, що приймають замісну гормональну терапію

- оцінювальної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978 [8]) – для оцінки рівня вираженості маніоформних симптомів;
- тесту Басса–Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI, Arnold H. Buss, Ann Durkee, 1957) – для визначення рівня агресивності та ворожості;
- шкали імпульсивності Плутчика (Impulsiveness Scale, IS, R. Plutchik) – для визначення рівня імпульсивності.

Методи клінічної, описової та математичної статистики було застосовано для обробки результатів та визначення:

- середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників – $M(s)$;
- стандартизованої помилки середнього ($M \pm m$);
- коефіцієнту кореляції – r ;

– t -критерія Стьюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності – p .

Усі розрахунки здійснено на ПЕОМ за допомогою програм SPSS 15.0 та Excel пакету Microsoft Office 2003.

Результати дослідження та їх обговорення

Систему психотерапії та психореабілітації ПeС реалізовано у 2 симультанних векторах:

- **контранозогенному**, який нівелює вторинну невротизацію та стабілізує характер психологічного аранжування ПeС;

- **контрасеміотичному**, який корегує психопатологічні розлади у структурі ПeС.

Контранозогенний вектор системи психотерапії представлено у **табл. 1**.

Важливу роль у терапії та профілактиці психопатологічних розладів психогенного і патоперсонологічного (аномально-особистісного) реєстрів, які розвиваються при ендокринопатіях, відіграє ідентифікація

Таблиця 2

Контрасеміотичний вектор системи психотерапії

Предиктор (за SCL-90-R)	Патопсихологічний феномен (мішень)	Вектор психотерапевтичного впливу	Метод психотерапевтичного впливу
Психотизм	тенденції до замкненості та аутоізоляції	ресоціалізація, комунікативна підтримка	терапія творчим самовираженням, арт-терапія, екзистенційна психотерапія, зоотерапія, ігротерапія, музикотерапія
Інтра-персональна чутливість	інтроспективна дезадаптація, почуття малоцінності	психотерапевтична підтримка, формування почуття впевненості	аутогенне тренування, групова терапія, екзистенційна психотерапія, психометодологія, гештальт-терапія
Фобічність	підвищена інтенсивність реакцій негативного знаку	формування навичок розслаблення, перемикання	когнітивно-поведінкова терапія, аутогенне тренування
Ворожість	формування психопатоподібних порушень, алієнації, втрата соціальних контактів	формування адекватного модусу реагування на ситуативну емоційну провокацію	аутогенне тренування, групова психотерапія, трансактний аналіз, когнітивно-поведінкова терапія, емоційно-стресова психотерапія, психоаналіз
Депресія	сенситивно-гіпотимічний модус особистісного реагування	раціоналізація індивідуальних хворобливих переживань	раціональна психотерапія, сімейна психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, аутогенне тренування, психосинтез
Обсесивність	ретенція афективних переживань з тривожним аранжуванням	формування навичок розслаблення, перемикання, подолання	когнітивно-поведінкова терапія, аутогенне тренування, сугестивна психотерапія, групові методи
Соматизація	соціальна дезадаптація, почуття неповноцінності	формування навичок подолання іпохондричної фіксації	тілесно-орієнтована психотерапія, сугестивна психотерапія, психодрама, групові методи, сімейна психотерапія
Паранояльність	формування домінуючих, надцінних і маячних ідей	корекція ірраціональних переживань	раціональна психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія

«слабких ланок» психопатогенезу та їх використання як точок прикладання психотерапевтичних методів. Специфічні психопатологічні феномени у сфері мислення, афективній та емоційно-вольовій сферах, які виступають як предиспозиційний фактор щодо психогенного семіотичного комплексу, наведені в **табл. 2** (контрасеміотичний вектор).

Аналіз ефективності розробленої системи психотерапії та психореабілітації дозволив констатувати, що:

■ **при гіпотиреозі у стані декомпенсації** ефективність нормалізації рівнів дратівливості, негативізму, образи, підозрливості та почуття провини складає 54,00%; гормонозалежних компонентів ПеС (соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, депресивні симптоми, тривожність, фобічні порушення, паранояльність) – 11,0%; гормононезалежних компонентів ПеС (інтраперсональна чутливість, ворожість, психотизм) – 41,00% (**у стані компенсації** – 84,00% / 76,00% / 71,00% відповідно);

■ **при гіпертиреозі у стані декомпенсації** ефективність нормалізації рівня імпульсивності, високих рівнів фізичної, опосередкованої та вербальної агресії складає 42,00%; гормонозалежних компонентів ПеС (соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, порушення інтраперсональної чутливості, тривожність, ворожість, психотизм) – 7,00%; гормононезалежних компонентів ПеС (депресивні симптоми, паранояльність) – 55% (**у стані компенсації** – 91,00% / 65,00% / 83,00% відповідно);

■ **при гіпокортицизмі у стані декомпенсації** ефективність нормалізації рівня образи складає 84,00%; гормонозалежних компонентів ПеС (соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, депресивні симптоми, тривожність, ворожість, психотизм) – 14,00%, гормононезалеж-

них компонентів ПеС (депресивні симптоми, інтраперсональна чутливість, ворожість) – 33,00% (**у стані компенсації** – 90,00% / 86,00% / 80,00% відповідно);

■ **при гіперкортицизмі у стані декомпенсації** ефективність нормалізації рівня імпульсивності, високих рівнів дратівливості, негативізму та почуття провини складає 34,00%; гормонозалежних компонентів ПеС (соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, депресивні симптоми, тривожність, фобічні порушення, паранояльність) – 13,00%; гормононезалежних компонентів ПеС (інтраперсональна чутливість, паранояльність, фобічні порушення) – 67,00% (**у стані компенсації** – 80,00% / 81,00% / 96,00% відповідно).

Таким чином, розроблена система психотерапії та психореабілітації демонструє високий рівень ефективності відносно патопсихологічних (80–91,00%) та психопатологічних (65–86,00%) компонентів ПеС **у стані компенсації** ендокринних дисфункцій у всіх групах хворих.

Висновки

Розроблено типоспецифічну контранозогенну та контрасеміотичну систему психотерапії та психореабілітації хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз із ПеС, що реалізується за двома векторами:

1) нівелюванням впливу нозогенних чинників психотравматизації;

2) корекцією наявної психопатологічної семіотики.

Система психотерапії та психореабілітації демонструє високий рівень ефективності відносно патопсихологічних (80–91,00%) та психопатологічних (65–86,00%) компонентів ПеС у СК ендокринних дисфункцій у всіх групах хворих.

Література

1. Данилова А. И. Болезни щитовидной железы и ассоциированная с ними патология / А. И. Данилова. – Минск, 2005. – 235с.
2. Коростий В. И. Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях / В. И. Коростий, В. Л. Гавенко, Г. А. Самардакова, А. М. Кожина. – Харьков, 2000 – 29 с.
3. Greenhill C. Thyroid function: Hyperthyroidism-psychiatric issues / C. Greenhill // Nature Reviews. Endocrinology. – 2014. – № 10 (2). – P. 65–68.
4. Павлова Е. А. Депрессия и тиреотоксикоз / Е. А. Павлова, Е. А. Григорьева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 2. – С. 100–107.
5. Чугунов В. В. Генез, коморбидность, патоплас-
- тика и фон психических заболеваний / В. В. Чугунов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. – 2015. – № 1–2. – С. 57–65.
6. Davis J. D. Cognitive and neuropsychiatric aspects of subclinical hypothyroidism: significance in the elderly / J. D. Davis, R. A. Stern, L. A. Flashman // Current Psychiatry Reports. – 2003. – № 5. – P. 384–390.
7. Zigmond A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – № 6. – P. 361–370.
8. Young R. C. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity / R. C. Young, J. T. Biggs, V. E. Ziegler, D. A. Meyer // Br. J. Psychiatry. – 1978. – № 133. – P. 429–435.

References

1. Danilova A. I. Bolezni shchitovidnoy zhelezy i assotsirovannaya s nimi patologiya [Diseases of the thyroid gland and associated pathology]. Minsk, 2005, 235 p. (In Russ.)
2. Korostiy V. I., Gavenko V. L., Samardakova G. A., Kozhina A. M. Psikhicheskie narusheniya pri somaticheskikh i endokrinnykh zabolevaniyakh [Mental disorders in somatic and endocrine diseases]. Kharkiv, 2000, 29 p. (In Russ.)
3. Greenhill C. Thyroid function: Hyperthyroidism-psychiatric issues. *Nature Reviews. Endocrinology*, 2014, no. 10(2), pp. 65-68.
4. Pavlova E. A., Grigor'eva E. A. Depressiya i tireotoksikoz [Depression and thyrotoxicosis]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 2010, no. 2, pp. 100-107. (In Russ.)
5. Chugunov V. V. Genez, komorbidnost', patoplastika i fon psikhicheskikh zabolevaniy [Genesis, comorbidity, pathoplasty and the background of mental illnesses]. *Choloviche zdorov'ja, genderna ta psyhosomatychna medycyna [Men's Health, Gender and psychosomatic medicine]*, 2015, no. 1-2, pp. 57-65. (In Russ.)
6. Davis J. D., Stern R. A., Flashman L. A. Cognitive and neuropsychiatric aspects of subclinical hypothyroidism: significance in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 2003, no. 5, pp. 384-390.
7. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983 no. 6, pp. 361-370.
8. Young R. C., Biggs J. T., Ziegler V. E., Meyer D. A. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br. J. Psychiatry*, 1978, no. 133, pp. 429-435.

КОНТРАНОЗОГЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВЛИЯНИЯ ПРИ ПСИХОЭНДОКРИННОМ СИНДРОМЕ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

В. В. Ищук

Украинский научно-практический центр
эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных
органов и тканей МЗ Украины

Аннотация. С целью формирования системы психотерапии у больных с психоэндокринным синдромом на фоне нарушений обмена гормонов щитовидной железы и коры надпочечников, было проведено проспективное исследование 300 больных, проходивших терапию на базе Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины. Разработана типоспецифическая контранозогенная и контрасемiotическая система психотерапии и психореабилитации больных с нарушением обмена гормонов щитовидной железы и коры надпочечников, реализуемая по двум векторам: нивелирование влияния нозогенных факторов психотравматизации и коррекция имеющейся психопатологической семиотики. Разработанная система демонстрирует высокий уровень эффективности относительно патопсихологических и психопатологических компонентов психоэндокринного синдрома в состоянии компенсации эндокринных дисфункций во всех группах больных.

Ключевые слова: психоэндокринный синдром, психотерапия, психотравматизация, симптом.

ANTINOSOGENIC PSYCHOTHERAPEUTIC INFLUENCES OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY

V. V. Ischuk

Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine
Surgery, Endocrine Transplantation of Organs
and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine

Summary. In order to form a psychotherapy system in patients with psychoendocrine syndrome that developed on the background of thyroid gland and adrenal cortex metabolic disorders, a prospective study of 300 patients undergoing therapy in Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine was conducted. A type-specific contranozogenic and kontrasemiotical psychotherapy and psychorehabilitation system orientated on patients with impaired thyroid hormone and adrenal cortex metabolism, is implemented in two vectors: decreasing the effect of nosogenic psychotraumatization factors and correcting psychopathological semiotics. The developed system demonstrates a high level of efficiency on pathopsychological and psychopathological components of the psychoendocrinal syndrome in endocrine dysfunctions compensation state in all groups of patients.

Key words: psychoendocrine syndrome, psychotherapy, psychotraumatization, symptom.

Ищук Вадим Васильович – к.м.н., старший науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: androman2008@ukr.net.

Ищук Вадим Васильевич – к.м.н., старший научный сотрудник Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: androman2008@ukr.net.

Vadim Ischuk – PhD in Medicine, Senior Researcher of the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Endocrine Transplantation of Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: androman2008@ukr.net.



Б. В. Михайлов



М. Е. Водка



Т. А. Алиева



И. Д. Вашките

УДК: 616.899-053.2:616.8-085.851

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВОЙ И АНИМАЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РАННЕЙ ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Б. В. Михайлов¹, М. Е. Водка², Т. А. Алиева^{1,3}, И. Д. Вашките^{1,3}¹Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина²Международный благотворительный фонд
«Фонд Александра Фельдмана», г. Харьков, Украина³Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,
г. Харьков, Украина

Аннотация.

Специфика использования игровой анималотерапии в лечении детей с задержкой психического развития (ЗПР) заключается в создании ребенко-ориентированных отношений. Терапевт анализирует важные для пациента мысли, чувства, восприятие и идеи, и на основании этого строит отношения, обеспечивающие эмоционально безопасную среду, в которой дети могут наиболее эффективно двигаться в направлении психосоциального здоровья. Используемая на базе Центра психосоциальной реабилитации детей и подростков «Фельдман-Экопарк» игровая анималотерапия для детей с ЗПР опирается на естественные способы, с помощью которых дети узнают о себе и своих отношениях с окружающим их миром. Этот подход помогает ребенку в развитии уважения к себе и другим, осознании своего тела, чувства собственного достоинства, а также более широкого признания собственных способностей.

Ключевые слова: ранняя задержка психического развития, анималотерапия, игровая терапия, иппотерапия.

Введение

Анализ индивидуально-психологических и межличностных проблем в семьях с ребенком с ЗПР отображает различные аспекты сложных процессов взаимодействия ребенка с окружающими, восприятия малыша близкими, его развития и формирования как личности. Поэтому одним из приоритетных направлений современных исследований является изучение особенностей микро- и макросоциальных взаимодействий ребенка и семьи: личностной сферы родителей, адаптационных механизмов семьи, которые предотвращают их психологическую деструкцию.

На сегодняшний день активно разрабатываются новые и совершенствуются традиционные модели медико-психологической реабилитации детей с нарушением различных психических сфер. Актуальным в психокоррекционном направлении является использование сочетанных подходов при работе с

детьми с ЗПР. Особенно важно сейчас, в эпоху постиндустриального развития общества, использование различных природных факторов. Международный благотворительный фонд «Фонд Александра Фельдмана» на территории «Фельдман-Экопарк» создал Центр психосоциальной реабилитации для детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами (далее – Центр). Его приоритетная задача – восстановление биопсихосоциальной гармонии человека в условиях современной урбанистически-деформированной среды обитания.

Основными задачами Центра являются:

- психосоциальная коррекция нарушений эмоциональной, личностной и поведенческой сферы детей с психологическими расстройствами;

- оптимизация состояния психического здоровья и уровня качества жизни с целью повышения социальной адаптации детей в семье, коллективе и в обществе;

- формирование конструктивных навыков социального взаимодействия в обществе;
- профилактика ранних пограничных расстройств психического регистра у детей дошкольного и школьного возраста;
- организация психообразовательной программы «Родительско-детские взаимоотношения» в рамках социально-психологических тренингов и семинаров;
- внедрение в педагогическую практику системы работы с детьми с вышеуказанными расстройствами;
- разработка и внедрение системы социально-психологических тренингов для родителей с использованием элементов анималотерапии;
- координация и разработка методического руководства по работе с детьми, которые имеют расстройства психологического развития, эмоциональные и поведенческие расстройства;
- проведение консультативных работ для педагогов (совершающих обучение на дому), практических психологов средних учебных заведений и родителей (или лиц, которые их заменяют) по вопросам развития, обучения и воспитания ребенка.

К основным принципам работы Центра относятся:

- комплексное психокоррекционное оказание помощи детям и семье в целом;
- длительность проведения и последующее сопровождение семьи как социальной ячейки (возможность участвовать в юннатских программах, которые включают проведение конкурсных творческих соревнований, волонтерские акции, научную деятельность на базе работы с животными; проведение закрытых групп у родителей по типу обратной связи, которые направлены на поддержание результатов коррекции и психопрофилактики возникновения новых трудностей в семейных и социальных взаимоотношениях);
- принцип мультимодальности (осуществление одновременного и разностороннего подхода к решению психологических проблем в консультируемых семьях такими специалистами, как психотерапевт, врач психолог / практический психолог, невропатолог, логопед, дефектолог);

– вся система оказания медико-психологической коррекции детям и семьям проводится на базе экосистемы с преимущественным использованием в работе анималотерапии.

Цель и задачи исследования

Одной из современных и наиболее эффективных систем помощи детям раннего возраста с нарушением здоровья и развития и их семьям, которая широко используется в мире, является система раннего вмешательства. Она направлена на эффективное преодоление, коррекцию и компенсацию отклонений в развитии у детей с первых дней жизни и на сопровождение семей. На сегодняшний день психологическая составляющая раннего вмешательства, в отличие от медицинской и коррекционно-восстановительной, наименее разработана. Исследование этой области и является целью статьи.

Особенности игровой анималотерапии. Одной из наиболее перспективных разработок в области психического здоровья детского возраста является развивающаяся область игровой анималотерапии. Она представляет собой синтез двух подходов, направленных на развитие ребенка: игровая психотерапия и анималотерапия.

■ **Игровая терапия.** Одним из преимуществ игровой терапии является то, что она не требует от детей вербализации, потому что использует преимущества естественной склонности детей к игровой деятельности. В этой области они мотивированы проявлять себя, общаться и решать проблемы с большей готовностью, чем с помощью более познавательных или «разговорно-ориентированных» методов, предназначенных для взрослых. Дочерние ориентированные возможности эффективности игровой терапии как недирективной, так и директивной предполагают, что игровая терапия часто является наиболее онтогенетически необходимым вмешательством для смягчения или устранения многих видов детских проблем.

По сути, игровая терапия приносит положительные изменения через особые созвучные отношения, чувство безопасности, взаимности и признания того, что игровые терапевты создают вместе с детьми. Неза-

висимо от метода используемой игровой терапии, отличительной чертой подхода является развитие ребенко-ориентированных отношений. Создавая их, терапевт входит в мир ребенка: анализирует мысли, чувства, восприятие и идеи, имеющие важное значение для ребенка, формирует на основе этого определенные отношения и таким образом обеспечивает эмоционально безопасную среду, в которой дети могут преодолеть проблемы, совладать со страхом или чувством тревоги и двигаться вперед в направлении психосоциального здоровья.

■ **Анималотерапия.** В одном поле с игровой психотерапией находится и анималотерапия. В то время, как существует несколько формальных определений, они не используются последовательно в литературе или в популярной практике. В целом, в лечебницах и хосписах Европы и Америки широко распространена практика посещения пожилых людей различными животными (это могут быть, к примеру, собаки, кошки, кролики, миниатюрные лошади). Возможность спокойного общения и простого контакта (проявления ласки или поглаживания), а также простых действий в виде совместных прогулок и/или наблюдения за животными имеют и госпитализированные дети в больницах и школьных классах. Такие программы часто называют животнo-ассоциированной деятельностью (Animal Assisted Activities – AAA) или животнo-ассоциированным вмешательством (Animal Assisted Interventions – AAI).

Как правило, термин анималотерапии относится к командной работе специалиста (например, дипломированного терапевта, психотерапевта/психолога или физиотерапевта) и специально обученного животного (животного-терапевта), к которому на этапе отбора для участия в программе предъявляются определенные требования. Анималотерапевтическая команда для достижения терапевтических целей проводит интервенцию с помощью специализированных способов. Чаще всего в такой работе задействованы собаки и лошади.

Специалисты психического здравоохранения используют анималотерапию для решения широкого круга детских и семейных проблем, в том числе, в области

развития, социальных, эмоциональных и поведенческих проблем. Лошади (иппотерапия), собаки (канистерапия) и другие виды животных используются в работе с детьми с селективным мутизмом, проблемами с обучаемостью и синдромом дефицита внимания, с оппозиционным поведением, депрессией, застенчивостью, а также с социальной изоляцией и различными зависимостями. Такой метод лечения эффективен для получения навыков управления своим гневом, при тяжелой утрате, бытовом насилии, издевательствах, а также после стихийных бедствий и при работе с травмой, тревогой и проблемами привязанности. Метод анималотерапии может применяться различными способами в приемных семьях, а также в отношении задержанных несовершеннолетних и в молодежных исправительных учреждениях.

Р. Зиммерманн и Р. Мартин отмечают, что анималотерапия с детьми имеет смысл, поскольку дети и животные имеют много общего:

- зависят от взрослых;
- существуют в основном в настоящий момент и дают честную обратную связь;
- основная форма их общения – невербальная и конкретная;
- знают, как играть естественно и чувствовать себя свободно.

Эти факторы в сочетании с большим интересом у детей к животным позволяют предположить, что анималотерапия является потенциально полезным инструментом в психотерапевтическом арсенале практикующих врачей.

В исследованиях связи человека и животного, взаимодействия человека и домашнего животного, а также детских взаимоотношений с животными предполагаются физические, социальные и психологические преимущества для здоровья, поэтому клинический интерес и признание данного метода находится на подъеме, и расширяются новые методы с участием животных в практике лечения психического здоровья.

Существуют определенные особенности анималотерапии, схожие с методом игровой терапии. Как и игровая психотерапия, анималотерапия проводится в обстанов-

ке, которая располагает детей к общению. Оба метода помогают детям общаться с другими людьми, выражать свои чувства, изменять поведение, развивать навыки решения проблем, а также изучать новые способы отношения к другим. Игровая терапия, как и анималотерапия, опирается на естественные способы, с помощью которых дети узнают о себе и своих отношениях с окружающим их миром. Оба подхода могут помочь детям в развитии уважения к себе и другим, в осознании своего тела, чувства собственного достоинства, а также более широкого признания и обеспечения своих собственных способностей.

Можно отметить аналогичные траектории полей анималотерапии и игровой терапии, а также их умственно-чувствительные подходы к психотерапевтической работе с детьми, подростками и семьями. Развивающиеся теоретические и клинические черты привели к росту числа игровых терапевтов, включающих животных-терапевтов в свою работу.

Материалы и методы исследования

В Центре на территории «Фельдман Экопарк» игровая анималотерапия используется в основном в качестве дополнения к другим терапевтическим методикам, таким как игровая терапия, внутрисемейная терапия, семейная терапия, психообразовательные программы для родителей и когнитивно-поведенческая терапия.

Существует несколько основополагающих принципов данного метода:

- Максимально возможное поощрение равного и взаимного уважения участвующих детей и животных.
- Игровая анималотерапия должна быть безопасной и приятной для всех участников. Если такая деятельность становится опасной для любой из сторон, она останавливается и заменяется другой терапевтической активностью.
- В ходе игровой анималотерапии ребенок и животное принимаются такими, какие они есть. От детей и животного-терапевта не ожидают «правильного поведения».
- В игровой анималотерапии акцент делается не на контроле, а на отношениях. Так же как животное-терапевт узнает, как вести себя во время сессий,

дети учатся вести себя уважительно и гуманно с животным. Процесс игровой анималотерапии позволяет детям строить здоровые взаимоотношения с животным-терапевтом.

- Игровая анималотерапия основывается на твердых принципах развития ребенка, работы с ним в условиях экосистемы и гуманного обращения с животным. Используются только позитивные отношения потенциального взаимодействия, которые наилучшим образом совместимы с процессом психокоррекционной работы.

Результаты исследования и их обсуждение

При использовании игровой анималотерапии нами одновременно достигаются пять основных целей.

1. Самоэффективность. Игровая анималотерапия направлена на развитие способностей детей, в том числе их способности защищать себя и сохранять безопасность. Они учатся защищать животных и обращаться с ними, что, в свою очередь, придает им уверенность в себе. Например, все дети учатся знакомиться с животными: как подойти или прикоснуться к ним, чтобы избежать укусов, ударов или царапин; как обращаться с ними должным образом, например, дрессировать лошадь, используя позитивные методы, или как прикасаться к лошади не напугав ее. Даже если животное-терапевт представляет минимальный риск для ребенка, игровая анималотерапия способствует развитию у него поведения и навыков, которые будут работать с другими животными, с которыми они могут столкнуться, в том числе и с теми, которые представляют потенциальную опасность. Например, даже если собака-терапевт принимает детские руки, обнимающие ее за шею, большинству собак это не нравится. Чтобы избежать возможных укусов незнакомой собаки или любимой собаки друга, дети учатся прикасаться к животному и чесать грудь только после того, как получили разрешение от владельца.

2. Отношения. Строя взаимоотношения с животными в игровой анималотерапии, дети учатся здоровым отношениям и моделям поведения. Они также получают навыки ухода за животным. Это особенно ценно для детей с грубым обращением в анамнезе и разрушенными человеческими привязанностями.

Часто они учатся доверять животному-терапевту раньше, чем смогут доверять людям. Поскольку свойства здоровых взаимоотношений человека и животного являются почти такими же, как и отношения здоровых людей, игровая анималотерапия помогает детям научиться общаться с другими, узнавать об отношениях «отдавать-и-брать», а также приспосабливаться к потребностям животного и понимать его желания. В условиях терапии происходит эффект социального взаимодействия: дети и подростки больше доверяют терапевту и процессу терапии из-за участия животного.

3. Эмпатия. Игровая анималотерапия имеет потенциал для развития у детей способности распознавать чувства других, действовать в соответствии с этим знанием надлежащим образом и формирует заботливую модель поведения. Психотерапевт/психолог помогает ребенку узнать об эмоциях у животных, сигналах, которые помогают им коммуницировать друг с другом, а также предоставляет возможность детям осуществлять добрые и человеческие действия, основанные на этом опыте. Обычно это происходит спонтанно, но иногда процесс может облегчаться специалистом. Он может пригласить детей накормить или напоить животное, разъясняет значение коммуникативных сигналов, которые подает животное, обращает внимание детей на его чувства и реакции или показывает, как трогать, ухаживать или массажировать животное. Таким образом у детей развивают более гуманное отношение к животным, и впоследствии оно будет спроецировано на межличностное общение в социуме.

4. Саморегуляция. Игровая анималотерапия применяется нами, чтобы помочь развивать навыки саморегуляции как эмоций, так и поведения. Дети учатся оставаться спокойными с животным-терапевтом и сохранять терпение. Когда животное ведет себя не так, как хочется, дети должны регулировать свои ожидания и планы, и в то же время – учиться упорству. Если обучение животного новым навыкам входит в терапевтическую программу ребенка, то этот процесс не может ускоряться. Ребенок учится усиливать свои маленькие достижения на пути к большей цели, то есть он получает навык, который может хорошо по-

служить самому ребенку в будущем.

Поскольку дети учатся коммуницировать с животным в ходе игровой анималотерапии чаще всего не вербально, они начинают лучше понимать животное и то, как их собственное поведение влияет на отношения – позитивно или негативно. Терапевт во время занятий с животным-терапевтом также может помочь детям лучше контролировать возбуждение и волнение. Например, если лошадь уходит из-за того, что на нее злобно топают ногой, можно предложить ребенку линию поведения, которая сигнализирует лошади о безопасности и животное снова подойдет к ребенку (часто это достигается с помощью более спокойных взглядов и поведения).

5. Решение проблем. Игровая анималотерапия помогает в решении многих специфических проблем: дает детям возможность справиться со злостью и агрессией, тревогой, гиперактивностью, депрессией, реакцией на травму, чувством изоляции, повышает толерантность к фрустрации и т. д. Оксана Р., 5 лет, научилась заводить друзей в детском саду благодаря тому, что надиктовывала и разрисовывала короткую книжку, помогающую стеснительным собакам.

Игровая иппотерапия. Большинство игровых терапевтов знают и используют песочную терапию в своей работе, понимая важность глубокого метафорического изучения для детей и взрослых. Как правило, врачи могут обеспечить песочницу и миниатюры для клиентов, чтобы использовать по своему усмотрению (недирективная игровая терапия) или предложить способы использовать песочницу при необходимости проработки определенных вопросов.

Вместо того, чтобы быть вне песочницы, клиент во время игровой иппотерапии находится непосредственно в ней. Так же, как в традиционной игровой терапии, существует целый ряд инструментов, которые клиенты могут использовать с тем единственным отличием, что лошади не считаются терапевтическим инструментом, а являются равными ко-терапевтами. На арене детям, как правило, нравится ощущать глубокий песок и его податливую текстуру. Лошадям, кажется, это тоже нравится: когда выходят на арену, они часто ложатся и катаются в песке, пиная ногами воздух. Дети быстро начинают подра-

жать этому, моделируя поведение лошади, и детская радость качаться и пинать ногами глубокий плотный песок дает острые переживания и ощущение свободы. А это, как ни парадоксально, расслабляет. Аналогичный эффект достигается и в традиционной игровой терапии, когда дети спонтанно снимают обувь и носки, чтобы постоять босиком в песочнице. Однако во время занятий с лошадью на арене задействуется все тело и весь сенсорный опыт ребенка.

На сегодняшний день на базе Центра принимают участие в программе игровой иппотерапии более 75 детей и подростков с различными нарушениями психической сферы. Компоненты иппотерапии включают в себя уникальные экологические параметры, командный подход лошади и терапевта к лечению, а также виды деятельности (структурированные и основанные на решении проблем), напоминающие некоторые формы групповой психотерапии. Такой подход дает непосредственные преимущества за счет фокуса на процессе или решении проблемы, а не на самой проблеме.

Как и с другими животными в игровой анималотерапии, участие непарнокопытных в игровой терапии и другой психотерапевтической работе имеет сильную сенсорную составляющую, позволяя проявляться таким сенсорным переживаниям, которые не могут быть надлежащим образом предложены самим специалистом. Процесс последовательного принятия риска в работе с лошадьми имеет тенденцию давать более глубокий терапевтический эффект, чем традиционная работа в психотерапевтических кабинетах.

Игровая иппотерапия предполагает участие психотерапевтической команды, состоящей из психотерапевта/психолога, коневода и лошади. Лошади рассматриваются как часть команды из-за их способности реагировать на интернализацию человеческих чувств. Роль специалиста в области психического здоровья заключается в наблюдении за лечением, эмоциональными реакциями и вербальными и невербальными реакциями клиентов на животное. Специалист также помогает выстраивать метафоры для изменения. Коневод уделяет больше внимания поведению и реакциям самой лошади, а также делится своими наблюдениями с пациентом.

Создавая неугрожающую и беспристрастную терапевтическую атмосферу, вместе эта команда помогает ребенку, поскольку через метафоры и общий процесс он больше узнает о себе. К тому же понимание игровыми терапевтами детей и их способность сопереживать и создавать эмоциональную безопасность значительно усиливает такую командную работу.

Игровая анималотерапия, которая включает лошадей, носит экспериментальный характер. Участвуя в занятиях с этими животными, а потом прорабатывая свои мысли и чувства с терапевтической командой непосредственно после тренировки, «здесь и сейчас», участники лучше узнают себя и других. Привлечение лошадей вносит в процесс лечения динамику. Лошади – большие и мощные животные, и это создает естественную возможность для некоторых детей, подростков и семей преодолеть страх и развивать уверенность в себе. Многих людей пугают размер и сила лошади. Но, несмотря на эти страхи, выполнение задания с ее участием формирует уверенность в себе и обеспечивает терапию богатыми метафорами для борьбы с другими пугающими и сложными ситуациями в жизни. Во многих случаях дети легко устанавливают параллели между своими эмоциональными реакциями, поведением и моделями в игровой анималотерпии с аналогичными ситуациями в повседневной жизни.

Выводы

Таким образом, игровая анималотерапия сочетает в себе два перспективных терапевтических подхода в работе с детьми, подростками и семьями: игровая терапия и анималотерапия. Живое присутствие животных в качестве терапевтических партнеров предлагает детям новые возможности для снижения защиты, обучения выражать свои чувства, строить здоровые отношения, и преодолевать проблемы. Такой опыт может изменить мнение детей о себе и открыть им широкие возможности, предлагая новое понимание взаимоотношений с другими животными и, в конечном счете, – с другими людьми. Поле игровой анималотерапии существенно выросло, и есть надежда, что дальнейшее обучение и ее использование приведет к увеличению исследований процессов и результатов.

Литература

1. Ascione F. R. Enhancing children's attitudes about the humane treatment of animals / F. R. Ascione // *Generalisation to human-directed empathy*. – *Anthrozoös*, 1992. – № 5. – P. 176–191.
2. Ascione F. R. Children's attitudes about the humane treatment of animals and empathy / F. R. Ascione, C. V. Weber // *One-year follow-up of a school-based intervention*. – *Anthrozoös*, 1996. – № 9. – P. 188–195.
3. Ashby J. S. Active interventions for kids and teens / J. S. Ashby, T. Kottman, D. G. DeGraaf // *Adding adventure and fun to counseling*. – Alexandria, VA, American Counseling Association, 2008.
4. Beck A. Between pets and people / A. Beck, A. Katcher // *The importance of animal companionship*. – West Lafayette, IN, Purdue University Press, 1996.
5. Bowers M. J. The effectiveness of equine-facilitated psychotherapy with at-risk adolescents / M. J. Bowers, P. M. MacDonald // *Journal of Psychology and the Behavioral Sciences*. – 2001. – № 15. – P. 62–76.
6. Bratton S. C. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes / S. C. Bratton, D. Ray, T. Rhine, L. Jones // *Professional Psychology Research and Practice*. – 2005. – № 36(4). – P. 376–390.
7. Faa-Thompson T. J. Turn about Pegasus: Training handout / T. J. Faa-Thompson // *Pegasus RDA Centre Morpeth*. – Faa-Thompson, 2010.
8. Fine A. H. Handbook on animal-assisted therapy / A. H. Fine // *Theoretical foundations and guidelines for practice*. – 2nd ed. – San Diego, London, Academic Press (Elsevier), 2006.
9. O'Connor C. The silent therapist: A review of the development of equine assisted psychotherapy [Electronic Resource]. – Retrieved June 8, 2009. – Way of access: www.catra.net/info/silent/ht.
10. Taylor S. M. Equine facilitated psychotherapy: An emerging field / S. M. Taylor. – Unpublished manuscript, 2001.

References

1. Ascione F. R. Enhancing children's attitudes about the humane treatment of animals [Generalisation to human-directed empathy]. *Anthrozoös*, 1992, no. 5, pp. 176-191.
2. Ascione F. R., Weber C. V. Children's attitudes about the humane treatment of animals and empathy [One-year follow-up of a school-based intervention]. *Anthrozoös*, 1996, no. 9, pp. 188-195.
3. Ashby J. S., Kottman T., DeGraaf D. G. Active interventions for kids and teens [Adding adventure and fun to counseling]. Alexandria, VA, American Counseling Association, 2008.
4. Beck A., Katcher A. Between pets and people [The importance of animal companionship [rev. ed.]]. West Lafayette, IN, Purdue University Press, 1996.
5. Bowers M. J., MacDonald P. M. The effectiveness of equine-facilitated psychotherapy with at-risk adolescents. *Journal of Psychology and the Behavioral Sciences*, 2001, no. 15, pp. 62-76.
6. Bratton S. C., Ray D., Rhine T., Jones L. The efficacy of play therapy with children [A meta-analytic review of treatment outcomes]. *Professional Psychology Research and Practice*, 2005, no. 36(4), pp. 376-390.
7. Faa-Thompson T. J. Turn about Pegasus: Training handout. Pegasus RDA Centre Morpeth, Faa-Thompson, 2010.
8. Fine A. H. Handbook on animal-assisted therapy [Theoretical foundations and guidelines for practice]. 2nd ed. San Diego, London, Academic Press (Elsevier), 2006.
9. O'Connor C. The silent therapist [A review of the development of equine assisted psychotherapy]. Retrieved June 8, 2009 Available at: www.catra.net/info/silent/ht.
10. Taylor S. M. Equine facilitated psychotherapy [An emerging field]. Unpublished manuscript, 2001.

СПОЛУЧЕНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ІГРОВОЇ ТА АНІМАЛОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З РАННЬОЇ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Б. В. Михайлов¹, М. Є. Водка², Т. А. Алієва^{1,3}, І. Д. Вашкіте^{1,3}

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Міжнародний благодійний фонд «Фонд Олександра Фельдмана»

³Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна

Анотація. Специфіка використання ігрової анімалотерапії у лікуванні дітей із затримкою психічного розвитку спрямована на розвиток дитино-орієнтованих відносин. Терапевт аналізує важливі для пацієнта думки, почуття, сприйняття та ідеї, і на підставі цього будує відносини, що забезпечують емоційно безпечне середовище, в якому діти можуть найефективніше рухатися у напрямку психосоціального здоров'я. Використовувана на базі Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман-Екопарк» ігрова анімалотерапія для дітей із ЗПР

THE COMBINED USE OF THE PLAY THERAPY AND ANIMAL-ASSISTED THERAPY IN CHILDREN WITH EARLY MENTAL RETARDATION

B. V. Mykhaylov¹, M. E. Vodka², A. Aliieva^{1,3}, I. D. Vashkite^{1,3}

¹Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

²International Charity Fund "Alexander Feldman Fund"

³V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The specifics of the animal-assisted play therapy in children with mental retardation is aimed at development of a child-oriented relationship in which the therapist enters the world of the child, considers the thoughts, feelings, perceptions and ideas that are important for the child, and through the relationships that follow, it provides a safe emotional environment in which children can overcome the problems, to cope with fear and anxiety, and to move forward in the direction of psychosocial health. Implemented on the basis of Feldman Ecopark's Centre of psychosocial rehabilitation of children and

спирається на природні способи, за допомогою яких діти дізнаються про себе і свої стосунки з навколишнім світом. Даний підхід допомагає дитині в розвитку поваги до себе та інших, усвідомленні свого тіла, почуття власної гідності, а також більш широкого визнання і забезпечення власних здібностей.

Ключові слова: рання затримка психічного розвитку, анімалотерапія, ігрова терапія, іпотерапія.

adolescents, animal-assisted play therapy for children with mental retardation is based on the natural ways in which children learn about themselves and their relationship with the world around them. This approach helps the child to develop respect for themselves and others, awareness of the body, self-esteem, as well as a wider recognition and enforcement of their own abilities.

Key words: Early mental retardation, animal-assisted therapy, play therapy, equine therapy.

Михайлов Борис Владимирович – д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: borys.mykhaylov@gmail.com.

Михайлов Борис Володимирович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри психотерапії, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: borys.mykhaylov@gmail.com.

Borys Mykhaylov – MD, Professor, Head of the Department of Psychotherapy, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: borys.mykhaylov@gmail.com.

Водка Максим Евгеньевич – директор Международного благотворительного фонда «Фонд Александра Фельдмана», г. Харьков, Украина; e-mail: vodka@avec.org.ua.

Водка Максим Євгенійович – директор Міжнародного благодійного фонду «Фонд Олександра Фельдмана», м. Харків, Україна; e-mail: vodka@avec.org.ua.

Maksim Vodka – Director of the International Charity Fund "Alexander Feldman Fund", Kharkov, Ukraine; e-mail: vodka@avec.org.ua.

Алиева Татьяна Асифовна – к.психол.н., ассистент кафедры психотерапии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии, медицинский факультет, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: tanya.aliyeva2011@yandex.ua.

Алієва Тетяна Асифівна – к.психол.н., асистент кафедри психотерапії, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, медичний факультет, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: tanya.aliyeva2011@yandex.ua.

Tetiana Aliyeva – PhD, Assistant of the Department of Psychotherapy, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; Assistant Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology, School of Medicine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: tanya.aliyeva2011@yandex.ua.

Вашките Инна Дариюсовна – к.мед.н., ассистент кафедры психотерапии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии, медицинский факультет, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: vashliteinna@yahoo.com.

Вашките Інна Даріюсівна – к.мед.н., асистент кафедри психотерапії, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, медичний факультет, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: vashliteinna@yahoo.com.

Inna Vashkite – PhD, Assistant of the Department of Psychotherapy, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; Assistant Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology, School of Medicine, V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: vashliteinna@yahoo.com.



Т. В. Лівертовська

УДК: 215+616.89

ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД ПОГЛЯДІВ ОСНОВНИХ ХРИСТІЯНСЬКИХ КОНФЕСІЙ СТОСОВНО ДУШЕВНОХВОРИХ ЛЮДЕЙ

Т. В. Лівертовська

викладач проекту DreamKIDZ благодійницького центру «Нова надія»,
м. Запоріжжя, Україна

Анотація.

Стаття містить авторський огляд історичної літератури щодо поглядів на душевнохворих людей трьох основних християнських конфесій: православ'я, католицизму, протестантства. Зроблено спробу прослідкувати та описати динаміку розвитку цих поглядів у взаємопорівнянні, а також у порівнянні з загально визнаними стандартами сучасності. Зокрема, зазначено, що з переходом від прославлення сили й здоров'я, характерного для античної епохи, до цінування духовності та ментальності, притаманного християнству, доля психічнохворих стала залежати від ставлення до них керманців церкви і могла стати як поважною, так і вкрай жакливою. Також автор намагається розглянути проблему стосунків християнського служіння душевнохворим із офіційною психіатричною медициною. Варто зазначити, що сьогодні ці стосунки мають неофіційний та міжособистісний характер і ґрунтуються виключно на взаємній довірі окремих представників медицини та церкви один до одного, замість того, щоб розвиватися на системному рівні. При цьому така ініціатива здебільшого виходить від представників церкви.

Ключові слова: психічна хвороба, аналіз, церква, православ'я, католицизм, протестантизм.

Психічно хвора людина завжди викликала до себе доволі суперечливі почуття. Ставлення до душевнохворих формувалося (і досі формується) під впливом багатьох чинників, таких як історична епоха, суспільний устрій, освіченість населення, економічний розвиток, політична ідеологія тощо. Не останню роль у формуванні громадської думки відігравала й церква. З її благословення проти душевнохворих було скоєно безліч кривавих злочинів, але за її ж підтримки люди з цим захворюванням знаходили прихисток та спасіння від жорстокого світу.

Розвиток медицини поступово витіснив «церковні» методи лікування та зменшив рівень залежності психічнохворих від позиції церкви. Більше того, тривалий час церква була повністю відсторонена від медицини. Хоча остання так і не змогла знайти панацеї у лікуванні моральних розладів, що і не дивно, адже досі достеменно не доведено, що причиною психічної хвороби є суто фізіологічні аномалії в організмі людини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кожен п'ятий житель планети Земля має психічний розлад різного

ступеня тяжкості [1]. За даними, озвученими під час круглого столу, що проходив 17 листопада 2015 року у парламентському комітеті України з питань охорони здоров'я, на обліку в психіатричних лікарнях України наприкінці 2015 р. перебувало приблизно 1 мільйон 700 тисяч осіб [2]. Треба зважити й на те, що з початком АТО на сході України кількість психічнохворих невпинно зростає. Ці люди шукають зцілення душі, звертаючись не лише до лікарів, але і до священнослужителів.

Сьогодні представники християнських громад намагаються налагодити діалог і співпрацю з психіатричною медициною, але для подолання взаємних упереджень потрібні значні зусилля як з одного, так і з іншого боку. Одним із перших кроків на шляху до плідної й результативної співпраці мають бути вивчення та усвідомлення історії формування сучасного ставлення до психічних хвороб, а також успіхів і помилок, які спіткали на цьому шляху учасників діалогу. Ця робота присвячена дослідженню та аналізу історії поглядів основних християнських конфесій стосовно душевнохворих людей.

Виникнення та розповсюдження християнства викликало радикальне переосмислення багатьох цінностей: еллінський культ сили й краси змінився шануванням духовного виміру особистості. Однак ставлення до людей з розумовими і фізичними вадами залишалося далеко не гуманним. Батьки мали повне право позбутися хворого немовля відразу після народження; дорослих з розумовою відсталістю використовували для збору пожертв, молодих жінок змушували займатися проституцією, а чоловіків віддавали працювати гребцями на галери. У перші століття існування християнства, скоріше за все, тільки церква намагалася піклуватися про психічнохворих. За припущенням англійського історика Едуарда Гіббона, саме перші християни намагалися спасти залишених малюків: надавали прихисток, піклувалися про них, охрещували та виховували [3].

З посиленням впливу християнства, вже у III столітті, відмова від дитини-інваліда автоматично прирівнювалася до навмисного вбивства. Після проголошення християнства офіційною релігією Римської імперії у 312 році, долю душевнохворих почала визначати церква, і життя таких людей багато в чому залежало від конфесійної політики кліру та його взаємодії з політичною елітою кожної окремої держави.

До нас не дійшло фактично жодного документального свідчення, яке відображало б ставлення суспільства часів розпаду Римської імперії до психічнохворих громадян. Західноєвропейські хроніки свідчать про те, що люди з такими діагнозами вважалися тягарем для оточуючих, і через це їх намагалися позбутися.

Хоча католицька церква займала стосовно психічнохворих більш лояльну позицію порівняно з нетерпимістю середньовічного суспільства, однак усі безумні за церковним законом вважалися духовно неповноцінними, тобто позбавленими рівності перед Богом.

Упереджене ставлення до психічнохворих підсилювалось «епохою епідемій чуми» (XIV–XV сторіччя), коли кількість населення Європи зменшилася втричі. Саме тоді були розроблені суворі санітарно-гігієнічні правила міського життя. Також була сформована суспільна організація психіатричної допомоги, специфіка діяльності якої полягала у захисті здорової частини суспільства від небезпечних психічнохворих [3].

Неосвічені люди середньовіччя вбачали у психічних хворобах диявольські наміри чи кару від Господа. Методом «лікування» вва-

жалосся «вигнання бісів», яке інколи закінчувалося смертю хворого. Католицька церква намагалася боротися з людським невіглаством і самосудами. Задля цього у всіх єпархіях було розіслано *Indiculus superstitionum* – перелік забобонів, які священнослужитель мав осуджувати у проповідях. Однак ця протидія була занадто слабкою порівняно з громадською думкою.

Історичні свідчення ставлення християнської релігії до людей із психічними аномаліями дуже суперечливі та неоднозначні. З одного боку, існувало твердження, що людина – це подоба Божа, і будь-яка неповноцінність сприймалася як прокляття. Психічнохворих не допускали до святих таїнств, обмежували у праві на вінчання, хрещення, катехізацію. З іншого боку, духовенство намагалася згладжувати соціальні конфлікти, закликаючи світську владу до милосердя. Перші притулки для душевнохворих були відкриті не деінде, а саме у монастирських приміщеннях.

З кінця XI сторіччя в Європі настав період міжусобиць. Важке економічне й соціальне становище психічнохворих значно погіршилося. Це тривало до середини XII сторіччя, коли нарешті вдалося зупинити орди кочівників і встановити мир. Стала політична ситуація викликала демографічний бум, і до XIV сторіччя кількість населення Європи збільшилася до критичної маси, навіть виникла проблема дефіциту продовольства. Європейські хроніки свідчать про численні факти канібалізму. Погане харчування призвело до фізичного ослаблення людей, почалися епідемії дизентерії, «вогняної чуми», прокази, що спровокувало розвиток психічних хвороб. Внаслідок цього у 1347–1351 роках чисельність населення Західної Європи зменшилась на третину [4].

У відповідь на неминучу загрозу смерті, з XII сторіччя в Європі почала розвиватися медицина, відкривалися лікарні, зокрема, й психіатричні. А з XIII сторіччя заклади для психічнохворих функціонували на територіях сучасних Італії, Каїру, Швеції. На жаль, методи лікування ментальних розладів доволі яскраво відображали настрої тогочасного суспільства: хворих карали, з них знущалися, виявляли невинуватого жорстокість, під час лікування люди перебували у залізних камерах.

У 1484 році Папа Інокентій VIII благословив початок винищення відьом своєю буллою. У Німеччині два домініканські ченці видали книгу *Malleus Maleficarum* («Молот відьом», 1487), яка стала керівництвом для

знищувачів. У переліку прикмет, які вказують на приналежність людини до нечистої сили, є дивна поведінка, незв'язна мова, неадекватні вчинки, тобто будь-кого з душевнохворих могли звинуватити у чаклунстві. Полювання на відьом тривало у Західній Європі більше, ніж два сторіччя; за цей час було винищено більше 100 тисяч осіб [4].

Епоха Відродження знаменувала початок Нового часу європейської цивілізації. Час тотального панування церкви у суспільстві добігав кінця. Головним каталізатором таких змін стала Реформація. Паралельно з новаціями у релігійному житті, послабленню впливу церкви сприяв і розвиток науки. Однак у ставленні до душевнохворих справжні позитивні зміни відбулися лише в епоху пізнього Відродження, коли у суспільстві стала зростати загальна освіченість.

Питання рівності кожного перед наукою і вихованням підняв католицький мислитель Еразм Роттердамський. У своїх творах філософ намагався довести, що будь-який характер можна сформуванати через самовиховання та освітній процес. Мислитель порівнював невиховану людину з душевнохворою. Він вважав, що і в тому, і в іншому випадку неможливо піти всупереч природних особливостей, однак дещо виправити у характері все ж таки реально. Еразм Роттердамський зазначав, що будь-яка людина, не зважаючи на походження й соціальний статус, однаково здатна піддаватися вихованню. Цю думку у своїй праці «Про героїчний ентузіазм» (1585) підтримав колишній католицький священик Джордано Бруно. Італієць писав: «... нікому не можуть бути поставлені у провину глупота і стать, як не можна ставити у провину тілесні недоліки чи потворність, бо якщо за таких умов й існують недоліки та помилки, то приписати це потрібно природі, а не окремій особі» [3].

У час філософських дискусій західноєвропейська медицина XVI сторіччя почала досліджувати важливі проблеми психіатрії. Саме тоді вперше заговорили про більш гуманні методи лікування безумних. На їхній захист став католицький мислитель Хуан Луїс Вівес. Він вважав, що «оскільки немає нічого в світі досконалішого за людину, а в людині – її свідомості, то потрібно в першу чергу піклуватися про те, щоб людина була здорова, і розум її залишався світлим. Велика радість, якщо нам пощастить повернути до здорового стану затьмарений розум нашого ближнього. Тому, коли у лікарню приведуть божевільного, то потрібно, перш за все, розважити, чи не є цей стан чимось від природи властивим цій лю-

дині, а якщо ні, то в силу якого нещасного випадку воно виникло, і чи є надія на одужання? Коли становище безнадійне, потрібно попідклубатись про відповідне утримання хворого, щоб не збільшити і не погіршити нещастя, що завжди трапляється, якщо душевнохворих і без того озлоблених, піддають кепкуванню чи погано поводяться з ними» [3].

У середині XVI сторіччя в Іспанії виникла мережа психіатричних установ. В цих закладах ціпки і наручники замінили на примусову ізоляцію. Як метод лікування практикувалося вибивання дурості за допомогою батогів. У будь-якому разі для психічнохворих це було краще, ніж палати на вогнищі інквізиції за стінами цієї установи. Деякі історики вважають, що існування таких психіатричних лікарень було спробою іспанської влади захистити власних громадян від жорстокої політики інквізиції [5].

Нелюдське ставлення до душевнохворих тривало до епохи Просвітництва. Саме тоді розпочався період «морального лікування» ментальних розладів. Завдяки зусиллям французького лікаря Філіппа Пінеля, у 1794 році всі пацієнти Бістер, Паризької клініки для психічнохворих, були позбавлені кайданів і наручників. А у 1813 році завдяки зусиллям квакера Бенджаміна Раша те саме трапилося й в Англії [6].

Розвиток психіатрії як науки почав поступово послаблювати вплив церкви на процес лікування і призвів до її повного відсторонення. Утворенню остаточної прірви між двома соціальними інститутами сприяли заяви Зигмунда Фрейда стосовно того, що релігійність людини потрібно віднести до нервових розладів.

У XX столітті католицька церква вирішила переглянути свою позицію стосовно психічних захворювань і психіатрії. На це рішення вплинула Друга світова війна і наукові досягнення в області нейробіології. Під час війни тисячі солдатів зазнавали психічних травм через нервові перенавантаження на полі бою. Такі розлади не могли бути списані на гріховну поведінку військових, також вони не були наслідками моральної слабкості чоловіків. Симптоми хвороби зазвичай виявлялися після того, як солдат закінчував свою службу і повертався додому. З початком використання психотропних препаратів у 1950–1960-х роках соціум почав схилитися до того, що підставою для психічного захворювання можуть бути різноманітні фізіологічні процеси [6].

У 1953 році Папа Пій XII зробив перший крок до визнання сучасної психології та психоаналізу. У своєму зверненні до V Міжнарод-

ного конгресу з психотерапії та клінічної психології він схвалив досягнення науки у сфері психопатології, однак зазначив, що вони не можуть обійти увагою ані істин Священного Писання, ані етичних приписів.

Чимало католицьких мирян відіграли важливу роль у зміні ставлення церкви до психіатрії. Двоє з них були особливо впливовими. Френсіс Брейсланд, доктор медичних наук, був директором Інституту життя в Хартфорді (штат Коннектикут), де практикував поєднання світських методів лікування душевнохворих з релігійною психотерапією. Харві Томпкінс, доктор медичних наук та президент Американської асоціації психіатрів, у католицькій лікарні в Сент-Вінсент у Нью-Йорці відкрив першу велику психіатричну службу. Обидва лікарі мали практичний досвід роботи психіатрів під час Другої світової війни. Їхнє позиціонування себе як католиків, у професійній сфері суттєво вплинуло на ставлення церкви до психіатрії.

Позиція церкви до сучасної науки чітко визначена у Конституції Ватиканського Собору у темі «Церква в сучасному світі» (1995), де були частково визнані досягнення в області біології, психології та соціальних наук. Повне визнання було продеклароване 4 січня 1993 року Папою Іваном Павлом II. Саме тоді він звернувся до міжнародної асоціації психіатрів із закликом до конструктивного діалогу між церквою та психіатрією [6].

Порівняно з політикою католицької інквізиції, православні християни здавалися більш терпимими і поміркованими, що, скоріше за все, зумовлено особливістю східної традиції. Православне духовенство не висловлювало до душевнохворих відвертої зневаги, на відміну від католиків, які на офіційному рівні проголосили, що психічно хворі є неповноцінними й проклятими у Божих очах. Східне богослов'я вбачало у затьмареному розумі таємницю та не поспішало позбавляти нещасних Божої поблажливості.

Першими православними установами, де були створені умови для перебування душевнохворих людей, стали монастирі. Православні ченці піклувалися про хворих, виявляючи терпіння та повагу до страждених. Єпископ Ігнатій (Брянчанінов) у своїй праці висловив обов'язкову вимогу до всіх православних служителів: «... І сліпому, і прокаженому, і пошкодженному розумом, і немовляті виявляй пошану як образу Божому. Яке тобі діло до його немочі, недоліків? Спостерігай за собою, щоб не мати недоліку у любові» [7].

Монастирі розглядалися не як в'язниця чи дім скорботи, але як місце, де люди з ментальними розладами могли знайти максимум допомоги і підтримки, де перебувала особлива благодать Божа. У монастирях проживали подвижники, що, дякуючи аскезі, уподобилися «Верховному і Небесному Лікарю», через яких виявлялася надприродна Господня милість і зцілююча сила [7]. Миряни щиро вірили у те, що монастирські святі були здатні розпізнати причини хвороби і визволити від неї стражденого.

Допомога душевнохворим у монастирях не обмежувалась лише постом і молитвами. Ченці застосовували різноманітні лікувальні методи, що, на їхню думку, могли стримати розвиток хвороби і сприяти зціленню монастирських «пацієнтів». Окрім кроплення священною водою і розтирання елеєм, застосовувались методи фізичного утиснення хворого: тіло людини на деякий час за допомогою мотузок закріплювали у незручному положенні або поміщали в убогі чернецькі келії, де доводилося дотримуватися суворої послушницької дисципліни [7].

У той час, як ченці опікувалися душевнохворими, у монастирях велося й спостереження за різними проявами психічних хвороб і навіть були здійснені спроби систематизації отриманих даних. Інформацію про це можна знайти у працях отців Церкви I сторіччя: Макарія Єгипетського, Іоанна Лествічника, Іоанна Кассіана Римлянина [8].

У Києво-Печерському Патерику, пам'ятці часів Київської Русі, наводиться симптоматика душевних захворювань і поради щодо допомоги психічнохворим людям. Взагалі, правителі Київського Князівства всіляко сприяли розвитку церковної опіки над психічнохворими. «Уставом» Київського князя Володимира Великого було призначено будівництво спеціальних лікарень та притулків, зобов'язання утримання яких покладалося на церкву, зокрема, на Києво-Печерський монастир. У XI сторіччі лікування та догляд за психічнохворими базувалися вже на певних правилах. Для таких людей, серед іншого, почали будувати «міцні» будівлі. В «Уставі» Ярослава Мудрого говориться про те, що чоловік і дружина не мають права на розлучення, якщо хтось з подружжя має душевний недуг. В «Ізборніке Святослава» (1073) пропонується обстежувати психічний стан хлопців, які збираються нести військову службу. В цій самій літературній пам'ятці можна побачити диференціацію душевних хвороб на «недуги плотняні» та «недуги душев'яні». Друга ка-

тегорія хвороб вважалася наслідком пошкодження головного мозку, без якого «ничтоже есть в человеце» [7].

Цікавим є той факт, що в «Ізборніке Святослава» описана робота лікарів того часу з душевнохворими пацієнтами. Лікар мав провести розмову з людиною, під час якої необхідно було «назирати» за хворим, звертати увагу на його «ступаніє ног, смеянїє зуб». Занадто агресивні хворі називалися «буя», а депресивні настрої описувалися, як «кручина». Меланхолічні настрої зазвичай пов'язували з хворобою печінки чи селезінки [8].

Будь-яку душевну недугу в Київській Русі намагалися лікувати різноманітними методами. Так, у XI–XII сторіччі набув популярності «Шестиднев Иоанна Екзарха Болгарського», у якому хворим на «буйство» заборонялося вживати їжу, де містилася б кров живих істот [8].

Догляд за душевнохворими у монастирських приміщеннях був легалізований державними документами вже у Московському Царстві. 1551 року видано перший акт, до якого ввійшла вироблена на Стоглавому соборі й підписана царем Іваном Грозним стаття про необхідність піклування про жебраків, одержимих та психічнохворих людей. Задля безпеки здорової частини суспільства було вирішено розмістити душевнохворих у монастирі, де вони можуть отримувати «вразумления или приведения в истину».

Варто зазначити, що допетровська православна Русь ставилася до психічнохворих значно толерантніше, ніж католицькі країни. В той самий час, коли в Західній Європі палали вогнища інквізиторів, божевільні жителі Московського царства сміливо розповідали про свої безпосередні стосунки з дияволом, майже не ризикуючи бути спаленими.

На території України за часів Запорізької Січі до психічнохворих ставилися досить гуманно. Всі особи з душевними проблемами проживали у Максаківському, Межигірському, Лебединському, Самаро-Миколаївському та інших монастирях. Деякі хворі знаходилися у шпиталях під патронатством козацьких полків. Такі заклади облаштовувалися у звичайних сільських хатах і були досить популярні серед місцевого населення. Подібних імпровізованих «шпиталів» нараховувалося близько 600 і функціонували вони аж до 1883 року [7]. Але на початку XVIII століття інститут «козацьких шпиталів» занепадає, і потік душевнохворих спрямовується у монастирі. У 1781 році на базі Максаківського монастиря Новгород-Сіверської єпархії Чернігівської губернії вперше організували шпиталь для лікування психічнохворих на 24 місця [7].

З 1762 року Петро III наказав будувати «нарочитый дом» (психічну лікарню західного зразка). За планом в найближчі часи всіх хворих на душевні розлади з монастирів повинні були поступово перевести в такі установи, однак цього не відбулося. У 1765 році такий документ, яким зобов'язувала заснувати два долгаузи при Зеленецькому та Андріївському монастирі, видала Катерина II. Але й у цьому намаганні не судилося здійснитися. І врешті-решт хворих перевели у ті монастирі, де не вистачало повної кількості ченців.

Водночас православне духовне керівництво виступало з різкою критикою імператорських постанов. Церковні лідери вважали, що монастирі не повинні перетворюватися на долгаузи, адже лікування психічнохворих – справа лікарів, а не ченців. Такий настрої церковної братії став поштовхом до передачі опікунства над душевнохворими державним медичним установам [8]. І з 1775 року у місцевих лікарнях на території Російської імперії почали відкривати спеціальні «жовті дома» для безумних.

З кінця XIX сторіччя психіатрія почала формуватись як медична наука. Відтоді психічна хвороба почала розглядатися як проблема, витоки якої полягають не у душевній площині, а у порушенні обміну речовин в організмі. На зміну аскетичним чернецьким методам прийшла медикаментозна психотерапія. У радянські часи церква була позбавлена можливості брати активну участь у допомозі душевнохворим пацієнтам психічних лікарень. Наразі монастирська опіка душевнохворих не є повсюдним обов'язком для ченців. Лише деякі монастирі займаються цим служінням свідомо і цілеспрямовано.

Спільним для західних і східних християн є монастирський спосіб опіки над душевнохворими. У стінах католицьких і православних монастирів вони знаходили прихисток і спасіння від смерті. Інша справа – умови утримання страждених: багатьом з них доводилося задовольнятися спартанськими умовами життя і короткими періодами спокою від екзорційних тортур.

Цікавим є той факт, що перші паростки руху за гуманне ставлення до психічнохворих зародилися не у середовищі поміркованого православ'я, а серед войовничого католицизму. Пізніше його підхопили і розвинули пізні протестанти, які, на відміну від своїх попередників, буди далекими від історичного контексту Середньовіччя.

Про ставлення ранніх ідеологів протестантизму до психічнохворих людей відомо дуже мало, однак радикальні заяви Мартіна Лютера і Жана Кальвіна дають однозначну оцінку цьому явищу. «На мою думку, – говорив Мартін Лютер, – усі божевільні пошкоджені у розумі чортом. Якщо лікарі приписують такого роду хвороби причинам природним, то відбувається це тому, що вони не розуміють, до якої міри могутній і сильний чорт». Стосовно до відьом Мартін Лютер рекомендує найрадикальніші міри: «Їх необхідно без зволікання страчувати на смерть, я сам став би охоче їх спалювати» [4]. Лютер вважав, що розумово відстала дитина – це просто *massa carnis* (маса плоті, позбавлена душі). У разі слабого ступеня психічного захворювання Мартін Лютер висловлювався м'якше. Він вважав, що психічне і фізичне здоров'я людини взаємопов'язане. Цей зв'язок відбувається за рахунок думок, які можуть вплинути і на стан тіла. Як ліки від депресії реформатор пропонував «не тільки Писання і молитви, але і добру компанію, смачні харчі та напої, музику, сміх, і, при необхідності, фантазії про іншу статтю» [9]. Кальвін також наполягав, що люди з розумовими відхиленнями одержимі дияволом.

Парадоксальним є той факт, що, перебуваючи в опозиції до офіційного Риму, кардинально змінюючи соціальні закони суспільства того часу, ранні реформатори так і не виявили милості до душевнохворих та продовжували сповідувати погляди інквізиторів. Відсутність зрушень у ставленні до ментальних інвалідів пов'язана переважно з тим, що у книгах Нового Заповіту немає очевидного пояснення феномена психічної недуги. Новозаповітні зцілення хвороб, що за симптоматикою нагадували ментальні розлади, зазвичай відбувалися шляхом вигнання демонів. Враховуючи, що ранні протестанти чітко дотримувалися букви Писання і не вдавалися до «марного» філософування, їхня позиція стала зрозумілою і дещо навіть виправданою [3].

Однак процес розвитку релігійної освіченості серед мирян, що був викликаний, в першу чергу, ідеями Реформації, в подальшому став вирішальним фактором зміни ставлення до душевнохворих осіб. Пересічні віруючі протестанти, керуючись любов'ю до ближнього, впливали на історію і формували ставлення до людей з ментальними розладами.

Одним із подвижників у сфері морального лікування душевнохворих став англійський бізнесмен, квакер Вільям Тьюк. Після гучного випадку смерті (1790) у йоркському при-

тулку для психічнохворих члена квакерської спільноти Ханни Міллс, причиною якої стали нелюдські умови утримання і лікування, Вільям Тьюк запропонував створити квакерську альтернативу більш гуманної допомоги душевнохворим, місце, «де зруйнований розум може знайти можливість для відновлення» [1]. Для відкриття нової приватної лікарні Тьюк залучив власні гроші, а також кошти квакерської спільноти та своїх друзів.

У 1796 році приватний заклад було відкрито. З перших днів на стаціонарному лікуванні там перебувало 35 осіб [10]. Квакери на чолі з Вільямом Тьюком заборонили використання ланцюгів, фізичного знущання і методів примусу. В подальшому було помічено, що на психічнохворих доброта та людяність діють не гірше, ніж катування. І хоча за час роботи закладу не було помічено особливих поліпшень у душевному стані пацієнтів, нова форма допомоги психічнохворим вплинула на провідних психіатрів того часу і стала основою для подальшого розвитку англійської психіатрії [11].

Великий внесок у розвиток взаємодії психіатрії та християнської релігії зробили три американських протестанти в період з 1700 по 1980 рік.

Першим з них був Коттон Мазер (1663–1728), пуританський священик зі складною долею. Дві його перші дружини померли, третя – виявилася душевнохворою. Мазер пережив тринадцять зі своїх п'ятнадцяти дітей. Це стало поштовхом до написання теологічної та дещо енциклопедичної праці про різноманітні захворювання і шляхи їх лікування під назвою «Янгол Віфесди» (1724). Психічним хворобам священнослужитель присвятив два розділи «Божевілля» і «Меланхолія». Цікавим є той факт, що ці дві душевні недуги розглядалися не лише у духовній, але й у фізичній площині. Коттон Мазер досить детально описав всі наявні симптоми, зокрема суто фізіологічні.

Трактування нервового розладу як психосоматичного захворювання на той час виглядало досить революційно. Він також не проводив чіткої грані між психічно хворою і здоровою людиною. Мазер стверджував: «Кожна людина є божевільною хоча б у чомусь крихітному... Існує щонайменше одна крихта людської свідомості, в якій розум не зможе дати собі ради». Також він висловив свої думки щодо ролі персонального і перворідного гріха у природі психічних розладів та торкнувся духовних коренів душевних недуг.

Коттон Мазер закликав всіх страждених звертатися по допомогу до лікарів, однак наголошував, що потрібно пам'ятати про те, що справжнє зцілення приходить від Ісуса Христа. Медицина, на думку Мазера, є даром від Бога. Бог може працювати через лікарів, однак це в жодному разі не гарантує зцілення. Його міркування щодо душевних розладів більше нагадують пізньопротестантські погляди, ніж погляди сучасників [12].

Бенджамін Раш (1746–1813), лікар-психіатр із кальвіністськими переконаннями, зробив революцію у психіатрії у новій незалежній Америці, звівши душевні хвороби до суто фізіологічного феномена. Завдяки своєму авторитету серед політичної та медичної еліти США, він сприяв передачі права на лікування душевнохворих від духовенства до медичних фахівців. Однак це зовсім не означало, що лікування божевілля було повністю відмежоване від християнського світогляду. Навпаки, Бенджамін Раш під час визначення душевної патології людини керувався власними християнськими переконаннями.

Свою головну працю він опублікував під назвою «Медичне дослідження і спостереження хвороб розуму» (1812). У листі до Джона Адамаса Раш зазначає: «Питання (психічних хвороб) були до цього часу огорнуті таємницею. Я спробував звести їх до рівня всіх інших хвороб людського тіла і показати, що розум і тіло працюють з одних й тих самих причин і підкорюються тим самим законам» [13].

У своїх дослідженнях Бенджамін Раш звів усі відомі гріхи та залежності (зокрема, алкоголізм, паління, сексуальну розбещеність, брехливість, вбивство і крадіяство) до розумових патологій. Він був певний, що людина, яка практикує ці речі, безумовно, хвора і потребує негайного лікування у спеціалізованому закладі. «Смуток, сором, страх, жах, гнів, – стверджував Раш без жодних уточнень, – не підпадають під дію законодавчих актів, вони є прикладами швидкоплинного божевілля... Самогубство – це божевілля» [13]. Бенджамін Раш наполягав на тому, що будь-який злочин – це хвороба під назвою «розлад волі».

Найцікавішим відкриттям Бенджаміна Раша є душевна хвороба, що іменується «пошкодження принципу віри чи релігійної здатності». До пацієнтів, які страждають на цю хворобу, Бенджамін Раш зараховує «осіб, які заперечують віру у користь медицини», а також тих, «що відмовляються прийняти свідчення людей на користь істинності християнської релігії» [13].

Лікування душевнохворих за методикою Бенджаміна Раша відбувалося лише на фізіологічному рівні. Думка і згода пацієнтів у ті часи ще не бралася до уваги. В очах лікаря-протестанта хвороба нівечила особистість і робила її неспроможною до здійснення правильного вибору. Для зцілення лікар повинен був досягти абсолютного контролю над стражденими.

Після Першої світової війни практикуючий пресвітеріанин Карл Меннінгер (1893–1990) став найвпливовішою фігурою в американській психіатрії. Він виявився людиною, якій вдалося відновити зв'язок між психіатричною наукою та біблійною антропологією.

У 20-х роках ХХ сторіччя медична система США офіційно визнала психічні розлади невиліковними. Тисячі людей були ув'язнені у великих державних лікарнях. Ситуацію в дечому зрушила поява нових ліків. Нарешті з'явилася надія на те, що люди з психічними розладами матимуть можливість вийти за ворота медичних закладів і брати участь у житті суспільства. На той час громадськість була добре обізнана щодо проявів зневаги і жорстокості до пацієнтів з боку медичного персоналу. Тому зміни системи лікування психічнохворих не змусили себе довго чекати [12].

Карл Меннінгер став одним із перших фахівців, який припустив, що деякі психічні хвороби можуть піддатися лікуванню. Його інноваційні методи лікування душевнохворих значною мірою сформували сучасну практику американської психіатрії. Широкому визнанню передували роки запеклої боротьби за право на повернення поняття «гріх» у психотерапевтичну практику.

У 1973 році світ побачила книга Меннінгера під назвою «Що сталося з гріхом?». У ній лікар виклав своє обурення тим, що психіатрія пристосувалась до філософії сучасного суспільства і перестала називати гріх гріхом. Як пояснення гріховної поведінки людини науковці почали вживати такі поняття, як «хвороба», «антисоціальна поведінка», «відсутність морального розвитку». Карл Меннінгер вважав, що небажання нести відповідальність за свої злочинні дії призвело до того, що термін «гріх» втратив свою актуальність.

Протестантського психіатра підтримали деякі його колеги, однак більшість були налаштовані категорично проти. Відновлення поняття «гріх» для багатьох лікарів здавалося гігантським кроком назад у розвитку психіатрії. Однак у подальшому все більше й більше психіатрів і психотерапевтів почали підійма-

ти тему гріха у розмовах зі своїми пацієнтами. Успіх цієї практики сприяв відкриттю спеціалізованих християнських лікарень. Карл Меннінгер нарешті зруйнував стіну непорозуміння між церквою і медициною, чим відкрив новий шлях для розвитку психіатрії [6].

Не зважаючи на відмінності між представленими вище протестантськими служителями та лікарями, кожен з них тією чи іншою мірою намагався вирішити проблему психічного страждання людини, стверджуючи авторитет біблійних цінностей та їхню дієвість. Усі ці люди у своїй практиці намагалися поєднати між собою медичну, наукову, моральну та богословську сфери. З огляду на сучасні тенденції у співпраці церкви та медичних установ, можна зробити висновок, що їхні зусилля не були даремними. Впродовж останнього століття саме протестантські віруючі стали ініціаторами зближення та співпраці медицини та церкви у галузі психіатрії. В подальшому майже всі християнські конфесії запропонували власні психотерапевтичні методи лікування душевної хвороби.

За останні два десятиліття ми стали свідками великих відкриттів у структурі роботи мозку. У 2000 році Нобелівську премію з фізіології та медицини розділили Арвід Карлсон (Швеція), Пол Грінгард (США) та Ерік Кендел (США) за внесок у розуміння нейрофізіології і молекулярної біології, емоційних та інтелектуальних функцій. Психіатрія також прийшла до розуміння важливості релігії у житті пацієнта. Соціологічні опитування незмінно свідчать, що більшість людей вірять у Бога і належать до певної релігійної організації.

Релігія є важливим соціальним і культурним фактором, який необхідно враховувати при оцінці будь-якого пацієнта. Релігійні вірування і практики часто включають в симптоми психічних розладів, зокрема, таких як марення і нав'язливі ідеї. Однак дослідження показують реальний зв'язок між релігійною практикою і поліпшенням результатів психічного здоров'я. Наразі церква і медицина шукають подальших можливостей для співпраці, адже мають спільну мету – душевне здоров'я пацієнтів [6].

Література

1. World health report: Mental disorders affect one in four people [Electronic resource] // WHO. – 2001. – Way of access : http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.
2. В Україні живе майже 1,7 мільйона людей з розладами психіки [Електронний ресурс] // УНІАН. – 2015. – Режим доступу : <http://www.unian.ua/society/1186300-v-ukrajini-jive-mayje-17-milyona-lyudey-z-rozladami-psihiki.html>
3. Льюис К. Чудо / К. С. Льюис. – СПб. : Библия для всех, 2000. – 235 с.
4. Каннабих Ю. В. История психиатрии / Ю. В. Каннабих. – М. : Академический проект, 2014. – 559 с.
5. Фуко М. История безумия в Классическую эпоху / М. Фуко ; пер. с фран. И. К. Стаф. – М. : АСТ МОСКВА, 2010. – 698 с.
6. Message of John Paul II on the occasion of the international symposium on the dignity and rights of the mentally disabled person [Electronic resource] // Libreria Editrice Vaticana. – 2004. – Way of access: https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/january/documents/hf_jp-ii_spe_20040108_handicap-mentale.html.
7. Підкоритов В. С. Психіатрія в Україні – минуле,

- теперішнє, майбутнє / В. С. Підкоритов // Вісник психотерапії та психофармакотерапії : зб. наук. пр. / Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. – Х., 2008. – Вып. №2 (14). – С. 29–32.
8. Братусь Б. С. Христианская и светская психотерапия / Б. С. Братусь // Московский Психотерапевтический Журнал. Христианская психология (Спецвыпуск). – 1997. – №4. – С. 60.
 9. Abbott D. The Lutheran Tradition. Religious Beliefs and Healthcare Decisions / D. Abbott, P. Nelson. – Park Ridge, Illinois: The Park Ridge Center, 2002. – 24 с.
 10. Smedes L. Can God Reach the Mentally Disabled? [Electronic resource] / Lewis B. Smedes // Christianity today. – 2001. – Way of access: <http://www.christianitytoday.com/ct/2001/march5/31.94.html/>.
 11. Эриксон М. Христианское Богословие / М. Эриксон. – СПб. : Библия для всех, 2006. – 1088 с.
 12. Comfort My People: A Policy Statement on Serious Mental Illness with Study Guide. – Louisville, KY : The Office of the General Assembly Presbyterian Church (U.S.A.), 2008. – 84 с.
 13. Сас Т. Фабрика Безумия [Электронный ресурс] / Т. Сас. – Режим доступа : http://rumagic.com/ru_zar/sci_psychology/sas/0/j20.html.

References

1. World health report: Mental disorders affect one in four people. WHO, 2001. Available at : http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.
2. V Ukraini zhyve maizhe 1,7 miliona liudei z rozladamy psykhiky [Ukraine lives almost 1.7 million people with mental disorders]. UNIAN, 2015. Available at : <http://www.unian.ua/society/1186300-v-ukrajini-jive-mayje-17-milyona-lyudey-z-rozladami-psihiki.html>. (In Ukr.)

3. Liuyu K. Chudo [Miracle]. St. Petersburg, The Bible for All Publ., 2000, 235 p. (In Russ.)
4. Kannabih Ju. V. Istorija psihiatrii [History of psychiatry]. Moscow, Academic project Publ., 2014, 559 p. (In Russ.)
5. Fuko M. Istorija bezumija v Klassicheskuju jepohu [The history of madness in the Classical era] [transl. from I.K.Staf]. Moscow, AST MOSCOW Publ., 2010, 698 p. (In Russ.)
6. Message of john paul ii on the occasion of the international symposium on the dignity and rights of

the mentally disabled person. Libreria Editrice Vaticana, 2004. Available at : https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/january/documents/hf_jp-ii_spe_20040108_handicap-mentale.html.

7. Pidkorytov V. S. *Psyhiatrija v Ukrai'ni – mynule, teperishnje, majbutnje* [Psychiatry in Ukraine - past, present and future]. *Visnyk psyhoterapii' ta psyhofarmakoterapii'* : zb. nauk. pr., Instytut nevrologii', psyhiatrii' ta narkologii' AMN Ukrai'ny [Journal of Psychotherapy and psychopharmatherapy: a collection of science. publications Institute of Neurology, Psychiatry Medical Sciences of Ukraine]. Kharkov, 2008, issue 2 (14), p. 29-32. (In Ukr.)

8. Bratus' B. S. *Hristianskaja i svetskaja psihoterapija* [Christian and secular psychotherapy]. *Moskovskij Psihoterapevticheskij Zhurnal. Hristianskaja psihologija* (Specvypusk), 1997, no. 4, p. 60. (In Russ.)

9. Abbott D., Nelson P. *The Lutheran Tradition. Religious Beliefs and Healthcare Decisions*. Park Ridge, Illinois, The Park Ridge Center, 2002, 24 p.

10. Smedes L. *Can God Reach the Mentally Disabled? Christianity today*, 2001. – Available at : <http://www.christianitytoday.com/ct/2001/march5/31.94.html/>.

11. Jerikson M. *Hristianskoe Bogoslovie* [Christian Theology]. St. Petersburg, The Bible for All Publ., 2006, 1088 p. (In Russ)

12. *Comfort My People: A Policy Statement on Serious Mental Illness with Study Guide*. – Louisville, KY : The Office of the General Assembly Presbyterian Church (U.S.A.), 2008, 84 p.

13. Sas T. *Fabrika Bezumija* [The Madness Factory]. Available at : http://rumagic.com/ru_zar/sci_psychology/sas/0/j20.html. (In Russ)

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР ВЗГЛЯДОВ ОСНОВНЫХ ХРИСТИАНСКИХ КОНФЕССИЙ НА ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ

Т. В. Ливертовская

Преподаватель проекта DreamKIDZ благотворительного центра «Новая надежда» (г. Запорожье)

Аннотация. В статье содержится авторский обзор исторической литературы, касающейся взглядов на душевнобольных людей трех основных христианских конфессий: православия, католицизма, протестанства. Автор предприняла попытку проследить динамику развития этих взглядов во взаимном сравнении, а также с современным общепринятым взглядом на данный вопрос. В частности, показано, что с переходом от прославления силы и здоровья, характерного для античности, к христианским ценностям духовности и ментальности, судьбы психически больных людей стали зависеть от отношения к ним руководителей церкви и были как достойными, так и откровенно ужасными. Также автором рассматривается вопрос взаимоотношений между христианским служением душевнобольным и официальной психиатрической медициной. Стоит отметить, что сегодня такие отношения большей частью носят неофициальный, межличностный характер и строятся на взаимном доверии отдельных представителей медицины и церкви друг к другу, а не развиваются на системном уровне. При этом подобная инициатива в основном исходит от представителей церкви.

Ключевые слова: психическая болезнь, анализ, церковь, православие, католицизм, протестантизм.

HISTORICAL OVERVIEW OF THE VISION OF MAJOR CHRISTIAN CONFESSIONS ABOUT MENTALLY ILL PEOPLE

T. V. Livertovskya

The mentor of the DreamKIDZ project by charity center "New Hope" (Zaporizhzhya)

Summary. The article is a review of the historic literature describing views of the three general Christian confessions (Orthodox, Catholic, Protestant) to the mentally ill people. The author makes an attempt to trace the dynamics of development of these views in a mutual comparison with one another, as well as with the views on this issue, which are generally accepted nowadays. In particular, it was shown that with the transition from the Ancient glorification of strength and health to the Christian values of spirituality and mentality, the fate of mentally ill people began to depend on the attitude of the leaders of the church and were both quite well and terrifying horrible. The author also considers the issue of the relationship between the Christian ministries to the mentally ill and official psychiatric medicine. Today such relationships are mostly informal, interpersonal in their nature. They are built on mutual trust of individual representatives of medicine and the church, instead of developing them systematically. At the same time, most of the initiatives are initialized by the representatives of the church and not by the representatives of psychiatric medicine.

Key words: mentall illness, overview, church, orthodox, catholic, protestant.

Ливертівська Тетяна Вікторівна – магістр релігієзнавства, викладач проекту DreamKIDZ благодійницького центру «Нова надія», м. Запоріжжя, Україна; e-mail: varyanushka@gmail.com.

Ливертовская Татьяна Викторовна – магистр религиоведения, преподаватель проекта DreamKIDZ благотворительного центра «Новая надежда», г. Запорожье, Украина; e-mail: varyanushka@gmail.com.

Tetiana Livertovska – Master of Religious Studies, the Mentor of the DreamKIDZ Project by Charity Center "New Hope", Zaporizhzhya, Ukraine; e-mail: varyanushka@gmail.com.

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 телефона (мобільний);
- e-mail;
- адреса для пересилання журналу.

ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ ТЕКСТУ

Ім'я файлу створюється за прізвиськом 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 4, № 1 (7)

(Укр., рос. та англ. мовами)

Відповідальна за випуск І. Б. Савостьянова

Підписано до друку 28.02.2017. Формат 60x84/8.
Папір крейдяний. Друк офсетний.
Гарнітура Myriad.
Ум. друк. арк. 17,7. Обл.-вид. арк. 16,0.
Наклад 500 пр. Зам. № 19/07. Ціна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
майдан Свободи, 6, кімн. 605, м. Харків, Україна 61022.

Надруковано з готового оригінал-макету у друкарні ФОП Мезіна В.В.
Свідоцтво серії ДК №5365 від 21.06.2017 р.
м. Харків, вул. Жон Мироносиць, 6/8
тел. +38(057)714-06-74, +38(050)976-32-87, +38(098)837-75-53
copy@vlavke.com.ua

